

SENATE



SÉNAT

CANADA

Second Session
Forty-first Parliament, 2013-14

Deuxième session de la
quarante et unième législature, 2013-2014

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

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

VETERANS AFFAIRS

ANCIENS COMBATTANTS

Chair:

The Honourable ROMÉO ANTONIUS DALLAIRE

Président :

L'honorable ROMÉO ANTONIUS DALLAIRE

Wednesday, May 28, 2014
Wednesday, June 4, 2014
Wednesday, June 11, 2014

Le mercredi 28 mai 2014
Le mercredi 4 juin 2014
Le mercredi 11 juin 2014

Issue No. 6

Fascicule n° 6

Second, third and fourth meetings on:

The medical, social, and operational impacts of mental health issues affecting serving and retired members of the Canadian Armed Forces, including operational stress injuries (OSIs) such as post-traumatic stress disorder (PTSD)

Deuxième, troisième et quatrième réunions concernant :

Les répercussions médicales, sociales et opérationnelles des problèmes de santé mentale dont sont atteints des membres actifs et à la retraite des Forces canadiennes, y compris les blessures de stress opérationnel (BSO) comme l'état de stress post-traumatique

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

SUBCOMMITTEE ON VETERANS AFFAIRS

The Honourable Roméo Antonius Dallaire, *Chair*

The Honourable David M. Wells, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Campbell
Lang

White

(Quorum 3)

Changes in membership of the subcommittee:

Pursuant to rule 12-5, membership of the subcommittee was amended as follows:

The Honourable Senator Campbell replaced the Honourable Senator Day (*June 11, 2014*).

The Honourable Senator Lang replaced the Honourable Senator Enverga (*June 4, 2014*).

The Honourable Senator Enverga replaced the Honourable Senator Lang (*June 3, 2014*).

The Honourable Senator Wells replaced the Honourable Senator Plett (*May 28, 2014*).

The Honourable Senator Day replaced the Honourable Senator Jaffer (*May 27, 2014*).

The Honourable Senator Plett replaced the Honourable Senator Wells (*May 27, 2014*).

The Honourable Senator Lang replaced the Honourable Senator Stewart Olsen (*May 7, 2014*).

SOUS-COMITÉ DES ANCIENS COMBATTANTS

Président : L'honorable Roméo Antonius Dallaire

Vice-président : L'honorable David M. Wells

et

Les honorables sénateurs :

Campbell
Lang

White

(Quorum 3)

Modifications de la composition du sous-comité :

Conformément à l'article 12-5 du Règlement, la liste des membres du sous-comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Campbell a remplacé l'honorable sénateur Day (*le 11 juin 2014*).

L'honorable sénateur Lang a remplacé l'honorable sénateur Enverga (*le 4 juin 2014*).

L'honorable sénateur Enverga a remplacé l'honorable sénateur Lang (*le 3 juin 2014*).

L'honorable sénateur Wells a remplacé l'honorable sénateur Plett (*le 28 mai 2014*).

L'honorable sénateur Day a remplacé l'honorable sénatrice Jaffer (*le 27 mai 2014*).

L'honorable sénateur Plett a remplacé l'honorable sénateur Wells (*le 27 mai 2014*).

L'honorable sénateur Lang a remplacé l'honorable sénatrice Stewart Olsen (*le 7 mai 2014*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 28, 2014
(12)

[*English*]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day, at 12:12 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Roméo Antonius Dallaire, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Dallaire, Day, Lang, Plett and White (5).

In attendance: Martin Auger, Analyst, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, April 9, 2014, and delegated on Monday, April 28, 2014 by the Standing Senate Committee on National Security and Defence, the subcommittee began its consideration of the medical, social, and operational impacts of mental health issues affecting serving and retired members of the Canadian Armed Forces, including operational stress injuries (OSIs) such as post-traumatic stress disorder (PTSD). (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the subcommittee, Issue No. 5.*)

WITNESSES:

Mental Health Commission of Canada:

Howard Chodos, Director, Mental Health Strategy for Canada;

Jennifer Vornbrock, Vice President, Knowledge and Innovation.

The chair made an opening statement.

Mr. Chodos made a statement, and together with Ms. Vornbrock answered questions.

At 1:15 p.m., the subcommittee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, June 4, 2014
(13)

[*English*]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day, at 12:17 p.m., in room 257, East Block, the deputy chair, the Honourable David M. Wells, presiding.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 28 mai 2014
(12)

[*Traduction*]

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à 12 h 12, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Roméo Antonius Dallaire (*président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Dallaire, Day, Lang, Plett et White (5).

Également présents : Martin Auger, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 9 avril 2014, et délégué le lundi 28 avril 2014, par le Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, le sous-comité entreprend son étude sur les répercussions médicales, sociales et opérationnelles des problèmes de santé mentale dont sont atteints des membres actifs et à la retraite des Forces canadiennes, y compris les blessures de stress opérationnel (BSO) comme l'état de stress post-traumatique. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 5 des délibérations du sous-comité.*)

TÉMOINS :

Commission de la santé mentale du Canada :

Howard Chodos, directeur, Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada;

Jennifer Vornbrock, vice-présidente, Connaissances et innovation.

Le président fait une déclaration liminaire.

M. Chodos fait une déclaration et, avec Mme Vornbrock, répond aux questions.

À 13 h 15, le sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 4 juin 2014
(13)

[*Traduction*]

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à 12 h 17, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable David M. Wells (*vice-président*).

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Dallaire, Enverga, Wells and White (4).

In attendance: Martin Auger, Analyst, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, April 9, 2014, and delegated on Monday, April 28, 2014 by the Standing Senate Committee on National Security and Defence, the subcommittee began its consideration of the medical, social, and operational impacts of mental health issues affecting serving and retired members of the Canadian Armed Forces, including operational stress injuries (OSIs) such as post-traumatic stress disorder (PTSD). (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the subcommittee, Issue No. 5.*)

WITNESS:

British Columbia Operation Stress Injury Clinic:

Dr. Greg Passey, Clinical Psychiatrist.

The chair made an opening statement.

Dr. Passey made a statement and answered questions.

At 12:55 p.m., the Honourable Roméo A. Dallaire took the chair.

At 1:20 p.m., the subcommittee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, June 11, 2014
(14)

[English]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day, at 12:10 p.m., in room 257, East Block, the deputy chair, the Honourable David M. Wells, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Campbell, Lang, Wells and White (4).

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

In attendance: Martin Auger, Analyst, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, April 9, 2014, and delegated on Monday, April 28, 2014 by the Standing Senate Committee on National

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Dallaire, Enverga, Wells et White (4).

Également présents : Martin Auger, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 9 avril 2014, et délégué le lundi 28 avril 2014, par le Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, le sous-comité poursuit son étude sur les répercussions médicales, sociales et opérationnelles des problèmes de santé mentale dont sont atteints des membres actifs et à la retraite des Forces canadiennes, y compris les blessures de stress opérationnel (BSO) comme l'état de stress post-traumatique. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 5 des délibérations du sous-comité.*)

TÉMOIN :

Clinique de blessure de stress opérationnel de la Colombie-Britannique :

Dr Greg Passey, psychiatre clinicien.

Le président fait une déclaration liminaire.

Le Dr Passey fait une déclaration, puis répond aux questions.

À 12 h 55, l'honorable Roméo A. Dallaire occupe le fauteuil.

À 13 h 20, le sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 11 juin 2014
(14)

[Traduction]

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à 12 h 10, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable David M. Wells (*vice-président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Campbell, Lang, Wells et White (4).

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

Également présents : Martin Auger, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 9 avril 2014, et délégué le lundi 28 avril 2014, par le Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la

Security and Defence, the subcommittee began its consideration of the medical, social, and operational impacts of mental health issues affecting serving and retired members of the Canadian Armed Forces, including operational stress injuries (OSIs) such as post-traumatic stress disorder (PTSD). (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the subcommittee, Issue No. 5.*)

WITNESSES:

Institute of Population Health, University of Ottawa:

Dr. Wayne Corneil, Affiliate Scientist.

The chair made an opening statement.

Dr. Corneil made a statement and answered questions.

At 1:15 p.m., the subcommittee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

défense, le sous-comité poursuit son étude sur les répercussions médicales, sociales et opérationnelles des problèmes de santé mentale dont sont atteints des membres actifs et à la retraite des Forces canadiennes, y compris les blessures de stress opérationnel (BSO) comme l'état de stress post-traumatique. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 5 des délibérations du sous-comité.*)

TÉMOINS :

Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa :

Dr Wayne Corneil, scientifique affilié.

Le président fait une déclaration liminaire.

Dr Corneil fait une déclaration, puis répond aux questions.

À 13 h 15, le sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du sous-comité,

Josée Thérien

Clerk of the Subcommittee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 28, 2014

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day, at 12:12 p.m., to study the medical, social and operational impacts of mental health issues affecting serving and retired members of the Canadian Armed Forces, including operational stress injuries (OSIs) such as post-traumatic stress disorder (PTSD).

Senator Roméo Antonius Dallaire (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Ladies and gentlemen, thank you for being here today as we commence this study on post-traumatic stress disorder, with a focus on where we're going to go with this as we move it into the new era.

I am glad that you are here, my colleagues. I am also quite honoured still to be able to chair this committee and thank you for that support. Thanks also to the team around.

To you, our dear guests, welcome. You are opening this thing up, and we are looking for a sort of clinical perspective, I think, of it. We look forward to your expertise to guide us as we commence an extensive study that's been in waiting, commenced by Senator Plett nearly a year ago as we discussed it. Now, with Senator Wells and Senator Lang in support, we are actually starting it.

Remember, we want to know what the problem is; what this injury is; how we have been handling it and its impact; and where we go to reduce its impact into the future and, ultimately, reduce the casualty levels, the scale of casualties, and provide all the more better support to those who have been operationally stress injured through their commitment to missions and the impacts thereof.

So welcome to you. Just a short word from both on who you are so that we get that properly. Then, we've got until only a quarter past one, so, in your opening statements, please be more disciplined than I am. Thank you.

Howard Chodos, (PhD), Director, Mental Health Strategy for Canada, Mental Health Commission of Canada: Thank you, Senator Dallaire. My name is Howard Chodos. I'm the Director of the Mental Health Strategy at the Mental Health Commission for Canada.

Jennifer Vornbrock, Vice President, Knowledge and Innovation, Mental Health Commission of Canada: I am Jennifer Vornbrock, and I am the Vice-president for Knowledge and Innovation with the Mental Health Commission of Canada, as well. I am pleased to be here.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 28 mai 2014

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à 12 h 12, pour étudier les répercussions médicales, sociales et opérationnelles des problèmes de santé mentale dont sont atteints des membres actifs et à la retraite des Forces canadiennes, y compris les blessures de stress opérationnel (BSO) comme l'état de stress post-traumatique (ESPT).

Le sénateur Roméo Antonius Dallaire (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Mesdames et messieurs, merci d'être présents aujourd'hui pour entamer l'étude de l'état de stress post-traumatique, dont l'accent sera mis sur l'orientation à adopter à cet égard au début d'une nouvelle ère.

Je me réjouis de votre présence, chers collègues. Je suis très honoré de présider les délibérations du comité. Merci de votre appui. Merci également à toute l'équipe.

Je souhaite la bienvenue à nos invités. C'est vous qui ouvrez le bal, et nous cherchons à obtenir un point de vue clinique sur le problème. Nous comptons sur vos compétences pour nous guider au moment d'aborder une vaste étude qui restait en veilleuse. Elle a été amorcée par le sénateur Plett, il y a près d'un an, comme nous l'avons vu. Maintenant, avec le concours des sénateurs Wells et Lang, l'étude débute vraiment.

N'oubliez pas. Nous voulons savoir en quoi consiste le problème, quelle est cette atteinte à la santé, comment nous l'avons traitée et quels sont ses effets. Nous voulons également savoir comment atténuer ses répercussions à l'avenir et, finalement, comment réduire le nombre de victimes et l'ampleur du problème et fournir un meilleur soutien à ceux qui ont été touchés par le stress opérationnel à cause de leur engagement dans des missions et de leurs répercussions.

Bienvenue à vous. Pourriez-vous vous présenter brièvement pour que nous sachions à quoi nous en tenir? La séance doit se terminer à 13 h 15. Je vous invite donc, dans votre déclaration d'ouverture, à faire preuve d'une meilleure discipline que moi. Merci.

Howard Chodos, directeur, Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, Commission de la santé mentale du Canada : Merci, monsieur Dallaire. Je m'appelle Howard Chodos et je suis directeur de la Stratégie en matière de santé mentale à la Commission de la santé mentale du Canada.

Jennifer Vornbrock, vice-présidente, Connaissances et innovation, Commission de la santé mentale du Canada : Je m'appelle Jennifer Vornbrock et je suis vice-présidente chargée du secteur Connaissances et innovation, également à la Commission de la santé mentale du Canada. Heureuse d'être parmi vous.

The Chair: And eminently qualified, both of you, to give us the start. So, please.

Mr. Chodos: We certainly hope so, senator.

Our expertise is largely in the area of system change, policy, and the overall mental health system and structures in this country. I hope that this will provide you with some context, perhaps, more than a detailed, clinical look at the injury itself. Those are the remarks that we have prepared and sort of the areas where we hope we will be able to give you a start in thinking about mental health and mental illness in this country.

Just to let you know, prior to joining the Mental Health Commission, I really had the enormous privilege of having worked with Senators Kirby and Keon on the Social Affairs Committee's landmark study on mental health and mental illness, *Out of the Shadows at Last*. In those days, I was more used to sitting on that side of the table, as a research analyst with the Library of Parliament, than on this side of the table as a witness, but, when Senator Kirby started the commission, I was really honoured to be able to be with him at the initial stages and throughout the development of our Mental Health Strategy.

As many of you know, the commission is funded by the Government of Canada but operates at arm's length from government. We were given a 10-year mandate with three initial components: to develop a mental health strategy for Canada; to conduct a systematic effort to reduce stigma in the country; and to build a knowledge exchange centre that would facilitate the translation into practice of evidence, ideas and innovations from international, national and local sources of knowledge.

As well, shortly after its creation, in 2007, the commission received an additional \$110 million from the Government of Canada to conduct a multi-year, multi-site demonstration study to test a leading approach to addressing homelessness among people living with a mental illness.

I'm pleased to report that we have made important progress on all elements of the mandate of the Mental Health Commission of Canada. The Mental Health Strategy, *Changing Directions, Changing Lives*, was released just over two years ago, and both our Opening Minds anti-stigma initiative and our Knowledge Exchange Centre have documented their efforts in recently released interim reports. The At Home/Chez Soi homelessness demonstration project was successfully completed last March and its final national report was issued this past April.

The progress on the specific elements in our mandate parallels advances throughout Canadian society over the past decade to move mental health issues out of the shadows. One has only to look at the investment being made in mental health on the part of

Le président : Et vous êtes tous les deux éminemment qualifiés pour lancer cette étude. Je vous en prie.

M. Chodos : Nous espérons l'être, monsieur le sénateur.

Nos compétences se concentrent surtout dans le domaine du changement des systèmes, de la politique et de l'ensemble du système et des structures des services de santé mentale au Canada. J'espère que notre comparution vous fournira une partie du contexte, peut-être davantage qu'une description clinique détaillée du problème. Voilà les observations que nous avons préparées et les domaines où nous espérons vous donner un point de départ pour votre réflexion sur la santé et la maladie mentales au Canada.

Je précise que, avant d'entrer au service de la Commission de la santé mentale, j'ai eu l'insigne honneur de travailler avec les sénateurs Kirby et Keon à l'étude marquante que le Comité des affaires sociales a consacrée à la santé et à la maladie mentales, *De l'ombre à la lumière*. À cette époque-là, j'avais davantage l'habitude de siéger de l'autre côté de la table, comme analyste de la Bibliothèque du Parlement, plutôt que de ce côté-ci, comme témoin. Lorsque le sénateur Kirby a mis en place la commission, j'ai été très honoré de l'accompagner pendant les premières étapes et tout au long de l'élaboration de la Stratégie en matière de santé mentale.

Comme vous êtes nombreux à la savoir, la commission est financée par le gouvernement du Canada, mais elle en est indépendante. Elle a reçu un mandat de 10 ans, dont les trois premiers éléments étaient les suivants : élaborer une stratégie pour la santé mentale au Canada; mener un effort systématique afin de lutter contre la stigmatisation au Canada; constituer un centre d'échange des connaissances pour faciliter l'utilisation dans la pratique des éléments probants, des idées et des innovations provenant de sources internationales, nationales et locales de connaissances.

Peu de temps après sa création, en 2007, la commission a reçu un montant supplémentaire de 110 millions de dollars du gouvernement du Canada pour mener une étude pilote pluriannuelle sur plusieurs sites afin de mettre à l'essai une approche nouvelle pour lutter contre l'itinérance chez les personnes atteintes de maladie mentale.

Je suis heureux de vous dire que nous avons accompli des progrès importants sur tous les éléments du mandat de la Commission de la santé mentale au Canada. La Stratégie en matière de santé mentale, *Changer les orientations, changer des vies*, a été publiée il y a un peu plus de deux ans, et les responsables de l'initiative Changer les mentalités et du Centre d'échange des connaissances ont publié récemment des rapports provisoires. Quant au projet pilote At Home/Chez soi, il a été achevé avec succès en mars dernier, et son premier rapport national final a paru en avril dernier.

Le progrès accompli en ce qui concerne des éléments précis de notre mandat reflète l'évolution observée dans toute la société canadienne au cours des 10 dernières années pour mettre en pleine lumière les problèmes de santé mentale. Il suffit de considérer les

many leading corporations, at the efforts made by the press to enhance coverage of mental health issues, or at the development of mental health strategies and action plans by the provincial and territorial governments across the country to see that much has changed for the better. We know that, while our work at the commission has contributed to this positive shift, this progress is by no means down to the commission alone but has been the result of the ongoing efforts of countless thousands of Canadians who work in the mental health system and advocate for change on a daily basis. At the same time, there is still an enormous amount that needs to be done to further change attitudes to mental health and mental illness, and improve access to the services, supports and treatments that people need. In our country, as in many around the world, it is estimated that two thirds of adults and up to three quarters of children who could benefit from mental health services do not, in fact, receive them.

The Mental Health Strategy and all of the commission's initiatives and activities are directed at improving mental health outcomes for everyone living in Canada. We are by no means experts in every dimension of mental health, and we undertake all of our work in a spirit of collaboration and partnership, because improving mental health and well-being is a job for all of us, for each and every Canadian.

The Mental Health Strategy for Canada reflects a broad consensus, and its six strategic directions provide a comprehensive blueprint for change for the mental health system as a whole.

The priorities and recommendations in the strategy also set the stage for developing specific mental health strategies for specific populations. If there is a theme to my remarks today, it is that we need to pay attention both to the common features of all mental health issues and to the specific ways in which they play out in different settings and contexts.

To illustrate what I mean, I would like to begin with two overarching issues: the persistent challenge of stigma and its counterpoint, the hope of recovery.

We have often heard from people with lived experience of mental health problems and illnesses that stigma can cause as much, if not more, distress as their illness itself. Stigma inflicts pain, isolates and marginalizes people, and constitutes a barrier to help-seeking. Confronting stigma means confronting two realities about mental health: First, just as mental health is of concern to all of us, the stigma that still attaches to mental illness remains pervasive. That means that, no matter what the context, it must be addressed. Second, just as we are all unique individuals who may require different things to improve our mental health and well-being, so too must stigma be addressed in ways that are adapted to each setting and community. In other words, we have learned through our Opening Minds anti-stigma and

fonds injectés dans le domaine de la santé mentale par beaucoup de sociétés commerciales en vue, les efforts déployés par la presse pour améliorer la couverture des problèmes de santé mentale ou l'élaboration de stratégies et de plans d'action en matière de santé mentale par les gouvernements provinciaux et territoriaux au Canada pour constater que notre pays a changé pour le mieux. Nous savons que, même si le travail de la commission a favorisé cette évolution, les progrès ne sont absolument pas attribuables à elle seule. Ils sont le résultat des efforts constants déployés par des milliers de Canadiens qui travaillent dans le système de santé mentale et font au quotidien la promotion du changement. Ajoutons par contre qu'il y a encore énormément à faire pour faire évoluer davantage l'attitude à l'égard de la santé et de la maladie mentale, et pour améliorer l'accès aux services, aux soutiens, aux thérapies dont on a besoin. Dans notre pays, comme dans bien d'autres pays du monde entier, on estime que les deux tiers des adultes et peut-être les trois quarts des enfants qui pourraient profiter de services de santé mentale ne reçoivent pas ces services.

La Stratégie en matière de santé mentale et toutes les initiatives et activités de la commission visent à améliorer la santé mentale de tous ceux qui vivent au Canada. Nous sommes loin d'être des experts de tous les aspects de la santé mentale, et nous abordons tous nos travaux dans un esprit de collaboration et de partenariat, car améliorer la santé mentale et le bien-être est un travail qui nous concerne tous, qui doit mobiliser tous les Canadiens.

La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada traduit un large consensus et ses six orientations stratégiques constituent un plan complet pour apporter des changements dans l'ensemble du système de santé mentale.

Les priorités et les recommandations de la stratégie ouvrent également la voie à l'élaboration de stratégies précises en matière de santé mentale à l'intention de populations particulières. S'il est un thème qui guide mes observations d'aujourd'hui, c'est que nous devons nous intéresser aussi bien aux caractéristiques communes de tous les problèmes de santé mentale qu'aux particularités de leur manifestation dans des cadres et des contextes différents.

Pour illustrer mon propos, je voudrais parler d'abord de deux grandes questions générales : le défi tenace de la stigmatisation et son contrepoint, l'espoir de rétablissement.

Nous avons souvent entendu des gens qui ont des problèmes de santé mentale et des maladies mentales que la stigmatisation peut causer autant de détresse voire davantage que la maladie même. La stigmatisation inflige de la douleur, isole et marginalise les gens et elle peut empêcher de chercher de l'aide. Lutter contre la stigmatisation, c'est affronter deux réalités en santé mentale. Premièrement, tout comme la santé mentale est une préoccupation pour nous tous, la stigmatisation qui s'attache toujours à la maladie mentale demeure omniprésente. Cela veut dire que, peu importe le contexte, il nous faut lutter contre ce problème. Deuxièmement, tout comme nous sommes tous des personnes uniques qui peuvent avoir besoin de différentes choses pour améliorer notre santé mentale et notre bien-être, ainsi nous

discrimination initiative that there are indeed general lessons that can be applied everywhere. Most importantly, it is contact with people in recovery from mental illness that best changes people's attitudes, but this lesson must be applied in a way that is adapted to the context and needs of those we are trying to reach.

The same two realities inform the approach to mental illness that underpins the Mental Health Strategy and all of the commission's activity; namely, that everyone who confronts mental illness should have the hope of recovery. The Senate committee said it first — a recovery orientation must be at the centre of mental health reform in Canada.

But what do we mean by "recovery" in a mental health context? It means starting from the conviction that everyone who lives with a mental health problem or illness can aspire to improving their mental well-being, to achieving goals that they set for themselves, and to leading meaningful and contributing lives in the community of their choice.

Recovery in this sense does not mean the same thing as "cure." We do not yet know enough to suggest that everyone can fully eradicate the impact of mental illness, although many do. But we do know enough to say that our mental health system, in whatever setting, or with respect to whatever illness or condition, can and must instill in people the hope of progress and that it must walk with them and support them on their journey of recovery.

A recovery orientation asks us to see the whole person, their strengths and abilities, not just the challenges that they face. It asks us to see the person in the context of their community, their family, their culture and background, and to adopt a holistic approach to supporting them on their journey of recovery.

A comprehensive recovery-oriented approach to mental health acknowledges the essential role of the health system in contributing to people's recovery, but it also points to the importance of having a job, a home and a friend as factors that contribute to everyone's mental health and protects everyone from mental illness.

On all of these fronts, the commission has worked with partners from across the country to develop practical tools to advance mental health and well-being. I would like to give you just a few examples, not only to illustrate some of the successes of our work to date, but to underline the importance, again, of applying a consistent general approach while adapting it to the many particular contexts that affect our mental health and well-being, as you are doing as you undertake this study.

devons lutter contre la stigmatisation par des moyens adaptés à chaque cadre et à chaque collectivité. Autrement dit, nous avons appris, grâce à notre initiative *Changer les mentalités* contre la stigmatisation et la discrimination, qu'il y a effectivement des leçons générales qui s'appliquent partout. Le plus important, c'est le contact avec des personnes qui se remettent d'une maladie mentale qui peut le mieux transformer les attitudes, mais ce principe doit s'appliquer d'une manière adaptée au contexte et aux besoins de ceux que nous voulons rejoindre.

Les deux mêmes réalités guident l'approche de la maladie mentale qui est à la base de la Stratégie en matière de santé mentale et de toute l'activité de la commission, soit que tous ceux qui éprouvent des problèmes de maladie mentale doivent avoir l'espoir de se remettre. C'est le comité sénatorial qui, le premier, l'a dit : l'orientation vers le rétablissement doit être au centre de la réforme en matière de santé mentale au Canada.

Que faut-il entendre par « rétablissement » dans le contexte de la santé mentale? Cela commence par la conviction que quiconque éprouve un problème de santé mentale ou est aux prises avec une maladie mentale peut aspirer à améliorer son bien-être mental, à atteindre les objectifs qu'il se fixe, à mener une vie enrichissante dans le milieu de son choix et à y apporter sa contribution.

En ce sens, le rétablissement n'a pas le même sens que « guérison ». Nos connaissances ne sont pas assez avancées pour que nous puissions affirmer que chacun peut se libérer totalement des répercussions de la maladie mentale, bien que beaucoup y parviennent. Mais nous en savons assez pour dire que notre système de santé mentale, dans quelque cadre que ce soit ou à l'égard de quelque maladie ou état que ce soit, peut et doit donner l'espoir de progrès, qu'il doit accompagner les malades et les soutenir sur le chemin du rétablissement.

L'orientation vers le rétablissement nous appelle à voir la personne comme un tout, avec ses forces et ses aptitudes, non pas seulement avec les difficultés qu'elle doit surmonter. La personne doit être perçue dans le contexte de son milieu, de sa famille, de sa culture et de ses antécédents, et il faut adopter une approche holistique pour l'aider sur le chemin de son rétablissement.

Dans une approche globale de la santé mentale axée sur le rétablissement, on reconnaît que le rôle essentiel du système de santé est de contribuer au rétablissement des personnes, mais on souligne également qu'il est important d'avoir un emploi, un foyer et un ami. Ces facteurs contribuent à la santé mentale de tous et protègent tout le monde contre la maladie mentale.

Sur tous ces fronts, la commission a travaillé avec des partenaires de l'ensemble du Canada afin d'acquérir des outils pratiques pour améliorer la santé mentale et le bien-être mental. Voici quelques exemples, non seulement pour illustrer certaines de nos réussites à ce jour, mais aussi pour faire ressortir l'importance de l'application d'une approche générale cohérente, adaptée toutefois aux nombreux contextes particuliers qui influent sur notre santé mentale et notre bien-être, ce que vous faites en entreprenant cette étude.

The commission initiated and helped guide the development of the world's first standard for psychological health and safety in the workplace. It is a voluntary standard, but one that has already been embraced by leading private and public sector employees. Recognizing the enormous diversity of workplaces in any complex economy, the standard does not prescribe a simple one-size-fits-all formula, rather it provides guidance on what procedures, processes and tools can be utilized to promote psychological health and safety, and to address potential hazards in workplaces of all shapes and sizes. Among these tools is an action guide for employers that the commission developed, and we have just initiated a three-year case study to document the impact of the standard in over 30 workplaces across the country, including government agencies such as CSIS.

In developing specific tools for the workplace, we have sought to build on the most promising practices, and one of these is the R2MR program developed by the Department of National Defence for the Canadian Armed Forces, with which I believe you are already familiar. Our Opening Minds team has worked with DND to adapt this approach to civilian workplaces and to pilot training and education based on the R2MR continuum.

We have also drawn on the experience within both the forces and Veterans Affairs with respect to providing access to peer support as a key component of supporting people's recovery from mental illness. I remember to this day the impact that Lieutenant Colonel Stéphane Grenier's story of his experience with PTSD had on me personally and on the work of the Senate committee back in 2005, as we were working on the *Out of the Shadows* report. His vision for making peer support widely available as an integral part of the mental health system was central to the development of guidelines for the training of peer supporters; it was released this past year by the commission. The great success of the recent peer support conference in Halifax stands in testimony to his pioneering contributions.

We must not forget that for every person, every veteran living with a mental health problem or illness, there is also a circle of families and caregivers who are too often left to fend for themselves. From the beginning, the commission has recognized the importance of addressing families' needs so they are in the best possible position to support their loved ones. Last year we released a set of guidelines to help in the planning and implementation of mental health services that recognize and address the unique needs of family caregivers.

The single biggest project undertaken to date by the commission has been the four-year At Home/Chez Soi research demonstration project that I mentioned earlier. It was the largest research project into homelessness and mental illness ever

La commission a lancé et aidé à guider l'élaboration de la première norme au monde de santé et sécurité psychologiques en milieu de travail. C'est une norme d'application volontaire, mais elle a déjà été adoptée par des employeurs en vue dans les secteurs privé et public. Compte tenu de l'énorme diversité des lieux de travail dans toute économie complexe, la norme ne prescrit pas une formule unique pour tous. Elle propose plutôt des conseils sur les procédures, les procédés et les outils qu'on peut utiliser pour promouvoir la santé et la sécurité psychologiques et s'attaquer aux dangers de toutes sortes qui peuvent exister dans les milieux de travail. Parmi ces outils, notons un guide que la commission a élaboré à l'intention des employeurs. Et nous venons d'entreprendre une étude sur plus d'une trentaine de milieux de travail dans tout le Canada, y compris dans des organismes gouvernementaux comme le SCRS.

En élaborant des outils précis pour le milieu de travail, nous avons cherché à nous appuyer sur les pratiques les plus prometteuses, et l'une d'elles est le programme RVPM que le ministère de la Défense nationale a conçu à l'intention des Forces canadiennes et qui, je crois, vous est déjà familier. Notre équipe chargée de Changer les attitudes a collaboré avec le MDN afin d'adapter cette approche aux milieux de travail civils et de mettre à l'essai une formation et une sensibilisation fondées sur le continuum du RVPM.

Nous avons également fait appel à l'expérience des Forces canadiennes et du ministère des Anciens Combattants en ce qui concerne l'accès au soutien par les pairs, comme élément clé pour appuyer le rétablissement après une maladie mentale. Je me rappelle encore l'impact que le récit que le lieutenant-colonel Stéphane Grenier a fait de son expérience de l'ESPT a eu sur moi-même et sur le travail du comité sénatorial, en 2005, au moment où nous travaillions au rapport *De l'ombre à la lumière*. Ce qu'il proposait pour rendre le soutien des pairs largement accessible comme partie intégrante du système de santé mentale a été au centre de l'élaboration de lignes directrices pour la formation des pairs aidants; la commission les a publiées l'an dernier. Le succès retentissant de la récente conférence sur le soutien par les pairs, à Halifax, témoigne des contributions innovatrices du lieutenant-colonel.

Nous ne devons pas oublier que, pour chaque personne, chaque ancien combattant qui est aux prises avec un problème de santé mentale ou une maladie mentale, il existe aussi un cercle de familles et de soignants qui sont trop souvent laissés à eux-mêmes. Depuis le début, la commission reconnaît qu'il est important de répondre aux besoins des familles qui sont dans la position idéale pour aider ceux qui leur sont chers. L'an dernier, nous avons publié une série de lignes directrices pour faciliter la planification et la mise en place de services de santé mentale qui reconnaissent les besoins uniques des soignants membres de la famille et y répondent.

Le projet le plus important que la commission ait entrepris à ce jour a été le projet pilote de quatre ans At Home/Chez soi, que j'ai mentionné tout à l'heure. C'est le projet de recherche le plus important sur l'itinérance et la maladie mentale jamais entrepris

undertaken in the world and has since been replicated in France and elsewhere. The results of the project demonstrated not only that a “housing first” approach delivers better results than treatment as usual, enabling more people to remain housed, but also it does so in a cost-effective manner. “Housing first” is a recovery-oriented approach that offers people choice in accommodation, without precondition, and then wraps the services around people that they need in order to support them as they journey towards recovery.

Let me just note that in this study, out of a total of 2,298 participants, 99, or 4.3 per cent, identified themselves as veterans. The study found that while the veterans in the homeless population who are living with severe and persistent mental illness did not differ much from other Canadians who are homeless, they were indeed 1.4 times more likely than other Canadians to suffer from PTSD. The study also concluded that the intervention tested through the At Home/Chez Soi research project could help end homelessness in veteran populations and would also have other benefits regarding quality of life.

Another initiative that the commission has supported is the development of a continuing medical education module on PTSD for Canadian physicians under the auspices of the Canadian Depression Research and Intervention Network, CDRIN. It is currently in the final approval stages with the Canadian Medical Association.

We have also made suicide prevention a priority, working alongside the Public Health Agency, members of Parliament and the broad stakeholder community to raise awareness, disseminate best practices and strengthen collaboration.

In closing, the Mental Health Commission of Canada takes pride in being a trusted adviser to government on mental health in Canada. We are honoured to be here today to speak about some of the initiatives of the MHCC that may be of interest to the subcommittee as it undertakes its important study on operational stress injuries.

Looking ahead, we are optimistic that advances in knowledge and in our collective ability to apply it in a humane and caring way offers a brighter future to all Canadians who are confronting mental health challenges and, in particular, those who have sacrificed so much to serve our country at home and abroad.

Thank you and we welcome any questions and comments you may have.

The Chair: Thank you very much for the comprehensive overview of the work that you have been engaged in with this strategy.

dans le monde. Depuis, il a été imité en France et ailleurs. Les résultats du projet ont montré non seulement que l'approche « Logement d'abord » donne de meilleurs résultats que le traitement habituel, ce qui permet à un plus grand nombre de personnes de rester dans un logement, mais aussi qu'elle le fait de manière rentable. « Logement d'abord » est une approche axée sur le rétablissement qui offre le choix d'un logement, sans condition préalable, et apporte les services dont les gens ont besoin comme soutien pour les accompagner vers le rétablissement.

J'ajoute simplement que, dans cette étude, 99 des 2 298 participants, soit 4,3 p. 100, se sont identifiés comme des anciens combattants. L'étude a permis de constater que, même si les anciens combattants qui sont itinérants ne diffèrent pas beaucoup des autres itinérants qui ont une maladie mentale grave et persistante, ils étaient 1,4 fois plus susceptibles que les autres Canadiens de souffrir de l'ESPT. L'étude a également conclu que l'intervention mise à l'essai dans le cadre du projet de recherche At Home/Chez soi pouvait aider à mettre un terme à l'itinérance chez les anciens combattants et aurait aussi d'autres avantages du point de vue de la qualité de vie.

La commission a appuyé une autre initiative : l'élaboration d'un module de formation continue portant sur l'ESPT pour les médecins canadiens, sous les auspices du Réseau canadien de recherche et intervention sur la dépression, le RCRID. Le module en est aux derniers stades de l'approbation finale à l'Association médicale canadienne.

Nous avons également fait de la prévention du suicide une priorité, travaillant de concert avec l'Agence de la santé publique, des parlementaires et les groupes intéressés en général pour sensibiliser l'opinion, diffuser les pratiques exemplaires et renforcer la collaboration.

En guise de conclusion, je dirai que la Commission de la santé mentale du Canada est fière d'être un conseiller de confiance auprès du gouvernement en matière de santé mentale. Nous sommes honorés d'être parmi vous aujourd'hui pour parler d'initiatives de la commission qui sont susceptibles d'intéresser le sous-comité au moment où il entreprend une étude importante sur les blessures de stress opérationnel.

Nous envisageons l'avenir avec optimisme, croyant que les progrès de la connaissance et notre capacité collective de l'appliquer de façon humaine et compatissante ouvrent sur un avenir plus brillant pour tous les Canadiens qui éprouvent des problèmes de santé mentale et plus particulièrement ceux qui ont fait de lourds sacrifices pour servir notre pays aussi bien chez nous qu'à l'étranger.

Merci. Nous sommes prêts à recevoir vos questions et observations.

Le président : Merci beaucoup du large survol que vous nous avez proposé du travail que vous avez fait dans le cadre de cette stratégie.

Would you just articulate R2MR for our viewers?

Mr. Chodos: Road to Mental Readiness. That's the program that's based on a continuum of moving from good mental health through various challenges to experiencing mental illness. We have included in the kit that we distributed to the senators the civilian version of that continuum that's being developed for civilian workplaces.

The Chair: Very good.

Senator Lang: Before I begin, you have indicated you will be announcing your retirement from the Senate, and there will be a time and a place to speak to that, but as a member of this subcommittee and as chairman of the National Security and Defence Committee, I am just going to say, Mr. Chairman, you are going to be missed.

From your perspective, since you have some history now, I would like to examine the question of how we are looking forward at advancing ideas and implementing them. The reason I ask this is, first of all, I do believe that, as you indicated, you have accomplished in part your mandate in bringing the question of mental health/illness to the attention of Canadians. As one who has observed this over the last 10 years, it's become more and more evident, especially when you witness the Clara Hughes of the world, and various individuals like that who are coming out to the public and speaking of very real issues they have personally faced and know others have faced, but the others have not been prepared to bring it forward. I think the chairman can speak to that as well. It's very healthy for our community. I don't think there is a family in Canada that has not been affected in one manner or another. As families, we all struggle with how to deal with those who are close to us and to be able to help them help themselves.

You spoke earlier about the importance of jobs, friends and family. I couldn't agree more with how important they are, but I want to ask from a practical point of view. In your presentation you talked about the provinces and the territories; I think you mentioned them once. The reality is that, for the most part, they are the delivery system for any of our social programs across Canada. A program tailored in Prince Edward Island might be much different than one in Yukon, looking at the demographics and the problems we face, although the objectives are the same.

I want to ask how you view the provincial and territorial governments and their roles with regard to putting the necessary programs in place. What responsibilities does the Government of Canada have in that area? Perhaps you would like to comment.

Mr. Chodos: It's certainly a question that preoccupied us greatly in many ways when we were developing the Mental Health Strategy for Canada. We were mandated by the Government of Canada to develop a national strategy in the context of a country where, as you rightly note, the delivery of health care, the organization of health care systems, and the delivery of social

Pour ceux qui nous écoutent, voudriez-vous expliquer ce qu'est le programme RVPM?

M. Chodos : En route vers la préparation mentale. C'est le programme basé sur un continuum entre une bonne santé mentale, avec diverses difficultés, vers l'expérience de la maladie mentale. Dans la trousse que nous avons remise aux sénateurs se trouve la version civile de ce programme en voie d'élaboration pour les milieux de travail civils.

Le président : Très bien.

Le sénateur Lang : Avant d'entrer dans le vif du sujet, je note que vous avez fait savoir que vous annonceriez votre retraite du Sénat. Il y aura un lieu et un moment pour en parler, mais à titre de membre du sous-comité et de président du Comité de la sécurité nationale et de la défense, je vais simplement vous dire, monsieur le président, que vous nous manquez.

À votre point de vue, puisque vous avez maintenant une certaine histoire derrière vous, je voudrais savoir comment nous envisageons de promouvoir les idées et de les faire appliquer. Si je pose cette question, c'est d'abord parce que je crois que, comme vous l'avez dit, vous vous êtes acquittés en partie de votre mandat en portant la question de la santé et de la maladie mentales à l'attention des Canadiens. Pour moi qui observe la situation depuis 10 ans, cela devient de plus en plus évident, surtout quand on voit les Clara Hughes de ce monde et diverses autres personnes parler publiquement des problèmes très réels qu'ils ont eux-mêmes éprouvés et qu'ils savent avoir été éprouvés par d'autres également, sans être pour autant disposés à en parler. Je crois que le président peut parler de cela également. C'est très sain pour la collectivité. Il ne doit pas y avoir une seule famille au Canada qui n'a pas été touchée d'une façon ou d'une autre. Dans nos familles, nous cherchons tous comment aborder nos proches et les aider à s'aider eux-mêmes.

Vous avez parlé tout à l'heure de l'importance des emplois, des amis, de la famille. Je ne saurais être plus d'accord avec vous, mais je voudrais vous poser une question sur le plan pratique. Dans votre exposé, vous avez parlé des provinces et des territoires, mais vous ne l'avez fait qu'une fois. Dans les faits, ce sont eux qui, pour l'essentiel, sont responsables de l'application des programmes sociaux dans tout le Canada. Un programme adapté aux besoins de l'Île-du-Prince-Édouard peut être fort différent de celui du Yukon, si on tient compte de la démographie et des problèmes que nous éprouvons, bien que les objectifs soient les mêmes.

Comment concevez-vous les rôles des gouvernements provinciaux et territoriaux pour ce qui est de la mise en place des programmes nécessaires? Quelles sont les responsabilités du gouvernement du Canada à cet égard? Qu'en pensez-vous?

M. Chodos : C'est assurément une question qui nous a beaucoup préoccupés à bien des égards, lorsque nous étions en train d'élaborer la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Le gouvernement du Canada nous avait donné comme mandat d'élaborer une stratégie nationale dans le contexte d'un pays où, comme vous le dites avec raison, la prestation des soins

programs are primarily the responsibility of the provinces and territories. Our approach in addressing this was to try to engage as best we could with the provinces and territories. We created an advisory panel so that they were informed of the progress we were making in developing the strategy as we moved forward.

We also recognized that anything we were to develop would have to appeal to them on the basis of “it’s the right thing to do; it’s the right way forward.” We don’t have the power, any more than the federal government has the power, to instruct the provinces on the way to conduct what are constitutionally their respective areas of responsibility.

We tried to develop a plan that moved forward in sync with where the provinces and territories were headed, provided guidance to them, worked with them to understand the recommendations and strategy, and worked to see them move forward in different ways in different provinces and territories. For example, I mentioned the issue of peer support as one element we recommend in the strategy as moving a little bit outside the box to develop ways of providing support to help people move forward in their journey of recovery that isn’t a traditional way within the mental health system.

Recently — and this was reflected at the conference in Nova Scotia I mentioned at which Senator Dallaire was one of the keynote speakers — the Government of Nova Scotia implemented a program to embrace peer support. It wasn’t exclusively because it was a recommendation in the Mental Health Strategy, but I’m convinced that the work we’ve done at the national level to open the door to these kinds of initiatives has had an impact on the ways in which the provinces and territories have moved forward.

New Brunswick is in the process of rolling out a reorganization based on the recovery approach that I mentioned. This is a significant change that is designed to put the control of the journey of recovery for each person into their own hands as much as possible, to view the system as a support, and to not dictate to people how they should pursue their mental health and well-being. The Government of New Brunswick has chosen to roll that out in a systematic way with a province-wide orientation. That’s different. I wouldn’t say that other provinces have done exactly the same thing.

British Columbia focused a lot on mental health promotion and illness prevention in a population health approach, which is also in accord with the recommendations and the strategy.

We’ve seen that each province is at a different place, has a different set of resources, and will have a different set of immediate challenges that it has to confront. The Mental Health Strategy was designed to have recommendations that would enable the provinces to work on different aspects so that

de santé, l’organisation des systèmes de santé et la prestation des programmes sociaux relèvent surtout des provinces et des territoires. Compte tenu de ce problème, nous avons essayé de communiquer le mieux possible avec les provinces et les territoires. Nous avons mis sur pied un groupe consultatif pour faire en sorte qu’ils soient informés au fur et à mesure des progrès réalisés dans l’élaboration de la stratégie.

Nous avons aussi pris conscience du fait que ce que nous proposerions les intéresserait si c’était « la bonne chose à faire », la « bonne manière d’aller de l’avant ». Pas plus que le gouvernement fédéral, nous n’avons le pouvoir de dicter aux provinces la façon de se comporter dans un domaine qui, aux termes de la Constitution, est de leur ressort.

Nous avons essayé d’élaborer un plan qui allait dans le sens des orientations des provinces et des territoires, nous les avons guidés, nous avons travaillé avec eux pour comprendre les recommandations et la stratégie, et nous nous sommes efforcés de faire en sorte que les provinces et territoires évoluent chacun à sa manière propre. Ainsi, j’ai parlé du soutien par les pairs comme d’un élément recommandé dans la stratégie qui sort un peu des sentiers battus et permet d’aider les gens à avancer sur le chemin de leur rétablissement, un moyen qui n’est pas habituel dans le système de santé mentale.

Récemment, et il en a été question à la conférence de la Nouvelle-Écosse dont j’ai parlé et où le sénateur Dallaire a été l’un des conférenciers principaux, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a mis en place un programme pour encadrer le soutien par les pairs. Ce n’était pas uniquement parce que c’était une recommandation de la Stratégie en matière de santé mentale, mais je suis convaincu que le travail que nous avons accompli au niveau national a ouvert la porte à des initiatives comme celle-là qui ont influencé les mesures prises par les provinces et les territoires.

Le Nouveau-Brunswick est en train de déployer une réorganisation fondée sur l’approche du rétablissement dont j’ai parlé. Il s’agit d’un changement important qui vise à permettre à chacun, autant que possible, de prendre en main son cheminement vers le rétablissement, le système étant considéré comme un soutien, et à éviter de dicter aux gens comment ils doivent s’occuper de leur propre santé mentale, de leur bien-être mental. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a décidé d’appliquer de façon systématique cette approche dans l’ensemble de la province. Voilà qui est différent. Je ne dirais pas que d’autres provinces ont fait exactement la même chose.

La Colombie-Britannique a beaucoup mis l’accent sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie dans une approche axée sur la santé de la population, ce qui s’accorde également avec les recommandations et la stratégie.

Nous avons constaté que chaque province se situe à un stade différent, a des ressources différentes et a un ensemble différent de difficultés immédiates à affronter. La Stratégie en matière de santé mentale a été conçue pour que les recommandations permettent aux provinces de travailler à différents aspects pour

together we would row in the same direction toward fundamental change in the way mental health and mental illness are viewed in this country.

The Chair: That's quite a complete answer.

Senator Lang: I want to follow that up from a pragmatic point of view in respect to the responsibility of the federal government and the provinces and the territories. I get concerned when I hear sometimes that the federal government's going to solve all our problems, especially when you live in, say, Yukon or Manitoba. At the same time, they have their role, obviously.

Do you see our role, at the end of the day, involving financial agreements with certain understandings in principle of how those programs are going to be delivered? If not, how do you see the role of the federal government going forward in respect to putting into effect the strategy that you talked about?

Mr. Chodos: That's a challenging question, in a way. The history of our country over the past few decades has been an evolution, as best we can tell, in terms of the approach that different parties in power have taken toward such questions as: What is the role? How can the contributions that the federal government rightly makes to support health care across the country be leveraged in a particular direction? Are these monies distributed to the provinces to utilize as they see fit?

To be frank, in the Mental Health Strategy we did not take a firm position on this. However, we noted that there is a gap in terms of funding for mental health issues and mental health programs that puts us behind other leading countries in terms of the amount of public dollars being spent on mental health and mental illness in this country. We recommended that all governments contribute to closing that gap and increasing the amount spent on average across the country from 7 per cent of public dollars to 9 per cent, which still wouldn't have us leading the world but it would get us up to where some of the leading countries are, such as the U.K. and New Zealand, in terms of their overall spending on mental health.

I refer back to the report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *Out of the Shadows at Last*, which recommended that the federal government initiate a transition fund that would have a fairly broadly defined set of criteria for provinces to have access to move mental health out of institutions and into community supports and services. The report used that framework to try to encourage the federal government to, in a sense, ring fence some monies for mental health in order to make up the gap in spending, which everybody realizes is the result of the neglect of mental health issues over the past number of decades.

que, ensemble, nous ramions dans la même direction pour amener un changement fondamental dans la façon dont la santé mentale et la maladie mentale sont perçues au Canada.

Le président : Voilà une réponse tout à fait complète.

Le sénateur Lang : Je voudrais poursuivre, sur un plan pragmatique, en abordant la responsabilité du gouvernement fédéral et celle des provinces et territoires. Je m'inquiète lorsque j'entends dire, parfois, que le gouvernement fédéral va résoudre tous les problèmes, surtout quand on vit au Yukon ou au Manitoba, par exemple. Il a pourtant son rôle, évidemment.

Estimez-vous que notre rôle, au bout du compte, concerne les accords financiers, assortis de certains accords de principe sur la façon dont les programmes vont s'appliquer? Sinon, quel sera à l'avenir, selon vous, le rôle du gouvernement fédéral dans la mise en œuvre de la stratégie dont vous avez parlé?

M. Chodos : Question difficile, en un sens. L'histoire de notre pays, ces dernières décennies, a été marquée par une évolution, pourrions-nous dire, de l'approche adoptée par différents partis au pouvoir à l'égard de diverses questions comme les suivantes : Quel est notre rôle? Comment les contributions que le gouvernement fédéral verse à juste titre pour soutenir les soins de santé peuvent-elles être utilisées pour infléchir l'évolution dans un certain sens? Cet argent est-il distribué aux provinces pour qu'elles l'utilisent comme elles le jugent bon?

Pour parler franchement, je dirai que, dans la Stratégie en matière de santé mentale, nous n'avons pas pris de position ferme à cet égard. Nous avons signalé néanmoins que les fonds affectés aux problèmes et programmes de santé mentale sont insuffisants, ce qui fait en sorte que nous tirons de l'arrière par rapport à d'autres pays quant aux fonds publics consacrés à la santé et à la maladie mentales. Nous avons recommandé que tous les gouvernements contribuent à rattraper ce retard et à accroître ces dépenses dans l'ensemble du pays, les faisant passer de 7 à 9 p. 100, ce qui ne nous placerait tout de même pas en tête, mais nous rapprocherait de certains pays du peloton de tête, comme le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande, pour ce qui est des dépenses générales affectées à la santé mentale.

J'en reviens au rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *De l'ombre à la lumière*, qui recommandait que le gouvernement fédéral crée un fonds de transition qui serait assorti d'un ensemble de critères largement définis et dans lequel les provinces pourraient puiser pour sortir la santé mentale des établissements et l'intégrer aux soutiens et services locaux. Le rapport a proposé ce cadre pour essayer d'encourager le gouvernement fédéral à isoler, en quelque sorte, des fonds pour la santé mentale de façon à combler l'écart dans les dépenses, écart attribuable, tout le monde le reconnaît, à la négligence des enjeux de la santé mentale pendant les dernières décennies.

I don't think we can provide you with a specific formula for that. Certainly, if there is to be progress in closing that gap between what's spent on physical health and what's spent on mental health, it will require in some way a concentration of effort on mental health in terms of funding priorities.

The Chair: This session is very helpful in setting the backdrop for us as we bear down on the area we're particularly interested in. Thank you for the completeness of your answers.

Senator Day: Mr. Chodos, welcome back, albeit at a different end of the table. Ms. Vornbrock, I don't know if I'm welcoming you back or welcoming you.

Ms. Vornbrock: First time.

Senator Day: Welcome.

There are 26 priorities and 109 recommendations, sounding like a comprehensive grouping. Luckily for us, you've grouped them into six strategic directions. We'll have a chance to delve into those.

With that kind of broad brush, did you have an opportunity to narrow down the areas that we're particularly concerned about, such as post-traumatic stress disorder not only for military but also first responders, police who have come across difficult accident situations, and the medical profession? Within this big group, do you have a grouping and focus on that particular area?

Mr. Chodos: Not specifically in terms of the recommendations, as such, but certainly in terms of the work the commission has done subsequent to the development of the strategy and the work around other areas. As I mentioned, there are things we have tried to do in each of those areas. We worked with the Canadian Association of Chiefs of Police recently to co-host a conference that focused both on interactions between police and people experiencing mental health challenges, as well as on the mental health of first responders themselves.

So, there are particular initiatives we have undertaken subsequent to the development of the strategy that concretize and work in the same direction you're heading with your study today.

As you can appreciate, we were not focused on specific types of mental health problems in the Mental Health Strategy, because otherwise there would be no end to what we would have to cover; we would have ended up with not just 109 recommendations, but 1,009 recommendations. We had to set a framework for that which would also be relevant to the whole country. That explains the breadth of the focus of the Mental Health Strategy.

Je ne crois pas que nous puissions proposer à cet égard une formule précise. Chose certaine, si nous voulons progresser et refermer cet écart entre ce qui est consacré à la santé physique et les dépenses affectées à la santé mentale, il faudra d'une manière ou d'une autre concentrer les efforts sur la santé mentale du point de vue des priorités de financement.

Le président : Cette séance est très utile pour situer le contexte au moment d'aborder la question qui nous intéresse plus particulièrement. Merci de vos réponses exhaustives.

Le sénateur Day : Monsieur Chodos, heureux que vous soyez de retour parmi nous, bien que ce soit à un titre différent. Madame Vornbrock, je ne sais trop si vous êtes de retour ou si je vous souhaite la bienvenue pour la première fois.

Mme Vornbrock : C'est la première fois.

Le sénateur Day : Bienvenue à vous.

La stratégie comprend 26 priorités et 109 recommandations, ce qui semble fort complet. Heureusement pour nous, vous les avez regroupées autour de six orientations stratégiques. Nous aurons l'occasion de les examiner.

En abordant la question de façon aussi générale, avez-vous pu isoler les domaines qui nous concernent plus particulièrement, comme l'état de stress post-traumatique non seulement chez les militaires, mais aussi chez les premiers répondants, chez les policiers, qui doivent voir des situations pénibles, comme des accidents, et chez les médecins? À l'intérieur de ce grand groupe, avez-vous fait un regroupement et avez-vous mis l'accent sur cette question particulière?

M. Chodos : Pas spécialement dans les recommandations, à proprement parler, mais certainement dans le travail que la commission a accompli après avoir élaboré la stratégie et le travail portant sur d'autres domaines. Comme je l'ai dit, il y a des choses que nous avons essayé de faire dans chacun de ces domaines. Nous avons travaillé récemment avec l'Association canadienne des chefs de police pour tenir conjointement une conférence portant sur les interactions entre la police et les gens qui éprouvent des problèmes de santé mentale et sur la santé mentale des premiers intervenants.

Nous avons donc pris des initiatives particulières, après avoir élaboré la stratégie, pour agir concrètement et travailler dans le sens même où va votre étude d'aujourd'hui.

Comme vous pouvez le comprendre, nous n'avons pas mis l'accent sur des types précis de problèmes de santé mentale puisque, si nous l'avions fait, il n'y aurait pas eu de fin à ce que nous devons examiner. Nous n'aurions pas eu 109 recommandations, mais 1 009. Nous devons fixer un cadre pour nous en tenir à ce qui serait pertinent pour l'ensemble de notre pays. C'est ce qui explique que la Stratégie en matière de santé mentale reste générale.

At the same time, as I said, we tried to set the stage so that it provided a context or a framework so that the work on all of these other specific issues right across the mental health system could be developed.

Senator Day: You indicated during your remarks, Mr. Chodos, that military personnel have 1.4 times the likelihood of post-traumatic stress over other occupations. That got me thinking about focusing in and detecting; maybe there are special things that can be done to reduce that multiplier if we knew beforehand that first responders and military personnel are likely to suffer post-traumatic stress unless they are prepared in some way.

Are you working on that area of preparing them beforehand to handle the stress in a way that does not result in mental illness?

Ms. Vornbrock: I can talk a little bit about that. As Howard said, in our attempt to develop the Mental Health Strategy, we tried to make it large enough and comprehensive enough so that there was something for everyone. In terms of the way we really landed on the work, in the last year and a half to two years, we have worked very closely with Veterans Affairs Canada, the Department of National Defense, the RCMP and, as Howard noted, the Canadian Association of Chiefs of Police to begin to develop what we think might be some ideas for early identification or early intervention.

A critical piece Howard mentioned in his opening remarks is thinking about the workplace standard. Whether it's policing on the job or being a member of the Canadian Armed Forces abroad, working in a work environment where your employer — whether that may be your superior officer, staff sergeant or anybody working with you as a first responder — is sensitive enough to understand what is going on in your work at any given time. It is about having the kind of culture of work where you can identify those issues early on and seek support and help to return you to work and to full duty.

We have had some really enlightening and helpful conversations, and we see our role at the Mental Health Commission of Canada to offer that advice when it's asked for. We were at a roundtable this past week with Veterans Affairs Canada regarding the use of service dogs around post-traumatic stress disorder. We were pleased to be a part of that roundtable. As Howard noted, we have also worked with the RCMP on the R2MR work. We also work with the Canadian Association of Chiefs of Police; we will be hosting an entire conference with them in the new year specifically on the mental health of their officers in the workplace. It wasn't the intention of the conference that we held earlier this year, but it ended up being the primary topic of conversation. We had RCMP and officers in police jurisdictions across the country — there were about 250 delegates — coming up to us and saying, "Thank you so much for this opportunity to

Comme je l'ai dit, nous avons essayé en même temps de proposer un contexte ou un cadre pour que nous puissions travailler à diverses questions plus précises dans l'ensemble du système de santé mentale.

Le sénateur Day : Monsieur Chodos, vous avez dit dans votre déclaration du début que le personnel militaire était 1,4 fois plus exposé au stress post-traumatique que celui d'autres domaines professionnels. Cela m'a fait penser à la possibilité d'accorder une attention spéciale à ce groupe et de faire du dépistage. Peut-être y a-t-il des choses que nous pouvons faire pour réduire ce facteur de risque si nous savions au préalable que les premiers intervenants et le personnel militaire risquent de souffrir de stress post-traumatique à moins qu'ils ne soient préparés d'une façon quelconque.

Travaillez-vous sur ce plan, afin de préparer ces personnes à gérer le stress de façon à éviter la maladie mentale?

Mme Vornbrock : Je peux dire un mot de la question. Comme Howard l'a dit, dans l'élaboration de la Stratégie en matière de santé mentale, nous avons essayé de rester à un niveau de généralité et de globalité suffisant pour que chacun y trouve son compte. Quant à la façon dont nous avons abordé concrètement le travail, je dirai que, depuis un an et demi à deux ans, nous entretenons une étroite collaboration avec Anciens Combattants Canada, le ministère de la Défense nationale, la GRC et, comme Howard l'a signalé, l'Association canadienne des chefs de police pour commencer à creuser des idées et arriver à un dépistage ou à une intervention précoces.

Un élément crucial dont Howard a parlé dans sa déclaration liminaire est la réflexion sur une norme pour le milieu de travail. Qu'on soit policier au travail ou membre des Forces canadiennes à l'étranger, on doit travailler dans un cadre où l'employeur — qu'il s'agisse de l'officier supérieur, du sergent d'état-major ou de quelqu'un avec qui on travaille comme premier répondant — est assez sensible pour comprendre ce qui se passe dans votre travail à tout moment donné. Il s'agit d'implanter une culture du travail où on peut déceler rapidement les problèmes et demander un soutien, de l'aide pour pouvoir reprendre le travail et toutes ses fonctions.

Nous avons eu des échanges vraiment éclairants et utiles, et nous estimons que le rôle de la Commission de la santé mentale du Canada est de donner des conseils quand on les lui demande. La semaine dernière, nous avons participé à une table ronde avec Anciens Combattants Canada au sujet de l'utilisation de chiens d'assistance dans les cas de stress post-traumatique. Nous avons été heureux de participer à cette table ronde. Comme Howard l'a signalé, nous avons également travaillé avec la GRC au sujet du programme RVPM. Nous travaillons aussi avec l'Association canadienne des chefs de police; nous serons avec elle les hôtes d'une conférence complète au début de la nouvelle année, et elle portera expressément sur la santé mentale des policiers en milieu de travail. La conférence que nous avons tenue cette année ne devait pas porter sur cette question, mais elle a fini par dominer les échanges. Nous avons eu des agents de la GRC et des policiers

share what it's been like for me to work in this environment for years.”

The workplace standard and other real tools like that are a real value added for folks so we can get to that place where you're talking about where early identification can happen, and where early intervention can also take place and people can get the support that they want to continue on.

Senator Day: That's great. Maybe I will go on round two.

The Chair: Yes. I am surprised that you are going from a strategic perspective, which you articulated as a consistently general approach, that can be adapted to going into some tactical solutions. But I will reserve a question for that later on.

Senator White: Thanks to both of you for being here. I have two questions, if I may. One is probably quicker than the other.

The first one is around the records of those who are interacting with the police. I know you have been meeting with the CACP in relation to mental health, and the fact that those records are being accessed in some cases at borders, exiting the country, even though no criminal aspect often is attached to those records. Have you been successful in finding a solution to the access or the maintenance of those records and the fact that they are being utilized and accessed by people not for the intent that they were originally collected?

Mr. Chodos: That is one area we actually did specify in the Mental Health Strategy for Canada as an issue that had come to our attention that we felt was really important to address. It was a reflection of the stigma attached to mental illness, in general, and just some specific practices.

I don't know the details, but my understanding is that there was some success in some provinces in removing reporting on those kinds of records from —

Senator White: Criminal records.

Mr. Chodos: — criminal records and background checks. Saskatchewan, I believe, has made progress in that area. I don't know if you know the details of how that was done.

Senator White: Nationally, we have not seen a success story in this.

Ms. Vornbrock: No, we have not.

Mr. Chodos: It is positive that this issue is now out in the public domain and that people are aware of it. In the most recent news reports that I've seen, it's almost been broadened, as well, such that it's related to mental health and mental illness, but also

de diverses administrations au Canada — il y avait environ 250 délégués — qui sont venus nous dire : « Merci infiniment de m'avoir donné l'occasion de parler de ce que c'est pour moi, travailler dans ce contexte depuis des années. »

La norme sur le milieu de travail et d'autres outils concrets apportent une vraie valeur ajoutée pour que nous parvenions à un point où le dépistage et l'intervention précoces sont possibles et où les gens peuvent obtenir le soutien qu'ils veulent pour poursuivre leur travail.

Le sénateur Day : Formidable. Je continuerai peut-être au deuxième tour.

Le président : Oui. Je suis étonné que vous passiez d'une perspective stratégique, que vous avez présentée comme une approche générale cohérente, qui peut s'adapter aux solutions tactiques. Je garde en réserve une question à ce sujet pour plus tard.

Le sénateur White : Merci à vous deux d'être parmi nous. J'ai deux questions à poser, si je peux me permettre. L'une est probablement plus rapide que l'autre.

La première porte sur les dossiers de ceux qui interagissent avec la police. Vous avez rencontré l'Association canadienne des chefs de police pour parler de santé mentale et du fait que ces dossiers sont parfois consultés à la frontière, à la sortie du Canada, même s'il n'y a aucun élément de criminalité dans ces dossiers. Avez-vous réussi à trouver une solution en ce qui concerne la tenue de ces dossiers et leur consultation, et le fait qu'ils sont utilisés et consultés par des gens pour des fins autres que celles pour lesquelles ils ont été créés au départ?

M. Chodos : C'est un élément que nous avons précisé dans la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Il nous a été signalé, et il nous a semblé vraiment important de nous y intéresser. C'est un reflet de la stigmatisation de la maladie mentale en général et il s'agit simplement de certaines pratiques précises.

J'ignore les détails, mais je crois savoir qu'on a réussi dans une certaine mesure, dans certaines provinces, à retirer ce genre de renseignement des dossiers des...

Le sénateur White : Des casiers judiciaires.

M. Chodos : ... des casiers judiciaires et des vérifications des antécédents. La Saskatchewan, je crois, a réalisé des progrès sur ce plan. Vous avez peut-être des détails sur la façon dont elle s'y est prise.

Le sénateur White : Au niveau national, il n'y a pas eu de grande réussite de ce côté.

Mme Vornbrock : Non, effectivement.

M. Chodos : Il est bien que la chose soit maintenant du domaine public et que les gens en soient conscients. Selon les derniers reportages que j'ai vus, la prise de conscience aurait presque pris de l'ampleur. Il est question de santé et de maladies

that there are other dimensions of interactions with the police being reported, which are also subject to disclosure.

By making that kind of broad front of people who are concerned about this issue, we could see some increased public pressure to address it and not see it as isolated cases of just a few people who may have experienced a mental health challenge.

There have been some positive developments, although we've not yet reached the point where there is a national solution.

Senator White: I apologize. I know it stretches beyond OSI, but I think it is of interest to the Canadian public, in particular.

My second question refers to the comments earlier around housing, in particular the Housing First model. I am sure you are familiar with the Common Ground model out of New York that is very successful.

The fastest growing number of homelessness is coming from the military in the United States. Now, that's a little bit of a red herring, because in the United States, I think the average career of a soldier is four and a half years. A lot of people join at 18, leave after they serve their four years and have access, they believe, to other opportunities. That is unlike in Canada where it is often a career.

Are we seeing Canada a large growth of homelessness? Having the experiences I've had, I know about the number of homeless people who also have mental health issues or challenges. Are we seeing that same growth, or any level of that growth, in Canada among homelessness and our military obviously in connection to mental illness?

Ms. Vornbrock: I will comment on that one.

Out of the little more than 2,000 participants of the At Home/Chez Soi study which was in five jurisdictions in Canada — Montreal, Toronto, Vancouver, Winnipeg and Moncton — only 5 per cent of those were veterans. We did have that conversation, because I was asked by one of the departments to comment on whether there has been a growth in veterans' homelessness over the last number of years, and there is no definitive answer, unfortunately. Because of the At Home/Chez Soi study and because we did some specific questions surrounding veterans, finally now we are starting to have some research. So it's something that we will keep an eye on and be mindful of. I think 5 per cent is still a significant number.

Senator White: Sure, it is.

Ms. Vornbrock: What is interesting to perhaps explore as a piece of research is where do veterans tend to go? This was in four fairly large Canadian cities and then, of course, you had one smaller centre, Moncton, which I visited yesterday. This is to know whether veterans would choose to return home to their community, do they stay in cities, and do they have the same sort

mentales, mais viennent s'ajouter d'autres dimensions des interactions avec la police qui sont signalées et qui peuvent être divulguées.

S'il y a tant de gens qui sont préoccupés par ce problème, la pression de l'opinion publique pourrait s'accroître pour qu'on s'y attaque au lieu de dire qu'il y a simplement quelques cas isolés qui concernent quelques personnes qui auraient eu des problèmes de maladie mentale.

Il y a eu des progrès, mais nous n'en sommes pas encore au point où il y a une solution nationale.

Le sénateur White : Excusez-moi. Je sais que cela s'éloigne de la question des traumatismes liés au stress opérationnel, mais je crois que cela intéresse la population canadienne, notamment.

Ma deuxième question se rapporte aux observations faites plus tôt au sujet du modèle Logement d'abord. Je suis sûr que vous connaissez bien le modèle new-yorkais Common Ground, qui remporte un grand succès.

Le groupe d'itinérants dont le nombre augmente le plus rapidement est formé d'anciens militaires américains. Je crois que cela nous lance sur une fausse piste puisque, aux États-Unis, la carrière moyenne d'un soldat est de quatre ans et demi. Bien des gens s'enrôlent à 18 ans, sortent de l'armée au bout de quatre ans et ont accès, croient-ils, à d'autres possibilités. C'est différent du Canada, où on est souvent soldat de carrière.

Y a-t-il au Canada une forte augmentation de l'itinérance? Avec les expériences que j'ai vécues, je sais qu'un certain nombre d'itinérants ont aussi des problèmes de santé mentale. Observons-nous au Canada la même croissance ou une certaine croissance de la population des itinérants, et qu'en est-il des militaires relativement à la maladie mentale?

Mme Vornbrock : Je vais répondre à celle-ci.

Un peu plus de 2 000 personnes ont participé à l'étude At Home/Chez soi, dans cinq provinces au Canada — à Montréal, Toronto, Vancouver, Winnipeg et Moncton —, et seulement 5 p. 100 d'entre elles étaient des anciens combattants. Nous avons discuté de cette question, car un des ministères m'a demandé de dire s'il y avait eu une hausse de l'itinérance chez les anciens combattants ces dernières années. Malheureusement, il n'existe pas de réponse assurée. Grâce à l'étude At Home/Chez Soi et parce que nous avons abordé des questions précises concernant les anciens combattants, nous commençons à voir quelques recherches. C'est donc un sujet que nous allons suivre et que nous ne perdrons pas de vue. Je crois que 5 p. 100, c'est tout de même un chiffre important.

Le sénateur White : Bien sûr.

Mme Vornbrock : Ce qui serait peut-être intéressant, c'est de faire des recherches pour savoir où les anciens combattants ont tendance à aller. L'étude s'est faite dans quatre villes relativement importantes du Canada et dans une ville plus petite, c'est-à-dire Moncton, où je suis allée hier. Il s'agirait de savoir si les anciens combattants décident de rentrer chez eux, de rester dans les villes

of “migratory” patterns of moving around as other homeless in Canada? There are some interesting questions. Unfortunately, I think the At Home study only gave us a few bits of really helpful information, but it raised a lot more questions for us about veterans and homelessness.

Senator White: As it may for us. Thank you very much.

The Chair: That percentage is high when you consider the number of veterans in this country.

Senator Plett: Thank you, chair, and let me first of all echo what Senator Lang already said. I had the privilege of working side by side with you for a couple of years, and they were a few of my best years in the Senate. I appreciated the time and everything that you have done in the Senate, and specifically everything you have done and are continuing to do on issues like those we are discussing today. I want to wish you well.

We'll have further opportunities in the chamber to speak about this, but let me just say what a privilege it has been. I'm happy I could be back here today substituting for Senator Wells.

The Chair: You are using up your time.

Senator Plett: I am using up my time, I know.

The Chair: Thank you very much for that.

Senator Plett: I also have two questions, if I could. First, as Senator Day already pointed out, there is a much larger percentage of mental health issues through PTSD, veterans, so on and so forth. Do you have any statistics that would indicate, out of the number of veterans who have mental health issues, a way of determining how many of them would have had mental health issues if they had been a plumber all their life instead of working in the Armed Forces or being a senator all their life?

Would many of these would have had mental health issues anyway, or is this entirely related to their service?

Mr. Chodos: That's a tough question.

Ms. Vornbrock: That's a tough one.

Mr. Chodos: We can start from the observation — and this is not just Canadian data; it's pretty well worldwide — that one in five people every year experience a mental health problem or illness, and that's on the continuum. Around 3 per cent of those are what usually are called severe and persistent mental illness: severe unipolar depression, schizophrenia, bipolar disorder. The most prevalent concerns are depression and anxiety, and then there is a whole range of other conditions and illnesses from anorexia through ADHD for kids and so on.

ou s'ils ont les mêmes caractéristiques « migratoires » que les autres itinérants qui se déplacent au Canada. Il y a des questions intéressantes à creuser. Malheureusement, l'étude At Home/Chez soi ne nous a donné que des bribes d'information vraiment utile, mais elle a suscité chez nous beaucoup d'autres questions au sujet des anciens combattants et de l'itinérance.

Le sénateur White : Ce pourrait être la même chose pour nous. Merci beaucoup.

Le président : Ce pourcentage est élevé, si on considère le nombre d'anciens combattants au Canada.

Le sénateur Plett : Merci, monsieur le président, je voudrais tout d'abord me faire l'écho de ce que le sénateur Lang a dit. J'ai eu l'honneur de travailler à vos côtés pendant un ou deux ans, et ces années ont compté parmi les meilleures que j'aie passées au Sénat. J'ai apprécié le temps que vous avez investi au Sénat et tout ce que vous avez fait et continuez de faire dans des dossiers comme ceux dont nous discutons aujourd'hui. Mes meilleurs vœux vous accompagnent.

Nous aurons d'autres occasions, au Sénat, de prendre la parole à ce sujet, mais je vous dis simplement que ce fut un grand privilège. J'ai été heureux de pouvoir revenir ici aujourd'hui pour remplacer le sénateur Wells.

Le président : Vous utilisez là une partie de votre temps.

Le sénateur Plett : C'est vrai, je le sais.

Le président : Merci beaucoup de vos bons mots.

Le sénateur Plett : J'ai également deux questions à poser, si je peux me permettre. D'abord, comme le sénateur Day l'a déjà signalé, il existe un pourcentage bien plus élevé de problèmes de santé mentale chez les anciens combattants, comme l'ESPT et tout le reste. Possédez-vous des données statistiques qui indiqueraient un moyen de savoir, parmi tous les anciens combattants qui ont des problèmes de santé mentale, combien auraient eu tout de même ces problèmes si, au lieu de travailler dans les forces armées, ils avaient été plombiers ou sénateurs toute leur vie?

Y en a-t-il beaucoup parmi eux qui auraient eu des problèmes de santé mentale de toute manière, ou leur état est-il entièrement lié au service dans les Forces canadiennes?

M. Chodos : Question difficile.

Mme Vornbrock : Effectivement.

M. Chodos : Nous pouvons commencer par une observation qui ne se limite pas aux données canadiennes, mais qui se vérifie aussi dans le monde entier : chaque année, une personne sur cinq a un problème de santé mentale ou une maladie mentale, et cela vaut pour l'ensemble du continuum. Parmi les personnes atteintes, il y en a environ 3 p. 100 qui ont ce qu'on appelle une maladie mentale grave et persistante : dépression unipolaire grave, schizophrénie et trouble bipolaire. Les problèmes les plus courants sont la dépression et l'anxiété. Puis, il y a toute la gamme des autres affections et maladies, depuis l'anorexie jusqu'au trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention chez les enfants.

That's the makeup of the portrait, so for us it's a really important statistic and, as Senator Lang said at the outset, there is not a single Canadian family, because of that degree of prevalence of mental health problems, which remains unaffected by it.

My sense would be you're already starting from a one-in-five basis in the population as a whole, and unfortunately I have not seen statistics that allow us to look sufficiently at specific populations — like the veterans' population or the population within the military — to know whether that's higher or lower. Although, I think in some of the background material that we reviewed on the Armed Forces, because of the psychological screening that people undergo, there is probably a chance that there is a lower rate of prevalence of certain conditions among people joining the military. It's just a process of the screening, the eligibility criteria and so on.

Beyond that, I don't know if we have seen anything else that gives us an indication of the relative prevalence of mental health problems in the civilian population as compared to the military, how they might interact, or the conditions that people face in the military.

The statistic from the At Home study about being at least 1.4 times more likely to experience PTSD is an indication that the illness presumably comes from the conditions of work and the circumstances that serving members of the forces face in their day-to-day jobs. We know that there is an impact on their mental health and well-being, but part of the problem of being able to fully compare it to what might have happened had they remained outside is that we don't know enough about why one person who experiences a particular situation will develop PTSD and another won't.

All mental health problems and illnesses are complex and multifactorial. They all have some components of biology, genetics, environment, history, social and cultural. All of these things play in it, so it becomes a very complex job of detecting what it was that led to something in a particular individual.

Senator Plett: Thank you. I appreciate the answer and that there are not statistics out there to show that. I would just make the point that for somebody who is prone to having mental illness, if that individual then goes into a high-stress position, such as the military, that person would more easily succumb to post-traumatic stress disorder than others, but thank you.

I was browsing through your book and got to the fourth and fifth of your strategic direction priorities.

First of all, I echo also Senator Lang's comments that there probably isn't anybody around this table or in this room who has not been affected in one way or another by mental illness issues.

Voilà le portrait de la situation. Pour nous, c'est une statistique vraiment importante. Comme le sénateur Lang l'a dit au départ, étant donné la prévalence des problèmes de santé mentale, il n'y a pas une seule famille canadienne qui ne soit pas touchée.

Mon impression, c'est qu'on part déjà avec le cinquième de l'ensemble de la population. Malheureusement, je n'ai pas vu de statistiques qui nous permettent d'étudier suffisamment bien des segments précis, comme ceux des anciens combattants ou des militaires, pour savoir si le taux y est plus élevé que dans l'ensemble de la population. Mais je pense à une documentation que nous avons étudiée sur les forces armées. On y signale que, étant donné que les recrues font l'objet d'un dépistage psychologique, il y a probablement une chance que certains problèmes soient moins fréquents chez ceux qui entrent dans l'armée. Il s'agit simplement d'un dépistage, de l'application de critères d'admissibilité et ainsi de suite.

En dehors de cela, j'ignore si nous avons vu quoi que ce soit d'autre qui nous donne des indications sur la prévalence relative des problèmes de santé mentale dans la population civile par rapport à la population militaire, sur l'interaction des problèmes ou les situations que les militaires doivent vivre.

Les statistiques de l'étude At Home/Chez soi, qui font ressortir une probabilité 1,4 fois plus élevée de souffrir d'un ESPT, indiquent que, peut-on présumer, la maladie est due aux conditions de travail et aux situations que doivent affronter les membres des forces dans leur travail au jour le jour. Nous savons qu'il y a un impact sur leur santé mentale, sur leur bien-être mental, mais ce qui complique une pleine comparaison avec ce qui aurait pu se passer si ces personnes n'étaient pas entrées dans les forces, c'est que nous n'en savons pas assez pour dire pourquoi une personne qui vit une situation donnée souffre de stress post-traumatique, alors qu'une autre ne sera pas touchée.

Tous les problèmes de santé mentale et toutes les maladies mentales sont complexes et multifactoriels. Il y a toujours des éléments qui tiennent à la biologie, à la génétique, à l'environnement, à l'histoire, au contexte social et à la culture. Tous ces facteurs jouent. C'est donc un travail très complexe que de trouver ce qui a provoqué tel problème chez une personne donnée.

Le sénateur Plett : Merci. Je comprends votre réponse et constate qu'il n'existe pas de statistiques pour mettre les faits en évidence. Je dirai simplement que quiconque est enclin à avoir une maladie mentale et se place dans une situation où le stress est intense, comme chez les militaires, se retrouvera plus facilement dans un état de stress post-traumatique que d'autres personnes. Merci tout de même.

En feuilletant votre livre, je me suis arrêté à la quatrième et à la cinquième de vos orientations stratégiques prioritaires.

D'abord, je reviens moi aussi à ce qu'a dit le sénateur Lang : il n'y a probablement personne autour de cette table ou dans cette salle qui n'ait jamais été touché d'une façon ou d'une autre par

One of the reasons, as Senator Dallaire pointed, that I suggested a study such as this is because we have all been affected, either by family or friends.

But you seem to be zeroing in on a whole lot of different groups, as opposed to making this a general problem. I don't want to be cynical of that, but I think even I come in here somewhere when it says minority language communities, francophone and anglophone. Well, I guess we are one of those, but for Metis, Inuit, First Nations, ethno-cultural and racialized groups, refugees, immigrants, this is a fairly encompassing problem. Are we making a mistake by saying, "Well, because you're a Metis that's one of the reasons why you're experiencing these problems," or is that not what we are doing here? If you could touch on that a little bit, I would appreciate it.

Mr. Chodos: Certainly. I think those chapters need to be seen as following from the previous chapters, as well, which were all focused on the entire population, starting with how we can best prevent mental illness and promote mental health. The subject of strategic direction one is to focus on people's ability to recover and be able to improve their own mental health and well-being. That's across the whole population, which was strategic direction two. The third one was looking at ways that we can improve access to services across the continuum for the entire population. The first three sections of the strategy addressed issues from the population of Canada as a whole.

Senator Plett: Don't start a book at the back is what you're suggesting?

Mr. Chodos: Your comment is an important one because there is no evidence to suggest that there is a population group that is inherently more or less likely to develop mental health problems or illnesses. What we were trying to focus on was that there may be circumstances in people's lives that we need to address in order to create better, more favourable conditions for their mental health and well-being, and that the focus on particular groups is also that these are groups that may be challenged in having access to appropriate services.

When we looked at our First Nations, Inuit and Metis population, it's the importance of cultural sensitivity and adaptation so that there is a combination of respecting traditional and cultural approaches, but also utilizing the latest in our own scientific and medical understanding of mental health problems. It is a question of trying to bring the best of both worlds for populations that approach these issues in a particular kind of way. There is also acknowledgement that in many northern, rural and remote communities the challenges of access are multiplied many times over. When we complain about access in the South, in the mainstream population, we know there are serious problems of people finding the right services at the right

des problèmes de maladie mentale. Comme le sénateur Dallaire l'a fait remarquer, l'une des raisons pour lesquelles j'ai proposé une étude comme celle-ci, c'est que nous avons tous été touchés parce que des membres de la famille ou des amis ont eu des problèmes de cet ordre.

Or, vous semblez vouloir vous intéresser à tout un ensemble de groupes différents plutôt que de faire de cette question un problème général. Je ne veux pas céder au cynisme, mais je pense que même moi, quand on parle de communautés linguistiques minoritaires, francophones et anglophones... Je suppose que nous appartenons à l'un de ces groupes, mais on parle aussi des Métis, des Inuits, des Premières Nations, des groupes ethnoculturels et racialisés, des réfugiés, des immigrants. Il s'agit donc d'un problème qui touche beaucoup de monde. Faisons-nous fausse route en disant par exemple : « Vous êtes un Métis, et c'est une des raisons pour lesquelles vous éprouvez ces problèmes »? N'est-ce pas ce que nous faisons ici? Je vous serais reconnaissant de bien vouloir dire brièvement ce que vous en pensez.

M. Chodos : Bien sûr. Il faut situer ces chapitres à la lumière de ceux qui les précèdent et qui sont tous axés sur l'ensemble de la population, en commençant par les meilleurs moyens de prévenir la maladie mentale et de promouvoir la santé mentale. La première orientation stratégique est axée sur la capacité de chacun de se rétablir et d'améliorer sa santé mentale, son bien-être mental. Cela vaut pour toute la population, qui est visée par la deuxième orientation stratégique. La troisième porte sur les moyens d'améliorer l'accès à toute la gamme des services pour l'ensemble de la population. Les trois premières parties de la stratégie ont porté sur des enjeux qui concernent la population canadienne dans son ensemble.

Le sénateur Plett : Vous dites qu'il ne faut pas commencer à lire un livre par la fin?

M. Chodos : Votre observation est importante, car rien ne prouve qu'un segment de la population soit, de façon inhérente, plus ou moins exposé à avoir des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales. Ce sur quoi nous avons essayé de mettre l'accent, c'est le fait qu'il peut y avoir des circonstances, dans la vie des gens, dont nous devons tenir compte si nous voulons créer de meilleures conditions, des conditions plus favorables à leur santé mentale, à leur bien-être mental; et cet intérêt pour des groupes particuliers tient aussi au fait qu'ils peuvent avoir du mal à obtenir les services appropriés.

Dans le cas des Premières Nations, des Inuits et des Métis, nous avons remarqué qu'il était important d'avoir une sensibilité culturelle, de s'adapter à la culture de façon qu'on fasse appel à la fois aux approches traditionnelles et culturelles et aux connaissances scientifiques et médicales les plus avancées pour comprendre les problèmes de santé mentale. Il s'agit de mobiliser ce qu'il y a de mieux dans les deux mondes pour les populations qui abordent ces problèmes d'une façon particulière. Il s'agit d'admettre aussi que, dans beaucoup de localités du Nord, rurales et éloignées, les difficultés de l'accès aux services sont décuplées. Lorsque nous déplorons les difficultés d'accès aux services dans le Sud, dans la société majoritaire, nous savons que les gens ont

time. The problem in the North is often that those services are not in existence. We wanted to draw attention to the particular circumstances that were confronted by particular segments of the population in order to have that comprehensive view of what needs to be done. But, as I said, we really tried to set it up in a universal way, those issues ranging from promotion and prevention, to how we approach mental health care, to how we can better build an integrated, coordinated and seamless service delivery network intended for the population as a whole.

Senator Plett: Is mental health hereditary?

Mr. Chodos: I would say in part. Indications are that there are genetic components and susceptibilities, but I don't think you can make a blanket statement that for everybody who suffers from a mental illness it comes about because it is hereditary. There are too many instances, I think, of our seeing people who have experienced trauma of one kind or another, whether it's in the battlefield or sexual abuse at home, to think that it's exclusively hereditary. Even if it is hereditary, in many instances it won't be exclusively a function of that biology. There will need to be triggers in the environment, experiences and people that set it off in many cases, although in some cases not.

It is a diverse set of conditions, and the term — I don't know if we refer to it in the strategy — is a long word, "biopsychosocial," as being the factors that contribute to mental illness. Biological factors are always there, as are psychological as well as all of the social factors, and it's a complex interplay amongst them which makes it very difficult to know which individual has that right combination of experience, hereditary and proclivity to actually experience a mental health problem.

Senator Plett: Thank you.

The Chair: Thank you. Dr. Chodos, you would be great at question period.

I want to know what the future of your body is and who is giving you priorities in terms of effort. In that context, you've got the Canadian Institute for Military and Veteran Health Research as a body that's been created. Were you involved in bringing that about?

Can you actually treat a person who has a mental deficiency, an injury and so on, and divorce them from the family? Should the family not fall under the same treatment envelope as you were alluding to, I believe?

Ms. Vornbrock: I will start on the future question. The commission is seven years into its ten-year mandate given to us in 2007 by the Government of Canada. I think we are at a place where we are open to dialogue and conversations with all of our key stakeholders, including the federal government.

beaucoup de mal à obtenir les bons services au bon moment. Dans le Nord, les services n'existent pas. Nous voulions donc attirer l'attention sur la situation particulière qui est celle de certains segments de la population pour donner une vue d'ensemble de ce qu'il faut faire. Je le répète, nous avons essayé d'adopter une perspective universelle pour aborder ces questions : promotion et prévention, approche des soins en santé mentale, moyens de bâtir un réseau de prestation des services intégré, coordonné et continu pour l'ensemble de la population.

Le sénateur Plett : Les problèmes de santé mentale sont-ils héréditaires?

M. Chodos : En partie, je dirais. Selon certaines indications, il y aurait des composantes génétiques, des prédispositions, mais je ne crois pas que nous puissions faire une affirmation générale et prétendre que tous ceux qui sont atteints d'une maladie mentale le doivent à leur hérédité. Il y a beaucoup trop de cas où nous avons vu des gens éprouver un traumatisme ou l'autre, que ce soit sur le champ de bataille ou qu'il s'agisse d'agression sexuelle au foyer, pour que nous puissions dire que la cause est exclusivement héréditaire. Et même lorsque l'hérédité joue, dans bien des cas, ce n'est pas exclusivement une fonction de la biologie. Il faut des éléments déclencheurs dans l'environnement, des expériences vécues et des gens, dans bien des cas, qui provoquent la maladie, bien qu'il arrive qu'il en aille autrement.

C'est un ensemble divers de conditions biopsychosociales — c'est un long mot, et j'ignore si nous l'employons dans la stratégie — qui sont des facteurs contribuant à la maladie mentale. Les facteurs biologiques sont toujours présents, tout comme les facteurs psychologiques et sociaux, et il existe une interaction complexe entre ces facteurs, de sorte qu'il est très difficile de savoir quelle personne a une combinaison d'expérience, d'hérédité et de prédispositions telle qu'elle risque d'avoir un problème de santé mentale.

Le sénateur Plett : Merci.

Le président : Merci, monsieur Chodos. Vous seriez excellent à la période des questions.

Je voudrais connaître l'avenir de votre organisme. Qui lui donne les priorités pour guider ses efforts? Dans ce contexte, l'Institut de recherche sur la santé des militaires et des vétérans a été mis sur pied. Avez-vous joué un rôle dans la création de cet institut?

Pouvez-vous traiter une personne qui a une déficience mentale, un traumatisme ou autre chose en la coupant de sa famille? La famille ne devrait-elle pas pouvoir profiter des ressources auxquelles vous avez fait allusion?

Mme Vornbrock : Je répondrai d'abord à votre question sur l'avenir de la commission. Sept années sont écoulées sur le mandat de 10 ans que le gouvernement fédéral lui a confié en 2007. Nous en sommes à un point où nous sommes ouverts au dialogue et aux échanges avec tous les protagonistes clés, y compris le gouvernement fédéral.

You mentioned it, and I think it's a valuable conversation with the provinces and territories, as well as all of the national, local and international stakeholders. The commission has become a fairly significant player on the international stage working with the U.K., Australia, New Zealand and other G8 countries, and mental health has become a significant conversation globally, not just nationally.

The commission is at a place now where I think there is a dialogue beginning to happen about what happens next. I think it's an interesting conversation and one in which we will be looking to a number of stakeholders to help set that new direction. We feel our job is to value-added, whether that's to the Government of Canada and to the federal landscape, to our provincial/territorial partners and, of course, to everyday Canadians.

I think things have changed significantly in the mental health movement over the last seven years since the launch of the commission, whether it's Clara Hughes' ride and Bell's work, or other public or private sector. Honestly, if you look at the scope and the number of recommendations in the strategy, we have got a long way to go yet.

So in terms of the future, it looks bright to me.

Mr. Chodos: Just briefly on your question about families, when the commission started, we had a series of advisory committees, one of which was a family caregiver advisory committee, so I think from the very beginning of the commission's work, we were deeply aware of the importance of families and of the challenges that are associated with family involvement at times.

We've tried to walk a balance between saying that, for every individual who is experiencing a mental health challenge, we strive for them to have as much control over their own course of recovery, including who they choose to involve — whether it's family members or other caregivers or peer supporters — but at the same time, starting from a favourable bias towards family involvement and recognizing that it can be an environment that can be especially supportive to people facing challenges.

The Chair: It's a challenge for us when we are taking care of the troops and the veterans federally, but the families fall provincially, so you can imagine the complexity.

Senator Day: Ms. Vornbrock, I can't help but let you know that I'm from New Brunswick. You mentioned Moncton being a small community. In fact, a lot of times small communities and regions with a small population tend to do more than their fair share of populating the Armed Forces. That may be a factor that you will want to look at when you talk about all the factors that go into this from the point of view of susceptibility or otherwise to post-traumatic stress.

Vous en avez parlé, et je crois que ce sont des échanges précieux avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec tous les intéressés aux niveaux national, local et international. La commission est devenue un interlocuteur assez important sur la scène internationale; elle travaille avec le Royaume-Uni, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et des pays du G8. La santé mentale est devenue un sujet d'échanges à l'échelle internationale et pas seulement nationale.

La commission est rendue à un stade où il commence à y avoir un dialogue sur l'avenir. Ce sont des échanges intéressants, et nous nous tournerons vers un certain nombre de protagonistes pour nous aider à fixer la nouvelle orientation. Nous estimons que notre travail consiste à apporter une valeur ajoutée au gouvernement du Canada, dans le contexte fédéral, à nos partenaires provinciaux et territoriaux et aux simples citoyens du Canada.

Au cours des sept dernières années, depuis la mise sur pied de la commission, les choses ont beaucoup changé dans le mouvement de la santé mentale, qu'il s'agisse du grand tour de Clara Hughes, du travail de Bell ou d'autres éléments des secteurs public ou privé. Honnêtement, si nous considérons le nombre de recommandations de la stratégie et leur portée, nous avons encore beaucoup de pain sur la planche.

Par conséquent, l'avenir me semble prometteur.

M. Chodos : Je réponds brièvement à votre question sur les familles. Lorsque la commission a entamé son travail, elle avait une série de comités consultatifs dont un se consacrait aux aidants familiaux. Dès le départ, par conséquent, la commission était profondément consciente de l'importance des familles et des difficultés qu'elles peuvent parfois éprouver.

Nous avons essayé de trouver un juste milieu. Tout en disant que chaque personne qui éprouve des problèmes de santé mentale doit avoir le plus de contrôle possible sur le chemin de son rétablissement et le choix de ceux qui l'accompagnent — membres de la famille ou autres dispensateurs de soins ou pairs —, nous partions avec un préjugé favorable à la participation de la famille, reconnaissant qu'elle peut être un milieu particulièrement propice pour entourer les personnes qui ont des difficultés.

Le président : C'est déjà difficile pour nous, au niveau fédéral, de nous occuper des soldats et des anciens combattants, mais la participation des familles relève du niveau provincial. Imaginez la complexité.

Le sénateur Day : Madame Vornbrock, je ne peux m'empêcher de vous dire que je suis du Nouveau-Brunswick. Vous avez dit que Moncton était une petite ville. En réalité, il arrive souvent que les petites localités et les régions faiblement peuplées aient tendance à faire plus que leur juste part pour ce qui est de fournir des effectifs aux forces armées. C'est peut-être un facteur dont vous voudrez tenir compte, parmi tous les autres facteurs à prendre en considération du point de vue de la vulnérabilité au stress post-traumatique.

My question is whether you have, from a stigma point of view, looked at whether in the Armed Forces individuals develop this macho attitude, "I'm okay. I can't say anything to anybody because if I do I will be looked down upon by my colleagues and the other people in the troop." Is that something that is developed after one joins the Armed Forces, or is that an attitude that prevails in those that apply to become members of the Armed Forces? What factor does that have in trying to deal with this stigma issue?

Ms. Vornbrock: That's a doozy of a question. I think what I would comment on is that it's hard to know. I think it's all of those things. I think you perhaps have that when you sort of decide to join up. I think you have it, perhaps, if you join a particular part of the organization and it's particularly prevalent there. But what I have been impressed with in in the conversations that I have had, whether it's been with police officers in the police forces or RCMP, or even with Armed Forces members or veterans themselves, is the openness and willingness to talk about that issue, to talk about that culture, and to talk about that it may exist and how we work within that to sort of move forward.

I don't have any clear solutions or answers to where that culture comes from, but I do see an awareness and openness to address that stigma, even in the most unlikely places, like the military, where you think, "Geez, can we really talk about that?" I'm seeing brave individuals come forward talking openly about their mental health problems.

Senator Day: I think that's positive.

Senator Lang: This is the first day of our study, and it's going to take some time to review all the information that we were provided with and come to conclusions. Can you tell me, in your experience or knowledge, if there is a standard definition of PTSD? Do you have a full list of all the programs available, in our case, to veterans, that are in place at the present time? If you do, could you make it available to the committee?

Mr. Chodos: I think the short answer on the second one is no, we do not have that information on the programs. If I recall, as well, from the days of the Senate committee study, which I reviewed briefly before coming, one of the recommendations in that study was to compile that kind of list, and that wasn't available back in 2006 when the Senate committee report was issued. To my knowledge, I have not seen that since then. That was certainly for both the military and Veterans Affairs. Some of the key recommendations that date back to that report were to get a complete reporting on the services that were available. Let's have this information available to parliamentarians so we know what was actually going on.

So I can't comment on how well or poorly the departments have lived up to that recommendation, but to my knowledge, at any rate, we haven't seen that comprehensive list.

Voici ma question. En ce qui concerne la stigmatisation, avez-vous essayé de voir si, dans les forces armées, les soldats se donnent une attitude machiste : « Ça va. Je ne peux rien dire à personne parce que, si je le fais, mes collègues et les autres soldats vont me mépriser. » Est-ce une attitude qu'on acquiert après être entré dans les forces armées, ou est-ce une attitude fréquente chez ceux qui demandent à en faire partie? Comment ce facteur peut-il jouer dans la lutte contre la stigmatisation?

Mme Vornbrock : Voilà toute une question. Je dirais qu'il est difficile de savoir. Tous ces éléments jouent. Cette attitude est peut-être déjà présente quand on décide de s'enrôler. Je crois qu'on l'a, peut-être, si on se joint à un élément particulier de l'organisation où elle est fréquente. Mais dans les échanges que j'ai eus avec des policiers ou des membres de la GRC ou même avec des membres des forces armées ou des anciens combattants, j'ai été impressionnée par l'ouverture d'esprit et la volonté de parler de ce problème, de cette culture, de dire que le problème existe peut-être, de discuter de la façon de travailler dans ce contexte pour arriver à évoluer.

Je n'ai aucune solution ou réponse claire sur l'origine de cette culture, mais je perçois une prise de conscience du problème et une disposition à lutter contre cette stigmatisation, même aux endroits les plus improbables, comme chez les militaires, où on est porté à se dire : « Est-ce qu'on peut vraiment parler de ça? » Je vois des personnes courageuses qui sont prêtes à parler ouvertement de leurs problèmes de santé mentale.

Le sénateur Day : Cela me semble constructif.

Le sénateur Lang : C'est le premier jour de notre étude, et il nous faudra un certain temps pour examiner toute l'information qui nous est fournie et tirer des conclusions. D'après votre expérience ou vos connaissances, existe-t-il une définition normalisée de l'ESPT? Avez-vous une liste de tous les programmes disponibles, dans notre cas pour les anciens combattants, et qui sont déjà en place? Si oui, pourriez-vous la communiquer au comité?

M. Chodos : La réponse brève à la deuxième question est non, nous n'avons pas cette information sur les programmes. Si je me rappelle bien l'époque où le comité sénatorial a réalisé son étude, que j'ai parcourue rapidement avant de comparaître, l'une des recommandations de l'étude voulait qu'on dresse ce genre de liste, qui n'existait pas en 2006, lorsque le comité sénatorial a publié son rapport. À ma connaissance, aucune n'a été dressée depuis. Cela concernait certainement les militaires et le ministère des Anciens Combattants. Certaines des principales recommandations qui remontent à ce rapport voulaient qu'on fasse un compte rendu complet des services disponibles. Nous voulions que cette information soit à la disposition des parlementaires pour qu'ils sachent ce qui se passait dans les faits.

Je ne peux donc pas dire si les ministères ont mis en œuvre cette recommandation plus ou moins bien, mais, à ma connaissance en tout cas, nous n'avons pas de liste complète.

On the clinical side, unfortunately, that's not my area of expertise. I'm sure that in the clinical reference bible, the DSM-5, which was just released by the American Psychiatric Association, clinicians will have a relatively clear definition. The issue with all of these definitions of mental health problems is that they are all based on symptoms that are displayed. We don't yet have the ability, as with cancer, say, to understand the internal functioning of the mind and to be able to pinpoint the causality of these things. What we rely on, in general, is what these look like, how they present in practice, and what are the clusters of symptoms and syndromes that people who have these conditions display.

I think the challenge is that there are often symptoms that can be present in multiple kinds of mental illnesses, which is all down to the skill of clinicians to be able to decipher what the appropriate diagnosis is, but certainly we know that people go through a lot of trouble to get an accurate diagnosis.

Senator Lang: Mr. Chairman, before we leave this, could I ask that we have the clerk perhaps correspond with the authorities and see if there is a list of programs?

The Chair: Yes. I think we can do that.

Senator Lang: Okay, thanks.

The Chair: Also just to inform you, over the next couple of weeks, we are going to get expertise on the clinical dimension of the injury, and I think that will be quite helpful.

Thank you for your response. Senator White?

Senator White: Thank you very much. When I heard the question around whether it was hereditary, I remember my dad saying "You got it from your kids," when I was young.

The Chair: A lobotomy, right?

Senator White: Sorry, a little bit of levity.

My question actually surrounds two parts, and one is presumptive PTSD. I think the Province of Alberta has been the first province that has accepted and passed legislation around presumptive PTSD, and that is that it's anticipated, if you're in certain occupations and you have PTSD, that you would have automatically expected to have received it from your employment as a police officer or from the military and others.

Ontario is fighting against it. A number of organizations, including police service boards and police chiefs, are fighting against presumptive PTSD. My question is around if you have given any thought to it or done any work on it.

Second, have you done any work on secondary PTSD, those people who end up with PTSD as a result of dealing with people who have PTSD?

If the answer is "no" and "no," I'm okay with that because I will chase somebody else for it.

Quant à la question clinique, je dois dire que, malheureusement, ce n'est pas mon domaine de compétence. Je suis persuadé que la bible clinique, le DSM-5, que l'American Psychiatric Association vient de faire paraître, doit contenir une définition relativement claire. Le problème de toutes ces définitions des problèmes de santé mentale, c'est qu'elles reposent sur les symptômes observables. Nous n'avons pas encore la possibilité, comme dans le cas du cancer, de comprendre le fonctionnement interne de l'esprit pour mettre le doigt sur la cause des problèmes. En général, on essaie de voir de quoi ont l'air les symptômes, comment ils se présentent dans la pratique et quels sont les regroupements de symptômes et de syndromes chez les personnes atteintes.

Je crois que la difficulté, c'est qu'il y a souvent des symptômes qui peuvent être présents dans plusieurs types de maladie mentale. Il faut compter sur l'adresse des cliniciens pour déchiffrer les faits et parvenir à un bon diagnostic, mais nous savons que les gens ont beaucoup de mal à obtenir un diagnostic exact.

Le sénateur Lang : Monsieur le président, avant que nous ne laissions ce sujet de côté, pourrais-je demander à la greffière de correspondre avec les autorités pour voir s'il existe une liste de programmes?

Le président : Oui, je crois que cela peut se faire.

Le sénateur Lang : D'accord. Merci.

Le président : À titre d'information, je vous dirai que, au cours des deux prochaines semaines, nous entendrons des experts de la dimension clinique du traumatisme. Ce sera très utile.

Merci de votre réponse. Monsieur White?

Le sénateur White : Merci beaucoup. Quand j'ai entendu la question sur l'hérédité, je me suis souvenu que mon père disait, lorsque j'étais jeune, qu'on attrape les maladies de ses enfants.

Le président : Une lobotomie, n'est-ce pas?

Le sénateur White : Désolé. Je voulais apporter un peu de légèreté.

Ma question comprend deux parties. D'abord, l'ESPT présumé. Je crois que l'Alberta a été la première province à accepter la notion d'ESPT présumé et à légiférer à ce sujet. Si vous occupez certaines professions et êtes atteint de stress post-traumatique, on présume automatiquement que cela est attribuable à votre emploi de policier, de militaire ou autre.

L'Ontario lutte contre cette idée. Un certain nombre d'organisations aussi, dont des commissions et des chefs de police. Avez-vous réfléchi à cette question? Avez-vous travaillé là-dessus?

Deuxièmement, avez-vous étudié l'ESPT secondaire, c'est-à-dire l'ESPT qu'on peut avoir parce qu'on s'occupe de personnes qui souffrent de stress post-traumatique?

Si la réponse aux deux questions est non, pas de problème. Je les poserai à d'autres témoins.

Mr. Chodos: Actually, on the presumptive, you just told me something I didn't know. On the secondary, I'm aware of it, but we haven't really done any work on it.

Senator White: Thank you.

The Chair: Thank you very much.

I wish to thank you for being here and very succinctly wish to bring to your attention that we are discussing a group of people that work within a very Darwinian environment, those in uniform or within these organizations. It's a very intolerant environment with regard to anything that might not be 100 per cent, so that in itself creates a pressure.

Second, these injuries are often not visible, and you are working with people who are essentially visible, so they, again, are not attuned to making it easier.

That brings me to the leadership pressure and things like the self-stigmatization comments that we are hearing from leadership. Do you see leadership of the structures, of those organizations, by themselves creating pressures on people to not come forward or maybe even exacerbate a scenario versus facilitating it? Have you done any work on that type of thing, on the structural sort of impacts?

Mr. Chodos: Certainly, in general. When Jennifer was speaking about the workplace standard, which is another context in which people experience many stresses, one of the keys is engaging the leadership in every organization, getting them on board, doing the educational work and getting that organized in each organization.

I think the leadership question is absolutely central, that you don't get change unless you have it coming from the top. I think that's the simple message, and I hear the bells ringing, so I will be succinct.

The Chair: Thank you very much for that.

Senator White: Recess is over.

The Chair: Colleagues, thank you very much for your questions and, again, we look forward to probably touching base with you again.

Mr. Chodos: It would be our pleasure to offer any background information or connect you with witnesses at any time during your study.

The Chair: Thank you. That ends this session.

(The committee adjourned.)

M. Chodos : En fait, vous m'apprenez quelque chose en me parlant d'ESPT présumé. Quant à l'ESPT secondaire, je suis au courant, mais nous n'avons fait aucune étude à ce sujet.

Le sénateur White : Merci.

Le président : Merci beaucoup.

Je tiens à vous remercier d'avoir comparu, et je voudrais vous signaler très succinctement que nous discutons avec un groupe de gens qui travaillent dans un environnement tout à fait darwinien, ces gens qui portent l'uniforme ou travaillent dans ce type d'organisation. Dans ce milieu, il n'y a aucune tolérance pour tout ce qui n'est pas parfait. Cela crée donc de la pression.

Deuxièmement, ces traumatismes sont souvent invisibles, et on travaille avec des gens qui sont essentiellement visibles. Ils ne sont pas très portés à faciliter les choses.

Cela m'amène à la question de la pression du leadership et à des choses comme les propos d'autostigmatisation que nous entendons dans la bouche des dirigeants. Estimez-vous que le leadership de ces structures, de ces organisations crée en soi des pressions qui empêchent les gens de révéler leurs problèmes ou peuvent même exacerber le problème au lieu de faciliter les choses? Avez-vous étudié ce genre de chose, l'impact des structures?

M. Chodos : Certainement, en général. Lorsque Jennifer a parlé de la norme pour les milieux de travail, qui est un autre contexte où les gens sont soumis à bien des stress, l'une des clés, pour obtenir l'adhésion des dirigeants de toute organisation, est de les mobiliser, de faire de la sensibilisation et de tout structurer à l'intérieur de l'organisation.

La question du leadership est absolument centrale. On n'arrive à apporter des changements que s'ils viennent d'en haut. C'est là le message simple. Mais j'entends le timbre. Je serai donc succinct.

Le président : Je vous en remercie beaucoup.

Le sénateur White : Les vacances sont terminées.

Le président : Chers collègues, merci beaucoup de vos questions et il est probable que nous vous contacterons de nouveau.

M. Chodos : Ce serait un plaisir de vous fournir toute l'information générale ou de communiquer avec vous en proposant des témoins à tout moment au cours de votre étude.

Le président : Merci. Voilà qui met fin à la séance.

(La séance est levée.)

OTTAWA, Wednesday, June 4, 2014

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day, at 12:17 p.m., to study the medical, social and operational impacts

OTTAWA, le mercredi 4 juin 2014

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à 12 h 17, pour étudier les répercussions médicales,

of mental health issues affecting serving and retired members of the Canadian Armed Forces, including operational stress injuries (OSIs) such as post-traumatic stress disorder (PTSD).

Senator David M. Wells (*Deputy Chair*) in the chair.

[*English*]

The Deputy Chair: Ladies and gentlemen, welcome to this meeting of the Subcommittee on Veterans Affairs. Before we begin, I would like our committee members to introduce themselves, starting with Senator White.

Senator White: Vern White, Ontario.

Senator Enverga: Tobias Enverga from Ontario.

The Deputy Chair: Thank you very much, and I'm David Wells from St. John's, Newfoundland and Labrador.

This is the subcommittee's second meeting for its study on mental health issues affecting serving and retired military personnel. Today, we are hearing from Dr. Greg Passey. He is a clinical psychiatrist at the British Columbia Operational Stress Injury Clinic. He spent over 22 years in the Canadian Armed Forces as a medical officer and has worked as a clinical psychiatrist with many present and former CF and RCMP personnel who live with PTSD.

Welcome, Dr. Passey. The floor is yours. After your presentation, we will go to questions from our members.

Dr. Greg Passey, Clinical Psychiatrist, British Columbia Operational Stress Injury Clinic: Thank you. It's a bit of a difficult subject to try and summarize in 10 minutes, so what I'm going to attempt to do in this 10 minutes is actually put flesh, blood and tears on the scientific descriptors of what PTSD is.

It's very simple: There is a book called *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. It lists all the criteria necessary to make a PTSD diagnosis, but those criteria are very sterile sorts of descriptors. PTSD is like a cancer. It can eat through your body, mind, family, profession and even society itself.

What's important is not necessarily the traumatic event but the person's personal perception of the event and the level of support they then receive after that type of exposure. It's been my experience that it is often the best and most empathetic military members who actually develop this disorder.

I'm going to try to give you a little bit of an experiential description here. PTSD is all about difficulties from the top part of the brain and the bottom part of the brain.

sociales et opérationnelles des problèmes de santé mentale dont sont atteints des membres actifs et à la retraite des Forces canadiennes, y compris les blessures de stress opérationnel (BSO) comme l'état de stress post-traumatique (ESPT).

Le sénateur David M. Wells (*vice-président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le vice-président : Mesdames et messieurs, bienvenue à cette réunion du Sous-comité des anciens combattants. Avant de commencer, j'aimerais que les membres de notre comité se présentent, en commençant par le sénateur White.

Le sénateur White : Vern White, Ontario.

Le sénateur Enverga : Tobias Enverga, de l'Ontario.

Le vice-président : Merci beaucoup. Je suis moi-même David Wells de St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador.

C'est la deuxième réunion du sous-comité consacrée à l'étude des problèmes de santé mentale dont sont atteints des militaires actifs et à la retraite. Aujourd'hui, nous allons entendre le témoignage du Dr Greg Passey, psychiatre clinicien à la Clinique de traitement de blessures de stress opérationnel de la Colombie-Britannique. Il a été médecin militaire pendant plus de 22 ans dans les Forces armées canadiennes et il exerce aujourd'hui les fonctions de psychiatre clinicien auprès de nombreux membres actifs et anciens des FAC et de la GRC atteints d'un état de stress post-traumatique (ESPT).

Bienvenue, docteur Passey. Vous avez la parole. Après la présentation de votre exposé, les membres du sous-comité vous poseront des questions.

Greg Passey, psychiatre clinicien, Clinique de blessures de stress opérationnel de la Colombie-Britannique : Merci. Le sujet dont je vais vous parler est difficile à résumer en une dizaine de minutes, mais je vais tenter de vous décrire l'ESPT de manière scientifique tout en y ajoutant les connotations humaines et personnelles qui s'y attachent.

C'est très simple : Il existe un ouvrage intitulé *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* qui établit la liste de tous les critères nécessaires pour faire un diagnostic d'ESPT. Cependant, ces critères sont des descripteurs très stériles. L'ESPT est comme le cancer. Il peut ronger le corps, l'esprit, s'attaquer à la famille, à la profession du patient et à la société elle-même.

L'important, ce n'est pas nécessairement l'événement traumatique qu'a vécu une personne, mais la perception qu'elle a de l'événement et le degré de soutien qu'elle reçoit après avoir vécu une telle expérience. D'après mes observations, ce trouble atteint souvent les militaires les meilleurs et les plus empathiques.

Je vais tenter de vous donner une description expérientielle de l'ESPT. Il s'agit d'un trouble causé par des difficultés au niveau de la partie supérieure et de la partie inférieure du cerveau.

The bottom part of the brain is tasked with keeping us alive, fighting danger or getting us to run away. The lower part of our brain has no ability to use language or logical thought. It communicates only by emotion, so if the lower part of my brain perceives a danger, I'm typically going to receive that message by fear. It's very much like a smoke detector. A smoke detector will go off if there is smoke, fire or something like smoke or fire.

The problem with PTSD is that the top part of an individual's brain is no longer in control. In the military, we train people to go into harm's way. The reason they are able to do that is that we train the top part of their brain to really get control over the bottom part, to ignore things like fear and move forward when anyone else would be going in the other direction.

To understand how powerful the lower part of the brain is, I would like the members of the committee to try something. It will take only about 30 seconds, but it's a really good example of how the lower part of the brain takes over, not only in the example I'm going to give you but also in PTSD.

It's a really simple exercise. I want you to focus, and I want you to blow all the air out of your lungs until there is nothing left. But before you do that, I want to assure you that you should be able to hold your breath for three to five minutes and not have any brain damage. That's the top part of the brain talking.

Now what I want you to do is blow out forcefully so there is nothing left, and then I want you to hold your breath, and you let me know when you can't hold it anymore because that's the lower part of your brain saying, "I'm taking charge." And try to remember what that feels like.

So right now blow all the way out, and hold. And pay attention, because if you blow it all the way out, you will not last a minute, you will start to feel this sensation rise up, and the next thing you know, despite what the top part of your brain is saying, the lower part will make you breathe.

Now imagine that sensation being present for minutes or hours of every day of your life since your traumatic event, or replace that with overwhelming rage, which is the lower part of the brain in charge again. You then have an idea of what PTSD is like. It's that lower part of the brain in charge, so when you're trying to watch your daughter's graduation and the lower part of the brain is saying, "This is not safe in here; I've got to get out," guess what? That veteran will get up and leave, even though the top part of his brain is saying, "It is safe here; it's my daughter's graduation." The problem is the lower part of the brain uses only association and communicates only with emotion.

La partie inférieure du cerveau a pour fonction de nous garder en vie, de lutter contre le danger ou de nous inciter à le fuir. Ce n'est pas dans la partie inférieure du cerveau que sont localisées nos capacités à utiliser le langage ou la pensée logique. Cette partie du cerveau communique uniquement par les émotions. Par conséquent, si elle perçoit un danger, on reçoit généralement un message de peur. Elle agit un peu comme un détecteur de fumée, cet appareil qui se déclenche dès qu'il détecte la présence de fumée, de feu ou d'autres éléments qui leur ressemblent.

Dans le cas de l'ESPT, le problème est que la partie supérieure du cerveau n'exerce plus aucun contrôle. Dans l'armée, les militaires sont formés pour aller au-devant du danger. En effet, leur entraînement fait en sorte que la partie supérieure du cerveau prend le contrôle de la partie inférieure et s'habitue à ignorer la crainte et à aller de l'avant, alors que n'importe qui d'autre aurait tendance à fuir le danger.

Afin de vous montrer la puissance de la partie inférieure du cerveau, je vais demander aux membres du comité de faire une petite expérience. Elle ne prendra qu'une trentaine de secondes, mais elle vous montrera vraiment comment la partie inférieure du cerveau est capable de reprendre le contrôle, non seulement dans l'exemple que je vais vous donner, mais également en cas d'ESPT.

C'est un exercice vraiment simple. Je vous demande de vous concentrer et d'expulser totalement l'air de vos poumons. Avant de commencer l'exercice, je tiens à vous assurer que vous devriez être capables de retenir votre respiration pendant trois à cinq minutes sans souffrir de lésion cérébrale. C'est la partie supérieure de mon cerveau qui vient de parler.

Alors, maintenant je vous demande d'expulser complètement l'air de vos poumons et de retenir votre respiration. Vous me direz quand vous ne pourrez plus résister, car c'est à ce moment-là que la partie inférieure de votre cerveau reprendra le contrôle des opérations. Vous essaieriez de vous souvenir de ce que vous avez éprouvé à ce moment-là.

Alors allez-y, expulsez totalement l'air de vos poumons et retenez votre respiration. Et faites bien attention, car si vous expulsez complètement l'air, vous ne tiendrez pas une minute, vous commencerez à éprouver cette sensation qui fera en sorte que, sans vous en apercevoir, la partie inférieure de votre cerveau vous fera respirer, quelle que soit la décision de la partie supérieure.

Imaginez maintenant une telle sensation présente chaque jour pendant plusieurs minutes ou plusieurs heures de votre vie depuis que vous avez vécu un événement traumatique, ou remplacez cette sensation par une rage incontrôlable, sentiment qui est appuyé, là encore, par la partie inférieure du cerveau. Cela vous donne une idée de ce qu'est l'ESPT. C'est la partie inférieure du cerveau qui commande. Par exemple, prenons le cas d'un ancien combattant qui assiste à la remise de diplôme de sa fille. Tout à coup, la partie inférieure de son cerveau lui envoie le message suivant : « On n'est pas en sécurité ici; il faut que je sorte. » Qu'est-ce qui se passe alors? L'ancien combattant se lève et quitte la salle, même si la partie supérieure de son cerveau tente de le rassurer en lui disant :

One of my best examples is a peacekeeper pulled out of a UN vehicle — a white vehicle — who was told he was going to be executed by the time he got to the other side of the road. At the last minute, the execution was halted. He was allowed to get back in the truck and finish his tour. He came back to Canada. He's walking down the street. He ends up seeing me after a little over a year. He was having huge panic attacks. When you were feeling like you couldn't hold your breath anymore, that's almost like a panic attack, except expanded.

He was having these all the time. The top part of his brain was quite clear. He was here and in Canada. The lower part is always scanning sights, sound, smell, touch, taste, your thoughts, your dreams. It's always scanning, and when it associates anything with past trauma, it warns you, and the warning was fear. As it turns out, a white truck had gone past him, and out of the corner of his peripheral vision the lower part of his brain — not the top part — saw the truck and immediately warned him. And there was the fear.

With PTSD, that is part of the problem we struggle with. It is that disconnect and trying to get the top part to become in control again. One of the other very important pieces I need to convey today is that it's not just the traumatic event; it's the level of support an individual gets after that event. It is as important as or more important than any trauma event you're exposed to.

So the level of support from the Canadian Forces will make a difference as to whether or not a person develops PTSD and how severe it is — family members, the community, the government. A prime example in the news is the New Veterans Charter. Some veterans do not feel that it is supportive. What happens? Their symptoms get worse. They get angrier. They get more vocal.

I could spend a whole afternoon talking about the good parts of Veterans Affairs and all the difficulties veterans are having accessing care, things like OSISS, the Operational Stress Injury Social Support network, which is an excellent support network of vets themselves and members.

PTSD can occur virtually in the moment or it can occur years later. I had a World War II veteran in 1995 — 50 years after the end of the war — who had a car accident. He had been fine, some simple symptoms. After the car accident and being in hospital, he

« Il n'y a pas de danger ici; c'est la graduation de ma fille. » Le problème, c'est que la partie inférieure du cerveau utilise seulement des associations et communique seulement avec les émotions.

Un de mes meilleurs exemples est celui d'un casque bleu que l'on avait arraché à son véhicule de l'ONU — un véhicule blanc — et à qui on avait dit qu'il allait être exécuté une fois qu'il aurait traversé la route. À la dernière minute, ses assaillants ont décidé d'annuler l'exécution et lui ont permis de remonter dans son camion pour finir sa mission. Il est rentré au Canada et depuis, il déambule dans les rues. Au bout d'un peu plus d'un an, il est venu me consulter. Il souffrait de terribles crises de panique. Une crise de panique, c'est un peu ce que vous avez ressenti lorsque vous vous êtes rendu compte que vous ne pouviez plus retenir votre respiration, sauf que c'est beaucoup plus fort.

Il en avait tout le temps. La partie supérieure de son cerveau était tout à fait claire. Il comprenait qu'il était ici, au Canada. Par contre, la partie inférieure du cerveau est constamment en train d'analyser les indices visuels, sonores ou olfactifs, le toucher, le goût, les pensées, les rêves. Elle est toujours en état d'alerte et lorsqu'elle associe quelque chose à un traumatisme passé, elle envoie des avertissements qui déclenchent la peur. Un jour, la partie inférieure de son cerveau — et non pas la partie supérieure — a pris conscience de la présence d'un camion blanc qu'il avait aperçu du coin de l'œil, dans son champ de vision périphérique et lui a envoyé immédiatement un signal d'alerte. Un sentiment de terreur l'a envahi.

L'ESPT est une partie du problème contre lequel nous luttons. Il y a ce problème de dichotomie entre les deux parties du cerveau et la nécessité de redonner le contrôle à la partie supérieure. Après l'événement à l'origine du traumatisme, il y a un autre élément très important dont je dois vous parler aujourd'hui; il s'agit de l'aide que reçoit la personne après avoir vécu cet événement. L'aide est aussi importante, voire plus importante que l'événement traumatique auquel on a été exposé.

Par conséquent, selon le degré de soutien reçu de la part des Forces canadiennes, l'ESPT ne se développera pas ou sera moindre, grâce au soutien des membres de la famille, de la collectivité, du gouvernement. La Nouvelle Charte des anciens combattants en fournit un bon exemple dans l'actualité. Certains anciens combattants estiment qu'elle ne leur offre pas un soutien suffisant. Que se passe-t-il? Leurs symptômes s'aggravent. Leur colère monte et leurs protestations deviennent plus véhémentes.

Je pourrais passer l'après-midi à vous parler des côtés positifs d'Anciens Combattants Canada et aussi de toutes les difficultés que les vétérans éprouvent pour obtenir des soins, par exemple dans le cadre du réseau de soutien social aux blessés de stress opérationnel, le SSBSO, un excellent réseau de soutien de l'armée et des anciens combattants eux-mêmes.

L'ESPT peut se produire pratiquement au moment de l'événement lui-même ou plusieurs années plus tard. En 1995, j'ai soigné un ancien combattant de la Seconde Guerre mondiale — 50 ans après la fin de la guerre — qui avait eu un

developed full-blown PTSD, not due to the accident. All the memories, all the nightmares went back to World War II. So there can be a delayed onset. Fifty per cent of PTSD will spontaneously resolve without treatment in the first 90 days. Two-thirds will get better in the first year whether we treat them or not, which is interesting because a lot of studies are saying they had great success in the first year. They may be getting better just on their own.

That leaves another third, though, where it is literally years that they may continue to have symptoms. Even when you get PTSD into remission, they are always vulnerable to stress or triggers that remind them of their past events, which means the symptoms can come back up. It's like diabetes. When you have diabetes, basically you have it for life. If you don't exercise, keep your weight down and eat properly, the diabetes comes back. With PTSD, if you're not sleeping properly, not exercising, you don't take care of your day-to-day stressors and you get triggers, like Remembrance Day, the PTSD will come back.

The other thing I wanted to talk about is that 46 per cent of people with PTSD will think of suicide. Up to 19 per cent will attempt. Individuals with PTSD are 90 times more likely to have physical complaints, and they utilize the medical system 37 times more than the community and military members without PTSD.

There are high rates of relationship dysfunction, and 15 per cent of relationships are in trouble. The divorce rate is double with PTSD, and it is triple the normal population for multiple divorces. PTSD is associated with cardiac disease, increased risk of chronic pain, autoimmune diseases, eating disorders, irritable bowel syndrome, stroke, cancer, bruxism or grinding your teeth; and about 80 per cent of people with PTSD also have another brain disorder like depression, et cetera.

I know I'm supposed to talk a little bit about treatment; we can discuss that. There is a website called www.istss.org. It's the International Society for Traumatic Stress Studies. They actually list the treatments that have clear evidence. There is a lot of so-called treatment out there that is not backed by evidence, and that's something else we need to talk about. There are new techniques, like quantitative EEG, where we can look at brainwaves and see where there are abnormalities with a

accident de voiture. Il allait très bien, ne montrait que quelques symptômes ordinaires. Ayant été hospitalisé après l'accident de voiture, il s'est mis à souffrir de stress post-traumatique, non pas à cause de l'accident, mais à cause de souvenirs et de cauchemars qui se rapportaient tous à la Seconde Guerre mondiale. Dans son cas, le déclenchement de l'ESPT avait été retardé. La moitié des cas d'ESPT se règlent spontanément, sans traitement, au cours des 90 premiers jours. Chez les deux tiers des patients, on constate une amélioration au cours de la première année, qu'ils reçoivent un traitement ou non. Ceci est intéressant, puisque de nombreuses études affirment obtenir d'excellents résultats au cours de la première année. Il est possible que la santé des patients s'améliore d'elle-même.

Il reste un tiers de patients qui peuvent continuer à éprouver des symptômes pendant de nombreuses années. Même lorsque le stress post-traumatique s'atténue, les patients demeurent toujours vulnérables au stress ou aux éléments déclencheurs qui leur rappellent les éléments traumatiques de leur passé. Cela signifie que les symptômes peuvent réapparaître. C'est comme le diabète. Une personne qui souffre du diabète ne parviendra jamais à guérir de cette maladie. Le diabète reviendra si le patient ne fait pas d'exercice, s'il ne contrôle pas son poids et s'il ne mange pas correctement. Un patient qui souffre d'ESPT risque de voir réapparaître ses symptômes s'il ne dort pas suffisamment, s'il ne fait pas d'exercice, s'il n'est pas attentif aux facteurs de stress de sa vie quotidienne et aux déclencheurs tels que le Jour du Souvenir.

L'autre chose que je voulais vous signaler, c'est que 46 p. 100 des personnes qui souffrent d'ESPT pensent au suicide. Dix-neuf pour cent d'entre elles font des tentatives. Les personnes atteintes de stress post-traumatique ont 90 p. 100 de risques de plus de souffrir de troubles physiques et elles font appel au système médical 37 fois plus que le grand public ou les membres de l'armée non atteints d'ESPT.

Les relations dysfonctionnelles sont beaucoup plus fréquentes et 15 p. 100 des relations conjugales sont menacées. Le taux de divorce est doublé chez les personnes atteintes d'ESPT et les divorces multiples sont trois fois plus fréquents que dans la population normale. L'ESPT est associé aux maladies cardiaques, à l'accroissement du risque de douleur chronique, aux maladies auto-immunes, aux troubles de l'alimentation, au syndrome du côlon irritable, à l'AVC, au cancer, au bruxisme ou friction des dents; et environ 80 p. 100 des personnes atteintes d'ESPT souffrent également d'autres troubles tels que la dépression, et cetera.

Je sais que je suis censé aborder un peu la question du traitement; nous pouvons en parler. Il existe un site web à l'adresse www.istss.org. C'est celui de l'International Society for Traumatic Stress Studies. On y trouve une liste des traitements qui ont été éprouvés. Il existe par ailleurs beaucoup de traitements dont l'efficacité n'a pas été établie. Nous devons aussi parler de cela. Il y a de nouvelles techniques comme celle de l'électroencéphalogramme quantitatif qui permet d'examiner les

disorder such as PTSD, and we can utilize the brainwaves as a type of feedback to try to retrain the brain.

There is a great deal of difficulty dealing with reservists because they disappear after their tours. It's hard to follow them. There is nothing in place at the moment that's tracking individuals, military members and veterans once they release, as far as how they are doing.

It's even worse with the RCMP. I know I'm not here to talk about the RCMP today, but their rates of PTSD are actually higher than the military, and veterans of the RCMP actually are taken care of by Veterans Affairs.

I'm very much aware that the military is very good at turning our citizens into soldiers. We have no program that retrains the brain back to being a civilian. That is a problem, and that is part of our difficulty.

I was in the military. The military was my family, and when I left, I left a chunk of my family behind, and I felt all alone. Even though I had civilian family, I felt all alone. There is no way of really combatting that piece.

The last piece I want to talk about is what I call the unknown fallen. In the First and Second World Wars we had soldiers who were not identified when they were killed in action, and as a result we have the Tomb of the Unknown Soldier.

I don't think government and I don't think our population are aware of the casualties I call the unknown fallen. These are individuals who have gone on their tours, survived their combat and have come home with physical wounds, with mental health issues, and who eventually succumb to those things, whether it's by suicide or by disease process, et cetera, and no one knows about it.

These are our unknown fallen. I have a number of individuals who have committed suicide or have died from their exposures on peacekeeping duty, as well as in combat, and they are not marked. They are not commemorated. Their names are not placed anywhere. Yet, they are casualties of their tours and of their duty.

On that note, I think I should probably end because I can continue talking all day on these things, and maybe open it up for questions or further direction.

The Deputy Chair: Thank you, Dr. Passey. That's a very compelling presentation. I will look to Senator White for questions.

ondes cérébrales et d'en détecter les anomalies en cas de troubles tels que l'ESPT. Il est possible d'utiliser les données fournies par ces ondes cérébrales pour reprogrammer le cerveau.

Il est très difficile de traiter les réservistes, car, une fois leur mission terminée, on ne peut pas aisément les retracer. En ce moment, rien n'est mis en place pour faire le suivi des individus, des militaires et des anciens combattants une fois qu'ils sont libérés, afin de vérifier comment ils se portent.

C'est encore pire dans le cas de la GRC. Je sais que je ne suis pas ici aujourd'hui pour parler de la GRC, mais les taux d'ESPT sont en fait plus élevés à la GRC que dans l'armée et les vétérans de la GRC sont en fait pris en charge par Anciens Combattants Canada.

Je suis tout à fait conscient que l'armée sait très bien comment transformer de simples citoyens en soldats. En revanche, il n'existe aucun programme qui permet de reprogrammer le cerveau pour la vie civile. Cela pose problème et c'est une des difficultés que nous rencontrons.

J'ai moi-même été militaire. L'armée était ma famille et lorsque j'ai quitté la vie militaire, j'ai laissé derrière moi une partie de ma famille et je me sentais très seul. Même si j'avais une famille dans le civil, je me sentais très seul. Il n'existe vraiment aucun moyen de lutter contre ce sentiment.

J'aimerais terminer en vous parlant de ce que j'appelle les soldats oubliés. Après la Première et la Seconde Guerres mondiales, il s'est avéré impossible d'identifier certains soldats morts au combat. C'est pourquoi nous avons créé la tombe du soldat inconnu.

Je ne pense pas que le gouvernement ou la population ait conscience du nombre de soldats blessés. Je les appelle les soldats oubliés. Ce sont des soldats qui sont revenus de mission, qui ont survécu au combat et qui sont revenus dans leurs foyers porteurs de blessures physiques, de problèmes de santé mentale et qui ont fini par succomber à ces blessures, soit qu'ils se sont suicidés, soit parce que la maladie les a emportés, et cetera, et personne ne le sait.

Ce sont nos soldats oubliés. Je connais plusieurs militaires qui se sont suicidés ou qui sont morts après avoir été exposés à des situations traumatiques au combat ou dans leurs missions de maintien de la paix et dont on ne commémore pas le sacrifice. Leurs noms ne sont marqués nulle part. Pourtant, ils ont été victimes de leurs missions et de leurs fonctions.

Là-dessus, je pense que je devrais probablement m'arrêter, car je pourrais en parler toute la journée, mais il faut passer aux questions et peut-être aborder d'autres perspectives.

Le vice-président : Merci, docteur Passey. Votre exposé était captivant. Je me tourne maintenant vers le sénateur White pour les premières questions.

Senator White: Thanks for being here, doctor. I truly appreciate it and apologize that we were a little delayed. I have a few questions, so I will start with them and the chair will stop me when I've asked too many.

There are a number of organizations in Canada right now that are looking at presumptive PTSD. I know you know what it means, but I will describe it just because not everyone here may; it is where it is expected that based on the interaction or work you're in already and the things that occur to you, if you end up with PTSD it's presumed that it came as a result of that occupation. I think Alberta was one of the first provinces and maybe the first to have actually accepted it in their workers' compensation package.

Dr. Passey: Correct.

Senator White: The Province of Ontario is fighting it, or at least police leaders are fighting against it. Some would argue the validity of presumptive diseases of almost any kind, with the exception of firefighters and lung disease. Do you have a perspective on presumptive PTSD?

Dr. Passey: I think we need to be a little bit careful. Not every soldier that's exposed to combat — in fact, the vast majority, probably in the neighbourhood of 85 per cent — are not going to develop something like an OSI or PTSD.

It's difficult. I think one needs to do a proper assessment. One cannot just presume that an individual has something as a result of their employment. Often there is a history of trauma or traumatic exposures in a person's background that makes them more susceptible to develop PTSD. I know at Veterans Affairs they have this five fifths assessment, where they may say, well, your childhood, that was pretty brutal, so maybe three fifths of your PTSD is due to that and two fifths of it is due to your military service.

I don't like the idea of just presumptive, but I think there are certain occupations — who knew — doctors, nurses. The hospital that I used to work at has a 12 per cent PTSD rate in our emergency department, and we were told by WCB that that's just expected. You're expected to be exposed to these things, so you're not going to get compensated for that. First responders, ambulance attendants, firefighters, police are actually higher than military with things like PTSD and suicide.

Senator White: That leads, if I may, Mr. Chair, into the second question, around secondary PTSD, and some would refer to it as emotional trauma stress disorder, so not necessarily in a position where your life is in jeopardy but continuously in a position where you see other people's lives in jeopardy, and 911 operators, for example, would argue that they never see it but they hear it every

Le sénateur White : Merci d'être venu témoigner, docteur. J'ai vraiment apprécié votre témoignage et je regrette que nous ayons été un peu retardés. J'ai quelques questions à vous poser et je vais commencer tout de suite. Le président pourra m'arrêter lorsque j'aurai posé trop de questions.

Au Canada, plusieurs organismes s'intéressent actuellement à la présomption d'ESPT. Je sais que vous savez à quoi cela fait référence, mais je vais l'expliquer, car peut-être que tout le monde ici n'est pas au courant; il y a présomption d'ESPT chez une personne qui exerce un certain métier qui l'expose à des risques susceptibles de mener à de tels troubles. Je pense que l'Alberta est une des premières provinces à avoir accepté d'inclure la présomption d'ESPT dans son règlement sur les accidents de travail.

Dr Passey : C'est exact.

Le sénateur White : La province de l'Ontario, ou tout au moins les dirigeants de la police, s'y opposent. Certains affirment qu'il existe des maladies présumées de toutes sortes, à l'exception des maladies des voies respiratoires chez les pompiers. Quel est votre point de vue sur la présomption d'ESPT?

Dr Passey : Je crois qu'il faut être prudent. Tous les soldats qui sont exposés au combat — en fait la grande majorité d'entre eux, probablement environ 85 p. 100 — ne vont pas être atteints par le TSO ou l'ESPT.

C'est difficile. Je crois qu'il faut faire une évaluation appropriée. On ne peut pas tout simplement présumer qu'un individu va souffrir de telle ou telle chose en conséquence de son emploi. Il arrive souvent qu'une personne ait été exposée à des traumatismes et qu'elle soit plus susceptible d'être atteinte par l'ESPT. Je sais qu'Anciens Combattants Canada applique une évaluation en cinq parties qui tient compte de certains éléments antérieurs. Par exemple, l'enfance plutôt brutale d'un soldat pourra représenter trois cinquièmes de son ESPT, et que les deux cinquièmes restants seront attribuables à son service militaire.

Je n'aime pas l'idée de la présomption, mais je pense que certains emplois sont plus exposés que d'autres. C'est le cas par exemple des professions médicales. L'hôpital où je travaillais accusait un taux de 12 p. 100 d'ESPT dans son département des urgences et je crois que la Commission des accidents du travail nous avait dit que ce constat était prévisible. Lorsque vous êtes exposé à ce type de risque dans le cadre de votre travail, vous ne pouvez réclamer aucun dédommagement. Les taux d'ESPT et de suicide sont en fait plus élevés chez les premiers intervenants, les ambulanciers, les pompiers, les agents de police que chez les militaires.

Le sénateur White : Voilà qui m'amène, si vous me permettez, monsieur le président, à une deuxième question concernant l'ESPT secondaire que certains appellent le trouble de stress traumatique émotionnel, qui ne met pas nécessairement la vie en danger, mais qui rend sensible à ce qui met la vie des autres en danger. Par exemple, les opérateurs du service 911 affirment qu'ils

day and sometimes 20 and 30 times a shift.

Is there a separation between PTSD and secondary PTSD, or emotional trauma stress disorder, as some experts would call it, and should there be a separation of those when it comes to what we're dealing with in relation to Canada's military? RCMP I do include because they are covered by the same program, and in fact many of them who are facing PTSD are coming back from the same theatres of operation.

Dr. Passey: It's an interesting question. As it happens, when the American Psychiatric Association actually released the DSM-5, there is now a qualifier in there that counts as a traumatic exposure, experiencing repeated or extreme exposure to adverse details of the traumatic event. So this includes police officers repeatedly exposed to details of child abuse, for instance. I think I would include the dispatchers because they are often on the line when someone dies, and they are asking them to hold on.

It doesn't have to be personal. It's this ongoing exposure. One of the worst traumas a military member can go through is actually Yugoslavia or Rwanda, where the rules of engagement prevented the individual from actually stopping the slaughter. I question whether or not it's even a legal order to do that when morally and ethically you should be intervening, but to have them trained to act and then be forced to only observe, it was very destructive.

Senator White: Do you say that there is a difference in managing the people who have PTSD from secondary or ETSD, or is it the same process we follow after?

Dr. Passey: It's a little bit difficult, because every individual is a little bit different. Characteristically, for some people, there is a lot of fear, for instance. For another person there may be characteristically a lot of anger to have to deal with. Perception of self and right and wrong and safety in the world has to be dealt with. A lot of individuals, where they are not able to act or run away, get into dissociated states. Those individuals don't necessarily feel anger or fear; they feel nothing. So you have to individualize your approach and treatment, and you may find that you get the person to feel again and then there is all the anger and fear and then you have to deal with that aspect. It's not so much the cause, it's the presentation; what parts of the brain are dysfunctioning?

Senator Enverga: That was a great presentation. I learned a lot.

What is the percentage of our troops getting PTSD when they come back here?

ne voient pas nécessairement de situations traumatisantes, mais qu'ils les entendent chaque jour et parfois de 20 à 30 fois par quart de travail.

Pensez-vous qu'il y a une différence entre l'ESPT et l'ESPT secondaire ou trouble de stress traumatique émotionnel comme certains experts l'appellent et devrait-on tenir compte de cette distinction lorsqu'on traite les cas particuliers des militaires au Canada? J'inclus la GRC, parce que ses membres sont couverts par le même programme et que beaucoup d'entre eux qui sont atteints par l'ESPT proviennent en fait des mêmes théâtres d'opération.

Dr Passey : C'est une question intéressante. D'ailleurs, le DSM-5 publié par l'American Psychiatric Association, contient désormais un critère définissant l'exposition traumatique comme une expérience répétée ou extrême exposant une personne aux détails bouleversants d'un événement traumatique. Cela s'applique par exemple aux agents de police qui sont exposés à répétition à des cas de violence faite aux enfants. J'y inclurais moi-même les répartiteurs, car ils assistent souvent en ligne à la mort de la personne qui les appelle et à qui ils demandent de tenir bon.

Ce n'est pas nécessairement une expérience personnelle, mais c'est une exposition constante. C'est en fait dans des zones de conflit comme la Yougoslavie ou le Rwanda, où les règles d'engagement empêchent une interaction pour arrêter le massacre, que les militaires peuvent subir les traumatismes les plus graves. Je me pose même des questions sur la légalité d'un tel état de choses quand la morale et l'éthique vous dictent d'intervenir, mais que vous devez vous contenter d'observer alors que vous avez été formé pour agir. C'est une situation très destructrice.

Le sénateur White : Selon vous, doit-on agir différemment pour traiter les personnes atteintes d'ESPT ou d'ESPT secondaire ou trouble de stress traumatique émotionnel? Ou suit-on le même processus?

Dr Passey : C'est difficile à dire, parce que tout le monde est différent. Chez certaines personnes, par exemple, on décèle beaucoup de peur. Chez d'autres, c'est de la colère. Il faut prendre en compte la perception de soi et l'idée que le patient se fait du bien et du mal et de la sécurité dans le monde. Lorsqu'elles ne sont pas en mesure d'agir ou de s'enfuir, beaucoup de personnes basculent dans des états dissociés. Elles n'éprouvent pas nécessairement de la colère ou de la peur; elles ne ressentent rien. Par conséquent, il faut personnaliser l'approche et le traitement pour que le patient puisse à nouveau ressentir la colère et la peur qui auraient dû être siennes et on peut à ce moment-là traiter cet aspect. Ce n'est pas tant la cause que la présentation; quelles sont les parties du cerveau qui sont touchées par le dysfonctionnement?

Le sénateur Enverga : C'était un excellent exposé. J'ai beaucoup appris.

Quel est le pourcentage de nos militaires qui souffrent d'ESPT quand ils reviennent de mission?

Dr. Passey: I'm sorry?

Senator Enverga: What percentage of our troops when they come back from their tour of duty are affected by PTSD?

Dr. Passey: I've missed the first word.

The Deputy Chair: What is the percentage of the troops.

Dr. Passey: I'm getting old; my hearing is going.

It depends on which research you're looking at, but somewhere between 5 and 15 per cent.

Senator Enverga: So 5 and 15 per cent.

Dr. Passey: Part of the difficulty, though, is that there are several issues. If it's not done anonymously, if the person actually has their name on there and they are filling in the questionnaire, there is a problem with that because there is still stigma in the military. It may still affect a person's career; it may affect the way others interact with that individual. So they may not necessarily tell the truth about that.

The other problem is in the U.S. they have done research. If you screen for those individuals within the first month or so, you are actually going to miss a significant proportion because the PTSD will show up three months, six months down the line. There is this delayed aspect. What I found in the 1990s in dealing with our peacekeepers out of Yugoslavia, Somalia or Rwanda, et cetera, is that often there was a five-year lag period between the time the individual actually developed it and when they were actually to a point where they would come forward for treatment.

Part of that was stigma. In part of the research that I did, when I asked people with PTSD to rate their emotional or psychological health, 50 per cent of the people I identified with PTSD said their health was excellent, which indicates to me they don't have the awareness that they have a problem. It is often family members and fellow soldiers who actually pick up the changes and suggest an individual goes in. The last thing to go is the person's career. Family and friends will all disintegrate, and the soldier will often not come in unless their spouse or partner says, "Go in or it's over." Or when their career starts to go down the tubes and they can no longer actually manage being a military member, then they come forward.

That's a problem with those stats.

Senator Enverga: We train our soldiers to use their upper brain more than their lower brain or sort of vice versa. Is there a study that shows we can train them back to who they are after their tour of duty? Is there anything like tags that say, "Okay, if you feel this, make sure you meet us or make sure you get training or medical treatment"? Are we developing this kind of prevention?

Dr Passey : Pardon?

Le sénateur Enverga : Quel est le pourcentage de nos militaires qui sont touchés par l'ESPT lorsqu'ils reviennent de mission?

Dr Passey : J'ai manqué les premiers mots.

Le vice-président : Quel est le pourcentage de militaires.

Dr Passey : Je dois vieillir; j'entends moins bien.

Tout dépend des recherches que l'on consulte, mais ce sont en général de 5 à 15 p. 100.

Le sénateur Enverga : C'est donc de 5 à 15 p. 100.

Dr Passey : Ce qui rend les choses difficiles en partie, c'est qu'il faut tenir compte de plusieurs aspects. Si la recherche n'est pas faite de façon anonyme, si le patient inscrit son nom sur le questionnaire qu'il remplit, cela pose problème, car il existe toujours un risque de stigmatisation dans l'armée. Les déclarations du militaire peuvent avoir une influence sur sa carrière; elles peuvent aussi influencer l'attitude des autres à son égard. Par conséquent, le patient ne dit pas nécessairement la vérité.

Les recherches effectuées aux États-Unis ont révélé un autre problème. Le dépistage réalisé au cours du premier mois ne va pas permettre de repérer une grande proportion de cas d'ESPT, car le trouble se manifeste trois mois, six mois après les faits. Il y a un certain délai. Dans les années 1990, j'ai pu observer chez nos casques bleus de retour de Yougoslavie, de Somalie ou du Rwanda, et cetera, qu'il s'écoulait souvent cinq ans avant qu'un patient souffrant d'ESPT se présente effectivement pour obtenir un traitement.

La stigmatisation est en partie responsable de cette attitude. Dans la recherche que j'ai effectuée, les patients atteints d'ESPT à qui je demandais d'évaluer leur santé émotionnelle ou psychologique, répondaient dans une proportion de 50 p. 100 que leur santé était excellente, ce qui veut dire qu'ils n'avaient pas conscience d'avoir un problème. Ce sont souvent les membres de la famille et les camarades militaires qui remarquent les changements et qui suggèrent au patient de consulter un médecin. La carrière du militaire est l'élément qui tient mieux le coup. La famille et les amis disparaîtront tous et le soldat ne se décidera pas à consulter tant que son conjoint ne le mettra pas au pied du mur en lui disant que s'il refuse, la relation sera finie. Ou alors, c'est lorsque sa carrière bat de l'aile et qu'il ne peut plus supporter ses fonctions, que le soldat se décide à consulter un médecin.

Voilà le problème avec les statistiques.

Le sénateur Enverga : Nos militaires sont formés pour utiliser la partie supérieure de leur cerveau plutôt que la partie inférieure, ou vice versa. Est-ce qu'il existe une étude montrant que l'on peut les réadapter lorsqu'ils reviennent de mission? Est-ce qu'il existe des sortes de critères qui permettent de dire « Si vous ressentez ceci, veuillez nous consulter ou demandez une formation ou un traitement médical »? Est-ce que nous développons ce type de mesure préventive?

Dr. Passey: First off, there are screening procedures for everyone that goes overseas as well as comes back. There are information sessions for the family members to also help them identify and cope with the difficulties when members come back home. I am not aware of a program that basically deprograms the brain.

I got a double whammy. In medical school, I was trained not to feel. To do emergency, I don't want to feel sorry for this person. I need to take care of them, so I don't feel. Then you throw military training on top of that where you go forward, never mind the fear. We suppress that. Our brains in the military are very good at that.

The problem is we don't have a process where we lift that back off. A lot of military members are very strict. They don't have a lot of empathy; they're not huggy, lovey-dovey individuals. Again, I'm generalizing, but a lot are like that. Well, how do we take that away?

Now PTSD basically rips the top of the brain off and the lower brain is in charge. The problem is it is usually only fear and anger. It is not necessarily a loving connection that is there. That's lost.

I wish there was some sort of program that takes a soldier and turns him or her back into a civilian-thinking individual.

Senator Enverga: Are there some people or groups studying how to do this? Are there ongoing studies to deprogram this?

Dr. Passey: I'm not aware of anything in Canada. I know Marv Westwood's Veterans' Transition Program attempts to do a transition, but the reality is it is not really doing that. It is not really treating PTSD either, but it does get individuals together and attempts to help them transition to becoming a civilian.

It is the brain piece. I was an emergency medicine doctor for a number of years, and part of the reason I stopped doing that is that I had my emotions turned off. I had trouble turning them back on when I went home at night. There was no program for me. I eventually just said I can't do this anymore.

Senator Enverga: Would you suggest that some study should be done to prevent this?

Dr. Passey: I think it would be great. I think it would be worthwhile. There may be something happening in the U.S. because they have got way more funding than we do. I am not aware of anything at the moment. This is a common complaint, namely, how do you so-call deprogram a soldier back to becoming a civilian.

Dr Passey : Permettez-moi de préciser tout d'abord qu'il existe des méthodes de dépistage qui s'appliquent à tous les militaires qui se rendent outre-mer ou qui en reviennent. Des séances d'information sont offertes également aux membres de la famille du militaire afin de les aider à déceler et surmonter les difficultés au moment de son retour. Je n'ai pas connaissance d'une procédure qui consiste à déprogrammer le cerveau.

Personnellement, j'ai été doublement programmé. À l'école de médecine, on nous habitait à ne pas éprouver d'émotion. Quand on travaille aux urgences. Il ne faut pas ressentir de la pitié pour la personne qu'on soigne. Si je veux pouvoir la soigner, je dois maîtriser mes émotions. Quand on ajoute à cela la formation militaire, on supprime en plus la peur. Chez les militaires, le cerveau est très bon pour cela.

Le problème, c'est qu'il n'existe aucun processus qui permet de rétablir les choses. Beaucoup de militaires sont très stricts. Ils n'éprouvent pas beaucoup d'empathie; ce ne sont pas des personnes qui aiment s'épancher. Là encore, je généralise, mais c'est vrai dans beaucoup de cas. Comment faire pour y remédier?

L'ESPT neutralise essentiellement la partie supérieure du cerveau et c'est la partie inférieure qui prend la direction des opérations. Le problème, c'est qu'elle ne ressent que de la peur et de la colère. Il n'y a pas nécessairement d'affection. Cette dimension a disparu.

J'aimerais bien qu'il existe une sorte de programme qui permettrait de rétablir l'équilibre naturel chez un soldat, afin qu'il puisse retrouver un mode de pensée civil.

Le sénateur Enverga : Est-ce qu'il y a des gens ou des groupes qui se penchent sur cette question? Est-ce que la déprogrammation fait l'objet d'études courantes?

Dr Passey : À ma connaissance, il n'y a rien de tel au Canada. Je sais que le Veterans' Transition Program mis sur pied par Marv Westwood s'efforce de faciliter la transition, mais il n'offre pas vraiment ce type d'approche. D'ailleurs, il ne traite pas non plus l'ESPT, il réunit plutôt les anciens militaires et les aide à faire la transition vers la vie civile.

Tout se passe au niveau du cerveau. J'ai travaillé pendant plusieurs années dans le secteur de la médecine d'urgence et j'ai décidé d'arrêter, car j'étais coupé de mes émotions. Quand je rentrais à la maison le soir, j'avais de la difficulté à retrouver mes émotions. Il n'y avait aucun programme qui pouvait m'aider. J'ai fini par décider de cesser cette activité.

Le sénateur Enverga : Est-ce que vous pensez qu'il faudrait effectuer une étude afin de trouver un moyen d'y remédier?

Dr Passey : Ce serait formidable. Je pense que ce serait très utile. Il existe peut-être quelque chose aux États-Unis, car ils sont beaucoup mieux financés que nous. Actuellement, je n'ai pas connaissance d'un tel programme. Pourtant, beaucoup se plaignent de cette lacune. Comment déprogrammer un soldat avant son retour à la vie civile?

Some can do it. That's great for them. But if the military was your career, even leaving that and coming back to the civilian side is never the same. It is never the same. The trust is not there. The level of connection is not there. If I could give anything back to the soldiers, I would give them that piece back so they become the person that they were before they entered the military. That's not to say the military is a bad place. There are a lot of good things about the military, but this piece, I wish we could undo.

Senator Enverga: It's not that I don't believe that a lot of the veterans have PTSD; I believe all of them. How easy is it to say, "I have PTSD," just to get some more support from the government? How easy is it or how hard is it not to be detected by a practitioner?

Dr. Passey: The reality is anyone can say it. Anyone can read the book, and they can sit down and say, "I have nightmares and I get really angry and I can't concentrate and — gee, I can't sleep, and, you know, I avoid people and ta-dah, ta-dah," and all that sort of stuff.

Let me tell you, I have done this for 21 years, and in those 21 years, I had three people that fooled me, but they didn't fool me indefinitely. Within six months, I was able to pick up. It is not just a matter of knowing the symptoms. It is a matter of how they present and the emotional piece that is there or not there. There are questionnaires that also attempt to help with those sorts of things.

A lot of us that are very experienced know. They present, and you look at their eyes, in the room, the emotion, the level of anger, the level of rage, the tearfulness. Is it possible? Of course it is possible. Is it probable? Not really.

The reality is, like I said, I have seen in excess of a thousand people, and I had three that tried to fake me out, and I caught them.

The Deputy Chair: Thank you, Senator Enverga.

Dr. Passey, some of the things you are saying are very compelling. It is obviously troubling to a civilian to try to understand the difficulties that sufferers of OSIs and PTSD in particular go through.

You mentioned the division between the upper part and the lower part of the brain. Is that a synaptic division or is it something else? Is it a physical divide for sufferers?

Dr. Passey: It is basically evolutionary. We sort of have a reptile brain, and on top of that we have evolved into a mammal. Reptiles have no emotions; it is all reflex. On top of that you have mammal brains. Dogs and cats, for example, have some level of emotion, and they can grow attached to you and so forth. Then there are us and our executive function and the things that make us an advanced species. That's the top part. It's an artificial

Certains le font très bien. C'est tant mieux pour eux. Une personne qui a fait carrière dans l'armée ne retrouvera jamais la même chose à son retour dans la vie civile. Ce n'est jamais pareil. La confiance n'est plus là. Le lien avec l'entourage non plus. Si je pouvais rendre quelque chose aux soldats, je leur rendrais la confiance, pour qu'ils puissent redevenir la personne qu'ils étaient avant d'entrer dans l'armée. Cela ne veut pas dire que l'armée soit un mauvais endroit. Il y a beaucoup de bonnes choses dans l'armée, mais j'aimerais vraiment changer cet aspect.

Le sénateur Enverga : Je crois volontiers tous les anciens combattants qui disent souffrir d'ESPT, mais j'aimerais savoir s'il est facile de feindre les symptômes d'ESPT pour obtenir plus de soutien de la part du gouvernement. Est-il facile ou difficile de déjouer un praticien?

Dr Passey : En fait, n'importe qui peut prétendre être atteint d'ESPT. Il suffit de lire le livre et d'énumérer les symptômes : « Je fais des cauchemars, j'ai beaucoup de colère en moi, je ne peux pas me concentrer — j'ai du mal à dormir et, vous savez, je ne veux rencontrer personne, et cetera, et cetera » et on peut en rajouter.

Croyez-moi, je travaille dans ce domaine depuis 21 ans et au cours de ces 21 années, il y a trois personnes qui ont tenté de me bernier, mais cela n'a pas duré longtemps. En moins de six mois, je les avais repérées. Il ne suffit pas de connaître les symptômes. Il faut savoir comment ils se présentent et il faut tenir compte aussi de la présence du problème émotionnel. Il existe des questionnaires qui permettent également de déceler ce genre de choses.

Parmi les intervenants très expérimentés, beaucoup le savent. Le patient se présente dans la pièce, vous le regardez dans les yeux, vous observez l'émotion, le degré de colère et de rage, les larmes qui montent aux yeux. Est-ce possible? Bien sûr. Est-ce probable? Pas vraiment.

Dans la réalité, j'ai rencontré, comme je l'ai dit, plus de 1 000 patients et trois d'entre eux ont essayé de frauder, mais je les ai repérés.

Le vice-président : Merci, sénateur Enverga.

Docteur Passey, certaines de vos déclarations sont tout à fait fascinantes. Il est sans doute troublant pour un civil d'essayer de comprendre les difficultés que vivent les patients atteints de TSO et d'ESPT en particulier.

Vous avez mentionné la déconnexion entre la partie supérieure et la partie inférieure du cerveau. Est-ce une séparation des zones synaptiques ou est-ce autre chose? Est-ce une séparation physique?

Dr Passey : C'est essentiellement une question d'évolution. Nous avons un cerveau reptilien et, au-dessus, un cerveau de mammifère. Les reptiles n'ont pas d'émotions; chez eux, tout est réflexe. Au-dessus, il y a le cerveau des mammifères. Par exemple, les chats et les chiens éprouvent certaines émotions. Ils peuvent s'attacher à leur maître. Ensuite, il y a nous, les humains et nos fonctions de décision qui font que nous sommes une espèce

division, and I'm simplifying things. The divide is the emotions and on down versus the top part, which makes us civilized, politically correct, able to do rational thoughts and solve problems.

With PTSD, the control that modulates those emotions and so forth is lost. That's very disturbing to military members when we have spent our life ensuring that we control our emotions, and now the emotions are in control of us.

The Deputy Chair: Is an explanation of that to the sufferer part of the treatment or management?

Dr. Passey: It is part of it, but knowing that doesn't fix it. That's part of the problem. For instance, for my individual who had the white vehicle, it wasn't just white vehicles. It was white cars and it was his partner's white shirt that would cause him anxiety. Knowing that and then exposing him to it is possible. There are ways of actually desensitizing that piece, but the problem is that not everyone can do that.

There are ways where we attempt to get better connection between the upper brain and the lower brain. Medication, to some extent, allows the top part of the brain to have a bit more control. It kind of dampens down the intensity of the emotions. We can use various medications to help with that.

Treatment will also involve things like diet and exercise. We know that exercise actually improves those areas of the brain that our talk therapy and medications improve. There are new fields like neurofeedback, which looks like it may enhance the pathways. We're trying to use neuroplasticity. Where pathways have been damaged, we try to regrow them and strengthen them so that the control comes back over time.

It is a process. The reality, again, is that if there's enough stress, a big enough reminder of the trauma, the lower part takes control again.

The Deputy Chair: It is safe to say there are treatments and, for the rest of the sufferers, there's just management of the PTSD?

Dr. Passey: I think everyone can benefit from treatment. What we often don't know when we start treatment is how far along a person can come and how quickly it will be. I usually tell my patients, "Let's see where you are in six months to a year." I have had people where, literally, within 20 weeks they have done really well and away they go. I have had other people where I have seen them for 10 years; they have plateaued. With that individual, unless we develop some new treatment strategies, that is probably as good as they're going to get.

évoluée, grâce à la partie supérieure du cerveau. Cette division est artificielle et a pour but de simplifier les choses. Ainsi, on sépare le cerveau inférieur, centre des émotions, et le cerveau supérieur, plus rationnel, qui nous permet de penser, de résoudre des problèmes, d'adopter une conduite civilisée et politiquement correcte.

Une personne qui souffre d'ESPT perd le contrôle de ses émotions. C'est très déstabilisant pour des militaires qui ont toute leur vie contrôlé leurs émotions, de constater que maintenant ce sont les émotions qui les contrôlent.

Le vice-président : Est-ce que l'on explique tout ceci au patient au cours du traitement ou du processus d'aide?

Dr Passey : Cela fait partie du traitement, mais il ne suffit pas de le savoir pour régler le problème. Ce n'est qu'une partie du problème. Par exemple, mon patient qui était marqué par les véhicules blancs, ne réagissait pas uniquement à ce type de stimulus. La chemise blanche de sa conjointe pouvait aussi déclencher chez lui une réaction d'angoisse. Une fois qu'on le sait, il est possible d'exposer le patient à un tel stimulus, afin de le désensibiliser, mais tout le monde ne peut pas le faire.

Il existe différents moyens d'obtenir une meilleure connexion entre le cerveau supérieur et le cerveau inférieur. Dans une certaine mesure, la médication permet au cerveau supérieur de reprendre un peu plus de contrôle. Elle permet d'atténuer l'intensité des émotions. Nous avons à notre disposition divers médicaments qui permettent d'obtenir ces résultats.

Le régime alimentaire et l'exercice sont aussi des éléments importants du traitement. Nous savons que l'exercice physique permet de restaurer certains secteurs du cerveau que la thérapie verbale et la médication peuvent améliorer. Il y a de nouveaux domaines comme le neurofeedback qui semblent pouvoir améliorer les réseaux. Nous essayons d'utiliser la neuroplasticité. Lorsque les réseaux ont été endommagés, nous tentons de les reconstituer et de les renforcer afin que le patient puisse reprendre le contrôle.

C'est un processus. Mais, dans la réalité, si le stress est suffisamment fort, assez fort pour rappeler le traumatisme, la partie inférieure du cerveau reprend le contrôle.

Le vice-président : Peut-on dire qu'il existe des traitements qui fonctionnent pour certains et que le reste des patients doivent se contenter de gérer l'ESPT?

Dr Passey : Je pense que tous les patients peuvent bénéficier du traitement. Ce que nous ignorons au début du traitement, c'est quels sont les progrès que fera le patient et quelle sera la rapidité de la guérison. Je dis généralement à mes patients : « Nous ferons le bilan dans six mois, voire un an. » Certains de mes patients se sentent mieux au bout de 20 semaines et peuvent reprendre leurs activités quotidiennes. Par contre, j'ai suivi d'autres personnes pendant 10 ans; elles avaient atteint un certain plateau et n'évoluaient plus. Dans le cas de tels patients, à moins de disposer de nouvelles stratégies de traitement, nous n'obtiendrons probablement pas de meilleurs résultats.

Having said that, for instance with First Nations people, I got an individual to a certain level, but he was missing the spiritual piece which we normally don't talk about. He got hooked back in with his elders, et cetera, and that took him to another level.

I have seen individuals where it was almost impossible to get them out of the house despite medication and our talk therapy. I got them a service dog and, all of a sudden, they're out, they're going to the mall, they're able to go to a theatre and they're able to fly on an airplane. With a service dog, it is interesting because the dog is on guard. Often, that allows the individual to feel a little bit safer.

I have another individual where their dog wakes them up whenever they get a nightmare. That veteran is no longer afraid to go to sleep now because he knows the dog will stop the nightmares which he wasn't able to stop before.

The Deputy Chair: That's fascinating. Veterans Affairs' treatment — the Department of National Defence, I'm sure, is part of treatment. There's also an option for a degree of prevention. Do you have any ideas on prevention?

Dr. Passey: The prevention piece really goes to the level of training an individual and a unit have. The better trained the unit and the individual are, the more resilient they're going to be. The better the leadership is, and in that regard not just militarily competent but also supportive of their members and, beyond that, supportive of the family members when an individual is deployed — all of those things will make a difference.

There is also realistic training. I don't know if they still do this, but the recruits for the New Zealand police force actually used to go to a slaughterhouse, for instance, so that they could smell blood and be around it. They would then take them eventually to the morgue, et cetera. That was all in preparation for their police work so that they were a bit more resilient and it wasn't quite as big a shock to the system when they were at a suicide or a murder scene.

There are ways of doing that. We're now starting to find that there are certain genetic predispositions for PTSD. That doesn't mean you are going to get it, but it means you might be a bit more vulnerable to that. That may be something in the future that we actually will screen for.

Those are the sorts of things I see. Realistic training is essential. The other piece I mentioned is the level of support.

Senator Roméo Dallaire (*Chair*) in the chair.

The Chair: We're just doing a handover.

Dr. Passey: It is very good to see you again, sir.

The Chair: Thank you. Thank you, Senator Wells.

Cela étant dit, il m'est arrivé d'obtenir d'assez bons résultats avec un ancien combattant autochtone, mais il lui manquait la dimension spirituelle que nous n'abordons pas normalement. Le fait de prendre contact avec les aînés de son peuple lui a permis d'atteindre un autre niveau.

J'ai traité d'autres patients qu'il était impossible de faire sortir de chez eux, malgré la médication et malgré la thérapie verbale. Je leur ai fourni un chien d'assistance et cela a suffi pour les faire sortir. Ils se rendaient au centre commercial, au cinéma et pouvaient même prendre l'avion. Le chien d'assistance est un moyen intéressant, car il monte la garde. Souvent, cela permet au patient de se sentir un peu plus en sécurité.

J'ai un autre patient qui se fait réveiller par son chien lorsqu'il fait un cauchemar. Cet ancien combattant n'a plus peur de dormir, car il sait que son chien arrêtera les cauchemars que lui était incapable d'interrompre auparavant.

Le vice-président : C'est fascinant. Je suis certain que le ministère de la Défense nationale participe au traitement offert par Anciens Combattants Canada. Une certaine forme de prévention est également une option. Que pensez-vous de la prévention?

Dr Passey : La prévention dépend du niveau d'entraînement du soldat et de son unité. Plus l'unité et le soldat sont entraînés, plus ils sont résilients. Quand les chefs sont compétents, pas seulement sur le plan militaire, mais qu'ils savent également comment soutenir leurs soldats ainsi que les membres de leurs familles lorsque les soldats partent en mission — tout cela compte beaucoup.

Il faut aussi que la formation soit réaliste. Je ne sais pas si elle continue à le faire, mais la police néo-zélandaise avait l'habitude de faire visiter un abattoir à ses nouvelles recrues, afin que les agents puissent être mis en présence du sang et en sentir l'odeur. Les nouveaux agents se rendaient aussi à la morgue, et cetera. C'était pour les préparer à leur travail d'agent de police, pour qu'ils soient un peu plus résilients et que ce ne soit pas un trop grand choc pour eux lorsqu'ils se retrouvent sur une scène de suicide ou de meurtre.

C'est une façon de faire de la prévention. Par ailleurs, on découvre peu à peu qu'il existe certaines prédispositions génétiques à l'ESPT. Cela ne signifie pas nécessairement qu'une personne qui a des prédispositions va être atteinte, mais elle sera un peu plus vulnérable. À l'avenir, les tests de dépistage pourront peut-être en tenir compte.

Voilà le genre de mesures que je peux voir. La formation réaliste est essentielle. J'ai mentionné également le degré de soutien.

Le sénateur Roméo Dallaire (*président*) occupe le fauteuil.

Le président : Je prends le relais.

Dr Passey : C'est un grand plaisir de vous revoir, monsieur.

Le président : Merci. Merci sénateur Wells.

Dr. Passey: Senator Wells was just asking me about prevention and resilience in regard to PTSD. I was speaking about training morale and competency. The other big issue, as I mentioned earlier, is the level of support an individual receives and the family. That goes at all levels, not only in the Canadian Forces but also in the community itself, in the government and in Veterans Affairs. All these things can potentially make a difference to the development and severity of PTSD.

Senator Wells: You mentioned that the last thing to go is career. Oftentimes, the first thing to go is family. It seems to me there are other victims aside from the military case. Could you comment on that, please?

Dr. Passey: Very much so. At our clinic in B.C., we do a fair amount of couples counselling, or therapy, as well as counselling for family members, so we get the kids in. It has a huge impact. With PTSD, when it is at its worst, the ability to engage with your partner, with your family members and emotionally be connected, be empathic, be happy and be loving — all of those things — if not inhibited may actually be destroyed. Again, divorce rates are two times those of the rest of the population for a single divorce, and three times those of the population for multiple divorces.

Individuals with PTSD have a great deal of difficulty maintaining relationships, whether with friends, with family or with a personal partner — parents, even. All of those are being affected. That, then, has a ripple effect into society itself. I didn't quote the billions of dollars this type of disorder costs, but it does have an effect way beyond the immediate individual themselves.

Senator Wells: Thank you, Dr. Passey.

The Chair: Very interesting; thank you. Senator White, we are on the second round. You are up.

Senator White: Thanks again for your responses. I appreciate it. Some parts of the military have very specialized units that have very low rates of PTSD. Yet, looking at the work they do, we would suggest that they might be a lot higher. I'm saying that because I'm told that by those units; whether that's something you agree with is a different question. Some parts of policing are the same.

Dr. Passey: Yes.

Senator White: The ERT tactical teams have much lower rates of PTSD in comparison to many other units. Some would argue that it's the multiple times they respond to different circumstances versus the one traumatic event on a Friday night at two in the morning when you go to a hostage taking with a shootout. That

Dr Passey : Le sénateur Wells a posé une question sur la prévention et la résilience face à l'ESPT. J'ai parlé du renforcement du moral et de la compétence au cours de la formation. J'ai mentionné un peu plus tôt également l'autre dimension importante, à savoir le degré de soutien que reçoivent le soldat et sa famille. Tous les niveaux sont concernés, pas seulement les Forces canadiennes, mais également la collectivité, le gouvernement et Anciens Combattants Canada. Tous ces éléments peuvent avoir une incidence au niveau du développement et de la gravité de l'ESPT.

Le sénateur Wells : Vous avez dit que c'est la carrière qui résiste le plus longtemps. Souvent, c'est la famille qui est la première victime. Il me semble qu'il y a d'autres victimes que le militaire lui-même. Pouvez-vous nous en parler un peu?

Dr Passey : C'est tout à fait vrai. À notre clinique de Colombie-Britannique, nous faisons beaucoup de soutien psychologique et de thérapie de couple et nous offrons également des services aux membres de la famille, comme les enfants. L'impact est énorme. Lorsque l'ESPT atteint son niveau le plus grave, la capacité du patient à entrer en relation avec sa conjointe, avec les membres de sa famille, la capacité à vivre ses émotions, à faire preuve d'empathie, à être heureux et aimant — toutes ces dimensions-là — si elles ne sont pas inhibées, peuvent être totalement détruites. Encore une fois, le taux de divorce est deux fois plus élevé que dans le reste de la population dans le cas d'un divorce unique, et trois fois plus élevé dans le cas des divorces multiples.

Les individus atteints d'ESPT ont énormément de difficultés à entretenir des relations avec des amis, avec leur famille ou avec leur conjoint — même avec leurs parents. Toutes ces différentes personnes sont touchées et cela a des répercussions en cascade sur la société elle-même. Je n'ai pas parlé des milliards de dollars que ce trouble coûte à la société, mais je peux vous dire qu'il a des répercussions bien au-delà des patients eux-mêmes.

Le sénateur Wells : Merci, docteur Passey.

Le président : C'est très intéressant; merci. Sénateur White, c'est votre deuxième tour. La parole est à vous.

Le sénateur White : Merci encore pour vos réponses. Elles sont très utiles. Certaines unités très spécialisées de l'armée affichent des taux très bas d'ESPT. Pourtant, si l'on fie au travail qu'elles font, on s'attendrait à ce que les taux soient beaucoup plus élevés. Je vous en parle, parce que ces informations m'ont été fournies par ces unités; je ne sais pas si vous partagerez le même avis. Certains aspects des interventions sont les mêmes.

Dr Passey : Oui.

Le sénateur White : Les équipes tactiques d'intervention d'urgence affichent des taux bien plus faibles d'ESPT que beaucoup d'autres unités. Certains disent que la différence tient au fait que ces unités font des interventions multiples dans des circonstances différentes plutôt que de vivre un seul événement

may not have as great an impact as the others. Some would argue that it is the team atmosphere. That is, there are 12 of you arriving at the call versus one.

What's your perspective? Do you believe some are better at handling it? Is it the team piece? Is it the activity following the call that you spend three hours on debriefing versus 30 seconds on your way to the next call? Or is it all of those things?

Dr. Passey: It is interesting because I have a number of individuals seeing me. Again, there are the specialty areas. With JTF2, for instance, when I went into Rwanda I went in with individuals from that unit. Speaking with them, I found that part of their difficulty was they couldn't come forward because it would jeopardize their position on the team.

Are the rates lower in those specialized units? I would say while operational, I would probably agree with that. The difficulty is that individuals with PTSD are able to continue doing their job. It is very rare that anyone is ever sent back off of deployment with PTSD. The difficulty is when they come home, are no longer task-oriented and have time to think and feel again.

I would like to see because, particularly in the police force, the RCMP for instance, there are no stats. No one is doing anything with that. I'd love to see it because we are getting swamped with RCMP officers coming forward. In fact, we will soon have more RCMP than actual veterans at our clinic.

I think what probably happens with that is that they are very well trained, good leadership, good morale, very supportive. I can say one thing about the IRG team and the individuals I have seen. The officers involved in supervising them have been very supportive of their individuals and are quite happy to get them back.

Having said that, it's interesting that I have heard that, in Alberta, anyone diagnosed with PTSD on IRT is taken off. So you are getting mixed messages there, but I think, with specialized units, good morale, great training and good support, people are less likely to develop PTSD. I would like to see those guys five, 10 years down the line, particularly once they are out of the military or the RCMP, because that's when they actually become most vulnerable.

Senator White: May I ask a follow-up?

The Chair: Yes.

traumatique un vendredi soir à 2 heures du matin quand il faut faire face à une prise d'otages par un malfaiteur armé. Il est possible que l'impact ne soit pas aussi grand dans certaines circonstances. Certains affirment que c'est l'atmosphère d'équipe qui joue ici un rôle. C'est-à-dire qu'au lieu d'être seul, ce sont 12 personnes qui répondent ensemble à l'appel.

Quel est votre point de vue? Pensez-vous que certaines personnes réagissent mieux que d'autres? Est-ce que les choses sont différentes lorsqu'on est en groupe? Cela tient-il à l'activité qui suit l'appel et qui donne lieu par la suite à un compte rendu de mission de trois heures, plutôt qu'un compte rendu de 30 secondes en route vers la prochaine intervention? Ou encore, est-ce que tous ces éléments sont importants?

Dr Passey : C'est intéressant, parce que plusieurs de ces personnes me consultent. Là encore, ce sont des domaines spécialisés. J'ai accompagné des membres de la Deuxième Force opérationnelle interarmées lorsque je suis allé au Rwanda. En leur parlant, j'ai découvert qu'une partie de leurs difficultés tenait au fait qu'ils ne pouvaient pas se confier, car ils risquaient d'être écartés de l'équipe.

Les taux sont-ils plus faibles dans ces unités spécialisées? Je dirais que c'est probablement le cas tant que les membres de ces unités sont actifs. Ce qui est trompeur, c'est que les personnes atteintes d'ESPT sont tout à fait capables d'exercer leurs fonctions. Il est très rare qu'une personne atteinte d'ESPT soit écartée d'une mission. Le problème, c'est quand ces intervenants se retrouvent chez eux, oisifs, et qu'ils ont à nouveau le temps de penser et d'écouter leurs émotions.

J'aimerais vérifier, parce qu'il n'existe pas de statistiques, en particulier dans la police, la GRC, par exemple. Personne ne s'en occupe. J'aimerais vérifier cette dimension, parce que nous accueillons un grand nombre d'agents de la GRC. En fait, notre clinique en accueille plus que de véritables anciens combattants.

Ce qui se passe probablement, c'est qu'ils reçoivent une bonne formation, qu'ils ont de bons chefs, un bon moral et un milieu qui leur offre un soutien solide. Une chose que je peux dire au sujet des membres de l'équipe de réponse immédiate que j'ai rencontrés, c'est que les officiers les encouragent beaucoup et qu'ils sont très heureux de les reprendre dans leur équipe.

Cela étant dit, j'ai entendu dire qu'en Alberta, tous les membres de l'équipe de réponse immédiate qui sont victimes d'ESPT sont écartés du groupe. Par conséquent, les conditions ne sont pas partout les mêmes, mais je pense que les membres des unités spécialisées où le moral est bon, qui reçoivent une excellente formation et un bon encouragement, sont moins susceptibles d'être atteints d'ESPT. J'aimerais pouvoir examiner ces gens-là dans cinq ou 10 ans, en particulier une fois qu'ils auront quitté l'armée ou la GRC, car c'est à ce moment-là qu'ils sont les plus vulnérables.

Le sénateur White : Suis-je autorisé à poser une question supplémentaire?

Le président : Oui.

Senator White: Thank you very much. See, he doesn't remember how many questions I asked, which is good for me. Great response. Thank you very much for that. I served on IRT and oversaw IRT teams. As a police chief in Ottawa, I had tactical teams. Our issues around PTSD or similar were much lower in those specialized units in comparison, so I appreciate that because maybe it is about timing. As well, I had a number of officers who served as reservists in Afghanistan and other places and a number of officers, up to 80, who actually served in Afghanistan in a civilian police role with the RCMP. Our numbers from those people coming back were very low as well, and we were into the seventh year — while I was there — of that happening. I'm trying to figure out. Maybe you have an answer. They come back and are thrown right back into their civilian life of being a clerk at the Government of Canada versus coming back, still being in a uniform and working on the streets in a team atmosphere in a similar task-oriented role. Should we be bringing them back and graduating them through some sort of task orientation to correct it, I guess, rather than to change it? When I gave up my uniform, I found it challenging for six months, and I wasn't going through those challenges. I didn't come back from Afghanistan. So is there something we could do about a graduated removal from task-oriented roles that would change it?

Dr. Passey: That's a really good question.

Senator White: Write it down because it's the only one you get.

Dr. Passey: Again, for members that are continuing to serve, for a lot of the individuals I see in the military and the RCMP, the way they cope is to remain busy, head down, full speed ahead. So, if that's the way that individual copes, typically, I'm not going to see that person for maybe five years down the line, seven years down the line, if they develop it. Again, we need to be aware that probably 85 per cent of individuals who are exposed to traumatic situations in the military or with the police are not necessarily going to develop PTSD. So we're looking at a small but significant proportion. What do we do with that? It's difficult, because, for the person, if that's their coping strategy, then you don't want to take that away from them because they will remain productive in the force, whatever force, while they are able to do that. I saw it with the World War II veterans because I assessed and treated a lot of World War II veterans when they retired and were no longer able to be busy 12 hours a day or sometimes 16 hours a day. Now, they are retired and have all this time on their hands, then it all percolates to the forefront.

Le sénateur White : Merci beaucoup. Vous voyez, il ne se rappelle plus combien de questions j'ai posées. Tant mieux pour moi. Merci beaucoup pour votre excellente réponse. J'ai travaillé au sein d'équipes de réponse immédiate et j'en ai supervisé. Lorsque j'étais chef de police à Ottawa, j'avais des équipes tactiques. Dans ces unités spécialisées, les cas d'ESPT ou de troubles similaires étaient comparativement bien moins nombreux. Je peux comprendre que la fréquence des interventions puisse avoir une influence. D'autre part, un certain nombre de mes officiers ont servi à titre de réservistes en Afghanistan et ailleurs et un certain nombre d'entre eux, jusqu'à 80, ont servi en Afghanistan dans la police civile, avec la GRC. Les chiffres étaient très faibles également chez ceux qui étaient de retour au pays et nous étions là-bas depuis sept ans — lorsque j'y étais moi-même. J'essaie de comprendre. Peut-être que vous connaissez la réponse. Quand ils reviennent, ils retournent à la vie civile immédiatement et ils travaillent comme employés du gouvernement du Canada, plutôt que de continuer à travailler, en uniforme, dans les rues, dans une atmosphère d'équipe et dans un rôle centré sur la tâche à accomplir, comme au cours de la mission qu'ils viennent de terminer. Est-ce qu'il faudrait réadapter peu à peu le personnel au moment de son retour en lui confiant des activités centrées sur la tâche à accomplir, plutôt que de modifier cette activité? Quand j'ai quitté mon uniforme, il m'a fallu six mois pour m'en remettre et pourtant, je ne rencontrais pas toutes ces difficultés. Je ne revenais pas d'Afghanistan. Par conséquent, est-ce qu'il serait utile de proposer une transition graduelle à ces membres du personnel afin qu'ils s'habituent à exercer des rôles moins centrés sur la tâche à accomplir?

Dr Passey : C'est vraiment une très bonne question.

Le sénateur White : Prenez-en note, parce que c'est ma dernière question.

Dr Passey : Pour un grand nombre des membres de l'armée et de la GRC que je rencontre, le fait de rester actifs et de garder le rythme s'est avéré une bonne façon de surmonter leurs difficultés. Les gens qui réagissent de cette manière, je n'en entends pas parler pendant cinq ou sept ans, jusqu'à ce qu'ils éprouvent éventuellement des difficultés. Toutefois, il faut bien comprendre que probablement 85 p. 100 des personnes qui sont exposées à des situations traumatiques dans l'armée ou dans la police, ne vont pas nécessairement souffrir d'un syndrome post-traumatique. Par conséquent, nous avons affaire à une petite portion qui constitue malgré tout une tranche importante. Que pouvons-nous faire? C'est difficile à dire, parce que l'on ne peut pas empêcher une personne de demeurer active dans les forces armées ou la police, si c'est pour elle une façon de réagir, si c'est sa façon de s'en sortir. J'ai rencontré des anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale, parce que j'en ai évalué et traité beaucoup au moment de leur départ en retraite, lorsqu'ils n'étaient plus occupés 12 heures ou peut-être même 16 heures par jour. Une fois en retraite, ils se retrouvent avec énormément de temps libre et tout ce qu'ils ont vécu refait peu à peu surface.

I know that the military has used, basically, a graduated step back to Canada as an attempt to sort of deal with some of these things, but the reality is that it's nice but doesn't really work.

Senator White: Three weeks in Germany.

Dr. Passey: Yes.

Senator White: Thank you very much.

The Chair: Before Senator Wells, because we have time for a second round, I have gone down to the U.S. Marine Corps, which was discovering that it was having casualties appear that it had never seen before — alcohol, drugs and so on amongst its officer core. What I was able to explain to them is that, in fact, being a marine officer is already being a workaholic and that people would literally push themselves to the extent of trying, ultimately, not just to be busy but to actually kill themselves at work. They have had casualties of people where their whole system has broken down. That's good until you actually destroy yourself.

Do you see, in the work that you are doing, a difference in the impact of this injury on the officer commanding levels versus the more junior and sort of lower rank, implementing, tactical people?

Dr. Passey: You guys all have great questions. I know, when I did the research on the peacekeepers, back in 1993, out of Yugoslavia, there was a lower rate of PTSD among the officer corps. Part of the way I explained that is that the reality is that it's the corporal and the private out there on the front lines for the majority of it. I thought, okay, that made some sort of sense. I think Afghanistan certainly is different, and what the Marine Corps is exposed to is different. The Marine Corps now actually builds in a suicide rate as far as casualties with their deployments. So, when they deploy I don't know how many thousands of individuals, they already calculate, ahead of time, how many are likely to die from suicide when they come back. There are all sorts of attempts to try to find and treat individuals or provide them with different coping strategies. The American army was actually, for instance, using yoga. Who would have thought, but they were using yoga prior to and during and after coming back. Part of that is being able to relax and not have to go, go, go. The adrenaline when you're a workaholic is high. Throw PTSD on top of that, and the adrenaline is through the roof all the time. You're at risk for all sorts of disease processes — cardiac disease, high blood pressure and cancer and all of those sorts of things.

I think we need to look at, perhaps, some other innovative ways of providing to our troops and, particularly, our officer core and our senior NCOs. The reason I say this is that they are the leaders. If we can get them to buy into resilience training or other coping strategies, then the troops will follow. I don't have the

Je sais que l'armée a mis en place une sorte de rapatriement progressif au Canada, dans le but de remédier à ce genre de choses. En réalité, c'est un bon programme, mais il ne donne pas vraiment de bons résultats.

Le sénateur White : Trois semaines en Allemagne.

Dr Passey : Oui.

Le sénateur White : Merci beaucoup.

Le président : Je ne vais pas donner la parole tout de suite au sénateur Wells, puisque nous avons du temps avant le second tour. J'avais pris contact avec les responsables du Marine Corps des États-Unis, lorsqu'ils ont constaté l'apparition de problèmes d'alcool et de drogue qu'ils n'avaient jamais connus auparavant parmi leurs officiers. Je leur ai expliqué qu'en fait un officier du Marine Corps est déjà un bourreau de travail et que ces gens-là n'hésitent pas à donner leur maximum, allant littéralement jusqu'à se tuer à la tâche. Ils ont eu tellement de problèmes que tout le système s'est effondré. C'est très bien tant que ça fonctionne, mais ça peut aller jusqu'à l'autodestruction.

Dans le cadre de votre travail, est-ce que vous constatez une différence d'impact au niveau de ce type de blessure chez les officiers par rapport à leurs subalternes, par rapport au personnel de rang inférieur chargé de la mise en œuvre et des opérations tactiques?

Dr Passey : Vous posez tous d'excellentes questions. Les recherches que j'avais faites en 1993 auprès de casques bleus revenant de Yougoslavie avaient révélé un taux plus faible d'ESPT parmi les officiers. Je l'ai expliqué en partie par le fait qu'en réalité le caporal et le soldat se trouvent pour la plupart en première ligne. J'ai pensé que c'était assez logique. Dans le cas de l'Afghanistan, je crois que c'est vraiment différent, car les soldats du Marine Corps ne sont pas exposés de la même manière. En fait, le Marine Corps inclut dans ses pertes les suicides qui se produiront après la mission. Par conséquent, au moment du déploiement des troupes, on sait déjà combien il y aura de suicides parmi les milliers de soldats qui sont déployés, une fois qu'ils seront de retour au pays. Toutes sortes de tentatives ont été faites en vue de repérer et de traiter les individus vulnérables ou de leur offrir différentes stratégies d'adaptation. En fait, l'armée américaine utilisait par exemple le yoga. Qui aurait pensé que le yoga aurait pu servir avant et pendant le déploiement et après le retour des troupes? L'idée, c'est de pouvoir se détendre et d'arrêter la course folle. Le taux d'adrénaline est très élevé chez les personnes qui travaillent énormément. Ajouter l'ESPT là-dessus et l'adrénaline devient un véritable geyser. C'est la porte ouverte à toutes sortes de troubles — maladies cardiaques, hypertension, cancer et autres.

Je pense que nous devons peut-être trouver d'autres façons novatrices d'offrir de l'aide à nos troupes, en particulier aux officiers et aux sous-officiers supérieurs. Si je le dis, c'est parce que ce sont des leaders. Si nous pouvons les convaincre d'offrir un entraînement à la résilience ou d'autres stratégies d'adaptation, le

answers for that piece because I'm so busy struggling, trying to deal with assessments and treatments. The whole prevention piece needs to be looked at.

The Chair: There is work being done on looking at the impact of PTSD and what creates PTSD amongst commanders versus amongst subordinates, and some of the stuff that's coming out is indicating that you need two different treatment methodologies because the problem is created differently, as you've described. Thank you.

Senator Wells: Thank you again, Dr. Passey. Can you tell me about your staff? Your staff deals with folks who have significant problems that are life threatening and, in many cases, life ending. Can you tell me how your staff handles that at your clinic?

Dr. Passey: Our staff is a little bit different — or so we've been told — than in the other OSI clinics within the network. We are very collegial and very supportive. We promote an atmosphere of self-care, whatever that looks like. We had a retreat there yesterday. It is very difficult, and I will tell you that part of the problem we have right now is that there has been a change in the adjudication and appeal process within Veterans Affairs in the last couple of years. I never used to have my write-ups denied, and now — it's very interesting — there are denials of claims. They even say that there is no medical, military evidence connecting service to this disorder. However, when I go through the military medical file, I find eight entries saying that this person's stress has caused these symptoms and this diagnosis.

We don't mind doing the work. I will bend over backwards for a vet as far as assessment and treatment go; but we're getting killed by all the paperwork and by all the denials. I don't know why or what is happening, but there has been a shift. I've been doing this now for 21 years, and in about the last two years there are all sorts of denials coming through.

The other problem we have within the OSI clinics is the way they're funded through the health authorities. You have to realize that the health authorities do not value psychologists. They actually pay them less than social workers, or thereabouts, and nurses. They are in about the same range. A good psychologist can make three to four times as much money in private practice as they can make working for an OSI clinic. The professionals we draw on when we hire, and there is turnover, although not at our clinic at this time, are junior people right out of school. I can tell you right now that it takes about two years to bring that person up to speed so that they are doing everything I think a psychologist should be doing, not that it's my job to do that. I am confident that they are competently handling the veterans' files. We've got some real issues with regard to our recruitment

reste des troupes suivra. Je n'ai pas de réponse à offrir, car je suis tellement occupé par les évaluations et les traitements. Il faut vraiment s'intéresser de près à la prévention.

Le président : Des recherches se penchent sur l'impact de l'ESPT ainsi que sur ses causes chez les commandants par rapport aux subordonnés et, d'après les observations, il semble qu'il faudra avoir recours à des méthodes de traitement différentes, puisque la genèse du problème est différente, comme vous l'avez expliqué. Merci.

Le sénateur Wells : Merci encore, docteur Passey. Pouvez-vous nous parler de votre personnel? Votre personnel accueille des patients qui ont de graves problèmes qui menacent leur vie et même même fatals dans bien des cas. Pouvez-vous nous dire comment votre personnel gère ce type de situation à votre clinique?

Dr Passey : Notre personnel est un peu différent de celui qu'on trouve dans les cliniques TSO du réseau — tout au moins, c'est ce que l'on nous a dit. Nous avons une attitude très collégiale et axée sur l'encouragement. Nous proposons une atmosphère d'autonomie en matière de santé, quelle que soit la forme que cela puisse prendre. Hier, nous avons eu une journée de réflexion. C'est très difficile et je dois vous dire que la situation est aggravée en partie par la modification du processus de règlement et d'appel des demandes à Anciens Combattants Canada depuis deux ans environ. Jusqu'à présent, aucune de mes évaluations n'avait été rejetée, mais maintenant — c'est très intéressant —, certaines demandes sont rejetées. On nous dit même qu'il n'existe aucune preuve médicale ou militaire permettant de relier ce trouble au service à l'armée. Pourtant, lorsque je consulte le dossier médical militaire, je peux trouver une dizaine d'annotations indiquant que le stress vécu par le patient a causé ces symptômes et mené à ce diagnostic.

Le travail ne nous fait pas peur. Je ferais n'importe quoi pour aider un ancien combattant, faire son évaluation et lui offrir un traitement, mais la paperasse nous tue, sans parler des rejets de demandes. Je ne sais pas ce qui se passe, je ne comprends pas pourquoi, mais nous avons constaté un changement. Cela fait 21 ans maintenant que je fais ce travail et, au cours des deux dernières années, nous avons eu toutes sortes de refus.

L'autre problème que rencontrent les cliniques TSO, c'est qu'elles sont financées par les autorités de la santé. Vous devez savoir que les autorités de la santé n'accordent pas beaucoup d'importance aux psychologues. Elles les paient moins que les travailleurs sociaux et que les infirmières, ou à peu près la même chose. Or, un bon psychologue peut gagner trois ou quatre fois plus en pratique privée que dans une clinique TSO. Les professionnels que nous engageons sortent tout droit de l'école. Il y a aussi un grand roulement du personnel, mais pas à notre clinique pour le moment. Je peux vous dire qu'il faut actuellement environ deux ans pour former ces nouvelles recrues avant qu'elles soient en mesure d'offrir le service que doit prodiguer à mon avis un psychologue, bien que cela ne relève pas de mes fonctions. Je suis convaincu que les psychologues traitent les dossiers des

and our retention.

This is hard work, and if you're getting paid a quarter of what you could get paid just going across the street as a private professional, it's difficult. Having said that, our clinic has great professionals, but it's taken time to build them up to that. I keep my fingers crossed that we don't lose them.

Senator Wells: Well, it's important for us to know that — more than good for us to know. While families are on the front lines in the war back in Canada, you and your team are key to what is necessary. Thank you for that.

Senator Enverga: How would you rate the support that the government has been giving our veterans with regard to PTSD? How would you compare it to the RCMP and other roles that we have?

Dr. Passey: Boy, that feels like a minefield. The government has come a long way from when I started. Certainly it's attempted to be innovative and provide new programs. Some parts of the system work quite well, and some parts don't. If you're not particularly ill and want to get an education and stuff, and if you can navigate the system, then it's great. The problem is that the people I see are not like that. Let me give you a couple of examples of where there are problems.

I had an individual that I treated for two years. I finally got him up to the level that he could go to school. He found a program that was going to pay him really well when he finished at the British Columbia Institute of Technology. To get into that program, VAC said he had to have CanVet's approval. He has already applied and then this happened three months before the program started. He couldn't get into CanVet to get their approval, so his options were to wait another year, which clinically would have been disastrous, or to pay out of pocket. I said, "If you've got the money, pay out of pocket, and we'll attempt to get funding later. This individual completed his program. He's now employed. Two months into his job, CanVet finally comes and says, "I guess we won't have to do an assessment beyond what we've done; and we'll pay for your program." If this vet had not had the money, he would not have gotten in. That's one of many instances.

I've also heard where CanVet has worked very well; but there are problems in that regard. There is an expectation also that veterans should be able to apply. I can tell you right now that a lot of my vets cannot open up their mail, especially from Veterans Affairs because it's so triggering. It brings all their symptoms back. Sometimes they'll come in with a stack of mail, and I have

anciens combattants avec compétence. Nous faisons face à de véritables problèmes en matière de recrutement et de maintien des effectifs.

Le travail est difficile, d'autant plus si vous êtes payé quatre fois moins qu'un autre professionnel qui travaille dans le secteur privé à la porte d'à côté. Cela étant dit, notre clinique peut se vanter d'avoir d'excellents professionnels, mais il a fallu mettre le temps pour bâtir cette équipe. Je me croise les doigts en espérant que nous ne les perdrons pas.

Le sénateur Wells : C'est important pour nous de savoir tout ça — extrêmement important. Après le retour des militaires au Canada, les familles sont en première ligne et directement exposées. Vous et votre équipe sont indispensables pour leur offrir les soins nécessaires. Merci pour cela.

Le sénateur Enverga : Comment évaluez-vous le soutien que le gouvernement a accordé à nos anciens combattants en matière d'ESPT? Comment comparer ces soins à ceux que l'on offre aux membres de la GRC et aux autres intervenants que nous avons?

Dr Passey : Oh là là, votre question ressemble à un champ de mine. Le gouvernement a fait beaucoup de progrès depuis que j'ai commencé. Il s'est efforcé d'innover et d'offrir de nouveaux programmes. Certains éléments du système donnent d'assez bons résultats, contrairement à d'autres. Si vous n'êtes pas particulièrement malade et que vous souhaitez poursuivre vos études, le système est excellent, à condition de savoir comment y naviguer. Le problème, c'est que les gens qui viennent me consulter ne sont pas bien préparés pour cela. Permettez-moi de vous donner quelques exemples afin d'illustrer les problèmes.

J'avais un patient que j'ai traité pendant deux ans. Finalement, il s'est avéré qu'il était assez bien pour retourner aux études. Il avait trouvé un programme qui lui permettrait de décrocher un emploi bien payé une fois qu'il aurait terminé ses études au British Columbia Institute of Technology. Pour s'inscrire au programme, ACC lui demandait d'obtenir l'approbation de CanVet. Il avait déjà déposé sa demande et il lui restait trois mois avant le début des études. Comme il ne recevait pas l'autorisation de CanVet, ses options étaient d'attendre une année, retard qui aurait été désastreux pour lui sur le plan clinique, ou de payer de sa poche. Je lui avais conseillé de payer de sa propre poche s'il avait de l'argent, et que nous tenterions plus tard d'obtenir un remboursement. Le patient a terminé son programme d'études et il a maintenant un emploi. Il travaillait déjà depuis deux mois quand CanVet a donné sa réponse : « Je pense que nous n'aurons pas à faire une évaluation autre que celle qui a déjà été faite; en conséquence, nous allons payer vos études. » Si cet ancien combattant n'avait pas eu l'argent nécessaire, il n'aurait pas pu faire les études souhaitées. C'est un cas parmi tant d'autres.

On m'a dit aussi que CanVet obtient de très bons résultats dans certains domaines; mais il y a des problèmes. On s'attend à ce que les anciens combattants fassent des demandes. Je peux vous dire tout de suite que beaucoup de mes patients ne peuvent même pas ouvrir leur courrier, surtout quand il vient d'Anciens Combattants Canada. En effet, la simple vue de l'enveloppe

to sort of help open it. There are issues in the transition from being a military member to being a veteran; and there are problems with the lump sum payment.

Senator Dallaire and I were actually on a committee once upon a time. I had hoped for a blended system where there would be a monthly stipend but also some sort of lump sum that would allow a veteran, if severely injured, to maybe have a down payment on a house or something while still having the monthly amount. I've got vets who have gone through the lump sum.

Senator Enverga: You cannot rate the level of support as good, bad or very good?

Dr. Passey: Well, it depends on what aspect of the programs you're talking about. Some of the case managers are excellent, and then others should work for Revenue Canada, to be honest with you. They've no empathy at all. Depending on where you're looking, the New Veterans Charter, there are some major issues and some parts that I think are good.

At Veterans Affairs, some individuals are quite excellent, while others I shake my head at. I will tell you what the problem is with Veterans Affairs. Veterans Affairs has no quality assurance program. That means an individual, if you're an adjudicator or you're on the appeal panel, can continue to make the same mistake and deny a veteran a claim and there are no repercussions, no accountability and no responsibility. It's the same thing for the front lines — the case managers. I've had people downright disrespectful not only to the veteran but also to me when I got on to advocate. That individual continues to handle cases, and I don't think they should.

I would like to see a quality assurance program where the investigators are actually veterans. It would run under the ombudsman, and they would have the ability to change Veterans Affairs internally. Then the veterans would have a voice. Then you would be empowering them. The way it is, a lot of this is very paternalistic. If you're a veteran, you cannot go to school until you see this college or university graduate who says, okay, I think you can go. Otherwise, you're out of luck because if they say, IT security, you're not going to make money at that, so we're not going to fund that, well, that guy is out of luck. You're actually treated as lesser than the rest of our civilian population.

The Chair: Thank you, Dr. Passey. You indicated at one point and we realized, to our chagrin, that people who are injured with this simply cannot handle normal staffing. You can't handle

déclenche tous leurs symptômes. Parfois, ils arrivent avec toute une pile de courrier et je dois en quelque sorte les aider à ouvrir les lettres. Il y a des problèmes de transition entre la vie de militaire et celle d'ancien combattant, et des problèmes au niveau du paiement forfaitaire.

Le sénateur Dallaire et moi-même avons d'ailleurs siégé à un comité. J'avais souhaité la mise en place d'un système mixte offrant une allocation mensuelle, mais également un paiement forfaitaire qui aurait permis par exemple à un ancien combattant gravement blessé d'effectuer un versement initial pour l'achat d'une maison ou autre, tout en continuant de disposer de l'allocation mensuelle. Je connais des anciens combattants qui ont tout dépensé leur paiement forfaitaire.

Le sénateur Enverga : Selon vous, le niveau de soutien que reçoivent les anciens combattants est-il bon, mauvais ou très bon?

Dr Passey : Tout dépend de quel aspect des programmes il est question. Certains gestionnaires de cas sont excellents, mais d'autres feraient franchement mieux de travailler pour Revenu Canada. Ils n'ont absolument aucune empathie. Dans le cas de la Nouvelle Charte des anciens combattants, certaines dispositions sont excellentes, mais il y a aussi de graves lacunes.

À Anciens Combattants Canada, certains fonctionnaires sont excellents, alors que d'autres sont désespérants. Le problème avec Anciens Combattants Canada, je vais vous le dire : il n'y a aucun programme d'assurance de la qualité. Cela veut dire qu'une personne qui est arbitre ou membre d'un comité d'appel, peut répéter la même erreur continuellement, rejeter la demande d'un ancien combattant, sans qu'il n'y ait aucune conséquence et qu'il ne soit astreint à aucune obligation de rendre compte ni aucune responsabilité. C'est la même chose pour les personnes en première ligne — les gestionnaires de cas. J'ai eu affaire à des gens qui manquaient tout à fait de respect, non seulement envers un ancien combattant, mais à mon égard, quand je prenais sa défense. Cette personne continue à traiter des cas alors qu'elle devrait à mon avis changer d'emploi.

Je souhaiterais la mise en place d'un programme d'assurance de la qualité dont les enquêteurs seraient en fait des anciens combattants. Ce programme relèverait de l'ombudsman et aurait la capacité de faire évoluer Anciens Combattants Canada de l'intérieur. Cela donnerait une voix aux anciens combattants et les responsabiliserait. Dans l'état actuel des choses, le système est très paternaliste. Un ancien combattant ne peut pas retourner aux études avant d'avoir eu l'aval d'un détenteur de diplôme collégial ou universitaire. En revanche, si ces fonctionnaires décident que la sécurité des technologies de l'information n'est pas une voie très lucrative, ils refuseront de financer des études dans ce domaine. Pas de chance pour l'ancien combattant. En fait, les anciens combattants sont moins bien traités que la population civile.

Le président : Merci, docteur Passey. Vous nous avez dit et nous avons compris, hélas, que les personnes qui vivent un état de stress post-traumatique ne peuvent tout simplement pas

normal decisions because you literally can't read it because you can't retain what you're reading. In fact, just looking at it creates such trauma that you don't even want to do that.

Building a system to assist in that is significant. That's why I believe that the self-stigmatization as a concept is horrifically erroneous because the injury causes you to not want to get help or to stay away from help.

Dr. Passey: Yes.

The Chair: Thanks for coming all the way from B.C. I hope it was informative to colleagues to hear from someone with such a background who has seen this from the inside and the outside. I will articulate in front of everyone that he is one of the pioneers in the arena of operational stress injury perceived as an honourable injury, not a disease or sickness that some still believe. Thank you for your candour — well done.

Dr. Passey: Thank you.

The Chair: I am very sorry to have been late, but I was able to get us the budget for us to do what we want to do next fall. All the best.

Senator Wells: Chair, before you bang the gavel, if I may while we're still in public broadcast and on record, I would like to say I believe this may be your final appearance as chair on this subcommittee. I'm not sure what your immediate plans are for next week.

The Chair: That's correct.

Senator Wells: I just wanted to say that it's been a pleasure, and at times a challenge, to serve with you.

Senator White: You did a good job.

Senator Wells: Senator, you have served the committee with skill, the Senate with distinction, and the country with honour. You're to be thanked for that.

The Chair: Well done. Thank you very much. I like your new haircut too — it looks pretty smart.

Thank you.

(The committee adjourned.)

poursuivre normalement leur carrière. Il leur est impossible de faire face à des décisions normales, parce qu'elles ne peuvent littéralement pas les comprendre, ni retenir ce qu'elles ont lu. En fait, le simple fait de prendre connaissance d'un document peut provoquer un traumatisme que nous ne voulons certes pas causer.

Il est important de mettre en place un système pour leur venir en aide. C'est pourquoi je crois que l'autostigmatisation est une erreur horrible, car la blessure vous empêche d'obtenir de l'aide ou vous amène à la refuser.

Dr Passey : Oui.

Le président : Merci d'être venu d'aussi loin que la Colombie-Britannique. J'espère que mes collègues auront bénéficié du témoignage de quelqu'un qui connaît bien cette situation de l'intérieur et de l'extérieur. J'aimerais souligner que notre témoin est un pionnier et qu'il a contribué à faire en sorte que la blessure de stress opérationnel soit perçue comme une blessure honorable et non pas comme une maladie ou une faiblesse, comme certains le pensent encore. Merci pour votre franchise et votre excellent témoignage.

Dr Passey : Merci.

Le président : Je suis désolé d'être arrivé en retard, mais je suis parvenu à obtenir le budget dont nous avons besoin pour l'automne prochain. C'est parfait.

Le sénateur Wells : Monsieur le président, avant que vous donniez le coup de marteau, j'aimerais signaler, pour le compte rendu et pendant que la séance est encore télédiffusée, que c'est peut-être la dernière fois que vous présidez notre sous-comité. Je ne sais pas quels sont les plans immédiats que vous avez pour la semaine prochaine.

Le président : C'est exact.

Le sénateur Wells : Je veux dire que ce fut un plaisir, et parfois un défi de vous servir.

Le sénateur White : Vous avez fait de l'excellent travail.

Le sénateur Wells : Sénateur, vous avez servi le comité avec compétence, le Sénat avec distinction et le pays avec honneur, et pour cela vous devez être remercié.

Le président : Très bien. Merci beaucoup. J'aime beaucoup votre nouvelle coupe de cheveux — ça vous va très bien.

Merci.

(La séance est levée.)

OTTAWA, Wednesday, June 11, 2014

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day, at 12:10 p.m., to study the medical, social and operational impacts

OTTAWA, le mercredi 11 juin 2014

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à 12 h 10, pour étudier les répercussions médicales,

of mental health issues affecting serving and retired members of the Canadian Armed Forces, including operational stress injuries (OSIs) such as post-traumatic stress disorder (PTSD).

Senator David M. Wells (*Deputy Chair*) in the chair.

[*English*]

The Deputy Chair: Ladies and gentlemen, welcome to this meeting of the Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence. This is the subcommittee's third meeting for its study on mental health issues affecting serving and retired military personnel. My name is David Wells, deputy chair of the committee, sitting as chair today.

Today we are hearing from Dr. Wayne Corneil, Affiliate Scientist at the Institute of Population Health and a Teaching and Research Fellow in Community Medicine and Epidemiology at the University of Ottawa. He is involved in several major research projects on executive health, leadership during crisis, psychosocial aspects of disasters and terrorism and on emergency management for high-risk populations, including those with disabilities. His more recent research has focused on resilience in response organizations.

Prior to his retirement from the Public Service of Canada in 2004, he spent 32 years in various senior positions in Health Canada at the regional, national and international levels, with responsibilities for occupational safety and health, quarantine and emergency health services.

His field experience includes work related to the crash of the Swiss Air flight, work with the National Capital Chemical, Biological, Radiological and Nuclear Defence team and work related to the trauma and false alarms associated with 9/11.

Welcome, Dr. Corneil. Prior to your opening remarks, I would like to introduce Ms. Josée Thérien, clerk of the committee, and to my right, Martin Auger, our analyst from the Library of Parliament. I would now like to go around the table for our senators to introduce themselves, please.

Senator Mitchell: Grant Mitchell from Alberta.

Senator White: Vern White, Ontario.

Senator Lang: Dan Lang, Yukon.

Senator Campbell: Larry Campbell, British Columbia.

The Deputy Chair: Dr. Corneil, the floor is yours.

sociales et opérationnelles des problèmes de santé mentale dont sont atteints des membres actifs et à la retraite des Forces canadiennes, y compris les blessures de stress opérationnel (BSO) comme l'état de stress post-traumatique (ESPT).

Le sénateur David M. Wells (*vice-président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le vice-président : Mesdames et messieurs, bienvenue à cette réunion du Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense. C'est la troisième réunion que le sous-comité consacre à l'étude des problèmes de santé mentale dont sont atteints des membres actifs et à la retraite du personnel militaire. Je m'appelle David Wells, je suis le vice-président du comité et j'occupe le fauteuil aujourd'hui.

Nous entendons aujourd'hui le Dr Wayne Corneil, scientifique affilié de l'Institut de recherche sur la santé des populations et chercheur et enseignant universitaire attaché au Département d'épidémiologie et de médecine communautaire de l'Université d'Ottawa. Il a participé à plusieurs grands projets de recherche sur la santé des cadres, le leadership en période de crise, les aspects psychosociaux des désastres et du terrorisme et la gestion des situations d'urgence pour les populations à haut risque, notamment les personnes atteintes d'invalidité. Sa plus récente recherche portait sur la résilience des organisations d'intervention.

Avant de prendre sa retraite de la fonction publique du Canada en 2004, il a occupé pendant 32 ans des postes de direction à Santé Canada, aux niveaux régional, national et international, avec des responsabilités en matière de sécurité et santé au travail, de mise en quarantaine et de services d'urgences de santé.

Il a acquis de l'expérience sur le terrain lorsqu'il a pris part aux travaux liés à l'écrasement de l'avion de Swiss Air, ainsi qu'au sein de l'équipe chimique, biologique, radiologique et nucléaire de la capitale nationale et il a collaboré avec des équipes dans le domaine de la défense radiologique et nucléaire, en plus de travailler dans le domaine des traumatismes et des fausses alarmes liés aux événements du 11 septembre.

Bienvenue docteur Corneil. Avant de vous inviter à présenter votre exposé préliminaire, j'aimerais présenter Mme Josée Thérien, greffière du comité et, à ma droite, Martin Auger, notre analyste de la Bibliothèque du Parlement. Nous allons maintenant faire un tour de table pour permettre aux sénateurs de se présenter eux-mêmes.

Le sénateur Mitchell : Grant Mitchell de l'Alberta.

Le sénateur White : Vern White, Ontario.

Le sénateur Lang : Dan Lang, Yukon.

Le sénateur Campbell : Larry Campbell, Colombie-Britannique.

Le vice-président : Docteur Corneil, vous avez la parole.

Wayne Corneil, Affiliate Scientist, Institute of Population Health, University of Ottawa: Thank you very much. I appreciate the opportunity to be here with you today.

I will start with some contextual remarks and then get into my notes. As the chair mentioned, I have a fairly extensive background in a number of different areas, primarily both as a researcher and as a clinician. My clinical practice focused on the emergency services workers: police, fire, EMS, physicians, nurses, as well as some military in the treatment of post-traumatic stress disorder and other operational stress injuries.

I have been carrying on that work more recently with the private sector in looking at people who have a combination of both PTSD and traumatic brain injury. We have been doing some work in that particular area.

Today, I want to talk about what we consider the psychosocial or social support dynamics. I know you have heard from my colleague, Dr. Greg Passey, on the biology, neurology and some of the treatment, so I thought I would try and focus on the continuum of what we call psychosocial behaviours in preparation, preparedness, mitigation, recovery and rehabilitation.

PTSD and other occupational or operational stress injuries always occur in a social context. Many times, when looking at treatment, we tend to forget about the social context and the milieu in which people get injured and the milieu in which their behaviours manifest and their recovery takes place.

One of the things that I learned early on was that there is no such thing as a soldier without a family. When a soldier deploys, the whole family serves; when a soldier returns, the whole family is impacted; and when a soldier is injured, so is the whole family injured. We want to look at the psychosocial context — not just the exposure to the trauma or to the horrific events that people experience, but how they respond to it with others or, in some instances, not and withdraw from others.

We are social beings. The quality of our lives is really tied to the quality of our relationships. That's the part I'm going to focus on and talk about in the context primarily of families, but when I talk about family I'm not talking simply about the immediate nuclear family but also about the extended family and the family that the soldiers and vets find themselves in within their units, in their companies and in the presence of their colleagues. That, too, is a family, and we need to look at those kinds of family dynamics and how things come about for them.

Wayne Corneil, scientifique affilié, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa : Merci beaucoup. C'est un grand privilège pour moi de pouvoir témoigner devant vous aujourd'hui.

Avant de me tourner vers mes notes, j'aimerais établir le contexte de mon travail. Comme l'a mentionné le président, j'ai une expérience assez complète dans de nombreux domaines, en particulier comme chercheur et clinicien. Ma pratique clinique porte sur les travailleurs des services d'urgence : la police, les pompiers, le personnel des SMU, les médecins, les infirmières et infirmiers, ainsi que certains militaires, dans le traitement de l'état de stress post-traumatique et autres blessures de stress opérationnel.

Plus récemment, j'ai poursuivi ce type de travail dans le secteur privé en m'intéressant aux personnes atteintes à la fois d'ESPT et de traumatisme cérébral. Nous effectuons des recherches dans ce domaine particulier.

Aujourd'hui, j'aimerais parler de ce que nous qualifions de dynamique psychosociale ou de soutien social. Je sais que mon collègue, le Dr Greg Passey, est déjà venu vous parler de biologie, de neurologie et de certains traitements. Par conséquent, j'ai pensé mettre surtout l'accent sur le continuum que nous qualifions de comportements psychosociaux dans les secteurs de la préparation aux situations d'urgence, de l'atténuation, de la récupération et de la réhabilitation.

L'ESPT et les autres blessures de stress professionnel ou opérationnel se produisent toujours dans un contexte social. Souvent, lorsqu'on choisit un traitement, on a tendance à oublier le contexte social et le milieu dans lequel s'est produite la blessure, ainsi que le milieu dans lequel les comportements se manifestent et la récupération se déroule.

J'ai appris très tôt qu'un soldat sans famille, ça n'existe pas. Quand un soldat est envoyé en mission, c'est toute sa famille qui sert avec lui; à son retour, c'est toute sa famille qui subit les répercussions de la mission; et lorsqu'un soldat est blessé, c'est toute sa famille qui est blessée. Nous voulons nous intéresser au contexte psychosocial — pas seulement à l'exposition au traumatisme ou aux événements terrifiants que les victimes ont vécus, mais comment elles y ont réagi avec d'autres ou, dans certains cas, comment elles ont préféré s'isoler.

Nous sommes des êtres sociaux. La qualité de nos vies est vraiment liée à la qualité de nos relations. C'est l'aspect sur lequel je vais me concentrer, en évoquant essentiellement le contexte des familles. Cependant, quand je parle de famille, il ne s'agit pas simplement de la famille nucléaire immédiate, mais également de la famille élargie et de la famille que les soldats et les anciens combattants constituent à l'intérieur de leurs unités, de leurs compagnies, et en association avec leurs collègues. Ce sont là aussi des contextes familiaux et nous devons nous pencher sur ces dynamiques familiales et réfléchir à la façon dont ils vivent les diverses situations.

Any experience, good or bad, shapes and reshapes those families. Almost all military personnel, whether active or vets, are in relationships — many of them with children who are very young or with adolescents. When talking about family, we are talking about close spouse, partner, parents, siblings, others, even pets, because we know of the extraordinary impact they have on the well-being and recovery of those with PTSD.

We are all familiar with the notion of six degrees of separation. In that context, each one of us has a network around us. When we take a look at both the serving military and the vets, we find that, on average, they have seven close family members, all of whom are affected in some way or another with the various behaviours and disorders that they are coming from.

Both soldiers and vets worry tremendously about the impact they are having on their family and their children. That adds to their difficulties in seeking and staying in treatment because they are always concerned about what impact that's having on those they love and are concerned about.

I want to talk a bit about the research I've been privy to, as well as that of my colleagues both here in Canada and in the United States and particularly the American Psychological Association.

During their careers, soldiers spend 24-7 in their units in preparation and training, as well as when they're deployed. When they come back, particularly if they're injured or experiencing PTSD or another operational stress injury, they tend to become isolated and cut off from that family. We see their family members as well, who have been part of the military community and living together with other military families. They, too, become isolated and separated. That adds to the difficulties. The family is withdrawn and they are not able to provide the support that many of these individuals need in addressing PTSD and the other operational stress issues.

They're undergoing major transitions — not just the fact that their loved one has been away and served, but now they're coming back to a totally different environment and how they're adjusting to that. Many times, they are left to deal with those behaviours on their own. In fact, some of the symptoms that we see from OSIs erode their social support. People tend to avoid, to be withdrawn, to be irritable and angry as a result of the symptom cluster that I'm sure Dr. Passey explained to you. That tends to sometimes push other people away or certainly erodes the social support around them.

Toute expérience, bonne ou mauvaise, façonne et remodèle ces familles. Presque la totalité du personnel, militaires en activité ou anciens combattants, vit dans une relation familiale — beaucoup d'entre eux ont des enfants très jeunes ou des adolescents. Leur famille est composée de leur conjoint, de leurs parents, de leurs frères et sœurs, d'autres personnes, même de leurs animaux domestiques, car nous savons quelle incidence extraordinaire ces derniers peuvent avoir sur le bien-être et la récupération des personnes atteintes d'ESPT.

Nous connaissons tous la théorie des six degrés de séparation. Selon cette théorie, chacun d'entre nous a tout un réseau autour de lui. Quand on s'intéresse aux militaires en activité et aux anciens combattants, on découvre qu'en moyenne, leur famille proche est composée de sept membres qui sont tous plus ou moins touchés par les divers comportements et troubles dont ils sont les premières victimes.

Les militaires et les anciens combattants s'inquiètent énormément des répercussions sur leur famille et leurs enfants. Cela ajoute à la difficulté qu'ils éprouvent à obtenir et poursuivre un traitement, parce qu'ils s'inquiètent toujours des répercussions qu'il peut avoir sur les personnes qu'ils aiment et qu'ils veulent protéger.

J'aimerais parler un peu de la recherche à laquelle j'ai eu la chance de participer, ainsi que des recherches effectuées par mes collègues ici au Canada et aux États-Unis, en particulier au sein de l'American Psychological Association.

Au cours de leur carrière, les militaires sont constamment dans leurs unités, qu'ils soient en période d'exercice et de formation ou déployés en mission. À leur retour, en particulier s'ils ont été blessés ou s'ils ont vécu un épisode de stress post-traumatique ou souffert d'une autre blessure de stress opérationnel, ils ont tendance à s'isoler ou à être séparés de leur milieu habituel. Nous voyons également les membres de leur famille, qui eux aussi faisaient partie de la communauté militaire et qui fréquentaient d'autres familles de militaires. Ces familles se sentent elles aussi isolées et séparées. Cela ajoute aux difficultés. La famille est en retrait et n'est pas en mesure de soutenir ces personnes dont beaucoup ont besoin de cet appui pour faire face à l'ESPT et à d'autres troubles de stress opérationnel.

Elles vivent des transitions importantes du fait qu'elles ont été séparées de leur être cher pendant qu'il était en mission. Quand il est de retour, elles doivent s'adapter à un environnement totalement différent, avec tous les ajustements que cela implique. Souvent, elles sont livrées à elles-mêmes pour affronter ces comportements. En fait, certains symptômes liés aux blessures de stress opérationnel sapent leur soutien social. Les gens ont tendance à éviter les contacts, à s'isoler, et à faire preuve d'irritabilité et de colère en raison de l'ensemble de symptômes que le Dr Passey vous a certainement expliqués. Cette attitude a tendance à éloigner les autres personnes ou, en tout cas, à dissoudre le soutien social autour d'elles.

That loss of social support is really critical because we know, from all of the treatment and the research, that intimate relationships are a primary source of support for most people. Though high levels of social support have been associated with a decreased intensity of PTSD and a more robust recovery, it's important that we see this as a package, not just as focusing on an individual.

Take a look at some of those things like the re-experiencing syndromes. The nightmares and the flashbacks create confusion and fear in the family because they don't know what's going on with the loved one or how to relate to them. It creates anxiety on the part of the soldier or the vet as they perceive their environment as somehow unsafe and unpredictable. So how can they deal with that? They tend to avoid anything that will trigger those kinds of symptoms or those kinds of reactions. They do that through emotional numbing or withdrawal, which can lead to a loss of intimacy and closeness with the very people they need in order to get better. That can be their colleagues, their fellow vets, but also their families.

We tend to see the hyper arousal in which they become overprotective parents. They have difficulties with their children, and it's really important that we focus on some of those children because there is a legacy there. I'll come back to that in a moment.

Then there are a lot of behaviours that we know are already associated with that. Whether they're serving members or vets, there's increased risk for substance abuse. We have well-documented risks for family violence. Then, there is risk-taking behaviour and, certainly, the risk of suicide.

You can see those relationship issues. If someone is going through those kinds of symptoms, it's obviously going to create some impacts on the family members. Living with traumatized vets and soldiers is traumatizing. Families are the most likely people to observe the signs of difficulty because they're trying to hide it from everyone else. Yet, what do they do with this? How do they respond and help that person deal with it? Often, they seek out help in the community where the people they're seeking help from don't have the background to be able to identify either with the disorder or, more particularly, with the military culture. Sometimes, they'll just say to them, "You just need to get out of there, out of that environment," which is absolutely the wrong thing to do. They need to be part of that environment because that's what kept them healthy, and that's what will keep them healthy in the long term.

We need to look at how our clinical approach is bolstered with social support and collective treatment. As I have said, social support is critical to recovery, first and foremost, with the family

Cette disparition du soutien social est vraiment grave, car nous savons, d'après tous les traitements et les recherches que nous avons effectuées, que les relations intimes représentent une source importante de soutien pour la plupart des gens. Si l'on a pu constater qu'un niveau élevé de soutien social est associé à une diminution de l'intensité de l'ESPT et à une récupération plus robuste, il est important de conserver une vue globale et de ne pas mettre l'accent sur une personne en particulier.

Prenons par exemple les syndromes tels que ceux qui amènent à revivre un événement traumatique. Les cauchemars et les retours en arrière créent une confusion et un sentiment de crainte chez les membres de la famille, car ils ne comprennent pas ce que vit cette personne pour laquelle ils ont de l'affection et ne savent pas comment entrer en communication avec elle. Cette situation est anxiogène pour le militaire ou l'ancien combattant, car ce dernier a l'impression que son environnement n'est ni sûr ni prévisible. Alors, comment réagit-il? Il a tendance à éviter tous les éléments susceptibles de déclencher ce type de symptôme ou ce type de réaction en pratiquant l'évitement affectif ou le retrait qui peut mener à une perte d'intimité ou de proximité avec les gens mêmes dont il a besoin pour aller mieux. Ces gens-là sont ses collègues, ses camarades anciens combattants, mais également les membres de sa famille.

On observe également une sorte d'hyperstimulation qui mène les personnes atteintes à devenir des parents hyper protecteurs. Elles éprouvent de la difficulté avec leurs enfants et il est vraiment important de ne pas négliger ces enfants, car ils risquent d'hériter du trouble. Nous y reviendrons plus tard.

Nous connaissons beaucoup de comportements qui sont déjà associés à ce trouble. Le risque d'abus d'alcool ou d'autres drogues est plus élevé chez les militaires actifs ou les anciens combattants. Les risques de violence familiale sont bien documentés. Il ne faut pas oublier également les comportements risqués et bien entendu, le risque de suicide.

L'entourage aussi est touché. Les symptômes vécus par la personne atteinte d'ESPT ont également une incidence sur les membres de sa famille. Vivre avec un ancien combattant ou un militaire traumatisé est une expérience traumatisante. Les membres de la famille sont les mieux placés pour observer les signes de difficulté, car la personne atteinte s'efforce de faire bonne figure devant les gens de l'extérieur. Pourtant, que peuvent faire les membres de la famille? Comment peuvent-ils réagir afin d'aider la personne qui souffre d'ESPT? Souvent, ils cherchent de l'aide autour d'eux, auprès de personnes qui n'ont pas nécessairement la formation pour identifier le trouble lui-même ou, plus particulièrement, son lien avec la culture militaire. Parfois, on leur conseille tout simplement de sortir, de s'extraire de cet environnement, ce qui n'est absolument pas la bonne chose à faire. Les membres de la famille doivent faire partie de cet environnement, car c'est lui qui leur a permis d'être en bonne santé et qui leur permettra de le rester à long terme.

Nous devons nous assurer que notre approche clinique est renforcée par le soutien social et le traitement collectif. Comme je l'ai dit, la récupération repose, d'abord et avant tout, sur le

and then with their fellow vets. Friends and non-vets aren't as significant in terms of that recovery process. We know that we need to maintain that cohesion and network for them. The peer social support has a greater impact. It provides for the social interaction. It also reduces their symptoms, and what's really interesting is the role of what we call reciprocity. In fact, their ability to help others helps them. The fact that they can provide support to their colleagues who are going through this provides more support for them. We need to make sure that we're not isolating them in their treatment and that we're not isolating their families in the treatment because that interaction helps them to recover and heal as well.

We have some significant groups that we need to think about, particularly those who are reservists who may not have had as much contact. They may be going back to smaller communities where the network isn't as great, and they need to be connected to that larger network. They may be the only ones from their particular reserve unit who have served in this kind of context. So how do they get additional strength and support from that?

A number of years ago, when I was working here in Ottawa with the Ottawa Fire Service, I was working a lot with firefighters who were injured in the line of duty. One of the things that we discovered is that how you treat the family predicts how soon they come back to work. What happens is that, when they're at home, suffering through all of this and not getting any support from the department, the spouse is there saying, "Why should you go back to work? They don't care about you. Why should you care about them?" They're trying to protect their partner, but one of the really critical things is that family needs support as well so that they can encourage that person to go back and know that they will be well treated and well taken care of. That's what they are; they're the caregivers.

Some of the outcomes are — and I will just quote you a few of the statistics — that those with PTSD are twice as likely to divorce and four times as likely to be in some kind of marital or family distress. There's an increased incidence of intimate partner violence. There's increased incidence of sexual dysfunction, and the partners are less disclosing and less expressive. What we see is what we call secondary traumatic syndrome, what's known, typically, as vicarious trauma, secondary trauma or compassion fatigue. They're listening to their partner relive these horrible moments, and it's arousing them as well. It's creating similar symptoms in them.

The impacts that we see in the children and partners are a lower level of well-being; more somatic complaints, in other words, physical complaints; aches and pains; neurotic symptoms. Up to 50 per cent of the partners report feeling on the verge of a nervous breakdown in trying to deal with this. We also see them with depression, sleep problems and what we call the caregiver burden. Remember, it is the families who are the primary

soutien social, celui de la famille et celui des camarades anciens combattants. Les autres amis et ceux qui ne sont pas des anciens combattants sont moins importants dans le processus de récupération. Nous savons que nous devons maintenir cette cohésion et ce réseau pour eux. Le soutien social des pairs a une incidence plus grande. Il permet l'interaction sociale. Il réduit également les symptômes, et ce que nous appelons la réciprocité joue un rôle vraiment intéressant. En fait, les victimes peuvent s'aider elles-mêmes en aidant les autres. Elles trouvent un réconfort dans le fait d'offrir leur soutien à leurs collègues atteints des mêmes troubles. Il faut bien faire attention de ne pas les isoler pendant leur traitement et de ne pas isoler leur famille, car cette interaction les aide également à récupérer et à guérir.

Nous devons faire attention à d'autres groupes importants, en particulier les réservistes qui n'ont peut-être pas autant de contacts personnels. Ils vivent peut-être dans des localités plus petites où le réseau n'est pas assez grand pour répondre à leurs besoins. Ils sont peut-être les seuls de leur unité de réserve à avoir servi dans ce type de contexte. Comment alors peuvent-ils obtenir plus de force et de soutien de leur réseau?

Il y a quelques années, lorsque je travaillais ici, au Service d'incendie d'Ottawa, j'ai traité beaucoup de pompiers qui avaient été blessés dans l'exercice de leurs fonctions. Nous avons découvert que leur retour au travail dépend énormément de la façon dont on traite leur famille. En effet, lorsque le pompier se rétablit chez lui, tentant de surmonter son trouble, sans bénéficier du soutien de son service, sa conjointe lui dit : « Pourquoi retourner au travail? Ton service t'a laissé tomber, alors pourquoi tu ne ferais pas pareil? » La conjointe essaie de protéger son mari, mais ce qui est vraiment important, c'est de ne pas oublier que la famille aussi a besoin d'aide, afin qu'elle puisse encourager la victime à retourner au travail, sachant qu'elle sera bien traitée et bien soignée. Il ne faut pas oublier que ce sont des fournisseurs de soins.

Je vais vous citer quelques statistiques afin d'évoquer certaines conséquences. Les personnes atteintes d'ESPT ont deux fois plus de risques de divorcer et quatre fois plus de risques de connaître des difficultés conjugales ou familiales. L'incidence de violence conjugale est beaucoup plus élevée, tout comme celle des dysfonctions sexuelles et les partenaires ont tendance à être moins ouverts et moins expressifs. Nous constatons également un syndrome traumatique secondaire que l'on désigne généralement par les expressions « traumatisme transmis par personne interposée, traumatisme indirect ou usure de compassion ». En entendant leur conjoint revivre ces horribles moments, le ou la partenaire devient en quelque sorte une victime et souffre de symptômes similaires.

Les répercussions que nous avons constatées chez les enfants et les conjoints sont une diminution du bien-être; des affections somatiques plus nombreuses, autrement dit, des problèmes physiques; des douleurs; des symptômes névrotiques. Jusqu'à 50 p. 100 des conjoints disent frôler la dépression nerveuse lorsqu'ils traversent une telle situation. Nous constatons aussi chez eux des symptômes de dépression, des troubles du sommeil et

caregivers. They're the ones who are looking after them in the home and away from the home, and yet they're often excluded from the process and not considered part of the treatment team. Yet, they play an incredible role in enabling that treatment. They need to have the adequate education, information and training that will enable them to care for the injured, not only those who have OSIs but also people with physical disabilities. Those issues, things like chronic pain or things that we don't understand well interfere with people's ability to function on a day-to-day basis.

That caregiver burden includes all of those objective difficulties, the physical demands of trying to help someone with a disability, fatigue and financial strain, as well as the subjective ones, the emotional strain that's there and the psychological issues that go along with it in wanting to care for your loved one.

The research has demonstrated clearly that the degree of caregiver burden increases with the severity of a serving soldier or vet's PTSD. In other words, the worse the symptoms, the more severe they are, the more likely and severe the caregiver burden.

When we see people suffering with PTSD or traumatic brain injury or major depression, it impairs their relationships and disrupts their marriage, but it also aggravates the difficulties in parenting and causes problems in the children, which may extend the consequence of combat experience across generations. People we know whose parents had untreated PTSD or unresolved PTSD are more likely at risk themselves to develop PTSD.

We have to treat trauma to stop it spreading from one generation to the next. We saw a great deal of this from our World War II and Korean War vets, whose children struggled with some of the things that weren't recognized. We saw it very clearly in the data from the Vietnam vets, and we are starting to see it now in the current context, in how these children and adolescents are trying to deal with things.

So what is the effect of treatment? You have already heard, I'm sure, from Dr. Passey and others about some of the direct clinical work, but we also need to combine that with what we call family psycho-education, support for groups, partners and vets, concurrent individual and couple or family therapy. What is the psycho-education to do? Teach coping strategies to educate them about the effects of trauma on individuals and family and to help them to create the social support that they need in order to be able

ce que nous appelons le fardeau du fournisseur de soins. Il faut se souvenir que ce sont les familles qui sont les aidants naturels primaires. Ce sont les familles qui prennent soin des victimes d'ESPT lorsqu'elles sont à la maison et au loin. Pourtant, elles sont souvent exclues du processus et ne sont pas considérées comme un des éléments de l'équipe de traitement. Or, les familles jouent un rôle extrêmement précieux pour la réussite du traitement. Les familles doivent recevoir les informations appropriées et bénéficier d'une formation adéquate afin d'être en mesure de prodiguer leurs soins à la personne blessée atteinte, non seulement de traumatismes liés au stress opérationnel, mais également de déficiences physiques. Ces problèmes, des choses comme la douleur chronique ou d'autres affections que nous ne comprenons pas bien empêchent de fonctionner normalement dans la vie quotidienne.

Le fardeau de l'aidant naturel comprend toutes ces difficultés objectives, les exigences physiques liées aux soins à apporter à une personne souffrant de déficience, la fatigue et les contraintes financières, ainsi que les difficultés subjectives telles que les tensions émotionnelles et les problèmes psychologiques liés au désir de prendre soin de l'être aimé.

La recherche a montré clairement que le fardeau du fournisseur de soins augmente en fonction de la gravité de l'ESPT du militaire actif ou ancien combattant. Autrement dit, plus les symptômes sont graves et plus le fardeau du fournisseur de soins est lourd.

Nous constatons que les gens qui souffrent d'ESPT, de traumatisme cérébral ou de dépression grave, rencontrent des difficultés dans leurs relations sociales et dans leur vie conjugale. Leurs troubles aggravent également les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur rôle parental et entraînent des problèmes chez leurs enfants, contribuant ainsi à transmettre d'une génération à l'autre les traumatismes subis au cours d'une vie de combat. Les personnes que nous connaissons, dont les parents étaient atteints d'ESPT non traité ou non résolu, sont plus susceptibles elles-mêmes d'être atteintes d'ESPT.

Nous devons traiter les traumatismes pour les empêcher de se répercuter d'une génération à l'autre. Nous avons souvent constaté ce phénomène chez les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée, dont les enfants ont souffert de maux qui n'étaient pas reconnus. Nous l'avons constaté très clairement dans les statistiques sur les anciens combattants du Vietnam et nous commençons à observer ce phénomène dans le contexte actuel chez les enfants et les adolescents aux prises avec de tels problèmes.

Mais quels sont les effets du traitement? Le Dr Passey et d'autres témoins vous ont sans doute déjà parlé des interventions cliniques directes que nous devons également combiner avec d'autres techniques que nous appelons la psychoéducation familiale, le soutien aux groupes, aux conjoints et aux anciens combattants, parallèlement à la thérapie individuelle et conjugale ou familiale. La psychoéducation consiste à enseigner des stratégies d'adaptation pour informer ces personnes au sujet des

to support their loved ones to get through all of this.

We take a look across it, and I certainly would point out that the Canadian Forces and Veterans Affairs are trying to address this. But it is such an immense issue, trying to pull all of those webs together. The availability, the coherence and the quality of such programs vary tremendously across the country from site to site. It depends on the number of mental health professionals available but also on their training and experience. A lot of clinicians don't have an orientation toward family care. They are trying to do couples counselling, but they are also not able to carry that through as much.

We need to look at the training for those individuals to make sure that they have that and also understand the military culture and how people are responding to this.

We have the task of ensuring that there is an adequate supply of well-trained mental health providers and specialists and also those people who can help to train the family members, who can help support them and educate them. A lot of clinicians don't have that kind of background. They are very good at doing what they do, which is individual therapy or perhaps some couples therapy, but their ability to take it beyond that and educate others and help them to learn the skills to be supportive is something that we really want to encourage.

There is certainly the stigma that surrounds all of this, and that continues, whether it's in the military or outside of the military, in the public, around some of these mental health issues. The work that you and others are doing to promote that and to educate people is tremendous. At the same time, if we can get these family members and the vets and the others to stand up and speak out about what they are doing, the positive messages that get across are particularly important.

Even if we had all of the providers, all of the trained people and everything else, and if seeking treatment were deemed acceptable, often the services themselves are not as accessible as perhaps we might want. There are factors in that. There are long waiting lists. There are limited clinic hours. There's the referral process itself. The paperwork burden creates difficulties, particularly with people who are not functioning well. That's not only the vets and the soldiers; it's also their family members.

I don't know if you've ever tried to fill out a form when you've been under a tremendous amount of stress, but it just adds to your stress and your inability to get it. Navigating the website can be very difficult. Making those things easier so that people have access to get at them is a very important process.

effets des traumatismes sur les individus et les familles et les aider à constituer le soutien social dont elles ont besoin pour pouvoir soutenir leurs êtres chers dans leurs efforts de rétablissement.

Si l'on observe la situation, on peut dire que les Forces armées canadiennes et Anciens Combattants Canada s'efforcent de faire face au problème. Mais c'est un problème immense que de tenter de relier tous ces éléments. Au pays, la disponibilité, la cohérence et la qualité de tels programmes varient énormément d'un endroit à l'autre. Tout dépend du nombre de professionnels de la santé mentale en poste, mais également de leur formation et de leur expérience. Beaucoup de cliniciens n'ont pas reçu de formation en matière de soins aux familles. Ils tentent d'offrir des services de conseil conjugal, mais ils ne peuvent pas non plus aller très loin dans ce domaine.

Nous devons examiner la formation de ces cliniciens afin de nous assurer qu'ils possèdent les compétences nécessaires et qu'ils comprennent la culture militaire et les réactions des personnes atteintes.

Nous devons nous assurer de disposer d'une quantité suffisante de fournisseurs de soins de santé mentale dotés d'une bonne formation et que ces spécialistes puissent aider à former les membres des familles des victimes afin qu'ils soient en mesure de les aider et de les guider. Beaucoup de cliniciens n'ont pas ce genre de formation. Ils sont très bons dans leur domaine, soit la thérapie individuelle ou peut-être la thérapie conjugale, mais nous devons vraiment renforcer leur capacité à aller au-delà afin d'éduquer les autres et de les aider à apprendre les compétences nécessaires pour offrir leur soutien aux victimes.

Les troubles de santé mentale souffrent toujours d'une stigmatisation, que ce soit chez les militaires ou à l'extérieur, auprès du grand public. Le travail que vous faites, avec d'autres, afin d'en parler et de sensibiliser la population, est extraordinaire. Parallèlement, nous pourrions diffuser des messages positifs extrêmement importants si nous parvenons à convaincre les anciens combattants et les membres de leur famille, ainsi que d'autres, à prendre la parole pour exposer le travail qu'ils font.

Quand bien même nous aurions tous les fournisseurs de soins possibles, tous les spécialistes et tout le reste, et s'il paraissait tout à fait acceptable de demander un traitement, il resterait quand même que les services ne sont pas toujours aussi accessibles qu'on le souhaiterait. Cela dépend de plusieurs facteurs. Les listes d'attente sont longues. Les heures d'ouverture des cliniques sont limitées. Il y a le processus d'aiguillage lui-même. Les formalités administratives sont sources de difficultés, en particulier chez des personnes qui ne fonctionnent pas bien dans la vie quotidienne. Il ne s'agit pas uniquement des anciens combattants et des militaires, mais également des membres de leur famille.

Je ne sais pas si vous avez essayé de remplir un formulaire en état de stress, mais je peux vous dire que cela ajoute à la tension et à la difficulté à accomplir cette tâche. Naviguer sur un site web peut s'avérer extrêmement difficile. Il est extrêmement important de faciliter l'accès à ce type d'information.

Part of this, too, is the preparation. The return of an injured parent is not something that a child of any age can be fully prepared for. That includes not only the wounds but amputation, disfigurement, traumatic brain injury and mental health disorders.

Those injuries may oblige the family to relocate to get closer to treatment; or it may mean that the person suffering is going for treatment and leaving the family behind, so they're not sure how they can be. It disrupts the family and the children. The family or the spouse may be caught between the needs of the service member or the vet and the needs of the children, including emotional needs. How better can we support them to be able to do that?

As I mentioned, the service member and the vet, their own level of adjustment and grief as well as their reaction to the injury impacts their ability to relate to their children and to care for their own emotional needs. We don't have a lot of literature on that. The clinicians don't have a lot of direction on how to help them deal with those kinds of issues. There's a very clear area for education and training for family members and for those suffering from PTSD and OSIs.

There are some practical issues that serve as barriers as well. Lack of reliable transportation, financial difficulties with the family and even things like child care come into play with all of this. For cancer victims we have this incredible system set up to help them. We have drivers who get them to the clinic. We have navigators who help them get through the maze of different treatments and everything else. Yet in this instance, where people are already having difficulties because of traumatic brain injury, PTSD or another OSI, they're on their own to navigate the maze. They need some Sherpas. They need some people who can guide them through the process and help them along because it's a very complex system. When you're not thinking clearly and getting emotionally aroused, your ability to get through that is limited; and that's not something we want. Even if we have the services there, how do we make it easier for them to get from where they are to where the services are and be able to stay within those services?

It's about increasing the ease of access to the information and the ability to navigate all the various portals, and having more direct contact with each other around peer to peer support. We're looking at how we can make this system and the approach more comprehensive. Certainly, we need more data and evidence to help us tailor that, but we already know some things to help facilitate this and make it much easier to do. How do we find the systemic ways that will get people to the services they need and keep them there? That's one of the key factors we want to look at.

It's about creating a network of social support, a safety net, if you will, that will hold them in place and enable them not only to continue their recovery but also to grow and to reassume their

La préparation est également un aspect important. Quel que soit son âge, aucun enfant n'est réellement prêt à accueillir un parent blessé à la maison. Et en fait de blessures, il peut s'agir aussi d'amputation, de défigurement, de traumatisme cérébral et de troubles de la santé mentale.

Ces blessures peuvent nécessiter un déménagement pour permettre à la famille de se rapprocher du lieu de traitement; à moins que la victime doive quitter sa famille pour aller se faire soigner, ce qui ajoute une dimension d'incertitude. Cela perturbe la famille et les enfants. La famille ou le conjoint peut être pris entre les besoins du militaire ou de l'ancien combattant et ceux des enfants, en particulier les besoins émotionnels. Que pouvons-nous faire pour mieux les aider à réagir dans de telles situations?

Comme je l'ai mentionné, le degré d'ajustement et de détresse du militaire et de l'ancien combattant, ainsi que sa réaction face au traumatisme dont il est atteint, a une incidence sur sa capacité à communiquer avec ses enfants et à répondre à leurs besoins émotionnels. Nous ne disposons pas de beaucoup d'études sur le sujet. Les cliniciens ne savent pas très bien comment les aider à faire face à de tels problèmes. Il y a de grands besoins en matière d'éducation et de formation pour les victimes d'ESPT et de TSO et les membres de leur famille.

Par ailleurs, certaines questions pratiques constituent aussi des obstacles. L'absence de transport convenable, les contraintes financières que vit la famille et même les coûts de garderie sont des éléments dont il faut tenir compte. Les victimes de cancer disposent d'un formidable système d'aide. Il y a des chauffeurs pour les conduire à la clinique. Il y a des personnes qui les aident à comprendre les nombreux types différents de traitements et tout le reste. En revanche, les personnes qui connaissent déjà des difficultés en raison de traumatismes cérébraux, d'ESPT ou de TSO, sont toutes seules pour trouver leur chemin dans le labyrinthe. Elles ont besoin d'un sherpa pour les aider à suivre le processus et les soutenir, car il s'agit d'un système très complexe. Une personne qui n'a pas une pensée claire et qui est perturbée émotionnellement, a plus de difficultés à suivre le processus. Or, ce n'est pas ce que nous voulons. Même si les services sont disponibles, que pouvons-nous faire pour aider les patients à se rendre de chez eux à l'endroit où les services sont dispensés et à y demeurer?

Nous voulons faciliter l'accès des victimes à l'information et aux divers portails et à des contacts plus directs entre elles grâce aux groupes de soutien par les pairs. Nous cherchons des moyens de rendre plus complets ce système et cette approche. Nous avons besoin de plus de données et de preuves pour nous aider à adapter le système, mais nous connaissons déjà plusieurs moyens de faciliter cela. Comment trouver des façons systémiques d'aider les victimes à obtenir les services dont elles ont besoin et à poursuivre leur traitement? C'est un des facteurs principaux sur lesquels nous voulons nous pencher.

Nous voulons créer un réseau de soutien social, un filet de sécurité, si l'on peut dire, qui permettra de les garder en place et leur donnera les moyens de poursuivre leur rétablissement, mais

roles as active citizens and participants and to ensure that their families aren't damaged any further and that the next generation is not impacted as well.

Thank you for listening. I'd be happy to entertain your comments or questions.

The Deputy Chair: Thank you, Dr. Corneil. You said some very compelling things and covered a lot of territory. I'm sure senators have many questions.

Senator Mitchell: Dr. Corneil, you made a very compelling presentation.

I don't know whether you know Stéphane Grenier, but he was instrumental in setting up the peer support group. I heard him speak once. He said that contrary to what would seem obvious and a popular belief, PTSD isn't caused by trauma, combat or coming upon accidents as first responders do. While those may cause it, they may not be the most pernicious reasons for it. He made the point that the most pernicious reason for or cause of PTSD can be a disconnect between your values and your actions, that is, either being forced to do something that is contrary to your values or not being able to do something that's consistent with your values, such as happened in Rwanda.

In the RCMP, there might be a variation on that. I would ask you to comment. People go into the RCMP because they believe so fundamentally in the values that institution elevated — intrinsically good, one would think — and that they'll be doing things that are intrinsically good. Combine that with your idea about the social context, and they get bullied. All of a sudden, not only are they being bullied but also that feature of their family, as you said it's a family, a powerful concept, is letting them down. It is fundamentally inconsistent with the values they depend upon when they work in that organization. Can you see there is an exacerbating influence or theme in that observation?

Mr. Corneil: There certainly is, and I can refer to some of the work that my colleague did at the University of Washington with the Seattle, Everton and Tacoma fire departments. We found that the rates for PTSD were most significant among the officers and not the regular firefighters. We found a number of things. First, they were put into leadership for which they had no training. They were promoted on their professional and technical competency, which we see in a lot of organizations, such as the military and paramilitary. They didn't get the leadership training they need to be thrust into a leadership role.

également de s'épanouir et de reprendre leur rôle de citoyens actifs et de participants, de s'assurer que leurs familles ne souffrent pas davantage et que la génération suivante ne soit pas touchée elle aussi.

Merci d'avoir pris le temps de m'écouter. Je suis prêt maintenant à entendre vos commentaires ou vos questions.

Le vice-président : Merci, docteur Corneil. Vous nous avez fourni des renseignements extrêmement précieux et vous avez couvert un champ très vaste. Je suis certain que les sénateurs auront beaucoup de questions à vous poser.

Le sénateur Mitchell : Docteur Corneil, vous avez présenté un exposé très captivant.

Je ne sais pas si vous connaissez Stéphane Grenier, mais il a joué un rôle clé dans la fondation du groupe d'entraide par les pairs. J'ai assisté à une de ses conférences. Il disait que contrairement à ce que l'on croit et à ce qui semble évident, l'ESPT n'est pas causé par un traumatisme, par une situation de combat ou par le fait d'avoir assisté à des scènes d'accident, comme c'est le cas pour les premiers intervenants. Bien que ces événements soient à l'origine du trouble, ce ne sont peut-être pas les causes les plus pernicieuses. Il expliquait que la cause la plus pernicieuse de l'ESPT peut être une dichotomie entre nos valeurs et nos actions, par exemple lorsque nous sommes contraints d'effectuer quelque chose de contraire à nos valeurs ou incapables d'agir conformément à nos valeurs, comme ce fut le cas au Rwanda.

Au sein de la GRC, nous avons peut-être affaire à une variante. J'aimerais vous demander de commenter. Les personnes qui s'engagent dans la GRC parce qu'elles adhèrent fondamentalement aux valeurs mises de l'avant par cette institution — valeurs qui sont intrinsèquement positives, peut-on penser — et parce qu'elles croient que leurs interventions seront intrinsèquement bonnes. Combinez cela avec leur conception du contexte social et le fait qu'elles se font intimider. Non seulement ces personnes se font-elles tout à coup intimider, mais elles se rendent compte en plus que leur famille, puisque vous avez mentionné qu'il s'agissait d'une famille, un concept puissant, les laisse tomber. Tout cela est fondamentalement incompatible avec les valeurs qui les animent lorsqu'elles travaillent au sein de cette organisation. Est-ce que vous voyez dans cette observation une influence ou un thème aggravant?

M. Corneil : Tout à fait et je peux vous renvoyer à certains travaux effectués par mon collègue à l'Université de Washington pour les services d'incendie de Seattle, Everton et Tacoma. On peut remarquer que les taux d'ESPT sont plus élevés chez les officiers que chez les pompiers subalternes. Nous avons fait plusieurs constatations, notamment que les officiers sont placés dans un rôle de cadre sans avoir la formation nécessaire. Ils sont promus sur la base de leurs compétences professionnelles et techniques, comme c'est le cas dans beaucoup d'organisations, notamment dans les organismes militaires et paramilitaires. Ils n'avaient pas reçu la formation dont ils avaient besoin pour exercer un rôle de leader.

Second was the amount of conflict that goes on within a unit, whether it's a fire crew or a military unit. People are people and there's conflict. Your ability to resolve conflict is very important. Some of that comes down to this notion of bullying or harassment or that sort of thing that goes on between members in these high-intensity organizations. However, they didn't know how to resolve it or address it.

Third, they didn't have training in crisis intervention, not so much in doing the technical stuff but how to deal with the bystanders, the families and others. We saw this repeated not only with the firefighters but also with other responders in the police and EMS.

Those background factors created a greater level of vulnerability for them because they had a greater sense of responsibility. When they were exposed to something, it impacted them so much more because they felt more responsible. They felt they should be able to do something about it and resolve it. That comes back to Stéphane Grenier's point about that moral issue. You will see this more and more in the literature about what we call "moral injury" where these things are set up.

I have a good example of that, and I'm sure Senator White will recall this. An officer who served here in Ottawa by the name of Syd Gravel created a group called Robin's Blue Circle for police officers who were either shot in the line of duty or who shot and killed someone in the line of duty. They come into this, as you say, with this real sense of serving the public and wanting to give their all. As we've seen so dramatically over the last week, they're willing to put their lives on the line for others. We talk about morals; there's a huge moral imperative that the rest of us I don't think get but certainly they do. Firefighters, paramedics and the military get that because they do it.

Syd Gravel was in a situation where he thought that the individual he was pursuing was armed and that the individual did not drop what he believed to be a weapon. So Syd Gravel had to use force and he shot and killed him. He struggled with that over his entire career. Part of the reason is that moral sense and moral imperative they have. We see the same thing with others, for example soldiers in situations where they have made a decision based on the information that they had; but that information was not the entire picture. They struggle with that. That's part of what they live with. So we do see those kinds of impacts. Those are the kinds of things we need to have in place to be able to support these individuals because that never, ever goes away.

Syd Gravel has done a tremendous job of talking to other officers and has done amazing work in helping police officers who have been through that to recover, return to their force and be effective officers again. We've seen some of that in the military as well. That's the sort of thing I'm talking about in terms of peer

Deuxièmement, il faut prendre en compte les conflits qui existent au sein d'un groupe, qu'il s'agisse d'une équipe de pompiers ou d'une unité militaire. Dans tous les groupes, il y a des conflits. L'aptitude à résoudre des conflits est extrêmement importante. Certains de ces conflits sont liés à l'intimidation ou au harcèlement, ou au type d'interaction entre les membres d'organisations où l'intensité est très vive. Cependant, ces personnes ne savaient pas comment affronter ces conflits ni comment les résoudre.

Troisièmement, ces dirigeants n'avaient aucune formation dans le domaine de l'intervention de crise, pas tant sur le plan technique que sur la façon de gérer les patients, les familles et autres. Nous avons fait ces observations chez les pompiers, mais également chez les autres intervenants tels que la police et les SMU.

Ces facteurs contextuels occasionnaient un plus grand niveau de vulnérabilité parce que leur sens de la responsabilité était plus élevé. Lorsque les intervenants étaient exposés à un événement, les répercussions étaient d'autant plus grandes qu'ils se sentaient plus responsables. Ils se sentaient tenus d'agir et de résoudre le problème. Voilà qui nous ramène à la question morale évoquée par Stéphane Grenier. Le traumatisme se forme dans de telles circonstances, lorsqu'intervient ce que nous appelons la « blessure morale », notion dont les études feront de plus en plus mention.

J'ai un bon exemple là-dessus et je suis certain que le sénateur White s'en souvient très bien. Un agent d'Ottawa du nom de Syd Gravel a créé un groupe d'entraide intitulé Robin's Blue Circle, destiné aux agents de police ayant été blessés en service ou qui avaient abattu quelqu'un dans l'exercice de leurs fonctions. Comme vous l'avez dit, les agents se sont engagés dans la police pour servir le public et pour se donner à fond. Nous avons vu la semaine dernière qu'ils sont prêts à risquer leur vie pour les autres. Nous avons parlé d'idéal moral; les pompiers, les ambulanciers paramédicaux et les militaires obéissent à un impératif moral élevé que le reste d'entre nous a peut-être de la difficulté à comprendre.

Syd Gravel s'est trouvé, au cours de sa carrière, dans une situation où il poursuivait un individu qu'il croyait armé. Cet individu n'ayant pas rendu ce que Syd Gravel croyait être une arme, le policier a tiré et l'a abattu. Tout au long de sa carrière, il a été hanté par cet événement. Cela est dû en partie à l'idéal moral et à l'impératif moral que se donnent les policiers. C'est la même chose par exemple pour des soldats qui se trouvent dans des situations où ils ont pris une décision en s'appuyant sur les informations dont ils disposaient, découvrant par la suite que ces informations étaient incomplètes. Tout au long de leur vie, ils doivent se débattre avec leur conscience. Nous constatons ce genre de répercussions et nous devons disposer des moyens nécessaires pour pouvoir venir en aide à ces personnes qui ne parviennent jamais à se débarrasser de ce souvenir qui les hante.

Syd Gravel a fait un excellent travail. Il a parlé aux autres agents de police et a aidé ceux qui avaient vécu de telles situations à se rétablir, à reprendre le service et à exécuter à nouveau leurs fonctions de manière efficace. Nous avons observé des situations analogues dans l'armée. C'est de ce type d'entraide que je parle

support and their ability to support each other. Here's a classic example of that kind of pure support and knowledge that has moved things forward.

Senator Mitchell: You mentioned the importance of adequate health care, and there's a very precise or specific kind of expertise. I know the military has a good deal of it in house. The RCMP Commissioner has recently written saying there are all kinds of health care facilities outside.

Do you think that, given the quite precise nature of this kind of trauma — PTSD in first responders' organizations — there should be health care services inside the organization, or can it be adequately taken care of by the public health care system?

Mr. Corneil: I wouldn't accept that it's an either-or. I think it's a both-and, in part because you need people inside who are close to it who understand the dynamics and the culture. As I mentioned, culture plays a very important part in this. So they need to be inside. But you also need to have a link to the outside, because we simply wouldn't have enough places to put all of those resources inside. For example, they need a link to the schools and the guidance counsellors dealing with these children and the adolescents. We need a link to people and organizations in the community that will continue to support these individuals as they go on, in their career, in terms of their recovery or returning to civilian life.

It's really a combination of both of those. I don't think we can make it an either-or. If we do, we'll lose, and we won't cover the kind of safety net that needs to be there, again, for those individuals and their families.

Senator White: As always, it is good to see you again, doctor. In relation to Syd Gravel, I do want to mention that he did a great job with the police and continues to do that outside the Ottawa Police Service. It's interesting that when he retired — I don't know how many years it was — but I think he said, "I've been waiting 27 years to leave this," because he felt every day it was almost impossible to go to work, even though he could have left at any time. The manner in which he handled it is quite extraordinary, and it was by continuing to do it, even though he felt he couldn't do it anymore.

You talked in particular about the secretive nature, and Robin's Blue Circle was secretive in nature. Many leaders in policing are challenged by the secretive nature of Robin's Blue Circle — unfairly, but they are challenged by it.

We listened to a witness last week, and certainly I've spoken to people in the past, about the re-entry. And you said that the last place you need to be is not here. In fact, reservists may be one of our biggest challenges.

quand je mentionne les cercles d'aide par les pairs. C'est un exemple classique de ce type d'aide pure et des connaissances qui ont permis de faire progresser les choses.

Le sénateur Mitchell : Vous avez mentionné l'importance de soins de santé adéquats et d'un type très précis de compétences. Je sais que les militaires possèdent beaucoup de ces compétences à l'interne. Le commissaire de la GRC a récemment écrit qu'il existait toutes sortes de services de soins de santé à l'externe.

Pensez-vous qu'en raison du caractère précis de ce type de traumatisme — l'ESPT dans les organisations de première intervention — il faudrait offrir des services de santé à l'interne, ou bien que ces services peuvent être dispensés de manière adéquate par le réseau de santé public?

M. Corneil : Je ne dirais pas que c'est tout l'un ou tout l'autre. Je pense qu'il faut un peu des deux — en partie parce qu'on a besoin de personnes à l'intérieur qui connaissent bien les rouages et la culture. Comme je l'ai mentionné, la culture de l'organisation joue un rôle très important. C'est pourquoi, il faut des ressources internes. Mais il faut également avoir un lien avec l'extérieur, car on ne peut tout simplement pas disposer de toutes ces ressources à l'interne. Par exemple, il est nécessaire d'avoir un lien avec les écoles et les conseillers d'orientation scolaire qui suivent ces enfants et ces adolescents. Nous avons besoin d'un lien avec des personnes et des organisations de la collectivité qui pourront continuer à soutenir ces patients dans leur évolution et leur rétablissement, lorsqu'ils reprendront leur carrière ou retourneront à la vie civile.

C'est vraiment une combinaison des deux. Je ne pense pas que ce soit tout l'un ou tout l'autre. Si c'était le cas, le service serait insuffisant pour offrir le type de filet de sécurité dont nous avons besoin pour ces individus et leurs familles.

Le sénateur White : C'est toujours aussi agréable de vous revoir, docteur. Pour ce qui est de Syd Gravel, je tiens à mentionner qu'il a fait un excellent travail au sein de la police et qu'il poursuit ses activités à l'extérieur du Service de police d'Ottawa. Je ne sais plus quand il a pris sa retraite, mais il avait déclaré à ce moment-là qu'il attendait ce moment depuis 27 ans, car chaque jour, il lui paraissait impossible de se rendre au travail, même s'il aurait pu quitter ses fonctions à n'importe quel moment. La manière dont il s'y est pris est tout à fait extraordinaire. Il a continué à faire son travail même s'il pensait qu'il n'en était plus capable.

Vous avez parlé de confidentialité et le Robin's Blue Circle était de nature confidentielle. Beaucoup de dirigeants sont rebutés par le caractère confidentiel du Robin's Blue Circle — injustement, mais ils le sont.

La semaine dernière, un témoin nous a parlé de réintégration. Il est certain que j'en ai parlé dans le passé. Et vous avez dit que le dernier endroit où vous devez être n'est pas ici. En fait, les réservistes représentent peut-être notre plus grand défi.

Have you done or seen any work on the re-entry? By that I mean returning from a mission, for example. It is less so for police. But in returning from a mission and almost the need to keep them engaged for extended periods of time if they are showing indicators, and I understand indicators are pretty easy to determine, to ensure that re-entry doesn't leave them without that team, the atmosphere of camaraderie and an understanding of everyone around the table knowing where you came from and what you just did.

Would that help deal with some of this, or do you think that's such a long period of time that you would end up with the same issue inevitably anyway?

Mr. Corneil: You are absolutely right. One of the things we know from taking a look at successful treatment and reintegration — in fact, things have changed dramatically. We just need to go back and take a look at what happened, for example, with the vets from World War I and World War II. We would have had many more with PTSD — what they called “shell shock” or “combat fatigue” — had they not gone back to England and spent time together. I'm not sure how many pubs they spent it in.

Then there were the troop ships. We know from interviewing and talking to the vets that they did a tremendous amount of peer support and, if you will, “therapy” on that.

Then we get to the modern context where one day you're in theatre, and the next day you're walking down the mall. That disconnect is there. The Canadian Forces has started doing something similar now: As they were bringing people back from Afghanistan and other places, they had these centres where they had a bit of time to do that, but there does need to be that extended piece that goes on.

The other thing is that we forget about the family and the rest of the support network. They need that time to adjust, as well, and to be active and involved in things.

The other group is those who have been physically injured. Again, they're transported immediately out of theatre into a hospital or some kind of facility, but then they end up in a rehab facility that is away from their unit and from their families and communities. We need to figure out how we can create that social support network they need, because even as they go through therapy — and some of them are absolutely amazing. I've had the great pleasure of talking with a number of them on this disability project I've been working on, and their determination is incredible. But they all talk about that sense of isolation and of wanting to be with their comrades and their colleagues, and wanting to be close. Their families feel the same way, because they're uprooted out of that community that they have been so much a part and that has been integral to their well-being.

Avez-vous lu ou effectué des recherches sur la réintégration? J'entends par-là le retour d'une mission, par exemple. C'est moins le cas pour la police. Mais au retour d'une mission, il est presque nécessaire de garder le personnel actif pendant des périodes prolongées si l'on décèle chez eux des indicateurs, signaux qui sont, je crois, assez faciles à repérer, afin d'éviter que leur retour les prive de leur équipe, de l'atmosphère de camaraderie et de la certitude qu'autour de la table, chacun sait d'où ils viennent et ce qu'ils ont fait.

Pensez-vous qu'une telle formule serait utile ou croyez-vous au contraire qu'après une aussi longue période, les mêmes problèmes finiraient inévitablement par surgir?

M. Corneil : Vous avez tout à fait raison. Lorsqu'on fait le bilan des traitements et des réintégrations qui ont réussi, on se rend compte qu'en fait les choses ont changé considérablement. Il suffit de revenir en arrière et de voir ce qui s'est passé, par exemple, avec les anciens combattants de la Première et de la Seconde Guerre mondiale. Il y aurait eu beaucoup plus de cas d'ESPT — qualifiés à l'époque de « traumatismes dû au bombardement » ou « d'épuisement au combat » — si les soldats n'étaient pas retournés en Angleterre pour passer une certaine période ensemble. Je pense qu'ils ont d'ailleurs passé une bonne partie du temps dans les pubs.

Ensuite, il y avait les transports de troupes. Nous savons, pour avoir interrogé les anciens combattants, qu'il y a eu beaucoup de soutien entre pairs, une sorte de « thérapie » si l'on veut.

Dans le contexte moderne, les choses ont beaucoup changé puisqu'un jour un soldat peut se trouver sur le théâtre d'opérations et le lendemain dans un centre commercial près de chez lui. C'est là que se produit la rupture. Les Forces canadiennes commencent à appliquer une formule similaire : les soldats qui reviennent d'Afghanistan ou d'ailleurs passent quelque temps dans un de ces centres, mais leur séjour ne doit pas nécessairement être très long.

L'autre chose, c'est que l'on oublie la famille et le reste du réseau de soutien. Eux aussi ont besoin de temps pour s'ajuster, pour être actifs et pour participer au processus.

L'autre groupe est constitué de soldats qui souffrent de blessures physiques. Ils sont transportés immédiatement à l'extérieur du théâtre d'opérations vers un hôpital ou un autre service, mais ils aboutissent dans un centre de réadaptation loin de leur unité, de leur famille et de leur collectivité. Nous devons trouver un moyen de constituer le réseau de soutien social dont ils ont besoin, car même lorsqu'ils suivent une thérapie — et certains d'entre eux sont absolument extraordinaires. J'ai eu le plaisir de parler avec plusieurs d'entre eux dans le cadre du projet sur l'invalidité auquel j'ai participé. Ils font preuve d'une détermination étonnante. Cependant, ils évoquent tous un sentiment d'isolement. Leurs camarades et leurs collègues leur manquent et ils aimeraient être mieux entourés. Leurs familles ressentent la même chose, car elles sont déracinées de la collectivité à laquelle elles appartenaient et qui faisait partie intégrante de leur bien-être.

The sort of thing we need to look at is how to continue that forward.

Senator White: Someone referred to the idea as being “one day, you’re in theatre, and the next day, you’re in a theatre.”

Have you also done any work on, or do you have any recommendations around, predictors for people and what they bring before they go in theatre, from a practical perspective, so that you understand better who is more likely to face these challenges when they return? I realize anybody could face those challenges, though.

Mr. Corneil: Some work has been done on that; however, there is no litmus test, if you will, that we can put people through. The best way of looking at it is in terms of preparation and pre-deployment training. We see a great deal of that, primarily with the U.S. forces but also now with the Canadian Forces. It is the notion of what they call “battle mind” or that sort of thing that is helping them to do that.

If we go back to the folks in emergency services — police, fire, EMS, physicians, nurses — they spend a tremendous amount of time in training, simulations, exercises and rehearsals. That’s how they determine how well people do. It’s the same thing with the military. That training determines how well people do and makes sure the officers and others are observing their behaviour and providing support. Somebody may be having some difficulties. People always have issues in day-to-day life, and some of those can rattle you and some of them can’t. Even things like having to renegotiate your mortgage when you suddenly realize the interest rates are going up — they’re currently good right now, but if all of a sudden they took a spike, that’s going to create a tremendous amount of strain on someone and they’re sitting, trying to deploy, thinking about how their family will deal with that and what the financial issues are. Their attention is not necessarily focused on the task at hand.

Those are the kinds of things to be aware of. It’s not any one personality test or anything like that, but it’s looking at what’s going on with your personnel and your people, and making sure they’ve got the support to get through this stuff.

Senator Lang: I just want to follow up with respect to Senator White, perhaps from a different perspective. It’s looking more from a perspective of how we run the military presently and what changes internally within the military in order to be able to promote at least a sense of independence.

If you will just bear with me, I’m thinking of a young member signing up at the age of 18. He’s in the military for 25 or 30 years and has known nothing else but the military. He has maybe done a number of tours in theatres outside of Canada. All of a sudden,

Nous devons réfléchir à ce que nous pouvons faire pour améliorer cette situation.

Le sénateur White : Quelqu’un a formulé cette idée de la manière suivante : « Un jour, vous êtes dans le théâtre d’opérations, et le lendemain, vous êtes au cinéma ».

Vous êtes-vous penché ou avez-vous présenté des recommandations sur les prédictors et la perspective pratique dans laquelle se trouvent les militaires avant d’être déployés dans le théâtre d’opérations, afin de mieux comprendre quels sont les individus qui sont les plus susceptibles d’être confrontés à ce genre de défis à leur retour? Mais je suppose que n’importe qui peut y être confronté.

M. Corneil : Cette dimension a été étudiée, mais il n’existe aucun test décisif qui pourrait s’appliquer aux soldats. La meilleure solution se situe au niveau de la préparation et de la formation avant le déploiement. Cela se fait beaucoup, en particulier aux États-Unis, mais désormais également aussi dans les Forces canadiennes. C’est la notion « d’esprit de combat » qui les aide.

Quant au personnel des services d’urgence — policiers, pompiers, SMU, médecins, infirmières et infirmiers — il passe beaucoup de temps en formations, simulations, exercices et répétitions. Cela permet de vérifier les réactions du personnel. C’est la même chose chez les militaires. La formation permet de vérifier les réactions du personnel et de s’assurer que les officiers et les autres militaires observent les comportements et accordent un soutien. Certaines personnes peuvent rencontrer des difficultés. Les tracas de la vie quotidienne peuvent être parfois sources d’énervement et de préoccupation. Par exemple, le simple fait d’avoir à renégocier un prêt hypothécaire quand on s’aperçoit tout à coup que les taux d’intérêt grimpent — ils peuvent être raisonnables aujourd’hui, mais, si tout d’un coup ils devaient monter en flèche, cela pourrait créer beaucoup de tension chez un militaire en phase préparatoire au déploiement, inquiet pour sa famille qui sera soumise à de nouvelles contraintes financières. L’attention de ce soldat ne sera pas nécessairement centrée sur la tâche à accomplir.

Voilà le genre de choses auxquelles il faut prêter attention. Il ne s’agit pas de faire des tests de personnalité ou d’appliquer d’autres mesures du genre, il faut plutôt s’intéresser au personnel et s’assurer qu’il dispose du soutien nécessaire pour supporter au mieux la situation.

Le sénateur Lang : J’aimerais poursuivre dans la même direction que le sénateur White, mais peut-être dans une perspective différente. J’aimerais m’intéresser à la façon dont fonctionne l’armée aujourd’hui et quels sont les changements qu’il faudrait apporter à l’interne afin de promouvoir au moins un sentiment d’indépendance.

Si vous me permettez, je vais prendre le cas d’un jeune qui s’engage dans l’armée à 18 ans. Il est militaire pendant 25 ou 30 ans et ne connaît rien d’autre que la vie militaire. Il a peut-être été envoyé en mission à quelques reprises à l’extérieur du Canada.

he comes back here and is going to leave the military, and he doesn't even know what a mortgage is. He's going to walk across the street and become a civilian.

Do you know if there are any studies or any work being done either in Canada or other countries looking at exactly how we run the military, where we can help encourage that individual to be somewhat independent but yet knowing that he's in an environment that requires taking orders and responding accordingly? But at the same time, he or she and their family are able to have some sense of being able to cope themselves, without the military being the father and the mother. Have you given that any thought?

Mr. Corneil: I have and certainly there is some information, some data that we need to look south of the border for. Our colleagues there have looked at this from a network standpoint. They've started investing heavily. Initially they were investing in pre-deployment for the troops themselves and their leadership, but then they realized that was only part of the equation. What they're doing now is their program where strong families mean a strong military. It's addressing exactly the points you're talking about. How do they help those folks deal with not only military life, because you're moving constantly? Every couple of years you're being transferred. It's also looking at the parenting, special kinds of programs for them. They've really tried to bolster that part of it so the individual soldier can feel that if they are being deployed, their family is ready, capable and they're going to manage quite fine while that soldier is away.

That becomes part of the investment. As I said, when a soldier serves, the family serves, too. It's really acknowledging that and making sure that we've got the things in place beforehand. Much of this is, as you rightly point out, what we can do beforehand in order to prepare people and make them more resilient so when they do have to engage, they can. Even if they do experience a traumatic event and have impacts from that, they will be better prepared with greater resiliency to bounce back. That's going to take some adaptation. I'm not suggesting for a moment that will wipe it all away, but that will form a strong foundation for them to be able to move forward. It starts in the military and continues on from that.

Senator Lang: I don't want to belabour this too long, but are you basically saying that there should be changes in the military culture, how we do the day-to-day running of the military to be able to help accommodate that independence so there's that resilience at the end of the day when the time comes to move on?

Mr. Corneil: Certainly there will be some addressing of the culture. One of the big issues is dealing with the stigma around this, with people have anxieties and fears and helping them understand that. It is also, as I say, acknowledging the role of the

Tout à coup, il est de retour au pays et s'apprête à quitter l'armée. Du jour au lendemain, il va entrer dans la vie civile, sans même savoir ce qu'est un prêt hypothécaire.

Savez-vous s'il existe des études réalisées au Canada ou dans d'autres pays sur la façon dont nous gérons la vie militaire, afin de savoir comment encourager les militaires à acquérir une certaine indépendance bien qu'ils se trouvent dans un environnement où ils sont habitués à recevoir des ordres et à y répondre de manière adéquate? Il faudrait que le militaire et sa famille soient en mesure de se débrouiller tout seuls, sans compter sur l'armée pour jouer un rôle de tuteur. Avez-vous réfléchi à cette question?

M. Corneil : Oui, et il existe à ce sujet des données que l'on peut trouver au sud de la frontière. Nos collègues des États-Unis ont examiné cette question du point de vue du réseau. Ils ont commencé à y investir fortement. Au départ, ils avaient investi dans la préparation préalable au déploiement pour les troupes elles-mêmes et leur commandement, mais ils ont compris que cela ne représentait qu'une partie de l'équation. Le programme qu'ils proposent actuellement consiste à renforcer les familles de manière à avoir des militaires forts. Ils touchent exactement les points que vous avez soulevés. Comment peuvent-ils aider leur personnel à s'adapter à la vie militaire et aux autres aléas, étant donné qu'il est amené à se déplacer constamment? Les militaires sont mutés tous les deux ans. Il y a aussi des programmes spéciaux qui s'intéressent au rôle parental. Ils ont vraiment renforcé cet aspect afin que le soldat soit assuré, au moment d'être déployé, que sa famille est prête et capable de s'en sortir très bien pendant son absence.

Cela fait partie de l'investissement. Comme je l'ai dit, le soldat n'est pas le seul à servir son pays, sa famille aussi. Il faut reconnaître cette réalité et faire en sorte de mettre en place à l'avance les conditions nécessaires. Comme vous l'avez si bien dit, voilà ce que nous pouvons faire à l'avance pour préparer les militaires et les rendre plus résilients, afin qu'ils aient les ressources nécessaires pour pouvoir prendre leurs responsabilités quand ils devront le faire. Même s'ils vivent un événement traumatique et qu'ils en subissent les séquelles, ils seront mieux préparés et pourront rebondir, grâce à leur plus grande résilience. Cela nécessite une certaine adaptation. Cependant, je ne pense absolument pas que tous les problèmes seront réglés, mais je crois que cela constituera une base stable qui leur permettra de progresser. Le processus commence dans l'armée et se poursuit au-delà.

Le sénateur Lang : Je ne veux pas m'attarder trop là-dessus, mais ce que vous dites essentiellement, c'est qu'il faudrait changer la culture militaire, le fonctionnement quotidien de l'armée, afin de permettre cette indépendance pour disposer au bout du compte d'une plus grande résilience quand vient le temps d'aller de l'avant.

M. Corneil : Il faudra sans aucun doute modifier la culture. Un des grands enjeux consiste à lutter contre la stigmatisation. Il faut aider les gens qui ont des angoisses et des craintes à comprendre ce qui se passe. Il faut, comme je l'ai dit, reconnaître le rôle de la

family. The Canadian Forces are certainly moving more in that direction, and I would urge them to continue because I think it will benefit in the long run.

The other thing it will do is benefit the fact that a lot of the children are having difficulties, and they want to see those kids perform and prosper and be well. They don't want to have to be taking care of them as well. We want to look at this from the standpoint of prevention; what can we do so people are prepared? That's just a good way of going about it. This all comes out in performance. If you're worried about something, you're not paying attention to what you're doing. So if you want performance, you have to make sure you have all the underpinnings to make that happen.

Senator Campbell: Thank you very much for coming today, doctor. I have two questions. I'm continually confused by what we read and see. On one hand, we have the Minister of Defence saying that the ability to care for our veterans is greater and greater, despite closing down actual physical locations.

Then on the other hand, we see the families and the soldiers, as evidenced by the wife on TV the other day. I'm quite confused as to whether we're moving forward or, in the interests of perhaps saving money, are we regressing? I would be interested in your comments because you're sitting in a position of being of it, but not of it. I'd be interested in your comments. I don't want to move away from helping these people. Canadians don't want to do that. We need to find the truth, and I don't think we've found it yet.

Mr. Corneil: I'm not sure that I can shed light on the truth in terms of where the money is going or what's happening. What I can comment on is that the system in place now is not as comprehensive as it needs to be. I think I made that point clearly in my earlier remarks. That's one of the issues people are struggling with. There is a nexus of that kind of system, but it hasn't reached out to all of the places where it needs to be. I've identified for you some of the issues with that. Perhaps if you're on a major base, such as Petawawa, Gagetown or Edmonton, you have more access. But if you're on a smaller base or in a smaller community, that's limited. It creates a strain and burden on the families to try to get to treatment or to the resources and support they need.

We need to relook at the delivery and access mechanism, and I'm not sure what that will take in terms of budget. It will probably take some, but I would think that's one of the places we need to look at. What we are doing to reinforce the access and the availability? Our soldiers and vets don't all live in large communities. Even if you're in Petawawa, you've got to get to Ottawa to the Royal Ottawa Hospital. As I said, that can create practical issues in terms of child care and transportation. What are we doing about that? Not all of that burden is going to be on

famille. Les Forces canadiennes progressent certainement dans cette direction et je les invite à continuer parce que je pense que cette démarche leur sera profitable à long terme.

Les autres bénéficiaires seront les nombreux enfants qui éprouvent des difficultés. On veut que ces enfants s'épanouissent, se sentent bien et obtiennent de bons résultats. On ne veut pas avoir à les soigner eux aussi. Il faut privilégier la prévention. Que pouvons-nous faire pour les préparer? Voilà la bonne attitude à avoir. Les résultats sont là pour le prouver. Quelqu'un d'inquiet ne fait pas vraiment attention à ce qu'il fait. Si l'on veut obtenir un bon rendement, il faut s'assurer que toutes les conditions favorables soient réunies.

Le sénateur Campbell : Merci beaucoup d'être venu témoigner aujourd'hui. J'ai deux questions. J'ai bien du mal à comprendre ce que je lis et ce que je vois. D'une part, le ministre de la Défense affirme que nous disposons de plus en plus de moyens pour répondre aux besoins de nos anciens combattants, malgré la fermeture de plusieurs centres.

D'autre part, nous voyons les familles et les soldats, comme cette femme de militaire que l'on a vue l'autre jour à la télévision. Aussi, je ne sais pas si nous progressons dans le bon sens ou si nous régressons, par souci de faire des économies? J'aimerais connaître votre point de vue à ce sujet, parce que vous en êtes sans vraiment en être. J'aimerais connaître votre point de vue. Je souhaite que l'on continue à aider ces gens-là. La population canadienne ne veut pas qu'on les abandonne. Nous voulons connaître la vérité et, je pense que jusqu'à présent, toute la lumière n'a pas encore été faite.

M. Corneil : Je ne suis pas certain de pouvoir vous dire exactement ce qui se passe, ni dévoiler l'utilisation qui est faite des crédits. Ce que je peux vous dire, c'est que le système en place actuellement n'est pas aussi complet qu'il devrait l'être. Je pense que je l'ai indiqué clairement dans mes commentaires précédents. C'est un des problèmes auxquels on est confronté. Le réseau a établi des liens, mais ils n'atteignent pas tous les endroits où ils seraient utiles. Je vous ai signalé quelques-uns des problèmes. Les militaires qui se trouvent dans une grande base comme à Petawawa, Gagetown ou Edmonton ont un meilleur accès aux services. Par contre, les militaires qui travaillent dans une plus petite base ou une plus petite localité ont de moins bons services. Il est donc plus difficile pour les familles d'obtenir le traitement ou les ressources et le soutien dont elles ont besoin.

Nous devons revoir le mécanisme de prestation et d'accès, et je ne sais pas ce que cela signifie sur le plan du budget. Il faudra probablement un certain financement, mais c'est un des aspects que nous devons examiner. Que devons-nous faire pour améliorer l'accès et l'offre de services? Nos soldats et nos anciens combattants ne vivent pas tous dans des grandes localités. Un militaire qui vit à Petawawa doit quand même se rendre à Ottawa, à l'Hôpital Royal Ottawa. Comme je l'ai dit, cela peut poser des difficultés sur le plan pratique pour la garde des enfants et le

Veterans Affairs or the military.

One of the things we would want to think about is how to engage those families, because they're a tremendous resource. One of the things we have a great reputation for in this country is that of volunteerism and their ability to support each other. Those families on the base support each other. How do we leverage that? It may take an investment in helping to prepare and educate and, as I talked about, that psycho-education, to invest in them so they can deliver more. They can provide that. In so doing, they will get more out of this.

Senator Campbell: On that note, when I was in the RCMP, we went to Shaughnessy Hospital in Vancouver, also known as a veterans' hospital, and they were spread across Canada. When you went to Shaughnessy Hospital, you were surrounded by veterans. Some people were there with what they called "shell shock" and probably at that time would never get out of there. You went and had everything done there. There was a sense of being taken care of. There was a sense that everybody knew what was going on. We got rid of those because the number of veterans was declining. I understand all that.

But I'm wondering if there might not be a place for that. In Vancouver we have a fellow named Allan De Genova who started a place called Honour House. Honour House has, I think, 16 suites in it, and families come and stay there while their loved one is being treated. I'm wondering if we shouldn't take a look at that model again with a specific veterans' hospital but, I agree with you, with an attachment where the family is there and can be taken care of. Their only point is to be with their loved ones. Is that something that is worthwhile, or is it just pie in the sky, too expensive?

Mr. Corneil: I'm not so sure bricks and mortar, building new hospitals will do it, but certainly looking at the existing facilities and some specialized units within them. We have seen that, the OSI clinics and units across the country.

Again, we take a look at this, and just think of the models that we have. I don't mean to do this in a way that sounds in any way pejorative, but we have Roger's House; we have Ronald McDonald House, for families whose children are in hospital, but who need to be there. That provides that kind of basis.

That kind of place in Vancouver, if people have to travel to get to an OSI clinic, we don't want just the one individual there without the rest of their support system, so if we can bring the support system, the family and the others, they're going to be in an environment that is supportive and understanding. I don't know whether you've ever visited Roger's House or Ronald McDonald House, but they are amazing places because they have

transport. Que proposons-nous à ce sujet? Ni l'armée, ni Anciens Combattants Canada ne peuvent prendre en charge tous ces aspects.

Nous devons trouver notamment une façon de faire participer ces familles qui représentent une ressource extraordinaire. Au Canada, nous avons une excellente réputation en matière de bénévolat et d'entraide. Les familles qui vivent sur la base se soutiennent les unes les autres. Comment tirer parti de cet esprit d'entraide? Il faudrait peut-être miser là-dessus afin de préparer et de former les familles, dans le cadre d'un programme de psychoéducation, afin qu'elles puissent offrir une meilleure entraide. Elles peuvent offrir un tel service et en bénéficier elles-mêmes.

Le sénateur Campbell : À ce propos, lorsque j'étais dans la GRC, nous étions soignés à l'hôpital Shaughnessy à Vancouver, que l'on appelait également l'hôpital des anciens combattants. Il y en avait de toutes les régions du Canada. À l'hôpital Shaughnessy, on était entouré d'anciens combattants. Il y avait des patients qui souffraient de ce que l'on appelait alors un « traumatisme dû au bombardement » et qui, à l'époque, étaient condamnés à y rester indéfiniment. Tous les traitements étaient dispensés dans cet hôpital. On avait vraiment l'impression d'être bien soigné. On avait l'impression d'être compris. Ces centres de soins n'existent plus, étant donné que les anciens combattants sont moins nombreux. Je comprends tout cela.

Cependant, je me demande s'il ne faudrait pas penser à un autre endroit similaire. À Vancouver, un certain Allan De Genova a créé une maison appelée Honour House qui comprend je crois 16 appartements pouvant accueillir des familles pendant qu'un militaire se fait soigner. Je me demande si l'on ne pourrait pas envisager à nouveau l'idée de créer un hôpital consacré expressément aux anciens combattants et proposant, comme vous l'avez dit, une annexe permettant d'accueillir les familles afin de leur offrir à elles aussi des services. Leur seul désir est de se trouver auprès de la personne qui se fait soigner. Est-ce un modèle que l'on pourrait envisager ou est-ce tout simplement un rêve beaucoup trop coûteux?

M. Corneil : Je ne suis pas certain qu'il faudrait construire de nouveaux hôpitaux, mais on pourrait certainement s'intéresser aux installations existantes et à leurs unités spécialisées. Il y a des cliniques TSO un peu partout au pays.

Il serait bon d'examiner les modèles déjà existants. Sans vouloir être péjoratif, nous avons la Maison de Roger et le Manoir Ronald McDonald qui accueillent les familles dont les enfants sont hospitalisés et dont la présence est utile. Ces endroits leur offrent cette possibilité.

À Vancouver, quand un militaire se rend à une clinique TSO, nous ne voulons pas qu'il vienne tout seul, sans le reste de son réseau de soutien, car grâce à son réseau composé des membres de sa famille et d'autres personnes, le patient bénéficiera d'un environnement porteur et compréhensif. Je ne sais pas si vous avez déjà visité la Maison de Roger ou le Manoir Ronald McDonald, mais ce sont des endroits extraordinaires qui

families there who are struggling, in life-and-death situations, just as some of these vets and military personnel are; yet there is an environment that is supportive, which helps them get through that, which keeps them healthy so that the whole family doesn't disintegrate, the kids don't fall off the wayside. If mom and dad go to Vancouver or Ottawa, where are the kids? What's happening for them? There is something there.

That is not a tremendous investment, but it's looking at what are we investing in and what are we putting in place that will leave a legacy for these families and for the vets so they can return to full functioning and in as much capacity as they have. That's what we're looking for.

The Deputy Chair: Dr. Corneil, you mentioned the concept of using Sherpas. Could you expand a little on that? First, are there other countries employing that practice? How would you see it employed within the existing system?

Mr. Corneil: I'm not familiar with another country that's using it. It's a concept that I have seen used with other major disabilities or illnesses. I referred to cancer victims as one group and another group is folks with Alzheimer's and dementia. Again, I'm not suggesting PTSD or OSI, but there are some similarities there in terms of which people are struggling with a variety of physical, mental and emotional difficulties. Their ability to be able to navigate the system is impaired because of that. It's complex. It's difficult to understand. In some cases it's just something simple like being able to retain information about what kinds of things you need to do, the behaviours that the therapist is giving you, multiple appointments. Those are the kinds of things.

There is a probability that that kind of Sherpa or navigator will help them get through the system. I know they have case managers, but their job is to feed the beast of the administration. They need folks who have been through the system or are close to it who can work through it.

Again, I'm hearing it clearly from those folks that I interact with that family members and other vets who have gone through this are willing to get involved in it, but they need some support; they need some education and training. I don't think it's going to be a huge, complicated matter or a huge investment to do it, but you have people who are willing, able and capable of doing that and willing to help folks through this process.

The Deputy Chair: It seems a very simple and elegant way to address one of the support necessities that veterans or RCMP veterans with PTSD have.

You mentioned their ability to help others helps them. When you said that, the first thing I thought of was the pets program. Someone who has a pet, whether they have an OSI or not, they care for the pet; they feed the pet; they make sure the pet gets

accueillent des familles qui luttent, qui vivent une situation de vie ou de mort, une situation qui ressemble à celle des anciens combattants et du personnel militaire. L'environnement est porteur et les aide à traverser ces moments difficiles, à rester en bonne santé, tout en évitant que la famille se désintègre et que les enfants soient livrés à eux-mêmes. Si maman et papa sont à Vancouver ou à Ottawa, qui s'occupe des enfants? Qu'est-ce qui leur arrive? Cela mérite réflexion.

L'investissement ne serait pas énorme, mais nous devons réfléchir à ce que nous voulons réaliser et mettre en place afin d'offrir à l'avenir à ces familles et à ces anciens combattants les moyens de se rétablir pleinement et de retrouver toutes leurs capacités. C'est ce que nous souhaitons.

Le vice-président : Monsieur Corneil, vous avez parlé du recours à des guides que vous appelez des sherpas. Pouvez-vous nous donner un peu plus de détails à ce sujet? Tout d'abord, ce modèle existe-t-il dans d'autres pays? Comment s'appliquerait-il dans le système existant?

M. Corneil : Je ne connais pas d'autres pays qui l'utilisent. C'est un concept que j'ai vu appliquer dans le cas d'autres invalidités ou maladies graves. J'ai pensé aux victimes du cancer ainsi qu'aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démence. Encore une fois, je ne parle pas de l'ESPT ou du TSO, mais il y a certaines similitudes puisqu'il s'agit de patients aux prises avec toute une gamme de difficultés d'ordre physique, mental et émotionnel qui leur rend la tâche plus difficile quand il s'agit de s'y retrouver dans le système. C'est complexe. C'est difficile à comprendre. Dans certains cas, leur difficulté tient à peu de choses, comme simplement retenir des informations sur ce qu'ils ont à faire, les comportements que le thérapeute leur demande d'adopter, les multiples rendez-vous. C'est ce genre de choses.

Il est probable qu'un sherpa ou un guide pourrait les aider à naviguer dans le système. Je sais qu'ils ont des questionnaires de cas, mais le travail de ces derniers consiste à alimenter la machine administrative. Les patients ont besoin de personnes qui sont déjà passées par le système ou qui le connaissent intimement et qui peuvent les guider à travers ses méandres.

Encore une fois, les personnes que je rencontre me disent clairement que les membres de la famille ou d'autres anciens combattants qui ont déjà vécu cette expérience sont désireux de s'impliquer, mais qu'ils ont besoin d'un certain soutien; ils ont besoin d'informations, ils ont besoin d'une formation. Je ne pense pas que ce soit une entreprise très complexe ou extrêmement onéreuse, mais je crois plutôt qu'il y a des gens qui sont désireux et capables d'aider les patients à cheminer dans ce processus.

Le vice-président : Cela me paraît être un moyen très simple et élégant de répondre aux besoins en matière de soutien des anciens combattants et des anciens de la GRC qui sont atteints d'ESPT.

Vous avez mentionné leur capacité à aider les autres et, ce faisant, à s'aider eux-mêmes. Quand vous avez parlé de cela, j'ai pensé immédiatement au programme d'animaux domestiques. Quand on a un animal domestique, que l'on soit atteint de TSO

exercise; they have comfort with their pet, whether they have an illness or not. A pet owner would look after the general health and well-being of the pet.

Could you tell me a bit about that aspect and how that can help the veteran with PTSD or an OSI?

Mr. Corneil: Perhaps you touched on some of this. Going back to Senator Mitchell's point about the sense of values and beliefs, lots of people who are experiencing PTSD feel dissociated, disconnected, so they're looking for some kind of grounded connection, but they're also looking for a sense of meaning, a sense of purpose. Remember, these are people who have contributed. They're used to contributing. They are used to giving and now all of a sudden they are put in a place where they feel that they're not valued; they feel like their contribution is not respected or considered. What we see is that that gives them a sense of meaning. All the work that I've done over the years, the folks I have found who have been most committed are those who have been through the process who have had one of these disabilities or an issue. They manage to get their recovery or on the road to recovery and what they want to do is give it back, because it strengthens them in their pathway and their ability to do it.

You may think this kind of trivial to start with, but a number of years ago a study was done in the United States at the University of Florida, and they had people who were asked to give massages to other individuals who were having difficulties. They measured the improvement of not only the physical but also the mental health of the people who were getting the massage, and also the people giving it. Lo and behold, they found that those who were giving it got more benefit than those who were getting it. This laid the groundwork for the area called reciprocity, in terms of looking at if you can give something there is a tremendous sense of well-being and satisfaction that comes with that, not only from an emotional standpoint but it also has a physiological impact.

I think that speaks to the notion of why it's so important to have peers, why it's so important to have them being able to make a meaningful contribution and to be able to be involved in this in a very healthy way that not only supports their colleagues and families but also supports them, because they get that kind of outcome.

Senator White: Doctor, I think you're referring to the Maplesoft survivorship centre when you talk about coaching with regard to cancer. Are there any systems in Canada or elsewhere you know of where there are coaches for vets who are challenged with PTSD or other mental health issues and almost an advocate, I guess is what you are talking about, somebody who can help walk through some of the challenges? Are there systems in place anywhere that we're seeing?

ou non, on s'en occupe; on le nourrit, on lui fait faire de l'exercice; la présence de notre animal nous reconforte, que l'on soit malade ou non. Le maître veille à la bonne santé et au bien-être de son animal domestique.

Pouvez-vous me parler de cet aspect et me dire comment un animal domestique peut être bénéfique pour un ancien combattant atteint d'ESPT ou de TSO?

M. Corneil : Vous en avez peut-être déjà parlé. Si je reviens au commentaire du sénateur Mitchell au sujet des valeurs et des croyances, beaucoup de personnes atteintes d'ESPT se sentent perdues, exclues, et sont par conséquent à la recherche d'une sorte d'ancrage, mais également d'une raison d'être, d'un but à atteindre. Il ne faut pas oublier que ce sont des gens qui sont habitués à servir et à donner, et qu'ils se retrouvent tout à coup dans un endroit où ils se sentent inutiles; ils ont l'impression que leur contribution n'est plus respectée ni appréciée. Nous avons constaté que leur participation donne un sens à leur vie. Dans toutes les recherches que j'ai effectuées au fil des années, j'ai pu observer que les personnes les plus engagées sont celles qui ont connu le processus de l'intérieur, parce qu'elles ont elles-mêmes été atteintes d'une invalidité ou d'un trouble quelconque. Une fois rétablies ou en voie de guérison, elles veulent elles aussi faire leur part, parce que cela les renforce dans leur cheminement et leur capacité à atteindre leur but.

L'exemple pourra vous paraître trivial, mais j'aimerais vous parler d'une étude réalisée il y a quelques années aux États-Unis, à l'Université de Floride. On avait demandé à des patients de donner des massages à d'autres personnes souffrant de divers troubles. Les chercheurs ont observé une amélioration de la santé physique et mentale chez les personnes qui recevaient les massages, mais également chez les personnes qui les donnaient. À leur grande surprise, ils ont découvert que les avantages étaient plus grands chez les personnes qui donnaient les massages que chez celles qui les recevaient. Cette observation a mené à un modèle de réciprocité selon lequel le simple fait de donner procure un immense bien-être et une satisfaction, non seulement d'un point de vue émotionnel, mais également sur le plan physiologique.

Selon moi, c'est la raison pour laquelle il est si important de faire appel aux pairs, de leur permettre d'effectuer une contribution significative et de faire une action très saine qui est bénéfique non seulement pour leurs collègues et leur famille, mais également pour eux, étant donné qu'ils en retirent eux aussi des avantages.

Le sénateur White : Je pense que vous faites allusion au centre Maplesoft qui offre des services d'encadrement aux malades atteints du cancer. Existe-t-il au Canada ou ailleurs des programmes qui mettent à la disposition des anciens combattants atteints d'ESPT ou d'autres troubles de santé mentale, un accompagnateur, presque un défenseur, quelqu'un qui peut les aider à franchir quelques-uns des obstacles? Est-ce qu'il existe quelque part de tels programmes?

Mr. Corneil: I am not familiar with any sort of formal systems. We are seeing a number of these ad hoc ones, and we are seeing them springing up as and when across the country. There is not, to my knowledge, a network of those, but I'm willing to predict that probably very shortly there will be, simply because people who are in this see this as a need. They've seen the impact that they've had in being able to do things locally. That's going to spread. We're seeing I think more and more involvement on the part of the vets but also on the part of their families and also the active members. I think you're going to see that evolve.

It would be good timing, if you will, to be able to support that and to provide it with some structure and systemic support so that it can have the impact that it certainly can.

Senator White: If it's of interest, Mr. Chair, at the Maplesoft survivorship centre, probably the biggest success they've had has been their coaching program, which is pretty grassroots. It's literally, how do I fill out a form? Who do I call? If I'm receiving radiation, can I be around a microwave? It's those types of questions. Many of the questions we get from people with PTSD or who are fearful they are going to have PTSD in some cases are pretty basic questions: Who do I call? Where do I go? Are there forms? How do I get from Petawawa to the Royal? They are pretty basic, rote-based responses.

Mr. Corneil: The professionals don't have time for that. We understand that that's not the role of the social worker, the psychologist or the chaplain or the others because they need to focus on what they need to do best. We've got this whole other piece that's missing. That's the critical part that's going to help people get into and through the system and out the other end in a much more effective and appropriate way.

Senator Mitchell: I wanted to pursue a point you made. It struck me and reminded me of a statistic that I had heard. It was the point about the organization set up by Mr. Gravel for people who have been shot or have shot somebody. In our society today we see so much gratuitous violence on TV, movies, cops and robbers, that we become really inured to it. I saw a statistic that said on average after a police officer shoots someone, they last about two years in their career. The trauma to them is much greater than we really have acknowledged. Is that consistent with what you are saying or is it that we need better support for people like that, better techniques and better health care? Is it something that's overlooked?

Mr. Corneil: I'm not sure about the statistic. I'm not familiar with that. However, in my work with police services in Canada and abroad, those individuals who have been in that situation are struggling with it. The one thing we do know is that if they get the support from their organization, from their leadership, from their

M. Corneil : Je ne connais pas de programme officiel de ce type. Un certain nombre de programmes spéciaux voient le jour ici et là dans le pays. À ma connaissance, il n'existe aucun réseau, mais je serais prêt à parier qu'il y a en aura probablement dans pas longtemps, tout simplement parce que les personnes concernées considèrent qu'il s'agit d'une nécessité. On a pu constater les résultats qu'on a obtenus en prenant de telles mesures sur le plan local. Le modèle va se répandre. Je crois qu'on observe une participation de plus en plus grande de la part des anciens combattants, mais également de la part de leurs familles et des militaires toujours en activité. Je pense que les choses vont évoluer en ce sens.

Ce serait le bon moment, dans un sens, d'appuyer cette tendance et de lui accorder une structure et un soutien systémique pour qu'elle puisse offrir les résultats qu'elle promet.

Le sénateur White : Monsieur le président, j'aimerais ajouter à titre d'information que le programme d'encadrement est sans doute le programme qui a remporté le plus de succès au centre Maplesoft. Pourtant, il s'agit d'un programme destiné à répondre aux questions élémentaires suivantes : « Comment remplir un formulaire? Qui dois-je appeler? Si je suis une radiothérapie, est-ce que je peux passer près d'un four à micro-ondes? » C'est ce genre de questions. Beaucoup de questions posées par des personnes atteintes d'ESPT ou qui craignent de l'être sont, dans certains cas, des questions extrêmement élémentaires : « Qui dois-je appeler? À qui dois-je m'adresser? Est-ce qu'il y a des formulaires à remplir? Comment puis-je me rendre de Petawawa à l'Hôpital Royal? » Ce sont des questions assez simples, des questions de routine.

M. Corneil : Les professionnels n'ont pas le temps de répondre à de telles questions. Nous comprenons que ce n'est pas le rôle du travailleur social, du psychologue, de l'aumônier ou d'autres personnes qui doivent se concentrer pour bien faire leur travail. Il manque toute une dimension importante qui aide les gens à accéder au système et à le traverser de manière plus efficace et appropriée.

Le sénateur Mitchell : J'aimerais revenir à un point que vous avez soulevé. Cela m'a frappé et m'a rappelé une statistique que j'ai déjà entendue. Il s'agit de l'organisation mise sur pied par M. Gravel pour les gens qui ont été blessés ou qui ont blessé quelqu'un. Dans notre société actuelle, il y a beaucoup de violence gratuite à la télévision, au cinéma, dans les films de gendarmes et voleurs, si bien que nous sommes devenus insensibles à la violence. Selon certaines statistiques, un agent de police qui tire sur une personne reste en moyenne en activité pendant environ deux ans. Le traumatisme qu'il subit est beaucoup plus grave que l'on croit. Est-ce que cela correspond à ce que vous affirmez ou est-ce que nous devons accorder un meilleur soutien à ces personnes, appliquer de meilleures techniques et offrir de meilleurs soins de santé? Avons-nous négligé quelque chose?

M. Corneil : Je ne suis pas familier avec ces statistiques. Cependant, j'ai pu constater au cours de mes travaux auprès de services de police au Canada et à l'étranger, que les personnes qui s'étaient trouvées dans de telles situations éprouvent des difficultés à les assumer. Ce que nous savons, c'est qu'elles

families and their colleagues, they will be back and will continue to serve. If that's not there, then the likelihood is that they will not continue in their career. It goes back to this whole network and support process. If it's there and it's solid, they continue on and, in some instances, are as remarkable as Syd Gravel. For other people, when it's not there, as a result they don't make it.

The Deputy Chair: I have one final question, Dr. Corneil. Are there statistics that quantify the success of various treatments?

Mr. Corneil: In terms of what?

The Deputy Chair: In terms of PTSD. Do we know what works best in general, or is there anything quantifiable?

Mr. Corneil: There is. There is a considerable body of knowledge, not that much in Canada but certainly from our colleagues in the United States. The National Center for PTSD in the United States has a vast amount of that kind of information.

Again, they look at two things. One is the clinical treatment. Most of it is cognitive behavioural therapy, along with some medication. The other part of that, and they're the ones who, along with, say, the American Psychological Association, APA, have determined that clinical treatment in and of itself will only take them so far. It's the psychosocial support that will get them the rest of the way, rehab and functioning. That's the model that's pretty much put in place to ensure people get through it.

In answer to your question, yes, there is research and a fair amount of data. There is very little in the Canadian context because we don't have many researchers getting funded for that kind of work in Canada.

The Deputy Chair: Dr. Corneil, thank you very much for your presentation today.

Senator Lang: I think the chair asked an important question. The information that you referred to which happens to have been acquired and compiled in the United States would be relevant for us in respect to the subject we're talking about, so we don't necessarily have to reinvent the wheel.

Mr. Corneil: There are a couple of things we want to be careful of, and that is that would be appropriate to a certain point. However, the culture in the United States is far different than ours. It has a different kind of context, both in terms of the social culture that revolves around the military and their families and also their health care system. Having worked both in Canada and the United States, I can tell you that their health care system is not exactly the same as ours. You want to look at what are the social values — again I come back to that social and cultural piece. We have to be careful that we take the principles we find in the research in the United States. We bring those over, but we don't bring across the exact way they do it because it's not a

peuvent reprendre du service si elles obtiennent le soutien de leur organisme, de leurs chefs, de leur famille et de leurs collègues. Si ce soutien fait défaut, il est probable que leur carrière prendra fin. Tout repose sur ce réseau et ce processus de soutien. Si le réseau existe et s'il est solide, ces personnes poursuivront leur carrière et de façon aussi remarquable que Syd Gravel. Malheureusement, faute de réseau, d'autres personnes doivent abandonner leur carrière.

Le vice-président : Une dernière question, docteur Corneil. Est-ce qu'il existe des statistiques permettant de juger du succès des divers traitements?

M. Corneil : Dans quel domaine?

Le vice-président : Dans le domaine de l'ESPT. Savons-nous quelles sont les méthodes qui fonctionnent le mieux en général, ou peut-on en mesurer le succès d'une certaine manière?

M. Corneil : Oui. Il existe beaucoup de données, pas tant au Canada qu'aux États-Unis. Le National Center for PTSD des États-Unis dispose d'une grande quantité d'informations de ce type.

Encore une fois, ces données portent sur deux aspects. Le premier est le traitement clinique qui se présente la plupart du temps sous la forme d'une thérapie cognitivo-comportementale, alliée à une médication. Ce sont eux qui ont déterminé avec l'American Psychological Association, l'APA, que le traitement clinique a ses limites et qu'il faut le compléter par l'autre aspect, le soutien psychosocial qui permet de faire le reste du chemin vers la réadaptation et la réintégration. C'est à peu près le modèle qui est mis en place pour permettre aux victimes de traverser cette épreuve.

Pour répondre à votre question, il existe des recherches et beaucoup de données. Il y en a très peu dans le contexte canadien, étant donné que le Canada ne finance pas beaucoup de chercheurs pour effectuer ce type d'étude.

Le vice-président : Docteur Corneil, merci beaucoup pour l'exposé que vous nous avez présenté aujourd'hui.

Le sénateur Lang : Je pense que le président a posé une question importante. L'information dont vous parlez, qui a été recueillie et compilée aux États-Unis, serait utile pour nous dans le sujet qui nous préoccupe. Par conséquent, nous n'avons pas nécessairement à réinventer la roue.

M. Corneil : Ces données seraient utiles jusqu'à un certain point, mais il faut être prudent. En effet, la culture des États-Unis est très différente de la nôtre. Le contexte est différent sur le plan de la culture sociale dans laquelle évoluent les militaires et leurs familles, et également sur le plan du système de santé. Ayant travaillé aussi bien au Canada qu'aux États-Unis, je peux vous dire que leur système de santé ne ressemble pas exactement au nôtre. Il faut tenir compte des valeurs sociales — je reviens ici aux éléments sociaux et culturels. Il faut être prudent dans l'utilisation des principes que nous trouvons dans les recherches effectuées aux États-Unis. Nous pouvons les emprunter, mais on ne peut pas les appliquer exactement de la même manière qu'aux États-Unis. Si

cookie cutter. If you do that, you will not get the outcomes you want to get. Use the research to inform us; we want evidence-based research. At the same time, how do we fit that into the Canadian context and make that work for us, for our soldiers and for the vets and families here.

The Deputy Chair: Thank you, Dr. Corneil. That's interesting information. You're right; we can't equate it necessarily to the United States. The United States looks very much like Canada in many ways, but their systems are different.

Thank you very much for your presentation today and for answering our questions. It will help us greatly in our study. Thank you also for the long service you have provided to Canada and our veterans.

Mr. Corneil: Thank you.

The Deputy Chair: This meeting is adjourned.
(The committee adjourned.)

on le fait, on n'obtiendra pas les résultats escomptés. Il est possible d'utiliser la recherche comme source d'information; nous voulons une recherche fondée sur des données probantes. Mais il faut trouver par ailleurs un moyen de l'appliquer dans le contexte canadien et de s'en servir pour obtenir des résultats positifs pour nos soldats et nos anciens combattants ainsi que leurs familles au Canada.

Le vice-président : Merci, docteur Corneil. Ces précisions sont intéressantes. Vous avez raison de souligner que l'on ne peut pas nécessairement répliquer ici les modèles utilisés aux États-Unis. Le Canada ressemble sous bien des angles aux États-Unis, mais nos systèmes sont différents.

Merci beaucoup pour l'exposé que vous nous avez présenté aujourd'hui et merci d'avoir répondu à nos questions. Tout cela nous sera très utile pour notre étude. Je vous remercie pour vos longues années de service au bénéfice du Canada et de nos anciens combattants.

M. Corneil : Merci.

Le vice-président : La séance est levée.
(La séance est levée.)

WITNESSES

Wednesday, May 28, 2014

Mental Health Commission of Canada:

Howard Chodos, Director, Mental Health Strategy for Canada;

Jennifer Vornbrock, Vice President, Knowledge and Innovation.

Wednesday, June 4, 2014

British Columbia Operation Stress Injury Clinic:

Dr. Greg Passey, Clinical Psychiatrist.

Wednesday, June 11, 2014

Institute of Population Health, University of Ottawa:

Dr. Wayne Corneil, Affiliate Scientist.

TÉMOINS

Le mercredi 28 mai 2014

Commission de la santé mentale du Canada :

Howard Chodos, directeur, Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada;

Jennifer Vornbrock, vice-présidente, Connaissances et innovation.

Le mercredi 4 juin 2014

Clinique de blessure de stress opérationnel de la Colombie-Britannique :

Dr. Greg Passey, psychologue clinicien.

Le mercredi 11 juin 2014

Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa :

Dr Wayne Corneil, scientifique affilié.