

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, March 22, 2023

The Subcommittee on Veterans Affairs met with videoconference this day at 12:02 p.m. [ET] to examine and report on issues relating to Veterans Affairs, including services and benefits provided, commemorative activities, and the continuing implementation of the Veteran's Well-being Act.

Senator David Richards (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, welcome to this meeting of the Subcommittee on Veterans Affairs. I am David Richards, senator from New Brunswick, chair of the subcommittee. I'm joined today by my fellow subcommittee members, Senator Boisvenu, deputy chair from Quebec; and Senator Yussuff from Ontario. We're also joined by Senator Patterson from Ontario, and we expect Senator Deacon from Ontario.

Today, we continue our study into emerging treatments for veterans suffering from occupational stress injuries. We have the pleasure of welcoming, from the Canadian Psychiatric Association, Dr. J. Don Richardson, Co-Chair, Section on Military and Veterans. Thank you for joining us today. We will begin by inviting you to provide your opening remarks, to be followed by questions from our members.

Before asking and answering questions, I would like to ask the participants in the room to please refrain from leaning in too close to the microphone or to remove your earpiece when doing so. This will avoid any sound feedback that could negatively impact the committee staff in the room.

Dr. Richardson, when you're ready, the floor is yours.

Dr. J. Don Richardson, Co-Chair, Section on Military and Veterans, Canadian Psychiatric Association: Thank you. I'm pleased to appear before this group in Ottawa, and to start off on unceded Algonquin Anishinaabe territory.

My name is Dr. Richardson and I'm here to testify on behalf of the Canadian Psychiatric Association as chair of the military and veterans section, specifically on emerging treatments on operational stress injuries for veterans.

I have multiple roles, just to clarify. I am also the consultant psychiatrist and medical director of St. Joseph's Operational Stress Injury Clinic in London, and the scientific director of the

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 22 mars 2023

Le Sous-comité des anciens combattants se réunit aujourd'hui à 12 h 2 (HE), avec vidéoconférence, pour examiner, pour en faire rapport, les questions relatives aux Anciens Combattants, y compris les services et les prestations dispensés, les activités commémoratives, et la poursuite de la mise en œuvre de la Loi sur le bien-être des vétérans.

Le sénateur David Richards (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, soyez les bienvenus à cette réunion du Sous-comité des anciens combattants. Je suis le sénateur David Richards, du Nouveau-Brunswick, président du comité. Je suis accompagné du sénateur Boisvenu, du Québec, vice-président du comité, et du sénateur Yussuff, de l'Ontario. Nous sommes également accompagnés de la sénatrice Patterson, de l'Ontario, et nous attendons l'arrivée de la sénatrice Deacon, de l'Ontario.

Aujourd'hui, nous poursuivons l'étude des traitements émergents pour les anciens combattants souffrant de traumatismes liés au stress professionnel. Nous avons le plaisir d'accueillir un membre de l'Association des psychiatres du Canada, le Dr J. Don Richardson, coprésident, Section des militaires et des vétérans. Merci d'être venu. Nous vous invitons d'abord à faire une déclaration liminaire, après quoi nos membres vous questionneront.

Mais avant, je demande aux participants sur place de bien vouloir éviter, en se penchant, d'approcher trop près de leur microphone ou de retirer leurs écouteurs. Cela évitera un retour de son dont les effets pourraient être nuisibles à notre personnel sur place.

Docteur Richardson, vous avez la parole, dès que vous êtes prêt.

Dr J. Don Richardson, coprésident, Section des militaires et des vétérans, Association des psychiatres du Canada : Merci. Je suis heureux de comparaître devant votre groupe, ici, à Ottawa, sur le territoire non cédé des Algonquins anishinabes.

Je suis le Dr Richardson et je suis venu témoigner au nom de l'Association des psychiatres du Canada, en ma qualité de président de la Section des militaires et des vétérans de cette association, particulièrement sur les traitements émergents des traumatismes liés au stress opérationnel pour les anciens combattants.

Dans un simple souci de clarté, je précise que je porte plusieurs casquettes. Je suis également psychiatre consultant et directeur médical de la clinique des traumatismes liés au stress

MacDonald Franklin OSI Research Centre, which is also in London. I also serve as a medical advisor to Atlas Institute for Veterans and Families here in Ottawa.

I was told I had seven minutes, so if I go over seven minutes, please interrupt me. I will try to keep it as short as possible, especially since it might be more fruitful to have a conversation.

Prior to focusing on emerging treatments for operational stress injuries, or OSIs, it is important to look at the definition. Because often when we think of OSIs, the first thing that comes to many people's minds is PTSD. However, major depressive disorder is as common as PTSD, and OSIs also include other psychiatric conditions. Therefore, when we look at emerging treatments, we need to take a broad view on other treatments or emerging treatments for other conditions, specifically major depressive disorder, substance use disorder and other psychiatric conditions that impact veterans' overall functioning.

It is also important to acknowledge that many veterans continue to struggle with accessing first-line, evidence-based care, including pharmacotherapy — or medication treatments — and psychotherapy. And dropouts — veterans who start treatment and end prematurely — continue to be an issue.

This might have already been reviewed, but a lot of research has shown that military-related or combat-related PTSD does not respond as well to treatments, including medication treatments or psychotherapy, when compared to civilian-related PTSD.

Many reasons have been hypothesized why this is. We do know that the military population is predominantly male, and that there might be a difference between response to treatment when comparing women to men. In the military population with specifically PTSD, it frequently occurs with other mental health conditions, what we call comorbidity — so PTSD plus something else — especially major depressive disorder and substance use disorder. PTSD in the military context tends to be more severe and tends to be related to repeated traumatic events.

I assume you have already heard about other emerging treatments specifically for PTSD and major depressive disorder. I will review a little bit about esketamine and ketamine, which you might have heard of; repeated transcranial magnetic stimulation, or rTMS; and then, of course, psychedelic-facilitated psychotherapy, which gets a lot of media attention.

opérationnel de l'hôpital St. Joseph, à London, et directeur scientifique du centre MacDonald Franklin de recherche sur les traumatismes liés au stress opérationnel, également à London. Je suis en outre conseiller médical de l'Institut Atlas pour les vétérans et leurs familles, ici, à Ottawa.

On m'a dit que je disposais de sept minutes. Alors, si j'en prends davantage, veuillez m'interrompre. Je vise à être le plus bref possible, sachant particulièrement qu'une discussion pourrait être plus fructueuse qu'un monologue.

Avant de me focaliser sur les traitements émergents des traumatismes liés au stress opérationnel, je tiens à régler une question de définitions. Beaucoup de gens, souvent, assimilent d'abord ces traumatismes au syndrome de stress post-traumatique. Cependant, le trouble dépressif majeur est aussi répandu que ce syndrome, et les traumatismes liés au stress opérationnel englobent également d'autres manifestations psychiatriques. En conséquence, quand nous envisageons les traitements émergents, nous devons également prendre en considération d'autres traitements, y compris émergents pour d'autres états, particulièrement le trouble dépressif majeur, la toxicomanie et d'autres états psychiatriques qui se répercutent sur le fonctionnement global du vétéran.

Il importe également de reconnaître que de nombreux anciens combattants continuent d'éprouver des difficultés à accéder à des soins de première ligne fondés sur des données probantes, y compris à la pharmacothérapie — ou aux traitements pharmacologiques — et à la psychothérapie. Et les patients décrocheurs — qui mettent fin prématurément à un traitement — continuent de poser des problèmes.

Il se pourrait que cette question ait déjà été examinée, mais beaucoup de travaux de recherche ont révélé que le syndrome de stress post-traumatique lié au service militaire ou au combat ne répond pas aussi bien aux traitements, y compris pharmacologiques, ou à la psychothérapie que ses formes observées chez les civils.

On a formulé beaucoup d'hypothèses pour l'expliquer. La population militaire est majoritairement masculine. Or, la réaction au traitement pourrait différer entre les femmes et les hommes. Le syndrome, dans la population militaire particulièrement, pourrait souvent se manifester en comorbidité avec d'autres pathologies mentales — donc le syndrome plus autre chose — notamment le trouble dépressif majeur et la toxicomanie. Le syndrome, en contexte militaire, a tendance à être plus grave et à être relié à des événements traumatisants répétés.

Je suppose que vous avez déjà entendu parler d'autres traitements émergents de ce syndrome en particulier et du trouble dépressif majeur. J'aborderai rapidement l'esketamine et la kétamine, dont vous avez peut-être déjà entendu parler; la stimulation magnétique transcrânienne répétitive; et, bien sûr, la très médiatisée psychothérapie assistée par les psychédéliques.

First, the use of esketamine through nasal spray and the off-label use of ketamine infusion is currently indicated for treatment-resistant depression. It has also been demonstrated to assist with suicidal ideation that occurs frequently in veterans with PTSD and major depressive disorder. There is also emerging evidence on combining ketamine with psychotherapy to assist with PTSD.

Across Canada, veterans still face significant challenges when trying to access this type of treatment, especially if they live outside of major urban centres where these treatments are often located.

There have been some trials for at-home oral ketamine treatment, which has been shown to be not as effective as infusions or intranasal ketamine. However, it might allow for more access for individuals who do not live within major urban centres.

Repeated transcranial stimulation, or rTMS for short, is also indicated for treatment-resistant depression. There is some emerging evidence on its benefits, specifically for PTSD.

What the research also needs to look at is: Does it help PTSD without also helping major depressive disorder? Individuals who are receiving rTMS often have co-morbid — or the primary condition they are focusing on is depression.

There has been some evidence for bilateral sequential theta burst stimulation. I'm not an expert in that, but in that area, it's predominantly if there is a way to provide rTMS more frequently in order to have a quicker response but also make it easier for veterans to access treatment. Rather than having treatments over an entire month, they might be able to have treatments within one week or two weeks.

Most of the efficacy and safety tend to be unfortunately in smaller samples, and most of them are really focused on treatment-resistant depression with co-morbid PTSD.

Psychedelic-assisted psychotherapy, and here, psilocybin, MDMA or ketamine, shows promise in assisting those with treatment-resistant PTSD and major depressive disorder. Unfortunately, the study sample sizes are small, short follow-up, and the long-term benefits and potential risk are not well established.

There are also many questions about whether this type of treatment is scalable, meaning is it scalable to the sense across Canada and for veterans that might be living in more remote

D'abord, l'eskétamine en spray nasal et la kétamine en infusion, hors indication, servent actuellement à traiter la dépression réfractaire au traitement. Elles ont également démontré leur efficacité contre les idées de suicide, fréquentes chez les vétérans ayant le syndrome de stress post-traumatique et le trouble dépressif majeur. On commence également à rassembler des données sur l'efficacité, contre le syndrome, de la combinaison de la kétamine et de la psychothérapie.

Partout au Canada, des vétérans doivent franchir un parcours du combattant pour accéder à ce type de traitement, particulièrement s'ils vivent à l'extérieur de grands centres urbains, où ces traitements sont souvent donnés.

On a expérimenté le traitement oral à la kétamine à domicile, qui ne s'est pas révélé aussi efficace que les infusions ou la kétamine intranasale. Cependant, ces traitements pourraient être plus accessibles aux patients de l'extérieur des grands centres urbains.

La stimulation transcrânienne répétitive est également indiquée contre la dépression réfractaire au traitement. On commence à en constater les bienfaits, particulièrement contre le syndrome.

La recherche doit également se demander si elle possède une certaine efficacité contre le syndrome, sans également en avoir contre le trouble dépressif majeur. Les patients traités par stimulation magnétique transcrânienne souffrent souvent d'une comorbidité — la dépression, principalement — sur laquelle ils se focalisent.

On commence également à mieux connaître les effets de la stimulation séquentielle bilatérale en bouffées thêta. Je n'en suis pas un spécialiste, mais, dans ce domaine, il s'agit surtout de trouver une façon d'employer plus souvent la stimulation magnétique transcrânienne répétitive pour obtenir une réponse plus rapide, mais également pour faciliter l'accès des vétérans au traitement. Plutôt que d'être étalés sur tout un mois, les traitements pourraient durer moins d'une semaine ou deux.

La plus grande partie de l'efficacité et de la sûreté a tendance, malheureusement, à se trouver dans de petits échantillons, et la plupart sont vraiment focalisés sur la dépression réfractaire au traitement, avec le syndrome de stress post-traumatique en comorbidité.

La psychothérapie assistée par les psychédéliques, en l'occurrence la psilocybine, la MDMA ou la kétamine, est prometteuse contre le syndrome et le trouble dépressif majeur. Malheureusement, les échantillons ayant servi aux études sont petits, le suivi est court, et les bienfaits ainsi que les risques potentiels à long terme restent mal connus.

On se pose également de nombreuses questions sur la possibilité d'extrapoler ce genre de traitement, c'est-à-dire de l'employer partout au Canada et pour des vétérans vivant en

areas? Could it ever be offered as first line? What we don't know is who should be referred for these newer emerging treatments and if they should be reserved if they did not respond to other types of first-line treatments.

There are also many innovations with regard to improving treatment outcomes from current evidence-based treatment. For example, most trauma-focused psychotherapy — this is psychotherapy where people talking about the traumatic event — is traditionally offered on a weekly basis. There have been some studies that have shown some promise in doing this type of trauma-focused psychotherapy daily, and therefore it can decrease the time for response. Rather than having 12 sessions over 12 weeks, having 12 sessions done over 12 days, for example. This is called massed prolonged exposure treatment, or massed PE. You might have heard of that from other individuals.

There is also some emerging evidence on pharmacogenetics, that is using our understanding how different genetic make-ups of a person might determine how they might respond to different —

The Chair: Dr. Richardson, could you —

Dr. Richardson: Am I near the —

The Chair: Yes. A few more seconds, please, and then we will go to questions.

Dr. Richardson: Thank you for that; I'll cut it quickly. The other emerging is pharmacogenetics, and the other area that needs to be looked at is treatment guidelines, which tend to focus only on first-line treatments. And then how can we personalize treatments? There is emerging evidence for the use of AI or machine learning in order to better help clinicians determine which individuals might respond better to one treatment or another.

The Chair: Thank you very much. We'll go to questions now. We will begin with our deputy chair, Senator Boisvenu.

[Translation]

Senator Boisvenu: I think we should have you back again, because you're really very interesting.

First, I understand that your association is in favour of employing psychedelic substances. Therefore, am I right to think you've already come out in favour of treatment with psychedelic substances?

[English]

Dr. Richardson: If you look at the Canadian Psychiatric Association at this time with regard to recommendation for psychedelic-assisted psychotherapy, I would look at it as the

régions éloignées. Pourra-t-on un jour l'offrir en première ligne? Nous ignorons également vers qui on pourrait diriger les patients pour ces nouveaux traitements émergents et si on doit les réserver, s'ils n'ont pas répondu à d'autres types de traitements de première ligne.

De nombreuses autres innovations touchent l'amélioration des résultats des traitements par rapport au traitement fondé sur des données probantes. Par exemple, la plupart des psychothérapies focalisées sur les traumatismes — les patients parlent de l'événement traumatisant — sont traditionnellement offertes à un rythme hebdomadaire. Des études en ont montré les promesses, si elles étaient journalières et ce qui pourrait donc raccourcir le temps de réponse. Au lieu de 12 séances réparties sur 12 semaines, on pourrait en avoir autant en 12 jours, par exemple. C'est ce qu'on appelle la thérapie massée par exposition prolongée. D'autres pourraient vous en avoir parlé.

Des résultats émergents proviennent également de la pharmacogénétique, grâce à notre compréhension des différentes formes de constitution génétique d'un individu, on pourrait déterminer sa réaction à différents...

Le président : Docteur, pourriez-vous...

Dr Richardson : Suis-je près de la...

Le président : Oui. Encore quelques secondes et ce sera la période des questions.

Dr Richardson : Merci. J'y arrive. L'autre méthode émergente est la pharmacogénétique, et l'autre domaine à examiner est les lignes directrices sur les traitements, qui tendent à ne se focaliser que sur ceux de première ligne. Ensuite, comment personnaliser les traitements? L'intelligence artificielle ou l'apprentissage machine commencent à aider les cliniciens à reconnaître les individus qui pourraient mieux réagir à tel ou tel traitement.

Le président : Merci beaucoup. Nous passons maintenant aux questions, en commençant par notre vice-président, le sénateur Boisvenu.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Je pense qu'il faudrait vous inviter de nouveau, car vous êtes vraiment très intéressant.

Premièrement, je comprends que votre association est en faveur de l'utilisation des substances psychédéliques. Donc, vous avez déjà pris position en faveur du traitement au moyen de substances psychédéliques; ai-je raison de croire cela?

[Traduction]

Dr Richardson : Si l'on regarde les recommandations de l'Association des psychiatres du Canada concernant la psychothérapie assistée par les psychédéliques, je dirais que

research phase. More research is needed, and should be reserved for treatment resistance, meaning they have tried other treatments and have not responded.

Senator Boisvenu: So it's wait and see? Okay.

[Translation]

My second question has to do with the current capacity in the health care system to treat patients using conventional treatments like psychotherapy. We know that in Canada, and especially in Quebec, the wait times to access these services are very long. You've also told us that the drop-out rate is high. Are those two things interrelated? Are the long wait times to get services and the high drop-out rate related?

[English]

Dr. Richardson: I will answer the last one first. We do know that there are high drop-out rates among veterans who seek treatments, meaning that often when they start doing the trauma-focused psychotherapy, they will drop out for many reasons. One is that nobody wants to talk about traumatic events. The other area is accessing treatments and delays in accessing treatments. They are not necessarily related in that way.

We do know that not everybody needs long-term trauma-focused psychotherapy, and what we need to also look at is whether we should move to more of what is called a step-care approach, meaning first getting a better understanding of what it is that the veteran is looking for, and then matching it to their specific needs. Some individuals might need one or two sessions. They might need some assistance with either financing, housing or might need some psycho education on what their condition is; others might need more in-depth treatment, for example, talking therapy.

The challenge now is sometimes a veteran might go through all kinds of extensive assessments and then wait for the treatment. How can we match it so that some people might need other types of treatments, whether it is, for example, internet-based psychotherapy or virtual treatment or even in the area of peer support, and then others might need a lot more? It's trying to match the needs to exactly what might benefit them the most.

Senator M. Deacon: Thank you for being with us here this afternoon and for the work that you're continuing to do in London. It's very impressive.

nous sommes en phase de recherche. Il faut plus de recherches, et cette recherche devrait être concentrée sur les cas de résistance aux traitements, c'est-à-dire les cas pour lesquels d'autres traitements ont été essayés et n'ont pas fonctionné.

Le sénateur Boisvenu : Donc, nous devons attendre pour voir ce qu'il en est. Très bien.

[Français]

Ma deuxième question concerne la capacité actuelle du système de santé de traiter les patients au moyen de traitements conventionnels, comme la psychothérapie. On sait qu'au Canada, et au Québec en particulier, les délais pour recevoir ces services sont très longs. Vous nous dites également qu'il y a beaucoup d'abandons. Est-ce que ces deux faits sont interreliés? Le fait que les délais sont longs pour obtenir des services et le fait que le taux d'abandon est élevé sont-ils liés?

[Traduction]

Dr Richardson : Je vais d'abord répondre à la dernière question. Nous savons que les taux d'abandon chez les anciens combattants qui cherchent à se faire soigner sont élevés. Donc, ceux qui commencent à suivre une psychothérapie axée sur les traumatismes abandonnent pour de nombreuses raisons. Une de ces raisons, c'est que personne ne veut parler d'événements traumatisants. L'autre, c'est l'accès aux traitements et les retards dans l'accès aux traitements. Les deux ne sont pas nécessairement liés.

Nous savons que tout le monde n'a pas besoin d'une psychothérapie axée sur les traumatismes à long terme. Il convient aussi de se demander s'il ne faudrait pas plutôt adopter ce qu'on appelle une approche de soins par étapes, qui consiste d'abord à mieux comprendre ce que l'ancien combattant recherche, puis à adapter les soins en fonction de ses besoins. Certains peuvent avoir besoin d'une ou deux séances, ou encore d'aide financière, d'aide au logement ou de psychoéducation sur leur problème de santé, tandis que d'autres peuvent avoir besoin d'un traitement plus approfondi, par exemple une thérapie axée sur la communication.

Actuellement, le problème est qu'il arrive que l'ancien combattant passe par une série d'évaluations approfondies, puis doit attendre pour obtenir un traitement. Comment pouvons-nous adapter cela afin d'offrir d'autres types de traitements dont les gens ont besoin. Par exemple, certains ont besoin de psychothérapie en ligne, de traitements virtuels ou même de soutien par les pairs, et d'autres pourraient avoir des besoins beaucoup plus importants. L'idée est d'essayer de leur offrir ce qui leur serait le plus bénéfique, en fonction de leurs besoins.

La sénatrice M. Deacon : Je vous remercie de votre présence parmi nous cet après-midi et du travail que vous continuez à faire à London. C'est très impressionnant.

I'm trying to dig down first into the potential risks and side effects of the psychedelic-assisted psychotherapy. What kind of medication is prescribed now to deal with the PTSD, and how do its side effects potentially compare with the MDMA that we are talking about quite continuously?

Dr. Richardson: That's a very good question. I'm not an expert on MDMA because I don't prescribe it. However, when we look at some of the current treatments or medication treatments for PTSD, almost any medication has the potential to have adverse effects, and each individual might respond differently to each medication, for example, whether the potential side effects are higher for psychedelics than they are for other medication has to do primarily that we know a lot more about the medications currently used than the psychedelics.

Senator M. Deacon: Thank you. I understand it's not your wheelhouse or your direct area of expertise. Generally speaking, we talk about access and how difficult some treatments might be. If you could share, when an individual goes on to psychedelic-assisted therapy, do they have to go through a time when any existing medications are out and cleared from their system? Is there an additional challenge with this, that they have to go off all the meds they might already be on?

Dr. Richardson: That's a very good question. I don't know the answer to that, whether they need to come off their other medication. That would have to go with regard to their current protocols.

Senator M. Deacon: Okay. All right. What I'll take is absolutely something that was part of your direct conversation at the end of your statement. You started to talk about the importance of treatment guidelines and personalized treatments. I would just like you to elaborate a little bit more on the tease you gave us around personalized treatments and a little more about that area, because we don't hear too much about it.

Dr. Richardson: Okay. Thank you. I apologize because I hear my echo so loud behind me that it's —

Senator M. Deacon: It is loud.

Dr. Richardson: When we look at personalized treatments, when somebody comes in for treatment, what we do now is try this medication, and then we need to wait anywhere from two to four weeks to see if they respond. If they don't respond, and about a third to almost 50% will not respond to the first med, then we'll try another medication. Then we're waiting. Each time you try a new medication, it's sometimes harder for you to respond, so there is a long delay.

Je veux d'abord en savoir davantage sur les risques et les effets secondaires potentiels de la psychothérapie assistée par les psychédéliques. Quel type de médicament prescrit-on actuellement pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique? En quoi ses effets secondaires se comparent-ils à ceux de la MDMA dont on parle continuellement?

Dr Richardson : C'est une très bonne question. Je ne suis pas un expert de la MDMA, puisque je ne la prescris pas. Toutefois, concernant les traitements ou pharmacothérapies actuels pour le SSPT, il faut savoir que presque tous les médicaments peuvent avoir des effets indésirables et que la réaction à chaque médicament peut varier d'une personne à l'autre. À titre d'exemple, si les effets secondaires potentiels sont plus élevés pour les psychédéliques que pour d'autres médicaments, c'est d'abord parce que nous en savons beaucoup plus sur les médicaments actuellement en usage que sur les psychédéliques.

La sénatrice M. Deacon : Je vous remercie. Je comprends que ce n'est pas votre domaine de prédilection ou d'expertise. D'une manière générale, nous parlons de l'accès et du fait que certains traitements peuvent être très difficiles. Si vous pouvez en parler, la personne qui veut suivre une thérapie assistée par les psychédéliques doit-elle attendre un certain temps afin que tous les médicaments qu'elle prend déjà soient éliminés de son système? L'arrêt de tous les médicaments qu'elle prend déjà représente-t-il un défi supplémentaire?

Dr Richardson : C'est une très bonne question. Je n'ai pas la réponse à cette question. Je ne sais pas si les gens doivent arrêter la prise d'autres médicaments. Cela dépendrait de leur protocole de médication.

La sénatrice M. Deacon : D'accord, merci. J'aimerais m'attarder à un point que vous avez soulevé à la fin de votre déclaration. Vous aviez commencé à parler de l'importance des directives de traitement et des traitements personnalisés. J'aimerais vous entendre davantage sur les traitements personnalisés que vous avez évoqués. Pouvez-vous en dire plus à ce sujet? Nous n'en entendons pas beaucoup parler.

Dr Richardson : D'accord. Je vous remercie. Je m'excuse, car j'entends mon écho très fort derrière moi, et c'est...

La sénatrice M. Deacon : C'est fort.

Dr Richardson : Concernant les traitements personnalisés, lorsque quelqu'un se présente pour un traitement, nous essayons un médicament, puis il faut de deux à quatre semaines pour savoir si le patient réagit bien au traitement. Si ce n'est pas le cas — entre le tiers et la moitié des patients ne réagissent pas au premier médicament —, nous essayons un autre médicament. Puis, nous attendons. Chaque fois qu'on essaye un nouveau médicament, il est possible que le patient ait plus de difficulté à répondre au traitement, ce qui entraîne un long délai.

Sometimes you might start an antidepressant or mood stabilizer, and they have significant side effects, so then we're starting again with a new med.

One of the benefits of personalized treatment is, for example, your genetics never change, so if you did a cheek swab and you're doing pharmacogenetics, we would know at the beginning whether you would respond well or not, whether you're a fast or slow metabolizer, and whether you would tolerate one medication compared to another. That's one way of personalizing it, so if the veteran came in, I would be able to say, "Well, based on your pharmacogenetics, I don't think we're going to try drug XYZ, but we will try this one because you're more likely to tolerate it." Hopefully, we'll be able to respond to it. That's one small aspect.

With regard to the other area, using advanced analytics or machine learning, an individual would come in based on their signs and symptoms, either from questionnaires, based on their pharmacogenetics, based on co-morbidity. It would look at all of the data that we currently have, and say, "You're more likely to respond to an antidepressant, and this is the one that you would tolerate the best." Or it might come up with an algorithm to say, "Based on your signs and symptoms, I would not suggest starting with medication. I would suggest starting first with psychotherapy. If you do not respond, then try this." It's a way of personalizing it just for you, rather than a veteran coming in and getting treatment based on who they see.

Senator M. Deacon: Thank you.

Senator Yussuff: Thank you to Dr. Richardson for being here. Listening to you, assessing a veteran's needs with regard to what their specific ailment might be seems very complex because it's not a straight path. It may be true that they are depressed, but there are other issues that may be compounding that reality.

How accessible is it for veterans to get the proper assessment in order to get the proper treatment? This is a big dilemma we see. We can all relate to the fact that veterans suffer from PTSD, but there are other underlying challenges and causes that may be contributing to much deeper paralysis of the individual. How do we do that?

Is there a standardized way in which all veterans have the same access to assessment so we don't misdiagnose but don't also miss the opportunity to help them more specifically, given this complex world we are dealing with?

Il arrive parfois que le patient qui commence à prendre un antidépresseur ou un normothymique ressent des effets secondaires, de sorte que nous devons essayer un nouveau médicament.

L'un des avantages du traitement personnalisé, par exemple, c'est que votre génétique ne change jamais. Un test pharmacogénétique réalisé à l'aide d'un prélèvement buccal nous permet de savoir dès le début si une personne est susceptible de bien réagir ou non, si elle est un métaboliseur rapide ou lent, et si elle tolère un médicament plutôt qu'un autre. C'est une façon de personnaliser le traitement. Je pourrais donc dire à un ancien combattant que selon son test de pharmacogénétique, je pense que nous n'essayerons pas le médicament XYZ, mais plutôt un autre, parce qu'il est plus susceptible de le tolérer. Avec un peu de chance, cela fera effet. C'est un petit aspect.

Quant à l'autre aspect, grâce à l'analytique avancée ou à l'apprentissage machine, une personne pourrait être invitée à consulter en fonction de ses signes et symptômes, de ses réponses à des questionnaires, de son profil pharmacogénétique, de facteurs de comorbidité. L'analytique tiendrait compte de l'ensemble des données que nous avons sur le patient et indiquerait que la personne est plus susceptible de répondre à un antidépresseur, et de mieux tolérer un médicament donné. Ou encore, il pourrait s'agir d'un algorithme qui indiquerait que d'après ses signes et symptômes, il est recommandé de ne pas commencer par un traitement pharmacologique, mais par une psychothérapie, et qui proposerait d'autres avenues si cela ne fonctionnait pas. C'est une façon de personnaliser le traitement, plutôt que d'avoir un traitement qui varie selon la personne que l'ancien combattant consulte.

La sénatrice M. Deacon : Je vous remercie.

Le sénateur Yussuff : Docteur Richardson, je vous remercie de votre présence. À vous écouter, l'évaluation des besoins d'un ancien combattant liés à son affection particulière semble très complexe. Il n'y a pas de méthode toute faite. Il est peut-être vrai qu'ils souffrent de dépression, mais d'autres problèmes peuvent aggraver cette réalité.

Dans quelle mesure les anciens combattants ont-ils accès à une évaluation adéquate afin de recevoir le traitement approprié? C'est un important dilemme que nous constatons. Tous comprennent que les anciens combattants souffrent de SSPT, mais il existe d'autres problèmes et causes sous-jacentes qui pourraient entraîner une paralysie beaucoup plus profonde de la personne. Comment peut-on y arriver?

Existe-t-il un mécanisme normalisé offrant à tous les anciens combattants un accès informel à une évaluation de façon à éviter les erreurs de diagnostic, sans pour autant rater l'occasion de leur offrir du soutien personnalisé, étant donné la complexité du monde dans lequel nous vivons?

Dr. Richardson: I think you're raising a very important part in terms of assessing and ensuring that the individual is more of a holistic assessment so we don't focus only on, for example, PTSD, but also on how they are relating or the supports they might have in their life. So it is looking at more of a psychosocial and biological model, meaning the environment that they live in, other stressors that might contribute to their condition, but also challenges in their recovery, their social supports in terms of what is happening at home, and, of course, financial stressors that might also be contributing.

I'm a psychiatrist, so I focus on the mental health psychiatric aspect, but many veterans also have, as you probably are aware, musculoskeletal issues, chronic pain or other physical conditions that impact their overall lives, which also have an impact, obviously, on their brain and mind. It's working collaboratively not just on the mental health side but also working with their other clinicians. The challenge is finding primary care, but if they have a family doctor, working collaboratively to make sure other areas of their lives are also being addressed, so it's not just focused on one condition. And then there is providing those other supports if they are available with regard to working with Veterans Affairs Canada to ensure that they have the financial resources and supports, retraining and that whole area.

Senator Yussuff: Do we have a standardized way across systems to assess a veteran when they seek help for their problems? They may be lucky to have an experienced physician like yourself, and based on your knowledge and understanding of the whole individual, you may take a particular approach. Is that a norm in the system in how we are able to assess veterans? Mixed diagnosis or misdiagnosis are equally as important because we might not get to the root cause of symptoms that are creating other problems and not really assist the veterans or their deterioration might be much more prevalent if we don't get to some other things that might lead to chronic depression and recurrence of their PTSD challenges.

Dr. Richardson: If we look at what happens in the civilian world, for example, if you have an anxiety attack and your heart is pounding and you go to any of your local emergencies, the treatment you receive might be a little different. If you go to different walk-in clinics, the treatment you receive might be a little bit different. It's not the same as if you had chest pain and you go to the emergency room because you think you have a heart attack; almost everywhere you go in Canada, the treatment will be the same.

Dr Richardson : Je pense que vous soulevez un point très important concernant l'évaluation et la garantie que chaque personne fait l'objet d'une évaluation plus globale, de façon à ne pas nous concentrer uniquement sur le SSPT, par exemple, mais à nous concentrer aussi sur leurs interactions ou le soutien qu'ils reçoivent au quotidien. C'est donc un modèle psychosocial et biologique qui prend en compte l'environnement dans lequel ils vivent, les autres facteurs de stress qui pourraient aggraver leur condition, les difficultés liées à leur rétablissement, leur soutien social à la maison, et, évidemment, les facteurs de stress financiers qui pourraient aussi contribuer à leur état.

Je suis psychiatre; je me concentre donc sur la santé mentale et les questions psychiatriques, mais comme vous le savez probablement, beaucoup d'anciens combattants souffrent aussi de problèmes musculosquelettiques, de douleurs chroniques ou d'autres conditions physiques qui ont des répercussions sur leur vie en général et, évidemment, sur leur cerveau et leur psychisme. Ce qu'il faut, c'est un travail de collaboration, non seulement du côté de la santé mentale, mais aussi avec les autres cliniciens. La difficulté est l'accès aux soins primaires, mais s'ils ont un médecin de famille, il est essentiel de travailler en collaboration pour veiller à la prise en compte des autres aspects de leur vie, pour éviter de se concentrer sur une seule condition. Ensuite, il faut offrir d'autres mesures de soutien, s'ils sont disponibles, en collaboration avec Anciens Combattants Canada, pour veiller à ce qu'ils aient ce dont ils ont besoin, par exemple les ressources financières, du soutien, le recyclage professionnel, et cetera.

Le sénateur Yussuff : Y a-t-il une méthode normalisée pour évaluer l'état de santé d'un ancien combattant lorsqu'il demande de l'aide pour régler ses problèmes? Avec un peu de chance, il aura un médecin expérimenté comme vous, et vous pourrez adopter une approche personnalisée grâce à vos connaissances et votre compréhension globale de la personne. Est-ce la norme pour l'évaluation des anciens combattants? Les diagnostics mixtes ou erronés ont aussi leur importance, car cela risque de nous empêcher de nous attaquer à la cause profonde de symptômes qui entraîne d'autres problèmes et, par conséquent, de nuire à notre capacité d'aider véritablement les anciens combattants. Il y a également le risque d'une détérioration accrue de leur état si nous ne cherchons pas à régler d'autres problèmes susceptibles de mener à la dépression chronique et à la résurgence de leurs difficultés liées au SSPT.

Dr Richardson : Prenons un exemple dans le monde civil. Si vous faites une crise d'angoisse, que votre cœur bat la chamade et que vous vous présentez à l'urgence locale, le traitement que vous recevrez sera peut-être un peu différent de celui que vous auriez dans différentes cliniques sans rendez-vous. Cela varie un peu d'un endroit à l'autre. Ce n'est pas comme si vous aviez des douleurs à la poitrine et que vous alliez à l'urgence parce que vous pensez faire une crise cardiaque. Dans un tel cas, le traitement sera le même presque partout au Canada.

Unfortunately, on mental health, standardized assessments for mental health conditions are not as standardized as they should be. That answers that part.

The other area is cultural competence. Do the clinicians have knowledge about military stressors and military culture? That is important in developing the trust of people disclosing stressful events that might have occurred during their military service, so there are two areas.

In our network of clinics across Canada, we have standardized assessments and follow standardized protocols for treatments. What is available within the general community, and being mindful that most veterans do not seek treatment at our centre, most are receiving treatments in the community, that's where I do agree with you that the assessments might not be standardized, and, of course, the treatment then is not as standardized as it probably should be.

Senator R. Patterson: Thank you very much. This is a very important topic because we know that the veteran population is exponentially growing because veterans are living longer. There are some estimates that over 600,000 people are veterans, almost the size of Ottawa, from a population base spread across the country and the world. The work you're doing is absolutely critical partly because we know that symptoms of PTSD may be completely ignored and not manifest until later in their lives when it becomes untenable.

I'm very impressed with the work that has been done by the Canadian Psychiatric Association in terms of guidelines on PTSD, occupational and operational stress injuries, so I have a couple of questions related to that.

Because of things such as military sexual trauma, the impact of service on women — that's the approach I'm going to come at this with — we know that the needs are not necessarily the same. How are you defining occupation versus operational stress injuries, and how do you see us getting some standardization in thinking about these intersections that make up veterans now in terms of treatment guidelines?

Dr. Richardson: Thank you for raising that. That's a very important topic, and the approach with regard to how we would view occupational and comparing it to operational.

Malheureusement, en santé mentale, les évaluations normalisées des troubles mentaux ne sont pas aussi normalisées qu'elles le devraient. Voilà la réponse à cette partie de la question.

L'autre aspect est la compétence culturelle. Les cliniciens ont-ils la connaissance requise des stressors militaires et de la culture militaire? Il s'agit d'un facteur important pour obtenir la confiance de gens qui révèlent des détails sur des événements stressants qui ont pu se produire durant leur service militaire. Donc, il y a deux aspects.

Dans notre réseau de cliniques à travers le Canada, nous utilisons des évaluations normalisées et nous suivons des protocoles de traitement normalisés. Quant aux évaluations utilisées dans la communauté en général — gardant à l'esprit que la plupart des anciens combattants ne se présentent pas dans notre centre pour obtenir des traitements, mais plutôt dans la communauté —, elles ne sont pas aussi normalisées qu'elles le devraient, et cela vaut aussi pour le traitement, bien entendu. Je suis d'accord avec vous là-dessus.

La sénatrice R. Patterson : Merci beaucoup. Il s'agit d'un sujet très important, car nous savons que le nombre d'anciens combattants augmente de façon exponentielle parce que les anciens combattants vivent plus longtemps. Selon certaines estimations, on compterait 600 000 anciens combattants, soit presque l'équivalent de la population de la ville d'Ottawa, répartis dans l'ensemble du pays et partout dans le monde. Le travail que vous accomplissez est absolument essentiel, notamment parce que nous savons que les symptômes du SSPT peuvent être complètement ignorés et se manifester seulement plus tard dans la vie, lorsqu'ils deviennent intenable.

Je suis très impressionnée par le travail de l'Association des psychiatres du Canada sur l'élaboration des lignes directrices sur le traitement du SSPT et des blessures liées au stress professionnel et opérationnel. J'ai donc quelques questions à ce sujet.

Dans le contexte de choses comme le traumatisme sexuel en milieu militaire et l'impact du service sur les femmes — j'examinerai la question sous cet angle —, nous savons que les besoins ne sont pas nécessairement les mêmes. Comment définissez-vous les blessures liées au stress professionnel par rapport aux blessures liées au stress opérationnel? Selon vous, comment pouvons-nous arriver à une réflexion uniformisée à l'égard de ces intersections dans l'élaboration de lignes directrices pour le traitement des anciens combattants?

Dr Richardson : Je vous remercie d'avoir soulevé cette question. C'est un sujet très important. Il s'agit de l'approche quant à la perception des blessures liées au stress professionnel et des blessures liées au stress opérationnel.

Occupational injuries or occupational stress is often used outside of the military or veteran context, and operational stress injuries have evolved more as a Canadian term that was established by former Lieutenant-Colonel Grenier, primarily to destigmatize mental illness, that individuals could be deployed on operation, and instead of coming back with a physical injury, could they have a stress injury.

For most clinicians within the network of veteran health, we would view military sexual trauma as an operational stress injury as opposed to specifically occupational. But when we describe it to most people, a work-related injury would be the same on the civilian side.

Senator R. Patterson: As a follow-up question on that, as we're looking at sex and gender as an intersection in terms of the research that's being done in the realm of post-traumatic stress disorder — breaking it down, “moral injury” — knowing you have a very strong research background, how are you including sex and gender in terms of how you follow along with your research? Because the population of women is growing.

Dr. Richardson: That's a very critical question. Also now, if you're applying for grants, you need to answer that question.

In the past, for example, even in work I had published, there are fewer women in the military or in the veteran population. You might not have a large enough sample size of women, so often they were excluded from the studies. That was something that would have occurred in the past, meaning the numbers were too small. And if you started doing research, you would risk identifying individuals if you talked about where they're deployed, because Canada is small. Also, the numbers for statistical power were too small.

However, now, to get something published, you can't exclude someone because of that. When you're doing studies, you need to over-sample individuals. The numbers would be smaller, meaning you make sure that you do all that you can do in the research study to recruit more women so that you have a sufficient number and you do not exclude them.

That would be an area that would now be consistent in research. That would be one area that's a major advance.

We also need to ensure that when we're asking questions, we are looking at that whole area and saying, “Is this question meaningful to you?” Because the question itself might be different. We don't want to make assumptions of old questions or studies that might not have looked at that to that degree. So first is asking and ensuring that you're sampling and then

Les notions de blessure professionnelle ou de stress professionnel sont souvent utilisées à l'extérieur du contexte militaire ou du contexte des anciens combattants. La notion de blessure de stress opérationnel a évolué pour devenir un terme propre au contexte canadien. Le terme a été créé par l'ancien lieutenant-colonel Grenier principalement pour déstigmatiser la maladie mentale. Il désigne les membres qui ont été déployés dans le cadre d'une opération et qui sont revenus avec une blessure de stress plutôt qu'une blessure physique.

La plupart des cliniciens du réseau de santé pour les anciens combattants considèrent le traumatisme sexuel en milieu militaire comme une blessure de stress opérationnel et non comme une blessure professionnelle. Toutefois, lorsqu'on décrit cela à la plupart des gens, cela correspond à ce qui serait considéré, du côté civil, comme une blessure professionnelle.

La sénatrice R. Patterson : En guise de question complémentaire, sachant que vous avez une très solide expérience en recherche, lorsqu'on examine les facteurs de sexe et de genre en tant qu'intersection dans le cadre de la recherche sur le SSPT — en fonction de « blessure morale » —, comment intégrez-vous ces facteurs dans vos recherches? Je pose la question parce que le nombre de femmes augmente.

Dr Richardson : C'est une question très importante. J'ajouterais que de nos jours, si vous demandez des subventions, vous devez répondre à cette question.

Dans le passé, par exemple, même pour certains travaux que j'ai publiés, il y avait moins de femmes dans les forces armées ou dans la population d'anciens combattants. Les femmes étaient souvent exclues des études en raison de l'échantillon insuffisant de femmes. C'est arrivé dans le passé; cela signifie que les chiffres étaient trop faibles. De plus, lorsqu'on entreprend des recherches, on risque d'identifier des personnes si on mentionne l'endroit où elles sont déployées, parce que la population canadienne est relativement petite. En outre, les chiffres n'étaient pas assez élevés pour obtenir une efficacité statistique.

Cependant, pour publier un article de nos jours, on ne peut pas exclure un groupe pour ce motif. Lorsqu'on fait des études, il faut faire un suréchantillonnage des individus. Les chiffres sont réduits, ce qui signifie qu'il faut déployer tous les efforts nécessaires dans le cadre de l'étude de recherche pour recruter plus de femmes afin d'avoir un nombre suffisant de femmes et de ne pas être obligé de les exclure.

Je dirais que cela se fait désormais de manière cohérente dans la recherche. Il s'agit là d'une avancée importante.

Nous devons également veiller à avoir une vue d'ensemble en posant des questions. Nous devons leur demander : « Est-ce que cette question est significative pour vous? » La question en soi peut être différente. Nous ne voulons pas faire de présomptions sur d'anciennes questions ou études qui ne se sont peut-être pas penchées tant que cela sur l'enjeu dont il est question. Il faut

making sure that you're not making interpretations based on very small numbers.

[Translation]

Senator Boisvenu: That's very interesting. Thanks again for being here, it's very helpful. You say there are a lot of drop-outs. Knowing this, is there a strategy to help keep veterans in therapy?

[English]

Dr. Richardson: One of the things that is starting to be used with regard to dropouts, one that I have described, is can we condense treatment? In asking someone to commit to 12 or 20 sessions for very focused treatments, you're almost creating the situation where you might have higher dropouts. Is there a way to condense the treatment? That's being done for the psychotherapies.

One of the advances or one of the positives, if there are any, with the pandemic is that it forced innovation and a lot of clinicians, like myself, to virtual care.

A big challenge for veterans is that they don't live in the city. Driving an hour or an hour and a half, paying for parking, waiting in the waiting room to see me for 45 minutes, that's a challenge. It would be for anyone. So is there a way we can condense it? What we're doing is giving the choice to veterans so that they can access care virtually, as a way to decrease dropouts.

There are current strategies with regard to shortening treatments for psychotherapy, some of the repetitive transcranial magnetic stimulation, and also doing measurement-based care to ensure we are using ways to better determine if this individual is likely to drop out. There are certain things with regard to whether they have a trusting relationship with me or their clinician. There might be warning signs, and then we can intervene earlier to encourage individuals. The other thing we've found is engaging family members in the treatment.

[Translation]

Senator Boisvenu: Can a connection be made between the drop-out rate among veterans and rising homelessness in our cities?

[English]

Dr. Richardson: That I don't know. It's a very interesting question. Are you asking about homeless veterans or homelessness in general within Canadian society?

donc d'abord poser la question avant de veiller à obtenir un échantillonnage et à ce qu'on ne fasse pas d'interprétations basées sur un groupe très restreint.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : C'est très intéressant. Merci encore d'être ici, cela nous aide beaucoup. Vous dites qu'il y a beaucoup d'abandons. En sachant cela, y a-t-il une stratégie qui permettrait de garder les vétérans en thérapie?

[Traduction]

Dr Richardson : En ce qui concerne les abandons dont j'ai parlé, on commence à se demander s'il serait possible de condenser le traitement. Le fait de demander à quelqu'un de s'engager pour 12 ou 20 séances de traitements très ciblés encourage presque un taux plus élevé d'abandons. Y a-t-il une façon de condenser le traitement? C'est ce qu'on fait avec les psychothérapies.

L'un des progrès ou l'un des points positifs, s'il y en a, de la pandémie est qu'elle a forcé l'innovation et de nombreux cliniciens, comme moi, à se tourner vers les soins virtuels.

Ce qui est difficile, avec les vétérans, c'est qu'ils ne vivent pas en ville. C'est compliqué pour eux de conduire pendant 60 ou 90 minutes, de payer pour le stationnement, puis d'attendre dans une salle pour me voir pendant 45 minutes. Ce serait compliqué pour quiconque. Serait-il donc possible d'offrir un traitement condensé? En offrant l'option virtuelle, nous donnons un choix aux vétérans. Nous cherchons ainsi à réduire le taux d'abandon.

Il existe des stratégies visant à raccourcir les traitements de psychothérapie, des stimulations transcrâniennes répétitives et des soins fondés sur des mesures qui veillent à ce que nous utilisions des méthodes pour mieux déceler les cas d'abandons possibles. Ont-ils une bonne relation avec moi ou avec leur clinicien? Il peut y avoir des signes avant-coureurs, et si c'est le cas, nous pouvons intervenir plus tôt pour les encourager. Nous avons également constaté que c'était une bonne chose d'impliquer les membres de la famille dans le traitement.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Est-ce qu'on peut faire un lien entre le taux d'abandon d'une thérapie chez les vétérans et l'augmentation de l'itinérance dans nos villes?

[Traduction]

Dr Richardson : Je l'ignore, mais c'est une question très intéressante. Parlez-vous des taux d'itinérance chez nos vétérans ou de l'itinérance en général dans la société canadienne?

[Translation]

Senator Boisvenu: An estimated 5,000 to 6,000 veterans in this country today are homeless, and therefore without housing or a fixed address. Is it fair to say that these individuals end up homeless due to lack of treatment or because they drop out of treatment?

[English]

Dr. Richardson: That I do not know, but I think it's something that should be looked at. I'm not an expert in homeless veterans. However, I would imagine that for some of these veterans, especially if they have difficulties with mental illness, drugs or alcohol, accessing care is a challenge. Trusting organizations and getting them into treatment would be very similar to what we see on the civilian side.

What we don't know — and I will look into that, because I never thought of that — is if these individuals have accessed care before, dropped out and are now homeless, or are they veterans who have never sought treatment and never had a diagnosis?

I have treated veterans who were homeless. They self-disclosed that, while they came back from deployment and were released, they were struggling and homeless. They were not in treatment. They eventually got into treatment. I don't know if those who are dropping out of treatment become homeless. I do not know.

It's a good question. Thank you.

Senator Yussuff: Again, thank you very much for the work you're doing. Equally, I know wanting to do the right thing sometimes needs to be properly analyzed so you don't do the wrong thing in the process.

On some of the experience that we are gaining with regard to what other jurisdictions are doing in treating veterans, the U.S. government, through their VA as well, states like Texas are undertaking psychedelic-assisted psychotherapy studies specifically with veterans to determine their potential benefit.

You mentioned that controversial treatments for mental health disorders, such as PTSD or depression, are less effective with veterans compared to the general public.

Do you believe that the Canadian government should fund clinical psychedelic-assisted psychotherapy trials, specifically for veterans, as the U.S. are doing?

[Français]

Le sénateur Boisvenu : On compterait au Canada entre 5 000 et 6 000 vétérans qui sont aujourd'hui en situation d'itinérance, et qui sont donc sans logement et sans adresse fixe. Est-ce qu'on peut dire que, à défaut de traitement ou en raison de l'abandon d'un traitement, ces gens se retrouvent parmi les itinérants?

[Traduction]

Dr Richardson : Je l'ignore, mais je crois qu'il vaudrait la peine de s'y attarder. Je ne suis pas un expert en itinérance des vétérans. Cela dit, je présume qu'il pourrait être difficile pour certains d'entre eux d'avoir accès à des soins, surtout s'ils ont des problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou d'alcoolisme. Il faudrait qu'ils aient confiance envers les organisations et qu'on les convainque de suivre un traitement. On aurait essentiellement les mêmes enjeux qu'avec les civils.

Ce qu'on ignore — et je vais me pencher là-dessus, parce que je n'y avais jamais pensé — c'est si ces personnes ont reçu des soins par le passé, ont abandonné leur traitement et sont maintenant en situation d'itinérance, ou s'il s'agit de vétérans qui n'ont jamais entamé de traitement et qui n'ont donc jamais reçu de diagnostic.

J'ai traité des vétérans qui étaient en situation d'itinérance. Ils m'ont révélé avoir des difficultés et s'être retrouvés sans domicile fixe une fois libérés de l'armée au retour de leur mission. Ils n'étaient pas suivis avant, mais ils ont fini par suivre un traitement. Je ne sais pas si ceux qui abandonnent leur traitement deviennent des sans-abri. Je l'ignore.

C'est une bonne question. Merci.

Le sénateur Yussuff : À nouveau, j'aimerais vous remercier de votre travail. De même, je sais qu'il faut parfois procéder à une analyse adéquate des bonnes intentions pour éviter de mal agir.

On est en train d'acquérir de l'expérience grâce aux méthodes de traitement auprès de vétérans d'autres entités, telles que le gouvernement américain. Par l'entremise de son département des anciens combattants, il permet à des États comme le Texas de mener des études sur la psychothérapie assistée par des psychédéliques, surtout auprès de vétérans, afin de déceler ses avantages potentiels.

Vous avez dit que des traitements controversés pour traiter des troubles de santé mentale tels que le syndrome de stress post-traumatique et la dépression sont moins efficaces avec les vétérans qu'avec la population en général.

Croyez-vous que le gouvernement du Canada devrait financer des essais cliniques de psychothérapies assistées par des psychédéliques destinées spécifiquement aux vétérans à l'instar des États-Unis?

Obviously, the U.S. is very focused on trying to get studies that specifically focus on veterans, not just the general population, to try to assess whether these things are effective — whether or not they are effective, we'll find out with the trials they're doing and the studies they're funding — if it can be utilized to help veterans deal with the challenges that they are faced with.

Dr. Richardson: That's a very good question. At a minimum — and that's what I try to encourage my colleagues that are doing research — it is having a veteran identifier, meaning that, in these studies, sometimes there's a challenge recruiting. They might not know that an individual has self-identified that they're a veteran.

If we ensure through those processes that you have a veteran identifier, then they can look to see, okay, out of the 20 who have done this study, 5 were veterans. Did they respond differently compared to civilian trauma? That would be a way of looking at it in that way.

Senator Yussuff: Based on your experience and the work you're doing, if you had one or two things to recommend that we, as a committee, could give some thought to and that we could put in our recommendations to government, what would that be specifically around the challenges that veterans face in services across the country but, more importantly, dealing with the fact that PTSD has been identified as a serious problem for veterans more specifically?

I know the public, in general, has issues with this. What would you say would be of value that we could try to encourage our government to look at this as a way of helping to deal with the challenges veterans are faced with?

Dr. Richardson: Very globally, number one is to improve and ensure access. It was already mentioned, long delays in accessing assessments and treatments; there are a lot of areas in that.

Also, encouraging and promoting virtual care, which is another way for accessing. I'm mindful. Patients who come in are travelling large distances. That would be an area.

One of the areas that was already discussed here is in terms of looking to ensure people are getting evidence-based treatments. Then also providing resources and research to look at the emerging treatments.

Not everyone is going to respond to first-line treatments. They will need treatments for treatment-resistant depression or PTSD, including ketamine and some of the emerging evidence with regard to the psychedelics, all of those areas.

De toute évidence, le gouvernement américain s'efforce d'obtenir des études ciblant spécifiquement les vétérans, et pas seulement la population en général, afin d'évaluer si ces mesures sont efficaces — on le découvrira grâce aux essais cliniques qu'il effectue et aux études qu'il finance — et si elles peuvent être utilisées pour aider les vétérans à faire face aux défis auxquels ils sont confrontés.

Dr Richardson : C'est une excellente question. On aurait besoin à tout le moins d'un identifiant de vétéran, et j'encourage d'ailleurs mes collègues à en avoir lorsqu'ils mènent des recherches. Le recrutement est parfois difficile lorsque vient le temps de mener des études. Il est possible qu'on ne sache pas qu'une personne se soit identifiée comme vétéran.

Si on s'assure d'avoir un identifiant de vétéran dans ces processus, les chercheurs pourront se dire : « d'accord, 5 des 20 participants sont des vétérans. Leur réaction diverge-t-elle de celle des civils ayant vécu un traumatisme? » Ce serait une façon de voir les choses.

Le sénateur Yussuff : D'après votre expérience et votre travail, auriez-vous une ou deux recommandations auxquelles nous pourrions réfléchir et que nous pourrions transmettre au gouvernement? Je pense spécifiquement aux défis auxquels les vétérans font face en matière de services au pays, mais, plus important encore, au syndrome de stress post-traumatique, qui est particulièrement problématique pour eux.

Je sais que certaines personnes en souffrent dans la population en général. Que pourrions-nous faire pour encourager le gouvernement à considérer cette question comme un moyen d'aider les vétérans à relever les défis auxquels ils font face, selon vous?

Dr Richardson : Très globalement, il faut d'abord améliorer et garantir l'accès aux services. On en a déjà parlé, mais l'attente pour obtenir une évaluation et entamer un traitement est très longue. Beaucoup de choses entrent en ligne de compte.

De plus, il faudrait encourager et promouvoir les soins virtuels, qui aideraient certains à avoir accès à des traitements. Je suis conscient du fait que les patients qui viennent nous voir parcourent de longues distances. Voilà un élément.

Votre comité a déjà discuté de la nécessité de garantir des traitements fondés sur des données probantes aux gens. Il est également nécessaire de disposer de ressources et de recherches pour étudier les traitements émergents.

Les traitements de première ligne ne conviendront pas à tous. Certains auront besoin d'être traités pour une dépression résistante aux traitements ou pour le syndrome de stress post-traumatique. Ils devront peut-être être traités avec de la

One of the benefits — I know this is focused only on veterans — in the teaching that I do, is that if you can treat a veteran, you can probably treat a civilian. It is transferable to the general population.

Knowing if a veteran can respond well to psychedelic-facilitated psychotherapy would also assist informing the civilian first responders, public safety personnel that also suffer from PTSD.

Senator Yussuff: Thank you very much, doctor. Thank you for coming. Thank you for the work you do and for what you're doing on behalf of veterans.

Dr. Richardson: Thank you.

Senator M. Deacon: Thank you, again, as we continue to delve into this. In your earlier statement, you talked about three strategies, three levels. One started with a nasal spray, I believe. The second one was said quickly, but I think it was rTMS.

Generally speaking, what percentage of success does one have with the nasal spray? And with the second treatment, it wasn't convulsive therapy, but it sounded like it. Could you define those again for me, please?

Dr. Richardson: Sure. I was focusing on treatments that are currently available for treatment-resistant depression, and that it's currently also being investigated to benefit PTSD. One is the area of ketamine infusion, which is IV, or esketamine, which is intranasal ketamine. It's also available orally as a tablet. I don't have the exact percentages, but I can provide that to this group, in terms of its treatment response rate for those who are treatment-resistant. Treatment-resistant means they did not respond to conventional, first-line treatments like an antidepressant and/or psychotherapy.

And rTMS is repetitive transcranial magnetic stimulation, so it is using a high-powered magnet to focus areas of your brain to stimulate it, and that's been shown to be helpful for treatment-resistant PTSD.

Senator M. Deacon: Thank you, that is great.

kétamine, et il y aura peut-être de nouvelles données scientifiques sur les psychédéliques. Tout cela entre en ligne de compte.

L'un des avantages — je sais que cela ne concerne que les vétérans — de l'enseignement que je dispense, c'est que si vous pouvez traiter un vétéran, vous pouvez probablement traiter un civil. Vous pouvez transposer vos compétences pour traiter la population générale.

Si on sait qu'un vétéran peut bien réagir à une psychothérapie facilitée par les psychédéliques, cela pourrait également aider les premiers intervenants civils et le personnel de la sécurité publique qui souffrent également du syndrome de stress post-traumatique.

Le sénateur Yussuff : Merci beaucoup, docteur. J'aimerais vous remercier d'être venu, mais également de votre travail et de ce que vous faites au nom des vétérans.

Dr Richardson : Merci.

La sénatrice M. Deacon : J'aimerais vous remercier à nouveau avant que nous poursuivions la discussion. Vous avez parlé de trois stratégies, de trois niveaux un peu plus tôt. Si je ne m'abuse, l'une de ces stratégies commençait par un vaporisateur nasal. Vous avez évoqué la deuxième rapidement, mais je crois que vous avez parlé de SMTr.

Quel est le taux de réussite du vaporisateur nasal en général? Et qu'en est-il du deuxième traitement? Ce n'était pas un traitement de choc, mais ça ressemblait à cela. Pourriez-vous me les expliquer à nouveau, je vous prie?

Dr Richardson : Oui, bien sûr. Je me suis concentré sur des traitements déjà disponibles pour traiter la dépression résistante aux traitements et qui sont en train d'être étudiés pour traiter le syndrome de stress post-traumatique. L'un de ces traitements est la perfusion de kétamine, qui est administrée par voie intraveineuse, ou l'esketamine, qui est de la kétamine administrée par voie intranasale. Il est également possible de l'administrer par voie orale sous forme de comprimé. Je n'ai pas les pourcentages exacts pour ce qui est du taux de réponse à ce traitement chez ceux qui résistent à d'autres types de traitements, mais je peux vous les trouver. La résistance au traitement signifie qu'une personne n'a pas répondu aux traitements conventionnels de première ligne, tels que les antidépresseurs ou la psychothérapie.

La SMTr est une stimulation magnétique transcrânienne répétitive, c'est-à-dire qu'elle utilise un aimant de forte puissance pour stimuler certaines zones du cerveau, ce qui s'est avéré utile pour le traitement du SSPT résistant à d'autres traitements.

La sénatrice M. Deacon : Je vous remercie de cette excellente réponse.

Dr. Richardson: Thank you.

Senator R. Patterson: Going back to recommendations that we can make in terms of improving access for women veterans, do you have any recommendations, whether it be research topics, recommendations for Veterans Affairs, who really control all of this, which you think would be useful?

Dr. Richardson: As was brought up earlier, having standardized assessments, it's important to specifically ask about military trauma, and then specifically ask about military sexual trauma because individuals might not self-disclose.

It is also to ensure that the environment — meaning coming in — is welcoming for women that might have experienced military sexual trauma. In the same way that you might go to hospitals and they have a rainbow triangle that says this is a safe place, it is to ensure that in the environment for women — when they are coming in — the images they're seeing around them are representative of them; that would be another area, so ask, sensitize individuals, both of those things.

Then getting individuals who have lived experience to co-create some of these programs so that it has the look and feel from their perspective.

The Chair: Thank you very much. I have a quick question. Senator Yussuff also skirted this question.

Standardized treatment can't be one-size-fits-all in psychedelic treatment. It would be absurd to think that psychedelic treatment would help everyone in the same way or to the same degree.

I'm wondering, in a controlled study, what do you do? Do you go with the percentages of success as an indicator? How does this work within a controlled study with psychedelic treatment of patients with PTSD? How broad should this study be? How successful can it be?

Dr. Richardson: Those are very important questions. I'm not sure I can answer all of them, because you're asking questions that we also struggle with.

However, in terms of standardized treatments, it is true that a one-size-fits-all approach probably will not be helpful for everyone, simply because there are many variables, as was discussed. Military sexual trauma, moral distress or moral injury respond differently to different types of treatment compared to stress or fear-based trauma; something happens that was overwhelming.

Dr Richardson : Merci.

La sénatrice R. Patterson : Pour en revenir aux recommandations que nous pouvons faire pour améliorer l'accès des femmes vétérans, auriez-vous quelque chose à proposer, que ce soit des sujets de recherche ou des recommandations que vous jugeriez utiles pour le ministère des Anciens Combattants, qui gère tout cela.

Dr Richardson : Comme on l'a dit plus tôt, il est important, dans le cadre d'évaluations standardisées, de poser des questions précises sur les traumatismes militaires, mais aussi sur les traumatismes militaires sexuels, parce que les participants peuvent ne pas le divulguer d'eux-mêmes.

Il nous faut également veiller à bien accueillir les femmes qui auraient pu vivre des traumatismes militaires sexuels. À l'instar des hôpitaux qui affichent un triangle arc-en-ciel pour montrer qu'il s'agit d'un milieu sécuritaire, il nous faut veiller à accueillir les femmes dans un milieu où elles se sentent représentées. Ce serait un autre élément. Il faudrait faire des demandes à cet égard, mais aussi faire de la sensibilisation auprès des personnes concernées.

Il serait également intéressant de demander à ceux qui ont une expérience vécue de participer à la création de certains de ces programmes afin qu'ils reflètent leur vision des choses.

Le président : Merci beaucoup. J'aimerais vous poser une brève question. Le sénateur Yussuff a également effleuré le sujet.

Il serait impossible d'avoir un traitement standardisé unique pour les traitements facilités par des psychédéliques. Il serait absurde de croire que de tels traitements permettraient d'aider tout le monde de la même façon ou au même degré.

Que faites-vous dans une étude contrôlée? Utilisez-vous les pourcentages de réussite comme indicateurs? Comment cela fonctionnerait-il dans le cadre d'une étude contrôlée sur le traitement psychédélique de patients souffrant du SSPT? Quelle devrait être la portée de cette étude? À quel point pourrait-ce être une réussite?

Dr Richardson : Ces questions sont réellement importantes. Je ne suis pas certain de pouvoir toutes y répondre, car nous cherchons encore des réponses pour certaines d'entre elles.

Cela dit, en ce qui concerne les traitements standardisés, il est juste de dire qu'il ne sera probablement pas possible d'avoir une approche unique pour tout le monde, tout simplement parce qu'il existe de nombreux facteurs, tel que mentionné. Ceux qui ont vécu des traumatismes militaires sexuels, ou qui souffrent de détresse ou de blessures morales réagissent différemment aux traitements que ceux qui ont vécu des traumatismes basés sur le stress ou sur la peur. On parle d'événements bouleversants.

When we look at general protocols, what are the things that you should start first, what are the things that you should start second, and then what are the things that, if those don't work, would have you go to the third line, which would be a standardized way and looking at standardized assessments and standardized treatments. And then it is looking at treatment response, when they're doing studies, comparing to see if it is better than standardized treatments and whether it is cost-effective, which is something else that needs to be looked at. It might be better, but in terms of how long it takes or the number of people, is it scalable across an entire nation or all areas that look at research?

The Chair: I agree with that. I think that's true.

And going back to the idea that — not so much psychedelic at the moment — cannabis can help relieve PTSD or whatever, there is a concern on my part that this also masks a deeper problem, and I'm wondering if psychedelic therapy might do that, too? I'm not saying it would; I'm just asking the question.

Dr. Richardson: That's a good research question to look at in terms of whether it's treating a condition, and once you stop it, sometimes, to see if the symptoms come back, or does it create other issues in terms of potential addictions or dependence on it?

The Chair: Doctor, we're still a long way from a conclusion in these studies, aren't we?

Dr. Richardson: For some. Going back to your other question, I think if we can personalize treatments to a greater degree, then it's probably going to be less of "one-size-fits-all." I think that's probably an area that we're closer to than determining some of the other questions with regard to emerging treatments.

The Chair: Thank you.

Senator Boisvenu: Doctor, you said that you don't have any data about the relation between homeless and people who will let down their therapy, and we didn't receive any people working with the homeless. Should we have those people, so they can bring some data about who are those homeless?

The Chair: Absolutely, right. Yes, of course.

Dr. Richardson: I might suggest Cheryl Forchuk at the University of Western Ontario. She has done work on homeless

Lorsqu'on examine les protocoles généraux, on se demande quelles sont les mesures à prendre en premier lieu, quelles sont les mesures à prendre en second lieu et quelles sont les mesures qui, si les premières ne fonctionnent pas, permettent de passer à la troisième ligne, c'est-à-dire à une méthode standardisée et à l'examen d'évaluations et de traitements standardisés. Ensuite, les chercheurs examinent la réponse au traitement dans le cadre de leurs études, en comparant les résultats pour voir si certains traitements sont meilleurs que les traitements standardisés et s'ils sont rentables, ce qui est une autre chose à examiner. C'est peut-être mieux, mais est-il possible d'établir une telle chose partout au pays ou dans tous les domaines de recherche si on se fie à la durée ou au nombre de personnes?

Le président : Je suis d'accord avec vous là-dessus. Je crois que c'est juste.

Je reviens à l'idée que des drogues comme le cannabis — pas tellement les psychédéliques pour le moment — peuvent aider à traiter le SSPT ou d'autres choses. Ce qui me préoccupe, c'est que cela cache également un plus grave problème, et je me demande si ce serait aussi le cas des traitements psychédéliques. Je ne dis pas que ce serait nécessairement le cas, mais je vous pose la question.

Dr Richardson : Il serait intéressant de faire des recherches à cet égard pour voir s'il s'agit simplement d'une façon de traiter une condition médicale et si, une fois qu'on arrête le traitement, les symptômes peuvent réapparaître, ou si cela crée d'autres problèmes en matière d'accoutumance ou de dépendance potentielle.

Le président : Ces études sont loin d'être terminées, n'est-ce pas, docteur?

Dr Richardson : C'est le cas de certaines d'entre elles. Pour revenir à votre autre question, je crois qu'une plus grande personnalisation des traitements permettrait d'avoir des approches plus diversifiées. Je crois que nous sommes plus près d'une réponse à cet égard par rapport à d'autres questions sur les traitements émergents.

Le président : Merci.

Le sénateur Boisvenu : Docteur, vous avez dit que vous n'aviez pas de données sur le lien entre l'itinérance et les patients qui abandonnent leur thérapie, et nous n'avons pas reçu de témoins qui travaillent avec la population itinérante. Devrions-nous en inviter, afin qu'ils nous donnent des données sur cette population?

Le président : Oui, absolument.

Dr Richardson : Je pourrais vous proposer d'inviter Cheryl Forchuk de l'Université Western Ontario. Elle a fait des

veterans, so there might be data there that I'm not aware of. That might be an individual you could contact.

Senator Boisvenu: We can get in contact with them. Good.

Senator R. Patterson: A very tight question goes to the standards that the Canadian Psychiatric Association has around PTSD and military veterans. The U.K. and the U.S. certify medical care providers so that they actually have the understanding, and they are the ones who treat veterans.

Can you see a place for that type of system in Canada, and what role would the Canadian Psychiatric Association have? Do you see a value there?

Dr. Richardson: That's probably something that I'd have to ask the Canadian Psychiatric Association whether they would endorse that, but I would definitely see that as looking at accreditation in terms of value, especially for military culture, to ensure that individuals know enough about the stressors in the military. Because you might have heard from veterans that they don't want to be sharing or explaining what the work life was like.

It definitely would be a benefit to ensure that, if it's not mandatory, at least veterans could ask, "Have you completed this course?" And that itself might be helpful.

The Chair: Thank you very much.

(The committee adjourned.)

recherches sur les vétérans en situation d'itinérance, alors il y a peut-être des données à ce sujet dont j'ignore l'existence. Vous pourriez peut-être la contacter.

Le sénateur Boisvenu : Oui, très bien, nous pouvons la contacter.

La sénatrice R. Patterson : J'ai une question très précise qui porte sur les normes de l'Association des psychiatres du Canada concernant le syndrome de stress post-traumatique et les vétérans militaires. Le Royaume-Uni et les États-Unis certifient les prestataires de soins médicaux afin qu'ils aient une bonne compréhension de la question, et ce sont eux qui traitent les vétérans.

Pensez-vous qu'il serait possible d'instaurer un tel système au Canada? Si oui, quel serait le rôle de l'Association des psychiatres du Canada? Pensez-vous que ce serait une bonne idée?

Dr Richardson : Il faudrait probablement que je m'adresse à l'Association des psychiatres du Canada pour savoir si elle serait en faveur d'une telle chose, mais je vois cela comme la possibilité de réfléchir à la valeur des accréditations, surtout pour la culture militaire, pour veiller à ce que le personnel soignant soit suffisamment sensibilisé aux facteurs de stress dans l'armée. Vous avez peut-être entendu des vétérans dire qu'ils ne veulent pas avoir à expliquer la nature de leur travail.

Si ce n'est pas obligatoire, ce serait quand même bien que les vétérans puissent demander au personnel soignant s'il a suivi tel ou tel cours. Cela pourrait être utile.

Le président : Merci beaucoup.

(La séance est levée.)
