



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

*Standing Senate Committee on Defence and Security
Proceedings of the Subcommittee on*

Veterans Affairs

Chair:

The Honourable MICHAEL A. MEIGHEN

Wednesday, April 17, 2002
Wednesday, April 24, 2002

Issue No. 5

Eight and ninth meetings on:

The health care provided to veterans of war and of peacekeeping missions; the implementation of the recommendations made in its previous reports on such matters; and the terms of service, post-discharge benefits and health care of members of the regular and reserve forces as well as members of the RCMP and of civilians who have served in close support of uniformed peacekeepers

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
Trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

*Comité sénatorial permanent de la Défense et de la sécurité
Délibérations du Sous-comité des*

Anciens combattants

Le président:

L'honorable MICHAEL A. MEIGHEN

Le mercredi 17 avril 2002
Le mercredi 24 avril 2002

Fascicule n° 5

Huitième et neuvième réunions concernant:

Les soins de santé offerts aux anciens combattants qui ont servi au cours de guerres ou ans le cadre d'opérations de maintien de la paix; les suites données aux recommandations faites dans ses rapports précédents sur ces questions; et les conditions afférentes aux services, prestations et soins de santé offerts, après leur libération, aux membres de l'armée permanente ou de la réserve, ainsi qu'aux membres de la GRC et aux civils ayant servi auprès de casques bleus en uniforme dans des fonctions d'appui rapproché

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE SENATE SUBCOMMITTEE ON
VETERANS AFFAIRS

The Honourable Michael A. Meighen, *Chair*

and

The Honourable Senators:

Atkins	Kenny
Banks	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Wiebe
Day	
* <i>Ex Officio Members</i>	

(Quorum 3)

Change in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Wiebe substituted for that of the Honourable Senator Banks (*April 22, 2002*).

LE SOUS-COMITÉ SÉNATORIAL DES
ANCIENS COMBATTANTS

Président: L'honorable Michael A. Meighen

et

Les honorables sénateurs:

Atkins	Kenny
Banks	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Wiebe
Day	
* <i>Membres d'office</i>	

(Quorum 3)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Wiebe est substitué à celui de l'honorable sénateur Banks (*le 22 avril 2002*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, April 17, 2002
(9)

[English]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met at 5:30 p.m., this day, in room 356-S, Centre Block, the Chair, the Honourable Michael A. Meighen, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourables Senators Atkins, Day, Meighen and Wiebe (4).

Other senator present: The Honourable Senator Forrestall (1).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Grant Purves, Research Officer.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 4, 2001, the Committee commenced its examination on the health care provided to veterans of war and of peacekeeping missions; the implementation of the recommendations made in its previous reports on such matters; and the terms of service, post-discharge benefits and health care of members of the regular and reserve forces as well as members of the RCMP and of civilians who have served in close support of uniformed peacekeepers.

WITNESSES:

From the Office of the Ombudsman, Canadian Forces:

André Marin, Ombudsman;

Gareth Jones, Special Adviser;

Brigadier-General Joe Sharpe, Special Advisor.

From the Department of National Defence:

Colonel Scott Cameron, Director of Policy On the Staff of the Director General of Health Services.

Mr. Marin made an opening statement and with Brigadier-General Sharpe and Mr. Jones answered questions.

Colonel Cameron made a statement.

At 7:00 p.m., the Subcommittee considered its future business in camera.

At 7:15 p.m., the Subcommittee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 17 avril 2002
(9)

[Traduction]

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la défense et de la sécurité se réunit aujourd'hui à 17 h 30 dans la salle 356-S de l'édifice du Centre sous la présidence de l'honorable Michael A. Meighen (*président*).

Membres du sous-comité présents: Les honorables sénateurs Atkins, Day, Meighen et Wiebe (4).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Forrestall (1).

Présent: De la Direction de la recherche, Bibliothèque du Parlement: Grant Purves, attaché de recherche.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 4 octobre 2001, le comité entreprend l'examen des soins de santé offerts aux anciens combattants qui ont servi au cours des guerres ou dans le cadre d'opérations de maintien de la paix; des suites données aux recommandations faites dans ses rapports précédents sur ces questions; et des conditions afférentes aux services, prestations et soins de santé offerts, après leur libération, aux membres de l'armée permanente ou de la réserve, ainsi qu'aux membres de la GRC et aux civils ayant servi auprès de casques bleus en uniformes dans des fonctions d'appui rapproché.

TÉMOINS:

Du Bureau de l'ombudsman, Forces armées canadiennes:

André Marin, ombudsman;

Gareth Jones, conseiller spécial;

Brigadier général Joe Sharpe, conseiller spécial.

Du ministère de la Défense nationale:

Colonel Scott Cameron, directeur de la politique de santé auprès de l'État-major du directeur général — Services de santé.

M. Marin fait une déclaration et, avec le brigadier général Sharpe et M. Jones, répond aux questions.

Le colonel Cameron répond à une question.

À 19 heures, le sous-comité fait à huis clos l'examen de ses activités futures.

À 19 h 15, le sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, Wednesday, April 24, 2002
(10)

[English]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met at 5:45 p.m., this day, in room 356-S, Centre Block, the Chair, the Honourable Michael A. Meighen, presiding.

Members of the Subcommittee present: The Honourables Senators Banks, Day, Kenny, and Meighen (4).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Grant Purves, Research Officer; Keli Hogan, Legislative Clerk.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 4, 2001, the Committee commenced its examination on the health care provided to veterans of war and of peacekeeping missions; the implementation of the recommendations made in its previous reports on such matters; and the terms of service, post-discharge benefits and health care of members of the regular and reserve forces as well as members of the RCMP and of civilians who have served in close support of uniformed peacekeepers.

WITNESSES:

From the Department of National Defence:

Lieutenant-General Christian Couture, Assistant Deputy Minister (Human Resources — Military);

Colonel Scott Cameron, Director of Policy on the Staff of the Director General Health Services;

Major Stéphane Grenier, Project Manager — Operational Stress Injury Social Support;

Colonel Randall Boddam, Director of Mental Health Services, Canadian Forces Base Borden.

Lieutenant-General Couture made an opening statement.

Colonel Cameron made a statement.

Lieutenant-General Couture, Colonel Cameron, Major Grenier and Colonel Boddam answered questions.

At 7:25 p.m., the Subcommittee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du sous-comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee

OTTAWA, le mercredi 24 avril 2002
(10)

[Traduction]

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui à 17 h 45, dans la salle 356-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Michael A. Meighen (*président*).

Membres du sous-comité présents: Les honorables sénateurs Banks, Day, Kenny et Meighen (4).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Grant Purves, attaché de recherche, et Keli Hogan, commis législative.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 4 octobre 2001, le comité entreprend l'examen des soins de santé offerts aux anciens combattants qui ont servi au cours de guerres ou dans le cadre d'opérations de maintien de la paix; des suites données aux recommandations faites dans ces rapports précédents sur ces questions; et des conditions afférentes aux services, prestations et soins de santé offerts, après leur libération, aux membres de l'armée permanente ou de la réserve, ainsi qu'aux membres de la GRC et aux civils ayant servi auprès de casques bleus en uniforme dans des fonctions d'appui rapproché.

TÉMOINS:

Du ministère de la Défense nationale:

Le lieutenant-général Christian Couture, sous-ministre adjoint (Ressources humaines — Militaires);

Le colonel Scott Cameron, directeur de la politique de santé auprès de l'état-major du directeur général — Services de santé;

Le major Stéphane Grenier, gestionnaire de projet — Soutien social aux victimes de stress opérationnel;

Le colonel Randall Boddam, directeur des services de santé mentale, Base des Forces canadiennes de Borden.

Le lieutenant-général Couture fait une déclaration.

Le colonel Cameron fait une déclaration.

Le lieutenant-général Couture, le colonel Cameron, le major Grenier et le colonel Boddam répondent aux questions.

À 19 h 25, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à la nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 17, 2002

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day at 5:30 p.m. to examine and report on the health care provided to veterans of war and of peacekeeping missions; the implementation of the recommendations made in its previous reports on such matters; and the terms of service, post-discharge benefits and health care of members of the regular and reserve forces as well as members of the RCMP and of civilians who have served in close support of uniformed peacekeepers.

Senator Michael A. Meighen (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, this evening we begin our look, in specific terms, at post-traumatic stress disorder.

We are most fortunate to have with us the ombudsman from both the Department of National Defence and the Canadian Forces.

[*Translation*]

The Chairman: Welcome. I understand that you have some opening remarks, and I am certain that senators will have questions for you thereafter.

I would appreciate if you could introduce your colleagues to us before beginning.

Mr. André Marin, Ombudsman, Department of National Defense: Mr. Chairman, it is a great pleasure for me to be here and I thank you for having invited me to appear in front of this committee.

[*English*]

With me this evening are Mr. Gareth Jones, the director of the special Ombudsman response team, and the lead investigator in our PTSD investigation; and Brigadier General, retired, Joe Sharpe, who has been doing some work in my office. He was the advisor to the office on PTSD. These were two very important people in the preparation of the report that I will be presenting to you today.

[*Translation*]

As you are no doubt aware, my mandate requires me to serve to contribute to substantial and long lasting improvements to the welfare of DND/CF members and their families. The mandate does not extend to issues that fall exclusively within the jurisdiction of Veterans Affairs Canada.

However, my office has always had an excellent working relationship with VAC on matters that impact on both the Department of National Defense and Veterans Affairs Canada.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 17 avril 2002

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui à 17h30 pour examiner les soins de santé offerts aux anciens combattants qui ont servi au cours de guerres ou dans le cadre d'opérations de maintien de la paix; les suites données aux recommandations faites dans ses rapports précédents sur ces questions, et les conditions afférentes aux services, prestations et soins de santé offerts, après leur libération, aux membres de l'armée permanente ou de la réserve, ainsi qu'aux membres de la GRC et aux civils ayant servi auprès de casques bleus en uniforme dans des fonctions d'appui rapproché, et pour faire rapport à ce sujet.

Le sénateur Michael A. Meighen (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, nous commençons ce soir notre étude du syndrome de stress post-traumatique.

Nous avons la chance d'avoir avec nous l'ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes.

[*Français*]

Le président: Je vous souhaite la bienvenue. Je comprends que vous avez quelques mots à nous dire au début, et je suis certain que les sénateurs auront des questions à vous poser par la suite.

Je vous demanderais de bien vouloir nous présenter vos collègues avant de commencer.

M. André Marin, Ombudsman, ministère de la Défense nationale: Monsieur le président, c'est pour moi un grand plaisir d'être ici et je vous remercie de m'avoir invité de comparaître à ce comité.

[*Traduction*]

Je suis accompagné ce soir de M. Gareth Jones, directeur de l'équipe d'intervention spéciale de l'ombudsman et chef-enquêteur dans notre étude sur le SSPT; et le brigadier général à la retraite Joe Sharpe, qui a travaillé à mon bureau. Il a été le conseiller du bureau sur le SSPT. Ils ont tous les deux joué un rôle fort important dans la rédaction du rapport que je vais vous présenter aujourd'hui.

[*Français*]

Comme vous le savez sans doute, mon mandat est d'apporter une contribution importante à l'amélioration du bien-être des membres du ministère de la Défense nationale, des Forces canadiennes ainsi que leurs familles. Le mandat ne s'étend pas à des questions qui relèvent exclusivement de la juridiction du ministère des Anciens Combattants.

Par contre, mon bureau a toujours entretenu d'excellentes relations avec le ministère lorsque les dossiers touchent le ministère de la Défense nationale et celui des Anciens combattants.

Clearly, how the Department of National Defense and the Canadian Forces tackle the PTSD and the PTSD related issues with current members has an immediate relevance and significant consequences for Veterans Affairs. I understand that Veterans Affairs Canada are dealing with an increasing number of PTSD related cases, and that there is no risk or sign of the flow abating.

In my view, the challenges presented by PTSD are so profound and so widespread for both the Department of National Defense and Canadian Forces and for the Department of Veterans Affairs that immediate, coordinated and firm action is required.

[English]

As time is brief, and our detailed findings are available in the special report on the systemic treatment of CF members with PTSD, I shall not present the report to you in its entirety today. Rather, I should like to provide honourable senators with a brief overview of some of the more significant findings and recommendations, and I am ready to answer any related questions.

Why is PTSD such an important issue today? Although there are no statistics on the number of members and former members who are affected with PTSD, there is clear and convincing evidence that a large number of CF members and veterans may suffer from the injury. At the Edmonton Garrison alone, estimates indicate that up to 1,000 members have or may have PTSD, the majority of whom decline to seek treatment.

The human and financial costs of PTSD are staggering. Families are destroyed. Dedicated, hard-working CF men and women find themselves ostracized and shunted aside. Many millions of dollars are spent on replacing experienced members who, in my view, need never have been lost.

An untold number of soldiers, sailors, and airmen and women suffering from PTSD have left the Canadian Forces, too ashamed to come forward for treatment. Many of those are only now turning to Veterans Affairs Canada for assistance. The report contains 31 carefully crafted recommendations that were based on exhaustive analysis after an in-depth investigative process. The recommendations are designed to be flexible enough to give DND/CF sufficient leeway to implement them according to the needs of the organization.

For example, we recommended that the Canadian Forces initiate a pilot project to locate one of the post-deployment treatment clinics, referred to as an Operational Trauma and Stress Support Centre, off base, to ascertain whether such an arrangement is better suited to the objectives of the OTSSCs.

Clairement, la façon dont le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes s'attaquent au syndrome de stress post-traumatique ou SSPT, et les enjeux reliés au SSPT avec les membres actuels, a des conséquences importantes pour les anciens combattants. Je comprends que le ministère traite un nombre grandissant de cas reliés au SSPT, et il n'y a aucun risque ou signe de ralentissement.

À mon avis, les défis que présentent le SSPT sont si profonds et étendus pour le ministère de la Défense nationale et les Forces Canadiennes et pour le ministère des Anciens combattants, que des actions immédiates, fermes et coordonnées sont nécessaires.

[Traduction]

Comme nous avons peu de temps et que nos conclusions sont exposées de manière détaillée dans le rapport spécial sur le traitement systémique des membres des CF atteints du SSPT, je ne vous présenterai pas ce rapport au complet aujourd'hui. J'ai plutôt l'intention de faire à l'intention des honorables sénateurs un bref survol des plus importantes constatations et des principales recommandations que nous avons formulées, après quoi je serai à votre disposition pour répondre à toute question connexe.

Pourquoi le dossier du SSPT est-il si important aujourd'hui? Même si nous ne disposons pas de statistiques sur le nombre de militaires et d'anciens militaires atteints de ce syndrome, il existe des preuves irréfutables montrant que beaucoup de membres actuels des Forces canadiennes et d'anciens combattants peuvent souffrir de la maladie. À la garnison d'Edmonton seulement, on estime que jusqu'à 1 000 soldats en sont atteints ou pourraient en être atteints, mais la majorité d'entre eux ne veulent pas demander de traitement.

Les coûts à la fois humains et financiers du SSPT sont effarants. Des familles sont détruites. Au sein des Forces canadiennes, des hommes et des femmes dévoués et très vaillants sont ostracisés et mis à l'écart. Des millions de dollars sont dépensés pour remplacer des militaires d'expérience qu'il n'aurait jamais fallu perdre, à mon avis.

D'innombrables soldats, marins et aviateurs atteints du SSPT ont quitté les Forces canadiennes, trop gênés pour demander des traitements. Bon nombre de ces personnes comptent aujourd'hui sur l'aide du ministère des Anciens combattants. Le rapport renferme 31 recommandations qui ont été formulées avec soin à l'issue d'une analyse complète et approfondie de la question. Ces recommandations sont suffisamment souples pour que le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes puissent les appliquer en tenant compte des besoins de leur organisation.

Par exemple, nous recommandons que les Forces canadiennes mettent sur pied un projet pilote visant à établir à l'extérieur des bases l'une des cliniques de consultation post-déploiement appelées Centres de soutien pour trauma et stress opérationnel, pour voir si cet arrangement conviendrait mieux pour atteindre les objectifs de ces cliniques.

We based this recommendation on overwhelming evidence from Canadian Forces members. They told us that the fact that the OTSSC was on base not only created a significant impediment for many to come forward to receive treatment, but also that it was seriously detrimental to many members who did attend. As one serving member being treated at an OTSSC told us: "I feel like walking in with a paper bag on my head." A large number of caregivers also expressed their concerns about having the OTSSCs in such clearly visible locations where confidentiality, which is so important to members who have or may have PTSD, is compromised, either in reality or perception.

Running a pilot project would allow DND-CF to conduct a rational comparison of the two approaches.

In other areas, we found that the quantity and quality of non-deployment-related education and training to members about PTSD is inadequate and in some respects grossly inadequate. This has resulted in a widespread culture within the CF that rejects PTSD as a valid medical condition in that those who claim to suffer from it are malingerers, fakers or abusers of the system. As one soldier told us, "Many people within the CF believe that PTSD stands for People Trying to Screw the Department."

The problem faced by the Canadian Forces in relation to PTSD is so serious that it is affecting the ability of CF leaders to properly lead. Recent research by the CF shows a lack of trust by members for taking care of those suffering from PTSD. As such, it has the potential to threaten the very combat capability of the Canadian Forces.

One should not be surprised to find out that the problem of recruiting and retention — which is so severe that according to yesterday's report of the Auditor General it could take up to 30 years to stabilize — is aggravated by the PTSD situation. Countless soldiers — and I hasten to add the best ones — are lost to PTSD every year. It is the surest ticket out of the Canadian Forces. This is one cause of the retention problem we can fix today, not in 30 years.

We have made a number of practical recommendations to demystify and de-stigmatize PTSD through education and training. We recommend mandatory training and education about PTSD for all ranks, and training throughout a member's career. We recommend using multi-disciplinary teams to deliver that education, including members or former members who have

Nous avons fait cette recommandation après avoir entendu de très nombreux témoignages de membres des Forces canadiennes. Ils nous ont dit que le fait que les CSTSO soient situés sur les bases non seulement créait un obstacle important empêchant beaucoup d'entre eux de se présenter pour y être traités, mais aussi que cela nuisait sérieusement à beaucoup de soldats qui s'y faisaient traiter. Comme nous l'a dit un membre actif des forces qui se faisait traiter dans un CSTSO: «J'avais envie de me promener avec un sac en papier sur la tête». Un grand nombre de soignants ont également dit qu'ils trouvaient très dérangeant que les centres de soutien pour trauma et stress opérationnel se trouvent à des endroits aussi visibles parce que la confidentialité, si importante pour les membres qui sont atteints du SSPT ou qui pourraient en être atteints, est compromise, dans les faits ou en apparence.

Grâce à ce projet pilote, le MDN et les FC pourraient faire une comparaison rationnelle des deux façons de faire.

Par ailleurs, nous avons constaté des lacunes, parfois très graves, dans la quantité et la qualité des renseignements donnés aux militaires au sujet du syndrome de stress post-traumatique. Il en est résulté une mentalité qui est très répandue parmi les FC, selon laquelle ce syndrome n'est pas un trouble médical valide et que les personnes qui prétendent en être atteintes simulent la maladie ou cherchent à abuser du système. Comme un soldat nous l'a dit: «Beaucoup de militaires croient que le sigle anglais du SSPT, c'est-à-dire PTSD, signifie *People Trying to Screw the Department*, ce qui veut dire "personne qui essaie de frauder le ministère"».

Le problème auquel sont confrontées les Forces canadiennes en ce qui a trait au SSPT est tellement grave qu'il nuit à la capacité des chefs de bien diriger les troupes. D'après des recherches récemment effectuées par les FC, les militaires n'ont pas confiance que l'on va dispenser les soins voulus à ceux qui souffrent du SSPT. Ce problème pourrait donc aller jusqu'à ébranler la capacité de combattre des Forces canadiennes.

Il ne faut pas s'étonner de constater que le problème du recrutement et du maintien des effectifs — problème qui est tellement grave que, d'après le rapport présenté hier par la vérificatrice générale, il pourrait s'écouler 30 ans avant que l'on réussisse à stabiliser la situation — est encore aggravé par la situation dans le dossier du SSPT. D'innombrables soldats — et je m'empresse d'ajouter parmi les meilleurs — s'en vont chaque année à cause du SSPT. C'est la meilleure assurance d'avoir un billet aller simple pour sortir des Forces canadiennes. Voilà une des causes du problème de maintien des effectifs à laquelle nous pouvons remédier dès aujourd'hui, pas dans 30 ans.

Nous avons formulé un certain nombre de recommandations pratiques visant à démystifier et déstigmatiser le SSPT à l'aide d'une formation et de cours. Nous recommandons une formation obligatoire sur le SSPT pour tous les soldats, quel que soit leur grade, et une formation continue tout au long de la carrière militaire. Nous recommandons de faire appel pour donner ces

been diagnosed with the injury. We recommend using the expertise of the OTSSC staff in the education program CF wide.

At this stage action, not words, is needed to fix the PTSD problem. There have been plenty of words. Since March 1994, when the CF first issued a Canadian Forces administrative order designed to deal with PTSD-related issues, there have been many more reports and commitments made to action by DND/CF that have not been met with any more success in implementing change.

Our report found that one of the most important weaknesses demonstrated by the CF in dealing with PTSD is the failure to execute commitments to reform how it deals with affected members. For example, in the area of educating CF leadership, in 1998 the McLelland report into quality of life issues in the CF recommended training of CF leaders on care of the injured, including those suffering from PTSD. In the same year, the Standing Committee on National Defence and Veterans Affairs, SCONDVA, recommended that the McLelland recommendations be implemented as quickly as possible and that other measures be taken to inculcate leaders on the importance of caring leadership. In its response to SCONDVA, DND/CF stated that leadership course content is being changed to ensure that proper training is given with respect to the care of injured personnel.

Although lesson plans have been developed, our report concluded that, despite these commitments and engagements, there has been little or no advance in the quality and quantity of training actually delivered to CF leadership about PTSD in 2002. Even today, the Royal Military College does not provide the future generation of CF leaders with any substantive education about PTSD.

There are many more examples of noble statements and worthy undertakings throughout the organization in the time period leading up to today. Progress on implementing change has been sclerotic. Training and education is key to changing attitudes. The lack of deliverables has allowed attitudes and prejudice against those who suffer from PTSD to continue to flourish.

Despite the overwhelming public support we have received since our report was published in February, attitudes continue to question the validity of the injury. Take *The Kingston Whig Standard* the day after the report was published, where a former senior CF leader is quoted as saying that they never called it a syndrome, they called it being a whiner and told them to go deliver pizzas downtown. They are not career soldiers.

As changes occur at a snail's pace, soldiers and their families suffer. This cannot be allowed to continue. We have made 31 recommendations that address the issues of the

cours à des équipes multidisciplinaires comprenant des membres ou d'anciens membres atteints de cette maladie. Nous recommandons aussi, pour la préparation de ces cours, de mettre à contribution le personnel de tous les CSTSO.

Au point où nous en sommes, nous avons besoin non pas de belles paroles, mais de gestes concrets pour régler le problème du SSPT. On en a déjà beaucoup parlé. Depuis mars 1994, moment où les Forces canadiennes ont publié la première ordonnance administrative des Forces canadiennes traitant des problèmes liés au SSPT, beaucoup de rapports ont été publiés à ce sujet et les engagements pris par le MDN et les FC n'ont rien donné et n'ont pas débouché sur des changements.

Notre rapport conclut que l'une des plus grandes lacunes des FC dans le dossier du SSPT est le défaut de donner suite aux engagements pris relativement au traitement des soldats touchés. Par exemple, en ce qui concerne la formation des dirigeants des FC, en 1998, le rapport McLelland sur la qualité de vie dans les Forces canadiennes recommandait de donner une formation aux dirigeants des FC sur les soins à dispenser aux blessés, y compris aux personnes atteintes du SSPT. Au cours de la même année, le Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants demandait que les recommandations du rapport McLelland soient adoptées le plus tôt possible et que l'on prenne d'autres mesures pour inculquer aux chefs l'importance de manifester de l'empathie. Dans leur réponse au comité, le MDN et les FC ont déclaré que le contenu des cours destinés aux dirigeants était revu pour veiller à ce qu'une formation appropriée soit donnée en matière de prestation de soins aux blessés.

Même si des plans de cours ont été élaborés, nous avons conclu dans notre rapport qu'en dépit des engagements qui ont été pris, il n'y a guère eu de progrès, voire aucun, dans la qualité et la quantité des notions sur le SSPT qui sont données aux dirigeants des Forces canadiennes en 2002. Encore aujourd'hui, le Collège militaire royal n'offre pas à la prochaine génération de dirigeants des FC de notions valables concernant le SSPT.

Il y a beaucoup d'autres exemples de déclarations bien intentionnées et de belles promesses qui ont été faites jusqu'à aujourd'hui. Pourtant, il n'y a pas eu de progrès dans la mise en oeuvre de changements. L'éducation et la formation sont essentielles pour que les attitudes changent. Comme les résultats attendus se font attendre, les préjugés et les attitudes négatives à l'endroit des personnes atteintes du SSPT continuent d'avoir cours.

Malgré l'incroyable appui que nous avons reçu du public depuis la parution de notre rapport en février, les gens continuent de douter de l'existence réelle de cette maladie. Ainsi, au lendemain de la publication de notre rapport, le *Kingston Whig Standard* rapportait que selon un ancien haut dirigeant des FC, on n'a jamais appelé cela un syndrome, qu'on leur disait plutôt d'arrêter de se plaindre et que, s'ils n'étaient pas contents, ils pouvaient toujours devenir livreurs de pizza, qu'ils n'étaient pas des soldats de carrière.

Comme les changements se produisent à pas de tortue, les soldats et leurs familles en souffrent. Cela ne peut plus continuer ainsi. Nous avons présenté 31 recommandations qui traitent du

prevalence of PTSD, attitudes, education, deployment-related training, taking care of the caregivers and systemic issues. While I acknowledge that there are some excellent initiatives underway, during the investigation we found the effort deployed to deal with PTSD is uncoordinated, inefficient and nowhere near what it should be to make a real difference.

As you know, I undertook to report to the Minister of National Defence, nine months after the release of the report, about putting the recommendations into place. I look forward to reporting publicly how the commitments made by the CF to implement the recommendations have in fact translated into action. So far discussions with the organization have proven to be most fruitful.

I am asking specifically for your support in relation to an important recommendation we have made for the creation of the position of a PTSD coordinator. We recommended this position be created because we realized that there is no one individual who has the authority to deal with PTSD CF wide. There are a multitude of different authorities within the Canadian Forces who have an interest and input into dealing with PTSD, ranging from the operational commands through the personnel, medical training and education systems.

In my view, the key to tackling the issue will not be just the introduction of new policy and procedures, but rather how these policies are implemented and enforced at the unit level; a position reporting to the Chief of the Defence Staff, which will be able to galvanize all the sectors in the military in moving this issue forward. The PTSD coordinator's role will be very much like the mortar around the bricks ensuring that the CF's PTSD initiatives are held together and translated from paper to reality.

The complainant in the case we investigated was abandoned and ostracized, and stigmatized by the way he was treated. He was not alone. Far too many of his fellow CF members had been and continue to be treated like second-class citizens because they suffer from an invisible injury. The CF is needlessly losing excellent officers and non-commissioned members in an era where they are scrambling to retain and recruit new members at huge expense. Now is not the time for more studies or to deal with these issues as public relations problems. Now is not the time to think in "stovepipes" by dealing with the issue as the primary responsibility of only one area of DND-CF. PTSD is an all-encompassing injury that crosses all boundaries within DND/CF. It is everyone's responsibility, and now is the time for action.

The Chairman: Thank you for a very interesting presentation which, I am sure, will give rise to a good number of questions.

SSPT, des attitudes à l'égard de cette maladie, de l'éducation, de la formation liée au déploiement, des soignants et des problèmes systémiques. Même si je sais que d'excellentes initiatives sont en cours, lors de notre enquête, nous avons constaté un manque de coordination dans les efforts déployés pour traiter ce syndrome, ce qui explique l'absence de résultats valables qui permettraient de vraiment changer les choses.

Comme vous le savez, j'ai pris l'initiative, neuf mois après la publication du rapport, de m'adresser au ministre de la Défense nationale pour lui faire rapport sur la mise en oeuvre des recommandations. J'ai l'intention de rendre publique un rapport montrant dans quelle mesure l'engagement pris par les FC de donner suite aux recommandations a vraiment débouché sur des mesures concrètes. Jusqu'à maintenant, les discussions avec l'organisation se sont révélées très fructueuses.

Je vous demande tout particulièrement votre appui à l'égard d'une importante recommandation que nous avons formulée visant la création du poste de coordonnateur du dossier du SSPT. Nous recommandons la création de ce poste parce que nous avons constaté que personne, dans toutes les Forces canadiennes, n'est responsable des questions concernant le SSPT. Il y a, au sein des Forces canadiennes, une foule de gens qui s'intéressent d'une manière ou d'une autre au SSPT, que ce soit au niveau des commandements opérationnels, du personnel, des médecins ou encore de la formation et de l'éducation.

À mon avis, on ne parviendra pas à régler ce problème tant qu'on se contentera de proposer de nouvelles politiques et de nouvelles procédures. Il faudra aussi voir comment ces nouvelles politiques sont mises en oeuvre dans les unités; une personne qui relèverait du chef d'état-major de la Défense pourrait couvrir tous les secteurs de l'armée et faire vraiment avancer ce dossier. Le rôle du coordonnateur du dossier du SSPT serait comme le mortier qui tient les briques en place; le titulaire du poste veillerait à ce que les initiatives des FC concernant le SSPT se tiennent et débouchent sur des gestes concrets.

Dans l'affaire qui a fait l'objet de notre enquête, le plaignant a été abandonné, ostracisé et stigmatisé. Il n'est pas le seul dans cette situation. Beaucoup trop de ses collègues membres des FC ont été et sont encore traités comme des citoyens de deuxième classe parce qu'ils sont atteints d'une maladie invisible. Les FC perdent inutilement d'excellents officiers et militaires du rang durant une période où elles doivent faire des pieds et des mains pour conserver leurs membres et en recruter de nouveau, à grands frais. Ce n'est pas le moment d'entreprendre d'autres études ou de traiter la question comme un simple problème de relations publiques. Ce n'est pas le moment d'avoir des oeillères et de s'imaginer que ce problème relève exclusivement d'un secteur précis du MDN ou des FC. Le SSPT est une maladie qui ne connaît pas de frontières au sein du MDN et des FC. C'est la responsabilité de tous. Le temps est venu de passer à l'action.

Le président: Je vous remercie pour cet exposé très intéressant qui, j'en suis certain, suscitera bon nombre de questions.

I should take this opportunity to introduce the deputy chairman of the committee, Senator Jack Wiebe from Saskatchewan. He is a fast study, so he will pick up the few points he missed of your opening remarks.

Senator Wiebe: PTSD has certainly been of great concern to me. In our National Defence Committee I raise the question wherever I possibly can. The question I will ask you is a tough one, but it is one that must be asked.

PTSD is rather new, although the condition has been around since the first conflict in which Canadian soldiers were involved. The only problem is we were unable to identify the condition. Part of the problem with PTSD concerns the terms of engagement. We first started to notice PTSD when soldiers were returning from peacekeeping missions where the terms of engagement were all they could do is observe atrocities, report them, and then stand by and see nothing being done about those atrocities.

I had the opportunity to visit with some of our troops in Bosnia under the NATO terms of engagement in which they could actually, if they saw an atrocity, get involved and do something. In talking to the troops, they felt more like they were doing their job. They were doing what policemen do when they see an atrocity. They were being effective. In other terms of reference, they were not being effective. I could certainly see under the old terms of reference that that would affect someone who believes he is not able to correct a problem.

I have a tough question based on something new. As I walked in the room, you made the statement that PTSD is the surest ticket out of the Armed Forces. Are we sure that some of our Armed Forces personnel are not using PTSD as an excuse to get out of the Armed Forces? When someone finds out that the Armed Forces was not what it was cracked up to be in his mind when he first enlisted, is that person using PTSD as an excuse? I said that it was going to be a tough question.

Mr. Marin: When dealing with a peacekeeping mission, it is inherent that the dynamics are different from those in war. There is no doubt that the helplessness felt by soldiers who cannot intervene in situations, given the fact they are on peacekeeping missions, makes it worse for those soldiers. In some cases, that feeling of helplessness has helped precipitate PTSD.

I also believe that, inherent in your question is the issue of the tools to diagnose PTSD. The medical community has now pretty well defined the criteria to look for in diagnosing PTSD. They are contained in the DSM4.

Are some troops faking it? Are some troops using it to get out of the Canadian Forces? That is dealt with in the Canadian report. The short answer to that is no.

Je voudrais profiter de l'occasion pour vous présenter le vice-président du comité, le sénateur Jack Wiebe de Saskatchewan. Il apprend vite, de sorte qu'il n'aura pas de mal à suivre, même s'il a raté le début de votre exposé.

Le sénateur Wiebe: Le syndrome de stress post-traumatique m'intéresse au plus haut point. Au Comité de la défense nationale, j'évoque le sujet chaque fois que je peux. La question que je vais vous poser n'est pas facile, mais elle doit être posée.

Le SSPT est un état pathologique nouveau, bien qu'il existe depuis le premier conflit auquel ont participé des soldats canadiens. Le seul problème, c'est qu'il était difficile à identifier. Une partie du problème lié au SSPT tient aux règles d'engagement. Nous avons d'abord commencé à remarquer le SSPT chez les soldats revenant de missions de maintien de la paix où les règles d'engagement étaient telles que leur rôle se bornait à observer des atrocités, à en faire rapport et ensuite, à demeurer passif alors que rien n'était fait pour contrer ces atrocités.

J'ai eu l'occasion de rendre visite à certaines de nos troupes en Bosnie où, selon les règles d'engagement de l'OTAN, si les soldats étaient témoins d'atrocités, ils pouvaient intervenir concrètement. Au cours des conversations que nous avons eues, ils m'ont rapporté qu'ils avaient davantage l'impression de faire leur travail. En présence d'atrocités, ils jouaient le rôle de policiers. Ils étaient efficaces. D'autres mandats ne leur permettaient pas d'être efficaces. Je comprends très bien qu'une personne assujettie à l'ancien mandat soit perturbée lorsqu'elle constate qu'elle n'est pas en mesure de corriger un problème.

J'ai une question brutale à vous poser fondée sur un élément nouveau. Lorsque je suis entré dans la pièce, vous disiez que le SSPT était le moyen le plus sûr de quitter les forces armées. Comment être sûr que certains de nos soldats ne se servent pas du SSPT comme prétexte pour quitter l'armée? Quelqu'un qui se rendrait compte que les forces armées ne correspondent pas à l'idée qu'il s'en était fait au moment où il s'était engagé pourrait-il se servir du SSPT comme excuse? Je vous ai dit que ce n'était pas une question facile.

M. Marin: Il est évident que la dynamique d'une mission de maintien de la paix est différente de celle de la guerre. Il ne fait aucun doute que l'impuissance qu'ont ressentie les soldats qui ne pouvaient intervenir dans certaines situations, puisqu'ils faisaient partie de missions de maintien de la paix, a empiré les choses pour eux. Dans certains cas, ce sentiment d'impuissance a concouru à provoquer le SSPT.

Votre question évoque aussi, de façon intrinsèque, le problème des outils dont nous disposons pour diagnostiquer le syndrome de stress post-traumatique. À l'heure actuelle, la communauté médicale a passablement bien défini les critères permettant de diagnostiquer le syndrome. On les retrouve dans le DSM4.

Certains soldats s'en servent-ils comme prétexte pour quitter les Forces canadiennes? Il en est question dans le rapport des Forces canadiennes. En bref, la réponse est non.

If you think about it, why would anyone in the Canadian Forces, given the amount of stigma associated with it and how you are treated once you have PTSD, use it falsely? To claim PTSD brings such an amount of grief that it is hardly an easy ticket out of the Canadian Forces.

We had an opportunity to consult experts in this area as well people from the civilian communities that deal with PTSD, such as paramedics and police officers. There is broad consensus across every profession that it is a common myth that people claim PTSD to get out of doing work because of the kind of stigma that attaches once you are out with PTSD.

It is estimated by medical experts that those faking PTSD, or those where there is likely cause to believe that someone is faking PTSD, are anywhere between 1 and 3 per cent, which is substantially lower than those who fake other kinds of diseases. There are people who call in sick when it is a beautiful day like today. It is 1 to 3 per cent, a very low percentage.

Senator Wiebe: Does this same percentage apply to police officers, firemen or other first responders?

Mr. Marin: We did not engage in an elaborate comparison. From what we could glean from the experts, it is about the same percentage. We interviewed people who must deal with workplace absenteeism in different professions. It seems to be a consensus.

Senator Wiebe: I have not had an opportunity to read your report. It just arrived on my desk yesterday. It may be that the answer to my next question is in there.

Have you, as ombudsman, had an opportunity to look at a case where responsibility or help has been denied to a soldier where you felt that that soldier was faking it?

Mr. Marin: No, we have not found that. We interviewed hundreds of people who came forward. From what we could see, they were all legitimate cases. People commit suicide or attempt to suicide because of it. Families fall apart because of it. These are not signs of people faking.

I believe that there are still some who believe that members are faking PTSD because the organization has never kept any data on PTSD. See no evil; hear no evil; there is no evil.

It has existed since World War I and possibly before. There have been documented cases since World War I. Nonetheless, the organization has never kept any data on the number of people suffering PTSD or those people seeking treatment. There has never been any data kept on those committing suicide, those leaving the forces, or those in the specialized holding patterns because of PTSD.

À bien y penser, compte tenu de la stigmatisation associée à cette maladie et à la façon dont sont traités ceux qui reconnaissent en souffrir, pourquoi quelqu'un prétendrait-il faussement en être victime? Le fait de se déclarer atteint du syndrome entraîne un tel cortège de souffrances qu'on peut difficilement affirmer que c'est un moyen facile d'abandonner les Forces armées.

Nous avons eu l'occasion de consulter des experts dans ce domaine, de même que des civils qui sont confrontés au SSPT, comme des travailleurs paramédicaux et des agents de police. Dans toutes ces professions, il y a un vaste consensus selon lequel c'est un mythe courant que certains simulent la maladie pour se défilier à leurs obligations professionnelles en raison de la stigmatisation liée au fait de se déclarer ouvertement atteint du SSPT.

Les experts médicaux estiment que les imposteurs, c'est-à-dire ceux dont on a des raisons de croire qu'ils simulent la maladie, représentent entre 1 et 3 p. 100 des plaignants. Or, il s'agit là d'un pourcentage sensiblement inférieur à celui qui s'applique aux soldats simulant d'autres maladies. Il y a des gens qui s'avouent malades une belle journée comme aujourd'hui. C'est donc de 1 à 3 p. 100, soit un pourcentage très bas.

Le sénateur Wiebe: Ce même pourcentage s'applique-t-il aux agents de police, aux pompiers ou à d'autres agents de secours d'urgence?

M. Marin: Nous n'avons pas fait de comparaison élaborée. D'après ce que nous avons pu glaner auprès des experts, le pourcentage est sensiblement le même. Nous avons interviewé des spécialistes de l'absentéisme en milieu de travail dans diverses professions. Il semble y avoir un consensus.

Le sénateur Wiebe: Je n'ai pas eu l'occasion de lire votre rapport qui vient d'arriver sur mon bureau hier. Peut-être la réponse à ma prochaine question s'y trouve-t-elle.

En tant qu'ombudsman, vous a-t-il été donné de prendre connaissance de cas où l'on aurait refusé de l'aide à un soldat parce qu'on estimait que ce soldat était un imposteur?

M. Marin: Non, ce cas ne s'est pas présenté. Nous avons interviewé des centaines de personnes qui se sont ouvertes à nous. D'après nos observations, il s'agissait de cas légitimes, sans exception. Des personnes atteintes du SSPT se suicident à cause de cela. Rien n'indique que nous soyons en présence d'imposteurs.

Certains sont encore convaincus que des membres des forces armées simulent le SSPT parce que l'organisation n'a jamais conservé de données sur le syndrome. Ne rien dire, ne rien voir, ne rien entendre. On évacue tout cela.

Or, le syndrome existe depuis la Première Guerre mondiale et peut-être avant. Il y a eu des cas prouvés depuis la Première Guerre mondiale. Néanmoins, l'organisation n'a jamais conservé de données sur le nombre de personnes atteintes du SSPT ou de personnes qui ont cherché à se faire soigner. On n'a jamais conservé de données sur les suicides, les départs des forces armées ou les gens confinés à des circuits d'attente spécialisée en raison du SSPT.

The lack of data has been a self-fulfilling prophecy. People conclude that, since there is no data, it is questionable that PTSD exists.

We know from consulting medical experts that roughly 20 per cent of those who come back from operations suffer from PTSD. If you include stress related injuries, it could be as half as high again. However, there is no way empirically to say that, because no data is being kept by the organization.

If, in my presentation, I were and telling this committee that 20 per cent of people coming back from operation suffer from tuberculosis, would we be worried about the 1 to 3 per cent of people faking PTSD? We would not. There would be no question that urgent, immediate action would be required.

The experts tell us that 20 per cent, 30 per cent, or even up to 50 per cent, if you include stress related injury, are suffering from PTSD. It is my submission to the committee that, because of those estimates by the medical community, the issue of whether 1 to 3 per cent of people are faking should not be the main preoccupation. We should be preoccupied with the 27 per cent or 25 per cent coming back from operations who we know are not faking it, and who are suffering.

Senator Wiebe: I do not know whether this is the first Senate committee you have had an opportunity to appear before. You will find some of the questions that we ask our witnesses are difficult ones. They are not necessarily questions that we as individual committee members have a particular concern with, but they are questions that we feel must be asked.

One of the biggest criticisms of the Senate is also one of its biggest advantages. We need not worry about being re-elected, so we can ask all sorts of questions. I have a couple of tough ones for you.

You say 20 per cent to 50 per cent of the people who return from overseas duty have some form or other of PTSD. That means, in my mind, that we are not preparing our troops for what they are going into, or we are not doing a good enough job in selecting which kind of troops we should be sending to those particular missions.

In either case, have you had an opportunity yet to come up with any kind of recommendations for the Armed Forces in regard to how they judge which individual is fit for which kind of duty? If the figures you are giving us are right, then 20 to 50 per cent are pretty high figures.

Mr. Marin: I certainly appreciate your candour. I did not mean to suggest that those were the opinions that you were holding.

It is important, Mr. Chair, if we are to get to the bottom of this, to air all of the arguments and all of the issues. Therefore, I do appreciate your questions. I thank you for giving me the opportunity to respond to them.

L'absence de données a contribué à apporter de l'eau au moulin de certains. Étant donné qu'il n'y a pas de données, d'aucuns concluent que l'existence même du syndrome est douteuse.

D'après les experts médicaux que nous avons consultés, 20 p. 100 environ du personnel militaire qui rentre de mission souffre du SSPT. Si l'on y ajoute les problèmes liés au stress, cela pourrait grimper jusqu'à 50 p. 100. Cependant, nous ne sommes pas en mesure de l'affirmer sur le plan empirique car l'organisation n'a conservé aucune donnée.

Si, au cours de mon exposé, je vous disais que 20 p. 100 des militaires qui rentrent de mission souffrent de tuberculose, vous inquiéteriez-vous du fait que 1 à 3 p. 100 d'entre eux sont des simulateurs? Certainement pas. Il ne ferait aucun doute qu'une action immédiate et urgente s'impose.

Les experts nous disent que 20, 30 ou même 50 p. 100 de nos troupes, si l'on inclut les problèmes liés au stress, souffrent du SSPT. Compte tenu des estimations que nous a fournies la communauté médicale, permettez-moi de dire au comité que la possibilité qu'entre 1 et 3 p. 100 de nos personnels soient des imposteurs ne devrait pas être notre principal sujet de préoccupation. Nous devrions plutôt nous inquiéter du sort des 25 ou 27 p. 100 qui rentrent de mission et dont nous savons qu'ils ne simulent pas la maladie et qui souffrent.

Le sénateur Wiebe: J'ignore si c'est la première fois que vous avez l'occasion de comparaître devant un comité du Sénat. Vous constaterez que certaines des questions que nous posons aux témoins sont ardues. Ce ne sont pas nécessairement des questions qui préoccupent individuellement les membres du comité qui les posent, mais nous estimons qu'elles doivent être posées.

L'une des critiques les plus courantes que l'on adresse au Sénat est aussi son plus grand avantage. Nous n'avons pas à nous soucier d'être réélus, de sorte que nous pouvons poser toutes sortes de questions. J'en ai d'ailleurs une ou deux plutôt malaisées pour vous.

Vous dites qu'entre 20 et 50 p. 100 des militaires qui rentrent de mission à l'étranger souffrent d'une forme ou d'une autre de SSPT. J'en conclus que nous ne préparons pas adéquatement nos troupes à ce qui les attend ou qu'il y a des lacunes dans le processus de sélection des soldats que nous décidons d'envoyer dans ces missions particulières.

Dans un cas comme dans l'autre, avez-vous déjà pu présenter des recommandations aux forces armées concernant les modalités qu'elles appliquent pour déterminer si une personne est apte à assumer ce genre de mission? Lorsqu'on parle de 20 à 50 p. 100 des militaires, il s'agit là de pourcentages plutôt élevés, si tant est que vos estimations sont justes.

M. Marin: Votre franchise me plaît. Je ne voulais pas laisser entendre que c'était l'opinion personnelle des sénateurs.

Monsieur le président, si nous voulons aller au fond des choses, il est important de mettre sur la place publique tous les enjeux et tous les arguments. Par conséquent, je vous remercie de vos questions. En effet, elles me donnent l'occasion d'y répondre.

I will respond to your question regarding the kinds of recommendations that we have made. We have divided the report into eight parts. On the first page of the report, you will see that Part One deals with the prevalence and then the issues of diagnosis and treatment, which relates to the first question you asked me today. We made several recommendations relating to education and training regarding PTSD, that is, pre-deployment and post-deployment training, education for members of the Canadian Forces, how to identify and be better prepared to deal with PTSD, and issues dealing with administrative responses.

As I indicated in my opening statement, there have been some very worthy initiatives by the organization. One of them has been the setting up of five specialized trauma and stress clinics across Canada. That has been a great initiative and we support it.

The Chairman: Are they on-base?

Mr. Marin: Yes, they are on-base.

The Chairman: You recommend they be off base.

Mr. Marin: Absolutely. It is an important recommendation and one that we are working to employ with the Canadian Forces, but the objection that we are hearing — and I am not suggesting this is the final word of the organization — from those who seem to have difficulty with this recommendation, is that if they are placed off-base, then we will be sending people outside the military family for treatment, thereby ostracising them further.

We believe that there is no choice, now. Going to an operational clinic on base makes you wear the PTSD label in a culture that deems that to be a sign of weakness, faking and malingering. Until the culture catches up, if you want to be serious about treating these people, treat them off base. Virtually all of those suffering from PTSD told us that they would have preferred to have had treatment off base. Of the caregivers, people who provide care to people suffering from PTSD, virtually all of them supported having treatment available off-base.

Look beyond this issue of throwing them outside of the military family, because that is not the case. We are acknowledging that there is a treatment and the only way to receive treatment is to send him or her off base. We are saying that they should at least try it out. Locate one off-base.

We strongly support the clinics, but we are saying, go beyond that and try one off-base to see what kind of response you will receive. We are convinced that you will receive a favourable response.

The second recommendation, of the 31, concerns the PTSD coordinator. Although there have been good initiatives, they lack coordination not enough information is shared between the different initiatives. We are recommending that the PTSD coordinator ensure that there is an exchange of approaches and

J'en viens maintenant aux recommandations que nous avons faites. Notre rapport compte huit parties. À la première page, vous pourrez voir que la partie un porte sur la prévalence et ensuite, sur les questions de diagnostic et de traitement, qui se rapportent à la première question que vous m'avez posée aujourd'hui. Nous avons fait plusieurs recommandations ayant trait à la formation et à l'entraînement concernant le SSPT, plus précisément l'entraînement pré- et post-déploiement, l'éducation des membres des Forces canadiennes, les moyens à prendre pour mieux identifier le SSPT et y réagir, ainsi que les problèmes entourant les mesures administratives.

Comme je l'ai dit dans ma déclaration liminaire, l'organisation a pris quelques initiatives très valables. L'une d'elles a été d'ouvrir cinq centres pour trauma et stress opérationnels au Canada. C'est une excellente initiative, que nous appuyons sans réserve.

Le président: Ces centres sont-ils sur les bases?

M. Marin: Oui.

Le président: Vous avez recommandé qu'ils soient situés hors base.

M. Marin: Absolument. C'est une recommandation importante et nous nous employons à convaincre les Forces canadiennes de son bien-fondé, mais l'objection qu'expriment les détracteurs de cette suggestion — et je ne veux pas dire que c'est là la position finale de l'organisation —, c'est qu'en installant de tels centres à l'extérieur des bases, on se trouverait à envoyer les personnes atteintes du syndrome à l'extérieur de la famille militaire pour se faire traiter, ce qui aurait pour effet de les ostraciser davantage.

À l'heure actuelle, aucun choix n'est possible. Tout militaire qui se rend dans une clinique opérationnelle sur la base est inmanquablement étiqueté SSPT dans une culture qui associe cela à la faiblesse, à l'imposture et à la simulation. Tant que la culture n'aura pas vraiment compris, si l'on veut vraiment soigner les personnes atteintes, il faut le faire hors base. Pratiquement tous ceux qui souffrent du syndrome nous ont dit qu'ils auraient préféré être traités à l'extérieur de leur base. Pratiquement la totalité des dispensateurs de soins, c'est-à-dire les personnes qui s'occupent de traiter les victimes du SSPT, préconisent que le traitement soit disponible à l'extérieur de la base.

Il faut dépasser l'argument selon lequel nous soustrayons ces personnes à la famille militaire, car ce n'est pas le cas. Il existe un traitement et la seule façon d'y avoir accès est de permettre aux militaires de se faire soigner à l'extérieur de la base. Nous pensons que les forces armées devraient à tout le moins en faire l'essai. Qu'ils établissent un centre à l'extérieur d'une base.

Nous appuyons vigoureusement les cliniques, mais nous invitons instamment les forces armées à faire un pas de plus et à en établir une à l'extérieur d'une base pour voir quel genre de réaction cela susciterait. Nous sommes convaincus que l'accueil serait favorable.

La deuxième recommandation, sur les 31, concerne la nomination d'un coordonnateur SSPT. Bien que de bonnes initiatives aient été prises, la coordination fait défaut, de même que le partage de l'information entre les diverses mesures. Nous recommandons que le coordonnateur du dossier du SSPT veille à

information, and there would be assurance that any order and initiative promulgated by Ottawa would be implemented in actuality — in operations. We are not seeing that all the time. Those are two key recommendations. Coupled with that, there are recommendations about training and education that are crucial to making the culture evolve.

Senator Atkins: I am curious about the recommendation regarding the coordinator. What rank and occupation would that person occupy? What kind of reporting procedure do you envision? It seems to me that, if the recommendation is accepted, that coordinator must have credibility and clout, especially in consideration of the picture you paint about the doubts and problems in the military vis à vis the respectability of someone who claims to have PTSD. How do you visualise that person?

Mr. Marin: The current problem is that PTSD is a problem that crosses the boundaries of all elements in the Canadian Forces. There can be events such as the Swissair crash that will create serious PTSD problems for members of the navy rescue team on the East Coast, and there are peacekeeping members of the army who return from overseas duty suffering from PTSD. It is also an air force, a reservist and an operational problem involving the Deputy Chief of Defence Staff. It affects the issue of retention recruiting. Therefore, it affects the Vice-Chief of Defence Staff. It affects all the different components. When you are making a decision on PTSD, it must be remembered that it affects all these entities. It affects the air force, the army, the navy and it affects policy in Ottawa. That is the problem.

We recommended the concept of the PTSD coordinator, but we left it as a general recommendation so that the organization can help you flesh it out.

The coordinator would be someone whose authority would cross all the boundaries and would be able to determine action for all of the affected entities. For example, suppose the navy is not implementing an order by the Chief of Defence Staff on how to deal with pre-deployment training on PTSD. That coordinator would have the authority to crack down. The individual would report to the Chief of Defence Staff. In other words, the ultimate authority would lie with the Chief of Defence Staff, via the PTSD coordinator, to enforce and ensure that there is execution of whatever decision is made in Ottawa concerning PTSD.

Senator Atkins: This would be someone in the military.

Mr. Marin: Yes.

Senator Atkins: It would have to be a high-ranking individual.

Mr. Marin: Yes. Colonel would be the right level.

Senator Atkins: This person would have to be seen as having the respectability of the chief of staff.

ce qu'il y ait communication et échange d'informations, et l'on donnerait l'assurance que tout ordre et toute initiative promulgués par Ottawa seraient appliqués réellement sur le terrain. Ce n'est pas toujours le cas actuellement. Ce sont les deux recommandations clés. S'ajoutent à cela d'autres recommandations sur la formation et l'éducation, qui sont essentielles pour faire évoluer la culture.

Le sénateur Atkins: Je m'interroge au sujet de la recommandation sur le coordonnateur. Quels seraient le grade et la profession de cette personne? Quelle procédure envisagez-vous pour la reddition de comptes et la présentation des rapports? Il me semble que, si la recommandation est acceptée, ce coordonnateur doit être crédible et influent, surtout si l'on tient compte des doutes et des problèmes que vous nous avez décrits parmi les militaires quant à la respectabilité d'une personne qui se dit atteinte du SSPT. Comment visualisez-vous cette personne?

M. Marin: Le problème actuel est que le SSPT est un problème qui transcende tous les éléments dans les Forces canadiennes. Des événements comme l'écrasement du vol de la Swiss Air peuvent créer de sérieux problèmes de SSPT parmi les membres de l'équipe d'intervention de la marine sur la côte Est, et il y a des soldats envoyés en mission de maintien de la paix qui reviennent d'outre-mer et qui souffrent du SSPT. C'est un problème qui est également présent dans l'armée de l'air, dans la réserve et c'est un problème opérationnel mettant en cause le vice-chef d'état-major de la Défense. Cela nuit au recrutement et au maintien des effectifs. Par conséquent, cela touche le vice-chef d'état-major de la Défense. Cela touche toutes les composantes. Quand vous prendrez une décision sur le SSPT, vous devez vous rappeler que toutes les entités sont touchées: l'armée de l'air, l'armée de terre, la marine et même l'élaboration des politiques à Ottawa. Voilà le problème.

Nous avons recommandé de créer un poste de coordonnateur du dossier de la SSPT, mais nous nous sommes contentés de formuler une recommandation générale, pour que l'organisation puisse vous aider à arrêter les détails.

Le coordonnateur serait quelqu'un dont l'autorité s'étendrait sur tous les éléments et qui pourrait déterminer les mesures à prendre dans toutes les entités touchées. Par exemple, supposons que la marine ne donne pas suite à un ordre donné par le chef d'état-major de la Défense au sujet de la formation sur le SSPT préalable au déploiement. Le coordonnateur aurait le pouvoir d'intervenir. Il relèverait du chef d'état-major de la Défense. Autrement dit, il incomberait ultimement au chef d'état-major de la Défense, par l'intermédiaire du coordonnateur du dossier du SSPT, de veiller à l'exécution des ordres et des décisions prises à Ottawa dans le dossier du SSPT.

Le sénateur Atkins: Ce serait un militaire.

M. Marin: Oui.

Le sénateur Atkins: Il faudrait que ce soit un officier haut gradé.

M. Marin: Oui. Le grade de colonel conviendrait.

Le sénateur Atkins: Il faudrait que cette personne se fasse respecter au même titre que le chef d'état-major.

Mr. Marin: Absolutely.

Senator Atkins: Otherwise, he or she would be whistling in the dark.

Mr. Marin: Currently, the Chief of Defence Staff holds the positions of special advisor on international affairs and on personnel. Personnel issues in international affairs have been flagged as special areas that require close scrutiny. Those could serve as models. We did not want to put the organization in a straitjacket of characteristics. The concept is laid out and it is not unprecedented. This issue merits close scrutiny and attention. You are quite right in saying that the coordinator must have the respect and deference of the Chief of Defence Staff, as well as the rest of the organization.

We need someone to crack the whip. A colonel cannot crack the whip on the general, but the coordinator would be the pipeline to the CDS to ensure that orders are followed. This, of course, applies to all of the entities affected in that the coordinator would be able to take immediate enforcement action.

Senator Atkins: My suspicion is that to accomplish this initiative you may have look at a higher-ranking colonel. That person must be seen to be at the right hand of the chief of staff. Otherwise, I think you would have a hard time accomplishing your goal.

Mr. Marin: I appreciate your view. There may be some who agree with you and some who disagree. I am not a military expert. We have presented the problem to the Minister of Defence and to the Chief of Defence Staff. We presented a compelling argument for the creation of that special function. I trust and hope that the Chief of Defence Staff will be able to identify the right level position, the right candidate, and give this person the terms of reference and the necessary tools to do the job. We will be back to report on the success of the job in nine months.

Senator Atkins: I know a little bit about non-visible disabilities. It is difficult to convince people who do not have them to acknowledge that others have the problems that they do, especially when they appear normal. In some cases, that would be true of those suffering from PTSD.

Is there a medical test that helps diagnose a person with PTSD?

Mr. Marin: I am not a doctor. Since the report came out, I have received submissions by some physicians who claim to be able to do blood tests to determine PTSD. Others claim to be able to cure it in 10 minutes.

Senator Atkins: With some form of medication?

Mr. Marin: I am not a medical expert, so I am unable to answer that question.

M. Marin: Absolument.

Le sénateur Atkins: Autrement, il ou elle crierait dans le désert.

M. Marin: À l'heure actuelle, le chef d'état-major de la Défense est titulaire des postes de conseiller spécial sur les affaires internationales et sur le personnel. Les questions relatives au personnel dans les affaires internationales ont été désignées comme un domaine exigeant une attention particulière. Cela pourrait servir de modèle. Nous ne voulions pas imposer une camisole de force à l'organisation en étant trop précis. Nous esquissons le concept, et ce n'est pas sans précédent. La question mérite un examen approfondi et une attention suivie. Vous avez tout à fait raison de dire que le coordonnateur doit être respecté par le chef d'état-major de la Défense, ainsi que par toute l'organisation.

Nous avons besoin de quelqu'un qui est capable d'imposer ses vues. Un colonel ne peut pas donner des ordres à un général, mais le coordonnateur serait l'intermédiaire entre le chef d'état-major et les troupes; il veillerait à ce que l'on obéisse aux ordres. Cela s'applique bien sûr à toutes les entités touchées, en ce sens que le coordonnateur serait en mesure de prendre des mesures d'application immédiates.

Le sénateur Atkins: Je soupçonne que pour mener à bien cette initiative, il faudrait un colonel de haut rang. Cette personne doit être perçue comme le bras droit du chef d'état-major. Autrement, je pense que vous auriez du mal à atteindre votre objectif.

M. Marin: Je prends bonne note de votre avis. Certains seraient d'accord avec vous, d'autres pas. Je ne suis pas un expert en affaires militaires. Nous avons exposé le problème au ministre de la Défense et au chef d'état-major. Nous avons présenté un plaidoyer convaincant en faveur de la création de ce poste spécial. Je compte sur le chef d'état-major qui saura, je l'espère, trouver le grade approprié, le bon candidat, et donner au titulaire du poste le mandat et les outils nécessaires pour bien faire le travail. Nous serons de retour dans neuf mois pour faire rapport sur le succès de l'opération.

Le sénateur Atkins: Je suis un peu au courant du problème des invalidités non visibles. C'est difficile de convaincre les gens qui n'en sont pas atteints que certaines personnes en souffrent effectivement, surtout si les personnes en question semblent normales. Ce serait le cas des gens qui souffrent du SSPT.

Existe-t-il un test médical permettant de diagnostiquer chez une personne le SSPT?

M. Marin: Je ne suis pas médecin. Depuis la publication du rapport, j'ai reçu des mémoires de médecins qui affirment être capables de déterminer la présence du SSPT par une analyse sanguine. D'autres prétendent pouvoir le guérir en dix minutes.

Le sénateur Atkins: Avec un médicament quelconque?

M. Marin: Je ne suis pas expert en médecine et je ne suis donc pas en mesure de répondre à cette question.

From our brief look at the diagnostic tools, there appears to be an understanding of how to detect PTSD. There does not seem to be an issue in respect of the tools to diagnose or detect. Beyond that, I do not think I am suited to answer the question.

Senator Atkins: I am not surprised that it is not on the curriculum in the RMC. It seems to me that for cadets or those with a summer vocation in the military, perhaps there is opportunity for that kind of training.

I agree with you that the assignments that our military has in peacekeeping are conducted under totally different circumstances.

I hope that your recommendations are taken seriously.

Mr. Marin: As I said in my opening, and I want to reinforce this message to the committee, my organization has been engaged in discussions with the Canadian Forces since the completion of the report on February 5. Those discussions have been very fruitful. I have been engaged in one-on-one discussions with the Chief of Defence Staff as well. We are satisfied with the progress thus far. We are not there as of yet, but I have my hopes high that we will be able to report to you and to the public that there has been an acceptance of all these recommendations.

Senator Atkins: In your position as ombudsman, do you consider your role is taken seriously by the military? Do you feel you have a record of achievement in view of the time you have been in the job — that you have been able to accomplish much of what you attempted to accomplish?

Mr. Marin: In over 90 per cent of our interventions, we were able to get the result that we were seeking. I think the office has progressed enormously in its clout with the organization. An interesting phenomenon happens in the military. I thought after the office had been around for some time, almost four years now, after successive promotions, people would climb the ranks in the military and realize that the office, although it is independent from the institution, is, in fact, part of the institution. There is talk about how the Charter is 20 years old and has grown on us. I hope the office is accepted as something that attaches to the military and that people who climb the ranks realize the office has to be dealt with.

Unfortunately, some people are promoted and then they decide that their predecessor “sold the farm to the ombudsman,” and they are going to fight the ombudsman. Sometimes a person, who has been around for some time, is promoted and he or she must re-fight the old battles of a year or two years ago. I am hopeful that, as the office continues to intervene on serious issues, when there is a promotion I will be able to say that we are all better off and there is greater cooperation. However, it seems to me, unfortunately, in too many cases, when there is a promotion, we must regain the ground that had been gained before.

Nous avons fait un bref examen des outils diagnostiques, et il semble que l'on s'entende sur la manière de déceler le SSPT. Il ne semble pas y avoir de controverse quant aux outils permettant de déceler ou de diagnostiquer le syndrome. À part cela, je ne pense pas pouvoir répondre à la question.

Le sénateur Atkins: Cela ne m'étonne pas que la question ne soit pas abordée dans le cadre du cours dispensé au CMR. Il me semble que pour les cadets ou ceux qui revêtent l'uniforme militaire pendant l'été, il y aurait peut-être la possibilité de leur dispenser une formation là-dessus.

Je suis d'accord avec vous pour dire que les missions confiées à nos militaires pour le maintien de la paix sont effectuées dans des circonstances tout à fait différentes.

J'espère que vos recommandations sont prises au sérieux.

M. Marin: Comme je l'ai dit dans ma déclaration d'ouverture, et je tiens à insister sur ce message que je veux transmettre au comité, mon organisation a eu des discussions avec les Forces canadiennes depuis la publication du rapport le 5 février. Ces discussions ont été très fructueuses. J'ai eu des entretiens en tête-à-tête avec le chef d'état-major de la Défense. Nous sommes satisfaits des progrès accomplis jusqu'à maintenant. Nous ne touchons pas encore au but, mais j'ai bon espoir que nous pourrions vous annoncer, à vous et au grand public, que toutes les recommandations ont été acceptées.

Le sénateur Atkins: À titre d'ombudsman, considérez-vous que votre rôle est pris au sérieux par les militaires? Estimez-vous que vous avez un bilan positif depuis que vous occupez votre poste, que vous avez été en mesure d'accomplir une grande partie des tâches que vous vous étiez donnés pour mission d'accomplir?

M. Marin: Dans plus de 90 p. 100 de nos interventions, nous avons réussi à obtenir le résultat recherché. Je pense que le bureau a progressé énormément pour ce qui est de son influence dans l'organisation. Un phénomène intéressant se produit dans les forces armées. Je pensais qu'après un certain temps, puisque le bureau existe maintenant depuis quatre ans, après des promotions successives, les gens monteraient en grade dans les forces armées et se rendraient compte que le bureau, bien qu'il soit indépendant des forces armées, en est effectivement un élément constituant. On célèbre le 20^e anniversaire de la Charte et l'on dit qu'elle est inscrite dans la conscience collective. J'espère que le bureau est accepté comme une partie constituante des forces armées et que les gens qui montent en grade se rendent compte qu'il faut en tenir compte.

Malheureusement, il arrive que des gens, après avoir été promus, décident que leur prédécesseur a «capitulé devant l'ombudsman» et se lancent dans une lutte à finir contre l'ombudsman. Parfois, une personne qui a pas mal d'ancienneté doit recommencer, après avoir été promue, de livrer les vieilles batailles d'il y a un an ou deux. J'espère qu'à mesure que le bureau continuera d'intervenir dans les dossiers graves, je serai en mesure de dire, lorsqu'il y a une promotion, que nous sommes tous en meilleure posture et qu'il y a une plus grande collaboration. Il me semble toutefois, malheureusement, que trop souvent, lorsqu'il y a une promotion, nous devons recommencer la lutte pour reprendre ce qui avait été acquis auparavant.

All in all, I am pleased with the cooperation we are getting. If I had to give a general assessment, I would say I am quite pleased, and we have come a long way.

Senator Atkins: Am I correct in saying that you do not perceive yourself as being seen by the military as an apologist for the military or a handmaiden of their causes?

Mr. Marin: I do not think anyone has accused me of being an apologist for the military. I do not think we are military critics. We are to maintain strict impartiality. When we approach a claim, we do not presume it is founded or unfounded. We presume nothing. We do not feel compelled to defend the system or to bring it down. I hope that message comes across when we release reports. We try to outline the positive. We are not a negative reporting agency. We are not only there to find fault; we are there to find good things as well. The report states that, and I believe today's opening statement conveys that too.

We try to present the most balanced and impartial view of both the claimant and the organization.

Senator Day: I congratulate you and your group on your report. This will be an important document on this entire subject.

My questions will illustrate my lack of in-depth knowledge of this subject. Please bear with me if some of these questions are answered in the documentation.

If I may go back to basics, I have in the back of my mind that we used to call it a "syndrome," and now you are calling it a "disorder." Was it never called a "syndrome"?

Mr. Marin: It is a syndrome.

Senator Day: The disorder is what you have when you are diagnosed?

Mr. Marin: I meant syndrome. It is a syndrome. It is considered to be an operational injury. PTSD stands for Post-Traumatic Stress Disorder.

Senator Day: How did it go from being a syndrome to a disorder? What is the difference? I have heard people speak about post-traumatic stress syndrome. Is that the manifestation of the disorder? What is the difference between the two?

Mr. Marin: I am not sure I am qualified to answer that. I have heard both words used interchangeably.

Senator Day: Can we do that?

The Chairman: He says he does not know.

Mr. Marin: I have heard the expressions "disorder," "syndrome" and "injury" being used.

The Chairman: As far as you are concerned, they are interchangeable.

Tout compte fait, je suis content de la collaboration que nous obtenons. Si je devais faire une évaluation globale, je dirais que je suis très content et que nous avons fait un bon bout de chemin.

Le sénateur Atkins: Ai-je raison de dire que vous n'avez pas l'impression d'être perçu par les militaires comme un apologiste des forces armées ou comme le serviteur de leurs causes?

M. Marin: Je ne pense pas que personne m'ait jamais accusé d'être l'apologiste des militaires. Je ne pense pas que nous soyons non plus des critiques des militaires. Nous devons maintenir la plus stricte impartialité. Quand nous sommes saisis d'une plainte, nous ne présumons pas au départ qu'elle est fondée ou non fondée. Nous ne présumons de rien. Nous ne nous sentons pas obligés de défendre le système ni de le démolir. J'espère que ce message est bien clair quand nous publions des rapports. Nous essayons de faire ressortir les éléments positifs. Nous ne sommes pas un organisme négatif par nature. Nous n'avons pas exclusivement pour tâche de trouver des défauts; nous devons aussi recenser ce qui se fait de bien. C'est bien dit dans le rapport et je suis convaincu que ma déclaration d'ouverture d'aujourd'hui donne fidèlement cette impression.

Nous essayons de présenter le point de vue le plus équilibré et impartial en tenant compte des vues du plaignant et de l'organisation.

Le sénateur Day: Je vous félicite, votre groupe et vous-même, pour votre rapport. Ce sera un document important dans toute cette affaire.

Mes questions vont trahir mon manque de connaissance approfondie de ce sujet. Je vous demande votre indulgence, si l'on a déjà répondu dans la documentation à certaines questions.

Pour commencer, il me semble me souvenir que nous appelions cela auparavant un «syndrome», alors que vous l'appeliez maintenant un «trouble». N'a-t-on jamais appelé cela un «syndrome»?

M. Marin: C'est un syndrome.

Le sénateur Day: Le trouble, c'est ce dont on souffre quand on a été diagnostiqué?

M. Marin: Je voulais dire syndrome. C'est un syndrome. C'est considéré comme une lésion opérationnelle. Le sigle SSPT signifie Syndrome de stress post-traumatique.

Le sénateur Day: Comment est-on passé de syndrome à trouble? Quelle est la différence? J'ai entendu des gens parler du syndrome de stress post-traumatique. Est-ce la manifestation du trouble? Quelle est la différence entre les deux?

M. Marin: Je ne suis pas certain d'être qualifié pour répondre à cela. J'ai entendu les deux mots utilisés de façon interchangeable.

Le sénateur Day: Peut-on le faire?

Le président: Il dit qu'il ne le sait pas.

M. Marin: J'ai entendu les expressions «trouble», «syndrome» et «lésion».

Le président: Dans votre esprit, ces mots sont interchangeables.

Mr. Marin: They are, yes.

Senator Day: It is all right for me to use either one.

Mr. Marin: The Surgeon General is here.

Senator Day: If someone could come now or next week and let me know if there is a difference, and if so, what I should be thinking. It might be appropriate, Mr. Chairman, to deal with that simple question now.

The Chairman: Would you mind? Please give us clarification?

Colonel Scott Cameron, Canadian Forces Surgeon General, Department of National Defence: From my perspective, the significance of the nomenclature is different in the medical profession versus the lay community. For us there is a specific difference between the syndrome and disorder, which is not significant to your concerns.

The point is, whether you call it a syndrome, a disorder or an injury, it is a real illness and it has many causes, some of which are the trauma that people suffer on operations. From that perspective, it is an injury, and that is why we are now referring to these things as “psychological injuries.”

A “syndrome,” in medical parlance, is a collection of symptoms and findings that is consistent in a particular group of individuals and defines what we call a “medical syndrome.” A “disorder” is just what the name suggests: It is a malfunctioning, if you will, of a certain system of the body. In both cases there is something wrong. That is probably the best way for you to look at that definition and not get hung up on the difference.

Where the confusion comes in is that sometimes people will call any sort of medical phenomenon a syndrome. We do not do that. For physicians “syndrome” has a specific definition, which is that there is a definition that is reproducible across individuals. The word “syndrome” is sometimes misused. “Disorder” is probably a better term, simply because it is a more specific term within the profession.

Senator Day: If the disorder is diagnosed early in an individual, is it, from a medical point of view, more quickly corrected? Put aside the other costs and damages that could be caused by someone who has the disorder, and it is not, for whatever reason, diagnosed. From the point of view of a medical recovery, if there is an early diagnosis, is there a speedier recovery?

Mr. Marin: That is certainly my understanding. If it is caught and treated early, that also prevents other types of degenerative circumstances. In the case of Corporal McEachern, which is the case that ended up being investigated, this individual was charged with an offence as a result of incidents where he allegedly drove

M. Marin: Oui, ils le sont.

Le sénateur Day: Je peux donc utiliser l'un ou l'autre.

M. Marin: Le chef du service de santé est ici.

Le sénateur Day: J'apprécierais que quelqu'un vienne me dire, aujourd'hui ou la semaine prochaine, s'il y a une différence et, dans l'affirmative, ce que je devrais en penser. Il pourrait être utile, monsieur le président, de régler tout de suite cette question simple.

Le président: Auriez vous l'obligeance? Pourriez-vous nous donner des précisions là-dessus?

Colonel Scott Cameron, chef du service de santé des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale: De mon point de vue, la nomenclature est différente dans la profession médicale, par opposition aux profanes. Pour nous, il y a une différence précise entre le syndrome et le trouble, ce qui n'est pas pertinent pour vos préoccupations.

Peu importe que vous parliez de syndrome, de trouble ou de lésion, c'est une véritable maladie et elle a de nombreuses causes, dont les traumatismes que les gens subissent pendant les opérations. De ce point de vue, c'est bel et bien une lésion, et c'est pourquoi nous parlons maintenant de «lésion psychologique».

Un «syndrome», dans le jargon médical, c'est un ensemble de symptômes et d'états pathologiques qui se retrouvent dans un groupe particulier d'individus et qui définissent ce que nous appelons un «syndrome médical». Un «trouble», c'est exactement ce que le mot indique: c'est un mauvais fonctionnement, si l'on veut, d'un certain système de l'organisme. Dans les deux cas, il y a quelque chose qui ne va pas. C'est probablement la meilleure définition pour vous; vous ne devriez pas vous attarder trop à la différence.

La confusion vient du fait que les gens ont parfois tendance à appeler syndrome n'importe quel phénomène d'ordre médical. Nous ne faisons pas cela. Pour les médecins, le mot «syndrome» a une définition précise, correspondant à un état que l'on retrouve chez plusieurs individus. Le mot «syndrome» est parfois utilisé à mauvais escient. Le mot «trouble» est probablement préférable, simplement parce que son sens est plus précis dans la profession.

Le sénateur Day: Si le trouble est diagnostiqué de façon précoce chez une personne, est-il plus facile d'y remédier, du point de vue médical? Mettez de côté pour l'instant les autres coûts et dommages qui peuvent être causés par quelqu'un qui est atteint de ce trouble, s'il n'est pas diagnostiqué, pour une raison quelconque. Du point de vue du rétablissement médical, si le diagnostic est fait de façon précoce, le rétablissement est-il plus rapide?

M. Marin: C'est assurément ma compréhension de la situation. Si le trouble est décelé et traité précocement, cela prévient aussi d'autres types de circonstances négatives qui en découlent. Dans le cas du caporal McEachern, qui a fait l'objet de l'enquête, cette personne a été accusée d'une infraction à la suite d'un incident; il

his SUV through the Edmonton garrison and did a few wheelies and sent the furniture and equipment through the windows. A history of things precipitated that.

In that instance, if the disorder had been caught and treated earlier, we could have prevented many of the things that happened afterwards. Certainly, catching these situations early and treating them is not only good for the individual's well-being, but will prevent an escalation of family problems and other personal problems that may arise as a result of getting PTSD.

Senator Day: I was trying to deal with the medical side of this. I understand what other things may happen if PTSD is not diagnosed and the person continues to live with it.

Your understanding is that early diagnosis leads to a speedier recovery as opposed the situation where there is no diagnosis and the disorder lingers for some time.

Mr. Marin: That is correct.

Senator Day: Is there a history of Armed Forces personnel returning from deployment who have suffered another physical injury? I can think of Major Bruce Henwood, for example, and the injuries that he suffered from the explosion of a land mine. Is there any history of this post-traumatic syndrome being related to other physical injuries or not?

Mr. Marin: There are examples of both. There are cases where it is related to physical injuries.

Senator Day: Would a person who suffered a physical injury be more likely to get PTSD? Does this result from something outside of your own body in most instances, such being close to a burned-out tank? Not everyone who is shot develops the disorder. However, having seen a burned-out tank with a half-charred body in it is what has triggered the syndrome in some instances. Is it a result of an outside-of-the-body experience, a visual trauma that triggers PTSD most often?

Mr. Marin: General Sharpe has done a significant amount of work in this particular area, and I would ask him to respond.

Brigadier General (Retired) Joe Sharpe, Special Advisor to Ombudsman on Post-Traumatic Stress Disorder, Department of National Defence: Honourable senators, I am not a doctor, but I can provide you with some general impressions.

Many of the instances of causality — if I may use that term — for PTSD, come from the sense of helplessness. Indeed, you touched on that earlier. If you are able to actually do something about the situation, there is less probability, anecdotally at least, that it will cause longer-lasting psychological problems.

Quite frankly, Canadians educated, raised and trained as we are in a society that is just and fair and treats people well, become quite vulnerable to the negative things that some other folks see in

aurait conduit son VLT dans la garnison d'Edmonton en faisant dérapier ses roues, et il a lancé des meubles et de l'équipement par la fenêtre. Une longue suite d'incidents avaient précédé ces gestes.

Dans cette affaire, si le trouble avait été décelé et traité plus tôt, nous aurions pu prévenir de nombreux événements qui se sont produits par la suite. Il est certain que le fait de déceler et de traiter ces cas de façon précoce, non seulement est bon pour le bien-être de la personne, mais empêche aussi l'escalade des problèmes familiaux et autres problèmes personnels qui peuvent résulter du SSPT.

Le sénateur Day: J'essayais d'aller au fond des choses du point de vue médical. Je comprends que d'autres choses peuvent arriver si le SSPT n'est pas diagnostiqué et que la personne continue à vivre avec ce syndrome.

D'après vous, le diagnostic précoce entraîne un rétablissement plus rapide, par opposition à la situation qui perdure si le diagnostic n'est pas posé et que le trouble s'installe pendant un certain temps.

M. Marin: En effet.

Le sénateur Day: Y a-t-il d'autres soldats qui sont revenus d'un déploiement après avoir souffert d'une autre blessure corporelle? Je songe au cas du major Bruce Henwood, par exemple, qui a subi des blessures dans l'explosion d'une mine terrestre. A-t-on établi une corrélation entre ce syndrome post-traumatique et d'autres blessures corporelles?

M. Marin: Il y a des exemples des deux. Il y a des cas où c'est associé à des blessures corporelles.

Le sénateur Day: Une personne qui a subi une blessure corporelle a-t-elle plus de chances de souffrir du SSPT? Cela résulte-t-il d'un événement déclencheur à l'extérieur de l'organisme dans la plupart des cas, par exemple le fait d'être proche d'un blindé qui a explosé? Ce ne sont pas tous ceux qui se font tirer dessus qui sont atteints de ce trouble. Par contre, le fait d'avoir vu un blindé incendié dans lequel se trouvait un cadavre à moitié carbonisé a déclenché le syndrome dans certains cas. Est-ce le résultat d'un stimulus extérieur à l'organisme, un traumatisme visuel qui déclenche la plupart du temps le SSPT?

M. Marin: Le général Sharpe a fait beaucoup de travail dans ce domaine précis et je vais lui demander de répondre.

Brigadier-général (à la retraite) Joe Sharpe, conseiller spécial sur le Syndrome de stress post-traumatique auprès de l'ombudsman, ministère de la Défense nationale: Honorables sénateurs, je ne suis pas médecin, mais je peux vous faire part de mes impressions générales.

Beaucoup de cas de causalité — si je peux utiliser cette expression — du SSPT découlent du sentiment d'impuissance. En fait, vous en avez parlé tout à l'heure. Si quelqu'un est en mesure de poser un geste concret au sujet d'une situation, il est moins probable, tout au moins du point de vue empirique, qu'il en découle des problèmes psychologiques durables.

Pour parler franchement, les Canadiens, qui sont élevés, éduqués et entraînés comme nous le sommes dans une société qui est juste et équitable et dans laquelle tout le monde est bien

certain situations. We are not used to seeing children slaughtered beside the road and some other things that happen. Canadians are actually more vulnerable, in all probability, than many others who come from a less value-based society. There is certainly that psychological aspect of vulnerability.

Our anecdotal experience would lead us to conclude that those who feel the pain of others most become most vulnerable. To a certain extent this is external to the individual in many ways.

For example, one psychiatrist told us that, if we wanted to prevent PTSD in our soldiers, then we should recruit sociopaths, because they have no feeling and no sense of involvement. The downside of that is that you probably would not want to send them any place to represent the country. There are many external things that go beyond a simple medical explanation.

Senator Day: We think about the General Dalaire situation and his helplessness in the Rwanda situation, as opposed to the post-physical injury stress and depression that a Major Bruce Henwood would go through because of a loss of two legs. That would be depression, as opposed to post-traumatic stress.

Mr. Sharpe: Dr. Cameron will explain that better than I can. Ultimately, Major Henwood contacted us after the investigation had started. We talked about some of his physical problems. I do not see any connection between the physical and the psychological injury.

PTSD does not tend to be related to fear for your personal safety, at least anecdotally. It appears to be related more to this inability to do what you are trained to do or to stop some of these things that are happening.

Senator Day: Some time ago witnesses from Veterans Affairs told us that they are quite proud of the work that they are doing at Sunnybrook, in Toronto, and at St. Anne, in Montreal, in relation to this disorder.

Mr. Marin, Veterans Affairs is not part of your mandate; is that correct?

Mr. Marin: That is correct, Veterans Affairs is not part of my mandate.

Senator Day: While people are in the Armed Forces they are reluctant to seek care because the mentality is: "This is the kiss of death and, as soon as I say I have got this, I will get kicked out anyway." However, with the expanded definition of "veteran," they will not be under the same macho pressures to stay away from the doctor. As veterans, they will fit within the definition of a veteran for treatment because this is an ongoing problem that they will be able to easily establish and therefore they will qualify

traité, deviennent très vulnérables aux aspects négatifs auxquels ils peuvent être confrontés dans certaines situations. Nous ne sommes pas habitués à voir des enfants massacrés le long des routes et autres situations épouvantables. Les Canadiens sont en fait plus vulnérables, en toute probabilité, que bien d'autres qui viennent de sociétés où les valeurs sont moins respectées. Il est certain qu'il y a cet aspect de vulnérabilité psychologique.

Notre expérience et les éléments de preuve non scientifiques que nous avons recueillis nous amènent à conclure que ceux qui ressentent le plus vivement la douleur des autres sont les plus vulnérables. Dans une certaine mesure, c'est extérieur à la personne, à bien des égards.

Par exemple, un psychiatre nous a dit que si nous voulions prévenir le SSPT chez nos soldats, nous devrions recruter des sociopathes, parce qu'ils n'ont aucun sentiment et ne se sentent nullement visés. Le revers de la médaille, c'est qu'on ne voudrait probablement pas envoyer ces gens-là représenter notre pays où que ce soit. Il y a de nombreux facteurs externes qui vont bien au-delà d'une simple explication médicale.

Le sénateur Day: On songe à la situation dans laquelle s'était trouvé le général Dalaire et à son impuissance au Rwanda, par opposition au stress et à la dépression consécutive à une blessure corporelle dont a souffert par exemple le major Bruce Henwood, après avoir perdu les deux jambes. Ce serait là une dépression, par opposition au stress post-traumatique.

M. Sharpe: Le Dr Cameron peut expliquer cela mieux que moi. En fin de compte, le major Henwood a communiqué avec nous après le début de l'enquête. Nous avons discuté de ses blessures corporelles. Je ne vois aucun lien entre la lésion corporelle et la lésion psychologique.

Le SSPT n'est généralement pas associé à la peur ressentie par une personne quant à sa sécurité personnelle, du moins d'après les cas que nous avons recensés. Il semble que ce soit plutôt associé à l'incapacité de faire ce que l'on a appris à faire ou d'empêcher que se produisent les situations épouvantables auxquelles on est confronté.

Le sénateur Day: Il y a quelque temps, des témoins des Affaires des anciens combattants nous ont dit qu'ils sont très fiers du travail qui se fait à Sunnybrook, à Toronto, et à Ste-Anne, à Montréal, au sujet de ce trouble.

Monsieur Marin, les anciens combattants ne font pas partie de votre mandat, n'est-ce pas?

M. Marin: C'est exact, je ne suis pas mandaté pour m'occuper des anciens combattants.

Le sénateur Day: Pendant que les gens sont dans les forces armées, ils hésitent beaucoup à demander à se faire soigner, parce que la mentalité les amène à penser: «Ce serait le début de la fin; du moment que je dis que je souffre de ce mal, je vais me faire renvoyer de toute manière». Cependant, étant donné que l'on a étendu la définition «d'anciens combattants», ceux-ci ne subissent pas les mêmes pressions machistes les incitant à éviter le médecin. À titre d'anciens combattants, ils correspondent à la définition de

for treatment, as I understand it, under the veteran program for an injury, disorder, syndrome or whatever they had prior to leaving the Armed Forces.

Do you have a dialogue with Veterans Affairs? Do they understand the potential major financial medical care problem that could be looming for them?

Mr. Marin: Yes, we have a dialogue with Veterans Affairs regularly. There is a committee looking at this and other quality-of-life related issues, and we have representation there. We are keeping open the lines of communication between Veterans Affairs and our office.

Senator Day: That is quite important. I expect that our committee will follow up on that issue.

The final area in this round that I would like to talk about is in relation to treatment for families of Canadian Forces personnel. When we as a committee visited Armed Forces bases, we learned first of all that in many places it is difficult for Armed Forces personnel to contact specialists. Presumably, in this instance a specialized doctor, probably a psychiatrist, must make the diagnosis. We also learned that it is virtually impossible for their families to have access to medical specialists because the Armed Forces do not provide medical care for families. Family members could also be going through some serious problems.

I understand there are other resources available to families, and that that is being developed. We were pleased to see that. Are you satisfied that there is enough support, from a medical point of view, for Armed Forces personnel and their families? We found the level of care varied significantly in different parts of the country. I believe that at one time medical services were available to families of Armed Forces personnel, but that is no longer the case. When they move into a community they often find that no doctors have spaces available in their practice for them. Are you satisfied there is adequate care available for those who need and want it?

Mr. Sharpe: As to your first point on families, one of the strong recommendations we make in the report deals with education, training and support for families. Families are often the first people to notice these problems because, as people try to hide it, it shows up in anger management problems, family disorders, and so on and so forth. Families are often traumatized by the time the member seeks treatment.

The other point you raise is a very good one. The presence of the military member in an area can dramatically impact the level of service available. If you go to a smaller area, which is where most of our bases are located, they do use up a lot of the specialist services available. I am thinking of Gagetown, for example.

l'ancien combattant qui peut se faire soigner parce qu'il s'agit d'un problème continu dont on pourra facilement établir l'existence, ce qui leur permettra, si je comprends bien, de recevoir des traitements, aux termes d'un programme établi, pour soigner une blessure, un trouble, un syndrome ou un problème quelconque qu'ils éprouvaient avant de quitter les forces armées.

Avez-vous un dialogue avec les Affaires des anciens combattants? Compréhendent-ils qu'ils pourraient être confrontés à un problème financier et médical de grande ampleur?

M. Marin: Oui, nous avons régulièrement des entretiens avec les Affaires des anciens combattants. Il y a un comité qui se penche sur ce dossier et d'autres questions relatives à la qualité de la vie, et nous avons des représentants là-bas. La communication est ouverte dans les deux sens entre les anciens combattants et notre bureau.

Le sénateur Day: C'est très important. Je m'attends à ce que notre comité donne suite à ce dossier.

Ma dernière question, pour l'instant, porte sur le traitement des familles des militaires canadiens. Quand notre comité a visité des bases des forces armées, nous avons appris, premièrement, qu'en bien des endroits, c'est difficile pour les membres des forces armées de communiquer avec des spécialistes. Je suppose qu'en pareil cas, il faut pour poser le diagnostic un médecin spécialisé, probablement un psychiatre. Nous avons aussi appris qu'il est quasi impossible pour leur famille d'avoir accès à des médecins spécialistes parce que les forces armées ne fournissent pas les soins médicaux aux familles. Les membres de la famille pourraient donc également éprouver de sérieux problèmes.

Je comprends qu'il y a d'autres ressources à la disposition des familles et que l'on s'en occupe. Nous l'avons appris avec plaisir. Êtes-vous convaincu que les membres des forces armées et leurs familles bénéficient d'un soutien suffisant, du point de vue médical? Nous avons trouvé que le niveau des soins variait sensiblement d'une région à l'autre du pays. Je crois qu'à un moment donné, les services médicaux étaient à la disposition des familles des militaires canadiens, mais que ce n'est plus le cas. Quand ils déménagent dans une nouvelle ville, ils s'aperçoivent souvent en arrivant qu'il n'y a aucun médecin qui peut prendre de nouveaux patients. Êtes-vous convaincu que les soins sont satisfaisants pour ceux qui en ont besoin et qui en veulent?

M. Sharpe: Pour répondre à votre premier point sur les familles, l'une des recommandations fermes que nous formulons dans ce rapport traite de l'éducation, de la formation et du soutien des familles. Les membres de la famille sont souvent les premiers à remarquer ces problèmes, parce que les gens essayent de le camoufler et il ressort sous forme de problème de gestion de la colère, de troubles familiaux, et cetera. Les familles sont souvent traumatisées bien avant que le soldat cherche à se faire soigner.

L'autre point que vous avez soulevé est très valable. La présence des militaires dans une région peut influencer considérablement sur le niveau de service disponible. Dans les petites villes, où sont situées la plupart de nos bases, les militaires accaparent une bonne partie des services spécialisés disponibles. Je songe à Gagetown, par exemple.

Senator Day: I was thinking of Gagetown as well.

Mr. Sharpe: A concern we had early on was that we were using a community standard to determine what was appropriate care for the military but, as the military moved into the community, it changed the community standard. You had this circuitous argument. There have been some significant advances — I am sure Colonel Cameron will talk about those next week — where standards are being established independent of the local influence that the military may have. The standards will become fairly straightforward across the country. I believe it is in the order of two months from the time of reporting to the OTSSC for diagnosis and treatment, which is a significant improvement over what it has been in the past.

Senator Day: Thank you, gentlemen.

The Chairman: We have time for other questions, if there are others that come to mind.

Senator Wiebe: Canada has always prided itself on doing the best it can to resolve any situation with which it is faced. Sometimes we do very well and sometimes we do not move fast enough. Part of our problem as a country is that we have a tendency to be far too modest about our accomplishments. The reason for that little preamble is, as we are dealing with something that is fairly new, I would like to know how our Canadian Forces are stacking up against the forces in Great Britain, in France and in some of the other peacekeeping nations? How are they dealing with PTSD? Do we have something to learn from what they are doing, or do they have something to learn from us?

Mr. Marin: We looked at other armed forces in other countries. It is not an area where we could see any leader in the field; it is not an area where we are necessarily behind the other Armed Forces. That, to a certain point, is some comfort. We also looked at other paramilitary organizations such as police and ambulance services, and they are far ahead of the Canadian Forces.

If you use other armed forces as a baseline, then we are not ahead; we are not behind; we are about the same. If you compare paramilitary organizations, we are behind. When the police discharge a firearm and cause grievous bodily harm or death, a peer support committee is struck to provide immediate and on-going support to the officer involved. There has been training in this area in police colleges throughout this country for the last 10 to 20 years. The police are way ahead of the military.

Senator Wiebe: I am happy to hear that. Why has our military not learned from the successes of our police and our firefighters?

Le sénateur Day: Je songeais aussi à Gagetown.

M. Sharpe: Nous avons été préoccupés dès le début par le fait que nous appliquions une norme communautaire pour déterminer les soins convenables pour les militaires, mais lorsque les militaires s'installent dans une ville, la norme communautaire en est automatiquement modifiée. C'est un cercle vicieux. Il y a eu des progrès importants — je suis certain que le colonel Cameron vous en parlera la semaine prochaine — et des normes sont établies indépendamment de l'influence locale à laquelle le soldat peut être exposé. Les normes deviendront assez simples et uniformes d'un bout à l'autre du pays. Je crois que c'est de l'ordre de deux mois entre le moment où le soldat se présente au CSTSO pour le diagnostic et le traitement, ce qui est une amélioration considérable par rapport à ce qui se faisait dans le passé.

Le sénateur Day: Merci, messieurs.

Le président: Il reste du temps pour d'autres questions, si vous en avez.

Le sénateur Wiebe: Le Canada s'est toujours targué de faire de son mieux pour résoudre toute situation à laquelle il est confronté. Parfois, nous nous en tirons très bien, mais parfois, nous n'agissons pas assez vite. Notre problème, au Canada, tient en partie au fait que nous avons tendance à être beaucoup trop modestes quant à nos réalisations. Si j'ai fait ce petit préambule, alors que nous abordons un dossier qui est relativement nouveau, c'est que j'aimerais savoir comment nos forces canadiennes se comparent aux forces de Grande-Bretagne, de la France et d'autres pays qui font des missions de maintien de la paix? Comment les autres pays réagissent-ils au SSPT? Avons-nous quelque chose à apprendre de ce qui se fait ailleurs, ou bien les autres ont-ils quelque chose à apprendre de nous?

M. Marin: Nous avons examiné ce qui se fait dans les forces armées d'autres pays. Dans ce domaine, nous n'avons pu discerner de chef de file; ce n'est pas un domaine dans lequel nous sommes nécessairement en retard par rapport aux autres forces armées. Dans une certaine mesure, nous pouvons nous en consoler. Nous avons aussi examiné ce qui se fait dans d'autres organisations paramilitaires comme la police et les services ambulanciers, et eux sont bien en avance sur les Forces canadiennes.

Si vous utilisez les forces armées comme base de référence, alors nous ne sommes pas en avance, mais nous ne sommes pas en retard non plus; nous sommes à peu près à égalité. Si vous comparez plutôt les organisations paramilitaires, nous avons du retard. Quand un policier décharge son arme à feu et tue ou blesse grièvement quelqu'un, un comité de soutien des pairs est mis sur pied pour donner un soutien immédiat et durable à l'agent en cause. Il se fait de la formation dans ce domaine dans les collèges de police d'un bout à l'autre du pays depuis 10 ou 20 ans. La police a beaucoup d'avance sur les militaires.

Le sénateur Wiebe: Je suis heureux de l'entendre. Pourquoi nos militaires n'ont-ils pas tiré les leçons des succès obtenus par nos policiers et nos pompiers?

Mr. Marin: That is a good question. The lack of raw data, as I indicated earlier, has reinforced the knowledge that it is not a real issue in the Canadian Forces. I hope that the report and the results of our in-depth look at this issue will serve to point the way towards realizing that this is a serious problem.

We also recommended that the Canadian Forces should start collecting data affecting former members and current members. We need to piece together the extent of the problem in the most empirical fashion. I would add that the military tends to have a bit of a macho culture in that, if you do not see the injury, then it does not exist. "You are soldiers and you are tough, so just weather the storm."

I have heard this comment throughout presentations by the military. Someone in the military will say, "Well, the police are civilians. We are the military." Who have we been relying on in the last 10 to 15 years as the backbone of our peacekeeping missions? We rely on reservists who are taken from all different segments of society. People coming back are suffering from PTSD. In essence, the military culture has worked against the evolution in dealing with PTSD. However, we are hopeful that it will change as a result of this report.

Senator Wiebe: That answer leads to another question. On peacekeeping duties, the Armed Forces try to have a reservist complement in every one of its operations. I stand to be corrected, but I think the maximum is 30 per cent. I think their track record in most cases is only around 7 per cent. Are you saying that the majority of those suffering PTSD are reservists?

Mr. Marin: No, I am not saying that. I am just saying that reservists have been hit by PTSD disproportionately because they do not have the same network of support once they come back to the country. They are not part of the institution in the same way, and they do not enjoy the same level of support. They have been hit very hard by PTSD. I would not know the exact numbers because — we come back to the first point — no numbers are being kept.

Senator Wiebe: Thank you.

The Chairman: Senator Michael Forrestall from Nova Scotia has joined us.

Senator Forrestall: I want to touch on a problem that came across my desk yesterday. A returning veteran reservist who has just done back-to-back tours in the Middle East told me that his job was not held for him. His job was no longer available to him. He worked for a provincial government and he no longer has employment.

What did he do today? He applied to go back to the Middle East.

What provision do we make with respect to the reservists when they return from a tour of duty? Are we offering them help or protection? Is the community there for them?

M. Marin: C'est une bonne question. Le manque de données brutes, comme je l'ai dit tout à l'heure, a renforcé l'impression que ce n'est pas un véritable problème dans les Forces canadiennes. J'espère que le rapport et les résultats de notre examen approfondi de la question aideront à faire prendre conscience qu'il s'agit d'un grave problème.

Nous avons aussi recommandé que les Forces canadiennes commencent à recueillir des données sur les anciens militaires et les militaires actuels. Nous devons cerner l'ampleur du problème de la façon la plus empirique possible. J'ajoute que les militaires ont en général une culture macho qui fait que, si l'on ne voit pas la blessure, c'est qu'elle n'existe pas. «Vous êtes des soldats, vous êtes des durs, alors vous n'avez qu'à passer à travers».

J'ai entendu ce commentaire tout au long des témoignages des militaires. Un militaire dira: «Oui, mais la police, c'est des civils. Nous, nous sommes des soldats.» Sur qui avons-nous compté principalement depuis 10 ou 15 ans pour assurer l'essentiel de nos missions de maintien de la paix? Nous comptons sur les réservistes qui sont issus de tous les milieux de la société. Les gens qui reviennent de mission souffrent du SSPT. Essentiellement, la culture militaire a fait obstacle à l'évolution des mentalités au sujet du SSPT. Nous espérons toutefois que cela va changer à la suite de notre rapport.

Le sénateur Wiebe: Cette réponse m'amène à poser une autre question. Les forces armées s'efforcent d'avoir un effectif de réservistes présents dans toutes les missions de maintien de la paix. On me reprendra si je me trompe, mais je pense que le maximum est de 30 p. 100. Je pense que dans la plupart des cas, c'est seulement 7 p. 100 environ. Êtes-vous en train de dire que la majorité de ceux qui souffrent du SSPT sont des réservistes?

M. Marin: Non, ce n'est pas ce que je dis. Je dis seulement que les réservistes ont été touchés en nombre disproportionné par le SSPT parce qu'ils n'ont pas le même réseau de soutien quand ils reviennent chez eux. Ils ne font pas partie de l'institution de la même manière, ils ne jouissent pas du même niveau de soutien. Ils ont été très durement touchés par le SSPT. Je ne connais pas les chiffres exacts parce que — on en revient toujours au premier point — il n'existe aucune donnée.

Le sénateur Wiebe: Merci.

Le président: Le sénateur Michael Forrestall, de Nouvelle-Écosse, vient de se joindre à nous.

Le sénateur Forrestall: Je veux aborder un problème dont j'ai été saisi hier à mon bureau. Un réserviste qui revient tout juste de deux périodes de service consécutives au Moyen-Orient a dit qu'on ne lui avait pas gardé son emploi. Il ne pouvait pas réintégrer son emploi à son retour. Il travaillait pour un gouvernement provincial et il se retrouve sans emploi.

Alors qu'a-t-il fait aujourd'hui? Il a demandé à retourner au Moyen-Orient.

Quelle mesure prenons-nous pour les réservistes à leur retour d'une période de service? Leur offrons-nous de l'aide ou une protection? La collectivité s'occupe-t-elle d'eux?

This was a provincial government. I find it inexplicable that a provincial government would not give a man back his job.

The Chairman: Senator Forrestall, the witness is free to offer his opinion. I do not think that it falls within the scope of our inquiry about PTSD, although it may be a cause.

Senator Forrestall: I am sorry if that is an inappropriate question.

Senator Atkins: He is the ombudsman.

Senator Forrestall: Where would I have such a problem addressed unless I approach an ombudsman? I left another committee to come here because I knew this witness would be here.

Senator Wiebe: Which province was it?

Senator Atkins: Nova Scotia.

Mr. Marin: That is a fair question. You come to me. We will look into it. We spoke at the outset about the impartiality of the office. The key to doing that is that we do not presume that there has been fault or no fault.

Senator Forrestall, I am quite prepared to take this back and have a member of my staff contact you to get particulars so that we may get to the bottom of it but, unfortunately, I do not have an answer for you right now. We will look into it, and get back to you.

We are investigators across Canada. We have an office made up of 60 people. What you have outlined is a typical cases that we would investigate on a daily basis. We investigate 1,300 cases a year.

I will have a member of my staff contact you to follow up on that. We will get to the bottom of it for you.

Senator Wiebe: If I could, Mr. Chair, I would like to save the witnesses a bit of work. Prior to joining the Senate, I was the provincial chair of the Canadian Forces Liaison Council. Every province in Canada, with the exception of Quebec, has signed a memorandum and passed legislation that guarantees a reservist their job when they come back. Nova Scotia is one of the provinces that has signed that agreement.

Senator Forrestall, should contact either the chair of the Canadian Forces Liaison Council for that province or the reservist liaison officer. They will deal with the government accordingly. If that does not work, then go to the ombudsman.

The track record of the Canadian Forces Liaison Council in dealing with the employers who have signed the agreement has been a very good one. It is just a matter of bringing that to the attention of the provincial government and CFLC chair in that province. It could be resolved fairly quickly.

Senator Forrestall: Thank you. I appreciate that. I knew you would have the answer.

C'était un gouvernement provincial. Je trouve inexplicable qu'un gouvernement provincial ne redonne pas son poste à un soldat.

Le président: Sénateur Forrestall, le témoin est libre de faire part de son opinion. Je ne crois pas que cela relève de notre enquête sur le SSPT, bien que cela puisse être une cause.

Le sénateur Forrestall: Je m'excuse si ma question n'est pas pertinente.

Le sénateur Atkins: Il est l'ombudsman.

Le sénateur Forrestall: À qui pourrais-je m'adresser pour remédier à un tel problème, sinon à l'ombudsman? J'ai quitté un autre comité pour venir ici parce que je savais que ce témoin serait présent.

Le sénateur Wiebe: De quelle province s'agit-il?

Le sénateur Atkins: La Nouvelle-Écosse.

M. Marin: C'est une question légitime. Venez me voir. Nous allons examiner l'affaire. Nous avons parlé au début de l'impartialité de mon bureau. La clé, pour y parvenir, c'est de ne jamais présumer qu'il y a eu faute ou qu'il n'y en a pas eu.

Sénateur Forrestall, je suis tout à fait disposé à m'en charger et à demander à l'un de mes collaborateurs de communiquer avec vous pour obtenir les détails afin d'aller au fond des choses, mais, malheureusement, je ne peux pas vous donner une réponse tout de suite. Nous allons examiner l'affaire et nous reprendrons contact avec vous.

Nous avons des enquêteurs partout au Canada. Notre bureau a un effectif de 60 personnes. Ce que vous avez exposé est un cas typique; nous enquêtons tous les jours sur des cas semblables. Nous examinons 1 300 cas par année.

Je vais demander à l'un de mes collaborateurs de communiquer avec vous pour faire le suivi. Nous irons au fond des choses.

Le sénateur Wiebe: Si je peux me le permettre, monsieur le président, je voudrais éviter un peu de travail au témoin. Avant ma nomination au Sénat, j'ai été président provincial du Conseil de liaison des Forces canadiennes. Chaque province du Canada, à l'exception du Québec, a signé un protocole d'entente et a adopté une loi qui garantit aux réservistes qu'ils pourront reprendre leur emploi à leur retour. La Nouvelle-Écosse est l'une des provinces qui a signé cette entente.

Le sénateur Forrestall devrait communiquer soit avec le président du Conseil de liaison des Forces canadiennes de cette province, soit avec l'agent de liaison de la réserve. Ces derniers communiqueront en conséquence avec les autorités gouvernementales. Si cela ne fonctionne pas, alors adressez-vous à l'ombudsman.

Le Conseil de liaison des Forces canadiennes a un très bon bilan pour ce qui est de traiter avec les employeurs qui ont signé l'entente. Il s'agit simplement de porter ce dossier à l'attention du gouvernement provincial et du président du Conseil de liaison de la province. L'affaire pourrait être réglée assez rapidement.

Le sénateur Forrestall: Merci. Je vous en suis reconnaissant. Je savais que vous auriez la solution.

Senator Day: You estimated that 20 per cent of returning Armed Forces personnel could potentially have some of the PTSD symptoms and might suffer from the disorder.

We have learned about one of the major problems over the past year. By virtue of the small numbers in the Armed Forces, especially of the trained personnel that we can send abroad and the many different fields of activity that we are involved in, there is a frequency of deployment that is not healthy. Soldiers are deployed too frequently.

You are saying that perhaps 20 per cent of each returning group could be suffering from this disorder. If they are going out two or three times a year, we could have 50 per cent of the Armed Forces suffering to some degree from this disorder. Is that what you are telling us?

Mr. Marin: Potentially, yes. I am telling we do not hold any specific data. Those are estimates by experts in the medical community. There are members of the Canadian Forces who have PTSD who develop full-fledged PTSD and leave, which adds to the retention problem. That is a possible scenario.

Senator Day: Is the Armed Forces conducting exit interviews to find out why some of these people are leaving to determine any relationship to PTSD? You should be able to get that statistic.

Mr. Sharpe: We have come across a significant number of soldiers who have taken their release for other reasons while not acknowledging that they had PTSD and then sought help on the outside. Quite often those people do not self-report as having this problem when they take the release. There may be other releases. In this investigation, we came across the fact that people were released on disciplinary grounds when the issue was PTSD. In other cases, people were released for either an alcohol or drug problem, and the underlying issue was PTSD.

Senator Day: These are significant numbers.

Mr. Sharpe: These are significant numbers.

One of the statistics that I find interesting from an operational perspective is that the Americans have suffered more losses of life in their army from suicides by returning veterans from Vietnam than they lost from casualties on the ground in South-East Asia. The suicides were related to PTSD and other stress related problems. The numbers are very large.

Senator Atkins: By definition, those people that get out of the service are veterans. They go to a private medical facility for assistance. They have a medical record. How does that then apply if they look for assistance through Veterans Affairs? Is there a way in which Veterans Affairs accepts a private medical record?

Le sénateur Day: Vous avez dit qu'environ 20 p. 100 des soldats des Forces canadiennes qui reviennent au pays pourraient avoir certains symptômes du SSPT et pourraient souffrir de ce trouble.

On nous a expliqué que nous avons depuis un an un grave problème. À cause de la faiblesse des effectifs des forces armées, surtout en terme de personnel qualifié que nous pouvons envoyer à l'étranger et dans les différents domaines d'activité dans lesquels nous sommes présents, la fréquence des missions à l'étranger est malsaine. Les soldats sont envoyés en mission trop souvent.

Vous dites que peut-être 20 p. 100 de chaque groupe qui revient au pays pourrait souffrir de ce trouble. Si les soldats s'en vont à l'étranger deux ou trois fois par année, nous pourrions avoir 50 p. 100 des Forces canadiennes qui souffrent à un degré quelconque de ce trouble. Est-ce bien ce que vous nous dites?

M. Marin: C'est possible, oui. Je dis que nous n'avons aucune donnée précise. Ce sont là des estimations faites par des spécialistes du monde médical. Il y a des membres des Forces canadiennes qui ont le SSPT, qui souffrent d'une forme aiguë de SSPT et qui s'en vont, ce qui aggrave le problème de maintien des effectifs. C'est un scénario possible.

Le sénateur Day: Les forces armées font-elles des entrevues de départ pour savoir pourquoi les gens s'en vont, afin d'établir s'il y a un lien avec le SSPT? Vous devriez être en mesure d'obtenir cette statistique.

M. Sharpe: Nous avons rencontré un grand nombre de soldats qui ont demandé et obtenu leur libération pour d'autres raisons, sans reconnaître qu'ils souffraient du SSPT, et qui ont ensuite demandé de l'aide dans le civil. Très souvent, ces gens-là ne signalent pas qu'ils souffrent de ce problème au moment de leur libération. Ils obtiennent leur libération pour d'autres raisons. Pendant notre enquête, nous nous sommes rendu compte que des gens ont été exclus de l'armée pour des raisons disciplinaires, alors que le problème était plutôt le SSPT. Dans d'autres cas, des gens ont été exclus parce qu'ils avaient un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie, alors que le problème sous-jacent était le SSPT.

Le sénateur Day: Ce sont des chiffres considérables.

M. Sharpe: Ce sont des chiffres considérables.

L'une des statistiques que je trouve intéressante, du point de vue opérationnel, c'est que les Américains ont subi de plus lourdes pertes, en nombre de pertes de vie, sous forme de suicides de soldats de retour du Vietnam, qu'ils n'ont perdu de soldats sur le terrain en Asie du Sud-Est. Les suicides étaient associés au SSPT et à d'autres problèmes liés au stress. Ce sont des chiffres très élevés.

Le sénateur Atkins: Par définition, les gens qui quittent le service sont des anciens combattants. Ils s'adressent ensuite à un hôpital privé pour se faire soigner. Ils ont un dossier médical. Qu'arrive-t-il ensuite s'ils demandent l'aide des Affaires des anciens combattants? Est-il possible pour les anciens combattants d'accepter un dossier médical privé?

Mr. Sharpe: Quite frankly, Veterans Affairs have been excellent in dealing with this issue. They have accepted soldiers as PTSD veterans, despite the fact they were denied a medical release from the Canadian Forces. That has happened on a significant number of occasions.

We have found from our investigation that Veterans Affairs is far more flexible and understanding than perhaps the Canadian Forces administrative process of changing release items from voluntary or disciplinary releases to medical releases. Veterans Affairs have been very good in this area.

The Chairman: As the Subcommittee on Veterans Affairs, we are pleased to hear that.

Senator Day: I am trying to get some parameters on this problem. Obviously, you do not diagnose very many people, so you must be estimating that 20 per cent have PTSD. They have not been directly diagnosed with this disorder. Do some of those heal themselves over time, without any treatment?

Mr. Marin: Perhaps temporarily but generally it comes out. For some people it takes a matter of months while, for others, it takes years before symptoms appear.

Senator Day: There are various ways to treat the condition, as you have outlined here. If a member does not go through a treatment program then are they not likely to be able to recover?

Mr. Marin: That is correct.

Senator Day: Once the member is diagnosed and has gone through an eight-week treatment program, or whatever amount of time it takes, does the Armed Forces then have a partial back-to-work program and, if so, how is that working? How are these members of the Armed Forces viewed by their co-workers?

Mr. Sharpe: Without trying to give you an elaborate answer, there is a group within the Canadian Forces called the Service Personnel Holding List where people can, if they are unable to deploy and perform proper duties, move onto this list for a period of time while they go through some treatment programs. In some cases they will come off that list and go back to their normal jobs while in other cases they will come off that list and be released because they cannot go back to their normal jobs. Some treatment programs are successful.

One of the problems with PTSD, though, because of the stigma and reluctance to identify oneself as having this problem, is that many people delay acknowledging the problem until it is almost too late to get them back into the workforce. A high percentage of PTSD patients wait several years before they are discovered. In fact, we found many of the soldiers that deployed to Croatia in 1993, which was the subject of another investigation a short

M. Sharpe: Très franchement, le ministère des Affaires des anciens combattants a été excellent dans toute cette affaire. Ils ont accepté des soldats comme anciens combattants souffrant du SSPT, en dépit du fait qu'on leur avait refusé une libération pour raisons de santé dans les Forces canadiennes. C'est arrivé dans un nombre important de cas.

Nous avons constaté dans le cadre de notre enquête que les Affaires des anciens combattants sont beaucoup plus souples et font preuve de plus de compréhension que les Forces canadiennes, pour ce qui est du processus administratif, de modifier les motifs de libération, passant de raisons personnelles ou disciplinaires à un dossier médical. Les Affaires des anciens combattants ont fait du bon travail dans ce domaine.

Le président: À titre de Sous-comité des anciens combattants, nous sommes heureux de l'entendre.

Le sénateur Day: J'essaie de circonscrire ce problème. Évidemment, vous ne diagnostiquez pas beaucoup de gens et vous devez donc faire une estimation quand vous dites que 20 p. 100 ont le SSPT. Ils n'ont pas tous été diagnostiqués directement comme souffrant de ce trouble. Y en a-t-il qui se guérissent eux-mêmes avec le temps, sans aucun traitement?

M. Marin: Peut-être temporairement, mais en général, cela revient. Pour certains, cela prend des mois, tandis que pour d'autres, il peut s'écouler des années avant que les symptômes n'apparaissent.

Le sénateur Day: Il y a diverses manières de soigner ce trouble, comme vous nous l'avez exposé. Si un soldat ne suit aucun programme de traitement, alors il est peu probable qu'il puisse s'en remettre?

M. Marin: C'est bien cela.

Le sénateur Day: Une fois que le diagnostic est posé et que le soldat a suivi un programme de traitement de huit semaines, ou peu importe la durée, les forces armées ont-elles ensuite un programme de retour au travail à temps partiel? Dans l'affirmative, comment cela fonctionne-t-il? Comment ces soldats sont-ils perçus par leurs collègues de travail?

M. Sharpe: Je n'essaierai pas de vous donner une réponse complète, mais il y a un groupe au sein des Forces canadiennes qui s'appelle Liste des effectifs du personnel non disponible. Les gens qui sont dans l'impossibilité d'être envoyés en mission et d'accomplir toutes les tâches qu'on leur demande sont inscrits sur cette liste pendant un certain temps, pendant qu'ils suivent des programmes de traitement. Dans certains cas, ils sont rayés de cette liste et réinsérés dans leur emploi normal, tandis que dans d'autres cas, ils sont rayés de la liste pour être libérés de l'armée parce qu'ils sont incapables de reprendre leur emploi normal. Certains traitements sont couronnés de succès.

Par contre, l'un des problèmes du SSPT, à cause du stigmate et de la répugnance à s'identifier comme victime de ce problème, c'est que beaucoup de gens tardent à reconnaître le problème, jusqu'à ce qu'il soit presque trop tard pour les réintégrer à la population active. Un pourcentage élevé de patients souffrant du SSPT attendent plusieurs années avant qu'on découvre leur mal. En fait, nous avons constaté que beaucoup de soldats qui ont été

while ago, are just now starting to come forward, some seven, eight or nine years later, to seek help. In many cases it is very difficult to bring someone back into the workforce from that stage. If someone comes forward earlier, the return-to-work programs are more effective.

There are also work transition programs, work therapy programs and so on, which I am sure Dr. Cameron will touch on, that are quite successful if the individual has been detected early enough to get help.

We heard from a number of psychiatrists that they believe they are seeing in the order of one out of every three, or possibly four, people suffering from PTSD. They believe they are treating in the order of maybe 25 per cent of the people who have PTSD. The others are taking care of themselves or trying to take care of themselves.

Senator Wiebe: How does the percentage of individuals with PTSD from the military compare with members of the RCMP, the provincial police forces, and with fire fighters? Is there a consistency there or does the type of occupation have differences in terms of the percentage of individuals who come down with PTSD?

Mr. Marin: We did not get numbers for those in the police forces and other professions in the course of our investigation. We did not look at that specific issue.

The Chairman: Is there anything you would like to add about the coordination between Veterans Affairs Canada and National Defence? You noted its importance. We certainly would agree with you and would do whatever we can to foster that. Is there anything you can add on that?

Finally, do you see a role for veterans and veterans' organizations in terms of assisting with the treatment of those suffering from PTSD?

Mr. Sharpe: I will answer your second question first. Is there a role? Absolutely. One of the most effective ways of dealing with PTSD is through the tutoring of someone who has survived operations and is still around to talk about the experience. In fact, that is one of the most positive initiatives that the Department of National Defence has started is using veterans to work with other sufferers in local areas.

In that sense there are a tremendous number of veterans around who are suffering. We may perhaps have called it something different after the First World War and after the Second World War, but in fact it is very similar. That community of veterans is important to the long-term nurturing and care of these people. Quite frankly, I would say that is very positive.

déployés en Croatie en 1993, ce qui a fait l'objet d'une autre enquête il y a peu de temps, commencent tout juste maintenant à se manifester et à demander de l'aide, sept, huit ou neuf ans plus tard. Bien souvent, c'est très difficile de réintégrer au marché du travail une personne qui a atteint ce stade. Pour quelqu'un qui signale son cas plus tôt, les programmes de retour au travail sont plus efficaces.

Il y a aussi des programmes de transition au travail, des programmes de thérapie par le travail, et cetera, et je suis sûr que le Dr Cameron vous en parlera, des programmes qui ont beaucoup de succès pour les personnes dont le cas a été décelé assez tôt pour qu'on puisse les aider.

Nous avons entendu un certain nombre de psychiatres qui nous ont dit que des personnes qu'ils voient, une sur trois et peut-être même une sur quatre souffre du SSPT. Ils croient qu'ils traitent peut-être 25 p. 100 des gens qui ont le SSPT. Les autres se soignent eux-mêmes ou essaient de passer au travers.

Le sénateur Wiebe: Comment le pourcentage de militaires souffrant du SSPT se compare-t-il au pourcentage des membres de la GRC, des services de police provinciaux, et des services de pompier? Y a-t-il une constante, ou bien la profession exercée influe-t-elle sur le pourcentage des gens atteints du SSPT?

M. Marin: Nous n'avons pas obtenu de chiffres pour les services de police ou d'autres professions dans le cours de notre enquête. Nous n'avons pas examiné cette question précise.

Le président: Avez-vous quelque chose à ajouter au sujet de la coordination entre Anciens combattants Canada et la Défense nationale? Vous avez signalé l'importance de cette coordination. Nous sommes assurément d'accord avec vous là-dessus et nous ferions tout en notre pouvoir pour la favoriser. Avez-vous quelque chose à ajouter à ce sujet?

Enfin, voyez-vous un rôle pour les anciens combattants et leurs organisations pour ce qui est d'aider à traiter ceux qui souffrent du SSPT?

M. Sharpe: Je vais répondre à votre deuxième question en premier. Y a-t-il un rôle? Absolument. L'une des manières la plus efficace de traiter le SSPT, c'est de faire suivre le patient par quelqu'un qui a survécu à des opérations du même genre et qui est encore là pour parler de son expérience. En fait, c'est l'une des initiatives les plus positives que le ministère de la Défense nationale ait prise, à savoir de faire appel aux services d'anciens combattants pour travailler avec les patients dans certaines localités.

En ce sens, il y a un très grand nombre d'anciens combattants qui souffrent. Peut-être qu'on donnait à ce mal un nom différent après la Première Guerre mondiale ou après la Deuxième Guerre mondiale, mais en fait, c'est très semblable. Cette communauté d'anciens combattants est importante pour l'encadrement et le rétablissement à long terme de ces gens-là. Très franchement, je dirais que c'est très positif.

In terms of the coordination between VAC and DND, the only area I comment on is if Veterans Affairs Canada has determined that a soldier is a veteran suffering from PTSD and deserving of a pension for that injury, I am frustrated that the Department of National Defence will often look at that same individual and say that he is not entitled to a medical release. There is a significant benefit to having a medical release in terms of access to training and other things.

That is one area of coordination that is lacking right now. Veterans Affairs Canada is leading in this area. I would certainly hope they continue to lead in that area but I would like to see the Department of National Defence coordinate their release items and so on with the Veterans Affairs. If Veterans Affairs is satisfied that someone is suffering from PTSD, then that should be good enough for the Department of National Defence.

The Chairman: Did you say that the Department of National Defence does not always see that as sufficient for a medical release?

Mr. Sharpe: Absolutely, they do not.

The Chairman: Do they sometimes see that as sufficient for a medical release?

Mr. Sharpe: They examine cases individually as they work their way through the system. Release items can be changed. At this point, that is not happening quickly; and, for the majority of people, it is not happening at all.

Mr. Marin: I share that point of view.

The Chairman: Finally, Mr. Marin, I should like to know if I have this straight: You are to do an assessment nine months after you issued the initial report, which would take us to what, November of this year?

Mr. Marin: Yes.

The Chairman: To whom would that report be submitted?

Mr. Marin: This is a report that I will be submitting to the minister and that I will be making public as well.

When we issue these kinds of reports, there is often a concern about whether it will just land and gather dust somewhere, rather than being acted upon. Within our mandate, there is also the ability provided for us to go back and check whether recommendations are being implemented. We decided in this case to announce that we would be coming back after nine months to deliver a report card on where we are in PTSD. Then, in between, hopefully this will provide the incentive for the organization to work with us to go to the next step. We certainly feel that PTSD is worth that intensive effort. We will be coming back with a nine-month report.

The Chairman: Thank you very much. We will obviously follow that with a great deal of interest. I hope that you realize you can count on the support of this committee in your efforts. We

Pour ce qui est de la coordination entre Anciens combattants Canada et le MDN, le seul commentaire que je vais faire est que si ACC a déterminé qu'un soldat est un ancien combattant souffrant du SSPT et qu'il mérite une pension pour cette blessure, je trouve frustrant que le ministère de la Défense nationale décrète souvent que la même personne n'a pas droit à une libération pour raisons de santé. Le fait d'avoir obtenu sa libération pour raisons de santé comporte des avantages considérables pour ce qui est d'avoir accès à la formation et à d'autres programmes.

C'est un domaine où il n'y a pas de coordination à l'heure actuelle. Anciens combattants Canada est le chef de file à cet égard. J'espère certes qu'ils continueront dans la même voie, mais j'aimerais que le ministère de la Défense nationale coordonne ses motifs de libération avec les anciens combattants. Si les anciens combattants sont convaincus que quelqu'un souffre du SSPT, alors cela devrait être suffisant pour en convaincre le ministère de la Défense nationale.

Le président: Avez-vous dit que, pour le ministère de la Défense nationale, ce n'est pas toujours suffisant pour justifier une libération pour raisons de santé?

M. Sharpe: Absolument, ce n'est pas toujours accordé.

Le président: Est-ce parfois jugé suffisant pour justifier une libération pour raisons de santé?

M. Sharpe: Ils examinent les dossiers au cas par cas. Les motifs de libération peuvent changer. À l'heure actuelle, cela ne se fait pas assez rapidement; et, pour la majorité des gens, cela n'arrive pas du tout.

M. Marin: Je partage ce point de vue.

Le président: Enfin, monsieur Marin, j'aimerais savoir si j'ai bien compris: vous devez faire une évaluation neuf mois après avoir publié le rapport initial, ce qui nous mènerait à novembre prochain?

M. Marin: Oui.

Le président: À qui ce rapport serait-il remis?

M. Marin: C'est un rapport que je vais remettre au ministre et que je rendrai public également.

Quand nous publions un rapport de ce genre, on craint souvent qu'il ne s'empoussiére sur une tablette quelque part et qu'on n'y donne pas suite. Notre mandat nous permet aussi de revenir à la charge et de vérifier si l'on a donné suite aux recommandations. En l'occurrence, nous avons décidé d'annoncer que nous examinerions de nouveau la question neuf mois plus tard pour faire le point sur le dossier du SSPT. Dans l'intervalle, il faut espérer que cela aura encouragé l'organisation à travailler avec nous pour passer aux étapes suivantes. Chose certaine, nous estimons que le SSPT mérite un effort intensif. Nous reviendrons à la charge en présentant un autre rapport neuf mois plus tard.

Le président: Merci beaucoup. Nous suivrons évidemment le dossier avec beaucoup d'intérêt. J'espère que vous vous rendez compte que vous pouvez compter sur l'appui de notre comité dans

commend you for the work you have done so far. I believe we are all encouraged that your overall analysis is that things are moving positively.

Mr. Marin: That is correct. Hopefully that will continue.

I would like to thank the entire committee for the interest, the vigour and the enthusiasm around this issue. It was a real pleasure to be here, Mr. Chairman.

The Chairman: Thanks to each and every one of you. We appreciated the time you took to be with us.

Honourable senators, we will adjourn the informal part of this meeting, but I would ask that you stay for a brief *in camera* meeting.

The committee continued *in camera*.

OTTAWA, Wednesday, April 24, 2002

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day at 5:45 p.m. to examine and report on the health care provided to veterans of war and of peacekeeping missions; the implementation of the recommendations made in its previous reports on such matters; and the terms of service, post-discharge benefits and health care of members of the regular and reserve forces as well as members of the RCMP and of civilians who have served in close support of uniformed peacekeepers.

Senator Michael A. Meighen (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: We appreciate very much, General Couture, that you found the time to be with us this evening and to bring Colonel Cameron, who was at our hearing last Wednesday, and Major Grenier. All of you have some considerable expertise to bring to bear on the subject of our immediate interest.

Lieutenant-General Christian Couture, Assistant Deputy Minister (Human Resources — Military), Department of National Defence: First, thank you for inviting me, along with my colleagues, Colonel Cameron on my left, and Major Grenier on my right.

I will say a few words about the subject of post-traumatic stress disorder, known as PTSD, probably the most well-known operational distress injury.

We have previously provided the committee with several fact sheets on PTSD and our initiatives, as well as a copy of my remarks to the House committee. Therefore, I would like to begin with a few comments to highlight the ongoing work within the Canadian Forces, and then, with your permission, I will ask

vos efforts. Nous vous félicitons pour le travail que vous avez fait jusqu'à maintenant. Je crois que nous trouvons tous encourageant que, d'après votre analyse générale, le dossier évolue de façon positive.

M. Marin: C'est vrai. Il faut espérer que cela va continuer.

Je voudrais remercier tous les membres du comité pour l'intérêt, l'énergie et l'enthousiasme qu'ils ont manifestés dans ce dossier. Ce fut un véritable plaisir de témoigner ici, monsieur le président.

Le président: Merci à chacun d'entre vous. Nous vous sommes reconnaissants de nous avoir consacré de votre temps.

Honorables sénateurs, nous allons mettre fin à la partie officielle de la réunion, mais je vous demanderais de rester pour une brève réunion à huis clos.

La séance se poursuit à huis clos.

OTTAWA, le mercredi 24 avril 2002

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit ce jour à 17 h 45 pour examiner et faire rapport sur les soins de santé offerts aux anciens combattants qui ont servi au cours de guerres ou dans le cadre d'opérations de maintien de la paix; les suites données aux recommandations faites dans ces rapports précédents sur ces questions; et les conditions afférentes aux services, prestations et soins de santé offerts, après leur libération, aux membres de l'armée permanente ou de la réserve, ainsi qu'aux membres de la GRC et aux civils ayant servi auprès de casques bleus en uniforme dans des fonctions d'appui rapproché.

Le sénateur Michael A. Meighen (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Nous vous sommes très reconnaissants, général Couture, d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer ce soir accompagné du colonel Cameron, qui était à notre réunion mercredi dernier, ainsi que du major Grenier. Vous tous avez de vastes connaissances quant au sujet qui nous préoccupe pour l'heure.

Le lieutenant-général Christian Couture, sous-ministre adjoint (Ressources humaines — Militaires), ministère de la Défense nationale: Permettez-moi tout d'abord de vous remercier d'avoir invité le colonel Cameron, assis à ma gauche, le major Grenier, à ma droite, et moi-même à témoigner devant le comité.

Je vais vous dire quelques mots au sujet du syndrome de stress post-traumatique, ou SSPT, qui constitue probablement le plus connu des traumatismes liés au stress opérationnel.

Nous avons déjà fourni au comité plusieurs feuilles de renseignements sur le SSPT et nos initiatives, ainsi qu'une copie de mes remarques à l'intention du comité de la Chambre. Permettez-moi donc d'ouvrir la discussion en formulant quelques remarques sur les travaux en cours au sein des Forces

Colonel Cameron to say a few words on PTSD, from a medical practitioner point of view, that will establish the facts about this injury.

As you are aware, over the past few years, we have concentrated on quality of life improvements for our personnel. We have been undertaking serious reform of our health care system delivery and have launched several new mental health care initiatives, including a particular focus on the treatment of PTSD.

We are committed to ensuring that those who suffer, whether it is from physical or mental injuries or illnesses, get the kind of treatment they need from qualified professionals in the field. We continue to dedicate significant resources to the prevention and treatment of PTSD, all of which are accessible to both the reserve and regular forces members.

The documentation that we have previously provided to the committee outlines many of the initiatives, but I would like to take this opportunity to highlight one that we are expanding upon. It is the continued development of the Operational Stress Injuries Social Support Project, in short, OSISS, to create a national support network for injured members, veterans and their families. The first coordinator completed training last March and has set up support centres in Edmonton, Winnipeg, Petawawa and St. John's. We hope to expand across the country over the next several months.

The Ombudsman expressed concerns that coordination between the DND and VAC is poor. While I acknowledge that this was certainly the case in the past, I believe that we have made great strides to fix this problem.

The establishment in April 1999 of a joint DND-VAC Centre for the Support of Injured and Retired Members and Their Families has been an important step in combatting PTSD.

This centre is involved in numerous initiatives and projects relating to the successful transition and care of service personnel from DND to VAC, including the exchange of liaison officer positions to improve communications and coordination, numerous projects to assist in the transfer of Canadian Forces personnel to the care of VAC, commitment of extra funding by DND to VAC to support the numerous programs, and joint participation in the Operational Trauma Support Centres. Both departments have become partners in the OSISS and conduct joint research into health issues, including PTSD. We are developing training and educational opportunities together for both DND and VAC social workers. We are participating jointly in both a mental health and personnel tempo human dimensions of deployment study.

There was also a sentiment that the DND was lagging behind Veterans Affairs with respect to treatment of PTSD. This is clearly not the case, as we are working closely and sharing

canadiennes, après quoi, si vous le voulez bien, je céderai la parole au colonel Cameron qui établira un certain nombre de faits au sujet de ce traumatisme du point de vue d'un médecin pratiquant.

Comme vous le savez, cela fait plusieurs années que nous nous concentrons sur l'amélioration de la qualité de vie de notre personnel. Nous avons entrepris une sérieuse réforme de notre système de prestation de soins de santé et avons lancé plusieurs nouvelles initiatives en santé mentale, mettant tout particulièrement l'accent sur le traitement du SSPT.

Nous tenons à ce que ceux qui souffrent, que ce soit le fait de blessures ou de maladies physiques ou mentales, reçoivent de professionnels compétents le type de traitement dont ils ont besoin. Nous continuons de consacrer d'importantes ressources à la prévention et au traitement du SSPT, dans le cas à la fois des membres de la Force régulière et des membres de la Réserve.

La documentation que nous avons déjà remise au comité fait état d'un grand nombre des mesures que nous avons prises, mais je tiens à profiter de l'occasion pour mettre en relief une des autres mesures dont nous élargissons la portée. Il s'agit de continuer de mettre au point le projet de Soutien social aux victimes de stress opérationnel, ou SSVSO, afin de créer un réseau national de soutien des pairs à l'intention des militaires blessés, des anciens combattants et de leur famille. Le premier coordonnateur du soutien des pairs a achevé sa formation en mars dernier et a établi des centres de soutien à Edmonton, à Winnipeg, à Petawawa et à St. John's. Nous espérons élargir le réseau à l'échelle du pays au cours des prochains mois.

L'Ombudsman se dit préoccupé par le manque de coordination entre le MDN et Anciens Combattants Canada (ACC). Je reconnais que ce problème a déjà existé par le passé, mais j'estime que nous avons accompli des progrès considérables en vue de le résoudre.

La mise sur pied en avril 1999 d'un Centre conjoint MDN-ACC pour le soutien des militaires blessés ou retraités et de leur famille a été un pas important dans la lutte contre le SSPT.

Ce centre a lancé bon nombre d'activités et de programmes liés au transfert de certains militaires du MDN à ACC pour qu'ils reçoivent les soins appropriés, notamment l'échange de postes d'officiers de liaison en vue d'améliorer les communications et la coordination, de nombreux programmes de transition destinés à faciliter le transfert de personnel des Forces canadiennes à ACC, l'allocation par le MDN de fonds supplémentaires pour financer les nombreux programmes d'ACC, et la participation conjointe aux Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels. Les deux ministères sont devenus des partenaires à l'égard du SSVSO et mènent des recherches conjointes sur diverses questions de santé, y compris le SSPT. Nous oeuvrons ensemble à la multiplication des possibilités de formation et d'éducation pour les travailleurs sociaux et du MDN et d'ACC. Nous participons par ailleurs conjointement à une étude sur la santé mentale et à une étude sur les dimensions humaines des déploiements et le PERSTEMPO.

D'aucuns ont pensé que le MDN se laissait distancer par le ministère des Anciens Combattants relativement au traitement du SSPT. Il n'en est clairement rien, puisque nous travaillons en

treatment expertise and resources with Veterans Affairs through the DND-VAC centres, our liaison officers, and initiatives such as OSISS and the OTSCs, the latter being the Operational Trauma Support Centres across the country.

The release of the Ombudsman's report on PTSD issues in February was welcome because it confirmed for us that we are definitely on the right track. However, it also reinforces our belief that we still have a long way to go. We are continuing to build upon the issues put forth in the report.

In this regard, we have developed an action plan to respond to the recommendations in the Ombudsman's report that has been approved by the Chief of the Defence Staff. By the way, our action plan can be made available for your information, if you so wish.

We have accepted all the recommendations outlined in the report. The recommendation involving the establishment of an off-base operational trauma support centre is being studied. In the meantime, we are strengthening our partnership with Veterans Affairs by developing enhanced services at their Sainte-Anne-de-Bellevue Hospital in Montreal for the assessment and treatment of PTSD. This effectively acts as a trial off-site PTSD centre.

Additionally, we have gone beyond the Ombudsman's other recommendation to establish a PTSD coordinator by not only confirming that I will act as the coordinator for PTSD-related issues in the CF, but also by establishing a PTSD steering committee, with representatives from all the primary stakeholders, to review and coordinate all operational stress injury matters, including PTSD.

In addition, we have established a special PTSD adviser position to the Chief of the Defence Staff. Captain Harper will keep the Chief of the Defence Staff apprised of issues regarding PTSD and other operational stress injuries.

The health and welfare of our troops are of the utmost importance to us. We are serious about this, and we will continue to implement programs and activities to deal with it.

Part of the process in improving our capacity to respond is educating our members that operational stress injuries such as PTSD, although not visible, are as real as any physical one and treatable. Obviously, the Ombudsman's report has assisted us in this, but we have more work to do.

In closing, Mr. Chairman, we did not discover PTSD through the Ombudsman's report. In the past few years, we have become increasingly aware that PTSD is out there. We have been investigating its causes and the manner in which it may be

étroite collaboration et partageons notre savoir-faire et nos ressources avec les Anciens Combattants par l'entremise des centres MDN-ACC, de nos agents de liaison et d'initiatives telles le SSVSO et les CSTSO, soit les Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels qui sont répartis dans le pays.

La diffusion du rapport de l'Ombudsman sur le problème du SSPT a été bien accueillie, le rapport nous confirmant que nous sommes sur la bonne voie. Il a néanmoins renforcé notre conviction que nous avons encore du chemin à faire. Nous continuons d'ailleurs de répondre aux questions soulevées dans le rapport.

À cet égard, nous avons été amenés à élaborer un plan d'action pour donner suite aux recommandations contenues dans le rapport de l'Ombudsman qui a été approuvé par le chef d'état-major de la défense. Soit dit en passant, notre plan d'action peut vous être soumis pour information si cela vous intéresse.

Nous avons accepté toutes les recommandations contenues dans le rapport. Celle concernant l'établissement d'un centre de soutien pour trauma et stress opérationnels hors base est à l'étude. En attendant, nous sommes en train de renforcer notre partenariat avec les Anciens Combattants en vue d'améliorer les services d'évaluation et de traitement du SSPT à l'Hôpital pour anciens combattants de Sainte-Anne-de-Bellevue, dans la région de Montréal. Il s'agit en fait d'une première mise à l'essai d'un centre de SSPT à l'extérieur d'une base.

En outre, nous sommes allés plus loin que la recommandation de l'Ombudsman, qui suggérait la création d'un poste de coordonnateur de SSPT, non seulement en confirmant que je serai le coordonnateur des questions liées au SSPT pour les FC, mais également en établissant un comité directeur de SSPT, comptant des représentants des principaux groupes d'intérêt, qui sera chargé d'examiner et de coordonner toutes les questions relatives aux TSO, y compris le SSPT.

Nous avons également créé un poste de conseiller spécial en matière de SSPT auprès du CEMD. Le capitaine Harper rendra ainsi compte au CEMD des questions relatives au SSPT ainsi qu'à d'autres traumatismes liés au stress opérationnel.

La santé et le bien-être de nos militaires sont d'une importance capitale pour nous. Nous prenons ces questions au sérieux et nous continuerons de mettre sur pied des programmes et des activités pour faire avancer ces dossiers.

Nous devons, entre autres, améliorer notre capacité de prendre des mesures à l'égard du SSPT, en enseignant à nos militaires que des traumatismes liés au stress opérationnel tels que le SSPT constituent des blessures au même titre que des lésions physiques, même si elles ne sont pas visibles et que cela se soigne. Il est évident que l'Ombudsman nous a rendu service de ce point de vue, mais il nous reste encore du travail à faire.

En conclusion, monsieur le président, ce n'est pas le rapport de l'Ombudsman qui nous a fait découvrir le SSPT. Nous avons en effet pris conscience de cette réalité au cours des dernières années. Nous enquêtons sur ses causes et sur les façons de soigner ce

treated. Nonetheless, we welcome the report and its recommendations. We are fully committed to taking the necessary steps to look after our service members.

Helping men and women suffering from operational stress injuries is a very demanding task, and we recognize the need to keep improving the services for our soldiers. We welcome the Ombudsman's report and the interest shown by this committee in helping us continue the progress we have made over the last three years.

I believe, Mr. Chairman, I will stop here. With your permission, I will ask Colonel Cameron, the Surgeon General, to give a short medical briefing on PTSD before we take questions.

The Chairman: Thank you, General Couture.

Colonel Scott Cameron, Director of Medical Policy on the Staff of the Director General, Health Services, Department of National Defence: Post-traumatic stress disorder is an abnormality of brain functioning that arises after psychological trauma. Accordingly, it can be thought of as a psychological injury.

While PTSD has been with us for as long as records have been kept, many aspects of this condition have yet to be fully clarified by appropriate research. This can sometimes lead to differences of opinion on certain issues, even amongst mental health experts.

In this presentation, I will briefly summarize for you the currently accepted thinking on this disorder. Before discussing PTSD, I would like to point out that while it is a very serious health issue, it is not the only mental health issue faced by our Canadian Forces personnel. Many other mental, emotional, spiritual and relationship problems can be caused or made worse by the stresses and traumas of military operations. This collection of conditions has been termed "operational stress injuries."

There are also a large number of equally legitimate mental health conditions suffered by our CF personnel that are not the result of operations. All of these conditions are potentially subject to the stigmatization referred to in the report. Addressing the mental health needs of our personnel will mean addressing all of them.

[Translation]

The types of psychological trauma that can cause PTSD are generally the result of situations where one believes, rightly or wrongly, that one's life is threatened, for example, combat, natural disasters, terrorist attacks, serious accidents and physical assaults. It is not just the psychological trauma but more particularly the context in which this trauma was produced as

syndrome. Nous avons néanmoins bien reçu le rapport et les recommandations qu'il renferme. Nous sommes pleinement engagés à prendre toutes les mesures nécessaires pour prendre soin de nos militaires.

Venir en aide aux hommes et aux femmes qui souffrent de traumatismes liés au stress opérationnel n'est certes pas une mince tâche et nous sommes conscients de la nécessité de continuer d'améliorer les services destinés aux soldats. Nous sommes heureux du rapport de l'Ombudsman et de l'intérêt manifesté par le comité ici réuni en vue de nous aider à exploiter les résultats que nous avons obtenus au cours des trois dernières années.

Je pense, monsieur le président, que je vais m'arrêter là. Si vous le voulez bien, j'inviterai maintenant le colonel Cameron, médecin-chef, à vous faire un bref exposé médical sur le SSPT avant la période de questions.

Le président: Merci, général Couture.

Le colonel Scott Cameron, directeur de la politique de santé auprès de l'état-major du directeur général — Services de santé, ministère de la Défense nationale: Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est une anomalie du fonctionnement du cerveau causée par un traumatisme psychologique. En conséquence, on considère le syndrome comme étant une maladie psychologique.

Bien que le SSPT figure dans nos dossiers depuis qu'on en tient, de nombreux aspects de cette condition n'ont pas encore été pleinement étayés par des travaux de recherche appropriés. C'est ce qui peut amener des divergences d'opinion sur certains aspects, même chez les experts de la santé mentale.

Je vais dans mon exposé résumer brièvement pour vous ce dont il est communément convenu relativement à cette maladie. Avant de discuter du SSPT, je tiens à souligner que bien qu'il s'agisse d'une très sérieuse question de santé, elle n'est pas la seule question de santé mentale à laquelle se trouvent confronter les membres des Forces canadiennes. Nombre d'autres problèmes mentaux, émotionnels, spirituels et de relations peuvent être causés ou aggravés par les stress et les traumatismes des opérations militaires. Cet ensemble de conditions a été baptisé «traumatismes liés au stress opérationnel».

Il existe un certain nombre d'autres conditions médicales tout à fait légitimes affectant le personnel des FC et qui ne résultent pas d'opérations militaires. Toutes ces conditions peuvent faire l'objet de la stigmatisation évoquée dans le rapport. Si nous voulons nous occuper des besoins en santé mentale de notre personnel, il nous faudra nous attaquer à tous ces problèmes.

[Français]

Les types de traumatismes psychologiques qui peuvent causer le SSPT sont généralement issus d'expériences constituant un danger de mort, qu'ils soient vécus ou constatés comme, par exemple, le combat, les désastres naturels, les incidents terroristes, les accidents sérieux et les assauts personnels. Ce n'est pas seulement le traumatisme psychologique mais surtout le contexte

well as the interpretation given to it by the victim that together determine the risk the person will suffer from PTSD.

[English]

The exact nature of the process by which PTSD occurs in the brain is not known. However, a variety of brain chemicals have been shown to be present in the brain in abnormal amounts in patients with PTSD. Changes in the size and function of a number of structures in the brain have been shown. The consistency of PTSD symptoms across history, cultures and a variety of psychological traumas, combined with the growing body of evidence of changes to brain and body function in people with PTSD, establish it as a real illness.

The risk of acquiring PTSD after a traumatic event is complex and difficult to determine accurately. The majority of persons exposed to a traumatic event will experience some symptoms compatible with PTSD for a brief time. However, in most of these individuals, the symptoms go away. The percentage of people who go on to develop PTSD following an event is variable, ranging from 5 per cent to 30 per cent.

The symptoms of PTSD are related to the psychological trauma and the emotions experienced around it. They include intrusive thoughts and recollections of the trauma, recurring nightmares, difficulty sleeping, difficulty concentrating, depression, outbursts of anger and persistent high anxiety. The frequency and intensity of these symptoms varies amongst individuals. In some, these can be triggered by an event long after the original psychological trauma.

[Translation]

PTSD is diagnosed based upon specific criteria. The presence of these criteria is established through the answers given to questions either during a meeting with a mental health professional or through a general questionnaire. Even though certain changes in brain and body functions have been noted, there is at present no test available for the study of these changes, which means that PTSD evaluation remains a subjective process.

[English]

The actual incidence of PTSD among our CF personnel returning from military missions is not known and will vary, depending on a multitude of factors. While estimates have varied wildly, most CF mental health experts feel that about 10 per cent of CF members exposed to psychological trauma will go on to develop PTSD. The percentage of members returning from a deployment with PTSD will therefore depend on the frequency

dans lequel il se produit ainsi que l'interprétation faite par la personne qui a subi l'événement qui influent sur le risque de SSPT.

[Traduction]

La nature exacte du processus par lequel le SSPT s'installe dans le cerveau n'est pas connue. Cependant, il s'avère qu'un certain nombre de produits chimiques sont présents en quantités anormales dans le cerveau de patients souffrant du SSPT. L'on a relevé des changements dans la taille et le fonctionnement d'un certain nombre de structures du cerveau. Le fait que les mêmes symptômes du SSPT se manifestent à travers l'histoire et à travers les cultures et par suite d'une diversité de traumatismes psychologiques, ajouté à la masse croissante de preuves de changements dans les fonctions cérébrales et corporelles des personnes atteintes du SSPT, établissent le syndrome comme étant une maladie très réelle.

Le risque d'être atteint par le SSPT suite à un événement traumatisant est complexe et difficile à déterminer avec précision. La majorité des personnes exposées à un événement traumatisant vivront pendant un temps limité certains symptômes compatibles avec le SSPT. Cependant, dans le cas de la plupart d'entre elles, les symptômes se dissiperont. Le pourcentage de personnes qui souffriront de SSPT suivant un événement donné est variable, allant de 5 p. 100 à 30 p. 100.

Les symptômes du SSPT sont fonction du traumatisme psychologique et des émotions l'entourant: pensées et remémorations intrusives de l'événement traumatisant, cauchemars récurrents, insomnie, difficulté à se concentrer, dépression, crises de colère et angoisse extrême persistante. La fréquence et l'intensité de ces symptômes varient d'une personne à l'autre. Chez certaines, elles peuvent être déclenchées par un événement longtemps après le traumatisme psychologique original.

[Français]

Le SSPT est diagnostiqué à partir d'un critère spécifique. La présence de ces critères est établie par la réponse à des questions, soit durant une rencontre avec un professionnel de la santé mentale ou par l'entremise d'un questionnaire général. Quoique certaines modifications des fonctions cérébrales et physiques aient été notées, aucun test n'est présentement disponible pour étudier ces changements. Cela signifie que l'évaluation du SSPT demeure un processus subjectif.

[Français]

L'incidence effective du SSPT chez les membres des FC revenant de missions militaires est inconnue et variera en fonction d'une multitude de facteurs. Bien que les estimations aient beaucoup divergé, la plupart des experts en santé mentale des FC estiment qu'environ 10 p. 100 des membres des Forces canadiennes exposés à un traumatisme psychologique seront atteints du SSPT. Le pourcentage de membres revenant d'un

and types of traumas experienced on that deployment.

This year, the Canadian Forces will conduct a major research study to accurately determine the numbers of Canadian Forces personnel with PTSD and other mental health problems. This will give us much-needed information on the actual prevalence of the disorder in the Canadian Forces population.

[Translation]

Often, that is to say in roughly 80 per cent of cases, PTSD occurs in combination with a multitude of other psychological problems. These problems can become apparent before or after the onset of PTSD. It is extremely important that all of the problems present in a patient be diagnosed with precision and treated accordingly.

[English]

PTSD is a chronic disease in some people. Some are never able to return to their previous level of functioning. However, many or all of the symptoms of PTSD can be effectively treated, and many patients are able to return to enjoying a normal life.

Most often, a variety of treatments provided by a multi-disciplinary team of caregivers is the most effective way of addressing a patient's needs. Most experts agree that PTSD is best treated as close as possible to the environment where the problem arose, and that the earlier the treatment is started, the more effective it will be. The impression of most experts in the field is that about two-thirds of PTSD patients are significantly improved with proper treatment.

In summary, PTSD is a very real and very serious medical condition. However, it is only one of a number of very real and very serious mental health conditions that can affect our Canadian Forces members.

The brain is the most complex organ in the human body and its connection with body functioning has been well established. The ideas that the brain is somehow immune to illness and that its functioning is under voluntary control are simply implausible. PTSD and other mental health issues are among the most significant health problems currently facing our Canadian Forces personnel.

Adequately addressing these issues is a significant challenge, not only for the Canadian Forces, but Canadian society as a whole. The Canadian Forces health service has been given a clear mandate by the CF leadership to provide our members with the best possible diagnostic and treatment services for these complex problems.

déploiement et souffrant du SSPT dépendra donc de la fréquence et des genres de traumatismes vécus pendant le déploiement en question.

Cette année, les Forces canadiennes vont entreprendre une étude de recherche d'envergure en vue de déterminer de façon précise le nombre de membres des Forces canadiennes souffrant de SSPT et d'autres problèmes de santé mentale. Cela nous fournira de précieux renseignements quant à la prévalence véritable de ce syndrome dans les Forces canadiennes.

[Français]

Souvent le SSPT, soit dans approximativement 80 p. 100 des cas, se présente en association avec une multitude d'autres problèmes psychologiques. Ces problèmes peuvent apparaître avant ou après le SSPT. Il est extrêmement important que tous les problèmes présents chez un patient soient diagnostiqués avec précision et traits adéquatement.

[Traduction]

Le SSPT est une maladie chronique chez certaines personnes. Certains ne parviendront jamais à retrouver leur niveau de fonctionnement antérieur. Cependant, nombre, voire la totalité des symptômes du SSPT peuvent être traités efficacement et de nombreux patients peuvent se remettre suffisamment pour jouir d'une vie normale.

La plupart du temps, la façon la plus efficace d'aborder les besoins du patient est de recourir à une variété de traitements offerts par une équipe multidisciplinaire de prestataires de soins. La plupart des experts conviennent que le SSPT se soigne le mieux aussi près que possible de l'environnement dans lequel le problème a surgi et que plus tôt les soins commencent meilleures sont les chances de réussite. La plupart des experts dans le domaine sont d'avis que près des deux tiers des personnes atteintes de SSPT connaissent des améliorations marquées si elles bénéficient de soins appropriés.

En résumé, le SSPT est une affection médicale très grave et très réelle. Cependant, elle n'est qu'une condition médicale très grave et très réelle parmi quantité de conditions de santé mentale très graves et très réelles touchant les membres des Forces canadiennes.

Le cerveau est l'organe le plus complexe du corps humain et ses liens avec le fonctionnement du corps ont été bien établis. L'idée selon laquelle le cerveau est à l'abri de toute maladie et que son fonctionnement relève d'un contrôle purement volontaire ne tient tout simplement pas. Le SSPT et d'autres maladies mentales figurent au nombre des plus graves problèmes de santé auxquels sont aujourd'hui confrontés les membres des Forces canadiennes.

S'attaquer comme il se doit à ces questions est un défi de taille, non seulement pour les Forces canadiennes, mais pour la société canadienne tout entière. Les services de santé des Forces canadiennes se sont vus clairement charger par la direction des FC de fournir à nos membres les meilleurs services possibles en matière de diagnostic et de soins pour ce qui est de ces problèmes complexes.

The Chairman: Thank you, Colonel Cameron. Major Grenier, do you have anything you would like to add?

Major Stéphane Grenier, Project Manager — Operational Stress Injury Social Support, Department of National Defence: Not at this point. I am sure there will be questions.

LGen Couture: I will deflect some questions to him.

Senator Day: Colonel, I appreciate your help in differentiating between a syndrome and a disorder. Now we have another one called “occupational stress injury.” Is it important for us to start differentiating among these various descriptions that you are giving us, or will that not get us anywhere?

LGen Couture: “Operational stress injuries” is not medical terminology. It is a terminology we have invented. In fact, my colleague on my right was a proponent of this terminology. It includes all the mental health injuries our people may be subjected to during the course of their duties. PTSD, being the most prevalent one, is part of that.

One thing I have noted personally over the course of my dealing with this issue is that if people are suffering from any mental health issues as a result of their military service, and it is not considered a real injury but an illness of some sort, it adds to the stigmatization they sometimes experience. I must tell you that it is a real injury, even though it is not visible, like an arm or a leg injury.

We categorize these stress injuries from an operational point of view. When I speak with my doctors, they are much more precise and use medical terminology like “PTSD,” or other mental health terms. I hope that helps clarify things.

Senator Day: That is helpful. The broader term you use in a non-medical sense is “operational stress injuries,” and they could be emotional, mental or psychological.

LGen Couture: Yes, you are absolutely right.

Senator Day: We talked to the Ombudsman last week. He indicated that, and I do not know if the Colonel had a chance to confirm this or not, upwards of 20 per cent of soldiers who are deployed suffer to some degree from PTSD on their return. Colonel, could you confirm that percentage?

Col Cameron: The truth is, we do not know, and nobody does. That is one area where appropriate research will help us in the future. One of the first important steps in that direction is the study being undertaken this summer in conjunction with Statistics Canada. It will involve a sample of about 8,000 Canadian Forces members, selected by rank and age. The same study is being done in the Canadian population as a whole and in other countries

Le président: Merci, colonel Cameron. Major Grenier, aimeriez-vous ajouter quelque chose?

Le major Stéphane Grenier, gestionnaire de projet — Soutien social aux victimes de stress opérationnel, ministère de la Défense nationale: Pas à ce stade-ci. Je suis certain qu’il y aura des questions.

Lgén Couture: Je ferai dévier certaines questions sur lui.

Le sénateur Day: Colonel, j’apprécie votre aide quant à la distinction à faire entre syndrome et trouble. On parle également ici de «traumatisme lié au stress opérationnel». Est-il important pour nous de commencer à établir des distinctions entre les différentes descriptions que vous nous avez fournies, ou bien cela n’est-il pas utile?

Lgén Couture: L’expression «traumatismes liés au stress opérationnel» ne fait pas partie de la terminologie médicale. Il s’agit d’un terme que nous avons inventé. En fait, mon collègue à ma droite est l’un des responsables de cette terminologie. Ce terme englobe toutes les atteintes à la santé mentale que peuvent subir les militaires dans l’exercice de leurs fonctions. Le SSPT, qui est la maladie psychologique la plus fréquente, est englobé sous ce terme.

Une chose que j’ai notée, personnellement, dans mon travail face à cette question est que si une personne souffre d’un problème de santé mentale quelconque par suite de son service militaire et que ce problème n’est pas considéré comme étant une véritable blessure mais plutôt une maladie d’un genre ou d’un autre, cela vient ajouter à la stigmatisation qu’elle vit à l’occasion. Il me faut vous dire qu’il s’agit d’une blessure réelle, même si elle n’est pas visible, contrairement à une plaie à un bras ou à une jambe.

Nous versions ces blessures dues au stress dans différentes catégories d’un point de vue opérationnel. Lorsque je parle avec mes médecins, ils sont beaucoup plus précis et utilisent des termes médicaux comme «SSPT» ou autres. J’espère que cette réponse tire un peu les choses au clair.

Le sénateur Day: Cela est utile. Le terme non médical plus large que vous utilisez est «traumatismes liés au stress opérationnel», et ces traumatismes peuvent être émotionnels, mentaux ou psychologiques.

Lgén Couture: Oui, vous avez tout à fait raison.

Le sénateur Day: Nous avons discuté avec l’Ombudsman la semaine dernière. Il nous a dit, et j’ignore si le colonel a eu l’occasion de confirmer cela ou non, que plus de 20 p. 100 des soldats qui sont déployés souffrent à un degré ou à un autre de SSPT à leur retour. Colonel, pourriez-vous confirmer ce pourcentage?

Col Cameron: La vérité est que nous ne le savons pas. Personne ne le sait. Il s’agit là d’une question au sujet de laquelle des recherches appropriées nous aideront à l’avenir. L’une des premières étapes importantes dans cette direction est l’étude qui sera entreprise cet été conjointement avec Statistique Canada. Elle portera sur un échantillon d’environ 8 000 membres des Forces canadiennes choisis en fonction de leur rang et de leur âge. La

around the world. It will accurately determine how many members, on a percentage basis, are suffering from a variety of mental health problems, including PTSD.

As a medical professional, I shy away from giving a number if I do not know for sure. Everyone has a theory as to what that number is. If you look at people immediately after a psychological trauma, a very significant percentage will have symptoms that are consistent with PTSD. However, if you follow that group over time, the symptoms will resolve themselves in many or most of them. In what percentage those symptoms remain depends on a number of factors.

The most important point is that the percentage is significant, whether it is 5 per cent, 10 per cent or 30 per cent. That percentage represents a significant number of people who require appropriate diagnosis and treatment, and who, if brought back to full functioning and health, represent a tremendous gain for the Canadian Forces.

As to the number itself, there is nobody in the world today who can say they have the right number, and for that reason I think it is deemed less than significant. The reality is that it is a significant percentage. Over the next several years, you will see some studies come to fruition that will establish more clearly what that percentage is. What we do know right now is that it is a significant problem with which we need to deal.

Senator Day: Just to follow up on that, and I do not wish to cross-examine you on this, would you say 20 per cent is an unrealistic figure, or is there some basis for choosing 20 per cent?

Col Cameron: Most people would say the risk of developing PTSD after a psychological trauma depends on several things. One important aspect is the nature and severity of the trauma. Other things include the cultural background of the individuals, how they interpret the trauma, their degree of helplessness in the face of that trauma and so on.

The figure I have most commonly seen is about 10 per cent, as I indicated in my statement.

Senator Day: That is helpful.

General, you indicated that you are setting up a number of operational stress injury social support projects, or OSISS. OASIS would make a nice acronym; we should have put an "A" in there.

LGen Couture: We thought of that, but we could not figure out what the "A" would mean.

Senator Day: That is peer treatment, and I commend you for the work you are doing. In terms of diagnosis and assessing the problem and getting someone into treatment, two things concern me from what we have discovered thus far in our hearings. One is

même étude va être menée avec la population canadienne dans son entier et avec celle d'autres pays. Cela nous permettra de déterminer avec exactitude combien de membres, exprimés en pourcentage, souffrent d'une variété de problèmes de santé mentale, dont le SSPT.

En tant que médecin, j'hésite toujours à donner un chiffre si je n'en suis pas absolument certain. Chacun a sa théorie quant au chiffre. Si vous prenez des personnes immédiatement après un traumatisme psychologique, un pourcentage très élevé d'entre elles manifesteront des symptômes du SSPT. Cependant, si vous suivez ce même groupe sur une période de temps donnée, les symptômes disparaîtront d'eux-mêmes dans de nombreux cas, voire dans la majorité. Quant au pourcentage de cas dans lesquels ces symptômes se maintiendront, cela dépend de plusieurs facteurs.

Le plus important est que le pourcentage est significatif, qu'il s'agisse de 5 p. 100, de 10 p. 100 ou de 30 p. 100. Ce pourcentage représente un nombre significatif de personnes qui ont besoin de diagnostics et de traitements appropriés et qui, si elles retrouvent leur pleine santé et leur pleine capacité de fonctionner, représenteront un gain considérable pour les Forces canadiennes.

Quant au nombre lui-même, il n'y a aujourd'hui dans le monde personne qui puisse dire connaître le nombre exact, et je pense que c'est pour cette raison que le problème est considéré comme moins grave. La réalité est qu'il s'agit d'un pourcentage considérable. Au cours des années à venir, vous verrez aboutir un certain nombre d'études qui établiront plus clairement le pourcentage. Ce que nous savons pour l'heure est qu'il s'agit d'un problème important que nous devons résoudre.

Le sénateur Day: Pour enchaîner, et je ne veux pas vous faire subir un contre-interrogatoire là-dessus, diriez-vous que 20 p. 100 serait un chiffre irréaliste, ou bien y a-t-il des raisons de retenir 20 p. 100?

Col Cameron: La plupart des gens diraient que le risque de souffrir de SSPT après un traumatisme psychologique dépend de plusieurs choses. Un aspect important est la nature et la sévérité du traumatisme. Comptent parmi les autres facteurs le bagage culturel des intéressés, la façon dont ils interprètent le traumatisme, le degré de leur impuissance face à ce traumatisme, et cetera.

Le chiffre que j'ai le plus souvent vu est d'environ 10 p. 100, comme je l'ai dit dans ma déclaration.

Le sénateur Day: Cela nous est utile.

Général, vous avez souligné que vous êtes en train de lancer un certain nombre de projets de soutien social aux victimes de stress opérationnel, ou SSVSO, OSSIS en anglais. Il aurait peut-être fallu y ajouter un «A», car OASIS serait un joli sigle.

Lgén Couture: Nous y avons pensé, mais nous n'avons jamais trouvé de terme correspondant à la lettre «A».

Le sénateur Day: Il s'agit là du traitement par des pairs, et je vous félicite du travail que vous faites en la matière. Pour ce qui est du diagnostic, de l'évaluation du problème et des soins à donner, deux choses me préoccupent dans ce que nous avons

that this is not the kind of disorder a serving person would like to come forward with in all likelihood, due to comments that it is the end of a career or an indication of a weakness that just does not fit into the image of a strong soldier.

Second, from the point of view of diagnosis and assessment, we are led to understand that the medical facilities, doctors and psychiatrists are not available on many bases. How are you diagnosing and moving these people into the treatment programs you are setting up?

LGen Couture: Let me first address OSISS. It is not a treatment or a diagnostic tool. It is a project that was put together last May to provide social support for people. I will give you the example of Alcoholics Anonymous, where people must support each other to prevent them from returning to their past habits.

We noticed over the last few years that people suffering from operational injuries, or PTSD, felt abandoned or stigmatized. You mentioned it being considered a sign of weakness and of not pulling their weight. That was there, and it is still there, because people did not know what to do about it. They did not know what to expect or what was going on. The first characterization of these people was, "Well, you are no longer a soldier," which is absolutely untrue. They are suffering from injuries that need to be treated.

They were feeling abandoned, and something needed to be done to bring them back into the family. Whenever they were facing an issue that they could not see an end to, someone like them or who understood them needed to be close by to support them.

At the same time, we needed to address the issue of other people within the military unit vis-à-vis these injuries. They needed to be educated and to understand that it is a real injury, not a sign of weakness. People are suffering, and they need to understand that.

The OSISS project has the lead in developing, in partnership with other organizations within the forces, an education program to inform our leaders and our members about PTSD and other operational stress injuries.

We also need to educate people on how to recognize and deal with the symptoms. I personally believe that the best prevention is proper training, unit cohesion, esprit de corps, knowing what the symptoms are and then treating them as quickly as we can after they have been discovered.

That is what the OSISS is all about. It is a group of survivors who have recovered from the injuries and can function. They can provide their assistance and help to others, at the same time as helping me and my colleagues understand what this is all about.

jusqu'ici découvert dans le cadre de nos audiences. Premièrement, il ne s'agit pas ici du genre de syndrome dont un militaire voudra vraisemblablement faire état, étant donné les vues de certains selon lesquelles cela marquerait la fin d'une carrière ou serait une preuve de faiblesse qui ne cadre pas avec l'image de ce que c'est d'être un bon soldat.

Deuxièmement, du point de vue du diagnostic et de l'évaluation, nous sommes portés à croire qu'il n'y a pas sur de nombreuses bases les installations médicales, les médecins et les psychiatres nécessaires. Comment faites-vous pour établir le diagnostic et verser les personnes atteintes dans les programmes de traitement que vous êtes en train de créer?

Lgén Couture: Permettez que je traite tout d'abord du SSVSO. Il ne s'agit pas d'un traitement ni d'un outil diagnostique. Il s'agit d'un projet élaboré en mai dernier en vue d'offrir aux gens un soutien social. Je vous citerai l'exemple d'Alcooliques Anonymes, groupe au sein duquel les gens doivent s'entraider pour éviter de reprendre leurs habitudes passées.

Nous avons constaté au cours des dernières années que les personnes souffrant de blessures opérationnelles ou atteintes de SSPT se sentaient abandonnées ou stigmatisées. Vous avez mentionné le fait que cela était considéré comme un signe de faiblesse ou de refus de faire sa part. Cette réaction était là et est toujours là, car les gens ne savaient pas quoi faire face au problème. Ils ne savaient pas à quoi s'attendre ni ce qui se passait. La première chose qu'on disait au sujet de ces gens était «Eh bien, tu n'es plus un soldat», ce qui est tout à fait faux. Ces soldats souffrent de blessures qui doivent être soignées.

Ils se sentaient abandonnés et il fallait faire quelque chose pour les réintégrer dans la famille. Chaque fois qu'ils étaient confrontés à un problème auquel ils ne pouvaient pas voir la fin, il fallait qu'une personne comme eux ou qui les comprenait soit tout près, pour les appuyer.

En même temps, il nous fallait aborder la question des autres membres de l'unité militaire par rapport à ces blessures. Ils devaient être éduqués et comprendre qu'il s'agit d'une blessure réelle et non pas d'un signe de faiblesse. Il y a des personnes qui souffrent, et il leur faut comprendre cela.

Le projet SSVSO est à l'avant-garde quant à l'élaboration, en partenariat avec d'autres organisations au sein des Forces, d'un programme d'éducation destiné à informer nos dirigeants et nos membres au sujet du SSPT et d'autres traumatismes liés au stress opérationnel.

Il nous faut également éduquer les gens afin qu'ils puissent reconnaître et traiter les symptômes. Je crois pour ma part que la meilleure prévention c'est une bonne formation, la cohésion de l'unité, l'esprit de corps, une connaissance des symptômes et une intervention aussi rapide que possible une fois les symptômes relevés.

Voilà ce que vise le SSVSO. Il s'agit d'un groupe de survivants qui se sont remis de leurs blessures et qui sont capables de fonctionner. Ils peuvent offrir leur aide et leur soutien à d'autres tout en nous aidant, mes collègues et moi-même, à comprendre de quoi il retourne véritablement.

They work in very close collaboration and cooperation with our medical people, who provide not only the diagnosis, but also the treatment. This has to be complementary.

We are taking a holistic approach to this, where the medical world provides the treatment and the social support network provides what I call the “reintegration into the military community,” not only for those who are suffering, but also those who will accept them.

Stéphane is a survivor himself, and he came to me with the idea a few months ago. We were looking at what needed to be done. The light came on, and he has been charged with putting that into place. It has paid off already, from my own perspective. I will ask him to add a few words about the OSISS and address the second part of your question, if I may. I hope this clarifies it a little for you, senator.

As I said, we have five operational stress support centres where we do have medical people — a multi-disciplinary team of psychiatrists, psychologists, social workers, chaplains, general practitioners and so on — who work not only to diagnose, but also to provide the treatment. They also provide some education to other people.

We do have five across the country in the major bases of Edmonton, Val Cartier, Halifax, Esquimalt and Ottawa, where there are large concentrations. In other bases, we have medical clinics where general practitioners have access to local civilian specialists if we do not have them on site or within our own resources. However, you are right. In certain places across Canada — and as you know, it is not a problem only for the military — there is a shortage of psychiatrists and psychologists, and sometimes we do have some difficulty finding those specialists. However, in our major areas, I think it is safe to say — although maybe not in numbers — we do have all the specialties that we need to provide the diagnosis and the treatment. We do also send our people to private clinics.

Col Cameron: The market for mental health professionals is very competitive in this country. We have certainly had a policy in the past several years of engaging whoever we can wherever we can. In our larger centres, the OTSSCs, all the disciplines are represented. Some of them are more difficult to find than others.

On the other hand, there is a process at those centres by which the most serious cases are triaged to receive treatment first and so on. It is an ongoing process, and we are continually trying to engage the right kind of professionals. For example, across Canada in the last year and one-half, we engaged 18 additional social workers at our bases outside of the OTSSC initiative.

We are now embarking on a diagnostic program for our people coming back from operations. Experience shows that these symptoms tend to become evident two months after the

Ils travaillent en très étroite collaboration avec notre équipe médicale, qui assure non seulement le diagnostic mais également le traitement. Tout cela doit être complémentaire.

Nous avons une approche holistique, en vertu de laquelle le monde médical offre le traitement et le réseau de soutien social assure ce qu'on appelle la «réintégration dans la communauté militaire», ce non seulement pour ceux qui souffrent, mais également pour ceux qui vont les accepter.

Stéphane est lui-même un survivant et il est venu me voir avec l'idée il y a de cela quelques mois. Nous étions en train d'examiner ce qu'il faudrait faire. La lumière s'est allumée et il a été chargé de mettre cela en place. De mon point de vue, cela commence vraiment à donner des résultats. Je vais lui demander d'ajouter quelques mots au sujet du SSVSO et de répondre à la deuxième partie de votre question, si vous le voulez bien. J'espère que cela éclairera un peu votre lanterne, sénateur.

Comme je l'ai dit, nous avons cinq centres de soutien aux victimes de stress opérationnel dans lesquels est en place une équipe médicale — une équipe multidisciplinaire composée de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'aumôniers, de médecins généraux, et cetera — dont le travail est non seulement de faire le diagnostic mais également d'assurer les soins. Ces équipes éduquent par ailleurs les autres.

Nous avons donc cinq centres répartis dans le pays, dans les bases principales où il y a de fortes concentrations, c'est-à-dire Edmonton, Val Cartier, Halifax, Esquimalt et Ottawa. À d'autres bases, nous avons des cliniques médicales où des médecins généralistes ont accès aux spécialistes civils locaux s'il n'y en a pas sur place ou parmi nos propres ressources. Vous avez cependant raison. Dans certaines régions du pays — et, comme vous le savez, ce n'est pas juste un problème chez les militaires — il y a une pénurie de psychiatres et de psychologues et nous avons parfois de la difficulté à trouver ces spécialistes. Cependant, dans les grands centres je pense pouvoir dire avec pas mal d'assurance que nous avons tous les spécialistes — peut-être pas en nombre suffisant, cependant — dont nous avons besoin pour assurer le diagnostic et les soins. Il nous arrive également d'envoyer de nos membres à des cliniques privées.

Col Cameron: Le marché des professionnels de la santé mentale est dans ce pays très concurrentiel. Nous avons depuis quelques années une politique en vertu de laquelle nous engageons qui nous le pouvons, là où nous le pouvons. Dans nos grands centres, les SSVSO, toutes les disciplines sont représentées. Certaines sont plus difficiles à assurer que d'autres.

D'un autre côté, il y a dans ces centres un processus en vertu duquel les cas les plus sérieux sont relevés pour traitement prioritaire, et cetera. Il s'agit d'un processus permanent et nous nous efforçons continuellement d'engager le bon genre de professionnels. Par exemple, au cours des 18 derniers mois, nous avons à l'échelle du pays engagé 18 travailleurs sociaux supplémentaires à nos bases qui ne relèvent pas de l'initiative des SSVSO.

Nous sommes en train de mettre sur pied un programme de diagnostic pour les personnes revenant d'une opération militaire. L'expérience montre que les symptômes ont tendance à se

operation. Now, every person coming back from a military operation — Op Apollo will be the first one — will have an interview with a mental health professional at about that two- to three-month point, preferably with their spouse or significant other, that will include a psychological screening instrument. That may help us to identify these people earlier, because I think the one conventional wisdom is that the earlier we can identify these problems, the better our chance. These are treatable problems if identified early.

Maj Grenier: We have covered most of what OSISS is all about. The only thing I could add is that this project was put together by survivors, for survivors, and it is working pretty well. These guys are very strong. They are already providing “connectivity,” I guess, between the units and the medical field. We have seen that. We launched the project on March 1, and we have already reconnected about 90 people to the system, whether through the medical system or disability insurance. We are only one month old.

There is a definite need for soldiers to talk to one of their own, to connect back to the system, and to see that it is not abandoning them. OSISS is that strength. We are employing survivors, people from the mid-1990s who have been through it, and we are hoping that soldiers of the future will not have to go through what we went through.

The department is fixing a lot of things. We want to give hope. We need to give hope to these guys, and it is working.

LGen Couture: If I may add one last comment on your very important question, our goal in all this is to treat the people and put them back on their feet so they can function properly within their unit, because they are valuable assets.

Some of our people are suffering more than others. At some point, they may not be able to get back on their feet and function properly within the military unit. We will have to separate them, and that is where the Veterans Affairs-DND connection is most important — to ensure that the transition from military to civilian life is properly managed by Veterans Affairs Canada and all the other programs.

Our goal is to bring them back within the military into a functioning operation.

A soldier who has suffered an injury is not less of a soldier. He might not be as functioning as before, but he is still a soldier.

Senator Day: I have one supplementary question for Colonel Cameron. I am still concerned about this 10 per cent to 20 per cent. Did I understand you to say that you are implementing a program whereby all soldiers returning from deployment will put through a psychological assessment? In that

manifesters deux mois après l'opération. À partir de maintenant, toute personne revenant d'une opération militaire — l'opération Apollo étant la première à être visée — aura une entrevue avec un professionnel de la santé mentale au bout de deux à trois mois, de préférence accompagné de son conjoint ou partenaire, et cette étape englobera le recours à un instrument de vérification psychologique. Cela nous aidera peut-être à dépister plus tôt les cas de SSPT, car je pense que la sagesse conventionnelle veut que, plus tôt on identifie les problèmes, meilleures sont nos chances côté intervention. Ces problèmes sont traitables si on les identifie rapidement.

Maj Grenier: Nous avons assez bien couvert ce qu'est le SSVSO. La seule chose que j'ajouterais est que ce projet a été élaboré par des survivants, pour des survivants, et qu'il fonctionne plutôt bien. Ces gars sont très forts. Ils assurent déjà la «connectivité», dirais-je, entre les unités et le monde médical. Nous avons vu cela. Nous avons lancé le projet le 1er mars, et nous avons déjà reconnecté au système environ 90 personnes, par le biais ou du système médical ou de l'assurance-invalidité. Le programme n'est en place que depuis un mois.

Il est définitivement nécessaire pour les soldats de parler avec un des leurs, de rétablir le contact avec le système et de savoir que celui-ci ne les abandonne pas. C'est le gros avantage du SSVSO. Nous employons des survivants, des personnes qui sont passées par là au milieu des années 90, et nous espérons que les soldats de demain n'auront pas à vivre ce que nous autres avons vécu.

Le ministère est en train de corriger beaucoup de choses. Nous voulons donner espoir aux gens. Il nous faut donner de l'espoir à ces gars, et le programme fonctionne.

Lgén Couture: Si vous permettez que j'ajoute un dernier commentaire au sujet de votre très importante question, notre objectif dans tout cela est de soigner les gens et de les remettre d'aplomb afin qu'ils puissent fonctionner à l'intérieur de leur unité, car ils sont de précieux éléments.

Certains de nos membres souffrent plus que d'autres. Il se pourrait qu'à un moment donné ils ne soient pas en mesure de récupérer et de fonctionner comme il se doit à l'intérieur de l'unité militaire. Il nous faudra les mettre à part, et c'est ici que la relation Anciens combattants-MDN est la plus importante, s'agissant de veiller à ce que la transition entre vie militaire et vie civile soit bien gérée par Anciens Combattants Canada et tous les autres programmes.

Notre but est de les réintégrer dans une opération d'exécution au sein de la famille militaire.

Un soldat qui a subi une blessure n'est pas moins un soldat. Il ne fonctionnera peut-être pas aussi bien qu'avant, mais il est toujours un soldat.

Le sénateur Day: J'ai une question supplémentaire pour le colonel Cameron. Je suis toujours préoccupé par ces 10 p. 100 à 20 p. 100. Ai-je bien compris que vous êtes en train de mettre en oeuvre un programme en vertu duquel tous les soldats revenant d'un déploiement subiront une évaluation

way, you will be able to detect this early so that it can be treated more rapidly?

Col Cameron: That is correct. At the end of the day, as I indicated in my remarks and as Major Grenier said, it is a big step for people to identify with this. Finding ways to make it more acceptable and easier for the individual is a difficult challenge and involves many steps.

One of those steps is to give them that private forum, if you will, with a mental health professional so that they can frankly discuss these issues. They should at least be given that opportunity. We are hopeful that that will help.

Senator Day: Thank you both. I commend you for your work.

Senator Kenny: I have a supplementary question for Lieutenant-General Couture. Major Grenier mentioned several times that the programs were working well. What criteria do you use to measure that?

LGen Couture: I examine injured soldiers back in their unit line. Once soldiers have returned, that is progress. The number of people to be diagnosed, or at least to see our medical practitioners, has increased over the last few years. The number of people within the chain of command, from the lowest to the highest, with a better understanding of personal stress injuries and post-traumatic stress disorder has increased. I examine for that.

Senator Kenny: That is a very vague answer. Surely you could provide us with better and more specific indices. There must be measurements, records and ways that you use to determine the cost, how many people are coming back and at what level.

LGen Couture: Yes, I did not understand that you wanted specific numbers.

Senator Kenny: I do not want specific numbers so much as I want to know your methodology for determining whether it is working well. You basically said that it feels good, so it is working. I would like you to tell me in more detail how you arrive at that conclusion.

The Chairman: You might also put it into the context of how long statistics have been kept. Our understanding is that that only began quite recently.

LGen Couture: You are right. We are putting information systems in place to capture those statistics so that we will have a much better measurement.

psychologique? Et c'est ainsi que vous serez en mesure de dépister rapidement les cas afin de pouvoir traiter les gens plus rapidement?

Col Cameron: C'est exact. En bout de ligne, comme je l'ai indiqué dans mes remarques liminaires et comme l'a souligné le major Grenier, c'est un gros pas en avant pour les gens de s'identifier à tout cela. Trouver des moyens de rendre cela plus acceptable et plus facile pour l'individu est tout un défi qui comporte plusieurs étapes.

L'une de ces étapes est de donner aux gens cette tribune privée, si vous voulez, cet entretien avec un professionnel de la santé mentale afin de lui permettre de discuter de ces questions en toute franchise. On devrait au moins donner aux gens cette possibilité. Nous espérons que cela aidera.

Le sénateur Day: Merci à vous deux. Je vous félicite pour votre travail.

Le sénateur Kenny: J'ai une question supplémentaire pour le lieutenant-général Couture. Le major Grenier a plusieurs fois mentionné que les programmes fonctionnent bien. Quels critères utilisez-vous pour mesurer cela?

Lgén Couture: J'examine les soldats blessés lorsqu'ils sont de retour dans leur unité. Une fois que les soldats sont de retour, c'est déjà un progrès. Le nombre de personnes à diagnostiquer, ou en tout cas à faire voir par des médecins, a augmenté au cours des dernières années. Le nombre de personnes dans la chaîne de commandement, du plus bas niveau au plus élevé, et qui ont une meilleure connaissance des blessures dues au stress personnel et du syndrome de stress post-traumatique a augmenté. C'est cela que je tente de cerner lors de mes examens.

Le sénateur Kenny: Vous me donnez là une réponse très vague. Vous devriez certainement pouvoir nous fournir des indices meilleurs et plus spécifiques. Il doit y avoir des mesures, des dossiers et des méthodes que vous utilisez pour déterminer le coût, le nombre de personnes qui reviennent et à quel niveau.

Lgén Couture: Oui, je n'avais pas compris que vous vouliez des chiffres précis.

Le sénateur Kenny: Je ne veux pas tant des chiffres précis que savoir quelle méthodologie vous utilisez pour déterminer si cela fonctionne bien ou non. Vous avez dit, en gros, que l'impression est bonne et que cela fonctionne donc. J'aimerais que vous m'expliquiez de façon plus détaillée comment vous en arrivez à cette conclusion.

Le président: Vous pourriez peut-être également mieux mettre cela en contexte en nous disant depuis quand l'on tient des statistiques. D'après ce que nous avons compris, c'est une chose très récente.

Lgén Couture: Vous avez raison. Nous sommes en train de mettre en place des systèmes informatiques dans le but de saisir ces données afin d'avoir de bien meilleures mesures.

As was mentioned after the previous question, we do not know the specific number of people suffering from this. We are preparing a mental health survey this year that will give us a benchmark on which to base an exact measurement of the improvement or the decline, whichever is the case.

We know exactly how much money we are investing in the system and the number of people in our clinics. I do not have the numbers at hand now, but we have been recording these figures recently. We felt that we needed a system to properly evaluate the appropriateness of our efforts.

We have had feedback from patients and from surveys. On the medical side, Colonel Cameron has had some feedback as well.

Col Cameron: Yes, sir. I am guessing that the question speaks to performance measurement in health care.

Senator Kenny: Yes. What are the indices of improvement?

Col Cameron: As you know, this is an evolving area in all aspects of health care in Canada. Canadian Forces health service is in the middle of a complete reform of the whole system from end to end. A large part of that reform is in the area of management, and will include instituting reliable, reproducible performance measures of all aspects of our health care system, including mental health.

Right now, we do not have many statistics about, for example, the percentage of people who return to duty. We know that is a weakness in our system and we are spending time and money to fix it. It will be fixed within the next several years. In particular, there are some things being instituted immediately in the area of operational stress injury to try to collect some data quickly by gathering the information on paper.

We have had, for example, a program of what we call “staff assistance visits,” or inspections, of our various Operational Trauma and Stress Support Centres, OTSSCs. We have another round of those inspections in 2003 to ensure that we are providing a uniform standard of diagnosis and treatment that conforms to the best practices of health care in Canada.

There is also a working group within the OTSSCs developing an appropriate set of acceptable and defensible measures to show the public and the people whom we serve that the program is effective. That will be in keeping with what will happen within our Canadian Forces health care system over the next several years.

Senator Banks: Thank you for appearing before the committee, gentlemen. When Colonel Cameron was describing symptoms, I was reminded of having felt exactly that way when I was doing my income tax the other night.

Comme cela a été mentionné après la question précédente, nous ne connaissons pas le nombre précis de personnes qui souffrent. Nous sommes cette année en train de préparer un sondage sur la santé mentale qui nous donnera des repères à partir desquels mesurer de façon plus exacte l'amélioration ou la régression, selon le cas.

Nous savons de façon très précise combien d'argent nous investissons dans le système et le nombre de personnes qui se trouvent dans nos cliniques. Je n'ai pas ces chiffres sous la main, mais nous les avons tout récemment compilés. Nous pensions qu'il nous fallait un système nous permettant de faire une juste évaluation de la qualité de nos efforts.

Nous avons recueilli des réactions auprès de patients et dans le cadre de sondages. Du côté médical, le colonel Cameron a lui aussi recueilli des retours d'information.

Col Cameron: Oui, monsieur. Je devine que la question porte sur la mesure du rendement côté soins de santé.

Le sénateur Kenny: Oui. Quels sont les indices d'amélioration?

Col Cameron: Comme vous le savez, tous les aspects des soins de santé au Canada sont en train d'évoluer. Les services de santé des Forces canadiennes sont au beau milieu d'une refonte en profondeur du système tout entier. Une part importante de cette réforme porte sur la gestion, et il s'agira notamment d'établir des mesures de rendement fiables et reproductibles pour tous les aspects de notre système de soins de santé, y compris santé mentale.

À l'heure actuelle, nous n'avons pas beaucoup de statistiques sur, par exemple, le pourcentage de personnes qui reprennent leur service. Nous savons que c'est là une faiblesse dans notre système et nous investissons du temps et de l'argent en vue de corriger le problème. Il le sera au cours des quelques prochaines années. Il y a certaines initiatives en cours à l'heure actuelle, côté traumatismes liés au stress opérationnel, en vue de pouvoir recueillir rapidement des données sur format papier.

Nous avons par exemple eu un programme de ce que nous appelons des «visites d'appui en personne» ou inspections à nos Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels, ou CSTSO. Nous aurons une autre ronde d'inspections en 2003 pour assurer une norme uniforme en matière de diagnostic et de traitement qui cadre avec les meilleures pratiques en soins de santé au Canada.

Il y a également un groupe de travail au sein des CSTSO qui oeuvre à l'élaboration d'un ensemble approprié de mesures acceptables et défendables pour montrer au public et à ceux et celles que nous servons que le programme est efficace. Cela cadrera avec ce qui va se faire au sein de notre système de soins de santé des Forces canadiennes au cours des quelques années à venir.

Le sénateur Banks: Merci, messieurs, d'être venus comparaître devant le comité. Lorsque le colonel Cameron a décrit les symptômes, je me suis souvenu de m'être senti précisément comme cela l'autre soir lorsque je faisais ma déclaration d'impôt.

I commend you for the fact that you now seem to have a handle on this issue and that you are actually doing something about it. Is this what would, 50 years ago, been called “shell shock” and terms even more disdainful and disrespectful, one assumes? It is sad that it has taken until now for us to begin to understand it.

Lieutenant-General, you mentioned the word “stigmatization” and how important it is to educate people in order to reduce that. I know that when it was called “shell shock” and other awful things, and we did not know what it was, the stigma began in the line. One did not want to admit to whatever it was then called. The most important issue, it seems to me, would be that first admission to my buddies — to the guys in my crew — that I needed help or that I was going to someone for help, and then having the word leak out to the people I work with every day.

I ask about this because I knew several people in the late 1940s and 1950s who went through that, and it was hell for them.

I know that you do not yet have a specific measurement, but how successful do you think you are in educating people so that they understand that this is not even an illness, but an injury? Are we beginning to make some headway?

LGen Couture: What you refer to as “shell shock” is today known as PTSD, and it goes even further back than that.

In the Canadian Forces, we rediscovered PTSD, or mental health injuries, in the mid-1990s. We have been at peace since the Korean War. There were not many activities in the Cold War era that would induce these kinds of injuries. The peacekeeping missions we undertook did not present the same challenges and the same dramatic scenes that we saw in the Balkans.

Senator Banks: People who suffered from that were still around.

LGen Couture: Absolutely. I am addressing your question about education.

When we first saw this, we did not know what it was, so we started learning ourselves and then educating our people. Obviously, the education we provided was not effective, because there are still people today who do not understand that this is an injury and victims have been ostracized and stigmatized. We need to effect a cultural change.

Therefore, we are evaluating, from an educational perspective, what is currently being done to determine where it is not effective, where we need to change it and how to do that. This is presently ongoing.

The leaders of the Canadian Forces and those who are dealing with this issue firmly believe that knowledge of this injury is key to helping those suffering from it to recover. The victims must

Je vous félicite du fait que vous sembliez avoir cerné le problème et que vous y faites véritablement quelque chose. Parle-t-on ici de ce qui, il y a 50 ans, était connu sous le nom de traumatisme dû au bombardement ou d'autres termes encore plus désobligeants ou dédaigneux? Il est triste qu'il ait fallu tout ce temps pour commencer à comprendre de quoi il s'agit.

Lieutenant-général, vous avez utilisé le mot «stigmatisation» et souligné à quel point il est important d'éduquer les gens afin de réduire cela. Je sais que lorsqu'on parlait de traumatisme dû au bombardement, d'épuisement au combat et d'autres choses du genre, et que l'on ne savait pas de quoi il s'agissait, le stigmate commençait sur la ligne. Personne ne voulait admettre souffrir de ce qu'on appelait cela à l'époque. Il me semble que le plus important serait tout d'abord de confier à mes camarades — les gars de mon équipe — que j'ai besoin d'aide ou que je compte demander de l'aide, pour qu'ensuite le message soit filtré jusqu'aux personnes avec lesquelles je travaille chaque jour.

Je vous pose la question car j'ai connu plusieurs personnes à la fin des années 40 et dans les années 50 qui ont vécu cela, et c'était l'enfer pour eux.

Je sais que vous ne disposez pas encore d'une mesure précise, mais à votre avis, dans quelle mesure réussissez-vous à éduquer les gens afin qu'ils comprennent qu'il ne s'agit même pas d'une maladie, mais bien d'une blessure? Commence-t-on à faire quelque progrès en ce sens?

Lgén Couture: Ce que vous appelez «traumatisme dû au bombardement» est aujourd'hui connu sous le nom de SSPT, et cela remonte encore plus loin en arrière.

Dans les Forces canadiennes, nous avons redécouvert le SSPT ou les blessures mentales au milieu des années 90. Nous connaissons la paix depuis la Guerre de Corée. Il n'y a pas eu à l'ère de la guerre froide beaucoup d'activités susceptibles de causer ce genre de blessures. Les missions de maintien de la paix que nous avons entreprises ne présentaient pas les mêmes défis ni les mêmes scènes dramatiques que l'on a vues dans les Balkans.

Le sénateur Banks: Il y avait toujours parmi nous des personnes qui en souffraient.

Lgén Couture: Absolument. Je réponds ici à votre question au sujet de l'éducation.

Lorsque nous avons pour la première fois vu cela, nous ne savions pas de quoi il s'agissait, et nous avons donc commencé à apprendre par nous-mêmes pour ensuite éduquer les autres. Bien sûr, l'éducation que nous fournissions n'était pas efficace, car il y a encore aujourd'hui des gens qui ne comprennent pas qu'il s'agit d'une blessure et des victimes qui continuent d'être ostracisées et stigmatisées. Il nous faut amener un changement culturel.

C'est pourquoi nous évaluons, du point de vue éducatif, ce qui se fait à l'heure actuelle pour déterminer si cela est ou non efficace, là où il nous faut changer les choses et de quelle façon procéder. C'est ce qui est en cours à l'heure actuelle.

Les dirigeants des Forces canadiennes et ceux qui s'occupent du problème croient fermement que la connaissance de cette blessure est essentielle pour aider ceux qui en souffrent à

accept that they are injured and must not be afraid to come forward. Those who are around them need to understand this injury and offer help. The leaders need to be able to recognize the symptoms and to direct the individual to medical help.

We need to introduce better education and knowledge into our leadership courses at all levels. We currently have a component in the leadership courses, but it is obviously not enough, because I still hear it said that PTSD does not exist, or it is not recognized.

The Operational Stress Injury Social Support division has been given the mandate to examine all the educational packages and determine what works, what does not and what needs to be done.

I said earlier that the best prevention is proper mission training, unit cohesion and recognition of the symptoms. There must be training on operational stress injuries during preparatory training before deploying for an operation — the risk, the impact, the effect, the symptoms and so on — and the leaders must be reminded of their responsibilities in this.

Senator Banks: Does the basic training of infantry personnel include instruction that physical and mental injuries are equally recognized?

LGen Couture: Currently, they are instructed about physical injuries. There is insufficient instruction about mental injuries.

Senator Banks: Would it not be a good idea to start there?

LGen Couture: There must be education at all levels. Everyone in uniform needs to know about this. You are absolutely right that the best place to start is at recruit school. Although there is currently some training at that level, I do not think it is sufficient. We are looking into it.

Senator Banks: Can you fix it?

LGen Couture: Yes.

Senator Banks: You are going to conduct a survey that will involve 8,000 regular service members and 5,000 reservists. Trained people from Statistics Canada will conduct the 90-minute interviews to determine histories, et cetera. How many people from Statistics Canada know how to recognize the symptoms of this kind of injury?

LGen Couture: I cannot answer that. I am told the survey has been constructed in such a way that competent people will interpret the results. That is all I can say because I am neither a statistician nor an expert in surveys.

récupérer. Les victimes doivent accepter qu'elles sont blessées et ne pas avoir peur de le dire. Ceux qui les entourent doivent comprendre cette blessure et offrir leur aide. Les dirigeants doivent être en mesure de reconnaître les symptômes et d'orienter l'intéressé vers les autorités médicales.

Il nous faut intégrer dans nos cours de leadership à tous les niveaux une meilleure sensibilisation et une meilleure éducation relativement à ce problème. Une telle composante figure déjà dans les cours de leadership qui sont offerts, mais cela ne suffit manifestement pas, car j'entends toujours dire que le SSPT n'existe pas ou n'est pas reconnu.

La division du Soutien social aux victimes de stress opérationnel s'est vue charger d'examiner tous les programmes éducatifs et de déterminer ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et ce qui doit être fait.

J'ai dit plus tôt que la meilleure prévention c'est une bonne formation en prévision d'une mission, une bonne cohésion au sein de l'unité et la reconnaissance des symptômes. Il faut qu'il y ait une formation en matière de traumatismes liés au stress opérationnel pendant la formation préparatoire avant le déploiement en vue d'une opération — portant sur le risque, l'incidence, l'effet, les symptômes, et ainsi de suite — et les dirigeants doivent se faire rappeler quelles sont leurs responsabilités à ce chapitre.

Le sénateur Banks: La formation de base donnée aux soldats vise-t-elle une reconnaissance égale des blessures physiques et des blessures mentales?

Lgén Couture: À l'heure actuelle, l'instruction donnée aux soldats porte sur les blessures physiques. L'instruction quant aux blessures mentales est insuffisante.

Le sénateur Banks: Ne serait-il pas une bonne idée de commencer là?

Lgén Couture: Il faut que l'éducation se fasse à tous les niveaux. Toutes les personnes en uniforme doivent être au courant. Vous avez tout à fait raison de dire que le meilleur endroit où commencer est à l'école de recrutement. Même s'il se fait à l'heure actuelle une certaine formation à ce niveau, je ne pense pas qu'elle soit suffisante. Nous nous y penchons.

Le sénateur Banks: Pourriez-vous corriger cela?

Lgén Couture: Oui.

Le sénateur Banks: Vous allez mener une enquête portant sur 8 000 membres de la Force régulière et sur 5 000 réservistes. Des personnes formées de Statistique Canada mèneront des entrevues de 90 minutes pour déterminer le passé des gens, et cetera. Combien d'employés chez Statistique Canada savent reconnaître les symptômes de ce genre de blessure?

Lgén Couture: Je ne peux pas répondre à cette question. On me dit que l'enquête sera effectuée de telle sorte que des personnes compétentes interpréteront les résultats. C'est tout ce que je puis dire car je ne suis ni statisticien ni expert en matière de sondages.

Col Cameron: The interviewers will be specifically trained in the administration and interpretation of the responses and the interviews will be confidential. As I mentioned in my remarks, this study is not just a Canadian Forces study; it is part of a larger study across Canada. Canadian Forces people will not be conducting the interviews, so having adequate numbers of interviewers is not an issue. I do not know how many interviewers will be assigned to the Canadian Forces part of the survey. We can get that number for you, if you would like, but adequacy of training for the interviewers is not an issue. I think we can safely assume that they will be appropriately trained.

Senator Banks: Do you know how long it will take to get the initial survey results?

Col Cameron: The data collection is scheduled to start in a couple of weeks and run until this December. The study sample comes from a representative group of people of varying ages and ranks, et cetera. The sample was randomly selected from within those groups. To find those people and arrange interviews is fairly complicated logistically.

Senator Banks: To interview 13,000 people for 90 minutes will take 20,000 hours. That is approximately three years, going 24 hours a day with no time for lunch.

Col Cameron: There are a fair number of interviewers. It is my understanding that they have identified 13,000 names, but that the sample size will be 8,000, given that they will not be able to locate everyone. Also, the interview may take a little less than 90 minutes to conduct.

It is unquestionably a big undertaking and I think it will give us some very good information.

Senator Banks: A peer coordinator training session took place in Mississauga between February 18 and March 1 this year.

Are you running into resistance in establishing those kinds of initiatives? This is sort of related to OSISS, is it not? It is support level training.

LGen Couture: Yes, it is OSISS.

Senator Banks: My overall reaction to what you are saying here today is — terrific. It should have happened a long time ago, but you are doing it now, thank goodness. Why are we going at this gradually? You are saying, “We did one in Mississauga in February.” Is there some resistance from within? Why can you not just forge ahead? We know we need this, we know this is real — we have known that for about 50 years — and now we need to do something about it. Are you meeting resistance somewhere?

Col Cameron: Les intervieweurs auront reçu une formation spécialisée dans la cueillette et l'interprétation des réponses et les entrevues seront confidentielles. Comme je l'ai mentionné dans mes remarques, cette étude n'est pas limitée aux Forces canadiennes; elle s'inscrit dans une étude plus vaste à l'échelle du pays. Ce ne sont pas des gens des Forces canadiennes qui mèneront les entrevues, alors la question de disposer d'un nombre suffisamment d'intervieweurs ne pose pas problème. J'ignore combien d'intervieweurs seront affectés au volet Forces canadiennes de l'enquête. Nous pourrions obtenir le nombre pour vous, si cela vous intéresse, mais la qualité de la formation des intervieweurs n'est pas un problème. Je pense que nous pouvons supposer sans risque d'erreur que ces personnes auront reçu une formation adéquate.

Le sénateur Banks: Savez-vous combien de temps il faudra pour obtenir les résultats initiaux du sondage?

Col Cameron: La collecte des données est censée commencer d'ici quelques semaines et durer jusqu'en décembre. L'échantillon sera un groupe de personnes représentatif de différents groupes d'âges, rangs, et cetera. L'échantillon a été choisi au hasard parmi ces différents groupes. Trouver ces personnes et arranger des entrevues est assez compliqué sur le plan logistique.

Le sénateur Banks: Interviewer 13 000 personnes pendant 90 minutes chacune demandera 20 000 heures, soit environ trois années, en travaillant 24 heures sur 24 sans pause-déjeuner.

Col Cameron: Il y a un assez bon nombre d'intervieweurs. D'après ce que j'ai compris, ils ont relevé 13 000 noms, mais l'échantillon sera de 8 000 étant donné qu'ils ne seront pas en mesure de trouver tout le monde. D'autre part, il se pourrait que l'entrevue demande un peu moins de 90 minutes.

Il s'agit sans conteste d'une entreprise de taille et je pense que cet exercice nous donnera de très bons renseignements.

Le sénateur Banks: Il y a eu une séance de formation de coordonnateurs des pairs à Mississauga entre le 18 février et le 1^{er} mars de cette année.

Avez-vous constaté une quelconque résistance face au lancement de telles initiatives? Cela rejoint en quelque sorte le SSVSO, n'est-ce pas? Il s'agit de formation de soutien.

Lgén Couture: Oui, il s'agit bien du SSVSO.

Le sénateur Banks: Ma réaction d'ensemble à ce que vous nous dites ici aujourd'hui est de dire que c'est formidable. Il aurait mieux valu que cela soit arrivé il y a bien longtemps, mais Dieu merci, vous vous en occupez maintenant. Pourquoi faisons-nous cela graduellement? Vous dites «Nous avons tenu une séance à Mississauga en février». Y a-t-il une résistance de l'intérieur? Pourquoi ne pas tout simplement foncer en avant? Nous savons que nous avons besoin de cela, nous savons que c'est un problème réel — nous le savons depuis une cinquantaine d'années environ — et il nous faut maintenant y faire quelque chose. Rencontrez-vous de la résistance quelque part?

LGen Couture: The course was conducted in Mississauga for a specific reason. I will ask Major Grenier to answer because he was running it. There is always some resistance. When we implement something new like this, we are charting new ground.

I have not seen any resistance from the senior leadership of the force. They are extremely supportive and tell us to go for it. Yes, there is some resistance at the lower level. We need to educate the people.

Why are we setting out in this way? First of all, we need to identify the peer coordinators and train them. We need to take care of them too, because they are survivors. We want to do it right, so we are moving at a slower pace with a type of pilot project. We have implemented this thus far in Newfoundland, Edmonton, Winnipeg and Petawawa. We will have an evaluation of this project by the fall, and based on the results, we will make any necessary adjustments and then flesh it out after that. We want to be sure that we are doing the right thing and that we are doing it properly. I would like to see it move faster, but I cannot make it happen any faster because of the people involved. It is not a matter of money and resources. I have all the money that I need for that project. It is the people — finding them, training them and so on.

Maj Grenier: One important issue to note here is that it is a very dangerous business to get into. I recognize that, as do my colleagues in the peer support coordinator role.

Senator Banks: Dangerous in what way?

Maj Grenier: Dangerous in the sense that it does not follow traditional methods. I am a patient and see a therapist every week. It is very non-traditional to put the care of individuals in the hands of patients, that is, people who, to a certain degree, suffer from the same thing they do. Therefore, the last thing I want to do is put my colleagues in harm's way without first evaluating the potential of this.

Perhaps this can shed a little light on the earlier question about how well it is going. We are building a database. We have been collecting data and monitoring how our guys are doing from the day we started.

Veterans Affairs is getting highly involved in validating and evaluating the success of this program. I would rather take baby steps first to make sure that I am not wrong. If we are wrong, we cannot continue. I cannot put veterans in harm's way, in a sense, if this does not have the potential to work.

Lgén Couture: Le cours a été donné à Mississauga pour une raison bien précise. Je vais demander au major Grenier de répondre, car c'est lui qui s'en est occupé. Il y aura toujours un peu de résistance. Lorsque nous lançons quelque chose de nouveau comme ceci, nous faisons oeuvre de pionniers.

Je n'ai constaté aucune résistance de la part des dirigeants supérieurs de la force. Ils nous appuient pleinement et nous encouragent. Oui, il y a une certaine résistance au niveau inférieur. Il nous faut éduquer les gens.

Pourquoi procédons-nous de la sorte? Premièrement, il nous faut identifier les coordonnateurs des pairs et les former. Il nous faut nous occuper d'eux également, car ce sont des survivants. Nous voulons faire les choses comme il faut, et c'est pourquoi nous avançons plus lentement dans le cadre d'un projet de type pilote. Nous avons jusqu'ici instauré le programme à Terre-Neuve, à Edmonton, à Winnipeg et à Petawawa. Nous aurons une évaluation du projet d'ici l'automne et nous pourrions sur la base des résultats obtenus apporter les rajustements nécessaires puis étoffer encore le programme. Nous voulons être certains de faire la bonne chose et de la faire comme il se doit. J'aimerais que les choses avancent plus vite, mais je ne peux pas davantage accélérer les choses à cause des participants. Ce n'est pas une question d'argent et de ressources. J'ai tout l'argent qu'il me faut pour ce projet. Ce sont les gens — il faut les trouver, les former, et ainsi de suite.

Maj Grenier: Une chose importante à souligner ici est qu'il s'agit d'un domaine très dangereux dans lequel se lancer. Je le reconnais, tout comme mes collègues qui jouent le rôle de coordonnateurs du soutien des pairs.

Le sénateur Banks: Dangereux de quelle façon?

Maj Grenier: Dangereux en ce sens que cela ne s'inscrit pas dans des méthodes traditionnelles. Je suis un patient et je vois un spécialiste chaque semaine. Il est tout à fait non traditionnel de confier le soin de certaines personnes à des patients, c'est-à-dire à des personnes qui souffrent à un degré ou à un autre du même problème. En conséquence, la dernière chose que je veux faire c'est placer mes collègues dans une situation risquée sans d'abord en évaluer le potentiel.

Cela fera peut-être un peu la lumière sur la question posée plus tôt quant à la façon dont vont les choses. Nous sommes en train d'établir une base de données. Nous recueillons des données et suivons l'évolution de la situation des gars depuis le jour où nous avons commencé.

Anciens Combattants Canada commence à beaucoup s'investir dans la validation et dans l'évaluation de la réussite du programme. Je préfère avancer à petits pas pour être bien certain de ne pas me tromper. Si nous nous trompons, nous ne pourrions pas continuer. Je ne peux en un sens pas exposer d'anciens combattants à un risque, si ce programme ne va pas déboucher.

We do not have data right now to show you, but I can report that it is working very well so far. This is why we are doing it this way. We will conduct a pilot project for nine months, then see how it is going and expand from there.

Senator Banks: You used the word “subjective” when you were referring to diagnosis. Is that still true? Is there any hope of achieving an objective diagnosis?

Col Cameron: I think you have to appreciate the context in which I use the word “subjective,” and that is it is not based on doing a scan or measuring someone’s serum PTSD level. There are objective criteria, if you will. Mr. Morin referred to them last week. Certainly, the criteria by which PTSD is diagnosed are well established. It is just that the interviewer’s interpretation of someone’s responses establishes the diagnosis as opposed to a —

Senator Banks: Interviewer A will ask the same questions and arrive at the same conclusion as interviewer B, give or take a nickel.

Col Cameron: Give or take a nickel. I cannot say that happens in every case.

Senator Kenny: Most of the discussion tonight has been on treatment and education to change the culture so that, first, folks can identify the problem, and second, treat it as an injury and not as something unattractive.

Could you elaborate more on the preventive side? It seems to me that preventive medicine is the least costly and best way to proceed. What changes in military doctrine are needed to diminish the likelihood of this happening? What must be done differently within units operating in the normal course of events so that people do not receive this sort of injury?

LGen Couture: I will ask my doctor to talk about prevention from a medical point of view. I said at the beginning that the best way of preventing it is proper unit training, unit cohesion, sound leadership and then education.

Senator Kenny: If I can interrupt, what does “proper unit training” mean? I assume you are doing proper unit training now. What different kinds of unit training are you talking about?

LGen Couture: Training that focuses on the mission. Training that is as realistic as possible, which we do now. I am not saying that we are not doing proper training. On the contrary, I am saying that when people are ready to deploy and operate in collective sense and know individually what they have to do, it creates better unit cohesion. With better unit cohesion, people look after each other. We also need to effect a cultural change.

Nous n’avons à l’heure actuelle pas de données à vous montrer, mais je peux vous dire que le programme fonctionne très bien jusqu’ici. Voilà pourquoi nous procédons de la sorte. Nous allons mener un projet pilote pendant neuf mois pour ensuite voir comment vont les choses et élargir nos activités à partir de là.

Le sénateur Banks: Vous avez utilisé l’adjectif «subjectif» lorsque vous avez parlé du diagnostic. Est-ce toujours le cas? Peut-on espérer qu’on en arrive à des diagnostics objectifs?

Col Cameron: Je pense qu’il vous faut comprendre le contexte dans lequel j’utilise le terme «subjectif», et il ne s’agit pas de faire de l’imagerie médicale ou de mesurer le taux de SSPT dans le sérum du patient. Il y a, si vous voulez, des critères objectifs. M. Morin les a évoqués la semaine dernière. En tout cas, les critères sur lesquels on fonde un diagnostic de SSPT sont très clairement établis. C’est juste que l’interprétation donnée par l’intervieweur aux réponses de l’intéressé établit le diagnostic par opposition à...

Le sénateur Banks: L’intervieweur A posera les mêmes questions et en arrivera à la même conclusion que l’intervieweur B, grosso modo.

Col Cameron: Grosso modo. Je ne peux pas dire que c’est ce qui arrive dans chaque cas.

Le sénateur Kenny: Le gros de la discussion ce soir a porté sur les soins à donner et sur l’éducation en vue de changer la culture afin que les gens puissent, primo, identifier le problème et, deuxio, le traiter comme étant une blessure et non pas quelque chose d’inavouable.

Pourriez-vous nous renseigner un peu plus sur l’aspect prévention? Il me semble que la médecine préventive est la méthode la meilleure et la moins coûteuse. Quels changements dans la doctrine militaire sont nécessaires pour diminuer l’incidence du problème? Que faudrait-il faire différemment au sein des unités dans le cours normal des opérations afin que les gens ne soient pas blessés de la sorte?

Lgén Couture: Je vais demander à mon médecin de vous parler de la prévention d’un point de vue médical. J’ai déclaré au début que la meilleure façon de prévenir est d’assurer une formation appropriée à l’unité, de veiller à la cohésion de l’unité, d’offrir un solide leadership, puis d’éduquer.

Le sénateur Kenny: Si vous permettez que j’interrompe, que voulez-vous dire par «formation appropriée de l’unité»? Je suppose que vous offrez à l’heure actuelle aux unités une formation appropriée. De quels genres différents de formation d’unité parlez-vous?

Lgén Couture: De formation axée sur la mission. De formation qui est aussi réaliste que possible, et c’est ce que nous assurons à l’heure actuelle. Je ne dis pas que nous ne faisons pas la formation appropriée. Au contraire, je dis que lorsque les gens sont prêts à être déployés et à fonctionner de façon collective, chacun sachant ce qu’il doit faire, cela assure une meilleure cohésion au niveau de l’unité. Avec une meilleure cohésion d’unité, les gens s’occupent les uns des autres. Il nous faut également amener un changement culturel.

Senator Kenny: If I could stop you there for a minute. I would like to follow you step by step as you are going through this. Could you describe unit cohesion now? Ten years from now, what difference would you see if you had an effective program? In other words, I do not understand words like “better” because I do not know what kind of change that means.

LGen Couture: I work in the personnel world and have been away from training for a long time. However, when you prepare a unit for a mission, you first need to do a detailed analysis of what that mission is all about and what needs to be accomplished. Then you train them, step by step, to accomplish that mission, starting at the lower level, and you achieve success when you instill confidence in the troops that they can do the job.

This was how it was done many years ago. It will still be done the same way in a few years’ time, because that is the only way you can prepare troops for combat or other operations. Any aspect that reinforces unit cohesion will remain the same.

We have rediscovered issues such as PTSD as we have moved along. Our forefathers in the Second World War knew what it was all about, but we did not live through that in the 1970s, 1980s and early 1990s.

We had to relearn how to deal with it. It has to be injected into the individual training and then into the unit training. It must be supported by a proper medical system, social support network and transition package.

Senator Kenny: I am having difficulty with the responses. I do not understand words like “proper” or “better” or whatever. I do not follow, General. I hear what you are saying. I know what the words mean. If I walked out of this room and someone said to me, “Okay. What is the army doing now to change its training so that there will be a lower incidence of this,” I would say, “Well, they will do things better.” That is the best answer I would be able to give right now.

I would like you to help me. I do not know whether other members of the committee are confused. I am certainly confused, because at this point, I do not have a clue about how army training will change over the next 10 years to prevent or lessen the incidence of this.

The Chairman: Maybe in due course, Colonel Cameron could help by indicating whether there is any data on what type of individual is more likely to suffer from this injury and what causes it. If we knew that, presumably we could take steps to either avoid having that person come into contact with the cause or find some other solution to the problem.

I think we are having difficulty because it is obviously an area about which we do not have a great deal of hard data, from what I am hearing. We have some anecdotal evidence. We have some

Le sénateur Kenny: Permettez que je vous arrête un instant ici. J’aimerais vous suivre pas à pas dans cette explication. Pourriez-vous nous décrire l’actuelle cohésion au niveau des unités? Dans dix ans, quelle différence verriez-vous si vous avez eu un programme efficace? En d’autres termes, je ne comprends pas des mots comme «meilleur» car je ne sais pas quels genres de changements cela suppose.

Lgén Couture: Je travaille dans le monde du personnel et cela fait longtemps que je suis loin de la formation. Cependant, lorsque vous préparez une unité pour une mission, il vous faut tout d’abord faire une analyse détaillée de ce que sera la mission et de ce qui doit être accompli. Vous formez ensuite les soldats, étape par étape, en vue de l’accomplissement de cette mission, en commençant par le niveau le plus bas, et vous aurez réussi lorsque vous aurez insufflé dans les troupes la confiance dont elles auront besoin pour faire le travail.

C’est ainsi que se faisaient les choses il y a de cela de nombreuses années. L’on continuera de faire les choses de la même façon dans quelques années car c’est la seule façon de préparer des troupes pour le combat ou pour d’autres opérations. Tous les éléments qui viennent renforcer la cohésion des unités demeureront les mêmes.

Nous avons redécouvert des problèmes comme le SSPT au fil du temps. Nos pairs savaient ce que c’était dans la Deuxième Guerre mondiale, mais nous n’avons pas vécu cela pendant les années 70 et 80, ni au début des années 90.

Il nous a fallu réapprendre à y faire face. Il faut que cela soit inscrit dans la formation individuelle puis dans la formation des unités. Il faut que ce soit appuyé par un système médical approprié, un réseau de soutien social adapté et un programme de transition.

Le sénateur Kenny: J’ai de la difficulté avec les réponses. Je ne comprends pas les mots tels «approprié» ou «meilleur» ou autres. Je ne vous suis pas, général. J’entends ce que vous dites. Je sais ce que signifient ces mots. Si je sortais de cette salle et que quelqu’un me disait: «Très bien. Que fait l’armée à l’heure actuelle pour changer sa formation afin de réduire l’incidence de ce problème?», je dirais «Eh bien, elle fait mieux les choses». C’est la meilleure réponse que je pourrais donner en ce moment.

J’aimerais que vous m’aidiez. Je ne sais pas si d’autres membres du comité sont confus. Moi, en tout cas, je suis confus, car à ce stade-ci, je n’ai pas la moindre idée de la façon dont la formation militaire va changer au cours des dix prochaines années en vue d’empêcher ou de réduire l’incidence de ce problème.

Le président: Peut-être que le colonel Cameron pourrait finir par nous aider en nous disant s’il existe des données quant au type de personne qui est plus susceptible de souffrir d’une telle blessure et quant aux causes possibles. Si nous savions cela, nous pourrions vraisemblablement prendre des mesures ou pour éviter que de telles personnes entrent en contact avec la cause ou trouver une autre solution au problème.

Je pense que nous éprouvons des difficultés parce que, d’après ce que j’entends dire, il s’agit d’une question au sujet de laquelle on ne dispose pas de beaucoup de solides données. Nous avons

medical criteria. However, there are a lot of grey areas. I am neither a doctor nor a soldier. I think your question is very well put, Senator Kenny.

Senator Kenny: If there is this vagueness, I do not know why there is so much optimism. I need something a little more specific than I have been hearing so far today to be optimistic.

The Chairman: Do you understand, as I think I understand, Senator Kenny's query? When we step out of this room, we will be asked, "What is the army doing differently now?"

LGen Couture: I think I missed the meaning of Senator Kenny's question.

We need to ask the army exactly what they are doing. I am with the personnel organization, not the army. I am telling you what I would do. Stéphane, do you want to add something on what we discussed the other day?

Maj Grenier: I have talked about the vision of many veterans. I ran it by Korean vets, World War II vets, some Vietnam vets and a lot of younger vets of our generation. General Couture approved what is now a vision from the training perspective. It can help with where I would like to see the Canadian Forces go. It is in the realm of very tangible coping skills for our soldiers.

When I was sleepless at night in Rwanda, I did not know what was happening to me. My colleagues did not know what was happening to me. Nor did I know what was happening to my colleagues.

Doctors can confirm that the sooner you get someone into treatment, the more likely it is that it will be successful. If you wait seven years, like I did, then perhaps treatment will not work as well.

The point of my comment here is that my vision, our vision, is to try to provide more coping skills. How will we do that? How do you teach an infantry corporal, a section commander, to be more aware of what is going on in his soldiers' heads after being shelled? That is what we need to teach. Are we there yet? Of course not. OSISS will try to help develop that. Why? Because we now have this network of, not World War II vets, unfortunately, but Vietnam vets, all the way to East Timor vets. Some guys who have come back from Afghanistan are already joining this network.

We are bringing to this a pragmatic, practical approach to what the soldiers felt was needed. We are in the needs analysis now. I am talking to former corporals and infantry people. We are developing what was lacking in all of this in order to make recommendations to the army. However, we are certainly not at that stage yet.

certaines preuves anecdotiques. Nous avons certains critères médicaux. Il reste cependant un grand nombre de zones grises. Je ne suis ni médecin ni soldat. Je trouve votre question très pertinente, sénateur Kenny.

Le sénateur Kenny: Si tout est si vague, je ne vois pas pourquoi il y a autant d'optimisme. Il me faut quelque chose d'un peu plus précis que ce qu'on m'a jusqu'ici livré aujourd'hui pour être optimiste.

Le président: Comprenez-vous la question du sénateur Kenny comme je pense, moi, la comprendre? Lorsque nous quitterons cette salle, on nous demandera: «Que l'armée fait-elle différemment aujourd'hui?»

Lgén Couture: Je pense ne pas avoir saisi le sens de la question du sénateur Kenny.

Il nous faut demander à l'armée exactement ce qu'elle fait. Je travaille du côté de l'organisation du personnel, et non pas de l'armée. Je vous dis ce que moi, je ferais. Stéphane, aimeriez-vous ajouter quelque chose sur ce dont nous avons discuté l'autre jour?

Maj Grenier: J'ai parlé de la vision de nombreux anciens combattants. J'en ai parlé avec des anciens combattants de la Corée, de la Deuxième Guerre mondiale, du Vietnam, ainsi qu'avec un grand nombre de plus jeunes anciens combattants, de notre génération. Le général Couture a approuvé ce qui est aujourd'hui une vision du point de vue formation. Cela peut nous aider sur la voie de ce que j'entrevois pour les Forces canadiennes. Je veux parler ici d'habiletés d'adaptation très tangibles pour nos soldats.

Lorsque je n'arrivais pas à m'endormir le soir au Rwanda, je ne savais pas ce qui m'arrivait. Mes collègues ne savaient pas ce qui m'arrivait. Je ne savais pas non plus ce qui arrivait à mes collègues.

Les médecins vous confirmeront que plus tôt le traitement d'une personne commence, plus il y a de chances que le traitement réussisse. Si vous attendez sept ans, comme moi, alors le traitement ne fonctionnera peut-être pas aussi bien.

Ce que je veux dire ici est que ma vision, notre vision est d'essayer de fournir aux soldats davantage d'habiletés d'adaptation. Comment allons-nous nous y prendre? Comment apprendre à un caporal d'infanterie, à un commandant de section, d'être davantage sensible à ce qui se passe dans la tête de ses soldats après un bombardement? C'est cela qu'il nous faut leur apprendre. Y sommes-nous? Bien sûr que non. Le SSVSO a pour objet de favoriser cela. Pourquoi? Parce que nous avons maintenant ce réseau non pas, malheureusement, d'anciens combattants de la Deuxième Guerre mondiale, mais d'anciens combattants du Vietnam, ainsi que du Timor oriental. Certains types qui reviennent d'Afghanistan se joignent déjà au réseau.

Nous apportons une approche pratique, pragmatique, à ce que les soldats considèrent comme étant nécessaire. Nous en sommes à l'heure actuelle à l'étape de l'analyse des besoins. Je discute avec d'anciens caporaux et gens de l'infanterie. Nous sommes en train de développer ce qui manquait dans tout cela, ce en vue de soumettre des recommandations à l'armée. Cependant, nous n'y sommes pas encore.

In 10 years from now, we hope that our soldiers will be able to deal with the threat of stress the same way we deal with the threat of cold. We can do this by recognizing the symptoms early on and having some kind of buddy system whereby people do not have to fester alone in the theatre, and after coming back, they will certainly not wait five to seven years to seek treatment the way I did.

From what we know, this is certainly worthwhile exploring. That is where OSISS is trying to go. This is a moving, living, breathing project. It is certainly the track we are on right now.

Senator Kenny: Colonel, from a medical point of view, are there things that can be done in training that are not being done now that will reduce the risk of this happening?

Col Cameron: As you probably know, you cannot open a journal or a book right now and pull out an evidence-based strategy for the prevention of PTSD. There is evidence in the literature that better unit cohesion does seem to reduce the incidence.

Before I get any deeper into this, our director of mental health for the Canadian Forces is with us. I think he could probably more accurately answer your question on what is currently in the literature.

Colonel Randy Boddam is a Canadian Forces psychiatrist.

Colonel Randall Boddam, Director of Mental Health Services, Canadian Forces Base Borden, Department of National Defence: The only way to prevent PTSD is to prevent exposure to trauma. That is the point. We cannot have an armed force in which personnel will not be potentially exposed to trauma.

As Colonel Cameron was starting to indicate, based on our understanding historically, and looking at what is happening in places like Israel and other nations that are regularly exposed to traumas, there seem to be some mitigating or protective factors. However, no protection is 100 per cent effective. I think that has to be the starting point.

One of the factors that seem to be most important is looking at whether the person has a past psychiatric history. In saying that, people with previous psychiatric disorders or illnesses can be exposed to trauma and not develop PTSD. Not everyone who develops PTSD, or other stress injuries such as combat stress reaction, adjustment disorders and so on, has a past history.

In terms of unit functioning and the type and nature of the mission, as General Couture was starting to identify, people's understanding of their task and their capacity to discharge their duties is very important. Putting people in an environment in which they feel helpless or unable to accomplish that task is a

Nous espérons que d'ici dix ans nos soldats seront en mesure de composer avec la menace de stress de la même façon qu'avec la menace de froid. Nous pouvons faire cela en reconnaissant très tôt les symptômes et en ayant en place un système de copains en vertu duquel les gens ne resteront pas seuls dans le théâtre à ruminer et n'attendront pas, à leur retour, cinq à sept pour se faire soigner, comme moi.

D'après ce que nous savons, cela vaut certainement la peine d'être exploré. C'est ce que nous visons grâce au SSVSO. Il s'agit là d'un projet vivant, qui bouge et qui respire. C'est la voie sur laquelle nous avançons en ce moment.

Le sénateur Kenny: Colonel, du point de vue médical, y a-t-il des choses en matière de formation qui pourraient être faites mais qui ne le sont pas à l'heure actuelle et qui permettraient de réduire le risque?

Col Cameron: Comme vous le savez sans doute, on ne peut pas à l'heure actuelle ouvrir un journal ou un livre et en tirer une stratégie fondée sur des preuves axée sur la prévention du SSPT. Selon la documentation disponible, il existe des preuves qu'une meilleure cohésion au sein des unités réduit l'incidence du syndrome.

Avant d'aller plus loin là-dedans, notre directeur de la santé mentale des Forces canadiennes est ici avec nous. Il pourrait certainement répondre mieux que moi à votre question quant à la documentation qui existe à l'heure actuelle.

Le colonel Randy Boddam est un psychiatre des Forces canadiennes.

Le colonel Randall Boddam, directeur des services de santé mentale, Base des Forces canadiennes Borden, ministère de la Défense nationale: La seule façon d'empêcher le SSPT est d'empêcher l'exposition au traumatisme. C'est là la clé. Nous ne pouvons pas avoir une force armée dont les membres ne risqueront pas d'être exposés à des traumatismes.

Comme avait commencé à l'expliquer le colonel Cameron, nous appuyant sur notre compréhension historique du problème et sur ce qui se passe en Israël et dans d'autres pays qui sont régulièrement exposés à des traumatismes, il semble qu'il y ait des facteurs de protection ou de limitation des dégâts. Cependant, aucune protection n'est efficace à 100 p. 100. Je pense que c'est cela qui doit être le point de départ.

L'un des facteurs qui semblent être les plus importants est la question de savoir si la personne a des antécédents psychiatriques. Cela étant dit, une personne ayant déjà souffert de désordre ou de maladie psychiatrique antérieure peut être exposée à un traumatisme et ne pas être atteinte de SSPT. Ce ne sont pas toutes les personnes souffrant de SSPT ou d'autres traumatismes liés au stress opérationnel comme le stress de combat, les troubles d'adaptation, et cetera, qui ont des antécédents psychiatriques.

En ce qui concerne le fonctionnement des unités et le type et la nature de la mission, comme le général Couture a commencé à l'expliquer, la compréhension qu'ont les gens de leurs tâches et de leur capacité d'exécuter leurs tâches est très importante. Placer des personnes dans un environnement dans lequel elles se sentiront

recipe for disaster. That is an extreme. I am not suggesting we do that, but it is a factor. Therefore the nature of the mission is important.

The affiliation or affinity of the leadership and the unit for that task is equally important, for the same sorts of reasons.

We, and our allies, for example, the Americans, have identified the capacity of the individual — and I think this is what Major Grenier was starting to talk about — to recognize and utilize self-help behaviours as a very important process. In fact, as part of the medical services restructuring that Colonel Cameron was talking about, we are undertaking to teach people stress management and coping strategies.

Therefore, when they are placed in a stressful situation, they will have some very basic self-aid techniques that they can use.

Physical fitness is also a very important factor for several different reasons, in addition to dealing with the physical rigours and therefore response to stress. It can also teach people that they have the capacity to deal with stressful situations. The ability to communicate is very important. We use the term “unit cohesion.” What does it mean? There is some very good evidence, not just within militaries but also within organizations such as firefighters, that if you have the feeling that you are working with a group of people who support you and whom you support, people you can talk to and be vulnerable with, your ability to mitigate stressful situations is enhanced. It is these sorts of things that are important.

Senator Kenny: We have just heard a list of some of the indicators from the colonel. How will the training program change to incorporate dealing with those issues? What will we be different a decade from now that will take into account the factors that the psychiatrist has just listed?

LGen Couture: I do not think my crystal ball sees 10 years ahead, but I can tell you now that I have asked the OSISS group to examine, while we do train people to become stronger physically and able to cope with physical demands, how do we train them to be stronger mentally? Is there some activity or exercise that we can do to enhance mental resistance and learn how to cope with this kind of stuff? I have not had an answer yet. We are aware of the point that the doctor has mentioned, but we need to determine exactly how to develop the same kind of “exercise program,” if you will allow me that expression, as we do for physical fitness. I do not have the answer, but we are looking into that matter.

Senator Kenny: I have trouble with this testimony, Mr. Chairman. For example, my understanding is that physical requirements in the Armed Forces are declining, not increasing. My understanding is that the standards for the physical tests are

désarmées ou incapables d'accomplir leurs tâches est une recette pour la catastrophe. Il s'agit là d'un cas extrême. Je ne dis pas que c'est ce que nous faisons, mais c'est là un facteur. Partant, la nature de la mission est importante.

L'affiliation ou l'affinité des dirigeants et de l'unité sont tout aussi importantes, pour les mêmes genres de raisons.

Nous autres, et nos alliés, par exemple les Américains, ont identifié la capacité de l'individu — et je pense que c'est de cela qu'a commencé à parler le major Grenier — de reconnaître et d'utiliser des comportements d'auto-assistance comme étant un processus très important. En fait, dans le cadre de la restructuration des services médicaux dont a parlé le colonel Cameron, nous sommes en train d'apprendre aux gens à gérer le stress et à acquérir des stratégies d'adaptation.

Ainsi, lorsqu'ils seront placés dans une situation stressante, ils auront des techniques d'auto-assistance très fondamentales auxquelles ils pourront recourir.

La forme physique est elle aussi un facteur très important pour plusieurs raisons en dehors de la possibilité de surmonter les rigueurs physiques et de bien réagir au stress. Cela peut également montrer aux soldats qu'ils ont la capacité de faire face à des situations stressantes. La capacité de communiquer est très importante. Nous utilisons l'expression «cohésion de l'unité». Que cela signifie-t-il? Il existe de solides preuves, non seulement dans le milieu militaire mais également chez les pompiers, par exemple, selon lesquelles si vous avez l'impression de travailler avec un groupe de personnes qui vous appuie et que vous appuyez, des personnes avec qui vous pouvez parler et auprès desquelles vous pouvez vous laisser être vulnérable, votre capacité de faire face à des situations stressantes sera meilleure. Ce sont ces genres de choses qui sont importantes.

Le sénateur Kenny: Le colonel vient de nous donner une liste de quelques-uns des indicateurs. De quelle façon le programme de formation sera-t-il modifié afin d'intégrer ces aspects-là? Qu'est-ce qui sera différent d'ici dix ans compte tenu des facteurs que le psychiatre vient d'énumérer?

Lgén Couture: Je ne pense pas que ma boule de cristal me permette de voir ce qui existera dans dix ans, mais je peux vous dire que j'ai demandé au groupe de SSVSO d'examiner, bien que nous formions les gens pour qu'ils soient plus forts physiquement et qu'ils soient à la hauteur des exigences physiques qui leur seront imposées, comment l'on s'y prend pour les former à être plus fort mentalement? Existe-t-il une activité ou un exercice qui aide à améliorer la résistance mentale et à apprendre à composer avec ce genre de chose? Je n'ai pas encore eu de réponse. Nous sommes au courant de ce qu'a soulevé le médecin, mais il nous faut déterminer exactement comment élaborer le même genre de «programme d'exercices», si vous me permettez l'expression, que pour la santé physique. Je n'ai pas la réponse mais nous nous renseignons là-dessus.

Le sénateur Kenny: J'ai de la difficulté avec les témoignages, monsieur le président. Par exemple, d'après ce que j'ai compris, les exigences physiques dans les forces armées sont en train de reculer au lieu d'augmenter. D'après ce que j'ai compris, les normes pour

being lowered rather than raised. The witness says that is not true, therefore I would like to have documentation to demonstrate that. I would be happy to see that.

However, I do not understand how you can come before us, or why you are coming before us, without being able to specifically articulate the connection between the problem that is being described by the major, the factors that have been enumerated by the colonel, and how this will fall out in terms of doing things differently, if it is possible, to protect people from these things.

It seems to me that it is really important to take care of the people who have been injured now. I think that is terrific, and it seems to be much of what the network is about. However, we are looking at the next generation, the next decade, and if you do not want to look out 10 years you can look out 5. What are the plans for making things different? I do not hear much.

LGen Couture: Senator, I am sorry but I do not know what would satisfy you. If you want to see a detailed syllabus of a training plan, I do not have one with me. I cannot show that to you. I am saying that all that we have learned about operational stress injuries is being integrated into the training of our people. We need to look at how this evolved over time.

Also, I have asked my education specialist and my training specialist about how to develop a program to enhance people's resistance to this, and all the factors that the doctor has mentioned are being incorporated into that study. When I have that answer, I will be able to write a detailed syllabus.

Yes, our people's ability to face those situations needs to be improved. I agree with you. For example, we must make sure they have proper physical training, the proper equipment and the proper combat training for their assigned mission. We must make sure they have all the information they need and are well led. These factors all contribute to diminishing the likelihood of those injuries.

That will not eliminate our problem completely. I do not think we will ever do that, although I dream of being able to do so. However, many things are being done that will have an impact. I do not have any statistics to show that mission X had X number of injuries and mission Y had a different number. I wish I could provide you with those, but I cannot at this time.

We are examining every aspect of military training for personnel that are about to deploy on a mission, and keeping in mind every hazard that we must face, including the trauma that was referred to. We are learning as we move along and we are improving. What works is kept and what does not is shed. I am sorry that I cannot provide you with a detailed, line-by-line

les tests physiques sont en train d'être abaissées plutôt que haussées. Le témoin nous dit que ce n'est pas vrai, et j'aimerais donc qu'on me fournisse de la documentation pour étayer cela. Cela me ferait grandement plaisir.

Cependant, je ne comprends pas comment vous pouvez comparaître devant nous, ni pourquoi vous comparez devant nous, si vous n'êtes pas en mesure d'expliquer de façon précise le lien entre le problème décrit par le major, les facteurs qui ont été énumérés par le colonel, et les façons nouvelles de faire les choses que l'on va mettre en place, si cela est possible, afin de mettre les gens à l'abri du problème.

Il me semble qu'il est vraiment important que l'on s'occupe maintenant des personnes déjà blessées. Je trouve cela formidable, et il m'apparaît que c'est là-dessus que se concentre en gros le réseau. Cependant, nous sommes en train de penser à la génération suivante, à la prochaine décennie, et si vous ne voulez pas regarder dix ans plus loin, vous pouvez au moins regarder cinq ans plus loin. Quels sont les plans pour faire les choses différemment? Je n'ai pas beaucoup entendu parler de cela.

Lgén Couture: Je regrette, sénateur, mais je ne sais pas ce qui vous satisferait. Si ce que vous souhaitez voir est un programme détaillé de plan de formation, je n'en ai pas ici avec moi. Je ne peux pas vous montrer cela. Ce que je dis est que tout ce que nous avons appris au sujet des traumatismes liés au stress opérationnel est en train d'être intégré dans la formation de nos militaires. Il nous faut examiner la façon dont cela a évolué dans le temps.

J'ai par ailleurs demandé à mon spécialiste en éducation et à mon spécialiste en formation de voir comment l'on pourrait élaborer un programme visant à améliorer la résistance des gens au SSPT, et tous les facteurs que le médecin a mentionnés vont être intégrés dans cette étude. Lorsque j'aurai cette réponse, je serai en mesure de rédiger un programme détaillé.

Oui, la capacité des militaires de faire face à ces situations doit être améliorée. Je suis d'accord avec vous. Par exemple, il nous faut veiller à ce qu'ils aient la formation physique appropriée, le matériel approprié et la formation de combat appropriée en fonction de leur mission. Il nous faut veiller à ce qu'ils disposent de tous les renseignements dont ils ont besoin et à ce qu'ils soient bien dirigés. Tous ces facteurs contribuent à diminuer le risque qu'ils subissent ces blessures.

Cela ne va cependant pas éliminer complètement notre problème. Je ne pense pas que nous puissions jamais faire cela, même si j'en rêve. Nous faisons néanmoins de nombreuses choses qui auront une incidence. Je ne dispose pas de statistiques montrant que la mission X a occasionné X blessures et que l'on en a relevé un nombre différent dans le cas de la mission Y. J'aimerais beaucoup pouvoir vous fournir de tels chiffres, mais je ne le peux pas à l'heure actuelle.

Nous sommes en train d'examiner tous les aspects de la formation militaire donnée aux personnes qui sont sur le point d'être déployées dans le cadre d'une mission en tenant compte de tous les risques auxquels elles se trouveront confrontées, y compris les traumatismes qui ont été mentionnés. Nous apprenons au fur et à mesure et nous nous améliorons. Ce qui

training plan. It seems that is what you would like.

Senator Kenny: No, I would like to have some better understanding of how the issues that the colonel described are transmitted to Saint-Jean or Gagetown, or wherever training takes place, and how the trainers incorporate it into their work. I am not particularly interested in a detailed syllabus. I am interested in whether there is a process underway to do it and whether there are criteria in place to measure that. I am not very comforted when it is said that things are being improved when we do not have criteria to measure that improvement. I would sooner you said you do not know yet and you will find out if things are being improved because you will measure it this way, and if those measurements do not work, then you will try it that way. I do not see the connections.

LGen Couture: I have to apologize; I think I missed your point totally. Now I understand your question.

I said earlier, in answering some of the questions, that we do have information — I call it “information” at the moment because I am convinced it is not sufficient — at the recruit level on mental health injuries. We do have some education and training aspects in the leadership courses at the schools in Gagetown and Borden. The Royal Military College of Canada psychology department runs a few courses on the issue, but I am saying it is not good enough because it does not make the changes that we think are needed to address those issues. We are analyzing the content of the information being provided to the troops in Saint-Jean, Gagetown and Borden.

We are looking at how we can make it better. A multidisciplinary team is doing what we call a “needs analysis” of what must be covered in the training over and above what we are doing right now. We incorporate the people from the OTSSCs, the psychiatrists, the psychologists, the specialists and the like.

Every OTSSC has what is called a “reaching-out team” that can be sent to any base in Canada that needs some kind of education delivered by a specialist. We can talk about that. That is what we are doing right now. That is what we need to work and improve, particularly at the school in Saint-Jean and the leadership school.

That is what I am doing. It took me a long time to answer, but I did not understand what you were getting at. Is my understanding of your question correct?

Senator Kenny: Yes, you answered my question, thank you.

fonctionne est conservé et ce qui ne fonctionne pas est éliminé. Je regrette, mais je ne peux pas vous fournir un plan de formation détaillé, ligne par ligne. Il semble que ce soit là ce que vous voudriez.

Le sénateur Kenny: Non, je voudrais mieux comprendre la façon dont les questions qu’a décrites le colonel sont transmises à Saint-Jean ou à Gagetown ou à d’autres endroits où se fait la formation, et comment les instructeurs font pour intégrer cela dans leur travail. Je ne suis pas particulièrement intéressé par un programme détaillé. Ce qui m’intéresse est de savoir s’il y a un processus en place pour cela et s’il existe des critères de mesure. Je ne suis pas très rassuré lorsque j’entends dire que les choses s’améliorent mais que l’on ne dispose pas de critères pour mesurer les améliorations apportées. Je préférerais que vous me disiez que vous ne savez pas encore mais que vous verrez si les choses se sont améliorées parce que vous allez les mesurer de telle ou telle façon et que si ces mesures ne fonctionnent pas, alors vous ferez telle autre chose. Je ne vois pas les liens.

Lgén Couture: Il me faut vous présenter des excuses. J’étais passé complètement à côté de votre question. Je la comprends maintenant.

J’ai dit tout à l’heure en réponse à certaines questions, que nous avons des renseignements — je vais pour l’heure parler de «renseignements» car je suis convaincu que ce n’est pas suffisant — au niveau recrutement sur les blessures mentales. Il y a des aspects éducation et formation qui ont été intégrés aux cours de leadership assurés aux écoles de Gagetown et de Borden. Le Département de psychologie du Collège militaire royal du Canada offre quelques cours en la matière, mais ce que je dis c’est que cela ne suffit pas, car cela n’apporte pas les changements qui sont selon nous nécessaires pour corriger ces problèmes. Nous sommes en train d’analyser le contenu des renseignements fournis aux troupes à Saint-Jean, à Gagetown et à Borden.

Nous sommes en train de voir ce que nous pourrions faire pour améliorer les choses. Une équipe multidisciplinaire est en train d’effectuer ce que nous appelons une «analyse des besoins» portant sur ce qui devrait être couvert dans le cadre de la formation en plus de ce que nous faisons déjà. Nous y avons intégré des gens du SSVSO, des psychiatres, des psychologues, des spécialistes et autres.

Chaque centre de SSVSO a ce que nous appelons une «équipe d’extension» qui peut être envoyée à n’importe quelle base au Canada qui a besoin d’un type d’éducation d’un genre ou d’un autre pouvant être assuré par un spécialiste. Nous pourrions parler de cela. Voilà ce que nous faisons en ce moment. C’est là-dessus qu’il nous faut travailler et apporter des améliorations, et je songe ici tout particulièrement à l’école à Saint-Jean et à l’école de leadership.

Voilà ce dont je m’occupe. Ma réponse a été un peu longue, mais je n’avais pas compris ce à quoi vous vouliez en venir. Ai-je maintenant bien compris votre question?

Le sénateur Kenny: Oui, vous avez répondu à ma question, merci.

The Chairman: To what extent are we monitoring the practices of other countries, principally the NATO countries, in dealing with this problem?

Col Cameron: NATO has a number of working groups in various subspecialty areas of medicine and we participate in those. Colonel Boddam is a member of the working group dealing with mental health issues.

In addition, there is extensive and ongoing liaison among subject matter experts. In the past year and a half, Colonel Boddam has visited several countries and liaised with their specialists working in this area.

There is fairly extensive literature published by predominantly military medical experts, but also other medical experts, dealing with these questions. The process of information sharing on the medical, diagnostic and treatment side is quite extensive.

The Chairman: Would you be frank about ranking our efforts? Are we in the middle of the pack, leading the pack or at the back of the pack?

Col Cameron: Colonel Boddam is directly involved in that work and I would refer that question to him.

Col Boddam: We are number one, of course.

The Chairman: What is your frank assessment?

Col Boddam: In many respects, we are probably leading the pack. We chaired the working group in Ottawa in 1999. We brought in an expert from the United States and had a frank discussion about the treatment of PTSD. It was interesting to see that different countries had different approaches, from less acceptance that this is a true disorder to, yes, absolutely, this is a very important disorder. In the three years since then, most people have come to realize that this is a significant disorder that has an impact on our forces.

As I speak with other people about what we do and frequently make presentations at that working group, I receive feedback that we are certainly on-line with what others are doing. We give advice to other people.

I would love to say we are number one. I do not know that we are necessarily, but we are on the plus side of the curve.

The Chairman: General Couture, did I hear you say that of the Ombudsman's 31 recommendations, you expect to have successfully dealt with them all, or are working on them all, or have accepted them all, with the possible exception of the OTSSC site being on-base or off-base?

Le président: Dans quelle mesure examinons-nous les pratiques suivies par d'autres pays, notamment les pays de l'OTAN, pour traiter de ce problème?

Col Cameron: L'OTAN a un certain nombre de groupes de travail médicaux oeuvrant dans différentes sous-spécialités, et nous y participons. Le colonel Boddam est membre du groupe de travail chargé des questions de santé mentale.

Il y a par ailleurs des liaisons permanentes et étendues entre experts dans les différents domaines. Au cours des 18 derniers mois, le colonel Boddam s'est rendu dans plusieurs pays et y a établi des liaisons avec leurs spécialistes oeuvrant dans le domaine.

Il existe une assez vaste documentation publiée principalement par des experts médicaux militaires, mais également par d'autres experts médicaux, et portant sur ces questions. Le processus de partage d'information sur les questions médicales, diagnostiques et de traitement est très large.

Le président: Pourriez-vous nous situer très franchement nos efforts dans le classement général? Sommes-nous dans le peloton, en tête de peloton ou bien tirons-nous de l'arrière?

Col Cameron: Le colonel Boddam participe directement à ce travail et je vais donc lui renvoyer la question.

Col Boddam: Nous sommes bien sûr au premier rang.

Le président: Quelle est votre évaluation, bien honnêtement?

Col Boddam: À bien des égards, nous sommes sans doute les meneurs. Nous avons présidé le groupe de travail à Ottawa en 1999. Nous avons fait venir un expert des États-Unis et avons eu une discussion très franche au sujet du traitement du SSPT. Il était intéressant de constater que différents pays ont différentes approches, allant d'un bas niveau d'acceptation qu'il s'agit d'une véritable maladie à la reconnaissance qu'il s'agit en effet d'un trouble très grave. Dans les trois années qui se sont écoulées depuis, la plupart des gens ont fini par convenir qu'il s'agit d'un trouble significatif et qui a une incidence sur nos troupes.

Au fil de mes discussions avec d'autres sur ce que nous faisons et des nombreuses présentations que je fais au groupe de travail, je reçois en retour des renseignements qui confirment que ce que nous faisons cadre avec ce que font d'autres. Nous donnons des conseils à d'autres.

J'aimerais beaucoup dire que nous sommes au premier rang. J'ignore si nous le sommes véritablement, mais nous sommes du côté positif de la courbe.

Le président: Général Couture, vous ai-je entendu dire qu'en ce qui concerne les 31 recommandations de l'Ombudsman, vous pensez les avoir appliquées ou en tout cas êtes en train d'y travailler ou les avez toutes acceptées, à l'exception, peut-être de celle concernant l'emplacement des centres de SSVSO sur les bases ou à l'extérieur des bases?

LGen Couture: I would not use the past tense, as you have. We are dealing with this. We have accepted all recommendations. We are working on them all and putting in place a plan to address specific and broader issues.

There are two differences. The first is the OTSSC off-base. We need to study in detail how we would address that. We do not wish to close a facility on one base that is well established and move it to another, because that would be counterproductive. That would further stigmatize our people and they might believe that they were in a different category.

In the meantime, we are dealing with Veterans Affairs Canada in regard to Sainte-Anne-de-Bellevue Hospital in Montreal, where they are seeing some of our patients on an outpatient basis.

The medical services are studying those recommendations to determine how we should do that and what kind of base we would be looking at. I cannot tell you where we are in the study right now, but that process is ongoing.

The Ombudsman recommended there be a PTSD coordinator, an individual who would report directly to the Chief of Defence Staff and who would keep track of everything to do with PTSD. We went beyond that recommendation. The Ombudsman talked about the coordination of PTSD treatment, health care, compensation benefits, family support, education, individual training and so forth. Those aspects fall within my field of responsibility.

We have created a steering committee that I will chair and which will include the second in command of the army, navy and air force and all the principals responsible for education policy and health service delivery. Colonel Boddam is an adviser. We will pursue a holistic approach. Having senior leadership from the army, navy and air force present at that table will facilitate the implementation of the report.

In addition to that, CDS has appointed a PTSD adviser, an officer of the rank of captain of the navy, who reports directly to the Chief of Defence Staff and will advise on the evolution towards not only the implementation of the report's recommendations, but also the treatment of PTSD.

The Chairman: We heard some testimony about the difficulties that someone can encounter who is discharged for a disciplinary or non-medical reason when subsequently it is ascertained that that person was suffering from PTSD. How do they then go about getting a medical discharge? Are you working on that?

LGen Couture: When someone has been discharged and the medical review is done after the fact, and it is discovered that the discharge should not have been for administrative but rather medical reasons, we do make that change. Some recent files have been changed.

Lgén Couture: Contrairement à vous, je ne parlerai pas au passé. Nous nous en occupons. Nous avons accepté toutes les recommandations. Nous travaillons sur toutes les recommandations et sommes en train de mettre en place un plan visant certaines questions précises et plus générales.

Il y a deux différences. Premièrement, les centres de SSVSO à l'extérieur des bases. Il nous faut étudier dans le détail la façon d'aborder cela. Nous ne voulons pas fermer un centre bien établi sur une base pour l'installer ailleurs, car cela ne serait pas productif. Cela stigmatiserait encore davantage nos militaires qui penseraient peut-être qu'ils ont été versés dans une autre catégorie.

Dans l'intervalle, nous travaillons avec Anciens Combattants Canada relativement à l'Hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue, près de Montréal: ils y voient certains de nos patients ambulatoires.

Les services médicaux sont en train d'étudier les recommandations en vue de déterminer comment nous devrions procéder et quel type de base nous devrions envisager. Je ne peux pas vous dire où nous en sommes dans cette étude, mais le processus est en cours.

L'Ombudsman a recommandé qu'il y ait un coordonnateur en matière de SSPT, une personne qui rendrait directement compte au chef d'état-major de la Défense et qui suivrait tout le dossier du SSPT. Nous sommes allés au-delà de la recommandation. L'Ombudsman avait parlé de la coordination du traitement du SSPT, des soins de santé, des prestations, du soutien familial, de l'éducation, de la formation individuelle, et ainsi de suite. Tous ces aspects relèvent de ma responsabilité.

Nous avons créé un comité directeur que je vais présider et qui englobera le commandant adjoint de la force terrestre, de la force maritime et de la force aérienne ainsi que tous les responsables de la politique en matière d'éducation et de la prestation de soins de santé. Le colonel Boddam est un conseiller. Nous allons poursuivre une approche holistique. Le fait d'avoir à la table des hauts dirigeants des armées de terre, de mer et de l'air facilitera la mise en oeuvre du rapport.

Par ailleurs, le chef d'état-major de la Défense a nommé un conseiller en matière de SSPT, un officier du rang de capitaine de la marine, qui rend directement compte au chef d'état-major de la Défense et qui donnera des conseils quant à l'évolution à suivre non seulement en vue de la mise en oeuvre des recommandations du rapport mais également du traitement du SSPT.

Le président: Nous avons entendu certains témoignages au sujet des difficultés que vit la personne qui est renvoyée pour raison disciplinaire ou non médicale et dont on découvre plus tard qu'elle souffrait de SSPT. Comment ce militaire fait-il pour obtenir un renvoi pour raison médicale? Travaillez-vous là-dessus?

Lgén Couture: Lorsqu'un soldat a été renvoyé et que l'examen médical est fait après-coup, et que l'on découvre que le renvoi aurait dû être fait non pas pour raison administrative mais bien pour raison médicale, nous apportons le changement. Certains dossiers récents ont été modifiés.

I do not know if you are referring to a specific case, but procedures and policy are in place so that the reason indicated can be changed if it is demonstrated that it was not appropriate. We have changed that in the past from a 4-A to a 3-B. It is a long process, but it is possible to do it.

Senator Banks: Following on from what the chairman just asked, if I am moving from the service into civilian life, but not as a result of disciplinary action, I am now moving into the VA administration, I presume. How much of a bump do I feel? I am going to lose you?

Do you continue on with me, if you were my doctor?

LGen Couture: If it is PTSD, yes.

Senator Banks: How much of a bump is it?

LGen Couture: It was a huge bump. We are trying to lower it as much as we can and make it seem smaller.

Before you are released from the Forces for medical reasons, you enter a rehabilitation program. That program would allow you to perhaps be re-educated in a field where you could get work and make a decent living. You will be transferred to the care of Veterans Affairs through the case managers and transition coordinators that we have on some of our major bases in Canada.

If you are PTSD sufferer, there is an arrangement by which you could still see the same doctors. It is not perfect yet, but if you compare what we do today to what we did five years ago, the difference is like day and night.

Senator Banks: If I have a spinal injury, not PTSD, but a physical injury, do I get the same level of care from VA administration?

LGen Couture: From my perspective, yes.

Col Cameron: The first thing that you must remember is that if you have a spinal injury, you will be looked after in a very sophisticated tertiary care facility. The doctors looking after you will not be Canadian Forces physicians. They will be civilian specialist physicians. When you transit from the Canadian Forces to the civilian world—

Senator Banks: I get the same level of care?

Col Cameron: You will have the same doctor because Veterans Affairs does not have those doctors either. The difference is that the benefits plan will change from that of the Canadian Forces to the Veterans Affairs benefits plan.

Senator Banks: Do they provide the same level of service, at least ostensibly?

Col Cameron: Yes, would be the best way to answer that question. In some ways, the benefits that they offer are greater than those we offer. There has been a fairly extensive initiative over the last several years to try to harmonize the benefits that people receive.

J'ignore si vous songez à un cas précis, mais il y a en place des procédures et politiques telles que l'on peut modifier la raison indiquée s'il y a eu erreur. Par le passé, nous avons changé cela, passant d'un 4-A à un 3-B. C'est un long processus, mais c'est possible.

Le sénateur Banks: Pour enchaîner sur la question du président, si je quitte le service pour la vie civile, mais non pas par suite de mesures disciplinaires, j'imagine que je passe sous l'égide des AC. Est-ce que c'est un gros saut? Est-ce que je vais vous perdre?

Si vous êtes mon médecin, est-ce que vous allez continuer de me suivre?

Lgén Couture: Oui, si vous êtes atteint du SSPT.

Le sénateur Banks: Dans quelle mesure est-ce un gros saut?

Lgén Couture: C'était un saut énorme. Nous nous efforçons de l'émonder au maximum pour qu'il ait l'air plus petit.

Avant que vous ne soyez libéré des forces pour raison médicale, vous participez à un programme de réhabilitation. Ce programme vous permettra d'apprendre un nouveau métier dans lequel vous pourrez travailler et grâce auquel vous pourrez gagner votre vie. Vous serez transféré aux Anciens Combattants avec l'aide de gestionnaires de cas et de coordonnateurs de transition que nous avons dans certaines de nos grosses bases au Canada.

Si vous souffrez du SSPT, il y a en place un arrangement en vertu duquel vous pouvez continuer de voir les mêmes médecins. Ce n'est pas encore parfait, mais si vous comparez ce que nous faisons aujourd'hui à ce que nous faisons il y a cinq ans, c'est le jour et la nuit.

Le sénateur Banks: Si j'ai une blessure à la colonne, si je souffre d'une blessure physique et non pas du SSPT, vais-je obtenir le même niveau de soins auprès de l'administration des AC?

Lgén Couture: Oui, de mon point de vue.

Col Cameron: La première chose dont il vous faut vous rappeler est que si vous avez une blessure à la colonne, vous serez soigné dans un centre de soins tertiaires très sophistiqué. Les médecins qui s'occuperont de vous par la suite ne seront pas des médecins des Forces canadiennes. Ce seront des médecins spécialistes civils. Lorsque vous passez des Forces canadiennes au monde civil...

Le sénateur Banks: Et je recevrai le même niveau de soins?

Col Cameron: Vous aurez le même médecin parce que Anciens Combattants n'a pas ces médecins-là non plus. La différence est que le régime de prestations ne sera plus celui des Forces canadiennes mais celui des Anciens Combattants.

Le sénateur Banks: Y offre-t-on, au moins ostensiblement, le même niveau de service?

Col Cameron: Oui, serait la meilleure réponse à la question. À certains égards, les avantages qu'ils offrent sont supérieurs à ceux que nous nous offrons. Il y a eu au cours des dernières années une importante initiative visant à harmoniser les prestations que reçoivent les gens.

I think that your question was in the specific context of people moving through the OTSSC. There is a very extensive initiative to try to eliminate that “bump” by mirroring the services. OTSSCs are “co-staffed,” if you will, so that you continue to see the same care provider.

There is something of a myth that people in this country have one doctor. I think you would all agree that people have many doctors, depending on their particular problem.

LGen Couture: If you are an ex-serviceman and you run into difficulty, you call the VAC centre and we will help you.

Senator Colin Kenny (*The Acting Chair*) in the Chair.

Senator Kenny: I would like to extend apologies on behalf of Senator Meighen. He had to leave the chair to catch a flight. He did not anticipate that we would be so interested in what you had to say tonight, and the meeting has run a little longer than expected.

On behalf of Senator Meighen and the Subcommittee on Veterans Affairs, I would like to thank you gentlemen for the work you have done and for taking the time to come and explain what you are doing and the direction in which you are heading.

The committee adjourned.

Je pense que votre question visait tout particulièrement la situation des personnes qui passent par les CSTSO. Une initiative d'envergure a été lancée en vue d'éliminer ce «saut» en faisant en sorte que les services soient parallèles. Les CSTSO sont «codotés», si vous voulez, de telle sorte que vous continuerez d'être suivi par le même prestataire de soins.

Il y a un mythe selon lequel les gens dans ce pays ont un seul médecin. Je pense que vous conviendrez tous que les gens ont de nombreux médecins, selon le problème.

Lgén Couture: Si vous êtes un ancien militaire et que vous vous trouvez en difficulté, vous appelez le centre d'ACC et on vous aidera.

Le sénateur Colin Kenny (*président suppléant*) occupe le fauteuil.

Le sénateur Kenny: J'aimerais vous présenter les excuses du sénateur Meighen. Il a dû quitter le fauteuil pour aller prendre l'avion. Il n'avait pas prévu être si intéressé par vos propos devant nous ce soir, et la réunion a duré un peu plus longtemps que prévu.

J'aimerais donc, au nom du sénateur Meighen et du Sous-comité des anciens combattants, vous remercier du travail que vous avez fait et du temps que vous avez pris pour venir nous expliquer ce que vous faites et la direction dans laquelle vous avancez.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Public Works and Government Services Canada – Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

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

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES

Wednesday, April 17, 2002

From the Office of the Ombudsman, Canadian Forces:

André Marin, Ombudsman
Gareth Jones, Special Adviser
Brigadier-General Joe Sharpe, Special Advisor.

From the Department of National Defence:

Colonel Scott Cameron, Director of Policy on the Staff of the
Director General of Health Services.

Wednesday, April 24, 2002

From the Department of National Defence:

Lieutenant-General Christian Couture, Assistant Deputy Minister
(Human Resources — Military)
Colonel Scott Cameron, Director of Policy on the Staff of the
Director General of Health Services
Major Stéphane Grenier, Project Manager — Operational Stress
Injury Social Support
Colonel Randall Boddam, Director of Mental Health Services,
Canadian Forces Base Borden.

TÉMOINS

Le mercredi 17 avril 2002

Du Bureau de l'Ombudsman:

André Marin, Ombudsman
Gareth Jones, Conseiller spécial
Brigadier-général Joe Sharpe, Conseiller spécial.

Du ministère de la Défense nationale:

Colonel Scott Cameron, Directeur — Politique de santé auprès de
l'état-major du Directeur général — Services de santé

Le mercredi 24 avril 2002

Du ministère de la Défense nationale:

Lieutenant-général Christian Couture, Sous-ministre adjoint
(Ressources humaines — Militaires)
Colonel Scott Cameron, Directeur — Politique de santé auprès de
l'état-major du Directeur général — Services de santé
Le major Stéphane Grenier, Gestionnaire de projet — Soutien
social aux victimes de stress opérationnel
Colonel Randall Boddam, Directeur des services de Santé Mentale,
Base des Forces Canadiennes Borden.