

SENATE



SÉNAT

CANADA

Second Session
Forty-first Parliament, 2013-14

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

VETERANS AFFAIRS

Chair:
The Honourable JOSEPH A. DAY

Wednesday, September 24, 2014
Wednesday, October 1, 2014
Wednesday, October 8, 2014

Issue No. 7

Consideration of a draft agenda (future business)
and

Fifth and sixth meetings on:

Study 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)

WITNESSES:
(See back cover)

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

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

ANCIENS COMBATTANTS

Président :
L'honorable JOSEPH A. DAY

Le mercredi 24 septembre 2014
Le mercredi 1^{er} octobre 2014
Le mercredi 8 octobre 2014

Fascicule n° 7

Étude d'un projet d'ordre du jour (travaux futurs)
et

Cinquième et sixième réunions concernant :

L'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

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, September 24, 2014
(15)

[*English*]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day at 12 p.m. in room 257, East Block, for the purpose of electing a chair and a deputy chair.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Day, Lang, Stewart Olsen and White (4).

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

The clerk of the subcommittee presided over the election of the chair.

The Honourable Senator White moved:

That the Honourable Senator Day be chair of this subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The clerk invited Senator Day to take the chair.

The chair presided over the election of the deputy chair.

The Honourable Senator White moved:

That the Honourable Senator Stewart Olsen be deputy chair of this subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

At 12:05 p.m., pursuant to rule 12-16(1)(d), the subcommittee continued in camera to consider a draft agenda (future business).

At 12:21 p.m., the subcommittee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, October 1, 2014
(16)

[*English*]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day at 12:07 p.m. in room 257, East Block, the chair, the Honourable Joseph A. Day, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Day, Lang, Mitchell, Stewart Olsen 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.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 24 septembre 2014
(15)

[*Traduction*]

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à midi, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est pour élire un président et un vice-président.

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Day, Lang, Stewart Olsen et White (4).

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

La greffière du sous-comité préside à l'élection à la présidence.

L'honorable sénateur White propose :

Que l'honorable sénateur Day soit élu président du sous-comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

La greffière invite le sénateur Day à occuper le fauteuil.

Le président préside à l'élection à la vice-présidence.

L'honorable sénateur White propose :

Que l'honorable sénatrice Stewart Olsen soit élue vice-présidente du sous-comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

À 12 h 5, conformément à l'article 12-16(1)(d) du Règlement, la séance se poursuit à huis clos pour examiner un projet d'ordre du jour (travaux futurs).

À 12 h 21, le sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 1^{er} octobre 2014
(16)

[*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 7, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Joseph A. Day (*président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Day, Lang, Mitchell, Stewart Olsen et White (5).

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

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 continued 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 committee, Issue No. 5.*)

WITNESS:

Frontenac Community Mental Health and Addiction Services:

Victoria Huehn, Executive Director.

The chair made an opening statement.

Ms. Huehn made a statement and answered questions.

At 1:02 p.m., the subcommittee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, October 8, 2014
(17)

[English]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day at 12:04 p.m. in room 257, East Block, the chair, the Honourable Joseph A. Day, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Day, Frum, Mitchell, Stewart Olsen 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 continued 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 committee, Issue No. 5.*)

WITNESS:

True Patriot Love:

Bronwen Evans, Managing Director.

The chair made an opening statement.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 9 avril 2014, et délégué le lundi 28 avril 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 comité.*)

TÉMOIN :

Services communautaires de santé mentale et de dépendances de Frontenac :

Victoria Huehn, directrice exécutive.

Le président prend la parole.

Mme Huehn fait une déclaration puis répond aux questions.

À 13 h 2, le sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 8 octobre 2014
(17)

[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 4, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Joseph A. Day (*président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Day, Frum, Mitchell, Stewart Olsen et White (5).

Également présent : 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 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 comité.*)

TÉMOIN :

La patrie gravée sur le cœur :

Bronwen Evans, directrice générale.

Le président prend la parole.

Ms. Evans made a statement and answered questions.

Mme Evans fait une déclaration, puis répond aux questions.

At 1:04 p.m., the subcommittee adjourned to the call of the chair.

À 13 h 4, le sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ :

La greffière du sous-comité,

Josée Thérien

Clerk of the Subcommittee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, October 1, 2014

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day at 12:07 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 Joseph A. Day (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Colleagues, today we are continuing our study on the medical, social and operational impacts of mental health issues affecting serving and retired members of the Canadian Armed Forces. That includes operational stress injuries, sometimes referred to as OSI. One of the operational stress injuries that we hear quite a bit about is post-traumatic stress disorder.

We are very pleased to welcome with us today as a witness who will help us understand the injury and what is taking place, Victoria Huehn, Executive Director, Frontenac Community Mental Health and Addiction Services.

I'll have you tell us a little bit more, Ms. Huehn, about your particular institute, but I did want colleagues and those watching to know that you are a certified psychiatric rehabilitation practitioner. That takes up the entire door with your titles, I'm sure. You have a BA in psychology from Wilfrid Laurier University and a master's in public administration from Queen's University. I will give you the floor to give us your opening remarks and then perhaps we'll have a bit of a discussion.

Victoria Huehn, Executive Director, Frontenac Community Mental Health and Addiction Services: Thank you very much, Mr. Chair. I also have a Certified Health Executive designation and I think an important thing to remember as we move forward is that this is indeed an illness that we are talking about, and health is a very important part of that.

I'm attending your meeting today as Executive Director of the Frontenac Community Mental Health and Addiction Services and if you can say it, you can join. It's a lengthy title and it says exactly what we do. We are in Kingston.

The Chair: Ontario.

Ms. Huehn: Yes, not out east. We are in Kingston, Ontario. I was a member of the Service Systems Advisory Committee of the Mental Health Commission and I've also been a member of

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 1^{er} octobre, 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 7, pour étudier les répercussions médicales, sociales et opérationnelles des problèmes de santé mentale dont sont atteints les 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 sénateur Joseph A. Day (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Chers collègues, nous poursuivons aujourd'hui notre étude des répercussions médicales, sociales et opérationnelles des problèmes de santé mentale dont sont atteints des membres actifs et à la retraite des Forces canadiennes. Cela inclut les blessures de stress opérationnelles, abrégées parfois en BSO. L'une de ces blessures de stress opérationnelles fait couler beaucoup d'encre, l'état de stress post-traumatique.

Nous sommes heureux d'accueillir aujourd'hui un témoin qui nous aidera à comprendre la blessure et les circonstances qui l'entourent, Victoria Huehn, directrice exécutive, Services communautaires de santé mentale et de dépendances de Frontenac.

Je vous laisserai nous donner un peu plus de détails sur votre institut, madame Huehn, mais je voulais indiquer à mes collègues et à ceux qui nous regardent que vous êtes une praticienne agréée de réadaptation psychiatrique, titre qui occupe, nul doute, la plus grande partie de votre porte. Vous êtes titulaire d'un baccalauréat en psychologie de l'Université Wilfrid Laurier et d'une maîtrise en administration publique de l'Université Queen's. Je vous laisse la parole pour vos remarques d'ouverture, après quoi nous aurons peut-être une petite discussion.

Victoria Huehn, directrice exécutive, Services communautaires de santé mentale et de dépendances de Frontenac : Merci beaucoup, monsieur le président. Vous pouvez ajouter à la liste le titre de directrice de services de santé car, selon moi, il est important de ne pas perdre de vue, dans nos discussions, qu'il s'agit bien d'une maladie et que la santé est un facteur extrêmement important.

C'est à titre de directrice exécutive des Services communautaires de santé mentale et de dépendances de Frontenac que je participe à la réunion et, si vous pouvez énumérer tout cela, vous êtes les bienvenus. C'est un titre à rallonge qui indique exactement de quoi nous nous occupons. Nous sommes situés à Kingston.

Le président : En Ontario.

Mme Huehn : Oui, pas dans l'est. Nous sommes à Kingston, en Ontario. J'ai été membre du Comité consultatif sur les systèmes de services de la Commission de la santé mentale, ainsi que du

the Ontario Minister's Advisory Group to design and develop the 10-year strategy on addictions and mental health.

I've also chaired the Ontario Human Services and Justice Coordinating Committee for six years, which looks very carefully at diverting people from hospitals and jails that get in trouble with the law because of their illness.

I began with FCMHAS as the sole part-time staff member in 1982. Since that time — and this is indicative of how acknowledgment of illnesses, mental health and addiction issues have grown — our agency has undergone three name changes. When I started as a volunteer we had a budget of \$15,000. We now have a budget close to \$15 million. We have close to 200 staff members and we serve over 3,000 people a year.

We used to have five rental properties 33 years ago and now we own 17 properties with a total of 165 units, and we have close to \$15 million in equity. So the umbrella of support services is broad and includes such things as a mobile crisis unit, case management, assorted community treatment teams, court diversion, residential support and a myriad of other supports that people need when they're on their journey of recovery.

I want to let you know that my involvement and the opportunity to develop, plan and implement is not a career for me; it has been a passion. That is how I come to you today, to talk to you about people on their recovery.

Originally I was asked to give you some idea about provincial health systems, and to talk about housing. I have been very involved in housing across Canada, both on the national advisory committee for At Home/Chez Soi and while on the Service Systems committee I co-led *Turning the Key*, which was a report that went into all of the opportunities across Canada.

With that report, the executive summary is over 20 pages in length. The report itself is over 100 pages and the appendices are 600, so I will not even try to get into it today, in particular. We found out that Canada desperately needs more housing with supports. We talk a lot about needing a national housing strategy, but it's clear that people who have mental health, addiction issues need to have support, and we are woefully missing that boat.

Groupe consultatif du ministre de l'Ontario, pour concevoir et élaborer une stratégie de 10 ans sur les dépendances et la santé mentale.

J'ai également présidé pendant six ans le Comité coordonnateur des services et de la justice de l'Ontario, qui fait son possible pour éviter que les gens finissent dans des hôpitaux et les prisons, quand c'est leur maladie qui les amène à contrecarrer la loi.

C'est en 1982 que j'ai commencé à travailler au Centre de Frontenac, en tant qu'unique membre du personnel à temps partiel. Depuis cette époque — et cela illustre combien les attitudes ont évolué en ce qui concerne les maladies, la santé mentale et les problèmes de dépendances — notre centre a été rebaptisé trois fois. Quand j'ai commencé, comme bénévole, nous avions un budget de 15 000 \$. Il est maintenant de près de 15 millions de dollars. Et nous avons près de 200 membres du personnel, pour desservir plus de 3 000 personnes par an.

Il y a 33 ans, nous avons cinq propriétés en location; maintenant nous sommes propriétaires de 17 propriétés, comptant un total de 165 unités, ce qui constitue près de 15 millions de dollars en immobilisations. La gamme de services de soutien est donc large, incluant, par exemple, une unité mobile d'intervention d'urgence, la gestion de cas, diverses équipes de traitements communautaires, un programme de judiciarisation, du soutien à domicile et une myriade d'autres mesures de soutien dont les gens ont besoin quand ils s'efforcent de se rétablir.

Laissez-moi préciser que, si je me suis impliquée, si j'ai eu l'occasion de développer, de planifier et de mettre en œuvre différentes choses, ce n'était pas pour faire carrière, pour moi c'était par passion. C'est le même esprit qui m'anime aujourd'hui pour vous parler des gens dans leur processus de rétablissement.

Vous m'avez demandé au départ de vous donner une idée des systèmes de santé provinciaux et de parler de logement. Je me suis beaucoup occupée de logement partout au Canada, à la fois comme membre du comité consultatif de At Home/Chez Soi et comme membre du Comité consultatif sur les systèmes de services. J'ai codirigé le rapport sur le logement comme clé du rétablissement, *Turning the key*, qui passait en revue toutes les occasions existant au Canada.

Dans ce rapport, le sommaire fait plus de 20 pages. Le rapport lui-même en compte plus de 100, sans compter des annexes totalisant 600 pages. Je n'essayerai donc pas d'en résumer la teneur aujourd'hui. Mais nous avons découvert que le Canada avait désespérément besoin de plus de logements avec soutien. Nous parlons beaucoup de la nécessité d'une stratégie nationale du logement, mais il est clair que les personnes qui ont des problèmes de santé mentale et de dépendance ont besoin de soutien. Et je regrette de dire que, dans ce cas, nous passons complètement à côté de la plaque.

Our recommendation in that report is that we need at least 100,000. That follows up from Senator Kirby's report, when he had mentioned 57,000. Our report came out at least four years ago, and we cut it down to 100,000 even though the numbers at the time said 210,000.

Senator Lang: People or units?

Ms. Huehn: Individual people. Yes, most of them are singles, so those would be people.

The Chair: If you need to expand on that further, I'll put you on a list.

Senator Lang: I don't want her to lose her train of thought.

Ms. Huehn: I can lose it quickly and get back with something else, just as fast.

What I will touch on, though, because I think it relates very clearly to the subject that you're going to be considering, is what the provincial strategies are moving towards in terms of mental health and addictions issues. I can say all of them are clearly focusing on client focus, choice, inclusion, anti-stigma and meaningful involvement of users, as they say overseas, but here we say clients — we certainly get away from "patients" — and family members.

All of the strategies really focus on those issues moving forward. The question is why. It's very clear; it's evidence-based. We know that when we give people the right to make choices in their lives about what they need to feel successful, they are going to have a much greater chance of reaching their goals. British Columbia has taken their strategy one step further and they are putting together what is called a psychosocial rehabilitation framework where they are defining how they want their services to roll out.

Let me take a minute to explain this to you. A lot of the main strategies now are talking to the issue of recovery. Recovery is not a "model" any more than you can say that someone uses a model when they get better from cancer. We have all known someone who has been ill with cancer. Do you say that they're using a model to get better? No, they're recovering. It is likewise with people with mental health and addictions issues.

One of my favourite definitions of recovery — and I'm going to read it — is from Dr. Bill Anthony. He was one of the founders, first major promoters of recovery in terms of identifying it and doing the research. He also closely links psychosocial rehabilitation as the tools, as the competencies you need to roll out recovery. He said recovery is "a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life. . . . Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects" of a psychiatric disability.

Notre recommandation dans le rapport est qu'il nous en faut au moins 100 000. Cela découle du rapport du sénateur Kirby, où il en avait mentionné 57 000. Notre rapport, sorti il y a au moins quatre ans, réduisait le chiffre à 100 000, bien que les calculs à l'époque établissaient le chiffre à 210 000.

Le sénateur Lang : Vous parlez d'unités ou de personnes?

Mme Huehn : De personnes prises individuellement. Il s'agit dans la plupart des cas de célibataires, donc oui, des personnes.

Le président : Si vous souhaitez approfondir cette question, je noterai votre nom sur la liste.

Le sénateur Lang : Je ne voudrais pas qu'elle perde le fil de ses idées.

Mme Huehn : Je peux perdre le fil rapidement et repartir sur autre chose tout aussi vite.

Je compte mentionner brièvement, toutefois, quelque chose qui, selon moi est directement lié au sujet que vous allez étudier : l'évolution des stratégies provinciales en matière de santé mentale et de dépendances. Je peux affirmer que, partout, on s'attache aux clients, aux choix, à l'inclusion, à la lutte contre les stigmates et à une véritable participation des utilisateurs, pour utiliser un terme prisé hors de nos frontières, auquel nous préférons ici celui de « clients » — ce qui est sûr, c'est qu'on n'utilise plus « patients » — participation, donc, des clients et des membres de leur famille.

Toutes les stratégies sont désormais clairement orientées vers ces questions. Pourquoi? La réponse est simple : cela repose sur des données probantes. Nous savons que, quand nous donnons aux gens la chance d'effectuer des choix sur ce dont ils ont besoin pour avoir un sentiment de réussite, ils sont nettement plus susceptibles d'atteindre leurs objectifs. La Colombie-Britannique va d'ailleurs encore plus loin, élaborant une stratégie appelée cadre de réadaptation psychosociale, qui lui permet de définir les modalités de prestation des services.

Laissez-moi vous expliquer un peu de quoi il s'agit. Une bonne part des grandes stratégies se penche maintenant sur la question du rétablissement. Or le rétablissement n'est pas un « modèle », pas plus que l'on ne peut dire que les gens utilisent un modèle quand ils se rétablissent du cancer. Nous connaissons tous quelqu'un qui a eu le cancer. Êtes-vous là à dire qu'ils suivent un modèle pour guérir? Non, ils se rétablissent. Il en va de même pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de dépendances.

L'une des définitions du rétablissement que je préfère est celle du Dr Bill Anthony. Je vais vous la lire. Il a été un des premiers promoteurs du rétablissement, un des premiers à l'identifier et à effectuer des recherches dans ce domaine. De plus, il établit une adéquation étroite entre la réadaptation psychosociale et les outils, les compétences dont on a besoin pour arriver au rétablissement. Il dit que le rétablissement est « un processus unique, profondément personnel, par lequel on change ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses habiletés et/ou ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, empreinte d'espoir et contribuant à la société... Le rétablissement

Now, Bill came out with that in 1993. Over the years, a lot of the research, except for those that specifically talked to medication, continued to come back to that strength around psychosocial rehabilitation that allows people to recover. Our agency, since I've been involved with it, has been using recovery oriented services. There have been a myriad of other organizations across Canada that have also been pioneering. I know you've talked about Jennifer and Howard from the Mental Health Commission. They talk about how, in the Mental Health Commission strategy, we move forward with this whole idea of recovery. We need to make sure that we have the skills and opportunities to do that and the staff, the work that people do is indeed focused that way.

I speak from experience as, over my years, I have been belittled, I have been ignored. I can handle that. The whole concept of allowing people to make their own decisions has been very difficult to carry forward, because it was very much based on a medical model. Believe me, psychosocial rehabilitation includes a medical model. I am the first one to say that medication is an important part of one's recovery journey. However, there are many other things that need to be taken into account. And as we move forward in this new paradigm of recognizing that the person has to be at the centre of the plan, and not medical staff, we're bumping against the paradigm that a medical professional needs to be at the centre of controlling how a person moves forward on their recovery journey. There is very little evidence to prove that's going to be helpful.

Over my years, I have gained many friends who have been moving forward on their recovery journey. I have had the opportunity and gift to walk with them as they move forward. It is really exciting to see people regain their lives in a way that they feel is meaningful for them.

That's why I speak to the importance of recovery and how we need to look at it in terms of all illnesses, especially people who are dealing with trauma injuries, any other anxiety, manic illnesses and any kind of mental health issue can really benefit from this look at recovery.

I chair a national organization called Psychosocial Rehabilitation Réadaptation Psychosociale Canada. We have hundreds of individuals and dozens of organizations, made up of educators, users, family members, service providers, all across Canada who are absolutely dedicated to this concept of recovery and the fact that people need to be supported, no matter where they are, no matter where they're going to be, they need to be supported in order to move forward.

implique l'élaboration d'un nouveau sens et d'un nouvel objectif dans la vie d'une personne qui surmonte les effets catastrophiques » d'une incapacité psychiatrique.

C'est en 1993 que Bill a pondu cet énoncé. Au fil des ans, une bonne part de la recherche, sauf celle portant précisément sur les médicaments, revenait constamment à la force de la réadaptation psychosociale qui permet aux gens de se rétablir. Notre agence, depuis que j'y travaille, est tournée sur des services axés sur le rétablissement. Une multitude d'autres organisations au Canada ont également fait œuvre de pionnier dans ce domaine. Je sais que vous avez parlé à Jennifer et à Howard de la Commission de la santé mentale. Ils évoquent la façon dont nous allons de l'avant avec cette idée d'ensemble de rétablissement, dans le cadre de la stratégie de la Commission de la santé mentale. Pour y parvenir, nous devons veiller à avoir les habiletés et les occasions voulues, ainsi que le personnel, un personnel dont le travail soit véritablement axé sur ce principe.

Je parle d'expérience : au fil des ans, on m'a rabaisée, on m'a ignorée. Peu m'importe. Il a été difficile de faire passer le concept même de laisser les gens prendre leurs propres décisions, parce que l'approche reposait vraiment sur un modèle médical. Non que la réadaptation psychosociale exclut un modèle médical. Je suis la première à dire que les médicaments sont un élément important du voyage de rétablissement d'une personne. Mais il y a aussi toute une série d'autres éléments dont il faut tenir compte. Avec l'adoption graduelle de ce nouveau paradigme, où la personne est au centre du plan, et non le personnel médical, nous battons en brèche le paradigme selon lequel un professionnel de la santé doit absolument être au centre du contrôle de la façon dont une personne progresse dans le cadre de son voyage de rétablissement. Or, il y a vraiment peu de données probantes indiquant que cela facilite les choses.

Au fil des ans, je me suis fait beaucoup d'amis qui progressaient dans leur voyage de rétablissement. J'ai eu le privilège de les accompagner. Je m'émerveille toujours de voir les gens ressaisir leur vie d'une façon riche de sens pour eux.

C'est pourquoi je souligne l'importance du rétablissement et de la nécessité de le garder à l'esprit quelle que soit la maladie, surtout quand les gens affrontent des blessures traumatiques, n'importe quelle maladie liée à l'anxiété ou à la manie ou n'importe quel problème de santé mentale. Tous peuvent bénéficier de cette approche axée sur le rétablissement.

Je suis présidente d'une organisation nationale, Psychological Rehabilitation Réadaptation Psychosociale Canada. Nous comptons des centaines d'individus et des douzaines d'organisations, des éducateurs, des utilisateurs, des membres de la famille, des prestataires de service de partout au Canada; des gens absolument dévoués au concept de rétablissement, convaincus qu'il faut appuyer les gens, où qu'ils en soient, où qu'ils se dirigent, les appuyer pour qu'ils puissent aller de l'avant.

This isn't just in Canada. There is a World Association of Psychosocial Rehabilitation that has chapters in 70 countries, including ours. As of last week, the President of WAPR and the Secretary-General came to our national organization's meeting in Toronto, and they are thrilled by the opportunity to work closely with Canada in terms of our education plan.

This group that I work with — we are volunteering; this is something we do, because we are passionate about it. We have developed competencies for practitioners who want to practise recovery-oriented practices and who want to provide those kinds of services.

I remember one time I went into an institution and they said they were doing recovery. The way they did it was they were going to have a recovery picnic that afternoon in the park and could everyone please join them. My heart sank. I also then knew why they didn't understand what recovery was: I was walking down the corridor and a woman came towards me and introduced herself. She was a lovely lady, but what was her role? She was the recovery coordinator. You can't impose recovery on someone. They have to embrace it themselves. I just wanted to mention that it is worldwide.

The WAPR also has a direct connection with the World Association of Psychosocial Rehabilitation and recognizes that psychosocial rehabilitation is a well-researched and required strategy to move forward with recovery. As I said, when our provincial strategy started focusing on this, it's really exciting. But we have to make sure that people understand that.

In terms of people who have special needs in terms of their illnesses, there are a lot of strategies. It doesn't mean because you do psychosocial rehabilitation that you don't also use a number of other strategies, as well. For example, motivational interviewing is a really important skill for people to have when they're trying to encourage someone to define their goals and what they need to feel well.

Trauma-informed education is absolutely necessary. You need to make sure that people understand the impact a trauma has. We know that one in four of us — or five of us, depending whose numbers you pick — suffers from mental illness. That means that at least five or six of us in this room do.

We also know that we're touched by many events in our lives. The old adage of "just get over it" or "just pick up and move on" isn't working. We're seeing people all the time who suffer from this trauma, and I see them and know them from personal example. Whether it's the young man at Queen's who is afraid to come out for fear his father will disapprove of him being gay to the young man or woman who feels that they failed that last exam and therefore won't make the cut-off to whatever — they go and hang themselves.

Ceci est vrai non seulement au Canada mais dans le monde. Il existe une Association mondiale pour la réadaptation psychosociale qui compte des chapitres dans 70 pays, y compris le nôtre. La semaine dernière, le président de cette association et son secrétaire général sont venus assister à la conférence de notre organisation nationale à Toronto. Ils sont ravis d'avoir la chance de travailler en étroite collaboration avec le Canada sur notre plan d'éducation.

Le groupe avec lequel je travaille... nous sommes bénévoles, nous faisons ce que nous faisons parce que nous y croyons passionnément. Nous avons élaboré des compétences pour les praticiens qui veulent adopter des pratiques axées sur le rétablissement et qui veulent fournir ce type de service.

Je me souviens d'une époque où je me suis rendue dans un établissement qui disait pratiquer le rétablissement. Comment? Eh bien, ils allaient organiser un pique-nique de rétablissement cet après-midi dans le parc et voulaient que tout le monde se joigne à eux. J'en ai été accablée. J'ai découvert alors qu'ils ne savaient pas ce qu'était le rétablissement. J'avais dans un couloir et une femme s'est avancée et s'est présentée, une femme charmante, mais quel était son rôle? Elle était la coordinatrice du rétablissement. On ne peut pas imposer le rétablissement à quelqu'un. Les gens doivent opter pour le rétablissement. Et je tenais à dire que c'était un mouvement à l'échelle mondiale.

L'AMRP a aussi un lien direct avec l'Association mondiale pour la réadaptation psychosociale et reconnaît que la réadaptation psychosociale est une stratégie nécessaire et bien documentée dans la voie vers la guérison. Comme je l'ai dit, lorsque notre stratégie provinciale a commencé à être axée là-dessus, nous avons ressenti beaucoup d'enthousiasme. Mais il faut veiller à ce que les gens comprennent.

De nombreuses stratégies sont offertes aux gens qui ont des besoins spéciaux par rapport à la maladie. La réadaptation psychosociale n'est pas une stratégie exclusive. Par exemple, la technique d'entrevue motivationnelle est une compétence vraiment importante à avoir lorsqu'on tente d'encourager quelqu'un à définir ses objectifs et ce qu'il a à faire pour se sentir bien.

L'éducation qui tient compte des traumatismes est absolument nécessaire. Il faut que les gens comprennent les répercussions des traumatismes. Nous savons qu'une personne sur quatre — ou sur cinq, dépendant de la source — souffre de maladie mentale. Ainsi, au moins cinq ou six personnes parmi nous ici aujourd'hui sont touchées.

Nous savons aussi que de nombreux événements de la vie nous touchent. De simplement dire aux gens « d'en revenir » ou « de passer à autre chose » ne fonctionne pas. Nous voyons constamment des gens qui souffrent de ce traumatisme, et j'en vois et j'en connais aussi dans ma vie personnelle. Il peut s'agir du jeune étudiant de l'Université Queen's qui a peur de dire à son père qu'il est gai ou de la femme qui a échoué son dernier examen et qui ne sera pas admise à une prochaine étape. Ces gens peuvent finir par se pendre.

Obviously, that is where we have to start the education to move forward with people so that they understand how important trauma is in your life and how we all have to acknowledge and deal with it.

There are other things that are important; for example, we also undertake a coaching culture. We find that's very good, only to make sure our staff can deal with their own issues and find their problems, but it also goes forward to the people who come to us for assistance.

Treatment isn't us telling people what to do; it's welcoming and walking with them as they discover their own journey. It's an inclusive thing; it's something that can't happen in one organization only. We work very closely with our hospitals, our other service providers in the community, friends, family members — we have a family resource centre, and we support them however we can — anyone can come, call and be there. We need to support them so that they can support the other folks.

It's not a siloed kind of event. Obviously, Kingston has a military base, there are lots of friends, so on and so forth. But I think there are opportunities there to move from a kind of isolation where you have someone who is on the base and so on, but the base is within the community. So we have to look at the literature and figure out what is important to ensure that the system, our community and our whole sense of working with people is seamless, to make sure that people feel that, no matter whether they're at the base, in the community, elsewhere, or wherever they are, that they feel supported.

We need to make sure that there's a translation of the knowledge of recovery and psychosocial rehabilitation throughout all parts of the system — no matter where it is — to understand that we need to be there for that individual, deal with them where they're at and to make sure that they feel supported.

The Chair: That's a good beginning to our discussion. We thank you very much for letting us know about the important work you're doing.

I'm going to go first to Senator Lang, because he had an earlier intervention about numbers.

Senator Lang: I want to thank you for coming. You mentioned a figure of 100,000. I wasn't quite clear if you were talking about housing units or you were talking about possible clients, or both.

Ms. Huehn: We were talking about people. Most of the people that we're looking to house are often single. There are some families, but most people are single, so we were indeed looking at that. In that sense, we were also identifying it as those units we would need, recognizing that we were looking for individuals being able to go into their own units.

De toute évidence, il faut commencer par l'éducation pour permettre aux gens d'avancer, pour qu'ils comprennent l'importance des traumatismes dans leur vie et la façon que nous avons de les reconnaître et de composer avec.

D'autres choses sont également importantes; par exemple, nous avons aussi adopté une culture d'accompagnement. Nous estimons que c'est très bien, ne serait-ce que pour faire en sorte que notre personnel puisse composer avec ses propres problèmes, mais la pratique s'applique aussi aux gens qui viennent nous voir pour obtenir de l'aide.

Le traitement ne consiste pas à dire aux gens quoi faire; il faut les accueillir et les accompagner dans la découverte de leur propre cheminement. C'est une pratique inclusive; c'est une chose qui ne peut être faite que par un seul organisme. Nous travaillons en étroite collaboration avec nos hôpitaux, nos autres fournisseurs de services dans la collectivité, les amis, les membres de la famille; nous avons un centre de ressources familial, et nous l'appuyons comme nous le pouvons — quiconque peut venir, appeler et être présent. Il faut les soutenir pour qu'ils puissent à leur tour soutenir d'autres personnes.

Nous ne travaillons pas en silo. Évidemment, Kingston a une base militaire, où il y a beaucoup d'amis, et ainsi de suite. Je crois qu'il y a des occasions de sortir de l'isolement sur la base, mais la base fait partie de la collectivité. Il faut consulter la documentation et comprendre ce qui est important pour veiller à ce que le système, notre collectivité et notre travail avec les gens soient fluides. Il faut veiller à ce que les gens, qu'ils soient sur une base, dans la collectivité ou ailleurs, se sentent soutenus.

Il faut veiller à ce que nos connaissances de la guérison et de la réadaptation psychosociale soient appliquées dans toutes les parties du système — où qu'elles soient — pour comprendre qu'il faut être là pour les gens, composer avec eux, là où ils sont rendus dans leur cheminement, et veiller à ce qu'ils se sentent soutenus.

Le président : C'est un bon départ pour notre discussion. Merci beaucoup de nous parler du travail important que vous faites.

Je vais commencer par le sénateur Lang, parce qu'il a parlé des chiffres plus tôt.

Le sénateur Lang : Je vous remercie d'être là. Vous avez donné 100 000 comme chiffre. Je ne sais pas si vous parliez d'unités de logement ou de clientèles possibles ou des deux.

Mme Huehn : Nous parlions du nombre de personnes. La plupart des gens que nous cherchons à héberger sont célibataires. Il y a des familles, mais la plupart des gens sont célibataires, alors voilà le chiffre que je vous ai donné. En ce sens, il peut aussi s'agir du nombre d'unités dont nous aurions besoin, parce que chaque personne devrait pouvoir avoir sa propre unité.

I know At Home/Chez Soi and Housing First promote that. I also know that we, in our agency, have been doing Housing First for over 30 years — we call it Flexible Portable Supports — and that some people can live in congregated situations. I've got a group of gentlemen who have actually been there longer than I have, and they are a family. They live together. So we would consider those four bedrooms to be units, as well.

Senator Lang: We're not talking about housing in this particular committee, obviously, but it is a question. Whether we talk about 100,000 or 50,000 units, you're talking a significant commitment by governments in respect of being able to provide that. But that's a separate issue, and I'll leave that alone.

Could I perhaps go to another area? I believe you mentioned that you have 3,000 clients presently; is that correct?

Ms. Huehn: Over 3,000.

Senator Lang: Can you tell me what your success rate is? When an individual does come for help, how often are you successful such that they can go out, establish their own life and move on?

Ms. Huehn: We have a number of functions. For example, I could tell you that out of our high-intensity supportive housing — and one plug I have to make is that you can have housing, and if you don't have the appropriate supports, I can tell you right now, those people will not be successful. That's a given. I'll put that out there.

So we make sure that people do have the supports. For example, in this intensive housing project that we've done, we've taken people who have been very ill and who were in hospital, and we've moved them into the community. We moved out 13 people six months ago. Six of them are left in the housing that we put them in with a lot of support. Seven have already moved on to other housing with less support; they're more independent. We've only had one hospitalization.

I can tell you that in a 10-year period, just with supportive housing, we went from having about 10 or 12 per cent of re-hospitalizations go down to zero.

In our vocational program — and we do not have a “day program,” as such, because people want to have lives, whether it's volunteer, part-time or whatever it is. So we moved from that day program, where people just come and sit. There's still a place for them to come and sit, but they can go out and get a job, and we support them in that. I can tell you that we have had a very high success rate with that. I can't give you the exact numbers right now, but we have individuals move through that; I would say at least 80 per cent of those for sure have been moving through. We have had clients who are no longer on disability. They're off disability. They have their own lives. They're working.

Je sais que At Home/Chez Soi et Housing First en font la promotion. Je sais aussi qu'à notre agence, nous offrons Housing First depuis plus de 30 ans — c'est ce qu'on appelle les soutiens portables flexibles — et que certaines personnes peuvent vivre ensemble. Il y a un groupe d'hommes qui sont là depuis plus longtemps que moi, et ils constituent une famille. Ils vivent ensemble. Alors nous considérons les quatre chambres comme des unités également.

Le sénateur Lang : On ne parle pas de logement à ce comité, mais c'est un enjeu. Qu'on parle de 100 000 ou de 50 000 unités, il s'agit d'un engagement considérable des gouvernements. Mais c'est un autre enjeu, alors nous allons le laisser de côté.

Peut-être que je pourrai aborder plutôt un autre aspect? Je crois que vous avez dit avoir 3 000 clients actuellement, j'ai bien compris?

Mme Huehn : Plus de 3 000.

Le sénateur Lang : Pouvez-vous me donner votre taux de réussite? Lorsqu'une personne demande de l'aide, à quelle fréquence réussissez-vous à lui permettre de sortir, de faire sa vie et d'avancer?

Mme Huehn : Nous avons diverses fonctions. Par exemple, je peux vous dire que notre logement hautement supervisé — et je peux vous dire qu'il est bien d'offrir du logement mais que sans le soutien approprié, les gens ne réussissent pas. C'est évident. Je tenais à le préciser.

Nous veillons donc à ce que les gens aient du soutien. Dans le cadre de notre projet de logement intensif, nous avons pris des gens très malades et qui étaient à l'hôpital, et nous les avons déplacés dans la collectivité. Nous avons déménagé 13 personnes il y a 6 mois. Six d'entre elles restent dans le logement où nous les avons installées avec beaucoup de soutien. Sept sont déjà passées à d'autres types de logement avec moins de soutien. Elles sont plus indépendantes. Nous n'avons eu qu'une seule hospitalisation.

Je peux vous dire qu'en 10 ans, simplement avec le logement avec soutien, nous sommes passés de 10 ou 12 p. 100 de réhospitalisations à zéro.

Dans le cadre de nos programmes de formation professionnelle — nous n'avons pas de programmes de jour comme tels, parce que les gens veulent avoir une vie, qu'il s'agisse de faire du bénévolat, de travailler à temps partiel ou autre. Donc nous nous sommes éloignés du programme de jour, où les gens viennent et s'assoient. Il y a quand même place à cela, mais ils peuvent aller se chercher un emploi et nous les soutenons dans cette démarche. Je vous dirais que nous avons un très haut taux de réussite à cet égard. Je ne peux pas vous donner de chiffres exacts maintenant, mais certaines personnes font ce cheminement; je vous dirais qu'au moins 80 p. 100 sont passées par là. Nous avons des clients qui n'ont plus de paiements d'invalidité. Ils vivent leur vie. Ils travaillent.

What is important in all of this is that you give them hope. I can tell you that when we're not successful is when people don't get the support they need and don't have the hope they require.

It is hard to give an average, because there are so many people in so many different kinds of places. As I said, our housing program has a very high positive rate, because we make sure that people have the support. For example, crisis services, we've probably diverted 350 people from hospital last year, and we do mobiles daily, either 12 or 18 hours a day, depending on the day. Weekdays are different than weekends.

Does it work? Yes. Does the evidence show it works? Yes.

The Chair: Thank you for clarifying that. It is still not clear in my mind, and I'd hoped it would be from Senator Lang's questioning, but regretfully I'm a little slower picking this up. You have 3,000 clients, 200 staff, huge expenditures, for what geographic region?

Ms. Huehn: We cover the county of Frontenac and the city of Kingston. We are fortunate in that over the last number of years we have been able to bring together an umbrella, or a buffet of services, as I like to say. So if someone walks in our front door and they say, "Well, that's it. I've lost my family. I lost my last money out at the casino last night. I need help right now," we can triage them right away. We have a whole access team, and they say, "Okay. So you need help with problem gambling. Where are you living? Oh, you don't have a place to live. Well, let's talk about getting you into housing."

We have these functions that, rather than have them streamlined over there, we have done a huge amalgamation and we have two major hubs so that people go in and the services wrap around them according to what their needs are.

I'm sure there probably are some other areas. We have been lucky that over the years we have been able, as the funding came out, to move them in; whereas in some areas you go, the crisis team is run by the hospital and the case management is run by this and addictions is over here. We have a more complete service for folks.

The Chair: You are getting tired just telling us about it.

Ms. Huehn: Yes, I just think about it. It is all about the person who needs the service, right? If they have to bounce around from pillar to post trying to figure out the system, they're exhausted. If you are unwell, imagine if you had to go from here to there to

Ce qu'il faut retenir avant tout, c'est que nous leur donnons de l'espoir. Je peux vous dire que nous ne connaissons pas de succès lorsque les gens ne reçoivent pas le soutien et l'espoir dont ils ont besoin.

Il est assez difficile de vous fournir une moyenne, étant donné qu'il y a tellement de gens qui se retrouvent dans tant d'endroits différents. Comme je vous l'ai mentionné, notre programme de logement a un taux de succès très élevé, car nous veillons à ce que les gens reçoivent le soutien dont ils ont besoin. Par exemple, le service de crise a réussi à faire en sorte qu'environ 350 personnes ne se rendent pas jusqu'à l'hôpital l'année dernière. Nous avons également des unités mobiles quotidiennement, qui travaillent entre 12 et 18 heures par jour, selon la journée. Les jours de semaine diffèrent de ceux de la fin de semaine.

Est-ce que ça fonctionne? Oui. Avons-nous des résultats pour montrer que cela fonctionne? Oui.

Le président : Merci de cet éclaircissement. Malheureusement, cela n'est pas encore clair pour moi et j'aurais souhaité que cela le soit suite aux questions du sénateur Lang. Malheureusement, cela me prend un peu plus de temps pour comprendre ce sujet. Vous avez 3 000 clients, 200 membres du personnel, et d'énormes dépenses qui représentent quelles régions au juste?

Mme Huehn : Nous desservons le comté de Frontenac et la ville de Kingston. Au cours des dernières années, nous avons eu la chance d'être en mesure de rassembler toute une gamme de services. Ainsi, si quelqu'un vient nous voir et nous dit : « Voilà. J'ai perdu ma famille. J'ai perdu tout l'argent qu'il me restait au casino hier soir. J'ai besoin d'aide immédiatement », nous pouvons l'orienter immédiatement. Nous avons toute une équipe d'intervention qui pourra dire : « Très bien. Vous avez besoin d'aide pour surmonter votre dépendance au jeu. Où habitez-vous? Ah, vous n'avez pas de logement. Très bien, voyons comment nous pourrions vous en trouver. »

Nous avons plusieurs services qui n'ont pas été éparpillés. Nous les avons amalgamés en deux points de service principaux afin que les gens puissent s'y rendre et que l'on puisse répondre à leurs besoins.

J'imagine qu'il existe également d'autres domaines. Nous avons eu de la chance au cours des dernières années de pouvoir rassembler ces services au fur et à mesure que nous en obtenons le financement. Dans d'autres régions, l'équipe de crise est gérée par l'hôpital et l'équipe de gestion des cas est gérée par un autre service et l'on retrouve ensuite les services de problèmes de dépendance dans un autre point de service. Nous pouvons fournir un service plus complet pour les gens qui ont besoin de notre aide.

Le président : Je vois que vous vous épuisez juste à nous en parler.

Mme Huehn : Oui, j'y pense beaucoup. Tout cela revient aux gens qui ont besoin du service, n'est-ce pas? S'ils doivent aller de droite à gauche pour essayer de comprendre le système, ils s'épuisent. Imaginez que vous ne vous sentiez pas bien ou que

wherever if you had a broken leg, because you just weren't sure who was going to help you out with it. Again, it is very client-centred, very focused on what they need.

Senator Stewart Olsen: Thank you for coming and for your presentation. I will bring my questions back to the issue of veterans and their recovery. I do like that word. One question I have is: Are you involved at all? Do base facilities, or facilities specifically set up by the military for treatments, do they interact with your facility at all? Is your expertise being utilized? Do you know?

Ms. Huehn: My personal interactions with them have been very limited. I know that some of my staff have reached out, and certainly at times there's been some interaction. I think that's an opportunity for development.

Senator Stewart Olsen: That's a good point. It is my feeling we should move more towards a community-centred approach, but we're still dealing with — and I know you will understand this — a military culture that doesn't feel exactly that their particular situation relates to the community. These are barriers we have to look at.

You suggested supportive aids moving forward in recovery. I will give you an example. One is family. If you could give me a list of what supportive aids you would consider for our military veterans, because I think maybe you have to develop programs around each of those aids — for instance, for the family, for wives, for children. I need more of that.

Ms. Huehn: What research shows and what our own activities have shown is that, for example, for families and friends, one of the greatest needs is education. They need to understand, if they're going to support their loved one, what their loved one is experiencing.

Senator Stewart Olsen: Yes, but the family is the aid. We can go to what the family would need to do.

Ms. Huehn: Right.

Senator Stewart Olsen: What we need to identify are some aids for people, for instance, therapy dogs. That's an aid.

Ms. Huehn: Yes.

Senator Stewart Olsen: Do you have more examples of aids? I guess housing would be one. Do you know what I'm saying? I'm taking it down to the simplest possible denominator. I'm not a psychiatric worker, so bring it down to the simple parts that people can easily look at and say, "Oh, yes, okay."

vous vous soyez cassé la jambe et que vous deviez vous déplacer un peu partout parce que vous ne saviez pas précisément qui allait vous aider. Notre service est particulièrement centré sur les clients et sur leurs besoins.

La sénatrice Stewart Olsen : Merci d'être venue. Merci pour vos propos liminaires. J'aimerais revenir à la question des anciens combattants et de leur convalescence. J'aime ce mot. Voici ma question. Êtes-vous impliqués? Est-ce que les établissements des bases ou d'autres établissements créés par les militaires interagissent avec votre organisation? Est-ce qu'ils ont recours à votre expertise? Le savez-vous?

Mme Huehn : Mes interactions personnelles avec eux ont été fort limitées. Je sais que certains membres de mon personnel ont communiqué avec eux et qu'il y a eu, de temps en temps, une certaine interaction avec eux. Je pense qu'il s'agit d'une occasion qu'il faudrait saisir et développer davantage.

La sénatrice Stewart Olsen : C'est un excellent point. À mon avis, nous devrions nous diriger vers une approche plus axée sur la collectivité. Mais nous composons encore avec — et je sais que vous allez le comprendre — une culture militaire dans laquelle on n'a pas vraiment l'impression qu'une situation particulière se rapporte à la collectivité. Il s'agit d'entraves auxquelles il faut songer.

Vous avez proposé des aidants afin de pouvoir compléter la convalescence. J'aimerais vous fournir un exemple. Parlons de la famille. Pouvez-vous me fournir une liste des aidants que vous envisageriez pour nos anciens combattants. Je pense que nous devrions élaborer des programmes centrés autour de chacun de ces aidants, comme, par exemple, la famille, les époux et les enfants. J'aimerais que vous m'en parliez davantage.

Mme Huehn : La recherche et nos propres activités ont montré que la sensibilisation était ce dont avaient le plus besoin les familles et les amis. Ils ont besoin de comprendre ce que leur être cher vit s'ils veulent véritablement pouvoir l'aider.

La sénatrice Stewart Olsen : Oui, mais la famille, c'est l'aidant. Il faudrait voir ce que la famille a besoin de faire.

Mme Huehn : Oui.

La sénatrice Stewart Olsen : Les chiens sont des aidants pour certaines personnes.

Mme Huehn : Oui.

La sénatrice Stewart Olsen : Avez-vous d'autres exemples d'aidants? J'imagine que le logement en serait un exemple. Me suivez-vous? J'essaie de rendre cela le plus simple possible. Je ne suis pas une travailleuse dans le domaine de la psychiatrie, alors j'aimerais que vous rendiez ça le plus simple possible afin que les gens puissent le comprendre immédiatement.

Ms. Huehn: The simplest part is what the person wants to do in terms of identifying exactly what they want to do. Obviously, with some people you can start right off, and how can anyone get well from anything if they don't have appropriate housing? That's why our organization started with housing. Housing is key.

I'm a strong believer that you have to have housing with supports. If you just put someone in a house and they don't have the appropriate supports, they're not going to be well.

We also know that folks with mental illness — and you know it yourself from some of your papers, about how the incidence is even stronger with veterans around poverty, about lack of income. We know that that will also impact considerably on a person's mental health. Surprise: You don't have a place to live. You don't have money to buy food. You are going to be unwell, probably. If you have an illness, it is certainly going to be very hard to get better from that.

There's a very well-used phrase in our field, and it is called "a house, a friend, a job." What do we all want in life? We want to have someplace to live, we want to have people who are there for us, and we want to have something to do during the day or night or whenever. Those are the really basic things that people have to have in order to thrive — not just survive, but thrive.

You mentioned veterans. I know there's been a lot of work in rolling out family centres in the military bases again, but — and I'm not just saying this about those centres; I'm saying this about any place where they think that what they offer the person is complete — I believe they're not thinking about the person.

For example, we can have a client come in and they need housing, support and all that kind of thing. We can go ahead and set up our own softball league. We could do this or that, but what we want that person to do is to create a life in the community. We don't want to become their life. We don't want to walk beside them as they do. So for some of our folks who have a disability and who want to go to Special Olympics, we make sure they're there. If they want to go swimming we take them to the local swimming pool for lessons and so on. In this way, people are re-engaged in their community.

Whether it is us dealing with someone who is a veteran slowly returning to the community without hooking up to the military or vice versa, we are missing that focus and trying to put that person into what we think their slot is. All of a sudden they walk out and they're hit by something else that really they've been a part of but we've been shielding from them.

Senator Stewart Olsen: Those are quite good to take forward as we look at what the centres offer our people. Thank you very much.

Mme Huehn : La partie la plus simple est de déterminer ce que la personne souhaite faire. Bien entendu, avec certaines personnes, on peut commencer tout de suite alors qu'avec d'autres on peut se demander comment le processus de convalescence peut débuter si ces gens n'ont pas accès à un logement adéquat. C'est pour ces motifs que notre organisation a commencé par le logement. Le logement, c'est essentiel.

Je crois fermement qu'il faut avoir un logement et du soutien. Si vous ne faites que donner un logement à quelqu'un et que cette personne n'a pas de soutien, son état ne s'améliorera pas.

Nous savons également, et vous l'avez sans doute vu dans les journaux, que les problèmes de santé mentale sont encore plus présents chez les anciens combattants lorsqu'ils vivent dans la pauvreté et n'ont pas de revenus suffisants. Nous savons que ces facteurs auront une incidence considérable sur la santé mentale. Surprise. Vous n'avez pas d'endroit où habiter. Vous n'avez pas d'argent pour vous acheter à manger. Vous allez sans doute ne pas vous sentir bien. Si vous avez une maladie, ce sera certainement difficile de vous rétablir.

Il y a une phrase qui revient à juste titre souvent dans notre domaine et je vous la cite : « Un foyer, un ami, un emploi ». Que voulons-nous tous dans la vie? Nous voulons avoir un endroit où habiter, nous voulons avoir des gens qui sont là pour nous et nous voulons avoir quelque chose à faire au cours de la journée ou de la nuit. Il s'agit des choses de base dont les gens ont besoin afin de pouvoir s'épanouir — je ne parle pas de seulement survivre, mais de s'épanouir.

Vous avez parlé des anciens combattants. Je sais que beaucoup de travail a été fait en ce qui a trait à la création de centres familiaux dans les bases militaires, mais, et je ne dis pas cela seulement au sujet de ces centres, je pense à tout endroit où l'on croit que ce qu'on offre représente un service complet — je crois qu'on ne pense pas alors à la personne.

Ainsi, nous pouvons avoir un client qui a besoin de logement et de soutien. On peut aller de l'avant et créer une ligue de balle molle. On peut faire ceci ou cela, mais ce que nous voulons c'est que la personne puisse se créer une vie dans la collectivité. Nous ne voulons pas devenir leur vie. Nous ne voulons pas marcher à leur côté pendant qu'ils se créent une vie. Ainsi, certains de nos clients ont un handicap et souhaitent se rendre aux paralympiques. Nous veillons à ce que cela soit possible. S'ils souhaitent nager, nous les amenons à la piscine locale pour qu'ils puissent suivre des cours. Ainsi, les gens sont réinvestis dans leur collectivité.

Lorsque nous travaillons avec un ancien combattant qui retourne graduellement dans la collectivité sans demander l'appui des forces, il lui manque cet élément central et nous essayons de le faire rentrer dans les cases où nous le voyons. Tout à coup il sort et il est frappé par un autre élément de la réalité qui a toujours été là mais dont nous le protégeons.

La sénatrice Stewart Olsen : Votre témoignage va nous aider dans notre étude de ce que les centres offrent. Merci beaucoup.

The Chair: Since we're focusing on veterans and the military, there's a large military unit in Kingston.

Ms. Huehn: Yes, there is.

The Chair: There are also a lot of veterans. Could you tell us about focusing specifically on how many of the 3,000 clients are military or ex-military? Do you have any statistics on that?

Ms. Huehn: I wouldn't know that. We would only know that if they had disclosed that to us. Quite frankly, that isn't something that our funders ask us to look for, whether or not they're veterans.

The Chair: This person suffering from some mental illness or disorder, how do you determine what might have been the root cause of that? You talked about poverty and sexual orientation and that kind of thing, but what about operational stress? What about the first-responders, police officers and army personnel? First you have to get to the root cause before you can start a strategy for recovery, I would assume.

Ms. Huehn: Absolutely. We often go out with the police, our crisis team will attend with the police, with someone who is having a mental health incident, again trying to divert them from going to jail or whatever.

Our crisis team is trained specifically to look for symptoms that would indicate that this person has some sort of specific issue. For example, trauma-informed is absolutely key training, as I have mentioned. People have to be. They're trained to make sure they can recognize that. As well you have got the others like bipolar disorder or schizophrenia or whatever it is, so they're trained.

What we can then do is if there's police involvement and the police determine that this person is not a risk to the community or to themselves, then they will indeed let us work totally with that person. We have a psychiatrist who is available to our crisis team. This is not an ongoing therapy for the person, but at least to pull them in and the psychiatrist will work with them. It's that whole team model. People come together, and that whole counselling, working with them, having them develop, this is what you've come to us with, what do you really want to do, so on and so forth.

It's training to be able to know what to do and how to interact. As I said, the competencies and the psychosocial rehabilitation strategy is to build on people's strengths, of course. If they need to talk about what happened and so on, that is all counselling, but also to make sure they are the centre of what they want to do. We also, frankly, hold them accountable for that.

There's also what we call "the right to failure." Sometimes people make bad decisions. I know in my life I've learned the most from some of my bad decisions. What's important is that people have the right to make those, of course as long as it is not a

Le président : Puisque nous parlons des anciens combattants et des militaires, il y a une importante unité militaire à Kingston.

Mme Huehn : En effet.

Le président : Il y a également un grand nombre d'anciens combattants. Pouvez-vous nous dire combien de vos 3 000 clients sont membres actifs ou à la retraite des Forces canadiennes? Tenez-vous de telles statistiques?

Mme Huehn : Nous ne pouvons pas le savoir. Nous le saurions uniquement si eux-mêmes nous en avaient informés. Franchement, nos bailleurs de fonds ne nous demandent pas de vérifier si nos clients sont des anciens combattants ou pas.

Le président : Comment pouvez-vous déterminer l'origine de la maladie du trouble mental dont souffre un client? Vous avez parlé de pauvreté et d'orientation sexuelle, mais qu'en est-il du stress opérationnel? Qu'en est-il des premiers intervenants, des policiers et du personnel de l'armée? Vous devez d'abord trouver l'origine du problème avant de penser à une stratégie de rétablissement, du moins, je suppose.

Mme Huehn : Absolument. Souvent nous accompagnons la police, notre équipe de crise accompagne la police lorsqu'elle intervient auprès de quelqu'un qui a un problème de santé mentale, toujours dans l'objectif de lui éviter la prison, par exemple.

Notre équipe de crise a été formée pour reconnaître les symptômes d'un malaise particulier. Par exemple, comme je l'ai déjà mentionné, il est absolument essentiel que les intervenants aient reçu une formation relative aux traumatismes. C'est essentiel. Ils ont été formés pour reconnaître les traumatismes. Ils sont également formés pour reconnaître le trouble bipolaire, la schizophrénie, ou d'autres problèmes de ce genre.

Lorsque la police intervient et détermine qu'une personne ne pose aucun risque pour la collectivité ni pour elle-même, elle nous laisse nous en occuper. Notre équipe de crise peut faire appel à un psychiatre. Il ne s'agit pas de fournir à cette personne une thérapie suivie, mais simplement de la prendre en charge pour que le psychiatre puisse l'aider. C'est notre modèle d'équipe. Les gens travaillent ensemble, nous leur offrons du counseling, nous travaillons avec eux, nous les aidons à déterminer ce qu'ils souhaitent véritablement, et cetera.

Notre formation nous permet de savoir quoi faire et comment interagir. Comme je l'ai dit, les compétences et la stratégie de réadaptation psychosociale sont fondées sur les forces des gens, bien entendu. S'ils ont besoin de parler de ce qui leur est arrivé, nous leur offrons du counseling, mais nous veillons à ce qu'ils déterminent eux-mêmes ce qu'ils veulent faire. Franchement, nous exigeons qu'ils assument cette responsabilité.

Nous croyons également à ce que nous appelons « le droit à l'échec ». Parfois les gens prennent de mauvaises décisions. Je sais que pour ma part c'est de mes mauvaises décisions que j'ai le plus appris. Il est important que les gens aient le droit de prendre de

risk to life and limb and all that stuff, but then we have to be there to support them in getting back up, to learn from that and move forward.

At any rate, the specific thing is that, yes, we would have the team be able to do that, and then we have these other functions that, once the person is engaged with us and chooses to be, of course — we are completely voluntary — then we have a number of services. That would include community and vocational support or addictions issues.

You all know that the literature would say that at least 50 per cent — and I would say from a personal basis over the last 33 years it is closer to 70 per cent — of people have concurrent illnesses. If you have a mental illness you'll often have addictions. The most obvious reason is it's simply self-medication.

Senator Mitchell: I'm interested in your discussion of the psychosocial rehabilitation. I'm not going to say "model," I'll say "method" or "approach."

Ms. Huehn: Thank you.

Senator Mitchell: How widespread is that as a therapeutic approach across Canada? How deeply is that integrated into the curriculum of university psychiatric/psychological training?

Ms. Huehn: Oh, excellent question.

Senator Mitchell: Finally.

Ms. Huehn: We're just so passionate about this. It was quite interesting at our national meeting last week. We have a board of 10 or 12 people from across Canada. Last week the provincial person in charge of addictions and mental health in Nunavut joined us. We are well represented across Canada. There were people there from coast to coast to coast.

We have psychiatrists involved. As I said, it's a multi-professional thing. If you're a nurse, you belong to the college of nursing, psychiatry, social work, whatever. Anyone who practises can do psychosocial rehabilitation, so you become skilled in that.

We have many educators. We have Dr. John Higenbottam at the University of British Columbia. He is the gentleman who was asked by the province to write the framework for PSR for B.C. He teaches residents. If he were here today, he would be saying he continues to advocate for that to be embedded in psychiatry training. He certainly is doing that.

There are a number of others. Queen's University's rehabilitation school has Dr. Terry Krupa, who is very much involved in this.

mauvaises décisions, à la condition bien sûr de ne pas mettre en danger leur santé ou leur vie, et cetera, et nous devons être là pour les aider à se relever, à tirer les leçons de cette expérience et à avancer.

Quoi qu'il en soit, le fait est que, oui, nous aurions une équipe capable de le faire, et nous remplissons notre fonction de sorte que, une fois qu'une personne s'est engagée auprès de nous et a fait son choix, bien entendu — c'est tout à fait volontaire — nous offrons divers services. Cela comprend le soutien communautaire et professionnel ou les problèmes de toxicomanie.

Vous savez tous que selon la documentation, au moins 50 p. 100 — et d'après mes 33 ans d'expérience, c'est plus près du 70 p. 100 — des gens qui souffrent de troubles associés à la toxicomanie. La raison la plus évidente à cela, c'est tout simplement l'automédication.

Le sénateur Mitchell : Je m'intéresse à vos propos sur la réadaptation psychosociale. Je ne parlerai pas de « modèle », mais plutôt de « méthode » ou de « démarche ».

Mme Huehn : Je vous remercie.

Le sénateur Mitchell : Dans quelle mesure cette démarche thérapeutique est-elle répandue au Canada? À quel point est-elle intégrée au programme de la formation psychiatrique et psychologique universitaire?

Mme Huehn : Oh, c'est une excellente question.

Le sénateur Mitchell : Enfin.

Mme Huehn : C'est un sujet qui nous passionne tellement. C'était très intéressant, à notre réunion nationale, la semaine dernière. Nous avons un conseil d'administration de 10 ou 12 personnes qui proviennent de partout au Canada. La semaine dernière, le représentant provincial chargé du dossier des toxicomanies et de la santé mentale au Nunavut s'est joint à nous. Nous sommes bien représentés partout au Canada. Il y avait là des gens en provenance d'un bout à l'autre du Canada.

Nous avons des psychiatres. Comme je l'ai dit, de nombreuses professions sont représentées en notre sein. Une infirmière est membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers, peut faire de la psychiatrie, du travail social, et tout le reste. Quiconque est en pratique peut faire de la réadaptation psychosociale, alors on y devient assez compétent.

Nous avons de nombreux éducateurs. Il y a le Dr John Higenbottam, à l'Université de la Colombie-Britannique. C'est à lui que la province a demandé de rédiger le cadre de réadaptation psychosociale pour la province. Il enseigne aux médecins résidents. Au moins s'il était ici aujourd'hui, il vous dirait qu'il continue de prôner l'intégration de ce thème à la formation en psychiatrie. Lui, en tout cas, le fait.

Il y en a d'autres. La Dre Terry Krupa, du département de réadaptation de l'Université Queen's, est très engagée là-dedans.

If you look in Quebec, Quebec has AQRP, L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. They are having a conference in a few weeks, and they will have over 800 people there.

It is embedded. The issue is that it does push up against the paradigm where the most professional, highly educated health person is at the centre, rather than the person in recovery. At times that's a little hard to break into. However, there are a number of psychiatrists who have sat on our board who are very involved with us and understand this and promote it. We continue to work on that.

Senator Mitchell: You mentioned in passing, at the outset of your comments, the relationship between the courts and the criminal system for mental health issues, and the statistics are overwhelming. If we could do away with mental health issues we would have 5 per cent as many people in jail, probably.

Ms. Huehn: Quite a bit fewer than that, actually.

Senator Mitchell: There is a movement and practice — in fact, in the States and emerging in Canada — for the creation of an approach that deals with veterans, military veterans in particular who have PTSD. Are you aware of that? Can you give us your impressions of that and what needs to be done there?

Ms. Huehn: Absolutely. There are several in Canada, and more are popping up. When I say there are several, I'm not talking a particular boardroom or courthouse or whatever. It can also be a time of the day for the court, a time and date chosen. There are mental health courts and substance addiction courts. I believe one is in Oshawa. I am sure many people have heard of the one in downtown Toronto.

They are specific times for people who have been identified by the Crown as being involved with the justice system because of a mental illness or addiction, and actually, that's one of the things that started underneath my purview, a diversion program in Kingston where we actually work with the Crown and the defence attorneys so if an individual comes in and they have gotten into an altercation, or whatever, and it is because they were very upset because of their illness, we put together a plan to move forward with them on that recovery plan, rather than going and sitting in a jail where they're not going to get any help and will probably come out much worse than they went in.

These are wonderful institutions when they can be established. My issue with them is that you need to have a judge who is prepared to do that. You have to have Crowns who are also willing to divert. Now, of course, there are criteria around how that can happen. At one point my former MPP John Gerretsen was Attorney General, and we worked closely around that to make sure that we could embed that as far as possible, but again,

Quand on pense au Québec, il y a l'AQRP, l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. Elle tient une conférence dans quelques semaines, à laquelle vont participer plus de 800 personnes.

L'approche est intégrée. Le problème, c'est qu'elle va à l'encontre du paradigme selon lequel on met au centre la personne la plus professionnelle, le professionnel de la santé le plus diplômé, au lieu de la personne en convalescence. Il est parfois un peu difficile de faire autrement. Toutefois, des psychiatres qui ont siégé à notre conseil d'administration et qui sont très engagés dans le domaine le comprennent et en font la promotion. Nous continuons de travailler là-dessus.

Le sénateur Mitchell : Vous avez mentionné au début de vos observations, les statistiques incroyables permettant de faire un lien entre le système de justice pénale et les problèmes de santé mentale. Si l'on pouvait régler ces derniers, il n'y aurait probablement que 5 p. 100 de la population en prison.

Mme Huehn : Beaucoup moins, en fait.

Le sénateur Mitchell : Un mouvement s'est amorcé — en fait, aux États-Unis et cela commence au Canada — dans le sens de la création d'une démarche pour composer avec les vétérans, les anciens combattants, surtout, ceux qui souffraient d'état de stress post-traumatique. Est-ce que vous en êtes au courant? Pourriez-vous nous dire ce que vous en pensez et ce qu'il faut faire sur ce plan?

Mme Huehn : Absolument. Il y en a plusieurs au Canada, et de plus en plus nombreux. Quand je dis qu'il y en a plusieurs, je ne parle pas d'une salle de conseil ou d'un tribunal particulier. Ce peut aussi être une question d'heure et de jour d'audience, l'heure ou la date choisie. Il y a des tribunaux qui traitent de santé mentale, et d'autres de toxicomanie. Je pense qu'il y en a à Oshawa. Je ne doute pas que celui du centre-ville de Toronto soit bien connu.

Des pénalités précises sont prévues pour les gens que la Couronne a reconnus comme des participants au système judiciaire à cause de leur maladie mentale ou de leur toxicomanie et, en fait, c'est quelque chose qui a été lancé sous ma direction, un programme de déjudiciarisation établi à Kingston, selon lequel nous collaborons avec les avocats de la Couronne et de la défense afin que lorsqu'une personne est convoquée à la suite d'une altercation, et qu'elle est attribuable à sa maladie, nous dressons un programme pour l'intégrer à un plan de rétablissement plutôt que de l'envoyer croupir en prison où elle ne recevra pas d'aide et en ressortira très probablement en bien pire état qu'à son entrée.

Il existe d'excellentes institutions où ces personnes peuvent être envoyées. Mon problème, c'est qu'il faut pour cela qu'un juge soit prêt à les y envoyer. Il faut aussi des avocats de la Couronne qui sont disposés à déjudiciariser. Maintenant, bien entendu, pour que cela puisse se faire, il y a des critères. À une époque, mon ancien député, John Gerretsen, était procureur général, et nous avons collaboré étroitement pour tenter d'intégrer cette mesure

it is the justice system. You will see pockets of it pop up in various places. They won't always be consistent. They won't always follow.

I don't know how often ours happens, but it's a couple of hours once a month, where some of them will be every day or every afternoon. I don't know if you know how they work.

Senator Mitchell: Not really.

Ms. Huehn: Someone comes in. They have been found stealing mouthwash because it has a little bit of alcohol in it. They come in and the judge says, "Okay, let's talk about this. What would you rather do? I would like to divert this." Their staff support worker, our court diversion worker would walk in and say, "Judge, I have this and I'm prepared to do this. Crown, do you agree?" Yes, Crown has already seen it and signed off on it. Often the defence is involved as well, obviously. Then that person says, "Okay, I agree to do this." The judge says, "Well, we will see you next week, whatever, when we get back together and see how you are moving along."

Eventually if the person can get the supports they need and move forward, then we will figure out how we can deal with the base issue of why he felt he had to steal in order to deal with his issues. Again, I think they're great. They're just very inconsistent, and it really is dependent a lot on who is sitting there and who wants to do it. If you don't have a judge that wants to do it, then you won't have it in your community.

Senator Lang: I would like to follow up from Senator Stewart Olsen. We talked about the community organizations and the facilities that are, as you said, coming into place across the country, in the Armed Forces bases. You are relatively close to one of the military bases.

Ms. Huehn: Oh, yes.

Senator Lang: I'm wondering what your knowledge is. I would ask, from your vast experience, are you satisfied with the existing programs that are there with the Canadian Armed Forces, the Department of National Defence, in some cases the RCMP, and with Veterans Affairs? Are you familiar with what they provide?

If you are not, I would wonder why you aren't. It would seem to me that we're all in this together, and perhaps you can comment on that.

Ms. Huehn: Thank you. I feel that we should be. It is embarrassing to say that I don't know much about their programs. It's a huge hole that we own in our system, that there is this kind of segregation. I'm not going to project why it might be, but the bottom line is that there are different cultures in Canada — RCMP, military community — and sometimes those are way too isolated, and the fact that I don't know what's going on there I think is a huge problem. We could probably do a lot more work together, but there has been acceptance on both sides.

autant que possible, mais encore une fois, il s'agit du système judiciaire. On en verra certaines manifestations surgir ici et là, mais ce n'est pas toujours uniforme. Ce n'est pas systématique.

Je ne sais pas à quelle fréquence cela se fait chez nous, mais c'est une ou deux heures une fois par mois, alors qu'ailleurs, ce sera tous les jours ou tous les après-midi. J'ignore si vous savez comment cela fonctionne.

Le sénateur Mitchell : Pas vraiment.

Mme Huehn : Quelqu'un arrive, qu'on a pris la main dans le sac, en train de voler du rince-bouche parce que cela contient un peu d'alcool. Cette personne comparait et le juge dit : « Bon, discutons-en. Qu'est-ce que vous préférez? Moi, j'aimerais bien déjudiciariser. » Notre collaborateur, celui qui s'occupe de la déjudiciarisation, interviendrait et dirait « Monsieur le juge, voici ce que j'ai et ce que je suis prêt à faire. Êtes-vous d'accord? » En fait, le juge a déjà vu le document et y a déjà apposé sa signature. Il arrive souvent, bien entendu, que la défense y participe aussi. La personne concernée dira : « Je suis d'accord » et le juge répondra : « Très bien, nous nous reverrons dans une semaine ou plus, et nous verrons alors où vous en êtes. »

Au bout du compte, si la personne peut obtenir les soutiens dont elle a besoin et progresser, nous trouverons un moyen de régler le problème à la base qui l'amenait à voler pour affronter ses problèmes. C'est, je le répète, une excellente façon de procéder. Le problème, c'est le manque d'uniformité, et tout dépend, vraiment, des participants au débat, et de qui est prêt à le faire. Si le juge n'y est pas ouvert, cela ne peut pas se faire dans la communauté.

Le sénateur Lang : J'aimerais revenir à l'intervention de la sénatrice Stewart Olsen. Nous avons parlé d'organisations communautaires et des installations qui, vous le disiez, sont établies partout au pays, dans des bases des forces armées. Vous êtes relativement près de l'une de ces bases.

Mme Huehn : Oh, oui.

Le sénateur Lang : Je m'interroge sur ce que vous savez. Avec votre vaste expérience, êtes-vous satisfaite des programmes qu'offrent les Forces armées canadiennes, le ministère de la Défense nationale, dans certains cas la GRC et le ministère des Anciens Combattants? Connaissez-vous les programmes qu'ils offrent?

Si vous ne les connaissez pas, j'aimerais savoir pourquoi. Il me semble que cela nous concerne tous. Qu'en dites-vous?

Mme Huehn : Je vous remercie. Je pense effectivement que nous le devrions. Il est gênant de dire que je ne connais pas très bien leurs programmes. C'est une des grandes lacunes de notre système, qu'il y ait cette espèce de ségrégation. Je ne vais pas conjecturer sur les raisons à cela, mais le fait est qu'il y a au Canada différentes cultures — la GRC, la communauté militaire — et parfois, elles sont beaucoup trop isolées, et le fait que je ne sache pas ce qui se passe est, selon moi, très problématique. Nous pourrions probablement faire beaucoup plus ensemble, mais il y a

All of us bring strengths that we can share with each other and that we can learn from each other so together we can be there for the person.

I had a very interesting meeting. Two years ago I was in P.E.I., and the national Veterans Affairs office is in Charlottetown. I met with some directors and folks there that were interested in talking to me. I was presenting at a conference, and they heard I was in town. They said, “Can you give us a couple of hours?” It was absolutely wonderful. Those people seemed really interested in figuring out how to move forward.

I talked to them about education and the whole recovery movement and PSR and how we have competencies, if we make sure people are trained in it and make sure people understand this is to bring the humanity back into it around the person in pain. I thought it was really exciting when I left that office that day. I thought we had a really good chat. Regretfully, that’s been the last time that I have been able to talk to anybody about that. I know there was really a lot of interest in it.

I am almost wondering if that wasn’t the reason that I’m here, because I’m not sure how I got an invitation.

The Chair: We saw the good work you were doing and we wanted you to come and tell us about it.

Ms. Huehn: I don’t know about that, but I think there’s a lot of opportunity. When I was thinking about the comments that I wanted to stress with you, and I did bring along some material, and I am going to ask that you do share those copies, because there’s information there I didn’t touch on. It also gives some information to senators that there is a huge opportunity for us to work better together.

Provincial strategies, fine, and veterans is national, but there’s lots of us who work on the national basis for this, and there’s lots of great ways to integrate these things.

As an executive director, I have, absolutely, a mandate to work with anybody in my community, and I would be more than pleased to do that.

Senator Lang: What really comes home to me is that it would seem to me — and this may not be a fair observation — that on the surface we’re almost working in silos. We have Veterans Affairs over here, and then we have an organization such as yours over here, and we’re within two blocks of each other, but people haven’t gone across the street to talk to each other.

It would seem like perhaps tomorrow that could happen. It would seem to me this is what we have to do in respect of this particular very troubling issue that is facing so many Canadians and, more particularly in our case, because of our mandate,

eu des deux côtés une certaine acceptation. Nous pouvons tous unir nos points forts et apprendre les uns des autres pour, ensemble, pouvoir aider ces gens.

J’ai eu une rencontre très intéressante. J’étais à l’île du Prince-Édouard il y a deux ans, et le Bureau national des anciens combattants est à Charlottetown. J’ai rencontré des directeurs et des gens qui souhaitaient s’entretenir avec moi. Je faisais un exposé dans le cadre d’une conférence, ils avaient entendu dire que j’étais en ville. Ils m’ont demandé si je voulais bien leur consacrer une ou deux heures. Ça a été absolument extraordinaire. Tous semblaient vraiment déterminés à trouver des moyens de faire des progrès.

Je leur ai parlé d’éducation, du mouvement de rétablissement, de la réadaptation psychosociale et de nos compétences, du fait que si on assure la formation des gens, si on veille à ce qu’ils comprennent tout cela, on réhumanise la personne qui souffre. J’étais vraiment emballée quand j’ai quitté ce bureau-là, ce jour-là. Pour moi, nous avons eu un excellent échange. Malheureusement, c’est la dernière fois que j’ai pu parler de cela à quiconque. Je sais qu’il y avait beaucoup d’intérêt pour le sujet.

Je me demande presque si ce n’est pas pourquoi je me retrouve ici, parce que je ne sais pas vraiment ce qui m’a valu cette invitation.

Le président : Nous avons constaté le bon travail que vous faisiez et nous voulions vous inviter à nous en parler.

Mme Huehn : Je ne suis pas très convaincue, mais quoi qu’il en soit, je crois qu’il y a beaucoup de possibilités. J’ai réfléchi aux choses sur lesquelles je voulais insister auprès de vous, et je vous ai rapporté des documents que je vous invite à distribuer, parce qu’il y est question d’aspects dont je n’ai pas parlé. Il s’y trouve aussi des renseignements qui démontrent combien nous pouvons plus faire ensemble.

Les stratégies provinciales, c’est bien beau, et les anciens combattants c’est un enjeu national, mais il y a encore bien des choses qu’on peut faire à l’échelle nationale, et il y a toutes sortes d’excellentes façons d’intégrer ces choses.

En ma qualité de directrice exécutive, il est certain que je dois travailler avec tout le monde dans ma communauté et je serais très heureuse de pouvoir le faire.

Le sénateur Lang : Ce qu’il me semble, vraiment — et peut-être que je me trompe — c’est a priori, on dirait qu’on travaille presque en vase clos. Il y a les Anciens Combattants d’un côté, et une organisation comme la vôtre de l’autre, à deux coins de rue l’une de l’autre, mais personne n’a traversé la route pour parler à l’autre.

Je pense que ceci pourrait se produire dans un avenir rapproché. Il me semble que c’est ce qu’on doit faire pour aborder un problème très préoccupant auquel sont confrontés de nombreux Canadiens, d’autant plus en raison de notre mandat

studying veterans. Of course we have people within National Defence as well currently.

That is one issue, Mr. Chair, that we have to maybe pursue further, to see why people aren't comparing notes and how can we facilitate that type of comparison. Because most of this treatment — I would like to hear what you have to say — quite frankly, at the end of the day, will come from the province because they have the hospitals, they have the facilities, and everybody should be taking advantage of that, if it's possible.

Perhaps you want to comment on that.

Ms. Huehn: Oh, absolutely. It has got to be a consolidated effort, and this is why those of us, as I said, in this national organization, we have had an education plan sitting there for three years. We are all doing it off the sides of our desk, but we know it's absolutely critical. If we could get out and let people know about the best evidence, and so on, and say let's be working together, this can happen.

We've made lots of inroads, all of us, including the people here, everyone. Look at the provincial strategies in terms of how they talk about inclusion and recovery. Not so long ago the strategy was to put people in a back ward and turn the key and walk away. We've come an awful long way, but we need to realize that it's not about the different structures, it's about the person. Yes, that person may be a pilot, but she's going to be a mother. She's a daughter; she's a friend. It's about the whole person.

We do have a society where some people are in a particular place or in a particular role at a particular time, but we can't forget that that other thing is going to impact them, and we have to really be working together.

The Chair: This concludes the time that we have allotted for this meeting. Ms. Huehn, we want to thank you very much for the work that you're doing and for being here to help us understand a bit more about the broad approach.

We continue to focus on one aspect of the type of work that you're doing. Sometimes veterans who suffer from post-traumatic stress, or Armed Forces personnel, are in need of some of the services you're offering. We've got to know if it's best that they go to the Frontenac unit, if they happen to be in Kingston; or, because the origin of their illness might be different from a lot of the other clients that you have, they go elsewhere.

Ms. Huehn: Can I say one thing?

The Chair: Absolutely.

Ms. Huehn: I think it's really important, when you're considering that, to remember that — and I hate to use this phrase — no door is the wrong door. People need to reach out for

portant sur les anciens combattants. On observe bien sûr le même phénomène actuellement au sein du ministère de la Défense nationale.

Il s'agit d'un problème, monsieur le président, que nous devrions étudier plus en profondeur afin de comprendre pourquoi les intervenants ne comparent pas leurs pratiques et comment nous pourrions faciliter ce type de comparaison. Parce qu'il faut être honnête — et j'aimerais vous entendre là-dessus — la plupart des traitements, en définitive, seront dispensés par les provinces. Ce sont les provinces qui disposent des hôpitaux, des installations et on devrait les mettre à profit, autant que possible.

Qu'en pensez-vous?

Mme Huehn : Absolument. Un effort coordonné est nécessaire et c'est pourquoi, comme je l'ai dit, au sein de notre organisation nationale, nous avons élaboré un plan d'éducation qui est prêt depuis trois ans. On s'en occupe tous un peu à temps perdu, mais nous savons qu'il est absolument essentiel. Nous aimerions pouvoir diffuser les meilleures données et encourager les intervenants à travailler ensemble. C'est possible.

Nous avons fait beaucoup de progrès, dans l'ensemble, et j'inclus les membres du comité. Pensez aux stratégies provinciales et à la manière dont elles abordent l'inclusion et le rétablissement. Il n'y a pas si longtemps, la stratégie consistait à placer ces gens en institution, en pensant ainsi régler le problème. Nous avons fait beaucoup de progrès depuis, mais il faut comprendre qu'il n'est pas simplement question de structures différentes, mais de personnes. Oui, cette personne est peut-être pilote, mais elle pourrait aussi devenir mère. Elle est la fille de quelqu'un, et l'amie d'autres personnes. Il faut considérer la personne dans son ensemble.

Dans notre société, on peut se retrouver à un endroit donné, occuper un rôle en particulier, à un certain moment de notre vie, mais il ne faut pas perdre de vue les autres conséquences qui peuvent entrer en jeu, c'est pourquoi il faut vraiment tous travailler ensemble.

Le président : Le temps prévu pour cette réunion est écoulé. Madame Huehn, nous vous remercions pour votre excellent travail et d'être venue nous rencontrer afin de nous éclairer un peu plus à propos des démarches dans leur ensemble.

Nous continuerons de mettre l'accent sur un aspect de votre travail. Parfois les anciens combattants, ou le personnel des forces armées, qui souffrent de stress post-traumatique, ont besoin de certains des services que vous offrez. Nous devons savoir s'il est préférable qu'ils se rendent à l'unité Frontenac, s'ils sont à Kingston, ou ailleurs, si leur maladie est différente de celle que vous traitez habituellement.

Mme Huehn : Puis-je ajouter quelque chose?

Le président : Bien sûr.

Mme Huehn : Il importe de garder une chose à l'esprit : l'important c'est d'aller chercher de l'aide. Les gens doivent aller chercher de l'aide là où ils sont plus à l'aise de le faire. Peu

help wherever they feel comfortable. It is not about coming to Frontenac or going to the centre, it's about those places working together so that it makes it feel comfortable for the person. Forty per cent of people will first disclose to their family doctor. It's not about just one way of doing it. It's about making the system, all of us, work together for the individual.

The Chair: That's a good ending for this. You have been very instructive and we thank you very much.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Wednesday, October 8, 2014

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day at 12:04 p.m., to continue its study 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).

Senator Joseph A. Day (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Honourable senators, today we are continuing our study on operational stress injuries and other mental health issues affecting veterans.

[*English*]

As part of our study on operational stress injuries, sometimes referred to as OSI, such as post-traumatic stress disorder — also the acronym PTSD, which is quite often used — and other mental health conditions of Canada's veterans, we will be hearing today from Bronwen Evans, managing director of a very successful fundraising organization to support military personnel and their families, which Ms. Evans will tell us more about in her presentation.

We are hearing a lot about the very good work that you're doing with True Patriot Love and we're very pleased to welcome you here today. I understand you have introductory remarks, and then honourable senators may well wish to engage in a question-and-answer with you.

Bronwen Evans, Managing Director, True Patriot Love: It is a pleasure to be here. Thank you all for taking an interest in this topic that's obviously very close to my heart. I've been involved with this organization since day one.

I've provided a deck that will give you a bit of background on TPL, our mission and our vision. I won't go through that in detail right now, but I will say that we've been around for about six years now and raised in the range of \$20 million. We don't run programs, per se, as an organization. We raise funds that we

importe s'ils se rendent à Frontenac ou au centre, les différents intervenants doivent travailler ensemble pour que les patients se sentent à l'aise. Quarante pour cent en parleront d'abord à leur médecin de famille. La question n'est pas de trouver une seule façon de faire. Nous devons veiller à ce que les intervenants du système, y compris nous, travaillions ensemble pour ceux qui en ont besoin.

Le président : Voilà une excellente conclusion. Votre témoignage a été fort instructif et nous vous en remercions.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le mercredi 8 octobre 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 4, pour poursuivre 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 sénateur Joseph A. Day (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

Le président : Honorables sénateurs, aujourd'hui, nous continuons notre étude sur les blessures de stress opérationnel et les autres problèmes de santé mentale des anciens combattants.

[*Traduction*]

Dans le cadre de notre étude sur les blessures de stress opérationnel, que l'on désigne parfois par le sigle BSO, — comme l'état de stress post-traumatique, lui aussi désigné par un sigle, l'ESPT, et les autres problèmes de santé mentale dont sont atteints les anciens combattants du Canada —, nous allons entendre le témoignage de Mme Bronwen Evans, qui est la directrice générale d'un excellent organisme qui recueille des fonds pour venir en aide aux militaires et à leurs proches. Mme Evans va sûrement nous en dire plus dans sa déclaration.

Nous avons entendu beaucoup de bien du travail que fait votre organisme, La patrie gravée sur le cœur, et c'est un plaisir de vous accueillir aujourd'hui. Je crois savoir que vous souhaitez faire une déclaration préliminaire, après quoi les sénateurs pourront vous poser des questions.

Bronwen Evans, directrice générale, La patrie gravée sur le cœur : C'est un plaisir pour moi d'être ici. Merci à vous de vous intéresser de la sorte à un sujet qui, comme vous l'aurez deviné, me tient particulièrement à cœur. Je fais partie de cet organisme depuis le tout premier jour.

Je vous ai fait parvenir un document qui vous explique brièvement l'historique de La patrie gravée sur le cœur, sa mission et sa vision. Je n'irai pas dans les détails pour le moment, sinon pour dire que nous existons depuis environ six ans et que, jusqu'à maintenant, nous avons recueilli quelque chose comme

disburse to other grassroots charities that are in a better position and that are experts at running programs. That's not something that we do, but our focus is on raising funds and disbursing money to those charities.

The areas that we focus on, in addition to mental health and rehabilitation, are physical health and rehabilitation. We fund, for example, home and vehicle retrofits for soldiers who have been injured and who might be missing limbs. We fund programs like adaptive ski programs so that they can take up old pastimes or in some cases new pastimes and derive some meaning and value from that.

We also generally fund across a board what we call "family supports," which range from tutoring for children who are part of military families, because when they move from base to base they often fall behind in school. We also provide funding for military families with children with special needs. I don't know if you are aware, but one of the issues is that if a family, for example, has a child with autism and they're getting public supports in Alberta and they move to a base in Ontario, they go to the bottom of the waiting list in Ontario. The chances of their moving again are higher than actually receiving the supports before they leave. Many families have to take out second mortgages on their home to pay for supports. Oftentimes, therapy needs to be timely so that if they don't provide, say, speech therapy at a certain age, there is no point in providing it at all. We spend about half a million dollars a year in that area to support those families, and other things like emergency child care.

You asked specifically for me to speak to programs that are out there that aren't funded by government, and so I thought I would touch on a few programs that we, as an organization, have been funding over the years. In many cases, these have been multi-year partnerships, and we feel good about the programs and the outcomes they're having. Much of the information we get back is more on the anecdotal side from veterans who provide testimonials to say this really made a difference. That's important too.

One of my points here is that if you look at the programs typically funded by government, they are more the traditional evidence-based programs — for example, psychiatric or counselling with a psychologist — as opposed to the more non-conventional types of treatments that demonstrate good outcomes but probably haven't had the same type of scientific rigour as the more traditional ones. The point there is that oftentimes one size doesn't fit all for people suffering from post-traumatic stress disorder. We are funding things that government typically doesn't.

One of those programs is the Outward Bound Veterans program. You may be familiar with it; I have provided a description in here. We fund the entirety of the veterans program

20 millions de dollars. Nous ne gérons aucun programme en tant que tel. Nous recueillons des fonds, que nous remettons aux organismes caritatifs les mieux placés pour gérer les programmes adaptés à leur milieu. De notre côté, nous ne nous occupons d'aucun programme; nous nous contentons de recueillir des fonds et de les remettre ensuite à ces organismes caritatifs.

Outre la santé mentale, nous œuvrons aussi dans les domaines de la réadaptation et de la santé physique. Nous pourrions par exemple aider financièrement un soldat blessé à qui il manquerait un ou plusieurs membres à transformer son véhicule ou son domicile. Nous finançons aussi des programmes de ski adapté afin de permettre aux militaires blessés de continuer à pratiquer leur passe-temps favori, ou de s'intéresser à un nouveau hobby, afin qu'ils se sentent valorisés.

Nous remettons aussi de l'argent à ce que nous appelons des « soutiens familiaux ». Il peut par exemple s'agir de cours de rattrapage pour les enfants de militaires, car il n'est pas rare que les nombreux déménagements d'une base à l'autre leur fassent prendre du retard scolaire. Nous venons aussi en aide aux familles d'enfants ayant des besoins spéciaux. Je ne sais pas si vous le saviez, mais si une famille dont l'enfant est autiste reçoit de l'argent de l'État en Alberta, elle se retrouvera au bas de la liste d'attente lorsqu'elle déménagera en Ontario. Disons qu'elle a plus de chance de déménager de nouveau que de se retrouver assez haut sur la liste pour recommencer à recevoir de l'aide. De nombreuses familles doivent contracter un deuxième prêt hypothécaire pour subvenir à leurs besoins. Souvent, l'âge est crucial pour l'efficacité du traitement. Par exemple, si l'enfant ne va pas en orthophonie à un certain âge, ça ne donne rien de l'y envoyer plus tard. Nous consacrons environ un demi-million de dollars par année à ces familles ainsi qu'à diverses autres choses, comme des services de garde en cas d'urgence.

Vous m'avez demandé de parler plus précisément des programmes qui sont offerts mais qui ne sont pas financés par le gouvernement. Alors, j'ai pensé vous présenter quelques-uns de ceux que nous avons financés au fil des ans. Dans bien des cas, il s'agit de partenariats qui durent depuis des années et de programmes dont nous sommes fiers parce qu'ils produisent de bons résultats. La plupart des commentaires que nous recevons proviennent d'anciens combattants qui nous disent à quel point tel ou tel programme a pu les aider. Ça aussi, c'est important.

En fait, les programmes financés par le gouvernement sont en général plus classiques, comme le suivi psychiatrique ou les consultations psychologiques, alors qu'il existe d'autres types de programmes qui donnent d'aussi bons résultats, même s'ils ne reposent pas sur des fondements scientifiques aussi rigoureux que les plus traditionnels. Or, les solutions universelles ne conviennent pas à tout le monde, surtout pas à ceux qui sont en état de stress post-traumatique. Autrement dit, nous finançons les programmes qui ne le sont généralement pas par le gouvernement.

Je pense entre autres au programme Outward Bound. Vous le connaissez peut-être; sinon, vous en trouverez la description dans le document. Le volet pour anciens combattants est entièrement

for Outward Bound, so without our funding the program wouldn't exist. We have come into contact with a number of veterans, before and after, who have gone through this program. The wonderful thing about this program is that it's great for veterans who may be experiencing mental health issues but aren't quite at a place where they're ready to access community supports, whether it's a psychiatrist or psychologist or Alcoholics Anonymous.

They go through this program that's about being in the outdoors with peers, and it's an opportunity for them to meet with like-minded peers to talk about some of the things they may be experiencing in common. From there, once they start to normalize a little bit of what they're going through, they feel more comfortable, when they're done the program, reaching out into the community and accessing supports. Outward Bound helps them through that process.

We have had tremendous feedback on this program. In fact, some of the participants have been part of our expeditions to the Himalayas and North Pole; so we know them quite well, and it is truly a terrific program. It's funded 100 per cent through charitable dollars; there is no government funding.

The Veterans Transition Program is another program that we have funded over the last three years. It was developed out of the University of British Columbia. It's a peer-to-peer support program, but it is medically supervised. Compared to the Outward Bound Veterans program, which isn't medically supervised, a little more traditional therapy is part of this program. They have been looking at the results in a more traditional, rigorous way.

Some really great things are coming out of that. We have funded various programs now across the country so they have been able to expand beyond British Columbia. We have funded programs in Atlantic Canada, Ontario and Quebec.

I think they are now receiving some funding from Veterans Affairs. I think the way it's working is that if you are officially a client — so you have filled out the paperwork and they recognize you need support — Veterans Affairs is paying for those participants. We are paying for the participants who aren't technically clients of Veterans Affairs, if that makes sense.

Another program we fund is called The Prince's Operation Entrepreneur. This is a program out of Memorial University. The simplest way of putting it is it's like an accelerated MBA course for veterans who are interested in starting up their own business. Our funding goes towards soldiers suffering from mental health issues, like PTSD, so we fund those individuals to go through this.

As you know, there are many challenges associated with veteran transition. We worked on a report for the Minister of Veterans Affairs, which we will be presenting to him shortly, that looks at the systemic challenges that prevents veterans from

financé par notre organisme. Aussi bien dire que, sans nous, ce programme n'existerait pas. Nous avons parlé à de nombreux anciens combattants qui y ont participé, autant avant qu'après leur expérience. Ce programme est parfait pour les anciens combattants aux prises avec des problèmes de santé mentale, mais qui ne sont pas encore prêts à recourir aux services de soutien communautaires, comme un psychiatre, un psychologue ou les Alcooliques anonymes.

Ce programme leur fait faire des activités de plein air en compagnie de leurs pairs, ce qui leur permet de rencontrer d'autres gens dans une situation semblable à la leur et de parler de ce qu'ils vivent. À partir de là, ils commencent à se sentir normaux, donc plus à l'aise, et quand ils ont fini le programme, ils sont prêts à faire les démarches pour obtenir de l'aide. Outward Bound les aide d'ailleurs à s'y retrouver.

Les commentaires sur ce programme sont fantastiques. En fait, certains participants ont aussi pris part aux expéditions que nous avons organisées dans l'Himalaya ou au pôle Nord; nous les connaissons donc très bien. Bref, c'est un programme merveilleux, financé en totalité par des dons de charité; aucun financement de l'État.

Le Programme de transition des vétérans figure aussi parmi les programmes auxquels nous avons remis de l'argent au cours des trois dernières années. Créé à l'Université de la Colombie-Britannique, ce programme de soutien par les pairs prévoit aussi un suivi médical. Si on le compare à Outward Bound pour les anciens combattants, où les participants ne font l'objet d'aucun suivi médical, celui-ci offre des traitements légèrement plus traditionnels. Les résultats sont d'ailleurs évalués de manière plus classique, plus rigoureuse.

Là aussi, les résultats sont excellents. Nous finançons dorénavant des programmes un peu partout au pays, et pas juste en Colombie-Britannique. Nous en avons dans l'Atlantique, en Ontario et au Québec.

Je crois qu'Anciens Combattants Canada verse aussi de l'argent à ce programme. Si je ne m'abuse, si une personne a rempli tous les formulaires et que le ministère reconnaît qu'il y a un besoin, il va payer pour cette personne-là. Bref, nous payons pour les participants qui ne sont techniquement pas des clients du ministère, si vous me suivez.

L'Opération entrepreneur du prince, qui a vu le jour à l'Université Memorial, fait aussi partie des organismes que nous finançons. Pour dire les choses simplement, c'est comme un programme accéléré de maîtrise en administration des affaires pour les anciens combattants qui souhaitent se lancer en affaires. L'argent que nous fournissons est destiné aux soldats qui souffrent de problèmes de santé mentale, comme l'état de stress post-traumatique.

Comme vous le savez, pour les anciens combattants, la transition peut être parsemée d'embûches. Nous avons collaboré à la rédaction d'un rapport que nous soumettrons sous peu au ministre des Anciens Combattants, et dans lequel nous présentons

making a transition from military to meaningful civilian employment. I say “meaningful” in the sense that what often happens is that veterans who come out of the military end up with jobs that aren’t truly reflective of their skills. So that’s a big piece we were looking at.

One of the barriers we found was mental health. If soldiers were dealing with a mental health issue, that was often a barrier for them to gaining meaningful employment.

The Prince’s Operation Entrepreneur program helps individuals like these start their own businesses. They are taught by professors and they receive mentorship. For somebody dealing with a mental illness, often having your own business can be helpful in the sense that you are in charge of your own schedule and have some flexibility. That’s a program we have been funding for three years.

One of our most recent partnerships is with the University of Southern California. I don’t know if you’re familiar with their virtual reality treatment for post-traumatic stress disorder, but the idea is to expose soldiers to the trauma in a controlled setting. Through constant re-exposure, they become desensitized to it, and it’s a therapy that’s proven to be quite effective.

The University of Southern California, working with the U.S. Army, developed a virtual reality treatment that includes sights, sound and smell. It has proven to be quite effective in the U.S.

The Department of National Defence tried to use the treatment, as it was developed in the U.S., on Canadian soldiers. The challenge was that it wasn’t as effective as they had hoped because it was Americanized in the sense that it was American vehicles and uniforms, so it didn’t seem all that authentic to the soldiers.

We are funding this over the next two or three months. We have given some money to the University of Southern California to Canadianize the technology so that it does truly represent the Canadian experience in Afghanistan, with the right uniforms and vehicles. Once it has been Canadianized, the Department of National Defence will be able to license the technology to use around the country in their clinics for treating soldiers with post-traumatic stress disorder.

It’s one of those things that probably the government would have funded eventually, but we made the decision to go ahead and do it ourselves because the government would likely have had to have gone through a lengthy RFP process. From speaking to the experts in health services, we knew that the University of Southern California, with all the work they had done, they probably would have won a government RFP at the end of the day. In our minds, if we can get it into the hands of clinicians sooner and prevent that many more suicides, let’s just get this done. So we’ve moved forward with that.

les obstacles systémiques qui empêchent les anciens combattants de faire la transition vers un emploi civil valorisant. Je dis « valorisant », parce que, bien souvent, les anciens combattants qui quittent la vie militaire se retrouvent à faire des boulots qui n’ont rien à voir avec leurs compétences. C’est un gros morceau.

La santé mentale fait justement partie des obstacles que nous avons recensés. Si un soldat a des problèmes de santé mentale, il aura souvent plus de mal à trouver un emploi valorisant.

L’Opération entrepreneur du prince aide ces gens-là à lancer leur propre entreprise. Ils se font enseigner par des professeurs et ils reçoivent l’aide de mentors. Pour la personne qui souffre d’une maladie mentale, ça peut aider d’avoir sa propre entreprise, parce qu’elle doit alors gérer elle-même son horaire tout en bénéficiant d’une certaine marge de manœuvre. Nous finançons ce programme depuis trois ans.

Notre plus récent partenariat a été conclu avec l’Université du Sud de la Californie. Je ne sais pas si vous connaissez le traitement de l’état de stress post-traumatique par la réalité virtuelle, mais ça consiste en gros à exposer, dans un environnement contrôlé, les soldats au traumatisme qui est à l’origine de leur état. À la longue, ils vont y être désensibilisés. Les résultats montrent que c’est très efficace.

L’Université du Sud de la Californie, en collaboration avec l’armée américaine, a mis au point un environnement de réalité virtuelle permettant de stimuler l’ouïe, la vue et l’odorat. Les travaux menés aux États-Unis se sont révélés très efficaces.

Le ministère de la Défense nationale a voulu offrir ce traitement, développé aux États-Unis, à des soldats canadiens. Les résultats ont été quelque peu décevants, parce que, comme l’environnement était entièrement américanisé — les blindés, les uniformes —, il n’était pas aussi crédible aux yeux des soldats canadiens.

Nous allons financer ce programme durant deux ou trois mois. Nous avons déjà remis de l’argent à l’Université du Sud de la Californie pour qu’elle canadianise la technologie et fasse en sorte qu’elle corresponde à ce qu’ont vécu nos soldats en Afghanistan, avec les bons blindés et les bons uniformes. Quand ce sera fait, le ministère de la Défense nationale pourra obtenir les licences nécessaires pour utiliser cette technologie dans ses cliniques un peu partout au pays et traiter les soldats en état de stress post-traumatique.

J’imagine que c’est le genre de programme que le gouvernement aurait fini par financer, mais nous avons décidé d’aller de l’avant malgré tout, parce que le gouvernement aurait sans doute eu l’obligation de lancer un long processus d’appel d’offres. Pour avoir parlé aux spécialistes de la santé, nous savons que l’Université du Sud de la Californie aurait sans doute remporté la mise de toute façon, mais en ce qui nous concerne, plus vite les cliniciens auront accès à cette technologie, et plus nous pourrons prévenir de suicides. Alors pourquoi attendre? C’est pourquoi nous avons décidé d’aller de l’avant.

Those are the major programs we have funded in terms of dollars and multi-year partnerships.

We also fund a variety of community-based programs, primarily through the Military Family Resource Centres, which exist on each of the bases across the country. On the last page, I've outlined some of the programs that we have funded.

Many of them extend to the family. While DND offers a number of supports or traditional therapy for the serving member, when it comes to the family, they receive their health care; so anything covered by the provincial health care system they receive through the province. They're in that system as opposed to being on more the fast-track system federally.

We find there is a huge need for supports and counselling for spouses and for children who have a parent with an operational stress injury like post-traumatic stress disorder. We fund a number of programs in the area of suicide prevention and educating families about the signs of both post-traumatic stress disorder and somebody who may be suicidal.

We are working on funding more programs related to children and mental health in the military. This has been somewhat of a challenge. We have found that there are different programs scattered all over the country, primarily through the MFRCs, but there's no real research as far as we can tell being done to figure out what are best practices around those programs. We're hoping to bring together a group of experts around that over the next few months to talk that through.

We don't want to reinvent the wheel. If there's a program we can borrow, whether it's from CAMH or the ROH or perhaps even a program that a current MFRC is running, how can we draw from that, bring people together and figure out how to fund that across the country?

We also have recently announced funding for Paws Fur Thought. It's an organization that trains service dogs to help soldiers with post-traumatic stress disorder. As I mentioned, one size does not fit all. That's likely not a solution for everybody suffering from post-traumatic stress disorder, but when you talk to those veterans who have benefited from a service dog, there is no question that it has made a huge difference in their lives — the difference between being shut in your house and being able to go out in public, which is obviously also freeing for the spouse and means a different quality of life and experiences for the family as a whole.

Ça fait le tour des principaux programmes que nous avons financés et des partenariats que nous avons conclus au fil des ans.

Nous finançons aussi une vaste gamme de programmes communautaires, principalement par l'entremise des Centres de ressources pour les familles des militaires, qui sont présents sur chacune des bases militaires du pays. Vous trouverez sur la dernière page du document le nom de quelques-uns des programmes à qui nous sommes venus en aide de cette façon.

Bon nombre d'entre eux s'adressent aux proches des militaires. Le ministère offre du soutien de nature plus traditionnelle ou de la thérapie aux militaires eux-mêmes, mais les proches, eux, ont seulement droit aux soins de santé; alors pour tout ce qui est couvert par les régimes provinciaux, ils doivent s'adresser aux établissements de santé provinciaux. Bref, ils doivent s'en remettre au système, alors que ça pourrait aller beaucoup plus vite s'ils étaient pris en charge par le fédéral.

Pourtant, nous avons constaté que les conjoints et les enfants dont le parent ou l'époux souffre d'une blessure de stress opérationnel ou est en état de stress post-traumatique ont énormément besoin de soutien et de conseils eux aussi. Nous remettons de l'argent à un certain nombre de programmes de prévention du suicide qui enseignent aux proches à reconnaître les symptômes de l'état de stress post-traumatique ou les signes d'une personne suicidaire.

Nous aimerions financer davantage de programmes destinés à la santé mentale des enfants de militaires. C'est plutôt difficile. Nous avons constaté qu'il y a toutes sortes de programmes un peu partout au pays et qu'ils font presque tous affaire avec les Centres de ressources pour les familles des militaires, mais à notre connaissance, aucune recherche n'a encore été menée pour déterminer les pratiques exemplaires de l'un ou de l'autre. Nous aimerions créer un groupe de spécialistes au cours des prochains mois pour étudier la question plus en profondeur.

Nous ne voulons pas réinventer la roue. Si nous pouvons nous inspirer d'un programme existant, comme ceux qu'offrent le Centre de toxicomanie et de santé mentale, l'hôpital Royal d'Ottawa ou les Centres de ressources pour les familles des militaires, pourquoi pas? Quoi conserver? Qui mobiliser? Que faire pour étendre ces programmes au reste du pays?

Nous avons annoncé dernièrement que nous allions aider financièrement l'organisme Paws Fur Thought, qui entraîne des chiens d'assistance pour les militaires en état de stress post-traumatique. Comme je le disais, les solutions universelles sont loin d'être une panacée. Il n'y a pas de solution unique qui convient à tous ceux qui sont en état de stress post-traumatique, mais je dois dire que, si on se fie au témoignage des anciens combattants qui ont pu compter sur un chien d'assistance, c'est clair que ces bêtes ont eu une influence énorme sur eux : ils sortaient en public au lieu de rester enfermés chez eux, ce qui est aussi un avantage pour le conjoint ou la conjointe et améliore la qualité de vie et le quotidien de toute la famille.

In terms of the challenges and gaps that we see, one of the things we hear over and over again is that even though the Department of National Defence and the Military Family Resource Centres might offer excellent programs for treating mental health issues, for the soldiers there's a stigma associated with accessing those, whether it's through the MFRC or through traditional government programs. Even for a family member, for a spouse to go into an MFRC and say, "You know what, we're having some challenges at home and I think my husband or wife might be suffering from PTSD," they feel in a sense that they're telling on them and it could somehow compromise their job within the military. That is an issue, and I think that speaks to the need to continue to have services and programs that are funded outside of government that people can access.

We also hear that reservists, because they don't live on base, aren't aware of the programs that might be available to them. Last week we had a symposium in Ottawa, which Senator Day attended. A couple spoke at it. The husband, a reservist, had served in Afghanistan, came back and had fairly severe post-traumatic stress disorder. The wife didn't come from a military background. Other than the fact that her husband joined his regiment every Tuesday for training, that was all she knew about the military. They had no idea where to turn or what was available to them.

When you live on base or you are part of the regular forces, information about the programs out there tends to be communicated to you more than it does if you are in the reserves. I don't know so much that it's a question of there not being enough programs to help reservists in terms of mental health supports. I think it may be more of an issue of communication and letting them know what is in fact out there. I think the military really struggles with the proper infrastructure to set up to disseminate that information.

Another area that we notice there are challenges is the handoff from DND to Veterans Affairs. Once you release from the military, you are now essentially a client of Veterans Affairs. The CF and the Department of National Defence are no longer responsible for providing you with any sort of mental health supports that you might need. We understand from veterans that the process of becoming an actual client for Veterans Affairs is quite cumbersome, with a lot of paperwork to fill out.

On top of that, in many cases post-traumatic stress disorder doesn't show up until years later. If you release from the Department of National Defence, you might think everything is fine. You might not think, "You know what, I need to sign myself over with Veterans Affairs for support," and then it's years down the road where your issues are appearing and you don't know where to turn.

The last thing I want to mention, and I guess it's a gap, but as I said, one size does not fit all. Given the stigma for soldiers to go to government for support, for veterans to go to government for

Pour ce qui est des difficultés et des obstacles, on nous dit sans cesse que, même si le ministère de la Défense nationale et les Centres de ressources pour les familles des militaires offrent d'excellents programmes en santé mentale, les soldats ont peur de se faire juger s'ils y ont recours, que ce soit par l'entremise des centres de ressources ou dans le cadre de programmes gouvernementaux plus traditionnels. Même les proches hésitent à s'adresser aux centres de ressources parce qu'ils vivent des moments difficiles à la maison et sentent que leur mari ou leur femme est peut-être en état de stress post-traumatique, car ils ont l'impression de le trahir et craignent qu'en agissant ainsi, ils pourraient compromettre sa carrière. C'est un problème, et je crois que ça montre qu'il faut continuer d'offrir des services et des programmes à l'extérieur du gouvernement.

On nous dit aussi que les réservistes, parce qu'ils ne vivent pas sur une base, ne connaissent pas les programmes dont ils pourraient se prévaloir. La semaine dernière, nous assistions à un colloque, ici à Ottawa. Le sénateur Day était là, lui aussi. Un couple a pris la parole. Le mari, qui fait partie de la réserve, est allé en Afghanistan. Quand il est revenu, il était en état avancé de stress post-traumatique. Sa femme ne connaissait rien au milieu militaire, sinon que son mari devait se présenter à son régiment tous les mardis pour l'entraînement. Ils n'avaient aucune idée à qui s'adresser et ne connaissaient pas les ressources qui s'offraient à eux.

Lorsqu'on vit dans une base ou qu'on fait partie de la Force régulière, l'information au sujet des programmes nous est mieux communiquée que lorsqu'on appartient aux forces de réserve. Selon moi, ce n'est pas tant que les programmes de santé mentale destinés aux réservistes sont insuffisants; je crois plutôt qu'il s'agit d'un problème de communication : il faut mieux informer les réservistes au sujet des programmes existants. L'armée a beaucoup de mal à se doter de l'infrastructure nécessaire pour diffuser cette information.

Nous avons remarqué une autre source de problèmes : le transfert du ministère de la Défense nationale à celui des Anciens Combattants. Une fois libéré de l'armée, on devient pour ainsi dire un client des Anciens Combattants; les Forces canadiennes et le ministère de la Défense nationale ne sont plus responsables de nous fournir de l'appui en matière de santé mentale. D'après ce que nous ont dit certains anciens combattants, devenir un client du ministère des Anciens Combattants est un processus assez compliqué, qui comporte beaucoup de paperasse.

Par ailleurs, un trouble de stress post-traumatique prend souvent des années avant de se manifester. Au moment de la libération du ministère de la Défense nationale, on peut penser que tout va bien et qu'il n'est pas nécessaire de s'adresser au ministère des Anciens Combattants. Des années plus tard, on se trouve aux prises avec des problèmes, sans savoir vers qui se tourner.

Il y a une dernière chose, une lacune, sur laquelle je souhaite revenir. Comme je l'ai dit, il n'existe pas de solution qui convient à tout le monde. Étant donné la stigmatisation dont font l'objet les

support, it may be that we need to think of programs beyond government, which are many of the programs that we fund, and recognize that it's important that they're in fact out there.

I think that's about it.

The Chair: Thank you very much, Ms. Evans. We'll have the slide deck that you presented translated and circulated to all members of the committee. It will form part of our record. We thank you for bringing that along.

We also have a research document drafted by the Library of Parliament that gives us some background, and that's in both official languages and has been circulated. They are the documents that honourable senators have had an opportunity to look at.

We will now start with questions. Senator Stewart Olsen is from New Brunswick and is the deputy chair of this subcommittee.

Senator Stewart Olsen: Thank you very much for your presentation. It was very informative and sets a clear path forward, to my way of thinking, which is, I really like to concentrate on what we can do moving forward to help.

Have you noticed a change in the public's attitude and awareness of the problem of PTSD in recent years, or do you think more work needs to be done in that aspect?

Ms. Evans: Generally, there is a lot more awareness and I'd like to think a stigma reduction in terms of mental health, and I think that's due in part to campaigns like the Bell Let's Talk campaign. There's more awareness in the sense that we have completed our mission to Afghanistan and so people are now talking about the after-effects of that, so post-traumatic stress disorder is coming up a lot more now than it had in previous years.

We also do quite a bit of work on the employment support side for soldiers who are trying to make the transition. One of the challenges you hear is that there is a bit of reluctance by employers, many thinking that if somebody has served over in Afghanistan and witnessed terrible things, that they have post-traumatic stress disorder or a mental condition that might make them unfit for a corporate work environment. There is still quite a bit of work to be done there.

Senator Stewart Olsen: I notice you refer a lot to Afghan vets. In my discussions with veterans, I notice that a lot of our Bosnian veterans and those from other theatres were severely affected. Some of them are just now seeking treatment because it was not recognized or they didn't have an ease dealing with it. Do you have clients, people that you support from those areas?

soldats et les anciens combattants lorsqu'ils demandent de l'aide au gouvernement, il faudrait peut-être offrir des programmes non gouvernementaux, comme la plupart de ceux que nous finançons, et reconnaître leur importance.

Je crois que c'est à peu près tout.

Le président : Merci beaucoup, madame Evans. Nous ferons traduire le texte de votre présentation et nous le distribuerons à tous les membres du comité. Il sera mis au dossier. Nous vous remercions de nous avoir remis ce document.

La Bibliothèque du Parlement a également rédigé une étude pour nous renseigner sur la situation; le document a été distribué dans les deux langues officielles. Les honorables sénateurs ont eu l'occasion d'y jeter un coup d'œil.

Nous allons maintenant passer aux questions. La sénatrice Stewart Olsen, du Nouveau-Brunswick, est la vice-présidente du sous-comité.

La sénatrice Stewart Olsen : Je vous remercie de votre présentation, qui est très éclairante. Elle trace une voie à suivre, ce qui correspond à ma façon d'aborder les choses. En effet, j'aime me concentrer sur les mesures à prendre pour améliorer la situation.

Ces dernières années, avez-vous remarqué un changement dans l'attitude du public et son degré de sensibilisation par rapport à l'état de stress post-traumatique? Pensez-vous qu'il faille en faire plus à cet égard?

Mme Evans : Je dirais qu'en général, les gens sont beaucoup plus sensibilisés et j'ose croire que les préjugés entourant la santé mentale ont diminué, en partie grâce à des campagnes comme « Cause pour la cause » lancée par Bell. On est davantage sensibilisé depuis la fin de la mission en Afghanistan. En effet, les gens parlent des séquelles qu'elle a laissées et il est question de l'état de stress post-traumatique beaucoup plus souvent que par le passé.

Nous faisons aussi des efforts considérables pour appuyer les soldats qui souhaitent faire la transition vers un emploi civil. Il arrive que les employeurs aient des réticences, parce qu'ils présumant qu'un militaire qui a servi en Afghanistan et vu des choses atroces est forcément atteint d'un trouble de stress post-traumatique ou d'un problème de santé mentale qui l'empêchera de s'acclimater à son milieu de travail. Il nous reste beaucoup de chemin à faire de ce côté-là.

La sénatrice Stewart Olsen : Je remarque que vous faites souvent référence aux anciens combattants de l'Afghanistan. Dans mes conversations avec les anciens combattants, j'ai constaté que bon nombre de ceux qui ont servi en Bosnie et dans d'autres théâtres d'opérations ont été durement atteints. Certains d'entre eux ont attendu jusqu'à maintenant pour se faire traiter, soit parce que leur trouble n'était pas reconnu auparavant, soit parce qu'ils n'étaient pas à l'aise de demander de l'aide. Avez-vous des clients, des gens à qui vous venez en aide, qui ont servi dans ces régions?

Ms. Evans: Definitely. In fact, one of the organizations that we are working on providing funds to is St. Anne's Hospital. It's in Montreal and they are a VAC facility, but the clients they serve are primarily from the Korean War and Bosnia. They are actually the only hospital in Canada that provides a residential program for veterans suffering from post-traumatic stress disorder.

I probably shouldn't have limited it to Afghanistan veterans; we don't make that distinction.

The funding that we do through the Military Family Resource Centres is primarily geared to veterans or serving members who are in Afghanistan, because it is still serving members we are funding there.

Senator Stewart Olsen: I have been working a lot with veterans who are very hesitant about accessing treatments in the service centres as it has been changed to Service Canada centres from Veterans Affairs Canada. Something I'm looking into now is our veterans' hospitals — there is a hospital in Moncton, New Brunswick — and I think we should be using some of their facilities as clinics rather than perhaps Service Canada. I think it would be a lot easier on people, and for peer support. Are you hearing anything about that in your work? It's where to access the treatment, and once again we're dealing with the stigma of the words "mental illness."

Ms. Evans: As I was saying, do think it's important to have supports for veterans that are embedded more in the community. Part of that — I know the Vanier Institute is doing quite a bit of work on this — is about educating family doctors. It's about educating guidance counsellors at school who might not be familiar with the signs of post-traumatic stress disorder or the anxieties and stressors related to a military lifestyle. I think there is a big awareness and education piece that needs to happen.

We talk about the fact that at one point children from military families would typically go to schools where 80 per cent of the children were from military families. That's no longer the case. There are good and bad things about that, but one of the bad things is they don't have the same kind of peer support. Also, the teachers, guidance counsellors and principals aren't educated on some of the stressors that might be associated with it. So I think it's important to have more supports through the community that recognize some of the challenges out there.

Senator Stewart Olsen: Thank you. It's very informative.

Senator White: Thank you very much for being here today. I have two questions, one short, one long.

Mme Evans : Certainement. En fait, nous tâchons actuellement d'établir un financement pour l'Hôpital Sainte-Anne, un établissement d'Anciens Combattants Canada situé à Montréal, dont la plupart des clients ont servi en Corée et en Bosnie. C'est le seul hôpital au Canada qui offre un programme de traitement en résidence aux anciens combattants atteints d'un trouble de stress post-traumatique.

Je n'aurais sans doute pas dû limiter mes remarques aux anciens combattants de l'Afghanistan, car nous ne faisons pas cette distinction.

Le financement que nous offrons aux Centres de ressources pour les familles militaires est principalement axé sur les anciens combattants et les membres actifs de la mission en Afghanistan, parce que ce sont des membres actifs que nous finançons dans ces centres.

La sénatrice Stewart Olsen : Beaucoup d'anciens combattants avec qui j'ai travaillé hésitent à se faire traiter dans les centres de services, qui ont été transférés d'Anciens Combattants Canada à Service Canada. Je m'intéresse maintenant aux hôpitaux pour anciens combattants, dont l'un d'entre eux est situé à Moncton, au Nouveau-Brunswick. Je suis d'avis qu'il faut établir des cliniques dans ces endroits plutôt que dans les installations de Service Canada. Selon moi, cela faciliterait la vie des gens et favoriserait le soutien entre les pairs. Avez-vous entendu de tels échos dans votre travail? Il est question de l'endroit où l'on obtient le traitement et, encore une fois, des préjugés liés aux mots « maladie mentale ».

Mme Evans : Comme je l'ai mentionné, je crois qu'il est important que les sources d'appui pour les anciens combattants soient ancrées dans la collectivité, ce qui implique, entre autres, de sensibiliser les médecins de famille. L'institut Vanier fait beaucoup de travail à cet égard. Il faut aussi sensibiliser les conseillers dans les écoles, qui ne connaissent peut-être pas très bien les symptômes du trouble de stress post-traumatique et les sources d'anxiété et de stress propres à la vie militaire. Selon moi, un important travail de sensibilisation et d'éducation reste à faire.

Auparavant, la plupart des enfants issus de familles militaires fréquentaient des écoles où 80 p. 100 des enfants appartenaient eux aussi à une famille militaire. Ce n'est plus le cas, ce qui comporte des bons et des mauvais côtés. L'un des désavantages est le fait que le soutien par les pairs n'est plus le même. De plus, les enseignants, les conseillers et les directeurs ne sont plus autant sensibilisés aux facteurs de stress présents dans la vie des familles militaires. Selon moi, il est important que la collectivité comprenne plus de sources d'appui qui sont au fait de ce genre de difficulté.

La sénatrice Stewart Olsen : Merci. Voilà qui est très éclairant.

Le sénateur White : Je vous remercie de votre présence aujourd'hui. J'ai deux questions à vous poser : une longue et une courte.

I know that a number of people have looked at survivorship when it comes to illness, mental illness and cancer as well, which has been very successful, in particular, with coaching and advocates. In fact, here in Ottawa we have a cancer survivorship centre that focuses strictly on coaching people through the illness of cancer. I know there is some of that in the military. Has your organization been involved in development or research around the success of coaching and advocacy for mental illness and in particular with the military?

Ms. Evans: You mean coaching by somebody who has or had post-traumatic stress disorder and survived it?

Senator White: Let's say I come back from Afghanistan and identify that I have a challenge. Figuring out the system, particularly if we expect the bureaucracy to explain it, means they're explaining it to 1,000 people and they represent none of them, or they represent all of them. Either way it's almost as bad. It's important to have somebody that you deal with, either volunteer or employed, who is specifically your advocate to help you walk through the system of mental illness, the specifics around post-traumatic stress disorder, your challenges.

Ms. Evans: There is a charity that does just that. It was started by an individual who had fairly severe PTSD. I will get the name in a moment. They do almost exactly that. They have a network of volunteers around the country who are tapped into the local community, in terms of knowing the supports that are out there. People come in through the website. It's web-based. Chris Dupree is individual who started that organization.

Senator White: But there is nothing substantial within the government or organizations you're connected to that are providing that type of support.

Ms. Evans: One of the organizations we support is the Military Families Fund, which is a charity run out of the Department of National Defence. They find that they need somebody there to coordinate supports for individuals, to be their advocates in a sense. They came to us for funding for a full-time employee for each of the MFRCs to perform that kind of function. We're not sure that paying a full-time person at each of those is the most effective use of resources and there might be a better way of doing that.

I think the need has been identified. It's a question of how to provide something that's affordable, scalable, that can help as many people as possible.

Senator White: The second part is that my background has allowed me to see both proactive and reactive response to PTSD. I refer to proactive as engaging staff to make sure they understand

Je sais qu'on s'est intéressé aux programmes pour les survivants de maladies, comme la maladie mentale et le cancer, qui ont eu beaucoup de succès, en particulier ceux qui comportent des volets d'accompagnement et de défense des droits. Il existe à Ottawa un centre de survie du cancer axé sur le coaching auprès des gens qui composent avec le cancer. Je sais qu'il existe quelque chose de semblable dans l'armée. Votre organisation a-t-elle participé à des initiatives de coaching ou à des études sur le succès du coaching et de la défense des droits des gens atteints de troubles mentaux, en particulier chez les militaires?

Mme Evans : Vous parlez de coaching exercé par une personne qui souffre ou qui a souffert d'un trouble de stress post-traumatique et qui a survécu?

Le sénateur White : Disons qu'à mon retour de l'Afghanistan, je constate que j'ai un problème. Si on compte sur des fonctionnaires pour faire comprendre le système, cela impliquerait qu'ils l'expliquent à un millier de personnes. Qu'ils ne représentent aucune d'entre elles ou qu'ils les représentent toutes, les alternatives sont presque tout aussi mauvaises l'une que l'autre. Il est important d'avoir quelqu'un, un employé ou un bénévole, sur qui on peut compter pour nous guider et nous aider à composer avec le système entourant la maladie mentale, les problèmes propres au trouble de stress post-traumatique et nos difficultés.

Mme Evans : Il existe un organisme de bienfaisance dont c'est justement la mission. Il a été fondé par une personne souffrant d'un trouble de stress post-traumatique assez grave. Je vais vous donner son nom dans un instant. L'organisme en question fait presque exactement ce que vous décrivez, grâce à un réseau national de bénévoles qui connaissent les ressources disponibles dans les collectivités. On communique avec l'organisme par le biais de son site web. Chris Dupree est le fondateur de cette organisation.

Le sénateur White : Mais aucun des organismes gouvernementaux ou des autres organisations avec lesquelles vous collaborez ne fournit ce genre de soutien de manière substantielle.

Mme Evans : Nous appuyons le Fonds pour les familles des militaires, un organisme de bienfaisance géré par le ministère de la Défense nationale, qui considère comme nécessaire d'avoir quelqu'un pour coordonner les appuis fournis aux personnes et guider celles-ci en quelque sorte. On nous a demandé du financement pour embaucher un employé qui assumerait cette fonction à temps plein dans tous les centres de ressources pour les familles militaires. Nous doutons que payer une personne à temps plein dans chaque centre représente une utilisation optimale des ressources. Selon nous, il existe une meilleure solution.

Un besoin a été déterminé. Il s'agit maintenant de trouver un moyen d'y répondre qui soit abordable et adaptable, et qui permet d'aider le plus grand nombre de gens possible.

Le sénateur White : Passons maintenant à ma deuxième question. Durant ma carrière, j'ai eu l'occasion d'observer des façons proactives et réactives d'aborder le trouble de stress post-

that it's going to come for many of you or people around you, looking for the precursors, identifying the need before it happens and even helping them identify possible situations that may place them in jeopardy before they get in jeopardy.

Have you done any work around the proactive piece? By the way, I was on your website and it's great to see the work you're doing, but has your work been reactive in trying to make people healthy rather than trying to stop it in the first place?

Ms. Evans: Many of the community-based programs we fund are proactive in the sense that we provide funding, whether it's staff at MFRCs or family members to be educated on the signs of mental illness. It's proactive in the sense that hopefully they're catching it and doing something about it before it gets too severe. We do fund a number of programs in that area.

The government funds a resiliency-based program that all soldiers go through before they're deployed. Whether or not it truly prepares them for their experience when they're over there is another question, and whether you can truly prepare somebody for that anyway, I don't know. I think about our soldier team captain from our North Pole expedition. He wrote his doctoral thesis on this. He said that we're very good on the training aspect in terms of the physical training, but there is still so much more that needs to be done to prepare soldiers mentally for what they're about to go in and see.

Senator White: Psychological tool-building.

Ms. Evans: Yes, and there is some work the government does and there are some programs they do, but as an organization, we haven't been involved in funding any of those sort of pre-deployment programs.

Senator White: Thank you. Again, congratulations on the work you're doing.

Senator Mitchell: Thanks very much, Ms. Evans. This is very interesting and your organization does wonderful work.

I'm wondering about the question of funding. You clearly do some things that one might expect the government wouldn't do — perhaps the Outward Bound Veterans program is an example — although you might argue that they should do everything they can do. It seems to me that you also fund programs that the government should do.

First, do you get money from the government, and, second, do you think government should be putting more money into this themselves, or is that somewhere you want to go?

Ms. Evans: Which programs? Do you have particular programs —

traumatique. Par mesures proactives, j'entends faire en sorte que les membres du personnel comprennent que plusieurs d'entre eux en seront atteints, qu'ils sachent reconnaître les signes avant-coureurs et le besoin d'intervenir avant l'apparition du trouble, et les aider à détecter les situations potentiellement risquées avant que le danger se présente.

Avez-vous travaillé sur des mesures proactives? En passant, j'ai visité votre site Internet et j'ai pu constater l'excellent travail que vous accomplissez. Vos efforts ont-ils surtout été consacrés à des mesures correctives visant à remettre les gens sur pied, plutôt qu'à des façons de prévenir le trouble à la source?

Mme Evans : Bon nombre des programmes communautaires que nous finançons sont proactifs, dans la mesure où on y enseigne aux proches et au personnel des centres de ressources pour les familles des militaires comment reconnaître les signes de la maladie mentale. Ils sont proactifs, en ce sens qu'ils indiquent comment détecter la maladie à un stade précoce et intervenir avant qu'elle ne s'aggrave trop. Nous finançons un certain nombre de programmes de ce genre.

Le gouvernement finance un programme d'entraînement à la résilience auquel tous les soldats assistent avant d'être déployés. Est-ce que ce programme prépare vraiment les militaires pour ce qu'ils vivront une fois rendus là-bas? C'est une autre question. Peut-on vraiment être préparé à vivre une telle expérience? Je l'ignore. Je pense au capitaine de l'équipe de soldats qui a pris part à une expédition au pôle Nord. Il a écrit une thèse de doctorat sur le sujet. D'après lui, l'entraînement physique offert aux soldats est excellent, mais nous pourrions en faire bien davantage pour mieux les préparer à ce qui les attend.

Le sénateur White : L'acquisition d'outils psychologiques.

Mme Evans : Oui. Le gouvernement fait certaines choses et offre des programmes, mais notre organisation n'a financé aucun de ces programmes de pré-déploiement.

Le sénateur White : Merci et, encore une fois, je vous félicite de votre travail.

Le sénateur Mitchell : Merci beaucoup, madame Evans. Ceci est très intéressant et votre organisation fait un travail formidable.

Je me pose des questions concernant le financement. Il est clair que certaines de vos initiatives ne seraient jamais mises sur pied par le gouvernement — le programme Outward Bound pour les anciens combattants est sans doute un exemple — bien que l'on pourrait faire valoir que le gouvernement devrait prendre tous les moyens possibles. Il me semble que vous financez également des programmes que le gouvernement devrait offrir.

J'aimerais d'abord savoir si vous recevez du financement de la part du gouvernement. J'aimerais également savoir si vous croyez que le gouvernement devrait investir davantage dans ces programmes. Souhaiteriez-vous qu'il le fasse?

Mme Evans : À quel programme faites-vous référence? Y a-t-il des programmes précis...

Senator Mitchell: I think you mentioned that you support psychiatry and psychological services.

Ms. Evans: Sorry, no, we wouldn't provide funding for those things. If a soldier or family member is seeing a psychologist or a psychiatrist, that's covered by OHIP. We wouldn't be funding those costs. We don't fund anything that's covered by the public health care system.

Senator Mitchell: Are there things that you're funding that you think should more appropriately be funded by Veterans Affairs or by the military?

Ms. Evans: That's a difficult question. And you asked whether we get any government funding, and the answer is no, we don't get any government funding.

It's a question that we've thought a lot about as an organization. If we go back to why we originally established True Patriot Love, it was to build the bridge between the civilian world and the military world. Many people have never met somebody in uniform. If you live in Toronto, like I do, you never see anybody in uniform in Toronto; it's so far removed from our everyday lives. Really, all people knew about soldiers in Afghanistan was what they read in the news.

We wanted to remind people of the sacrifices that not only the soldiers were making, but that their families were making, and also create the bridge. We felt that people have a duty to support them in some way. As part of that, we recognize that if government were doing everything, then you wouldn't be creating that connection between the military world and the civilian world, which we feel is very important.

The answer is that government can always do more. The government can look at all areas, whether it's health care in general, education, or what have you.

As an organization, we have chosen not to focus our time on lobbying government, which can sometimes be a very frustrating thing to do, and focus more on how we can help and how we can supplement what's already out there.

Senator Mitchell: That's great.

You mentioned stigma, and it's something that I think occurs in the RCMP as well. You said that many families, and certainly military personnel themselves, are afraid to go to the military or even to family resource centres and say they have a problem because of this stigma.

Is it a perception that there's a stigma, or are they in fact disadvantaged in that organization if they declare they have a problem? That would bring me to another point that, therefore,

Le sénateur Mitchell : J'ai cru comprendre que vous offrez des services de psychiatrie et de psychologie.

Mme Evans : Je suis désolée pour ce malentendu, nous ne finançons pas ces services. Si un soldat ou un membre de sa famille consulte un psychologue ou un psychiatre, ces services sont couverts par l'assurance-santé de l'Ontario. Nous ne prenons pas ces coûts en charge. Nous ne finançons pas ce qui est déjà couvert par le système public de soins de santé.

Le sénateur Mitchell : Y a-t-il des services que vous financez qui, selon vous, devraient être financés davantage par le ministère des Anciens Combattants ou par les Forces armées canadiennes?

Mme Evans : C'est une question difficile. Pour répondre à votre première question, nous ne recevons aucun financement de la part du gouvernement.

Notre organisation a beaucoup réfléchi à la question que vous venez de poser. Au départ, nous avons créé La patrie gravée sur le cœur pour créer un lien entre le monde civil et le monde militaire. Nous avons constaté que de nombreuses personnes n'avaient jamais rencontré de soldat en uniforme. Si, comme moi, vous vivez à Toronto, vous ne voyez jamais de soldats en uniforme dans la ville, cela ne fait absolument pas partie du quotidien. Tout ce que les gens savaient à propos des soldats en Afghanistan, ils l'avaient appris dans les nouvelles.

Nous voulions rappeler à la population en général que les soldats font des sacrifices, tout comme les membres de leurs familles, et, surtout, nous voulions établir un lien entre ces deux mondes. Nous avons l'impression que la population devait donner une forme de soutien aux soldats et à leurs familles. Ainsi, nous croyons que si le gouvernement faisait tout ce qu'il peut, nous n'aurions pas à créer ce lien entre le monde militaire ou le monde civil — ce lien est d'une importance primordiale à notre avis.

Je vous répondrais que le gouvernement peut toujours en faire plus. Le gouvernement pourrait consacrer plus de ressources dans tous les domaines, que ce soit les services de santé en général ou l'éducation, pour ne citer que ces deux-là.

Notre organisation a choisi de ne pas se concentrer sur le lobbyisme auprès du gouvernement. Cela peut être parfois très exaspérant, c'est pourquoi nous préférons mettre l'accent sur l'aide que nous pouvons offrir et sur ce que nous pouvons ajouter aux programmes existants.

Le sénateur Mitchell : C'est excellent.

Vous avez parlé de stigmatisation, et je crois que ce phénomène se produit aussi à la GRC. Vous avez dit que de nombreuses familles et même certains membres du personnel militaire sont craintifs à l'idée de se présenter dans les centres de ressources pour les militaires et pour les familles. En raison de la stigmatisation, ils ont peur de dire qu'ils ont un problème.

Est-ce seulement une perception ou y a-t-il vraiment une stigmatisation? Les personnes qui cherchent de l'aide sont-elles véritablement pénalisées par l'organisation? Cela m'amène à un

services outside that structure are, of course, of great worth, which is a point you're making, and maybe they need to be funded.

Ms. Evans: There's no doubt that there is still a lot of stigma around mental health, whether it's in the military or outside the military. It's amplified in the military, because there is an expectation that you're strong — it's part of your job and that's why you're doing what you're doing. Compare that to working at a bank and developing a mental illness, you haven't "failed at your job" would be the perception.

This is one of the barriers, and I don't know there is necessarily anything that can be done about this: If you're suffering from mental health issues and you access a service — for example, if a serving member accesses therapy through the military — the psychiatrist or doctor is obligated to let the military know if they think you're not fit to serve. So if you're coming at it from an individual's perspective, you might wonder if that is a subjective decision. You don't know. That might be a barrier. It is maybe "less stigma and more reality."

Similarly for military families, there is a sense that they pride themselves on being resilient because they are. So to say, "I'm having a really tough time," it's contrary to feeling like "I'm part of this and I'm supposed to be serving my country, and now I'm saying I can't handle it," or "It looks like I'm telling on my spouse." So, yes, I think the stigma is amplified there, which is why it's important to have resources outside the military.

Senator Frum: I will follow up on what Senator Mitchell was asking. I'm proud to have been involved in the first True Patriot Love gala in Toronto in 2009. I remember being approached to be involved and I asked the same question: Why is private money necessary? Shouldn't the government take responsibility for this? The answer given to me that convinced me and helped me go out to convince others to offer support is that the needs are great and that, while it requires government, private contributions are required as well because you can't possibly ever do enough for our men and women in the military. The more we can do, the better, which is how True Patriot Love helps.

I want to better understand. You already discussed this, but in terms of where you choose to spend your money or create programming, how much do you cooperate and coordinate with

autre point : les services offerts ailleurs qu'au sein de la structure gouvernementale sont d'une grande qualité, comme vous l'avez déjà dit, et peut-être qu'ils devraient être financés par le gouvernement.

Mme Evans : La stigmatisation en ce qui concerne la santé mentale est encore très grande, il n'y a aucun doute là-dessus, tant au sein des Forces armées que dans la société en général. Le phénomène est amplifié au sein du monde militaire parce qu'on s'attend à ce que les membres du personnel soient forts — cela fait partie de leur travail, et c'est souvent la raison pour laquelle ils ont choisi cet emploi. À titre de comparaison, si vous travaillez dans une banque et que vous êtes atteint d'une maladie mentale, les gens n'auront pas l'impression que vous avez failli à votre devoir.

Je ne sais pas si l'on peut véritablement changer les choses, mais c'est l'un des obstacles auxquels le personnel militaire se heurte. En effet, si un militaire souffre de problèmes de santé mentale et qu'il a recours aux services d'aide qui sont à sa disposition — par exemple, si un militaire actif suit une thérapie offerte par les Forces armées —, le psychiatre ou le docteur doit informer l'organisation s'il est d'avis que son patient n'est pas apte à servir. La personne peut alors se demander si cette décision est subjective. Il n'y a pas moyen de le savoir, et cela peut être un obstacle. Il faut tenter d'éliminer la stigmatisation et se concentrer sur les faits.

De plus, les familles de militaires cherchent à faire preuve de la résilience qui est attendue de leur part. Ainsi, le fait de dire : « Je vis des moments très difficiles » va à l'encontre du sentiment qu'elles croient devoir ressentir. Les membres des familles ont alors des pensées comme : « Je fais aussi partie de cette organisation, je dois servir mon pays, mais je ne sais pas comment gérer tout cela », ou « On va dire que je dénonce mon partenaire ». Je crois donc que oui, la stigmatisation est amplifiée dans le monde militaire, et c'est pourquoi il est important selon moi d'offrir des ressources à l'extérieur des forces armées.

La sénatrice Frum : J'aimerais revenir sur ce que le sénateur Mitchell a demandé. Je suis fière d'avoir participé au premier gala de la fondation La patrie gravée sur le cœur, qui a eu lieu à Toronto en 2009. Je me rappelle que, lorsqu'on m'a demandé d'y participer, j'ai posé la même question : pourquoi cherche-t-on du financement auprès du secteur privé? N'est-ce pas au gouvernement de s'occuper de cette question? On m'a donné une réponse qui m'a convaincue et qui m'a aidée à convaincre d'autres personnes de soutenir cette cause : les besoins sont grands, et bien que l'aide gouvernementale soit nécessaire, les contributions du secteur privé sont aussi importantes. Nous n'en ferons jamais assez pour les hommes et les femmes des forces armées. Plus nous les aiderons, mieux ils se porteront : voilà la mission de La patrie gravée sur le cœur.

J'aimerais mieux comprendre certains éléments dont vous avez déjà parlé. Lorsque vous choisissez de verser des fonds à un service en particulier, ou lorsque vous décidez de créer un

the Armed Forces, DND and Veterans Affairs Canada? How much of that is done in concert with coordination, and how much is done as your organization sees fit?

Ms. Evans: We work very closely with the Department of National Defence. We want to make sure that we aren't funding the things they fund, especially when we get applications from Military Family Resource Centres. They may apply for things that they should be getting funding for from government, and they just don't know that. So before we fund anything for a Military Family Resource Centre, we coordinate with the Department of National Defence so they see that.

In terms of the funding we do for mental health programs, we work really closely with Health Services. We actually run by the Chief Military Psychiatrist all of the programs we fund, who is obviously more of an expert in this area than we are. They can say, "You know what, I know this organization; this is a good one."

For example, we've just gone through a recent round where we got an application from an MFRC that will be looking at two different programs to fund counselling for families. He would say, "I would pick this one for this reason." He said to us that for a program that offers couples counselling once a week versus just a one-time full weekend, the once-a-week thing is more effective and a better way to go.

We work really closely with the Department of National Defence. About a year ago, we set up an official memorandum of understanding with them in terms of how we would work that relationship to make sure that we were funneling all of the information through the right people and that the right people were seeing it.

The Chair: The military would be inclined to have the same program at all of the Military Family Resource Centres across the country. In the applications that come to you from individual resource centres, would you consider funding just one stand-alone entity because of the resources they have there and, maybe, the particular challenges?

Ms. Evans: It's interesting. This has been a topic of debate for quite some time between the Military Family Resource Centres and DND in terms of the services offered at the different MFRCs across the country.

programme, dans quelle mesure consultez-vous les Forces armées canadiennes, le ministère de la Défense nationale et Anciens Combattants Canada? Dans quelle mesure vos initiatives sont-elles faites de façon concertée, et quelle proportion de ces initiatives est réalisée de façon à satisfaire votre organisation?

Mme Evans : Nous travaillons en étroite collaboration avec le ministère de la Défense nationale. Nous voulons nous assurer que nous ne finançons pas des services qu'il finance déjà, surtout lorsque nous recevons des demandes présentées par les Centres de ressources pour les familles des militaires. Il arrive que ces centres présentent des demandes pour des services qui devraient être financés par le gouvernement, mais ils ne le savent pas. Par conséquent, avant de verser des fonds à un Centre de ressources pour les familles des militaires pour quelque raison que ce soit, nous communiquons avec le ministère de la Défense nationale afin qu'il puisse étudier la demande.

Pour ce qui est du financement des programmes de santé mentale, nous travaillons en étroite collaboration avec les Services de santé. Nous discutons de tous les programmes que nous finançons avec le psychiatre militaire en chef, puisque celui-ci est un véritable expert du domaine. Il peut faire des recommandations comme : « C'est une bonne organisation, je la connais. »

Par exemple, nous avons examiné dernièrement une demande d'un Centre de ressources pour les familles des militaires qui portait sur deux programmes différents de financement de services de counseling pour les familles. Le psychiatre militaire en chef nous a aidés grâce à des commentaires comme : « Je choisirais cette organisation pour la raison suivante ». Il nous a expliqué qu'un programme qui comporte des séances de thérapie de couple hebdomadaires est plus efficace qu'un programme de thérapie qui dure seulement une fin de semaine, et que nous devrions favoriser les séances hebdomadaires.

Nous entretenons des liens très étroits avec le ministère de la Défense nationale. Il y a environ un an, nous avons conclu un protocole d'entente officiel avec ce ministère. Cela nous a permis d'établir une marche à suivre afin de nous assurer que tous les renseignements sont transmis aux bonnes personnes et que ces personnes en prennent connaissance.

Le président : Les Forces armées seraient prêtes à adopter le même programme dans tous les Centres de ressources pour les familles des militaires du pays. Parmi les demandes qui vous sont envoyées par les centres de ressources à titre individuel, envisageriez-vous de financer une seule entité indépendante en raison des ressources dont elle dispose, et, peut-être, de défis propres à cet endroit?

Mme Evans : C'est une question intéressante, qui fait l'objet de débats depuis un certain temps entre les Centres de ressources pour les familles des militaires et le ministère de la Défense nationale. En effet, des discussions au sujet des services offerts par les différents centres du pays sont en cours.

DND gives the Military Family Resource Centres money to fund basic services, which they are mandated to fund, but each of the MFRCs has charitable status and its own board of directors. They are responsible for fundraising to fund programs in addition to what's funded by government.

There are a couple of challenges there. You can imagine that for some MFRCs, just because of where they're located or maybe because of the executive director or because the board members are better at fundraising than others, it creates tremendous disparity between the different Military Family Resource Centres in terms of the programs that are offered. That can be very difficult for families when they move from base to base because they don't know what to expect. They can go from a base where there were a lot of great programs to support their children or family counselling to a base that has very little of that.

There has been some discussion with the MFRCs, through the Department of National Defence, about trying to centralize them a bit more so that when a family moves from base to base, the experience and supports they get are the same.

The argument against doing that is that the needs also vary by community, so you don't want to take away an MFRC's ability to offer programs that might be specific to that community. In some cases, it might be supports. If it's an MFRC in Quebec and you need funding for second-language training, that might be something specific. When you take some of the more remote MFRCs, they will have different issues than, say, the Ottawa MFRC.

It's really been a challenge to figure out the right way to go with this. What we would like to see and are hoping to influence is that — I think I mentioned to you earlier, Senator Day — we have a great partnership with the Canadian Institute for Military and Veteran Health Research, and we're about to announce a substantial amount of funding to them. As part of that partnership, we would like them to do some evaluation of the programs that we're funding through the MFRCs, and that in turn will help us to decide the eligibility criteria for funding so that we can start instituting best practices across the country by virtue of what we fund. That's our way of addressing it.

Le ministère de la Défense nationale verse aux Centres de ressources pour les familles des militaires les fonds nécessaires pour financer les services de base qu'ils doivent offrir selon leur mandat. Cependant, chacun des centres a le statut d'organisme de bienfaisance et possède son propre conseil d'administration. Les centres doivent amasser des fonds pour financer les programmes; ces fonds s'ajoutent à ceux qui sont versés par le gouvernement.

Cela comporte quelques défis. Comme vous pouvez l'imaginer, il peut y avoir des écarts importants entre les programmes offerts dans les différents Centres de ressources pour les familles des militaires, que ce soit en raison de leur situation géographique, de leur directeur général, ou parce que les membres du conseil d'administration sont meilleurs que d'autres pour récolter des fonds. Ces écarts peuvent être très difficiles pour les familles qui déménagent d'une base militaire à une autre : elles ne savent pas à quoi s'attendre. Elles peuvent vivre sur une base militaire où il y a de nombreux excellents programmes pour aider leurs enfants ou des services de counseling familial, et ensuite se retrouver sur une base militaire où l'offre n'est pas aussi grande.

Les Centres de ressources pour les familles des militaires, par l'intermédiaire du ministère de la Défense nationale, ont discuté de la possibilité de centraliser un peu plus leurs services, de façon à ce que les familles qui déménagent d'une base militaire à une autre puissent bénéficier d'une expérience et d'un soutien similaires.

La centralisation n'aurait pas que des avantages cependant, puisque les besoins varient d'une collectivité à l'autre. Nous ne voulons pas enlever à un centre la capacité d'offrir des programmes qui sont propres à sa collectivité. Dans certains cas, il peut s'agir également de mesures de soutien. Par exemple, un Centre de ressources pour les familles des militaires qui se trouve au Québec aura besoin de fonds pour offrir de la formation en langue seconde, il s'agit d'un programme propre à une région donnée. Les Centres de ressources pour les familles des militaires qui se trouvent en région éloignée n'auront pas les mêmes préoccupations qu'un centre qui se trouve à Ottawa.

C'est un véritable casse-tête, il est difficile de trouver la bonne façon de procéder à une forme de centralisation. Comme je crois l'avoir dit plus tôt au sénateur Day, nous avons établi avec l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans un partenariat qui nous tient à cœur, et nous espérons que ce partenariat aura une influence sur le processus en cours. Nous verserons bientôt à cette organisation un montant important afin de contribuer au financement de celle-ci. Dans le cadre de ce partenariat, nous aimerions évaluer les programmes que nous finançons par l'intermédiaire des Centres de ressources pour les familles des militaires. Cela nous permettra d'établir des critères d'admissibilité pour les organisations qui demandent du financement : grâce à ces critères, nous adopterons, à l'échelle du pays, des pratiques exemplaires liées aux programmes que nous finançons. Voilà comment nous comptons contribuer au règlement de cette question.

The Chair: I'm glad to hear that the work with respect to the military and military families is being looked at and assessed. I hear from the Minister of Veterans Affairs, as well as the Ombudsman for Veterans Affairs, in particular, about the tremendous number of programs starting up in different places. The institute that you just made reference to, based at Queen's University, has 32 different institutions across Canada as part of it now, which is an indication of how this is exploding. I guess that, as a Senate committee, we have to find our role in all of this. I'm sure you're doing the same because you must be getting more and more applications from different entities asking for funding as you become better known.

Ms. Evans: We are. One of the challenges that we have right now is that certain programs wouldn't exist if they didn't have funding from us. Our goal is to increase what we're raising because, when I look at next year, the funding is all spoken for. If we pull funding from the veterans program for Outward Bound, that program wouldn't exist. The Veterans Transition Network won't be able to expand. Military Family Resource Centres will have to cut programs we've been funding. The need is much bigger than we're able to fund at the moment.

The Chair: Could you tell us about this report that you said you're about to submit to the minister? I'm assuming it's the Minister of National Defence or the Minister of Veterans Affairs.

Ms. Evans: Veterans Affairs.

The Chair: You talked about, in your terminology, "systemic inhibitors" to recovery.

Ms. Evans: When Minister Blaney was the Minister for Veterans Affairs, he asked us to assemble what we called the Veterans Transition Advisory Council that was made up of representatives of corporate Canada and charities like ours and also had representation from DND. Our mandate was to look at the systemic barriers that prevented the transition from military to civilian employment.

We released a draft report about a year ago. At that time, Minister Fantino became the Minister for Veterans Affairs. He asked us to take our initial recommendation and develop recommendations on how to operationalize that, and that's the report that we're about to present to him.

One of the pieces that it deals with is employment supports for the ill and the injured, and there is a program. Actually, this would be a great program for this subcommittee to look at. It's a program that's based in Edmonton called Prospect, and they have

Le président : Je suis content d'apprendre que le travail effectué auprès des militaires et de leurs familles fait l'objet d'une évaluation. Le ministre des Anciens Combattants et l'ombudsman des vétérans en particulier m'ont fait part d'un très grand nombre de programmes qui ont été lancés à différents endroits. L'institut que vous venez de mentionner, qui a son siège à l'Université Queen's, regroupe maintenant 32 institutions partout au Canada, ce qui montre bien à quel point cette cause prend de l'ampleur. En tant que comité du Sénat, je présume que nous devons trouver quel rôle nous aurons à jouer. Je suis certain que vous êtes dans la même situation, puisque vous recevez probablement de plus en plus de demandes de différents groupes qui souhaitent obtenir du financement, puisque votre organisation est de plus en plus connue.

Mme Evans : C'est là où nous en sommes, en effet. L'un des problèmes que nous devons régler à l'heure actuelle est le suivant : certains programmes ne pourraient pas exister sans le financement que nous leur offrons. Notre objectif consiste à amasser plus de fonds, parce que les fonds pour l'année à venir ont déjà été attribués. Si nous ne finançons plus le programme Outward Bound pour les anciens combattants, celui-ci n'existera plus. Le Programme de transition des vétérans ne pourra pas se développer. Les Centres de ressources pour les familles des militaires devront éliminer les programmes que nous finançons. Pour le moment, les besoins dépassent de loin nos capacités de financement.

Le président : Pourriez-vous nous en dire davantage au sujet du rapport que, d'après ce que vous avez dit, vous comptez présenter au ministre? Je présume que vous faisiez référence au ministre de la Défense nationale ou au ministre des Anciens Combattants.

Mme Evans : Il est bien question du ministre des Anciens Combattants.

Le président : Vous avez parlé d'obstacles systémiques pouvant nuire au retour à la vie civile.

Mme Evans : Lorsque le ministre Blaney était à la tête du ministère des Anciens Combattants, il nous a demandé de mettre sur pied un Conseil sur la transition des vétérans, qui regroupait des représentants d'entreprises canadiennes et d'organismes de bienfaisance comme le nôtre, ainsi que des représentants du ministère de la Défense nationale. Notre mandat consistait à examiner les obstacles auxquels les anciens combattants font face durant leur transition vers un emploi civil.

Nous avons publié la version provisoire de notre rapport il y a un an. À l'époque, le ministre Fantino est devenu ministre des Anciens Combattants. Il nous a demandé de formuler des recommandations sur les moyens concrets à prendre, à partir de notre recommandation initiale. Ces recommandations sont contenues dans le rapport que nous nous apprêtons à lui présenter.

Nos recommandations traitent entre autres de la question de l'aide à fournir aux malades et aux blessés en matière d'emploi, et il existe un programme dans ce domaine. C'est même un programme sur lequel votre sous-comité devrait certainement se

been working with the JPSU in Edmonton. This is the unit on the base that houses soldiers who aren't deemed fit to be working in the military. They may end up going back into the military after they have had counselling and different sorts of things, or they may end up transitioning to a job elsewhere. They are still receiving a paycheque from DND. The goal is to try to figure out with them what their plan is.

Prospect has been working really closely with the ill and injured population out of there and has had an employment placement rate of 85 per cent. It has been an outstanding program. We've actually just told them that we will provide them with funding to continue the program in Edmonton. Originally they had received funding from DND, but that's up now. We're going to work with them on taking that program across the country.

The Chair: Excellent. We will look into more of that.

Ms. Evans: I'm happy to give you the contact information for the executive director there.

The Chair: If that report becomes public — it may just be for the minister, initially — we'd certainly like to be on your distribution list.

Ms. Evans: Definitely. I think it will be public, yes.

Senator Stewart Olsen: I don't mean to put you on the spot, but if you had to prioritize your suggestions for community supports, what would be your top priority that we should be looking at?

Ms. Evans: Specifically related to mental health?

Senator Stewart Olsen: Yes.

Ms. Evans: If I think of the programs that have been successful by our standards, the peer-to-peer based support programs have been tremendous. We put a lot of our money into those programs. We've seen some really great results coming out of those.

I don't know if this is part of this subcommittee's mandate or not, but the other piece is the family and the recognition that PTSD affects the whole family and what we are doing to support the family. Right now government really isn't in that space in terms of funding it, so I think it's to figure out who should be and what needs to be done there.

Senator Stewart Olsen: Thank you very much.

Senator Mitchell: Do you come across military personnel who have PTSD and haven't been in combat, who get it from the job situation, from the military structure, or is it always combat?

pencher. Il se nomme Prospect et est offert à Edmonton, à l'Unité interarmées de soutien du personnel, où sont regroupés les soldats jugés inaptes à travailler dans les forces armées. Certains finissent par reprendre leur métier de militaire, après avoir reçu du soutien psychologique et d'autres formes d'aide. D'autres font la transition et se trouvent un emploi ailleurs. Ils reçoivent quand même un chèque de paye du ministère de la Défense nationale. On cherche à les aider à se faire un plan pour l'avenir.

Le programme Prospect est mis en œuvre là-bas en étroite collaboration avec la population des militaires malades ou blessés, et le taux de placement sur le marché du travail est de 85 p. 100. C'est un programme remarquable. Nous venons tout juste de dire aux responsables que nous leur fournirons de l'argent pour maintenir leur programme à Edmonton. À l'origine, ils étaient financés par le ministère de la Défense nationale, mais ce financement est maintenant terminé. Nous avons l'intention de collaborer avec eux pour étendre ce programme à l'ensemble du pays.

Le président : Excellent. Nous prendrons le temps de nous intéresser davantage à ce programme.

Mme Evans : Je vous fournis avec joie les coordonnées du directeur du programme là-bas.

Le président : Lorsque ce rapport sera publié, après avoir été au départ réservé au ministre, nous serions certainement heureux d'être dans votre liste de diffusion.

Mme Evans : Je pense qu'il sera effectivement publié.

La sénatrice Stewart Olsen : Je ne voudrais pas vous prendre au dépourvu, mais si vous aviez à choisir une priorité parmi vos suggestions concernant l'aide à fournir en milieu civil, quelle serait-elle?

Mme Evans : Dans le domaine de la santé mentale?

La sénatrice Stewart Olsen : Oui.

Mme Evans : Parmi les programmes qui se sont montrés efficaces selon nos normes se trouvent les programmes d'aide entre pairs, dont les résultats sont formidables. Nous consacrons beaucoup d'argent à ces programmes et nous constatons qu'ils donnent d'excellents résultats.

Je ne sais pas si la question des familles qui sont touchées par le trouble de stress post-traumatique et de ce que nous faisons pour les aider fait partie du mandat de votre sous-comité, mais c'est une question qui mérite notre attention. Actuellement, le financement que le gouvernement accorde est insuffisant pour tenir compte de cette réalité, alors je pense qu'il faudrait déterminer ce qui doit être fait à cet égard et à qui devrait être destinées les éventuelles sommes d'argent.

La sénatrice Stewart Olsen : Merci beaucoup.

Le sénateur Mitchell : Vous arrive-t-il de rencontrer des militaires qui souffrent du trouble de stress post-traumatique sans avoir été au combat? Peut-on souffrir de ce trouble en raison

Ms. Evans: No, it's not always. I'm thinking of somebody who we've come into contact with, and his role in the military was repatriation. He wasn't over in Afghanistan but he saw all the bodies coming back. It wasn't from combat directly.

What we see is secondary PTSD in spouses, where they are living with somebody who has served who may be violent, is having terrible nightmares that are violent and who is just different. We see secondary PTSD, and that's in children as well.

The Chair: Is there any work going on comparing what has been done for other first responders, such as firemen, policemen and other people involved in trauma situations? Maybe they have not been injured themselves but have seen terrible things and are suffering from post-traumatic stress as a result? Have you acquired any knowledge base that might have been developed there? I'm thinking of hospitals and emergency room tertiary care in the hospitals. That must be another situation where they have to learn to live with some pretty horrific things. Could we use that knowledge to help with respect to the military?

Ms. Evans: I'm sure there probably is. We haven't been involved in terms of funding any research or anything around that as far as I know. We do give money directly to CIMVHR and perhaps they have funded work in that area. I would imagine that Health Services at DND is probably tied into that bigger community, but we're not specifically doing anything in that area.

The Chair: Thank you.

Seeing no other senators who are able to stay any longer since the Senate chamber will be sitting shortly, on behalf of the Subcommittee on Veterans Affairs, part of our National Defence and Security Committee here in the Senate, we thank you very much, Ms. Evans, and we thank, through you, all those who work and volunteer for True Patriot Love and donate to True Patriot Love. You're doing some wonderful work for soldiers, veterans and families, and we thank you very much for that.

Ms. Evans: It's my pleasure.
(The committee adjourned.)

de la nature du travail à accomplir ou de la structure militaire, ou est-ce toujours un problème qui résulte de la participation aux combats?

Mme Evans : Non, ce n'est pas toujours le cas. J'ai à l'esprit le cas d'un militaire qui s'occupait du rapatriement. Il n'était pas en Afghanistan, mais il voyait les corps qui revenaient au pays. Il n'avait pas été affecté directement par les combats.

Nous voyons aussi des conjointes qui sont des victimes secondaires du trouble de stress post-traumatique. Elles vivent avec un militaire qui a été déployé, qui est violent, qui fait de terribles cauchemars avec de la violence et qui n'est tout simplement plus le même. Des enfants peuvent également être des victimes secondaires du trouble de stress post-traumatique.

Le président : A-t-on fait des comparaisons avec ce qui se fait pour les premiers intervenants qui sont également victimes de ce trouble, comme les pompiers, les policiers et les autres personnes exposées à des situations traumatisantes? Il peut arriver qu'ils souffrent du trouble de stress post-traumatique non pas parce qu'ils ont été blessés eux-mêmes, mais parce qu'ils ont été témoins de souffrances terribles. Avez-vous obtenu des données qui ont été recueillies sur ces cas? Je pense aux hôpitaux et aux soins tertiaires fournis par les urgences dans les hôpitaux. Les intervenants ayant vécu de telles situations sont obligés d'apprendre à vivre avec le souvenir qu'ils en gardent. Les connaissances acquises dans ces autres milieux pourraient-elles être applicables aux militaires?

Mme Evans : Je suis certaine que des données existent. À ce que je sache, nous n'avons financé aucune recherche. Toutefois, nous versons de l'argent directement à l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, qui a peut-être financé des études dans ce domaine. J'imagine que les Services de santé du ministère de la Défense nationale ont des liens avec les autres acteurs de ce milieu, mais, pour notre part, nous n'avons pas exploré ce qui se fait ailleurs.

Le président : Merci.

Comme le Sénat commence à siéger sous peu, aucun autre sénateur n'est en mesure de rester plus longtemps. Par conséquent, au nom du sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense nous vous remercions beaucoup, madame Evans, et nous remercions du fait même le personnel, les bénévoles et les donateurs de True Patriot Love. Vous accomplissez un travail formidable pour les soldats, les anciens combattants et leurs familles. Nous vous en remercions énormément.

Mme Evans : Tout le plaisir est pour moi.
(La séance est levée.)

WITNESSES

Wednesday, October 1, 2014

Frontenac Community Mental Health and Addiction:

Victoria Huehn, Executive Director.

Wednesday, October 8, 2014

True Patriot Love:

Bronwen Evans, Managing Director.

TÉMOINS

Le mercredi 1^{er} octobre 2014

Services communautaires de santé mentale et de dépendances de Frontenac :

Victoria Huehn, directrice exécutive.

Le mercredi 8 octobre 2014

La patrie gravée sur le cœur :

Bronwen Evans, directrice générale.