

SENATE



SÉNAT

CANADA

First Session  
Forty-first Parliament, 2011-12

---

Première session de la  
quarante et unième législature, 2011-2012

---

*Standing Senate Committee on  
National Security and Defence*

*Comité sénatorial permanent de la  
sécurité nationale et de la défense*

*Proceedings of the Subcommittee on*

*Délibérations du Sous-comité des*

VETERANS AFFAIRS

ANCIENS COMBATTANTS

*Chair:*

The Honourable ROMÉO ANTONIUS DALLAIRE

---

*Président :*

L'honorable ROMÉO ANTONIUS DALLAIRE

---

Wednesday, April 25, 2012

Wednesday, May 2, 2012

Wednesday, May 9, 2012

---

Le mercredi 25 avril 2012

Le mercredi 2 mai 2012

Le mercredi 9 mai 2012

---

Issue No. 5

Fascicule n° 5

*Ninth, tenth and eleventh meetings on:*

Services and benefits provided  
to members of the Canadian Forces; to veterans; to  
members and former members of the Royal Canadian  
Mounted Police and their families

---

*Neuvième, dixième et onzième réunions concernant :*

Les services et les prestations dispensés aux membres des  
Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux  
membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du  
Canada et leurs familles

---

WITNESSES:

*(See back cover)*

TÉMOINS :

*(Voir à l'endos)*

SUBCOMMITTEE ON VETERANS AFFAIRS

The Honourable Roméo Antonius Dallaire, *Chair*

The Honourable Donald Neil Plett, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Andreychuk  
Day

Wallin

(Quorum 3)

Change in membership of the subcommittee:

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

The Honourable Senator Andreychuk replaced the Honourable Senator Nolin (*May 8, 2012*).

SOUS-COMITÉ DES ANCIENS COMBATTANTS

*Président* : L'honorable Roméo Antonius Dallaire

*Vice-président* : L'honorable Donald Neil Plett

et

Les honorables sénateurs :

Andreychuk  
Day

Wallin

(Quorum 3)

*Modification de la composition du sous-comité :*

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

L'honorable sénateur Andreychuk a remplacé l'honorable sénateur Nolin (*le 8 mai 2012*).

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Wednesday, April 25, 2012  
(12)

[*English*]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day at 12:06 p.m., in room 257, East Block, the chair, the Honourable Roméo Antonius Dallaire, presiding.

*Members of the subcommittee present:* The Honourable Senators Dallaire, Day, Nolin, and Plett (4).

*Other senator present:* The Honourable Senator Lang (1).

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

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, June 22, 2011, and delegated on Monday October 3, 2011 by the Standing Senate Committee on National Security and Defence, the subcommittee continued its study on the services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the Royal Canadian Mounted Police and their families. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

**WITNESSES:**

*Service Income Security Insurance Plan (SISIP):*

André Bouchard, President.

*National Defence:*

Colonel Gérard Blais, Director of Casualty Support Management;

Brigadier-General Fred Bigelow, Director General of Personnel and Family Support Services.

Brigadier-General Fred Bigelow made a statement, and, together, the witnesses answered questions.

At 1:17 p.m., the subcommittee adjourned to the call of the chair.

**ATTEST:**

\_\_\_\_\_

OTTAWA, Wednesday, May 2, 2012  
(13)

[*English*]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day at 12:08 p.m., in room 257, East Block, the chair, the Honourable Roméo Antonius Dallaire, presiding.

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le mercredi 25 avril 2012  
(12)

[*Traduction*]

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à 12 h 6, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Roméo Antonius Dallaire (*président*).

*Membres du sous-comité présents :* Les honorables sénateurs Dallaire, Day, Nolin et Plett (4).

*Autre sénateur présent :* L'honorable sénateur Lang (1).

*Également présent :* Martin Auger, analyste, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 22 juin 2011 et délégué le lundi 3 octobre 2011 par le Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, le sous-comité poursuit son étude sur les services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et leurs familles. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

**TÉMOINS :**

*Régime d'assurance-revenu militaire (RARM) :*

André Bouchard, président.

*Défense nationale :*

Colonel Gérard Blais, directeur, Gestion du soutien aux blessés;

Brigadier-général Fred Bigelow, directeur général, Services de soutien au personnel et aux familles.

Le brigadier-général Fred Bigelow fait une déclaration, et, ensemble, tous les témoins répondent aux questions.

À 13 h 17, le sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ :**

\_\_\_\_\_

OTTAWA, le mercredi 2 mai 2012  
(13)

[*Traduction*]

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à 12 h 8, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Roméo Antonius Dallaire (*président*).

*Members of the subcommittee present:* The Honourable Senators Dallaire, Day, Nolin, Plett and Wallin (5).

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

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, June 22, 2011, and delegated on Monday October 3, 2011 by the Standing Senate Committee on National Security and Defence, the subcommittee continued its study on the services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the Royal Canadian Mounted Police and their families. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

**WITNESSES:**

*National Defence:*

Colonel Gérard Blais, Director of Casualty Support Management;

Colonel Jean-Robert Bernier, Deputy Surgeon General.

*Veterans Affairs Canada:*

Raymond Lalonde, Director Operational Stress Injury National Network.

Colonel Blais, Colonel Bernier and Mr. Lalonde each made a statement, and, together, the witnesses answered questions.

At 1:16 p.m., the subcommittee adjourned to the call of the chair.

**ATTEST:**

OTTAWA, Wednesday, May 9, 2012

(14)

[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 Roméo Antonius Dallaire, presiding.

*Members of the subcommittee present:* The Honourable Senators Andreychuk, Dallaire, Day, Plett and Wallin (5).

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

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, June 22, 2011, and delegated on Monday October 3, 2011 by the Standing Senate Committee on National Security and Defence, the subcommittee continued its study on the services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the

*Membres du sous-comité présents :* Les honorables sénateurs Dallaire, Day, Nolin, Plett et Wallin (5).

*Également présent :* Martin Auger, analyste, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 22 juin 2011 et délégué le lundi 3 octobre 2011 par le Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, le sous-comité poursuit son étude sur les services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et leurs familles. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

**TÉMOINS :**

*Défense nationale :*

Colonel Gérard Blais, directeur, Gestion du soutien aux blessés;

Colonel Jean-Robert Bernier, médecin-chef adjoint.

*Anciens Combattants Canada :*

Raymond Lalonde, directeur, Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel.

Le colonel Blais, le colonel Bernier et M. Lalonde font chacun une déclaration et puis, ensemble, répondent aux questions.

À 13 h 16, le sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ :**

OTTAWA, le mercredi 9 mai 2012

(14)

[Traduction]

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à 12 h 7, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Roméo Antonius Dallaire (*président*).

*Membres du sous-comité présents :* Les honorables sénateurs Andreychuk, Dallaire, Day, Plett et Wallin (5).

*Également présent :* Martin Auger, analyste, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 22 juin 2011 et délégué le lundi 3 octobre 2011 par le Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, le sous-comité poursuit son étude sur les services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux membres et anciens membres de la

Royal Canadian Mounted Police and their families. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

*WITNESSES:*

*National Defence:*

Catherine A. Campbell, Assistant to the Chief Scientist, Military Personnel Research and Analysis;

Kerry Sudom, PhD, Military Personnel Research and Analysis;

Colonel Jean-Robert Bernier, Deputy Surgeon General.

*Veterans Affairs Canada:*

David Pedlar, PhD, Director, Research;

Anne-Marie Pellerin, Director, Rehabilitation and Case Management.

Dr. Pedlar and Ms. Campbell each made a statement, and, together, all the witnesses answered questions.

At 1:16 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:*

Gendarmerie royale du Canada et leurs familles. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

*TÉMOINS :*

*Défense nationale :*

Catherine A. Campbell, assistante du scientifique en chef, Recherche et analyse (Personnel militaire);

Kerry Sudom, Ph.D., Recherche et analyse (Personnel militaire);

Colonel Jean-Robert Bernier, médecin-chef adjoint.

*Anciens Combattants Canada :*

David Pedlar, Ph.D., directeur de la recherche;

Anne-Marie Pellerin, directrice, Réadaptation et gestion des cas.

M. Pedlar et Mme Campbell font chacun une déclaration, puis avec tous les autres témoins, répondent aux questions.

À 13 h 16, le sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

*La greffière du sous-comité,*

Josée Thérien

*Clerk of the Subcommittee*

**EVIDENCE**

OTTAWA, Wednesday, April 25, 2012

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day at 12:06 p.m. to study the services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the Royal Canadian Mounted Police and their families.

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

[*Translation*]

**The Chair:** Welcome, everyone, to the Subcommittee on Veterans Affairs. The subcommittee is currently studying the services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the Royal Canadian Mounted Police and their families. The study covers all dimensions related to the transition of members who are still serving or who are no longer serving or have become veterans, to help them integrate civilian life and contribute positively to their country and of course also be positive for themselves and their families.

Today, we have the pleasure of having General Bigelow, Director General of Personnel and Family Support Services at National Defence.

Good afternoon, General Bigelow. I did not receive your biography, so perhaps you could say a few words about your career.

General Bigelow is accompanied by Colonel Blais, Director of Casualty Support Management. It is not the first time we see him.

We also have André Bouchard, President of Financial Services for the Service Income Security Insurance Plan (SISIP), who has also been around for a long time.

Welcome to all of you.

**Brigadier-General Fred Bigelow, Director General of Personnel and Family Support Services, National Defence:** Mr. Chairman and members of the committee, it is a pleasure to be here today to provide you with an overview of my organization's role in facilitating the transition of Canadian Forces personnel from the military to civilian life.

I am joined, as the chair said, by Mr. André Bouchard, President of Financial Services for the Service Income Security Insurance Plan (SISIP), and Colonel Gerry Blais, Director of Casualty Support Management for the Canadian Forces and Commanding Officer of the Joint Personnel Support Unit (JPSU).

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le mercredi 25 avril 2012

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 6, pour étudier les services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et leurs familles.

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

[*Français*]

**Le président :** Bienvenue à tous au Sous-comité des anciens combattants. Le sous-comité étudie actuellement les services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et leurs familles. L'étude couvre toutes les dimensions ayant trait à la transition des membres qui, ultimement, sont soit encore en service ou ils ont quitté les services ou ils sont devenus anciens combattants, afin de les aider à progresser dans la vie civile et à devenir des entités positives pour le pays et nécessairement pour eux et leurs familles.

Aujourd'hui, nous avons le plaisir d'accueillir le général Bigelow, directeur général des services de soutien au personnel et aux familles à la Défense nationale.

Bonjour, général Bigelow. Je n'ai pas eu votre biographie, peut-être nous direz-vous deux ou trois mots au sujet de votre carrière.

Le général Bigelow est accompagné du colonel Blais, directeur de la gestion au soutien des blessés. Ce n'est pas la première fois que nous le voyons.

Nous accueillons également M. André Bouchard, président des Services financiers du Régime d'assurance-revenu militaire (RARM), qui est là depuis longtemps aussi.

Bienvenue à tous.

**Brigadier-général Fred Bigelow, directeur général, Services de soutien au personnel et aux familles, Défense nationale :** Monsieur le président et membres du comité, c'est un plaisir pour moi d'être ici aujourd'hui afin de vous offrir un aperçu de mon rôle au sein de l'organisation, c'est-à-dire de faciliter la transition du personnel des Forces canadiennes vers la vie civile.

Je suis accompagné, comme le président l'a dit, de M. André Bouchard, président des services financiers du Régime d'assurance-revenu militaire (RARM), et du colonel Gerry Blais, directeur de la gestion au soutien des blessés pour les Forces canadiennes et aussi le commandant de l'Unité interarmées de soutien du personnel (UISP).

[English]

Mr. Bouchard is responsible for administering the Canadian Forces Long Term Disability plan and the Vocational Rehabilitation Plan. Colonel Blais is responsible for the provision of non-clinical support services to ill and injured military personnel and transition services for all personnel leaving the Canadian Forces.

As you may know, the Canadian Force's Long Term Disability plan is a replacement income protection for Canadian Forces personnel whether they are released for medical reasons or depart voluntary. Personnel who leave the Canadian Forces due to medical limitations have an automatic 24-month entitlement to those benefits, and those who leave of their own volition are eligible for the same benefit if they are deemed to be totally disabled.

All long-term disability claimants may be eligible for continued benefits as long as they qualify as totally disabled, up to the age of 65. Please note that SISIP, the insurance program for long-term disability, is the first payer and covers members 24-7, whether those members have a service-related injury or disease or, indeed, if the injury or disease is not service-related.

Veterans Affairs programs integrate with the SISIP Long Term Disability and Vocational Rehabilitation Program, supporting members who are medically released.

[Translation]

Manulife Financial, as the contracted insurer for all SISIP insurance programs, provides administrative services such as all claims adjudication, the payment of monthly Long-Term Disability benefits, and management of the Vocational Rehabilitation Plan.

[English]

SISIP Financial Services has been in operation since 1969. The organization is an integral part of the Department of National Defence. It is dedicated exclusively to the Canadian Forces community. It is a division of my organization, the Canadian Forces Personnel and Family Support Services, and its personnel deliver life insurance products, financial counselling, financial planning services, financial management and education programs, in addition to administering the Long Term Disability and Vocational Rehabilitation Plan.

It should be noted that the Chief of the Defence Staff is the policyholder to SISIP programs. Treasury Board is responsible for the governance of the Long Term Disability programs and pays 95.5 per cent of the premiums for regular force long-term

[Traduction]

M. Bouchard est chargé de l'administration du régime d'invalidité de longue durée des Forces canadiennes et du régime de réadaptation professionnelle. Le colonel Blais est responsable de la prestation des services de soutien non cliniques aux militaires malades et blessés et des services de transition pour les militaires qui quittent les Forces canadiennes.

Comme vous le savez peut-être, le régime d'invalidité de longue durée des Forces canadiennes constitue une protection sous forme de revenu de remplacement si un membre des Forces canadiennes est libéré pour des raisons médicales ou quitte volontairement les forces armées. Les militaires qui quittent les Forces canadiennes en raison de restrictions médicales sont automatiquement admissibles à des indemnités pour une durée de 24 mois, et ceux qui quittent volontairement les Forces canadiennes ont droit à la même prestation si on détermine qu'ils sont atteints d'une invalidité totale.

Tous les prestataires d'invalidité de longue durée peuvent être admissibles aux prestations continues si on juge qu'ils sont atteints d'une invalidité totale jusqu'à l'âge de 65 ans. Il faut noter que le régime d'invalidité de longue durée du RARM est le premier payeur et qu'il couvre les militaires en tout temps peu importe s'ils sont atteints d'une blessure ou d'une maladie liée au service ou non.

Les programmes d'Anciens Combattants sont intégrés au programme d'invalidité de longue durée du RARM et de réadaptation professionnelle à l'appui des militaires libérés pour des raisons médicales.

[Français]

La Financière Manuvie, l'assureur contractuel de tous les programmes d'assurance du RARM, fournit des services administratifs comme le règlement des demandes, le paiement des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée et la gestion de plans de réadaptation professionnels.

[Traduction]

Les services financiers du RARM ont été créés en 1969. L'organisation fait partie intégrante du ministère de la Défense nationale et sert exclusivement la communauté des Forces canadiennes. Il s'agit d'une division des services de soutien au personnel et aux familles des Forces canadiennes dont le personnel offre des produits d'assurance-vie, des services de planification financière, des services de consultation et des programmes de sensibilisation à la gestion financière en plus d'administrer le régime d'invalidité de longue durée et le régime de réadaptation professionnelle.

Il faut également noter que le chef d'état-major de la Défense est le titulaire de polices pour les programmes du RARM. Le Conseil du Trésor est chargé de la gouvernance des programmes d'invalidité de longue durée et paye 95,5 p. 100 des prestations

disability and 100 per cent of the premiums for reserve force long-term disability plans.

The Vocational Rehabilitation Program is a component of the Canadian Forces Long Term Disability that provides members with an opportunity to obtain gainful employment in the civilian workforce. They do that by building on their existing education — a key point — their skills, their training and their experience at the time of release. Benefits under the Vocational Rehabilitation Program can begin as early as six months prior to release and continue on for 24 months post-release, for a period of up to 30 months.

Treasury Board, as I previously mentioned, has full governance of the plan, therefore SISIP Financial Services cannot pay benefits in excess of the various amounts authorized by Treasury Board with respect to claims and the Vocational Rehabilitation Program.

Recently, on April 10, the Minister of National Defence announced that enhancements to the minimum benefits paid under the Canadian Forces Long Term Disability program have been approved by Treasury Board, aligning them with the Veterans Affairs Canada Earnings Loss Benefit, or the ELB program, designed for disabled veterans. I will point out that these enhancements are retroactive back to October 3, 2011.

I would like to provide a few key statistics to demonstrate the benefits derived from SISIP to Canadian Forces personnel. There were about 141,000 serving and retired military personnel and their families insured under SISIP Financial Services life insurance plans in 2011. Approximately \$38.5 million in life insurance benefits were paid in that year.

There are currently 100,800 regular and reserve force members insured under the SISIP Financial Services Long Term Disability plan — the issue at hand today — and payments and support provided by long-term disability and vocational rehabilitation plans in 2011 were valued at \$71.2 million that year. Finally, we have roughly 3,500 members receiving long-term disability benefits and about 3,200 members received vocational rehabilitation plan benefits in 2011.

Moving from SISIP proper, we see the creation of the Joint Personnel Support Unit has facilitated interaction and the exchange of information between SISIP and the Canadian Forces to the benefit of the member. At the headquarters level, the Joint Personnel Support Unit transition services regularly update SISIP on an individual's release status and provide support documentation to expedite the process; whereas at the field level the Integrated Personnel Support Centre provides general information on the various programs available to releasing personnel, including long-term disability and vocational rehabilitation programs.

pour le régime d'invalidité de longue durée de la force régulière et 100 p. 100 des indemnités concernant le régime d'invalidité de longue durée de la force de réserve.

Le régime de réadaptation professionnelle fait partie du régime d'invalidité de longue durée des Forces canadiennes et fournit aux militaires la possibilité d'obtenir un emploi lucratif au sein de l'effectif civil en misant sur leur formation, leurs aptitudes et leur expérience au moment de leur libération. Les prestations offertes dans le cadre du régime de réadaptation professionnelle peuvent commencer six mois avant la libération et se terminer au plus tard 24 mois après celle-ci, ce qui totalise une indemnisation pouvant aller jusqu'à 30 mois.

Le Conseil du Trésor assume la pleine gouvernance du régime, comme je l'ai mentionné plus tôt, et les services financiers du RARM ne peuvent verser des prestations supérieures aux divers montants autorisés par le Conseil du Trésor en ce qui concerne les réclamations et le régime de réadaptation professionnelle.

Le 10 avril 2012, le ministre de la Défense nationale a annoncé que le Conseil du Trésor autorisait l'augmentation des prestations minimales versées dans le cadre du programme d'invalidité de longue durée des Forces canadiennes afin de les harmoniser à celles du programme d'allocation pour perte de revenu d'Anciens Combattants Canada à l'intention des militaires retraités atteints d'une invalidité. Il faut noter que ces améliorations seront rétroactives au 3 octobre 2011.

Je tiens à présenter quelques statistiques clés sur les prestations offertes par le RARM au personnel des Forces canadiennes. On comptait 141 042 militaires actifs et retraités et membres de la famille d'un militaire assurés par les régimes d'assurance vie des services financiers du RARM en 2011. Cette même année, environ 38,5 millions de dollars ont été versés en prestations d'assurance vie.

On compte actuellement 100 800 membres de la force régulière et de la réserve assurés par le régime d'invalidité de longue durée des services financiers du RARM, voilà ce dont il est question aujourd'hui. Les versements et le soutien offerts dans le cadre des régimes d'invalidité de longue durée de réadaptation professionnelle en 2011 sont évalués à 71,2 millions de dollars. Finalement, environ 3 500 militaires ont reçu des prestations d'invalidité de longue durée et environ 3 200 ont reçu des prestations du régime de réadaptation professionnelle en 2011.

La création de l'UISP a facilité l'interaction et l'échange de renseignements entre le RARM et les FC, ce qui constitue un avantage pour les militaires. À l'échelle du quartier général, les services de transition de l'UISP font régulièrement le point avec le RARM sur l'état de libération d'un militaire et offrent des documents d'appui pour accélérer le processus. Au niveau local, les centres intégrés de soutien du personnel offrent des renseignements généraux sur les différents programmes offerts aux militaires libérés, y compris les programmes d'invalidité de longue durée et de réadaptation professionnelle.



For further information, an appointment is arranged with the local SISIP representative who tailors a solution to each person. Contact is also made with our colleagues in Veterans Affairs at the early stage to ensure that the transition efforts are coordinated in order to ensure that the person leaving the Canadian Forces has the very best opportunity for a successful transition to civilian life.

[*Translation*]

Transition services provided by the Canadian Forces in addition to those available through the SISIP programs include Second Career Assistance Network seminars at every Canadian Forces base to assist with retirement planning and preparation, Priority Hiring in the Public Service, job placement in the private sector through the Transition Assistance Program, Education Reimbursement for upgrading and in preparation for career transition and the Vocational Rehabilitation Plan for Serving Members that allows up to six months of career transition preparation prior to release.

[*English*]

Mr. Chair, this concludes my opening remarks and we would be pleased to respond to any questions you have. You did ask if I would care to explain my bio. I do not know if that is of interest now, but I would like to point out that after a pretty traditional operational career, where I had a chance to deal with these programs from the bottom up, from the unit or the base level, dealing with the services we provide, whether it is insurance through the IPSCs and IPSUs, it was my strong desire to work in human resources. I sought out this particular position because of the chance we get to work with the ill and injured on Colonel Blais' side and the other human resources services we provide our members, and particularly the families of our members.

With that, it would be our pleasure to take any questions you may have.

**The Chair:** Did you fly maritime air?

**Brig.-Gen. Bigelow:** Principally maritime patrol, as well as search and rescue and a little bit of teaching on the prairies.

**The Chair:** Thank you very much.

I have Senators Plett and Lang to start. I remind senators that we have an hour and a few minutes as we go around on what can be a bit of a complex exercise as we look at the whole program. We should also remember Veterans Canada in all this.

**Senator Plett:** Thank you for accepting our invitation to come here again. We certainly appreciate all the presentations you have made in the past and we appreciate this one as well.

Si un militaire désire de plus amples renseignements, vous pouvez prévoir un rendez-vous avec le représentant local du RARM qui trouvera une solution adaptée à ses besoins. On communique également avec les collègues d'Anciens Combattants Canada pour veiller à ce que les efforts de transition soient coordonnés afin que la personne quittant les FC ait les meilleures chances de succès dans sa transition vers la vie civile.

[*Français*]

Les services de transition fournis par les Forces canadiennes, en plus de ses affaires pour les programmes du RARM, comprennent les séminaires de services de préparation à une seconde carrière donnés au sein de chaque base des Forces canadiennes pour aider à planifier la retraite et s'y préparer, l'embauche dans la fonction publique, le placement dans le secteur privé au moyen d'un programme d'aide à la transition, le remboursement de frais de scolarité aux fins de mise à niveau et de préparation en vue de la transition, et le régime de réadaptation professionnelle pour les militaires actifs, qui permet une période de préparation à la transition de carrière allant jusqu'à six mois avant la libération.

[*Traduction*]

Monsieur le président, voilà ce qui met fin à ma déclaration préliminaire; je serai ravi de répondre à toutes les questions que vous pourriez avoir. Vous avez demandé si je voulais expliquer ma biographie. Je ne sais pas si c'est une question d'intérêt, mais j'aimerais signaler qu'après une carrière opérationnelle assez traditionnelle, où j'ai eu la chance de composer avec ces programmes à tous les niveaux, de l'unité à la base, en passant par les services que nous offrons, qu'il s'agisse d'assurances au CISP ou au UISP, je désirais fortement travailler dans le domaine des ressources humaines. J'ai demandé ce poste parce que je voulais avoir la chance de travailler avec les gens blessés et malades du côté du colonel Blais et les autres services de ressources humaines que nous offrons à nos membres, en particulier aux familles de nos membres.

Sur ce, je serai ravi de répondre aux questions que vous pourriez avoir.

**Le président :** Avez-vous fait de l'aviation maritime?

**Bgén Bigelow :** Surtout de la patrouille maritime, de même que de la recherche et sauvetage et un peu d'enseignement dans les Prairies.

**Le président :** Merci beaucoup.

Les sénateurs Plett et Lang vont commencer. Je rappelle aux sénateurs que nous avons une heure et quelques minutes pour faire le tour et examiner le programme en entier dans le cadre d'un exercice qui peut être un peu complexe. Il ne faut pas oublier Anciens Combattants Canada dans le cadre de ce processus.

**Le sénateur Plett :** Je vous remercie d'avoir accepté notre invitation et d'être revenu. Nous vous remercions de tous les exposés que vous avez faits par le passé de même que pour celui-ci.

I have a document from a group that is a little unhappy with compensation that some of our vets are receiving. One of the things that I hear about is a comparison of our disability plans with workers' compensation and even with private insurance. This group compares the benefits they are receiving with workers' compensation benefits that they would be receiving if they had been injured under Workers' Compensation.

First, I understand that there is obviously a huge difference in the two. Clearly, workers' compensation injuries are generally injuries that are more by way of an accident, and compensation varies from province to province.

Would any one of you indicate whether you believe that the compensation packages we offer injured and disabled vets are close to what many of the workers' compensation programs in the provinces would be paying?

Also, if those of us who have been in business have had group benefit packages that we have gotten for employees, how do they compare to the average type of package that we could get there?

**Brig.-Gen. Bigelow:** My focus to date has been on comparing how our package relates to other government-funded disability plans, but that does not answer your question. I will see if Mr. Bouchard can answer your question concerning how our package relates to other packages we would see provincially, across the country.

**André Bouchard, President, Service Income Security Insurance Plan (SISIP):** Like you, I know how we compare with the other government insurance plans, but I would not have an answer as to how we compare overall with the various workers' compensation plans across this land and as to what other insurance companies do provide. With respect to other insurance companies, it depends. A person would have to buy the coverage that they need, and, of course, they would have to pay a high price for that coverage. However, generally speaking, my focus is on the various government disability insurance plans, and I can say that we do compare extremely well with all of them. For example, the RCMP essentially mirrors the benefits in our plan. Essentially, the plans that you or the members of the public service have would also compare fairly well with what we have. The benefit we pay is essentially 75 per cent of someone's pay at the time of release. Most of the DI plans within government would pay maybe 70 per cent, except for the RCMP, which pays 75 per cent. That would be the extent of my answer.

**Colonel Gérard Blais, Director of Casualty Support Management, National Defence:** We do have one outstanding program for reservists called reserve force compensation. Any reservist injured as a result of their military service receives 100 per cent of their salary until they are either able to continue

J'ai un document d'un groupe qui est quelque peu mécontent des indemnités que touchent certains de nos anciens combattants. J'entends parler de comparaison entre notre régime d'invalidité avec les indemnités aux accidentés du travail et même les assurances privées. Ce groupe compare les prestations reçues par ses membres aux indemnités d'accident du travail qu'ils toucheraient s'ils avaient été blessés dans le cadre du programme des accidentés du travail.

D'abord, je comprends qu'il y a une énorme différence entre les deux. De toute évidence, les blessures qui donnent lieu à l'indemnisation des accidentés du travail sont généralement des blessures qui découlent davantage d'un accident, et l'indemnisation varie d'une province à l'autre.

Est-ce que l'un d'entre vous aimerait indiquer s'il croit que les indemnités que nous offrons aux anciens combattants blessés et handicapés sont comparables à ce que de nombreux programmes d'indemnisation des accidentés du travail dans les provinces paieraient?

Aussi, pour les gens parmi nous qui étaient en affaires et qui avaient des régimes de groupe comme employés, comment ceux-ci se comparent-ils aux indemnités obtenues ici?

**Bgén Bigelow :** À ce jour, je me suis concentré sur la comparaison de nos indemnités à celles d'autres régimes d'invalidité financés par le gouvernement, mais ça ne répond pas à votre question. Je vais voir si M. Bouchard peut répondre à votre question concernant la façon dont nos indemnités se comparent à d'autres indemnités à l'échelle provinciale, partout au pays.

**André Bouchard, président, Régime d'assurance-revenu militaire (RARM) :** Comme vous, je sais comment nos régimes se comparent aux autres régimes d'assurance du gouvernement, mais je n'ai pas une réponse concernant la comparaison avec les divers régimes d'indemnisation des accidentés du travail partout au pays et avec ce qui est offert par d'autres compagnies d'assurances. Pour ce qui est des autres compagnies d'assurances, ça dépend. Une personne aurait à acheter la couverture nécessaire et évidemment, elle aurait à payer une prime élevée pour cette couverture. Toutefois, de façon générale, je me concentre sur les régimes d'assurance-invalidité des gouvernements, et je peux vous dire que nos régimes se comparent très favorablement à ces régimes. Par exemple, la GRC a essentiellement une copie conforme de notre régime. Essentially, le plan que vous et les membres de la fonction publique avez se compare assez bien à ce que nous avons. Nous payons essentiellement 75 p. 100 du salaire au moment de la libération. La plupart des régimes d'assurance-invalidité au gouvernement paieraient peut-être 70 p. 100, sauf celui de la GRC, qui verse 75 p. 100. Voilà l'étendue de ma réponse.

**Colonel Gérard Blais, directeur, Gestion du soutien aux blessés :** Nous avons un programme en suspens pour les réservistes appelé indemnisation de la force de réserve. Tout réserviste blessé en service reçoit 100 p. 100 de son salaire jusqu'à ce qu'il puisse reprendre soit son service militaire soit une opération civile soit,

with their military or civilian operation or, because a lot of our reservists are still at school, until they can resume school full time. Until the doctor certifies that they are ready to do that, we give them 100 per cent of their salary.

**Brig.-Gen. Bigelow:** If I may, senator, and if the chair is in agreement, I would like to take that question as notice. I will tell you why. I have been doing a similar analysis on our life insurance policies — the premiums we pay and the benefits — in comparison to those available in Canada in the private market.

For the same reason you are interested, I too would like to know how those programs compare to the comparable programs available from the various provinces. It would be my pleasure to get that analysis back to this committee.

**Senator Plett:** Thank you very much. I would appreciate that because my second question was about the life insurance policies, so you have started already with that.

Do you have an answer about the life insurance policies?

**Brig.-Gen. Bigelow:** I certainly do, senator. We offer a couple of types of life insurance programs. Most of our serving members get what you are familiar with as a group term policy. There is a slightly different policy available, but it is the same idea for group term insurance for those post retirement.

Generally speaking, our rates are favourable. It depends, of course, on what groups you are comparing it to. We have done a fairly rigorous analysis, and there are, indeed, groups. For example, I always cite the Canadian Bar Association, which has a very favourable premium plan compared to ours. However, generally speaking, our rates are favourable, but that is only part of the story because we do not differentiate based on employment. I will deal with war risk coverage later. As a very personal example, but a good one, when my wife was pregnant with our first child, I was teaching and flying a small jet in Moose Jaw. My sister, who is in the insurance business, would sell me a policy, but she could not come close to the rates that I could achieve with SISIP because of the way SISIP is structured not to differentiate based on one's actual occupation.

I am saying our rates are favourable, but our coverage, generally speaking, is broader and better in the sense that it has no limitations for either occupation or war risk. That is an issue that has changed somewhat since Senator Dallaire and I first started with the military. We did not have war risk coverage, in the days of the Cold War, should Canada have gone to war with certain nations, which would likely have been a disaster, a global war.

parce que beaucoup de nos réservistes sont aux études, retourner aux études à temps plein. Jusqu'à ce qu'un médecin certifie que ce réserviste blessé peut reprendre ce type d'activités, on lui verse 100 p. 100 de son salaire.

**Bgén Bigelow :** Si vous permettez, sénateur, et si le président est d'accord, j'aimerais répondre à votre question en différé. Je vais vous dire pourquoi. J'ai fait une analyse semblable de nos régimes d'assurance vie — la prime que nous payons et les prestations — en comparaison avec ceux offerts au Canada dans le marché privé.

Pour les mêmes raisons que vous, je voulais savoir comment ces programmes se comparaient à nos programmes offerts dans les provinces. Je serai ravi de fournir cette analyse au comité.

**Le sénateur Plett :** Merci beaucoup. Je vous en serais reconnaissant parce que ma seconde question portait sur les régimes d'assurance vie, mais vous avez déjà abordé le sujet.

Avez-vous une réponse concernant les régimes d'assurance vie?

**Bgén Bigelow :** Certainement, sénateur. Nous offrons quelques types de régimes d'assurance vie. La plupart de nos membres en service obtiennent ce que vous connaissez comme étant une politique ou plutôt une police d'assurance vie collective temporaire. Il y a une autre police quelque peu différente qui est offerte, mais c'est la même chose que la police collective temporaire pour les retraités.

Généralement, nos taux se comparent favorablement. Bien sûr, cela dépend des groupes avec lesquels on les compare. Nous avons fait des analyses assez rigoureuses, et il existe en effet de tels groupes. Je donne toujours en exemple l'Association du Barreau canadien, qui a un régime de primes très avantageux comparativement au nôtre. Cependant, généralement, nos taux sont meilleurs, mais ce n'est qu'une partie du tableau parce que nous ne faisons pas de distinction selon l'emploi. Je parlerai de la couverture pour risques de guerre plus tard. À titre d'exemple très personnel, mais c'en est un bon, lorsque ma femme était enceinte de notre premier enfant, j'enseignais et je pilotais un petit avion à réaction à Moose Jaw. Ma sœur, qui est dans le domaine des assurances, pouvait me vendre une police, mais elle n'arrivait même pas près des taux que j'avais du RARM parce que le RARM est prévu de façon à ne pas faire de distinction selon l'emploi d'une personne.

Je dis que nos taux sont préférables, mais notre couverture, en général, est plus large et meilleure parce qu'il n'y a pas de limite en terme d'emploi ou de risques de guerre. C'est une situation qui a quelque peu changé depuis que le sénateur Dallaire et moi avons joint les rangs. Nous n'aurions pas eu de couverture pour risques de guerre, à l'époque de la guerre froide, si le Canada était entré en guerre avec certains pays, ce qui aurait probablement été une catastrophe, une guerre mondiale.

Around 1991, that was changed such that any member was covered in the situation of a war zone or, as we talk about now, terrorism, which is something that almost all policies will not cover.

When you combine the fact that our rates are generally favourable with the broad coverage and no war risk and terrorism exclusion, that puts us in pretty good stead.

**Senator Plett:** Thank you. Does SISIP pay even if the injured vet has some other private life insurance or accident policy? You would pay regardless?

**Brig.-Gen. Bigelow:** I would be careful there. Are we talking about life insurance or disability?

**Senator Plett:** I am talking about both.

**Brig.-Gen. Bigelow:** That is what I thought, sir. Life insurance is not a problem. The life insurance policy would be paid out. When we look at long-term disability insurance, we talk about the first payer. Generally speaking, SISIP is the first payer. However, as you may be aware, depending on other sources of income, reductions can be made to the long-term disability payout, which is traditionally 75 per cent of what one was making at release. There are reasons why that would be reduced. For disability, that number could be reduced if, for example, there was a pension amount — Canadian Forces Superannuation Act pension. Those things would be pulled off the top such that the net amount would still remain at 75 per cent. Do I have that right, Mr. Bouchard?

**Mr. Bouchard:** Yes. However, in addition to CFSAP, the Canada Pension Plan would also be a reduction, as would the monthly Pension Act payment that some members may still receive. Those are the only three reductions from the 75 per cent. They are guaranteed, overall, a benefit of 75 per cent of their pay at the time of their release.

**Senator Plett:** You spoke about helping people prepare for retirement. One of the things that we have heard — and at least Senator Dallaire was with me in Edmonton a year or so ago — is that our communication is not always as good as it should be. Yet, when we sat around the dinner table, I asked some of the young vets. Of course, we were meeting with veterans. I always thought veterans should have a haircut like yourself, general, and here we had these young guys who were 21 or 22 years old and had done two or three tours of duty. I asked them about the communications, and they said, “Well, senator, you know, when we have free time, leave, or whatever, most of us would rather go and drink beer than go to listen to some seminar about what our benefits are.”

Vers 1991, cela a changé et tous les membres étaient couverts en cas de guerre ou, comme on le dit maintenant, de terrorisme. Or, presque aucune autre police n'offre de protection contre le terrorisme.

Lorsque l'on ajoute au fait que nos taux sont habituellement meilleurs, la couverture élargie et l'absence d'une exclusion pour risques de guerre et terrorisme, cela nous place en très bonne position.

**Le sénateur Plett :** Merci. Est-ce que le RARM paye même si l'ancien combattant blessé est couvert par d'autres polices privées d'assurance vie ou d'assurance accident? Vous paieriez quand même?

**Bgén Bigelow :** Soyons prudents ici. Parlons-nous d'assurance vie ou d'invalidité?

**Le sénateur Plett :** Je parle des deux.

**Bgén Bigelow :** C'est ce que je pensais, monsieur. L'assurance vie ne pose pas problème. La police d'assurance vie serait versée. Pour l'assurance invalidité de longue durée, on parle du premier payeur. Habituellement, RARM est le premier payeur. Toutefois, comme vous le savez peut-être, selon les autres sources de revenus, il peut y avoir des réductions au paiement de l'assurance invalidité de longue durée, qui représentent normalement 75 p 100 de ce qu'une personne gagnait à sa libération. Il y a des raisons qui mènent à de telles réductions. Pour l'invalidité, cette somme pourrait être réduite si, par exemple, il y avait le versement d'une pension — une pension en vertu de la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes. Ces paiements seraient déduits pour que le montant net demeure toujours à 75 p. 100. Ai-je raison, monsieur Bouchard?

**M. Bouchard :** Oui. Cependant, en plus de la pension de retraite des Forces canadiennes, le Régime de pensions du Canada constituerait également une réduction, tout comme le paiement mensuel en vertu de la Loi sur les pensions que certains membres recevraient toujours. Voilà les seules trois déductions des 75 p. 100. En gros, on leur garantit des prestations équivalentes à 75 p. 100 de leur paye au moment de leur libération.

**Le sénateur Plett :** Vous avez parlé d'aider les gens à se préparer pour leur retraite. L'une des choses que nous avons entendues — et il y avait au moins le sénateur Dallaire qui m'accompagnait à Edmonton il y a environ un an — c'est que nos communications ne sont pas toujours aussi bonnes qu'elles pourraient l'être. J'en ai discuté avec certains jeunes anciens combattants lors d'un souper. Bien sûr, nous rencontrions des anciens combattants. J'ai toujours pensé que les anciens combattants devraient avoir une coupe de cheveux comme la vôtre, général, alors que nous avions devant nous ces jeunes hommes de 21 ou 22 ans qui avaient fait deux ou trois périodes d'affectation. Je leur ai posé des questions sur les communications et ils m'ont répondu : « Eh bien, sénateur, vous savez, lorsque nous avons du temps libre, des congés ou quelque chose d'autre, la plupart d'entre nous préfèrent sortir boire une bière que d'aller écouter un séminaire sur nos prestations. »

They were not complaining about the lack of communication, but, overall, we hear that many of our vets are not familiar with what options are out there for them. How well do we communicate retirement planning benefits, teaching veterans what benefits there are out there for them?

**Brig.-Gen. Bigelow:** I will start and then maybe pass it over to Colonel Blais, who is actually dealing with these people in transition.

I honestly think that we do a pretty good job of trying to lead a horse to water. We run things through — and I made reference to it in my opening remarks — the Second Career Assistance Network, like a two-day workshop for everyone who is potentially leaving the military. We encourage people to take it long before making final plans, and there is another day specifically designed for people who have injuries or who are leaving on a medical release because their administration is more complicated. There is a lot of information out there. I recently attended one of these SCAN seminars, and I got a fair bit out of it. Not everyone avails themselves of that information. What the people who work for me are tired of hearing is that communications tend to be the root of all evil in any organization. Mr. Blais and I have been dealing with a couple of cases recently where an individual, who is soon to be released, misunderstands his situation because he has not got the right information. That turns a very minor issue into a huge problem and a lot of angst for that individual and his family.

To recap, I think we are doing a good job, but especially when emotions are involved. Again, the easy cases, the people who sleep well, come to work, pay attention and read what is given to them, that is okay. People who are dealing with huge issues in their life, be it physical or mental injury, their receiver is not always as finally tuned, and we need to be sensitive to that. That does not make it easier when dealing with the tough cases. That is my overview.

Colonel Blais and his staff are dealing with this stuff every day in the IPSCs.

**Col. Blais:** The one big improvement we have made recently is that transition services used to be split. I looked after them for the ill and injured and the Canadian Defence Academy looked after them for the remainder of the Canadian Forces. The CMP has decided that will be done through one shop, which is ours. The one instrument we have to make this easier is that in each of the Integrated Personnel Support Centres we have a position called an outreach coordinator. They go to every unit in their location, in their region, and provide briefings. Not only will they explain the benefits are for ill and injured personnel, but they will expand

Ce n'est pas qu'ils se plaignent du manque de communication, mais, dans l'ensemble, de nombreux anciens combattants connaissent mal les options qui s'offrent à eux. Comment pourrait-on mieux informer les anciens combattants sur les prestations auxquelles ils pourraient avoir droit au moment de leur retraite?

**Bgén Bigelow :** Je vais vous répondre avant de laisser le colonel Blais compléter ma réponse, car c'est lui qui fait affaire avec ceux qui sont en transition.

Je crois honnêtement que nous réussissons plutôt bien à amener les membres des forces armées à s'informer. Nous procédons de différentes façons; dans mon allocution d'ouverture, j'ai notamment fait allusion au service de préparation à une seconde carrière, un atelier de deux jours pour tous ceux qui pourraient quitter les forces armées. Nous encourageons tout le monde à suivre cet atelier bien avant de mettre la dernière touche à leur projet de départ. Il y a aussi un atelier d'une journée conçu spécialement pour ceux qui souffrent de blessures ou qui sont libérés pour raison médicale, car l'administration de ces cas est plus compliquée. Nous avons beaucoup d'information pour eux. J'ai récemment assisté à l'un de ces séminaires du SPSC et j'en ai retiré beaucoup. Malheureusement, tous ne vont pas chercher cette information. Ceux qui travaillent pour moi en ont assez d'entendre dire que c'est au niveau des communications que le bât blesse dans toute organisation. M. Blais et moi avons récemment traité de deux ou trois cas de militaires sur le point d'être libérés qui ne comprenaient pas leur situation parce qu'ils n'avaient pas les bonnes informations. De petits problèmes prennent alors d'immenses proportions et deviennent une grande source d'inquiétude pour eux et leur famille.

Bref, je crois que nous faisons du bon travail, surtout du côté émotif. Encore une fois, pour les cas faciles, pour ceux qui dorment bien, qui vont au travail, qui sont attentifs et qui lisent toutes les informations qu'on leur donne, ça va. Ceux qui sont aux prises avec de grandes difficultés dans leur vie, que ce soit au niveau physique ou psychologique, l'information ne se rend pas aussi bien et nous devons être sensibles à cela. Il est certain que cela ne facilite pas le traitement des cas difficiles. C'était mon petit aperçu.

Le colonel Blais et son personnel s'occupent de ces militaires tous les jours dans les CISP.

**Col Blais :** Nous avons fait un grand changement récemment. Auparavant, je m'occupais des malades et des blessés alors que l'Académie canadienne de défense s'occupait des autres membres des forces armées. Le chef personnel militaire a décidé que, dorénavant, il y aurait un guichet unique, soit notre service. Pour faciliter le travail, il y a maintenant un coordonnateur chargé de la liaison dans chaque centre intégré de service au personnel. Ils se rendent dans toutes les unités de leur région pour des séances d'information au cours desquelles ils expliquent non seulement les prestations destinées aux militaires malades et blessés, mais aussi

on retirement and transition possibilities. That will get the word out more efficiently.

**Senator Plett:** Those are volunteer workshops?

**Col. Blais:** In some cases. In many of them they are professional development sessions asked for by the commanding officer, and for those it is, "You will attend."

**Senator Plett:** Thank you.

**The Chair:** In the case that we are talking about today, we are talking about veterans still in service who are transitioning outside of the service and will fall under the auspices, at one point, of Veterans Affairs. SISIP is that sort of holding pattern before Veterans Affairs kicks in. That might be a point of questioning that we might want to talk about later. We will come back to that.

**Senator Lang:** I want to bring Senator Wallin's regrets that she could not be here. She has a personal family matter that she has to attend to and has asked me to sit in for her.

I have a number of questions. First, in your opening statement you refer to the premiums for the regular force of 95.5 per cent and then 100 per cent of the premiums for the reserve force long-term disability plan that is paid for by Treasury Board. Is that consistent throughout government? Is that for all government programs, from the point of view of premiums being paid?

**Brig.-Gen. Bigelow:** First, let me explain that 95.5 per cent figure and then we will talk about across the government.

Reserve force is easy: 100 per cent. With the regular force, the government pays 100 per cent of the premiums for service-attributable illness or injury. However, for non-service-attributable illness or injury they pay 85 per cent, and 15 per cent is paid for by the member. That has not always been thus; I think it goes back to 2009.

**Mr. Bouchard:** It goes back to 2009. To answer part of your question, it is also in line with what the other government plans are doing. There are two components to our long-term disability. One we refer to as "own occupation" for the first 24 months. If you have a medical condition that is directly attributable to military service, this is the piece where the government will fund 100 per cent of the premium. This is consistent with what they do with the other government plans.

**Senator Lang:** That was basically my question, whether we were paying a 100 per cent premium across the board for these various types of insurance.

ce qui s'offre aux militaires qui sont à l'aube de la retraite ou d'une transition. Ils pourront diffuser les informations beaucoup plus efficacement.

**Le sénateur Plett :** Est-ce que la participation à ces ateliers est volontaire?

**Col Blais :** Dans certains cas. Souvent, il s'agit de séances de perfectionnement auxquelles le commandant exige qu'on participe.

**Le sénateur Plett :** Merci.

**Le président :** Les cas dont nous traitons aujourd'hui sont ceux de militaires encore actifs qui quitteront les forces armées et qui relèveront alors du ministère des Anciens Combattants. Le RARM permet d'assurer la transition jusqu'à ce que le ministère des Anciens Combattants prenne la relève. C'est un sujet que nous voudrions peut-être aborder plus tard. Cela pourrait faire l'objet de questions.

**Le sénateur Lang :** Je vous transmets les excuses du sénateur Wallin qui ne peut être présent. Elle doit s'occuper d'une affaire familiale personnelle et m'a demandé de la remplacer.

J'aurais quelques questions. Premièrement, dans votre déclaration vous expliquez que le Conseil du Trésor paie 95,5 p. 100 des prestations du régime d'invalidité de longue durée de la force régulière et 100 p. 100 des indemnités de ce régime pour la force de réserve. Est-ce la règle dans l'ensemble du gouvernement? Est-ce que cela s'applique à tous les programmes gouvernementaux, du point de vue du versement des cotisations?

**Bgén Bigelow :** Permettez-moi d'expliquer tout d'abord ce chiffre de 95,5 p. 100. Je parlerai ensuite de la situation dans l'ensemble du gouvernement.

Pour la force de réserve, c'est simple : le Conseil du Trésor paie 100 p. 100 des primes. Dans le cas de la force régulière, le gouvernement paie 100 p. 100 des cotisations relativement aux blessures ou aux maladies attribuables au service militaire. Cependant, dans le cas des maladies ou blessures non attribuables au service, le gouvernement paie 85 p. 100 tandis que le membre paie 15 p. 100. Ça n'a pas toujours été le cas; je crois que c'est la situation depuis 2009.

**M. Bouchard :** Cela remonte à 2009. Pour répondre partiellement à votre question, cela correspond à ce que paient les autres régimes d'assurance gouvernementaux. Notre régime d'assurance invalidité de longue durée comporte deux éléments. Le premier élément est lié à la profession du militaire pendant les 24 premiers mois. Si vous avez un problème de santé directement attribuable au service militaire, c'est cet élément qui fait en sorte que le gouvernement paiera 100 p. 100 de la cotisation. C'est ce que prévoient également les autres régimes gouvernementaux.

**Le sénateur Lang :** C'était là le sens de ma question. Payons-nous 100 p. 100 des cotisations de ces différentes assurances pour tous les fonctionnaires?

I want to go to another area, if I could. We referred to the Vocational Rehabilitation plan and you said the numbers receiving benefits under that were 3,217 members. Can you give us some idea of our success rate from the point of view of providing the Vocational Rehabilitation plan? Since we have had some experience, at the end of the day how many are successful and move on to other capacities in life and subsequently, I would say, we, at that time, bear no responsibility?

**Mr. Bouchard:** On the success rate, when we look at the complete book of business, we have roughly over 3,000 members. That is always in vocational rehabilitation. That means that any given year about 1,000 new members come in and some leave the program. With respect to the 1,000 who leave on any given annual basis, the success rate is about 70 per cent. That would be people who would have the right skill sets to find gainful employment. The key words there are the tools and the skill sets to find gainful employment. That is about 70 per cent of that 1,000.

We do not track numbers of people, per se, who find employment, but while they are within the confines of the program, during the first 24 months, we know a good number of people leave the program. That is because they have the skills, and during that 24 months they are physically finding employment.

There is also a group of people who will terminate after 24 months who have the skill sets, but we do not know whether they have found employment. The success rate of giving people, the claimants, the required skill sets is over 70 per cent. That is our success rate right now.

**Senator Lang:** Perhaps you could clarify this for me then, because I am somewhat confused. If I were a vet and I enrolled in the Vocational Rehabilitation plan and I spent 24 or 30 months — according to this that is the longest that I could be part of that program — at that stage am I then on my own to move on into civilian life?

**Mr. Bouchard:** Before you move on your own you are given all the required tools to find employment. For example, it could be a job search or a job lead with various employers. We do all of those things while the person is within the 24 months. Once they leave the program that essentially stops. There is also a transition that happens with Veterans Affairs. Those people are essentially not being dropped.

That is why, concurrently with VAC, those people could go to VAC and while in search of employment could receive benefits under VAC, similar to under the SISIP LTD. It is similar to SISIP LTD, which is the Earnings Loss Benefit. Some people could qualify under VAC for other benefits while in search of employment.

Je vais passer à un autre sujet. On a parlé du Programme de réadaptation professionnelle et vous avez dit que 3 217 membres touchaient des prestations en vertu de ce programme. Quel est le taux de réussite des participants au Programme de réadaptation professionnelle? Ce programme existe déjà depuis un certain nombre d'années, alors j'aimerais savoir combien des personnes y ayant participé réussissent à gagner leur vie par la suite si bien que nous n'avons plus de responsabilité à leur endroit?

**M. Bouchard :** En ce qui concerne le taux de réussite, je vous dirais que grosso modo plus de 3 000 membres ont suivi le programme jusqu'à la fin. Je parle encore des programmes de réadaptation professionnelle. Bon an mal an, quelque 1 000 nouveaux membres s'inscrivent au programme et certains le quittent. Pour les 1 000 membres qui quittent le programme chaque année, le taux de réussite est d'environ 70 p. 100. Il s'agit de personnes qui ont les compétences nécessaires pour se trouver un emploi rémunéré. L'important, c'est qu'ils aient les outils et les compétences nécessaires pour trouver du travail rémunéré. C'est le cas d'environ 70 p. 100 de ces 1 000 membres.

Nous n'avons pas de statistiques sur le nombre de participants qui trouvent du travail, mais nous savons qu'un bon nombre d'entre eux quittent le programme au cours des 24 premiers mois, alors qu'ils pourraient poursuivre. S'ils partent, c'est qu'ils ont acquis les compétences nécessaires pendant ces 24 mois et qu'ils sont en mesure physiquement de trouver un emploi.

Dans d'autres cas, les participants ont les profils de compétences nécessaires après avoir suivi le cours de 24 mois, mais nous ne savons pas s'ils ont trouvé du travail. Le taux de réussite pour ce qui est de l'acquisition des compétences nécessaires est de 70 p. 100 des participants. Voilà notre taux de réussite actuel.

**Le sénateur Lang :** Je ne suis pas sûr d'avoir bien compris. Disons que je suis un ancien combattant et que je m'inscris au Programme de réadaptation professionnelle auquel je participe pendant 24 ou 30 mois — selon la durée maximale du programme dans mon cas. À quel moment serais-je en mesure de faire la transition à la vie civile?

**M. Bouchard :** On vous donnera auparavant tous les outils nécessaires pour trouver du travail. Par exemple, on pourrait vous aider à faire une recherche d'emploi ou vous présenter à divers employeurs. Nous faisons tout cela pendant que la personne en est à ses 24 premiers mois. Toutefois, lorsque la personne quitte le programme, cela s'arrête. Mais il y a également une transition prévue par le ministère des Anciens Combattants; ces personnes ne sont pas laissées à elles-mêmes.

Ainsi, une personne peut toucher des prestations relevant d'ACC pendant sa recherche d'emploi, tout comme des prestations d'invalidité de longue durée en vertu du RARM. Le principe est le même que celui du RARM pour ce qui est de l'invalidité de longue durée, c'est-à-dire qu'on lui verse une prestation pour compenser sa perte de revenus. Certaines personnes peuvent avoir droit à d'autres prestations d'ACC pendant leur recherche d'emploi.

When I talk about this 70 per cent, so it is not misleading, there is always another 30 per cent that will fall off the program. Once they start vocational rehabilitation if, for some reason, they have a medical condition that worsens and they can no longer take that program, they drop off, they will remain claimants but will not remain on the VRP itself. There is another 15 per cent that, for some reason, will quit the program for various reasons, such as personal reasons they may have. However, for the ones who remain, 70 per cent is the rate of success.

**Senator Lang:** I want to make myself clear. I do not know a great deal about this program, but I think the government is doing the best they can to provide the services for these men and women in recognition of what they have done for us.

What I would like to further pursue in respect to this is looking ahead. In view of the fact that Afghanistan is coming to a close — at least at this time — our commitments in the world theatres are becoming less, do you see these numbers going down in the next number of years, assuming that we do not move into another area such as Afghanistan or something similar in nature?

**Brig.-Gen. Bigelow:** I would like to jump on that. To back up to ensure it is entirely clear, Mr. Bouchard was focusing on the Vocational Rehabilitation plan, and the disability benefits is another matter. That is why I think you picked up on the difference between what I quoted as roughly 3,500 individuals receiving disability payments but only 3,200, roughly, in that year going through the Vocational Rehabilitation Program.

There are a number of reasons for this, not the least of which is there are people who are totally disabled and there is not a practical vocational rehab.

Looking forward, this is a challenge for us because, barring another major operation like Afghanistan, one would assume that the reduction in physical injuries and the tough numbers, tough folks we are dealing with coming home from overseas, would diminish and therefore the demand for programs like this would lessen.

We tend to get fixated on physical and not mental injuries. I am new to this game as someone working in the field as opposed to just supporting my men and women. However, I have learned quickly that the latent effect of mental health issues is we are getting better at predicting, but of course there is a delay. As we are starting to see the fall off of numbers from our time in the Balkans, we are still dealing with cases like that. The health services folks are working hard with our colleagues in VAC as well who would like to project what kind of services will be

Je ne voudrais pas vous induire en erreur avec cette proportion de 70 p. 100; il y a toujours 30 p. 100 des participants qui cessent de suivre le programme. Si leur état de santé empire après le début de leurs cours de réadaptation professionnelle, et que ces personnes ne peuvent plus suivre le programme, elles demeurent néanmoins des prestataires mais ne relèveront plus du Programme de réadaptation professionnelle. Une autre partie des participants au programme, environ 15 p. 100 d'entre eux, quittent le programme pour une raison quelconque, par exemple des raisons d'ordre personnel. Toutefois, pour ceux qui continuent à y participer, le taux de réussite est de 70 p. 100.

**Le sénateur Lang :** Je veux être sûr de m'être bien exprimé. Je ne connais pas tous les détails de ce programme, mais je crois que le gouvernement fait tout ce qu'il peut pour offrir des services aux ex-militaires en reconnaissance de ce qu'ils ont fait pour nous.

J'aimerais qu'on parle également de ce qui nous attend dans l'avenir. Notre mission en Afghanistan tire à sa fin — c'est du moins ce qu'on croit pour l'instant — et nos engagements dans différents théâtres d'opérations dans le monde diminuent. Croyez-vous que le nombre de participants à ces programmes va diminuer au cours des prochaines années, en supposant que nous n'intervenions pas dans d'autres zones du monde comme l'Afghanistan?

**Bgén Bigelow :** J'aimerais répondre à votre question. Pour que tout soit très clair, j'aimerais souligner que M. Bouchard parlait du Programme de réadaptation professionnelle; les prestations d'invalidité, c'est autre chose. C'est pourquoi il y a une différence, que je crois que vous avez saisie, entre le nombre de personnes qui touchent des prestations d'invalidité, soit environ 3 500, et le nombre de participants annuel au Programme de réadaptation professionnelle, qui ne s'élève qu'à environ 3 200.

Cette situation s'explique par différentes raisons, entre autres parce qu'il existe des personnes complètement invalides qui ne peuvent profiter d'un programme de réadaptation professionnelle.

Quant à savoir ce que l'avenir nous réserve, il est difficile de répondre à cette question. Naturellement, à moins d'une autre opération majeure comme celle que nous avons connue en Afghanistan, on pourrait supposer que le nombre de blessures physiques chez nos militaires devrait diminuer. Le nombre de cas lourds de soldats blessés à l'étranger baisserait et que, par conséquent, les programmes comme celui-ci seraient moins en demande.

Or, nous avons tendance à ne penser qu'aux blessures physiques en oubliant les blessures psychologiques. Je travaille depuis peu dans ce domaine, car auparavant je ne faisais qu'appuyer nos militaires. Toutefois, j'ai rapidement appris que certaines personnes ont des séquelles sur le plan de la santé mentale et que nous sommes de plus en plus en mesure de les prévoir. Toutefois, cela prend un certain temps pour qu'elles deviennent apparentes. Le nombre de soldats blessés pendant nos opérations dans les Balkans a commencé à baisser, mais nous



required before a member leaves the military and what support we give them before potentially handing the member off as a member or a client of VAC.

That is a long-winded way of saying that I do not anticipate an immediate reduction in demand following the end of the training mission in Kabul. It is a science we are working on; it is not a science we have down pat, but we are anticipating a continued demand well past the final date in Kabul. I know Colonel Blais' folks are looking at this and working closely with their partners in VAC. Perhaps the colonel can elaborate with more details than I have provided.

**Col. Blais:** Statistically we average approximately 1,000 releases for medical reasons from the Canadian Forces in any given year. If we look at Mr. Bouchard's numbers and say there are slightly more than 3,000 people in the program and that the benefits are available for 30 months, which is close to three years, and you do the math, it is 1,000 a year for three years. We should be at about a steady state in the area of 3,000 to 3,500.

**Senator Lang:** One other question, if I could, to go back to PTS and all the mental injuries that are associated with that. What about this scenario: I am a vet. I come home and things are okay. I go back into civilian life but there are, say, two years down the road, some repercussions from what I experienced over in Afghanistan. Am I eligible to come back or am I on my own?

**Brig.-Gen. Bigelow:** This is an important understanding of the social contract the Canadian Forces has with Canada and the programs that are there.

The Long Term Disability program that we have described and focused on is pretty similar to anyone else who works for the federal government. Although we talked about how it is obvious if you get released on a medical disability — and this is not the case you described; the person leaves voluntarily — we mentioned that you could conceivably come back if someone released voluntarily and become a SISIP client.

However, then there is VAC and the Earnings Loss Benefit and all the other support programs that go with that. VAC's position, and someone will probably tell me, Brigadier-General Bigelow, you are representing DND here and not Veterans Affairs, but I will give you my cut on it to try to answer your question as best I can, and Colonel Blais can back me up if I stray too far off.

nous occupons encore de tels cas. Les gens des services de santé travaillent fort avec nos collègues d'ACC qui voudraient pouvoir prévoir le genre de services dont le militaire aura besoin avant de quitter les Forces et quel soutien nous lui offrirons avant d'en transférer la responsabilité à ACC.

C'est une façon un peu longue de dire que je ne prévois pas une réduction immédiate de la demande à la suite de la mission de formation à Kaboul. C'est une science en développement et non pas quelque chose d'abouti, mais nous anticipons une poursuite de la demande bien au-delà de la date finale de la mission à Kaboul. Je sais que les gens du colonel Blais examinent cette question et qu'ils travaillent de près avec leurs partenaires d'ACC. Le colonel peut peut-être donner davantage de détails que je ne l'ai fait.

**Col Blais :** Statistiquement, nous avons en moyenne 1 000 libérations pour des raisons médicales dans les Forces canadiennes bon an mal an. Si nous examinons les chiffres de M. Bouchard et que nous supposons qu'il y a plus de 3 000 personnes qui participent au programme et que les prestations sont versées pendant 30 mois, ce qui est près de trois ans, alors faites le calcul, il y en a 1 000 par année pour les trois années. Nous devrions atteindre un équilibre avec environ 3 000 à 3 500 départs.

**Le sénateur Lang :** J'ai une autre question, si vous me le permettez, j'aimerais revenir au trouble du stress post-traumatique et à toutes les blessures psychologiques qui y sont associées. Qu'en est-il du scénario suivant : je suis un ancien combattant, je rentre au pays et je me porte bien. Je réintègre la vie civile, mais, disons après deux ans, j'éprouve des malaises relativement à ce que j'ai vécu en Afghanistan. Suis-je admissible ou bien suis-je laissé pour compte?

**Bgén Bigelow :** Il est important de comprendre le contrat social qui existe entre les Forces canadiennes et le Canada ainsi que les programmes qui existent.

Le régime d'invalidité de longue durée que nous avons décrit et sur lequel nous avons mis l'accent est assez semblable à celui offert aux fonctionnaires du gouvernement fédéral. Nous avons dit que, manifestement si vous recevez un congé pour des raisons médicales — et cela ne correspond pas au scénario que vous venez de décrire; c'est-à-dire où la personne quitte les Forces de façon volontaire —, eh bien nous avons dit qu'il était possible de réintégrer les Forces canadiennes si quelqu'un quittait de façon volontaire et devenait un prestataire du régime d'assurance revenu militaire.

Toutefois, il y a également les programmes d'ACC et l'allocation pour perte de revenu ainsi que tous les autres programmes de soutien connexes. La position d'ACC, et quelqu'un me corrigera peut-être, brigadier-général Bigelow, vous représentez le ministère de la Défense nationale et non pas le ministère des Anciens Combattants, mais je vais vous présenter ma façon de voir les choses afin de répondre à la question le mieux possible, et le colonel Blais pourra me reprendre si je me trompe.

Someone who has been released for some time, has an injury — and we do not really care what kind of injury it is; in this case you describe a mental injury, but it could be a physical injury — attributable to service, that is what VAC is there for. Is it as simple as that, Colonel Blais?

**Col. Blais:** That is right.

**Brig.-Gen. Bigelow:** The answer is he should not be on his own. To say that no one falls through the cracks through my organization or others, we work hard to ensure that does not happen, but that is the way it is supposed to work.

**Mr. Bouchard:** If I may, I would like to add something on this one. With respect to the assisted plan, there is also a clause within the policy if there is a relapse. Once a member is off-benefit, at 24 months that member may be described as off-claim for that period of time. However, if that member has a relapse within three years of being off-benefit, then he could be reinstated under the SISIP program. At the same time, as the general described, he could also apply for VAC benefits. He has quite a good safety net in that case.

**The Chair:** Would my colleagues mind an intervention to set a bit of the scene in regards to SISIP and VAC here and to ensure I am on net with you?

SISIP came into being during peacetime soldiering as an insurance policy for injuries that occurred, sort of garrison injuries. It was not a program brought in for operational conditions and special duty areas; that has always been the purview of Veterans Affairs Canada. We essentially brought in a civilian program of compensation and benefits, plus life insurance, in this peacetime civilian mode, which SISIP covered. If you lost a finger or whatever, you have all these things.

**Senator Lang:** Like workers' compensation.

**The Chair:** The scenario we have stumbled into however — and your question was right on, Senator Lang — is that we all of a sudden turned into an era where the troops are no longer in garrison but are in operations all the time and hopefully come back to garrison to lick their wounds.

In that context, the question is does SISIP still have its role with regard to veterans who are injured operationally, and where does it stop and Veterans Affairs Canada kick in? Should a veteran who is injured operationally automatically fall under Veterans Affairs Canada and not under SISIP? As an example, and correct me, Veterans Affairs Canada will provide benefits for spousal training and so on because the individual cannot find a

Prenons quelqu'un ayant reçu son congé depuis un bon moment déjà, il a une blessure — et peu nous importe de quel type de blessure il s'agit; dans ce cas-ci vous avez mentionné quelqu'un ayant subi des dommages psychologiques, mais cela pourrait également être une blessure physique — attribuable à son service, eh bien voilà pourquoi ACC existe. Est-ce aussi simple que cela, colonel Blais?

**Col Blais :** C'est exact.

**Bgén Bigelow :** La réponse, c'est qu'il ne devrait pas être laissé à lui-même. On ne peut pas dire que personne ne passe entre les mailles du filet dans mon organisation ou dans toute autre organisation, mais nous travaillons fort pour garantir que cela ne se produit pas, mais c'est ainsi que le système devrait fonctionner.

**M. Bouchard :** Si vous me le permettez, j'aimerais rajouter quelque chose. Pour ce qui est du plan d'aide, il existe également des dispositions dans la politique en cas de rechute. Lorsqu'un membre ne reçoit plus de prestations, après 24 mois, sa demande de prestation est réputée annulée pour cette période. Toutefois, si cette personne a une rechute dans les trois ans suivant l'arrêt de ses prestations, elle pourrait alors être réadmise comme bénéficiaire aux termes du RARM. Elle pourrait, en même temps, comme l'a décrit le général, faire demande auprès d'ACC pour obtenir d'autres types de prestations. Dans ce cas-là, la personne pourrait profiter d'un assez bon filet de sécurité.

**Le président :** Mes collègues verraient-ils un inconvénient au fait de resituer un peu les choses en ce qui a trait au RARM et ACC pour s'assurer que je suis sur la même longueur d'onde?

Le RARM a vu le jour pendant le service en temps de paix à titre de police d'assurance pour les blessures qui survenaient, en quelque sorte les blessures en garnison. Ce n'était pas un programme pour les conditions opérationnelles ni les fonctions spéciales; il a toujours relevé du ministère des Anciens Combattants. Il s'agit essentiellement d'un programme civil de rémunération et avantages sociaux plus assurance vie, dans cette situation civile en temps de paix, et tout cela était couvert par le RARM. Si vous perdiez un doigt ou autre chose, vous receviez toutes ces choses-là.

**Le sénateur Lang :** Comme l'indemnisation des accidents du travail.

**Le président :** Toutefois, le scénario auquel nous sommes confrontés — et votre question était tout à fait judicieuse, sénateur Lang — c'est que, tout d'un coup, nous nous sommes retrouvés dans une époque où les troupes n'étaient plus en garnison, mais en opération tout le temps pour, on l'espère, revenir en garnison pour panser leurs plaies.

Dans un tel contexte, la question est de savoir si le RARM a toujours sa place en ce qui a trait aux anciens combattants blessés dans le cadre de leurs opérations et de savoir où il s'arrête pour que le ministère des Anciens Combattants entre en jeu? Un ancien combattant qui est blessé en service, devrait-il automatiquement relever du ministère des Anciens Combattants et non pas du RARM? À titre d'exemple, et corrigez-moi si j'ai tort, le ministère

job; however, SISIP does not have that program. If the individual is sitting two years under SISIP and then falls under VAC, there are some nuances there that should, perhaps, be looked at. Do we want to touch on that a bit as we continue?

I am just trying to set the scene. SISIP was a civilian equivalent of a compensation program for peacetime soldiering where previously we had absolutely nothing when you trained and were injured. Veterans Affairs Canada is an operational. The two are working and we are not too sure exactly how that works out.

**Brig.-Gen. Bigelow:** To help set that scene, the honourable senator brought up the analogy to workers' compensation. I think that is not correct. I will take advice from my colleagues, but workers' compensation was all about being injured on the job, whereas SISIP Long Term Disability is like private or other government long-term disability programs where a tragedy happens — for example, in your private life a car accident — which leaves you unable to work or support yourself and your family, which would not be a workers' compensation thing. The important distinction to make is this LTD, this SISIP Long Term Disability, covers the individual at work or not at work, as opposed to workers' compensation. As the chair correctly points out, it was originally designed with the idea of those more traditional civilian disability programs, not visioning the state of operations in the last 10 years.

**Senator Day:** I am still trying to sort out all of these points.

**The Chair:** We have a lawyer here, so we are going into detail.

**Senator Day:** Some of my questions will probably be plowing ground we have already been over at other times you have had a chance to visit us looking at this from a different point of view.

From the point of view of SISIP Long Term Disability that you talked about for non-occupational injury, that was 85 per cent coverage. Is 85 per cent paid for by the government? Am I correct?

**Mr. Bouchard:** That would be the part for non-service attributable injury where the government pays 85 per cent and the member's share is 15 per cent.

**Senator Day:** As a result of that, is that optional or is that still mandatory?

**Mr. Bouchard:** No, it is mandatory. It is part of the package. We do not differentiate. All members of the Canadian Forces must have SISIP LTD. As soon as they enroll in the Canadian

des Anciens Combattants fournit des prestations pour la formation des conjoints, entre autres choses, car la personne ne peut pas se trouver un emploi; toutefois, le RARM ne dispose pas d'un tel programme. Si la personne bénéficie, pendant deux ans, du RARM puis relève d'ACC, il y a des nuances, ici, qui méritent peut-être qu'on s'y attarde. Ne serait-il pas souhaitable d'en parler un peu, par la suite?

J'essaie seulement de planter le décor. Le RARM était un équivalent civil d'un programme d'indemnisation pour le service en temps de paix, là où il n'y avait absolument rien lorsque vous étiez en formation ou étiez blessé. Le ministère des Anciens Combattants est un opérationnel. Les deux existent et nous ne sommes pas sûrs exactement de la façon dont ça fonctionne.

**Bgén Bigelow :** Pour nous aider à mettre les choses en contexte, l'honorable sénateur a établi un parallèle avec l'indemnisation des accidents du travail. Je crois que cette analogie ne tient pas. Je m'en remets aux conseils de mes collègues, mais l'indemnisation des accidents du travail visait entièrement les blessures subies au travail, tandis que le RARM et son invalidité de longue durée ressemblent au programme privé et autres programmes d'invalidité de longue durée gouvernementaux, lorsqu'une tragédie se produit — par exemple, un accident d'automobile, dans le privé — qui vous rendrait incapable de travailler ou de subvenir à vos besoins et à ceux de votre famille, ce qui ne serait pas admissible à titre d'indemnisation des accidents du travail. L'importante distinction à faire, c'est que cette ILD, cette invalidité de longue durée du RARM, couvre la personne au travail ou pas au travail, par opposition à l'indemnisation des accidents du travail. Comme le président l'a judicieusement fait remarquer, au départ, elle a été conçue en s'inspirant des programmes d'invalidité civile plus traditionnels, sans prévoir l'état des opérations des 10 dernières années.

**Le sénateur Day :** J'essaie toujours de démêler tous ces points.

**Le président :** Nous avons un avocat ici et nous rentrons dans les détails.

**Le sénateur Day :** Certaines de mes questions vont probablement revenir sur des choses que nous avons déjà vues auparavant, parce que vous avez eu la chance de nous rendre visite pour examiner ce dossier, sous un angle différent.

Du point de vue de l'invalidité de longue durée du RARM dont vous avez parlé pour les blessures non professionnelles, il s'agissait d'une couverture de 85 p. 100. Ces 85 p. 100, ils sont déboursés par le gouvernement, n'est-ce pas?

**M. Bouchard :** Ce serait la part liée aux blessures non attribuables au service; dans ce cas le gouvernement paie 85 p. 100, tandis que la part du membre s'élève à 15 p. 100.

**Le sénateur Day :** Par conséquent, est-ce facultatif ou obligatoire?

**M. Bouchard :** Non, c'est obligatoire. Cela fait partie de l'ensemble et nous ne faisons aucune différence. Tous les membres des Forces canadiennes doivent être admissibles aux

Forces, they have this LTD.

**Senator Day:** You start deducting from their paycheque 15 per cent?

**Mr. Bouchard:** We start deducting their 15 per cent from their paycheque.

**Senator Day:** Does that cover life insurance as well?

**Mr. Bouchard:** No, it does not. Life insurance is completely optional.

**Senator Day:** Life insurance is optional, but the 15 per cent that the general was talking about, this non-occupational injury, is mandatory?

**Mr. Bouchard:** It is. It is part of that LTD package. It is for both service attributable and non-service attributable injury. This also aligns with all of the plans of the federal government. They are all essentially compulsory plans. The fact that you are working as a senator or a member of Parliament or members of the public service, you have to enroll in those plans. They are compulsory and you pay for them accordingly.

**Senator Day:** There was a special differentiation a few years ago between dismemberment and injury for higher-ranking Armed Forces personnel. Was it the lower-level members of the Canadian Forces who were under SISIP, and this other program was for someone else, the higher ranks?

**Brig.-Gen. Bigelow:** Yes. Any Canadian Forces member can avail themselves of SISIP products. Members of the public service and members of the Canadian Forces at equivalent ranks, which is colonel and above, have the General Officers' Insurance Plan, which provides certain automatic benefits. It is a benefit, like anything else.

Then arose the question, "Why would my leg be worth more than my captain's leg?" Essentially, that was the debate. The decision was made that they are not worth more; there should be no difference. Along came the Accidental Dismemberment Insurance Plan. Perhaps Mr. Bouchard can explain it. It is entirely funded, right?

**Mr. Bouchard:** Yes, this program is entirely funded by the Canadian Forces. Members do not pay any premium for that coverage.

**Senator Day:** It is the same?

**Mr. Bouchard:** It is the same. It is harmonized with the General Officers' Insurance Plan.

prestations d'invalidité de longue durée du RARM. Dès que quelqu'un s'enrôle dans les Forces canadiennes, il est admissible à l'invalidité de longue durée.

**Le sénateur Day :** Vous commencez à déduire 15 p. 100 du chèque de paie?

**M. Bouchard :** Nous commençons à déduire 15 p. 100 de leurs chèques de paie.

**Le sénateur Day :** Est-ce que cela couvre également l'assurance vie?

**M. Bouchard :** Non, elle n'est pas couverte. L'assurance vie est optionnelle.

**Le sénateur Day :** L'assurance vie est facultative, mais les 15 p. 100 mentionnés par le général, pour des blessures non liées au travail, sont obligatoires?

**M. Bouchard :** Oui c'est exact. Cela fait partie des avantages liés au Programme d'invalidité de longue durée. Ce programme vise tant les blessures attribuables au service que celles qui n'y sont pas attribuables. Cela correspond également à tous les régimes du gouvernement fédéral. Il s'agit essentiellement de régimes obligatoires. Le fait que vous soyez sénateur ou parlementaire ou bien fonctionnaire ne fait aucune différence, vous devez vous inscrire à ces régimes. Ils sont obligatoires et vous payez votre quote-part.

**Le sénateur Day :** Il y a quelques années, on faisait une différence entre une blessure et une mutilation pour les gradés des forces armées. Était-ce les non gradés des Forces canadiennes qui étaient visés par le RARM, tandis que cet autre programme visait plutôt le personnel gradé?

**Bgén Bigelow :** Oui. Tout membre des forces armées peut se prévaloir des produits découlant du RARM. Les fonctionnaires et les membres des Forces canadiennes qui ont un grade équivalent, c'est-à-dire celui de colonel ou plus élevé, sont visés par le Régime d'assurance des officiers généraux, qui assure certaines prestations automatiques. Il s'agit d'un avantage social, comme tout autre.

On s'est alors posé la question suivante : « Pourquoi ma jambe vaudrait-elle plus que celle de mon capitaine? » Le débat reposait essentiellement là-dessus. On en est arrivé à la décision qu'elle ne devrait pas valoir davantage, qu'il ne devrait pas y avoir de différence. Ensuite on a mis sur pied le Régime d'assurance mutilation accidentelle. Peut-être que M. Bouchard pourrait vous l'expliquer. Il est entièrement financé, n'est-ce pas?

**M. Bouchard :** Oui, ce programme est entièrement financé par les Forces canadiennes. Les membres n'ont pas à payer de cotisations pour obtenir cette couverture.

**Le sénateur Day :** Est-il pareil aux autres?

**M. Bouchard :** Il est identique. Il a été harmonisé avec le Régime d'assurance des officiers généraux.

**Senator Day:** If as a result of that dismemberment there is a disability — there likely would be — they come under the SISIP Long Term Disability program, which is something separate. Is that correct?

**Mr. Bouchard:** It is possible. If someone has been dismembered, they will get compensation for that dismemberment, and it must be service-attributable. If it is not service-attributable, they do not qualify under the Accidental Dismemberment Insurance Plan. If the same member is later released on medical grounds, they would be entitled to receive the SISIP Long Term Disability plan as well.

**Senator Day:** I see. There are a number of different plans here. We have to be sure that when you are talking about one, you are not covering another concept.

**Mr. Bouchard:** It is interesting to note that under SISIP, the maximum for ADIP, the Accidental Dismemberment Insurance Plan, is \$250,000. Under VAC, they have a like benefit that pays a bit more because it is indexed to the cost of living. Essentially, a member who loses two legs under service-attributable could collect \$250,000 from SISIP and close to \$290,000 from VAC for the same dismemberment.

**Senator Day:** Therefore, he or she would have to have suffered the dismemberment being covered by Veterans Affairs?

**Mr. Bouchard:** No. Everyone is covered. Any service-attributable injury or illness is automatically covered under VAC. The Accidental Dismemberment Insurance Plan is strictly for pure dismemberment. Medical conditions are not covered under ADIP, but there are medical conditions covered under VAC for the same amount of money. Someone could have a medical condition as opposed to dismemberment. That is why they are currently paying the disability allowance, which can go up to about \$290,000. That also covers dismemberment.

**Senator Day:** I have to ask you more questions on this. How do you get into a payment for dismemberment under Veterans Affairs Canada as opposed to payment for dismemberment under the Canadian Forces program?

**Mr. Bouchard:** It is part of the coverage that is being offered to members of the Canadian Forces. They will know. If they do not know, we will guide them to the benefits they are entitled to. They will apply to both the SISIP and the ADIP and they will receive the benefit. If they are not aware of the VAC benefit, then they will be guided to apply for that benefit as well in order to ensure that no one falls through the cracks during the process.

**Le sénateur Day :** S'il y a invalidité aux termes de cette mutilation — et cela serait probablement le cas — la personne serait couverte en vertu du Programme d'invalidité de longue durée du RARM, qui est distinct. Est-ce exact?

**M. Bouchard :** C'est possible. Si quelqu'un est mutilé, il peut obtenir une indemnisation pour cette mutilation, mais elle doit être attribuable à son service. Si elle n'est pas attribuable au service, la personne ne se qualifie pas aux termes du Régime d'assurance mutilation accidentelle. Si le membre reçoit plus tard son congé pour des raisons médicales, il serait également admissible au Programme d'invalidité de longue durée du RARM.

**Le sénateur Day :** Je vois. Il existe divers régimes. Il faut s'assurer que lorsque l'on parle d'un régime, on ne mélange pas les concepts.

**M. Bouchard :** Il est intéressant de noter qu'aux termes du RARM, le montant maximum que l'on peut recevoir dans le cadre du RAMA, c'est-à-dire le Régime d'assurance mutilation accidentelle, est 250 000 \$. Le ministère des Anciens Combattants offre une couverture semblable dont les montants sont un peu plus élevés parce qu'ils sont indexés au coût de la vie. Essentiellement, un membre des Forces canadiennes qui perd deux jambes suite à un incident attribuable au service pourrait obtenir 250 000 \$ dans le cadre du RARM et près de 290 000 \$ du ministère des Anciens Combattants pour la même mutilation.

**Le sénateur Day :** Par conséquent, cette personne doit avoir subi une mutilation couverte par le ministère des Anciens Combattants.

**M. Bouchard :** Non. Tout le monde est couvert. Toute blessure ou maladie attribuable au service est automatiquement couverte par le ministère des Anciens Combattants. Le Régime d'assurance mutilation accidentelle ne vise que les véritables mutilations. Les troubles médicaux ne sont pas visés par le RAMA, mais certains troubles médicaux sont couverts par le ministère des Anciens Combattants pour le même montant d'argent. Quelqu'un pourrait avoir des troubles médicaux plutôt que d'avoir subi une mutilation. C'est pour cette raison que le ministère paye actuellement une indemnité d'invalidité, qui peut s'élever jusqu'à environ 290 000 \$. Cela couvre également les mutilations.

**Le sénateur Day :** Je dois vous poser d'autres questions à ce sujet. Comment peut-on obtenir un montant pour mutilation auprès du ministère des Anciens Combattants plutôt qu'un montant pour mutilation dans le cadre du programme offert par les Forces canadiennes?

**M. Bouchard :** Cela fait partie de la couverture offerte aux membres des Forces canadiennes. Ils seront au courant. S'ils ne le savent pas, nous les orienterons relativement aux prestations auxquelles ils ont droit. Ils feront une demande pour le RARM ainsi que pour le RAMA et ils recevront les prestations. S'ils ne connaissent pas les avantages offerts par le ministère des Anciens Combattants, on leur indiquera qu'ils peuvent faire une demande

**Senator Day:** From a dismemberment point of view, are they entitled to a lump sum payment from both?

**Mr. Bouchard:** Both from VAC and from SISIP.

**Senator Day:** One of them could be \$290,000 and the other \$250,000 for the same dismemberment, correct?

**Mr. Bouchard:** Exactly.

**Brig.-Gen. Bigelow:** Correct me if I am wrong, but the key here was to harmonize those benefits throughout the chain of command so there would be no differentiation between the most junior and the most senior person.

**Mr. Bouchard:** Yes.

**Senator Day:** That is one issue we were pleased to have participated in solving by exposing the inherent unfairness there. We are now getting into this transition area between Canadian Forces and Veterans Affairs.

You indicated there was an announcement made recently to try to align with Veterans Affairs Canada's Earnings Loss Benefit. Veterans Affairs Canada has an Earnings Loss Benefit program together with the Canadian Forces Long Term Disability program, and the announcement was to try to take away the discrepancy between the two of those.

**Brig.-Gen. Bigelow:** Really, we need to go back about a year when the government made a decision. Notwithstanding these disability programs, whether we call it long-term disability or the Veterans Affairs Earnings Loss Benefit, it should be based on 75 per cent of the salary at release. A decision was made that there would be a minimum, a backstop, if you will. That decision was pegged at a basic corporal. Both Veterans Affairs and National Defence were to raise their minimum, which required an injection of funds to cover that off.

In the case of SISIP, through National Defence, that required an injection of about \$113 million, which would mean that for regular force clients it would be based on the salary of a basic corporal, which last year was around \$53,000. 75 per cent of that would mean they should see a minimum of \$40,000.

Veterans Affairs did that through their program which, again, are similar but not identical because who qualifies for these plans? We have talked about service attributable versus non-service attributable, which is a key difference. However, the net result is that for someone with a service-attributable injury where they

en vertu du programme du ministère ainsi que pour s'assurer que personne ne passe entre les mailles du filet dans le cadre du processus.

**Le sénateur Day :** Dans le cas de mutilations, les membres peuvent-ils obtenir un paiement forfaitaire pour les deux régimes?

**M. Bouchard :** Oui, du ministère des Anciens Combattants et du RARM.

**Le sénateur Day :** Ils pourraient donc recevoir 290 000 \$ dans un cas et 250 000 \$ pour la même mutilation, est-ce exact?

**M. Bouchard :** Tout à fait.

**Bgén Bigelow :** Corrigez-moi si j'ai tort, mais il était impératif d'harmoniser ces diverses prestations dans l'ensemble de la chaîne de commande de sorte qu'il n'y ait pas de différence entre les subalternes et les hauts gradés.

**M. Bouchard :** Oui.

**Le sénateur Day :** C'est un des problèmes auxquels nous avons été heureux de contribuer en dénonçant le manque d'équité. Nous approchons maintenant cette zone de transition entre les Forces canadiennes et le ministère des Anciens Combattants.

Vous avez dit qu'une annonce a été faite récemment pour essayer d'harmoniser les régimes aux allocations pour perte de revenu du ministère des Anciens Combattants. Anciens Combattants Canada offre un programme d'allocation pour perte de revenu conjointement avec le Programme d'invalidité de longue durée des Forces canadiennes, et l'annonce portait sur les efforts visant à essayer d'éliminer les écarts entre ces deux programmes.

**Bgén Bigelow :** En fait, il faut reculer d'un an au moment où le gouvernement a pris une décision. Peu importe la nature de ces programmes d'invalidité, qu'on l'appelle un programme d'invalidité de longue durée ou bien le programme d'allocations pour perte de revenu des anciens combattants, ce programme devrait permettre de toucher 75 p. 100 du salaire au moment de la libération. Il a été décidé d'établir un minimum, un filet de sécurité, si vous préférez. On a convenu de l'établir au salaire de base d'un caporal. Par conséquent, le ministère des Anciens Combattants et le ministère de la Défense nationale ont dû augmenter leur minimum, ce qui a nécessité une injection de fonds.

Dans le cas du RARM, par le biais de la Défense nationale, il a fallu injecter environ 113 millions de dollars, ce qui signifie que pour un client de la force régulière, la prestation serait fondée sur le salaire de base d'un caporal, qui, l'an dernier, s'élevait à environ 53 000 \$. Si le client touche 75 p. 100 de ce salaire, cela veut dire qu'il recevrait un minimum de 40 000 \$.

Le ministère des Anciens Combattants a fait de même pour son programme, qui encore une fois est semblable mais pas tout à fait identique en raison des critères d'admissibilité. Nous avons parlé de la différence clé entre ce qui est attribuable au service ou non attribuable au service. Toutefois, il en résulte qu'une personne

receive a benefit through us or through Veterans Affairs, they should get the same amount. That same amount is based on a basic corporal; their gross benefit would be around \$40,000.

Veterans Affairs put that through in the fall; we continue to work on that. Ours was announced recently but backdated. Not only would the benefit be the same, but retroactive payments would be the same, so whether you are a VAC or a SISIP client, the net result would be the same.

**Senator Day:** To clarify your explanation, which is very clear, your earlier explanation to an earlier question was whether they are in the Veterans Affairs program or the Canadian Forces when they qualified, which would be determined by virtue of when the injury or the disability became apparent. If he was still in the Armed Forces, he would be on the Armed Forces Long Term Disability program. If that injury became apparent after he was retired and under Veterans Affairs, then their program would trigger it. Is that correct?

**Brig.-Gen. Bigelow:** Exactly, with the caveat that that would only apply in situations where it was attributable to military service. If it was not, then it would not be a VAC issue.

**Senator Day:** Yes. I understand that.

I have one other point for the record because I think we had this clarified once before. Manulife is the private sector company that manages the SISIP program. I have forgotten how long that contract was and when it is coming up for renewal in order for other private sector companies to bid on it.

**Mr. Bouchard:** That contract is over 40 years old. The first part of the contract was owned by Maritime Life, and when Maritime Life was purchased by Manulife, the contract just continued with Manulife.

There is nothing right now in the works to have this part of the business sent to market again for potential bidders. When we start looking at the various disability plans out there, there are very few companies to start with that have the right skill set or the expertise to manage long-term disability plans.

Right now, for unionized employees of the public service, Sun Life provides the same service as for employees who are not unionized. For members of Parliament and senators, it is through Industrial Alliance, and Manulife looks after the business of the military. This is where we are at with this.

I must add that there are all kinds of checks and balances being done throughout the year to ensure that the fees charged by Manulife, Sun Life and Industrial Alliance are in line. If some of the charges were out of whack, Treasury Board would be the first

ayant subi une blessure attribuable à son service et qui reçoit des prestations par l'entremise de notre ministère ou du ministère des Anciens Combattants devrait recevoir le même montant que la personne qui reçoit des prestations payées par l'autre ministère. Ce montant identique se fonde sur le salaire de base d'un caporal; la prestation nette s'élèverait à environ 40 000 \$.

Anciens Combattants l'a fait à l'automne; nous continuons à travailler là-dessus. Nous avons présenté notre propre annonce récemment, mais elle s'appliquait rétroactivement. Non seulement les prestations sont les mêmes, mais les paiements rétroactifs également, donc le résultat net serait le même que vous soyez un client d'ACC ou du RARM.

**Le sénateur Day :** Pour clarifier votre explication, qui était déjà très claire, vous disiez en réponse à une question précédente que ce qui détermine s'ils sont admissibles au programme d'Anciens Combattants ou à celui des Forces canadiennes, c'est le moment où est apparue la blessure ou l'invalidité. Par exemple, si la personne est encore membre des forces armées, elle serait admissible au Programme d'invalidité de longue durée des forces armées. Si la blessure est devenue apparente après que la personne ait pris sa retraite, elle sera alors admissible au programme d'Anciens Combattants. Est-ce exact?

**Bgén Bigelow :** Tout à fait, sauf que cela ne s'appliquerait que si les circonstances sont attribuables au service militaire. Autrement, cela ne relèverait pas d'ACC.

**Le sénateur Day :** Oui, je le comprends.

J'aurais un autre point à aborder parce que je pense qu'on nous a déjà fourni des explications à cet égard. Manuvie est l'entreprise privée qui gère le programme RARM. Je ne me souviens plus de la durée du contrat et de la date à laquelle il arrivera à échéance, ce qui permettrait à d'autres entreprises privées de présenter des soumissions.

**M. Bouchard :** Ce contrat date de plus de 40 ans. Il avait à l'origine été établi avec Maritime Life, mais lorsqu'elle a été achetée par Manuvie, le contrat lui a été transféré.

Pour l'instant, on ne prévoit pas lancer un appel d'offres pour ce contrat. En s'attardant aux divers régimes d'assurance invalidité qui existent, on se rend compte que très peu d'entreprises ont les compétences ou l'expertise nécessaires pour gérer des programmes d'invalidité de longue durée.

Actuellement, Sun Life offre le même service aux employés non syndiqués de la fonction publique qu'aux employés syndiqués. Les députés et les sénateurs sont assurés par Industrielle Alliance, et Manuvie s'occupe du secteur militaire. Voilà ce qu'il en est.

Je tiens à préciser que des vérifications sont effectuées tout au long de l'année pour s'assurer que les frais imposés par Manuvie, Sun Life et Industrielle Alliance sont semblables. Si certains frais étaient beaucoup plus élevés, le Conseil du Trésor serait le premier

one to question why Manulife or Sun Life is charging more for administrative fees than others. There are all kinds of checks and balances throughout the year through OSFI.

**Senator Day:** We do not have time to get into all those checks and balances now, but I think it is important to recognize that there must be checks and balances. When a private sector company is providing services to the government on an indefinite contract where the fees are determined between the parties, there have to be some checks and balances involved.

**The Chair:** Having been at the head of that in the past, the Treasury Board is the overseer and arbiter of that. Second, there is not another company that has presented itself as being willing to take the risk in regards to war injuries at this time.

Senator Nolin has a supplemental.

[Translation]

**Senator Nolin:** You took about 45 minutes to explain a series of services offered generally to all members. I would like to go back to the means of communication you have for troops who do not have time, like us, to sit down and understand what you have to offer. What are those tools? I understand that you have an Internet site which is available. However, proactively speaking, what do you do to ensure that everyone fully understands the services you have to offer and what they are entitled to?

**Mr. Bouchard:** You mentioned the Internet site, so I will not talk about that, it is a tool that is in place. We also have a great deal of information regarding forms, pamphlets, and so on.

**Senator Nolin:** Can you send us some copies of what you are talking about so that we can understand what tools you are using to prevent people from falling through the cracks and inadvertently discovering later what they were entitled to?

**Mr. Bouchard:** I will see that you receive a package.

**Senator Nolin:** You can send it through the clerk.

**Mr. Bouchard:** Each year, our team works with over 20,000 people in Canadian Forces units. That does not mean that everyone will listen to what we have to say.

**Senator Nolin:** Until the day someone cuts off his finger, then he will be wondering what his rights are.

**Mr. Bouchard:** For people who are released for medical reasons, we have what we call a scan where all of those things are explained. Although tools exist, some people will miss them. We can always do better. However, I can assure you that we take the necessary steps, along with Colonel Blais's staff, to ensure that all members have the information they need.

à demander pourquoi Manuvie ou Sun Life impose des frais administratifs plus élevés que les autres. Le BSIF effectue donc diverses vérifications tout au long de l'année.

**Le sénateur Day :** Nous n'avons pas le temps d'entrer dans les détails pour l'instant, mais je crois qu'il est important qu'il existe des freins et contrepoids. Lorsqu'une entreprise privée offre des services au gouvernement en vertu d'un contrat à durée indéterminée, et que les frais sont établis en accord avec les deux parties, il doit y avoir des freins et contrepoids.

**Le président :** Pour en avoir été dirigeant par le passé, je sais que le Conseil du Trésor en est juge et arbitre. Ensuite, aucune autre entreprise s'est dit prête à assumer les risques associés aux blessures de guerre pour l'instant.

Le sénateur Nolin a une autre question.

[Français]

**Le sénateur Nolin :** Vous avez pris environ 45 minutes pour nous expliquer une série de services offerts, de façon générale, à tous les membres. J'aimerais revenir aux moyens de communication dont vous disposez pour les troupes qui n'ont pas le temps, comme nous, de s'asseoir et de comprendre ce que vous offrez. Quels sont les outils? Je comprends que vous avez un site Internet qui est disponible. Toutefois, de façon proactive, que faites-vous pour vous assurer que monsieur ou madame comprend très bien votre offre de service et ce à quoi il ou elle a droit?

**M. Bouchard :** Vous avez parlé du site internet, donc on n'en parlera pas, c'est un outil qui est en place. Nous avons aussi beaucoup d'informations en ce qui a trait aux formulaires, des pamphlets et autres.

**Le sénateur Nolin :** Pouvez-vous nous faire parvenir des exemplaires de ce dont vous parlez afin que l'on comprenne quels outils vous utilisez pour éviter qu'une personne ne tombe entre deux chaises et découvre, par hasard, ce dont elle avait droit?

**M. Bouchard :** Je vais m'assurer de vous en envoyer un paquet.

**Le sénateur Nolin :** Vous pouvez le faire parvenir à la greffière.

**M. Bouchard :** Chaque année, notre équipe s'entretient avec plus de 20 000 personnes dans les unités des Forces canadiennes. Cela ne veut pas dire que chaque personne portera attention à ce qu'on dit.

**Le sénateur Nolin :** Jusqu'au jour où la personne se coupe un doigt, c'est alors qu'elle se demandera quels sont ses droits.

**M. Bouchard :** Pour les personnes libérées pour raisons médicales, nous avons ce qu'on appelle un scan où toutes ces choses sont expliquées. Bien qu'il existe des outils, certaines personnes les manqueront. On peut toujours faire mieux. Toutefois, je puis vous assurer que nous déployons tous les efforts nécessaires, y compris le personnel du colonel Blais, pour nous assurer que les membres ont l'information qu'ils leur faut.



**Senator Nolin:** If you have any educational information and tools, we would like to have a look at them, so that we can put ourselves in the shoes of the ordinary soldier who does not have your knowledge of the file and who has needs you will have to deal with.

**Col. Blais:** As I said a little earlier, we try to reach out to at least 50 per cent of Canadian Forces units using the integrated personnel services centres. Each year, we hold professional development sessions in the units where we explain everything that is available.

**Senator Nolin:** Does that include reserve units?

**Col. Blais:** Absolutely.

[*English*]

**Senator Day:** I have a supplementary: Are the integrated centres that you just referred to different from or related to in some way the Joint Personnel Support Unit?

**Col. Blais:** The centres are part of the Joint Personnel Support Unit.

**Brig.-Gen. Bigelow:** They are subordinate.

**The Chair:** The Canadian Forces went through extensive education on how to handle injured people. Before, the whole concept was based on people normally retiring after peacetime service. Therefore, trying to take care of injured people, particularly psychologically injured people, was a whole new exercise, and one they are still learning. That is why there is a Joint Personnel Support Unit.

The second element is that members of the Canadian Forces work under a paternalistic system where they do not look at this dimension, contrary to people in civilian life. Therefore, just educating and being conscious of what you are allowed to have is foreign to them, because they always believe that the command structure will take care of them and that they will get the best of service. There is still a cultural exercise that I would argue — and Senator Nolin and Senator Plett raised it quite well — is yet to be broken with regard to giving responsibility to individual members about what they should know about what is going on. Am I correct?

**Brig.-Gen. Bigelow:** I suspect we are kindred spirits.

I would point back to the early part of the Afghan campaign where we were dealing with some very difficult cases. The leadership from General Hillier and General Natynczyk was adamant in that people in responsibility should do the right thing. Sometimes, and even before that, we interpreted “doing the right thing” as “doing everything,” and that is not always the best way to help a member and his family help themselves. If I treated my children that way, I am not so sure they would be as successful as they are.

**Le sénateur Nolin :** Si vous avez de l'information didactique et des outils, nous aimerions en prendre connaissance, pour justement se mettre à la place du citoyen militaire ordinaire qui n'a pas votre connaissance du dossier et qui a des besoins auxquels vous devez faire face.

**Col Blais :** Comme je l'ai dit un peu plus tôt, nous tentons de rejoindre au moins 50 p. 100 des unités des Forces canadiennes par l'entremise des centres intégrés de soutien au personnel. À chaque année, on se présente pour des sessions de développement professionnel au sein des unités où on explique tout ce qui est disponible.

**Le sénateur Nolin :** Cela inclut les unités de réserve?

**Col Blais :** Absolument.

[*Traduction*]

**Le sénateur Day :** J'ai une autre question : les centres intégrés dont vous venez de parler sont-ils différents de l'Unité interarmées de soutien au personnel, ou ces deux entités sont-elles liées?

**Col Blais :** Les centres font partie de l'Unité interarmées de soutien du personnel.

**Bgén Bigelow :** Ils y sont subordonnés.

**Le président :** Les Forces canadiennes ont fait beaucoup de conscientisation sur la façon de traiter les blessés. Par le passé, les gens prenaient leur retraite après avoir servi en temps de paix. Par conséquent, le soin de personnes blessées, surtout psychologiquement, était tout nouveau, et on est encore en train d'apprendre. Voilà pourquoi l'Unité interarmées de soutien du personnel a été mise sur pied.

Ensuite, les membres des Forces canadiennes font partie d'un système paternaliste au sein duquel ils n'ont pas à se préoccuper de cet aspect, contrairement aux civils. Ainsi, ils ne savent même pas ce à quoi ils ont droit, parce qu'ils ont toujours cru que la chaîne de commandement s'occuperait d'eux et qu'ils obtiendraient le meilleur service possible. J'ai l'impression qu'il faut encore essayer de changer la culture — et les sénateurs Nolin et Plett en ont parlé de façon éloquente —, pour responsabiliser chacun des membres afin qu'il sache ce qui se passe. Est-ce exact?

**Bgén Bigelow :** Je pense que nous sommes sur la même longueur d'onde.

J'aimerais vous ramener en arrière, lors de la première phase de la campagne en Afghanistan, alors que nous faisons face à certains cas plutôt difficiles. Les dirigeants, tant le général Hillier que le général Natynczyk, ont maintenu catégoriquement que les responsables devaient faire ce qui se doit. Parfois, par le passé, on considérait que faire ce qui se doit équivalait à tout faire, mais ça n'est pas toujours la meilleure façon d'aider un membre et sa famille à s'aider eux-mêmes. Si je traitais mes enfants de cette façon, je ne suis pas convaincu qu'ils s'en sortiraient aussi bien.

Therefore, we are now struggling with that because, as you know, there are some difficult cases out there that tug at your heart-strings. However, at the same time, helping people help themselves has a long-term payoff — “teach a man to fish” versus “buying him dinner,” shall we say. We struggle with that.

I struggle with that frequently. However, through Colonel Blais’ organization, we are trying to ensure the resources are out there for the common individual while trying to ensure that we are not necessarily spoon-feeding them; we should be helping them help themselves so that when that safety net is gone, they are not looking backwards.

**The Chair:** This is very much a responsibility that has yet to be fully fleshed out, either from the soldier point of view or the chain of command in terms of educating and being conscious that these soldiers are different than they were. My father had grade 8, but we are into a whole different era now.

When the New Veterans Charter was being built, we heard often that there were references back to SISIP as being a basis for a lot of the compensations and programs that were built in. With that, it took on an aura of being an insurance-based policy or charter versus the old charter. However, the SISIP system was based on peacetime and not on a wartime veterans’ scenario.

If we have injuries from conflict zones, is it not more appropriate that people should fall immediately under VAC versus staying under SISIP, and that maybe VAC has a different perspective of what the needs should be than SISIP does?

**Brig.-Gen. Bigelow:** It is a very interesting question. It is somewhat philosophical.

My Canadian Forces initial response is to say “No, he is in the family; I want to take care of him.” However, your question was not how I feel about it but what is in the best interests of the member. Mr. Blais has been living this for some time, so I would like to ask him to comment on your question.

**The Chair:** Forgive me, but the addendum to my question was added because VAC has a responsibility to family in their program which SISIP does not have, and that is significant in this exercise.

**Brig.-Gen. Bigelow:** Yes, sir.

**Col. Blais:** The one important component to this is that members, while they are still serving, are still eligible for a number of Veterans Affairs benefits. For example, a member can receive the disability award while they are still serving. Prior to the Veterans Charter, a member who was still serving who was eligible for a disability pension was eligible to receive that. There are also other benefits like the Veterans Independence Program and things of that nature that a member can receive while in service.

Par conséquent, nous avons de la difficulté à surmonter ces problèmes, parce que comme vous le savez, il existe des cas très difficiles qui font vibrer nos cordes sensibles. Cependant, le fait d’aider les gens à s’aider eux-mêmes est payant à long terme — c’est un peu comme la différence entre donner un poisson à un homme et lui apprendre à pêcher. Cela nous pose problème.

C’est une difficulté que je rencontre souvent. Cependant, grâce à l’organisation du colonel Blais, nous veillons à ce que des ressources soient à la disposition des membres, sans nécessairement leur donner tout cuit dans le bec. Nous devons les aider à s’aider eux-mêmes, de sorte que lorsque leur filet de sécurité disparaîtra, ils ne resteront pas là à regarder en arrière.

**Le président :** C’est une responsabilité qu’il faut encore bien expliquer, tant du point de vue des soldats que de la chaîne de commandement, pour que tout le monde soit conscient du fait que ces soldats ne sont plus les mêmes. Mon père avait sa huitième année, mais c’est complètement différent aujourd’hui.

Lorsque la nouvelle Charte des anciens combattants a été élaborée, on a souvent entendu dire du RARM qu’il était le fondement de nombre des programmes et des indemnités prévus. Ainsi, la charte est devenue une politique d’assurance, par rapport à l’ancienne charte. Cependant, le RARM a été conçu pour les anciens combattants ayant servi en temps de paix, et non en temps de guerre.

Si quelqu’un est blessé dans une zone de combat, cette personne ne devrait-elle pas relever immédiatement d’ACC plutôt que de rester couverte par le RARM? Peut-être qu’ACC a une perspective différente des besoins que le RARM?

**Bgén Bigelow :** C’est une question très intéressante, et quelque peu philosophique.

En tant que membre des Forces canadiennes, ma réponse instinctive serait de dire : « Non, il fait partie de la famille, alors j’en prendrai soin ». Cependant, votre question n’était pas de savoir ce que j’en pensais, mais ce qui était dans le meilleur intérêt du membre. M. Blais a une vaste expérience dans ce domaine, alors j’aimerais lui demander de répondre à votre question.

**Le président :** Pardonnez-moi, mais j’ai ajouté à ma question parce qu’ACC a la responsabilité de la famille, ce qui n’est pas le cas du RARM; et il s’agit là d’un élément important de cet exercice.

**Bgén Bibelow :** Oui monsieur.

**Col Blais :** Or, ce qu’il faut bien comprendre, c’est que les membres encore en service sont tout de même admissibles à un certain nombre de prestations d’Anciens combattants. Par exemple, un membre peut toucher une indemnité d’invalidité même s’il est encore en service. Avant la création de la Charte des anciens combattants, un membre actif admissible à une prestation d’invalidité pouvait la toucher. Il y a également d’autres prestations, comme celle du Programme pour l’autonomie des anciens combattants, qu’un membre actif des forces armées peut toucher.

Therefore, I think that we have already adopted that philosophy to a certain extent.

**The Chair:** In the concept of SISIP and regarding its response to the needs of the member and the two-year time frame, you are saying quite clearly that you are not giving them a whole new way of life but simply building on the skill sets. Let us say I am an infantryman but I have grade 12. I have been injured and so on and I want to look to the future; I want a degree and that is four years, or I want a technical college diploma, which is three years. Where does SISIP fit in that?

**Brig.-Gen. Bigelow:** Let me start a little higher up, sir, and then I will pass it off to Mr. Bouchard, who is the expert on SISIP.

I spent a really good day with the folks down at Manulife who actually deal with those tough issues and help make determinations on these very questions.

An infantryman has a lot more skills than just closing with and destroying the enemy. They have leadership and organizational skills, as you know better than I. They can work on that, but, as you say, what about a degree or a community college program that could exceed the 30 months? There are ways to deal with that, because of prior learning assessment and different colleges that will give credits, but it is still a limit. We are not trying to cop out, but we have Treasury Board limits based on the six months before, 24 months after and certain financial limitations.

You note that many of the issues or cases we are dealing with are people coming out of conflict. As a result, these are complex transitions. When we talk about complex transitions, I believe you understand that this is not your straightforward six months, another six months and you are out the door. This can take time. Aside from SISIP proper, and the LTD vocational rehab program, the CDS has directed Colonel Blais in his unit to look at ways to get people involved with education programs, especially those seeking an undergraduate degree or things that would go longer than the traditional 30 months, to exploit that time they have, because there is a lot of other rehabilitation going on, physical and otherwise, during that time pre-release. Let us not waste that answering the phone at the IPSC if a member can take advantage of educational opportunities.

Sensitive to the number of folks we have, particularly in the complex transition side, we are dealing with both physical and mental injuries; we are starting earlier than that six months before. That is not SISIP. That is not vocational rehabilitation, but there are existing programs that cater to that demand.

That is how we are dealing with it in the broader sense, but then SISIP has a certain degree of flexibility as well.

Ainsi, je pense que nous avons déjà adopté, dans une certaine mesure, cette philosophie.

**Le président :** En ce qui concerne le RARM, son type d'intervention par rapport aux besoins des membres et la période prévue de deux ans, vous dites clairement que vous ne changez pas complètement leur mode de vie, mais que vous faites fond sur leurs compétences. Supposons que je suis fantassin, mais que je n'aie que ma 12<sup>e</sup> année. J'ai été blessé, mais je me tourne vers l'avenir; je veux peut-être un diplôme universitaire, ce qui prendrait quatre ans, ou un diplôme d'un collège technique, ce qui en prendrait trois. Quel serait le rôle alors du RARM?

**Bgén Bigelow :** Permettez-moi de prendre un peu de recul, monsieur, puis je laisserai la parole à M. Bouchard, qui est l'expert en matière de RARM.

J'ai passé une excellente journée avec les gens de Manuvie qui s'occupent de ces questions et qui aident à prendre des décisions dans ces cas.

Un fantassin a bien d'autres compétences que celles lui permettant d'éradiquer l'ennemi. Un fantassin a des compétences en leadership et en organisation, et vous le savez mieux que moi. Cela peut donc lui être utile, mais comme vous le dites, qu'en est-il d'un programme universitaire au collégial qui pourrait dépasser 30 mois? Il y a certaines façons de s'en sortir, grâce à l'évaluation des acquis et à l'octroi de crédits par certains collèges, mais cette option est tout de même limitée. Nous n'essayons pas de nous dérober, mais le Conseil du Trésor nous impose des limites, soit 6 mois avant, 24 mois après, et certaines contraintes financières.

Vous remarquerez que nombre des cas que nous traitons sont des gens qui reviennent d'un conflit. Par conséquent, les transitions sont complexes. Vous comprendrez donc qu'il ne suffit pas de six mois, puis de six mois de plus pour sortir d'affaires. Ce processus peut être long. Pour compléter le RARM et le régime de réadaptation professionnelle de l'ILD, le CEMD a demandé au colonel Blais de trouver des façons de faire participer les gens à des programmes d'éducation, surtout ceux qui souhaitent obtenir un baccalauréat ou un diplôme dont le programme d'étude dépasserait les 30 mois prévus, afin qu'ils profitent du temps qui leur est alloué, étant donné qu'il y a d'autres types des réadaptations en cours, physiques et autres, dans la période précédant la libération. Ne perdons pas de temps à répondre au téléphone au CISP si un membre peut profiter de possibilités de formation.

Étant donné le nombre de gens dont nous devons nous occuper, surtout ceux en période de transition complexe, et qui ont des blessures physiques et psychologiques, nous commençons bien avant les six mois. Cela ne relève pas du RARM, ni de la réadaptation professionnelle, mais il existe des programmes qui viennent combler ce besoin.

Voilà donc notre approche générale, mais le RARM permet également une certaine flexibilité.

I will turn it over to Mr. Bouchard to answer the tighter SISIP piece.

**Mr. Bouchard:** If you look at the case you just described to us, I have to mention that the plan under SISIP on the VRP, if we look at the plan under VAC they have exactly the same limitations. They have the same financial framework as I have to work with.

**The Chair:** I am aware of that and, particularly to assist you in your answer, under the old Veterans Charter, where we have troops now with more combat time than World War II veterans, the old system paid the university completely; and under the New Veterans Charter we do not, nor does SISIP.

**Mr. Bouchard:** Under the SISIP, if we take the case of someone who hardly has any transferable skills, we have to be cognizant of this from the get-go. We will look at the education and training of that person to develop a plan that should have that person with the right skill sets to be gainfully employable within 30 months. Typically, we will work with the claimants and come up with some kind of a program. With education reimbursement, this is achievable. In all likelihood, we would achieve 30 months to have someone fully employable. If it is not possible, if we come to the end of the 30-month period and the member is still missing some of the skill sets to be gainfully employable, then he will be classified as fully disabled. He will continue on the benefit, on 75 per cent beyond 24 months and will continue with the training program beyond 24 months.

**The Chair:** You will cover him beyond that?

**Mr. Bouchard:** We will cover. If, for some reason, during that 30-month total period, there is something that would be lacking by the time we get to 24 months, that person will continue on claims and will be also able to continue on the Vocational Rehabilitation Plan. This is what we do.

**Senator Plett:** First, let me say how happy I am with the answers I have received here today. Some of the stories that we hear from veterans who have been injured are gut-wrenching, yet you need to make decisions, not in a cold way but in a matter-of-fact way. The analogies you used, general, when I had the question about communication and you said you tried to lead the horse to water, and that is so true, they then have to want to drink after that. I appreciate those comments.

I have a short question on dismemberment. I think VAC sometimes pays a percentage of the \$290,000, depending on how severe the dismemberment is — maybe that is the correct terminology — whether the leg is cut off just above the ankle or knee. Does SISIP have the same on the 250,000?

Je laisse maintenant la parole à M. Bouchard qui pourra vous donner davantage de détails sur le RARM.

**M. Bouchard :** Dans le cas que vous venez de décrire, je tiens à signaler que le PRP, le Programme de réadaptation professionnelle du RARM et le Programme d'ACC ont exactement les mêmes limites. Je dois respecter les mêmes cadres financiers.

**Le président :** J'en suis conscient, et pour vous aider à répondre, sachez qu'en vertu de l'ancienne Charte des anciens combattants, alors que nous avons maintenant les soldats qui ont accumulé davantage de temps au combat que les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale, l'ancien système, donc payait pour toutes les études universitaires; ce n'est pas le cas en vertu de la Nouvelle Charte des anciens combattants, ni en vertu du RARM.

**M. Bouchard :** En vertu du RARM, si on prend l'exemple de quelqu'un qui a à peine quelques compétences transférables, il faut le savoir dès le départ. On tiendra compte de l'éducation et de la formation de cette personne pour élaborer un plan lui permettant d'obtenir les compétences nécessaires pour obtenir un emploi rémunéré en moins de 30 mois. En général, nous collaborons avec les demandeurs et établissons un programme. Avec le remboursement des frais de scolarité, c'est faisable. Il est fort probable que cette personne devienne apte au travail en 30 mois. Sinon, si après 30 mois le membre n'a toujours pas toutes les compétences nécessaires pour obtenir un emploi rémunéré, il sera déclaré complètement invalide. Il continuera à toucher des prestations, soit 75 p. 100 au-delà des 24 mois, et poursuivra son programme de formation au-delà de la période de deux ans.

**Le président :** Il sera couvert au-delà de cette période?

**M. Bouchard :** Oui, nous nous en occuperons. Si, pour une raison ou une autre, au cours de cette période totale de 30 mois on se rend compte qu'il y aura toujours des lacunes après 24 mois, cette personne continuera à recevoir des prestations et poursuivra son plan de réadaptation professionnelle. C'est ce que nous faisons.

**Le sénateur Plett :** Tout d'abord, je dois vous dire à quel point je suis ravi des réponses entendues ici aujourd'hui. Certaines des histoires que nous racontent les anciens combattants blessés sont déchirantes, et pourtant vous devez prendre des décisions, pas de façon froide et calculée, mais plutôt réaliste. Général, vous avez recours à des analogies qui m'ont plu. Lorsque je vous ai posé une question concernant les communications, vous m'avez répondu que, et c'est tout à fait vrai, on peut aider les gens, mais ils doivent vouloir s'aider eux-mêmes. Je vous remercie de ces observations.

J'aurais une brève question concernant les mutilations. Je pense qu'ACC donne parfois un pourcentage des 290 000 \$, selon la gravité des mutilations — je ne sais pas si c'est la terminologie correcte —, selon que la jambe est amputée, par exemple, au-dessus de la cheville ou du genou. Le RARM fait-il la même chose avec les 250 000 \$?

**Mr. Bouchard:** On the 250, we have the same limitation as VAC for dismemberment. For pure dismemberment, if it is a loss of one limb, that would be 50 per cent of the amount. If someone loses two limbs, that is a full 100 per cent.

On pure dismemberment, we have exactly the same limitations, the same thing.

**Senator Day:** As a follow-up to the point made earlier when I asked you the question about Manulife having the contract with SISIP, you said there are quite a few checks in the system. Could you provide us through the clerk with an explanation of what those checks are? We can do our due diligence.

**Brig.-Gen. Bigelow:** In preparation for this discussion, that was a question I had. It is an intuitive question to say if you are going to contract out something so important, and this is not a trivial contract, there would be a formal review process and conceivably a re-tendering. We will get that information back to this committee, sir.

**The Chair:** Are you satisfied with the agencies that you are using that are giving the rehabilitation training and reintroduction of people into the work force and so on that SISIP contracts out, and what is the satisfaction from your clients in that regard? It is a higher-plain problem. Remember the 75 per cent comes when combined with specific sources of income, so if they have a pension, then it is not what they have, a pension plus the 75 per cent, but in fact they get 75 per cent and then they cut whatever the pension is. That is a great point of contention still and probably brings all kinds of heartburn. I think it is worthy to pursue that point.

My last point is that SISIP used to be voluntary when it was first brought in and created all kinds of horror stories about those who took it and those who did not, so by making it compulsory it changed the whole nature of how the troops looked at that problem and the chain of command. That was an important step at that time.

**Senator Day:** I was aware of that issue and it was a question of the 15 per cent, when the soldier had to pay, that is compulsory, even though you would think that if something is coming out of your paycheque, that would be a voluntary thing.

**The Chair:** The benefit is the 85 per cent.

Gentlemen, if you can give me that answer subsequently, because we have to conclude our session, I would be most appreciative. Thank you for being so clear. We hope the troops get more and more of that clear information to achieve their aim.

**Brig.-Gen. Bigelow:** Thank you, sir.

(The committee adjourned.)

**M. Bouchard :** Dans ce cas-là, les limites d'ACC à l'égard des mutilations s'appliquent également. Pour la perte d'un membre, on touche 50 p. 100 du montant. Si quelqu'un perd deux membres, il touche 100 p. 100 du montant.

Au sujet des mutilations pures et simples, nous avons exactement les mêmes restrictions; c'est la même chose.

**Le sénateur Day :** Pour revenir à ce qui a été dit plus tôt lorsque je vous ai posé une question sur Manuvie qui a le contrat du RARM, vous avez dit que le système comporte plusieurs contrôles. Pouvez-vous envoyer à la greffière une explication de ces contrôles? Nous pourrions faire preuve de diligence raisonnable.

**Bgén Bigelow :** Lorsque je me suis préparé pour la discussion, c'est une question que je me suis posée. Il s'agit d'une question intuitive qu'on se pose si on doit donner un contrat aussi important, et il ne s'agit pas d'un contrat mineur, il y aurait un processus d'examen formel et, peut-être, un nouvel appel d'offres. Nous enverrons cette information au comité.

**Le président :** Êtes-vous satisfait des organisations avec qui vous faites affaire pour fournir des services de réadaptation, d'entraînement et de réinsertion sur le marché du travail, par exemple, des services donnés à contrat par le RARM, et quelle est la satisfaction de vos clients à cet égard? C'est un problème de niveau plus élevé. Souvenez-vous que les 75 p. 100 se présentent lorsqu'ils sont combinés avec certaines sources de revenu, de sorte que s'ils reçoivent une pension, ils ne reçoivent pas une pension plus les 75 p. 100, mais en fait ils reçoivent les 75 p. 100 puis le montant de leur pension est diminué. Ce point continue d'être très litigieux et de causer toutes sortes de problèmes. Je pense qu'il vaut la peine de se pencher sur cette situation.

En dernier lieu, j'aimerais souligner que lors de sa création, le RARM était facultatif; cela a engendré toutes sortes d'histoires d'horreur sur ceux qui y ont souscrit et ceux qui ne l'ont pas fait, et en le rendant obligatoire, on a changé entièrement le point de vue des troupes à ce sujet et au sujet de la chaîne de commandement. C'était une étape importante à l'époque.

**Le sénateur Day :** J'étais au courant de cette question, et cela revenait aux 15 p. 100, lorsque le soldat devait payer, c'était obligatoire, même si on peut présumer qu'une retenue salariale serait volontaire.

**Le président :** Les prestations sont les 85 p. 100.

Messieurs, j'apprécierais beaucoup que vous m'envoyiez une réponse plus tard, parce que nous devons mettre fin à notre réunion. Merci d'avoir été si clairs. Nous espérons que les troupes recevront de plus en plus d'informations aussi claires afin d'atteindre leurs objectifs.

**Bgén Bigelow :** Merci, monsieur.

(La séance est levée.)

OTTAWA, Wednesday, May 2, 2012

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day at 12:08 p.m. to study the services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the Royal Canadian Mounted Police and their families.

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

[*Translation*]

**The Chair:** Ladies and gentlemen, welcome to another meeting of the Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence.

The subcommittee is currently carrying out a study — initiated by Senator Plett — on the transition of veterans to civilian life. The study looks at the tools available for helping veterans, and their family, in the transition, so that they can become citizens who feel comfortable in their own skin and are capable of living comfortably with their injuries. It also looks at the services provided to them.

[*English*]

Today we will be talking about OSISS, the program of support. My initial comment is that this whole program was started by the initiative of a major who served with me in Rwanda and created it. Stéphane Grenier is now a lieutenant-colonel who has been seconded to Senator Kirby to implement this program nationally in the civilian world. It is a demonstration that some of the work done in DND can be transferable to the civilian population and to those involved in a variety of similar exercises, be they police, firemen and the like.

[*Translation*]

Colonel, we are listening.

**Colonel Gérard Blais, Director, Casualty Support Management, National Defence:** Mr. Chair and members of the subcommittee, thank you for the invitation to meet with you today to speak about the Operational Stress Injury Social Support Program, commonly referred to as OSISS — or SSBSO in French. I am Colonel Gerry Blais, Director of Casualty Support Management at Canadian Forces and the Commanding Officer of the network of integrated personnel support centres across the country.

Founded in 2001, the OSISS Program was established as a complement to the clinical care provided by Canadian Forces mental health professionals. A group of military members and veterans who had served in theatres of operation recognized the potential benefits of sharing their experiences and set up a peer-based support network. Since then, OSISS has developed into a well-established program managed in partnership by the Department of National Defence and Veterans Affairs Canada.

OTTAWA, le mercredi 2 mai 2012

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 8, pour étudier les services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et leurs familles.

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

[*Français*]

**Le président :** Mesdames et messieurs, bienvenue à une autre réunion du Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense.

Le sous-comité se penche en ce moment sur une étude, initiée par le sénateur Plett, qui vise la transition des vétérans en service vers la vie civile. Cette étude examine les outils qui existent pour aider ces vétérans, et leur famille, dans la transition afin qu'ils deviennent des citoyens qui se sentent bien dans leur peau et capables de vivre convenablement avec leurs blessures et les services qu'on leur fournit.

[*Traduction*]

Aujourd'hui, nous allons parler du programme de Soutien social; blessures de stress opérationnel. Tout d'abord, j'aimerais mentionner que tout le programme est l'initiative d'un major qui a servi à mes côtés au Rwanda. Stéphane Grenier est maintenant lieutenant-colonel; il a été détaché auprès du sénateur Kirby pour mettre en œuvre ce programme dans l'ensemble de la société civile canadienne. Cet exemple montre que certaines initiatives menées au sein du MDN peuvent être adaptées pour la population civile et pour les personnes — comme les policiers et les pompiers — qui prennent part à des exercices semblables.

[*Français*]

Colonel, nous vous écoutons.

**Colonel Gérard Blais, directeur, Gestion du soutien aux blessés, Défense nationale :** Monsieur le président et membres du sous-comité, merci de m'avoir invité aujourd'hui afin de parler du programme de soutien social, blessures de stress opérationnel, communément appelé SSBSO — ou OSISS en anglais. Je suis le colonel Gerry Blais, directeur de la gestion du soutien aux blessés des Forces canadiennes et commandant du réseau des centres intégrés de soutien du personnel situés partout au pays.

Créé en 2001, le programme SSBSO visait à compléter les soins cliniques offerts par les professionnels en soin de santé mentale des Forces canadiennes. Un groupe de militaires et d'anciens combattants qui avaient servi dans des théâtres d'opération ont réalisé les avantages que peut procurer le fait de raconter leur expérience, et ont mis sur pied un réseau de soutien mutuel. Depuis ce temps, le SSBSO est devenu un programme bien établi, géré en partenariat avec le ministère de la Défense nationale et

It is a strong community organization coordinated by screened and trained peers. Coordinators have learned to cope with their own problems and now work to help others.

Every member of the network has first-hand experience and practical knowledge of what it is like to struggle with an operational stress injury or to live with someone who is struggling with such an injury.

[*English*]

As serious as an operational stress injury may be for affected Canadian Forces personnel or veterans, there are also repercussions for their families. Through OSISS, peer support is also available to members of the families of OSI sufferers. Members of the immediate family are often the first to notice personality changes and uncharacteristic behaviours in their loved ones. Family members can invest considerable effort in trying to understand the injury, being supportive during recovery, and maintaining family stability. Over time, these demands can become major stressors on family members who try to adapt to the long-term effects of the injury, and because of these stressors, it is important that family members should also seek help and support so they can safeguard their own well-being, that of their children and that of the injured person.

In addition to these two forms of peer support, since 2006 the Canadian Forces also offers a peer support program for the families of deceased Canadian Forces personnel, and it is called Helping Others by Providing Empathy, commonly known as HOPE. This program was developed with input from bereaved families who wanted to help others. Even though family, friends and in some cases, professional counsellors are available for support, many bereaved individuals also express a desire to speak with someone who can share similar experiences.

In many cases, connecting and identifying with a trained peer can make a significant difference in the grieving process. HOPE offers support, a sympathetic ear, understanding of the grief journey, shared experiences and new options. In addition, the HOPE program sponsors a series of resilience and growth workshops for families dealing with the loss of a loved one.

In addition to the DND budget of \$3.4 million, which includes the salaries of 54 full-time public service employees, all three programs are bolstered by trained volunteers who have previously benefited from the programs and choose to volunteer to support others. We have approximately 80 volunteers in the OSISS program and 20 or so in the HOPE program. Being able to assist

Anciens Combattants Canada. Il représente une organisation communautaire solide, coordonnée par des pairs présélectionnés et formés. Les coordonnateurs ont appris à faire face à leurs propres problèmes et s'affairent maintenant à aider les autres.

Chaque membre du réseau possède une expérience directe et une connaissance pratique de ce que représente le fait d'être aux prises avec des problèmes de stress opérationnel ou de vivre avec une personne qui en souffre.

[*Traduction*]

Les problèmes de stress opérationnel ont des conséquences graves sur le personnel ou les anciens combattants des Forces canadiennes, mais elles en ont également sur les membres de leur famille. Grâce au programme SSBSO, un service de soutien mutuel est également offert aux membres des familles de militaires ou d'anciens combattants souffrant de problèmes de stress opérationnel. Les membres de la famille immédiate sont souvent les premiers à constater des changements de personnalité et des comportements inhabituels chez leur proche. Ils peuvent déployer beaucoup d'efforts à tenter de comprendre le problème, à faire preuve de soutien durant la phase de récupération et à maintenir la stabilité familiale. Au fil du temps, cette situation peut devenir un facteur de stress important pour les membres de la famille qui essaient de s'adapter aux conséquences à long terme de la blessure. Étant donné ces facteurs de stress, il est important que les membres de la famille demandent également de l'aide ou du soutien afin qu'ils puissent s'occuper de leur bien-être, de celui de leurs enfants et de celui de la personne blessée.

En plus de ces deux types de soutien mutuel, les Forces canadiennes offrent également depuis 2006 un programme de soutien mutuel pour les familles de militaires des Forces canadiennes décédés appelé « Empathie, Soutien par les Pairs, Offrons une Invitation au Réconfort » et mieux connu sous le nom d'ESPOIR. Ce programme a été créé avec la participation des familles endeuillées qui désiraient aider les autres. Même si des membres de la famille, des amis et, dans certains cas, des conseillers professionnels peuvent offrir du soutien, un grand nombre de personnes endeuillées expriment également le désir de parler avec une personne qui a vécu une expérience similaire.

Dans bien des cas, le fait de communiquer avec un pair qui a reçu une formation en la matière ou de s'identifier à celui-ci peut grandement contribuer au processus de deuil. Le programme ESPOIR offre du soutien, une oreille attentive, une compréhension du processus du deuil, une mise en commun des expériences et de nouvelles options. De plus, ce programme fait la promotion d'une série d'ateliers sur la ténacité et l'épanouissement personnel pour les familles qui sont touchées par la perte d'un être cher.

En plus du budget de 3,4 millions de dollars du MDN qui comprend le salaire de 54 fonctionnaires à temps plein, les trois programmes sont appuyés par des bénévoles formés qui ont déjà eu recours à ces programmes et qui ont choisi d'appuyer les autres de façon volontaire. Le programme SSBSO compte environ 80 bénévoles, et le programme ESPOIR, une vingtaine. Le fait

others can be a significant part of the recovery process, and many of our volunteers are quite active in providing support. They are a key component of the program's success.

[Translation]

I will be pleased to answer your questions following my colleagues' comments.

**Colonel Jean-Robert Bernier, Deputy Surgeon General, National Defence:** Ladies and gentlemen members of the subcommittee, I am Colonel Jean-Robert Bernier, Deputy Surgeon General. The Canadian Forces Directorate of Mental Health falls under my jurisdiction, and I can answer questions about the importance of peer support to mental health.

[English]

As my colleague Colonel Blais discussed, OSISS is an important component of the overall CF mental health program and a great example of soldiers reaching out and looking out for one another. It is a significant evolution beyond earlier peer support efforts such as the navy's divisional and the army's regimental systems, or the CF's critical incident peer support program of the early 1990s.

Although peer support is not treatment, OSISS has had a major impact in helping those with operational stress injuries acknowledge their conditions and get the clinical care they need. As a result of reductions in stigma and barriers to mental health care over the past decade, many soldiers are now also comfortable to meet and normalize their reactions within their own natural peer groups. For example, some CF members who deployed together are currently supporting each other occurring during their treatment and recovery.

[Translation]

In combination with our mental health screening, awareness, education and treatment programs, this program and other peer support efforts continue to be important elements in helping members obtain the care they need.

**Raymond Lalonde, Director, Operational Stress Injury National Network, Veterans Affairs Canada:** I am happy to be joined by my two colleagues from Canadian Forces. I am here to testify on behalf of Veterans Affairs Canada regarding the services the OSISS Program offers veterans and their families. I am the Director General of the Operational Stress Injury National Network Division. As such, I am in charge of the operational

d'aider les autres peut constituer une partie importante du processus de guérison, et un grand nombre de nos bénévoles sont assez actifs à ce chapitre. Ils sont un élément clé du succès du programme.

[Français]

Suite aux commentaires de mes confrères, il me sera plaisir de répondre à vos questions.

**Colonel Jean-Robert Bernier, médecin-chef adjoint, Défense nationale :** Mesdames et messieurs les membres du sous-comité, je suis le colonel Jean-Robert Bernier, médecin-chef adjoint. La direction de la santé mentale des Forces canadiennes relève de ma compétence, et je peux répondre aux questions qui traitent de l'importance du soutien par les pairs en santé mentale.

[Traduction]

Comme mon collègue, le colonel Blais, l'a fait remarquer, le programme SSBSO constitue un élément important de l'ensemble du programme de santé mentale des Forces canadiennes et il est un excellent exemple de militaires qui se donnent un coup de main et qui se tiennent les coudes les uns les autres. Il s'agit d'une importante évolution par rapport aux mesures de soutien prises antérieurement par les systèmes divisionnaires de la Marine et les systèmes régimentaires de l'Armée ou au programme de soutien par les pairs en cas d'incident critique des Forces canadiennes, du début des années 1990.

Même si le soutien par les pairs n'est pas un traitement en soi, le programme SSBSO a eu des retombées considérables en aidant les personnes souffrant de troubles liés au stress opérationnel à accepter leur état et à obtenir les soins cliniques nécessaires. Grâce à la diminution de la stigmatisation et à la réduction des obstacles aux soins de santé mentale qui ont eu lieu au cours des 10 dernières années, bon nombre des militaires se sentent maintenant assez à l'aise pour se rencontrer et normaliser leurs réactions dans leurs propres groupes de pairs naturels. Par exemple, certains membres des Forces canadiennes qui ont participé ensemble à un déploiement se soutiennent les uns les autres durant leur traitement et leur rétablissement.

[Français]

En association avec nos programmes d'évaluation, de sensibilisation, d'éducation et de traitement de la santé mentale, ce programme et les autres mesures de soutien par les pairs continuent d'être des éléments importants dans l'aide apportée aux militaires afin qu'ils obtiennent les soins dont ils ont besoin.

**Raymond Lalonde, directeur, Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, Anciens Combattants Canada :** Je suis heureux d'être accompagné ici de mes deux collègues des Forces canadiennes pour témoigner au nom d'Anciens Combattants Canada sur les services offerts aux vétérans et leur famille dans le cadre du programme SSBSO. Je suis le directeur général pour le réseau des blessures liées au stress opérationnel. À ce titre, je suis



stress injury treatment clinics. I was recently made responsible for the OSISS Program partnership with Canadian Forces.

[English]

I would like to recognize two of my colleagues who are in the room today: Major Carl Walsh, the CF OSISS program manager, and Serge Arseneault, the VAC OSISS partnership manager. They are instrumental in ensuring the OSISS program can achieve its objectives.

The partnership is based on having the two organizations involved in the overall management of the program, whereas the Canadian Forces ensures the day-to-day operation on the ground.

The OSISS program partnership is a very good example of how the Canadian Forces and Veterans Affairs Canada can collaborate to better leverage each other's strengths and resources to provide seamless services to members of the Canadian Forces and their families as they transition to civilian life.

[Translation]

With a mix of competent staff, commitment, structure, training and vision, OSISS has become a world-class leader in peer support for the military and veterans.

OSISS has contributed to improving the wellness of more than 6,002 Canadian Forces members, veterans and their families since the program was launched in 2001.

Posted in key locations — Canadian Forces bases, joint personnel support units, integrated personnel support centres, Veterans Affairs Canada district offices and operational stress injury clinics — peer support coordinators are well-positioned to reach those in need and support the continuity of service as Canadian Forces members transition to civilian life.

In addition to the public service employees working in OSISS, close to 100 trained volunteers extend the reach of the program in communities.

Thank you very much.

[English]

**The Chair:** As I always do, I have a list of senators who wish to ask questions. Let us begin.

**Senator Plett:** Thank you, gentlemen, for being here this morning. We appreciate it.

responsable des cliniques de traitement pour les blessures de stress opérationnel. Tout récemment, on m'a confié la responsabilité du partenariat avec les Forces canadiennes pour le SSBSO.

[Traduction]

Je voudrais souligner la présence dans la salle de deux de mes collègues : le major Carl Walsh, gestionnaire du programme SSBSO pour les FC et Serge Arseneault, gestionnaire du partenariat relatif à ce programme pour Anciens Combattants Canada. Ils jouent un rôle important pour ce qui est de s'assurer que le programme puisse atteindre ses objectifs.

Dans le cadre du partenariat, les deux organisations participent à la gestion globale du programme, et les Forces canadiennes assurent la tenue quotidienne des opérations sur le terrain.

Le partenariat relatif au programme SSBSO est un très bon exemple de la façon dont les Forces canadiennes et Anciens Combattants Canada peuvent collaborer pour mieux utiliser leurs forces et leurs ressources respectives afin de fournir des services continus aux membres des Forces canadiennes et à leur famille à mesure qu'ils effectuent la transition vers la vie civile.

[Français]

En comptant sur la compétence et l'engagement du personnel, la structure, la formation et la vision, le SSBSO est devenu un leader international dans le domaine du support social pour les militaires et les vétérans.

Le SSBSO a contribué à améliorer le bien-être de plus de 6 002 membres des Forces canadiennes, vétérans et membres de leur famille, depuis le début du programme en 2001.

Présents dans des endroits clé, dans les bases des Forces canadiennes, les unités conjointes de support du personnel, les centres intégrés de support du personnel, les bureaux de district d'Anciens Combattants Canada, dans les cliniques de blessures de stress opérationnel et les centres pour trauma des Forces canadiennes, les coordonnateurs pairs aidants sont bien positionnés pour rejoindre ceux qui ont des besoins et pour favoriser la continuité des services alors que les membres des Forces canadiennes font la transition vers la vie civile.

En plus des employés de la fonction publique travaillant pour le SSBSO, près de 100 volontaires ont été formés et augmentent la capacité du programme à rejoindre ceux qui ont des besoins dans les communautés.

Merci beaucoup.

[Traduction]

**Le président :** Comme toujours, je dispose d'une liste de sénateurs qui souhaitent poser des questions. Commençons.

**Le sénateur Plett :** Messieurs, merci d'être ici ce matin. Nous l'apprécions.

You mentioned, colonel, that the OSISS program complemented the Canadian Forces Mental Health Services. Is this, then, not a duplication of systems? Talk to me a bit about that, if you do not mind.

What are the qualifications of the people who are working there? You say they are screened and trained peers, and I think that is wonderful, but do these people also have training in mental health and experience working with people who have mental injuries? How are they trained; and is this a bit of a duplication of the two programs?

**Col. Blais:** No, there is definitely no duplication between the two. The staff in the Canadian Forces Health Services are trained social workers, psychologists and psychiatrists, whereas the peers are CF personnel who themselves have suffered from an operational stress injury, a mental health issue that relates to their service. They are trained in how to best interact and not to get themselves dragged back into the problems they faced, and they do so by trying to help others with their issues.

They are best suited to listen and refer. Very often the person suffering from the mental health injury will not be as open to listening as others might be. However, with someone who has walked a mile in his shoes, he will open up and listen. That can perhaps open the gateway to obtaining treatment from the Canadian Forces Health Services.

**Senator Plett:** The person working in the OSISS program would do more listening than anything else and then would refer. They would not offer counselling; is that what you are saying?

**Col. Blais:** Not counselling, per se, no.

**Senator Plett:** You also say they work with the families. We had an individual call our office and work with my executive assistant in our office, and with me, from Shilo. She was quite open in sharing some of her problems, but she also said that she could not officially talk to us; she did so unofficially, because she said her husband, who was the veteran suffering from an operational stress disorder, needed to ask for help. He was the one who needed to say, "We need help." She could not do it on her own.

Would you go listen to a person like that without the veteran actually asking for it? Do you talk to family members by themselves?

**Col. Blais:** Absolutely. There are two different types of coordinators in the program. There is the strict peer support for military members, and then there is another group of peers who are family members who have lived with someone who suffered from an OSI. They are ideally suited to deal with family members,

Monsieur le colonel, vous avez dit que le programme SSBSO était un complément des services de santé mentale des Forces canadiennes. N'y a-t-il pas un chevauchement, dans ce cas? Veuillez me donner quelques éclaircissements à ce sujet, si vous le voulez bien.

Quelles sont les qualifications des gens qui mettent en œuvre le programme? Vous dites qu'il s'agit de pairs dûment sélectionnés et formés — et je trouve cela merveilleux —, mais ces personnes ont-elles également reçu une formation en santé mentale et ont-elles de l'expérience en matière de soutien destiné aux victimes de blessures psychologiques? Comment sont-elles formées, et y a-t-il un peu de chevauchement entre les deux programmes?

**Col Blais :** Non, il n'y a certainement aucun chevauchement entre les deux. L'effectif des services de santé mentale des Forces canadiennes est constitué de travailleurs sociaux, de psychologues et de psychiatres dûment formés, alors que les pairs sont des employés des Forces canadiennes qui ont eux-mêmes déjà été aux prises avec une blessure de stress opérationnel, avec un problème de santé mentale lié à leur service militaire. Ils ont été formés pour interagir adéquatement avec les personnes dans cette situation et pour éviter de revivre leurs problèmes du passé, et ce, en essayant d'aider les autres à surmonter les leurs.

Les rôles qui leur conviennent le mieux sont l'écoute et l'aiguillage. Bien souvent, les personnes qui ont subi une blessure psychologique sont moins disposées à écouter les autres. Cependant, si leur interlocuteur a vécu des choses semblables, elles s'ouvriront à lui et l'écouteront. Cela pourra peut-être les amener à se faire administrer un traitement par les services de santé des Forces canadiennes.

**Le sénateur Plett :** Les intervenants du programme SSBSO font d'abord et avant tout de l'écoute, puis de l'aiguillage. Ils ne font pas de counseling; c'est bien ce que vous dites?

**Col Blais :** Pas de counseling en tant que tel, non.

**Le sénateur Plett :** Vous dites aussi qu'ils travaillent auprès des familles. Il y a une femme qui a appelé notre bureau et qui, de Shilo, a travaillé avec mon adjointe et moi-même. Elle était assez ouverte à nous faire part de ses problèmes, mais elle a également dit qu'elle ne pouvait pas nous parler officiellement; elle le faisait de façon non officielle, car c'était son époux, ancien combattant atteint de problèmes liés au stress opérationnel, qui devait demander de l'aide. C'était lui qui devait dire : « Nous avons besoin d'aide. » Elle ne pouvait pas le faire elle-même.

Pourriez-vous écouter une personne qui se trouve dans une telle situation? Parlez-vous directement aux membres de la famille?

**Col Blais :** Absolument. Le programme compte deux types de coordonnateurs. Un premier groupe de pairs soutient uniquement les militaires, et un deuxième groupe est constitué de membres de familles de militaires qui ont habité avec une personne atteinte d'une blessure de stress opérationnel. Comme ces gens-là ont vécu

such as the one you described, to explain to them and give them advice as to how they can guide their loved one to treatment because they have lived the same experiences.

**Senator Plett:** They would do this confidentially?

**Col. Blais:** Absolutely.

**Senator Plett:** This lady said: “I cannot even bring this up with my husband because he gets quite angry and says he does not need help.” She could go get confidential help?

**Col. Blais:** Yes, OSISS is a 100 per cent confidential service.

**The Chair:** Thank you. These are very insightful questions on the nature of the beast. Having been the recipient of the original OSISS work, what the injured personnel seek between formal treatments is being able to also vet between that and have someone sit there for three or four hours and just listen. The peer support at OSISS has provided that supplemental to the formal therapy that keeps people level instead of going down between treatments.

**Senator Plett:** If I could ask one supplementary on that, how would this individual contact OSISS? Is there a helpline that she can look up on the Internet? How would this lady make contact?

**Col. Blais:** Yes there is, senator. Also, if they would like, there are Integrated Personnel Support Centres now on bases across the country. If she simply went to the Integrated Personnel Support Centre, she could get the help she needs there, in addition to help in a number of areas, as well.

**The Chair:** And she would not have to give her name?

**Col. Blais:** No.

**Senator Day:** I have a supplementary on that. I would like clarification. When going to the Integrated Personnel Support Centre, you go up to the front desk and say, “I need help”? Not many people will be prepared to do that. It is the matter of confidentiality that Senator Plett talked about that is important here.

**Col. Blais:** Once the person goes into the centre, it is completely confidential. The centres themselves are, for the most part, in individual buildings away from other Canadian Forces buildings. We are now serving more than 4,000 clients CF-wide, and confidentiality is not an issue.

**The Chair:** There are also the phone and the Internet.

**Col. Blais:** Yes.

les mêmes expériences, ils sont les mieux placés pour interagir avec les membres des familles — comme la femme dont vous avez parlé —, pour leur expliquer comment aider leur proche à recevoir un traitement et pour leur donner des conseils à ce sujet.

**Le sénateur Plett :** Elles le font de façon confidentielle?

**Col Blais :** Tout à fait.

**Le sénateur Plett :** La femme dont j’ai parlé a dit : « Je ne peux même pas aborder le sujet avec mon mari, car il se met en colère et dit qu’il n’a pas besoin d’aide. ». Donc, elle pourrait obtenir de l’aide confidentielle?

**Col Blais :** Oui, le SSBSO est un service confidentiel à 100 p. 100.

**Le président :** Merci. Ces questions nous aident beaucoup à comprendre la nature du programme. Comme j’ai moi-même bénéficié des services initialement dispensés par le SSBSO, je sais que les militaires qui ont subi des blessures ont besoin d’obtenir des renseignements et d’avoir quelqu’un qui peut simplement les écouter durant trois ou quatre heures entre les périodes de traitement officiel. Le soutien fourni par les pairs dans le cadre du SSBSO a permis à des gens d’éviter une rechute entre les thérapies officielles.

**Le sénateur Plett :** J’aimerais poser une question supplémentaire à ce sujet : comment la femme dont vous avez parlé peut-elle communiquer avec le SSBSO? Existe-t-il une ligne d’aide dont elle peut trouver le numéro sur Internet? De quelle façon peut-elle joindre une personne-ressource?

**Col Blais :** Oui, sénateur, il existe une ligne d’aide. De plus, si cette femme le souhaite, elle peut maintenant obtenir de l’aide dans un des centres intégrés de soutien du personnel qui ont été aménagés dans les bases de partout au pays. En se rendant simplement à un tel centre, elle pourrait obtenir l’aide dont elle a besoin à ce chapitre ainsi qu’à un certain nombre d’égards.

**Le président :** Sans donner son nom?

**Col Blais :** En effet.

**Le sénateur Day :** J’ai une autre question à ce sujet. J’aimerais obtenir des éclaircissements. Quand on se rend dans un centre intégré de soutien du personnel, est-ce qu’il faut se présenter à la réception et dire : « J’ai besoin d’aide »? Il n’y a pas beaucoup de gens qui seraient disposés à faire cela. C’est la question de la confidentialité — dont a parlé le sénateur Plett — qui importe ici.

**Col Blais :** Quand une personne entre dans un tel centre, tout est confidentiel. La majorité de ces centres sont situés dans des bâtiments distincts, loin des autres locaux des Forces canadiennes. Nous servons maintenant plus de 4 000 clients à l’échelle des Forces canadiennes, et la confidentialité n’est pas un problème.

**Le président :** Il est également possible d’obtenir du soutien par téléphone ou en ligne.

**Col Blais :** Oui.

[Translation]

**Senator Nolin:** Mr. Chair, I have a question before we move on. A while ago, you distributed a video that talks about the clinics where peers interact. Are we talking about the same program?

**The Chair:** Yes.

**Senator Nolin:** For the benefit of my colleagues and the listeners who have not seen the video — which is a testament to the effectiveness of the work done under the program you have implemented — I would like you to explain how it works. Tell us about a typical meeting in those clinics, whose objective is not to replace medical treatment but to help military members. It is an amazing process, and Canadians need to understand the efforts you are making to help and support military members struggling with that type of injury.

**Col. Blais:** There are two aspects to the process. The first aspect is of an individual nature. As Senator Dallaire said so well, people can meet on an individual basis, one on one, and go out for a coffee in a quiet location, for instance. The injured person can talk about his or her feelings, worries and other issues. Sometimes, just getting things off their chest helps.

In addition, every peer support coordinator also organizes group sessions.

**Senator Nolin:** That is the one I saw.

**Col. Blais:** Exactly. In those sessions, people share information, give each other tips on how to manage their stress in a non-clinical way, once again.

**Senator Nolin:** There is an odd game at some point where the military member or veteran is encouraged to verbally express the impact of their injury. That scene is moving, and it really shows us how effective your program is.

**Col. Blais:** Expressing how we feel is very beneficial. People are not ready to seek the help they need until they can identify and admit what they feel. The peer support program helps the person reach that level, and it is often at that point that members will turn to health services to obtain the medical care they need so much.

**Senator Nolin:** I am trying not to use the term “patient.” I prefer to talk about members or participants.

**Col. Blais:** We call them “peers.”

**Senator Nolin:** I see that you also try to avoid terms such as “patient,” “beneficiary” or “sick person.” But we are talking about people who definitely need help.

**Col. Blais:** Yes.

**Senator Nolin:** Why did it take so long to set up what I feel is such a beneficial and effective program that is so inexpensive? The program needs \$3.4 million, 54 public service employees and

[Français]

**Le sénateur Nolin :** Avant de poursuivre, monsieur le président, vous nous avez distribué il y a quelque temps une vidéo dans laquelle il est question de cliniques où il y a une interaction entre des pairs. Est-ce qu'on parle du même programme?

**Le président :** Oui.

**Le sénateur Nolin :** Pour le bénéfice de mes collègues et des auditeurs qui n'ont pas vu la vidéo, qui est très révélatrice de l'efficacité du travail du programme que vous avez mis en place, j'aimerais que vous nous expliquiez comment cela fonctionne. Racontez-nous une séance de ces cliniques qui ne visent pas à remplacer un traitement médical mais à aider le militaire. C'est étonnant à voir, et les Canadiens ont besoin de comprendre l'effort qui se fait par vous pour aider et appuyer les militaires qui souffrent de ce type de blessures.

**Col Blais :** Il y a deux composantes. La première est individuelle, où, comme le sénateur Dallaire l'a si bien dit, les gens peuvent se rencontrer sur une base individuelle, un à un, en prenant par exemple un café dans un endroit tranquille. La personne qui souffre peut exposer ses sentiments, ses préoccupations et autres soucis. Des fois, cela fait du bien juste de se vider le cœur.

En plus, chacun des pairs coordonne aussi des sessions de groupe.

**Le sénateur Nolin :** C'est celle que j'ai vue.

**Col Blais :** Exactement. Dans ces sessions, les gens s'échangent des informations, se donnent des tuyaux pour savoir comment gérer leur stress de façon non clinique encore une fois.

**Le sénateur Nolin :** Il y a un drôle de jeu à un moment donné entre le militaire ou l'ancien militaire où on l'amène à verbaliser les effets de sa blessure. C'est ce qui est touchant. Et on sent vraiment l'efficacité de votre programme.

**Col Blais :** Le fait de s'exprimer a une grande valeur. Tant qu'elles ne peuvent pas identifier et admettre ce qu'elles ressentent, les personnes ne sont pas prêtes à aller chercher l'aide dont elles ont besoin. Par le service par les pairs, en amenant la personne à cette étape-là, c'est souvent à ce moment-là qu'elle ira au service de santé pour recevoir les services médicaux dont elle a tant besoin.

**Le sénateur Nolin :** Je résiste à utiliser le mot « patient ». Je préfère parler de membre, d'adhérent ou de participant.

**Col Blais :** On les appelle « les pairs ».

**Le sénateur Nolin :** Je vois que vous aussi vous tentez d'éviter le mot « patient », « bénéficiaire » ou « malade ». Mais ce sont des gens qui ont définitivement besoin d'aide.

**Col Blais :** Oui.

**Le sénateur Nolin :** Comment a-t-on pu mettre tant de temps à mettre au point ce qui me semble être un programme tellement bénéfique et si efficace et que cela vous coûte si peu d'argent :

about 100 volunteers. Perhaps your program is not sufficiently known, and if the publicity garnered through today's broadcast does its job, you may have to increase your budgets.

**Col. Blais:** We have noted an increase in the use of services. Since the beginning of the year, it has increased by about 17 per cent.

**Senator Nolin:** That must be due to Senator Dallaire's video!

**Col. Blais:** The services are well known. However, people must admit that they need help. As Senator Plett said, if a member's family comes to us and says that the person is suffering, perhaps the member's regional peer coordinator will visit them and say something like, "I heard that you served at so and so". Starting the conversation may help break the ice and encourage the person to become part of the group.

**Senator Nolin:** However, as Senator Plett was saying, those family members may also be suffering. I am thinking of a spouse or children who may be suffering because of the father's impulsiveness. Those are some of the indirect effects of that type of injury.

**Col. Blais:** Absolutely.

**Senator Nolin:** Do you have the clinical experience and training you need to deal with that type of situation?

**Col. Blais:** Alongside peer participation groups, we organize the same kind of group sessions for spouses and children.

**Senator Nolin:** I have one last question about the program's funding. Are you saying that the \$3.4 million covers the wages of 54 public servants?

**Col. Blais:** Yes.

**Senator Nolin:** I assume the amount covers more than just wages. Could you break down that \$3.4-million amount and tell us where it comes from?

**Col. Blais:** The \$3.4 million is contributed by the Department of National Defence. Veterans Affairs Canada also has a budget for the program. We spend much of the money on peer training and travel expenses. The 54 peer coordinators have to travel to meet with members.

**Senator Nolin:** Could you send that information to the chair, so we can have the details of this financial structure on file and be able to understand where the money comes from and how it is spent?

**Col. Blais:** Absolutely.

**Senator Nolin:** What is the program's history? It probably did not start at this level. Would it be possible to provide us with information on the progress made over the last five years, or since the program was launched?

3,4 millions de dollars, 54 employés civils plus une centaine de bénévoles. Peut-être que votre programme n'est pas assez connu et que suite à l'émission d'aujourd'hui, la publicité va faire son œuvre et vous allez devoir augmenter vos budgets.

**Col Blais :** On remarque une augmentation de l'utilisation des services. Depuis le début de l'année, l'augmentation a été d'environ 17 p. 100.

**Le sénateur Nolin :** C'est certainement à cause du vidéo du sénateur Dallaire!

**Col Blais :** Les services sont bien connus, mais la personne doit admettre qu'elle a besoin d'aide. Comme le sénateur Plett l'a mentionné, si la famille d'un membre vient nous voir et nous dit qu'il en arrache, peut-être que le pair de sa région va aller le voir et lui dire : « J'ai entendu dire que t'as servi à telle place. » En entamant la conversation, on peut peut-être briser la glace et l'amener à s'intégrer au groupe.

**Le sénateur Nolin :** Mais, comme le disait le sénateur Plett, la personne peut aussi souffrir. Je pense au conjoint ou aux enfants qui peuvent souffrir de l'attitude impulsive du père. Tout cela fait partie des effets indirects de ce type de blessure.

**Col Blais :** Absolument.

**Le sénateur Nolin :** Vous avez l'expérience et l'entraînement cliniques nécessaires pour faire face à ce genre de situation?

**Col Blais :** Dans les groupes où les pairs participent, il y a des groupes parallèles pour les épouses et les enfants qui peuvent participer et faire le même genre de session en groupe.

**Le sénateur Nolin :** Une dernière question au sujet du financement du programme. Dans le 3,4 millions de dollars, vous dites que ça comprend les salaires de 54 fonctionnaires?

**Col Blais :** Oui.

**Le sénateur Nolin :** Je présume qu'il n'y a pas que les salaires. Pouvez-vous ventiler cette somme de 3,4 millions et nous dire d'où provient cet argent?

**Col Blais :** Le 3,4 millions de dollars, c'est la contribution de Défense nationale Canada, et Anciens Combattants Canada a aussi un budget pour le programme. De notre côté, une grande partie de l'argent est consacrée à la formation des pairs et aux frais de voyage. Les 54 pairs doivent se déplacer pour rencontrer les membres.

**Le sénateur Nolin :** Est-ce qu'il serait possible d'envoyer l'information au président afin qu'on puisse avoir en filière le détail de cette structure financière et être à même de comprendre d'où provient l'argent et comment il est dépensé?

**Col Blais :** Absolument.

**Le sénateur Nolin :** Quel est l'historique du programme? Il n'a certainement pas commencé à ce niveau. Serait-il possible de nous fournir de l'information sur la progression au cours des cinq dernières années ou depuis que le programme existe?

**Col. Blais:** Absolutely.

**Senator Nolin:** Thank you, Mr. Chair.

[English]

**Senator Plett:** Maybe when you send that along with that report you would tell us where these 54 people are located, at what bases, and I would appreciate that.

**Col. Blais:** Absolutely, senator.

**The Chair:** Let us bring this package, if I may. It started with people volunteering, paying out of their own pocket, and has over the years evolved to now where we have people paid to do it, although sometimes they are still paying out of their own pocket to buy the coffee at Tim Hortons, and some of that, I gather, is not always clear.

However, the structure is still based a lot on volunteers reinforcing those permanent staff to try to handle the large caseload that they do have. I would also be interested in seeing the volunteer structure complementing what Senator Plett and Senator Nolin have asked.

As an example, if I may just before handing it over to Senator Wallin, I would like to know how many officers are in the peer support system versus NCOs and other ranks in actually being peer support, both volunteers and permanent staff.

The reason I ask is that the last time I queried there were none, and that, to me, is not a healthy indication.

**Senator Wallin:** Gentlemen, I am seeking your views rather than answers because you are so well versed in this field. This has to do with the larger question of transition to civilian life. Just the other day at the Defence Committee we were discussing the issue of suicide, and the CDS said one is too many. That was his opening statement, but also despite everyone's best screening efforts and everything else, you cannot tell in advance who will have a problem, who will survive mentally, no more than you can tell who will survive physically the situation in war.

Are there any lessons learned from this *ex post facto* work you do with operational stress injury that you think could be somehow injected into the front end of the process after screening, after recruitment?

**Col. Bernier:** Thank you, senator. You will be aware that there have been recent media reports this year that we have 19 cases of male regular force suicides, which is the number we have to use.

**Col Blais :** Absolument.

**Le sénateur Nolin :** Merci, monsieur le président.

[Traduction]

**Le sénateur Plett :** Peut-être que, quand vous enverrez l'information conjointement avec le rapport, vous pourriez nous indiquer dans quelles bases ces 54 personnes sont situées. Je l'apprécierais.

**Col Blais :** Tout à fait, sénateur.

**Le président :** Laissez-nous présenter ces renseignements, si je puis me permettre. Initialement, le programme était mis en œuvre par des bénévoles qui payaient eux-mêmes leurs dépenses et il a évolué de telle façon au fil des ans que nous versons maintenant un salaire aux intervenants, bien qu'il arrive encore qu'ils paient de leur poche le café au Tim Hortons, entre autres choses. D'après ce que je comprends, ce n'est pas toujours clair.

Toutefois, la structure continue à reposer sur de nombreux bénévoles qui aident les employés permanents à gérer leur grand volume de travail. J'aimerais par ailleurs examiner la structure des bénévoles à l'appui des questions posées par le sénateur Plett et le sénateur Nolin.

Par exemple — et je vais céder la parole au sénateur Wallin tout de suite après —, j'aimerais connaître le nombre d'officiers par rapport aux sous-officiers et aux militaires d'autres rangs qui sont bénévoles ou employés permanents dans le cadre du système d'entraide.

Si je pose cette question, c'est parce qu'il n'y en avait aucun la dernière fois où je me suis informé, et ce n'est pas bon signe, selon moi.

**Le sénateur Wallin :** Messieurs, je vous demande votre opinion plutôt que des réponses, car je sais à quel point vous connaissez bien ce domaine. Mon intervention porte sur la question globale de la transition vers la vie civile. Tout récemment, à l'occasion d'une réunion du Comité permanent de la sécurité nationale et de la défense, nous avons discuté de la question du suicide, et le CEMD a dit qu'un seul suicide, c'est déjà trop. C'était sa déclaration préliminaire. Par ailleurs, malgré tous les efforts déployés pour détecter le mieux possible les tendances suicidaires et malgré toutes les autres mesures, on ne peut pas prédire qui éprouvera un problème et qui conservera sa santé mentale, pas plus qu'on peut prédire qui survivra physiquement à une guerre.

Y a-t-il d'autres leçons que vous avez tirées du travail *ex post facto* que vous réalisez à l'égard des blessures de stress opérationnel qui, selon vous, devraient être mises en œuvre d'une façon ou d'une autre en amont du processus suivant la sélection, le recrutement?

**Col Bernier :** Merci, sénateur. Vous savez sûrement que, récemment, les médias ont rapporté 19 cas de suicide cette année parmi les hommes faisant partie de la Force régulière, et c'est le chiffre que nous devons utiliser.

Although every single one of them is a grave tragedy to all of us and we would like to achieve a zero suicide rate, that is impossible because of human biology, and our expectations have to be limited by trying to do the maximum possible, and we have done that through the implementation of all the recommendations of the Canadian Forces Expert Panel on Suicide Prevention which included independent civilian and military academics from within Canada and abroad.

However, the problem is that even quality assurance mental health audits, even with patients in treatment, only about one quarter of completed suicides are assessed to have been preventable.

Therefore, living with that reality, we have to do the absolute maximum that evidence has shown, or even intuition or logic suggests, may make a difference. I assume you are probably already aware of all the educational awareness efforts. Specifically one thing we started since April 2010 is after each individual suicide not only is there a board of inquiry but there is also a professional mental health professional technical review of each suicide, an in-depth review, to look at quality assurance, look at all the factors, the individual motivational factors, family, et cetera. That is completed as soon as possible rather than awaiting the outcome of the board of inquiry, which can take a very long time. It has been generally welcomed by family members and others who knew the individual. We look in great detail at trends, at specifically what happened in that case to see if there was any possible factor that might have been modified in the clinical treatment, in the chain of command treatment, the occupational.

The latest thing we have been trying to impress, and the leadership has been particularly effective and committed, is suicide awareness and reducing stigma for the presentation for care of mental health illnesses, the professional technical reviews as well as a hand-off policy. In doing these analyses, we find that some are directly related to deployment and post-traumatic stress disorder, but up until 2010 the majority of our suicide cases were among people who had never deployed anywhere. We have a higher number this year, but because the numbers are still so low bio-statistically, epidemiologically to get statistical meaning out of those numbers, we have to lump them all together in five-year blocks. This could mean the beginning of a trend or it could be that after we collect a five-year block, an adequate number with an adequate denominator of suicides, it turns out it is the same as the previous five-year blocks. Looking up until 2010, including the five-year block of the height of operations in Afghanistan, the rate has remained the same. There has not been a change since 1995.

Bien que chacun de ces cas soit une tragédie grave qui nous attriste tous et bien que nous souhaiterions avoir un taux de suicide nul, cela est impossible en raison de la biologie humaine, et nos attentes doivent se limiter à faire tout en notre pouvoir pour éviter de tels drames — ce que nous avons fait en mettant en œuvre toutes les recommandations du Comité d'experts des Forces canadiennes sur la prévention du suicide, constitué de civils siégeant à titre indépendant et d'universitaires militaires provenant du Canada et de l'étranger.

Toutefois, le problème, c'est qu'en dépit des vérifications de la qualité des services de santé mentale et en dépit des patients traités, on estime que seulement le quart de suicides auraient pu être évités.

Donc, compte tenu de cette réalité, nous devons prendre absolument toutes les mesures possibles qui — à la lumière des données probantes ou, même, selon l'intuition ou la logique — sont susceptibles d'améliorer la situation. Je suppose que vous êtes probablement déjà au courant de tous les efforts déployés en matière de sensibilisation. Une initiative en particulier que nous mettons en œuvre depuis avril 2010, c'est que chaque suicide, en plus de l'examen du comité d'enquête, fait l'objet d'un examen technique approfondi mené par un professionnel de la santé mentale visant à vérifier la qualité des services qui ont été dispensés et à étudier tous les facteurs qui ont joué un rôle —, les motivations personnelles, la famille, et cetera. Cet examen est mené dès que possible; nous n'attendons pas les conclusions du comité d'enquête, car cela peut être très long. En général, cette initiative a été bien accueillie par les membres de la famille et les proches de ces personnes. Nous étudions en profondeur les tendances et les circonstances propres à chaque cas pour vérifier si un facteur aurait pu être modifié au cours du traitement clinique, de celui dispensé dans le contexte de la chaîne de commandement, de la situation professionnelle.

La dernière chose que nous avons essayé de faire — et les dirigeants ont fait preuve d'une efficacité et d'un engagement remarquables à ce chapitre —, c'est sensibiliser les gens au suicide et réduire les préjugés entourant la prestation de soins et la tenue d'examens techniques concernant les maladies mentales ainsi qu'établir une politique en matière d'aiguillage. Les analyses ont révélé que certains cas étaient directement liés au déploiement et à un trouble de stress post-traumatique, mais que, jusqu'à 2010, la majorité des suicides avaient été commis par des gens qui n'avaient jamais été déployés. Il y a eu un nombre élevé de suicides cette année, mais, comme les chiffres demeurent très faibles du point de vue de la biostatistique et de l'épidémiologie, nous devons les étudier par blocs de cinq ans pour obtenir des données statistiquement significatives. Il est possible que ce nombre indique le début d'une tendance ou que, une fois que nous aurons recueilli toutes les données pour la période quinquennale et obtenu le bon chiffre et le bon dénominateur, le taux s'avère le même que celui des périodes antérieures. Il est demeuré le même jusqu'à 2010, y compris lors de la période quinquennale où les opérations en Afghanistan étaient à leur plus fort. Il n'y a pas eu de changement depuis 1995.

**Senator Wallin:** I did not mean to ask narrowly about that issue but about PTSD. Would you have the ability to have the same assessment? As you say, most people you could not predict, there were no indicators, et cetera.

In my questioning, is there anything we could do before the fact, is there anything about PTSD in general that might be easier to detect — I do not know if that is even the right word. Broaden it out a bit, if you can.

**Col. Bernier:** The three key factors in mental health have been strong leadership, committed leadership, and we have that — they have been magnificent, and that is one of the key factors; committed and engaged members so that they go to treatment and they stay with treatment; and high-quality treatment. One of the key factors, particularly in that final point, has been OSISS. There have been many redundancies, so we have basically peers, everyone in the Armed Forces, particularly supervisors in the chain of command, looking out and educated and aware of the risk factors, to look out for suicide and mental illness in general, to identify cases of PTSD or symptoms that would call for individuals to be referred either to an OSISS peer or directly to the mental health community.

We have the Military Family Resource Centres, the Canadian Forces Member Assistance Plan, where people can call directly, totally confidentially, outside of the visibility of the Armed Forces for those who do not want anything to be known at all, with up to 10 counselling sessions, VAC resources, and there is a whole system of different groups, including the chaplains.

There is redundancy built in to try to identify symptoms early on of people with PTSD. We are always looking out for additional things we may be able to do better or more of, capacity wise. So far we have essentially implemented and we are not perfect; there are still cases that will fall through the cracks, particularly in areas that may be underserved or where we have attrition problems or difficulty having enough people present.

However, overall we are currently applying the best practices, according to the U.S. RAND Corporation, which just did a huge study on best practices in suicide, which reflect what we have already been implementing since 2001 with OSISS, since the 2009 CF Expert Panel on Suicide Prevention.

**Senator Wallin:** Any other comments?

**Le sénateur Wallin :** Ma question portait non pas sur ce sujet bien précis, mais sur celui des TSPT. Auriez-vous la capacité d'effectuer la même évaluation? Vous avez dit que la majorité des suicides n'étaient pas prévisibles, qu'il n'y avait pas d'indicateurs, et cetera.

Je me demande s'il y a quelque chose que nous pourrions faire avant qu'ils surviennent, s'il y a un symptôme quelconque des TSPT en général qui pourrait être plus facile à détecter — je ne sais même pas si c'est le mot juste. Donnez des explications un peu plus générales, si possible.

**Col Bernier :** Les trois facteurs cruciaux en matière de santé mentale sont les suivants : un leadership fort et dévoué, ce que nous avons — ils ont fait un travail remarquable, et c'est un des facteurs clés; des militaires dévoués et déterminés à recevoir un traitement et à le suivre jusqu'au bout; et des traitements de haute qualité. À cet égard, particulièrement en ce qui a trait au dernier facteur, le SSBSO a joué un rôle clé. Il y a eu beaucoup de chevauchements, alors nous avons essentiellement mobilisé des pairs qui exercent diverses fonctions au sein des Forces armées — surtout des superviseurs dans la chaîne de commandement — et qui sont informés et conscients des facteurs de risque afin qu'ils détectent les tendances suicidaires et les symptômes de maladie mentale — notamment de TSPT — justifiant l'aiguillage de la personne soit vers un pair du SSBSO, soit directement vers un professionnel de la santé mentale.

Nous avons les centres de ressources pour les familles des militaires; le Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes — les gens qui souhaitent préserver leur anonymat peuvent téléphoner directement à ce service en toute confidentialité, sans que les Forces armées n'en soient informées, et avoir accès à jusqu'à 10 séances de counseling —, les ressources offertes par Anciens Combattants Canada ainsi que toute une gamme de groupes de soutien, y compris des services d'aumônerie.

Il y a un certain dédoublement intégré au processus en ce qui concerne la détection précoce des symptômes des TSPT. Nous sommes toujours à la recherche de mesures additionnelles qui nous permettraient d'améliorer nos services ou d'accroître notre capacité. Essentiellement, jusqu'ici, nous avons mis en œuvre... Et nous ne sommes pas parfaits; il y a encore des cas qui passeront entre les mailles du filet, particulièrement dans les régions qui sont peut-être insuffisamment desservies, qui ont des problèmes d'attrition ou encore où il est difficile de réunir assez de gens.

Toutefois, globalement, nous appliquons actuellement les meilleures pratiques, selon la RAND Corporation des États-Unis. Cette organisation a mené une très vaste étude sur les pratiques exemplaires en matière de prévention du suicide qui confirme le bien-fondé des mesures que nous mettons déjà en œuvre depuis 2001 dans le cadre du SSBSO et depuis 2009 dans le cadre du Comité d'expert des Forces canadiennes sur la prévention du suicide.

**Le sénateur Wallin :** Quelqu'un a d'autres commentaires?



**Mr. Lalonde:** I am not, I would say, involved directly with the suicide prevention file in the department, but we have worked with the Canadian Forces on the same panel and we have a similar strategy around suicide. I am not knowledgeable enough to talk about it, however.

**Senator Wallin:** Thank you.

**The Chair:** I have a supplementary: First of all, your Canadian Forces document that you produced about the 19 suicides this year is based on regular force people. It does not include women, because you say there are very few women. It does not include the reservists or the people who have retired or have been released and are now in the hands of Veterans Affairs, which does not, until recently, tabulate any of the suicides or do an analysis of whether it was a suicide, an accident, or whatever. It was never done with the old vets, and I do not believe it has the system going.

That number 19 is a number that you manage within DND, but only part of DND and not the full of DND.

I think also to know what those numbers would be or how you will capture them in order to help the prevention in the reservists, and also how Veterans Affairs will continue the effort you are making for prevention of veterans once they are in their care would be certainly of interest to us.

Lastly, if I may, for your response, for the first decade in the new era, the clinical side has been very reticent in attributing suicide to operational missions. In 1997, when I was ADM(Per), we had 11 suicides and we were trying to convince people that it was not because of the operational missions, although we knew damn well that it was because they had been committed from the Gulf War right through to Yugoslavia or Rwanda. Your maturing of the program is of great significance, as you have described, but it is still new-ish in the overall scheme of things. Would I be wrong in any of those statements?

**Col. Bernier:** I could clarify certain points, but yes, you are absolutely right. We still face significant challenges, particularly with reservists. The 19 does not include the one lady who committed suicide last year.

We assess in great detail every one of them including the reservists. Even those who have maybe paraded maybe two times as class A reservists, if it comes to our attention, we will conduct a complete, professional, technical review.

The problem with those numbers, despite the tragedy, and particularly to the family of any individual suicide, from the epidemiological or statistical point of view, one woman suicide

**M. Lalonde :** Je dirais que je ne joue pas de rôle direct au sein du ministère au chapitre de la prévention du suicide, mais nous avons siégé à ce comité conjointement avec les Forces canadiennes et nous disposons d'une stratégie similaire à cet égard. Cependant, je ne suis pas assez informé pour en parler.

**Le sénateur Wallin :** Merci.

**Le président :** J'ai une observation complémentaire. Tout d'abord, le document des Forces canadiennes que vous avez publié où l'on rapporte 19 suicides cette année concerne la Force régulière. Il n'inclut pas les femmes, car vous dites qu'il y en a très peu. Il n'inclut pas les réservistes ni les personnes retraitées ou libérées qui sont maintenant entre les mains d'Anciens Combattants Canada — organisation qui, jusqu'à récemment, ne recensait pas le nombre de suicides ni ne menait d'analyse visant à déterminer s'il s'agissait de cela ou d'un accident, entre autres choses. Aucune mesure du genre n'a été prise à l'égard des anciens combattants des périodes antérieures, et je ne crois pas que le système soit en place.

Cette statistique — celle des 19 suicides — se rapporte au MDN, mais seulement à une partie et non à l'ensemble du ministère.

Je pense également qu'il serait certainement utile pour nous de connaître ces statistiques ou de savoir comment vous recueillerez les données afin de contribuer à la prévention du suicide chez les réservistes, de même que de savoir comment Anciens Combattants Canada poursuivra le travail que vous réalisez en vue d'éviter le suicide de militaires à la retraite.

Enfin, si je peux me permettre, en réponse à vos commentaires, les services cliniques ont été très réticents à attribuer des suicides à des missions opérationnelles. En 1997, quand j'étais sous-ministre adjoint (Personnel), il y a eu 11 suicides, et nous avons essayé de convaincre les gens que ce n'était pas attribuable aux missions opérationnelles, même si nous savions très bien qu'ils étaient imputables aux opérations auxquelles ces militaires avaient pris part, de la guerre du Golfe jusqu'aux missions en Yougoslavie ou au Rwanda. Les améliorations que vous avez apportées au programme sont très importantes, comme vous l'avez dit — mais, globalement, elles demeurent assez récentes. Est-ce que tout ce que j'ai dit est exact?

**Col Bernier :** Je clarifierais certains points, mais vous avez tout à fait raison. Nous sommes encore confrontés à des difficultés importantes, particulièrement en ce qui a trait aux réservistes. Le seul suicide qui a été commis par une femme l'an dernier n'est pas inclus dans les 19 suicides rapportés.

Nous examinons très minutieusement tous les cas, y compris ceux des réservistes. Même s'il s'agit d'un réserviste en classe A qui, disons, n'a fait que participer à deux défilés, si pareil cas nous est signalé, nous mènerons une enquête technique et professionnelle des plus complète.

Le problème avec ces chiffres, c'est que, malgré le drame — particulièrement pour la famille de la personne qui s'est enlevé la vie —, sur le plan épidémiologique ou statistique, si, tous les deux

every two or three years, we cannot determine because they are so low. It is the same thing with the reserves. The data is so difficult. We do not know if we are capturing them all because so many reservists will only parade a little while and then release.

As I mentioned, even if they have been away for two years but are still on the books we will still investigate those in great detail, the same as the regular force ones. It is a challenge, both for investigation and for the provision of care. We have link teams for each of the reservists, field AMs and case managers, who reach out and try to make sure the same standard of care is provided to reservists who have been identified in one way or another with mental health problems.

**Senator Wallin:** I do not know how you could distinguish between what was going on in the reservists' day job versus —

**The Chair:** Exactly, and if he is retired, too. That is a good point.

**Col. Bernier:** The attribution of whether it is related to military service or not is difficult because we find they are the same causes, even for the regular forces folks who have deployed to Afghanistan. They tend to be the same causes: financial, legal or disciplinary, relationship issues, the same kind of issues that have been identified as causing suicide. However, you are absolutely right, sir, deployment, particularly combat, makes one more susceptible to the development of PTSD, which secondarily could lead to some of those problems. It is very difficult to make that direct attribution.

We conducted a cumulative OSI incident study from 2001 to 2008 of everyone who he deployed. We had clinicians look at every individual case and try to attribute it to whether it was related to the deployment or not. We had 8 per cent, probably the most reliable in the world of all our NATO allies, as far as proportion of folks who develop PTSD as a result of deployment. This is a significant proportion.

We also did a sub-study of one particular battle group that had a lot of combat exposure, and 20 per cent of everyone in that battle group developed PTSD at some point over a four-and-a-half-year follow-up period. It is a significant burden that we expect to continue into the next decade because of the latency period for the presentation of some of these things.

ou trois ans, une femme se suicide, nous ne pouvons le déterminer, car les chiffres sont trop faibles. C'est la même chose pour les réservistes. Les données sont très difficiles à recueillir. Nous ne savons pas si nous recensons tous les cas, car un nombre énorme de réservistes participent seulement à des défilés pendant un bout de temps, puis sont libérés.

Comme je l'ai dit, nous mènerons tout de même une enquête approfondie sur les cas relatifs aux réservistes qui ne sont plus en service depuis deux ans, mais dont le nom figure encore dans les registres. Il s'agit de la même enquête que celle que nous menons sur les membres de la Force régulière. C'est difficile, tant sur le plan de l'enquête que sur le plan de la prestation des soins. Nous disposons d'équipes de liaison pour chacun des réservistes ainsi que de gestionnaires adjoints sur le terrain et de gestionnaires de cas qui travaillent auprès d'eux et qui veillent à ce qu'on applique la même norme en matière de soins aux réservistes chez qui on a détecté un problème quelconque de santé mentale.

**Le sénateur Wallin :** Je ne sais pas comment vous pourriez établir une distinction entre ce que vivent les réservistes dans le cadre de leurs tâches quotidiennes et...

**Le président :** Tout à fait, et la même question se pose si la personne est retraitée. Vous soulevez un bon point.

**Col Bernier :** Il n'est pas difficile de déterminer si un suicide est lié au service militaire, car nous constatons que les causes sont les mêmes — et cela est aussi vrai pour les membres de la Force régulière qui ont été déployés en Afghanistan. Elles tendent à être les mêmes : problèmes financiers, juridiques, disciplinaires, conjugaux — le même genre de problèmes que ceux qui ont été établis comme étant des causes du suicide. Toutefois, monsieur, vous avez absolument raison : les déploiements — surtout les opérations de combat — accroissent les risques de TSPT, ce qui, par ailleurs, peut entraîner des problèmes de cette nature. Il est très difficile d'établir un lien causal direct à cet égard.

Nous avons mené une étude cumulative des blessures de stress opérationnel survenues de 2001 à 2008 chez toutes les personnes qui ont été déployées. Des cliniciens se sont penchés sur chaque cas et ont essayé de voir s'il était attribuable au déploiement. L'étude — qui est probablement la plus fiable de toutes celles réalisées par les pays de l'OTAN — a révélé que le pourcentage de Canadiens atteints d'un TSPT à la suite d'un déploiement était de 8 p. 100. C'est considérable.

Nous avons également mené une sous-étude concernant un groupement tactique qui avait été particulièrement exposé aux combats, et 20 p. 100 de ses membres avaient souffert d'un TSPT à un moment ou à un autre au cours d'une période subséquente de quatre ans et demi. Il s'agit d'un fardeau significatif que nous continuerons probablement à observer au cours des 10 prochaines années, car les symptômes liés à certains de ces problèmes prennent un certain temps à se manifester.

As for veterans, we also led, in conjunction with Veterans Affairs and Statistics Canada, the Canadian Forces Cancer and Mortality Study. They did find overall, combined serving and retired Canadian Forces members, a similar rate as the general public.

However, the cohort, particularly the retired cohort, had a 1.5 times higher rate, particularly those NCMs, people who had served in the army, people who had served before 1986, people who had served briefly, less than 10 years, and particularly those who had been released involuntarily or because of a medical condition.

There are still subgroup analyses going on and ongoing analysis of that database to determine more precisely.

I point out that before 1986, none of the programs we currently have in place existed. We have matured and come a long way. We still have some way to go, which may account for some of those problems. The existence of stigma at the time was also far greater.

**The Chair:** That is very complete. Thank you.

**Senator Plett:** Out of these 19, how many did you say were not preventable?

**Col. Bernier:** That determination is made case by case.

**Senator Plett:** Did you not cite a number?

**Col. Bernier:** Yes, I did; one quarter, but not specifically to the Canadian Forces. This is general mental health quality assurance audits that have been reviewed in the literature by the CF Expert Panel on Suicide, which included academics and all kinds of experts on suicide.

**Senator Plett:** It was not specific to the Canadian Forces?

**Col. Bernier:** No. We would expect to have fewer because our program is so robust compared to civilian programs. However, looking at the data that does exist on mental health quality assurance audits for suicide prevention in those kinds of cases, in all the scientific literature, generally the finding is that where they have been investigated in some detail, they find that only about a quarter of them were potentially preventable.

**Senator Nolin:** Preventable. I thought it was the reverse.

**Senator Plett:** I also understood that it was the reverse.

Pour ce qui est des anciens combattants, nous avons aussi mené, conjointement avec Anciens Combattants Canada et Statistique Canada, l'Étude du cancer et de la mortalité chez les membres des Forces canadiennes. Cette étude a révélé que, globalement, le taux combiné relatif aux militaires en service et aux retraités est semblable au taux observé pour l'ensemble de la population.

Cependant, la cohorte des membres retraités affichait un taux de 50 p. 100 plus élevé. Il est surtout question des militaires du rang, des personnes qui ont servi dans l'armée, des personnes qui ont servi avant 1986, des personnes qui ont servi brièvement — moins de 10 ans — et, en particulier, de personnes qui ont été libérées de façon involontaire ou en raison d'une affection médicale.

On procède encore à des analyses des sous-groupes et de la base de données afin de déterminer plus précisément ce qu'il en est.

Il faut souligner qu'avant 1986, aucun de nos programmes actuels n'existait. Nous avons évolué et fait beaucoup de progrès. Il nous reste encore du travail à accomplir, ce qui peut expliquer certains de ces problèmes. Il y avait également beaucoup plus de préjugés à cette époque.

**Le président :** Votre réponse était très complète. Merci.

**Le sénateur Plett :** Des 19 suicides, combien, avez-vous dit, n'auraient pas pu être évités?

**Col Bernier :** On détermine cela au cas par cas.

**Le sénateur Plett :** N'aviez-vous pas mentionné un chiffre?

**Col Bernier :** Oui, je l'ai fait; j'ai dit qu'il s'agissait de un sur quatre, mais cette statistique ne se rapporte pas précisément aux Forces canadiennes. Cette statistique a été établie par le Comité d'experts des Forces canadiennes sur la prévention du suicide — composé notamment d'universitaires et de toutes sortes d'experts de la question du suicide — à la suite de son examen documentaire général des vérifications qui ont été menées concernant la qualité des services de santé mentale.

**Le sénateur Plett :** Ce chiffre n'était pas propre aux Forces canadiennes?

**Col Bernier :** Non. Nous pourrions nous attendre à voir moins de cas, car notre programme est très solide comparativement à ceux mis en œuvre dans la société civile. Cependant, si l'on se fie aux données existantes concernant les vérifications qui sont menées pour assurer la qualité des services de santé mentale à des fins de prévention du suicide — aux données recensées dans toute la littérature scientifique —, on conclut généralement, à la lumière d'enquêtes approfondies, que seulement le quart des suicides étaient potentiellement évitables.

**Le sénateur Nolin :** « Évitable ». Je croyais que c'était l'inverse.

**Le sénateur Plett :** Je croyais aussi que c'était l'inverse.

**Col. Bernier:** That means three quarters, even with mental health treatment, were probably not preventable. It is like some cancers; if you wait too long to present for care, your chances of being cured decrease significantly. Certain cancers, even with the best chemotherapy and radiotherapy, are not curable and lead to death.

Unfortunately, as far as we know now, based on the measures that are applied today and based on the existing mental health quality assurance audit information, only about a quarter are preventable.

We think we could do better than that because we have such a robust system. We have the added advantage, compared to the civilian community, of having an occupational oversight with supervisors involved and aware, and with peers playing a role in trying to get people into treatment. One of the key factors that lead to suicide is untreated mental illness.

**Senator Plett:** I am glad I asked the question, because it is the reverse of what I understood you to say initially. Thank you for clearing that up.

**The Chair:** I would like to make a final comment on this. Of the 12 officers who served with me in Rwanda, 9 have had major operational stress injuries, and there has been one suicide, 14 years after. The board of inquiry, which took two years, identified that it was directly related to the operational commitment.

However, going back to OSISS, at one point there was a statistic floating around that said that OSISS prevents a suicide a day amongst veterans. Is that a realistic number, or can you give us a feel for that?

**Col. Blais:** I would say that is anecdotal. However, there is no doubt that they do have a great influence on getting people into treatment. As Col. Bernier pointed out, the sooner you can get someone into treatment, the better their chances of recovery. Therefore, there is no doubt that it does help in preventing suicide to a certain extent.

**Senator Day:** I will go to other matters, not that this is not important; in fact, it is very important for us to hear from you on the topic of suicide. Actually, it is very good to hear the information you have given us in terms of the programs you have in place.

Col. Bernier, you talked about the predecessor programs, the navy divisional and army regimental systems. That was quite informal, I am assuming, and that is what happened after the

**Col Bernier :** Cela signifie que les trois quarts des suicides n'étaient probablement pas évitables, même avec un traitement en matière de santé mentale. C'est comme certains cancers : si une personne attend trop longtemps avant de demander des soins, ses chances de guérison diminuent considérablement. Certains cancers, même avec les meilleurs traitements de chimiothérapie et de radiothérapie, sont incurables et mortels.

Malheureusement, selon l'information dont nous disposons à l'heure actuelle, selon les mesures qui sont appliquées de nos jours et selon les renseignements découlant des vérifications de la qualité des services dispensés en matière de santé mentale, seulement un suicide sur quatre est évitable.

Je pense que nous pourrions obtenir de meilleurs résultats, car nous disposons d'un système très solide. De plus, nous avons l'avantage, par rapport à la société civile, d'avoir une surveillance exercée en milieu de travail par des superviseurs engagés et informés ainsi que par des pairs qui essaient de convaincre les gens de suivre un traitement. Un des principaux facteurs qui mènent au suicide, ce sont les maladies mentales non traitées.

**Le sénateur Plett :** Je suis content d'avoir posé la question, car j'avais compris l'inverse de ce que vous aviez dit initialement. Merci d'avoir apporté ces précisions.

**Le président :** J'aimerais faire un dernier commentaire à ce sujet. Des douze officiers qui ont servi à mes côtés au Rwanda, neuf ont subi de graves blessures de stress opérationnel, et un s'est suicidé quatorze ans après. Le comité d'enquête, deux ans plus tard, a conclu que son suicide était directement lié à son engagement opérationnel.

Toutefois, pour revenir au SSBSO, j'aimerais dire qu'à un certain moment, selon une statistique qui circulait, ce programme permettait d'éviter un suicide par jour chez les anciens combattants. Est-ce un chiffre réaliste? Pourriez-vous nous donner vos impressions à cet égard?

**Col Blais :** À mon sens, c'est une donnée anecdotique. Toutefois, il est certain que les intervenants du SSBSO ont beaucoup d'influence sur les gens pour ce qui est de les convaincre de se soumettre à un traitement. Comme le colonel Bernier l'a souligné, plus une personne entend rapidement un traitement, plus elle a de chances de guérison. Il n'y a donc aucun doute que le programme contribue bel et bien à éviter des suicides, dans une certaine mesure.

**Le sénateur Day :** Je vais aborder d'autres aspects. Ce n'est pas que le suicide ne représente pas un sujet important; il est en fait capital pour nous d'entendre vos observations à ce sujet. D'ailleurs, les renseignements que vous nous avez fournis à l'égard des programmes que vous avez mis sur pied nous sont très utiles.

Colonel, vous avez parlé des programmes qui étaient mis en œuvre antérieurement, plus précisément des systèmes divisionnaires de la Marine et des systèmes régimentaires de

Second World War and the Korean War.

**Col. Bernier:** And longer. The navy's divisional and regimental systems are simply the family element, so there is complete informality. That has not been enough historically.

When the Bosnia campaign began in 1991-92, there was a disconnected, ad hoc effort to establish critical incident stress debriefing after people returned from operations or were exposed to specific traumatic incidents overseas. In that program there was usually a mental health professional or a medical person and a peer member of the unit who would undergo one or two days of training. That peer was particularly critical in giving credibility and a link to the individuals from that unit as to the mental health education and encouragement they were receiving to identify symptoms that would suggest presentation for care.

Although a policy was established at one point regarding critical incident stress debriefing across the country, later on it was still not a national program and it was disjointed. It led to literature as well, because it was exercised also by many of our allies, who demonstrated that, in some cases, mandatorily having people undergo critical incident stress debriefing when they were not ready for it had an adverse mental health effect. Therefore, we do not mandatorily do that now.

That was the first semi-formal effort whereby peer counsellors were trained. However, it was very limited. It did not have the degree of training that OSISS personnel have now. It did not have the breadth. It was temporary and ad hoc across the different army areas and brigades.

The way it is done now, OSISS plays a significant role. People are selected, to some extent, based on having survived a mental health condition themselves, which carries great credibility in helping individuals acknowledge that they have their own condition. That is one of our biggest problems. Many people who do not present for care are people who simply do not recognize that there is anything abnormal with their behaviour.

**Senator Day:** Is there not still a problem? Tell me how you are changing this. In the past, commanding officers and senior non-commissioned officers have not been very sympathetic to someone who has any type of operational stress injury, and therefore there is the stigma of even attending or participating in one of these programs. Even if you can keep it confidential, it

l'Armée. Je suppose que ces programmes étaient mis en œuvre de façon assez informelle, et c'est ce qui est arrivé après la Deuxième Guerre mondiale et la guerre de Corée.

**Col Bernier :** Et par la suite. Les systèmes divisionnaire et régimentaire de la Marine représentent simplement la composante familiale, alors c'est tout à fait informel. Ce n'était pas suffisant.

Quand la campagne en Bosnie a commencé en 1991-1992, on a mené des efforts ponctuels et distincts afin de dispenser des séances d'aide après un stress causé par un événement grave aux personnes qui revenaient d'une opération ou qui avaient été exposées à certains événements traumatisants à l'étranger. Ces séances étaient habituellement dispensées par un professionnel de la santé mentale ou par un spécialiste médical ainsi que par un pair au sein de l'unité qui avait suivi une formation de une ou deux journées. Cette personne jouait un rôle particulièrement crucial pour ce qui est de donner de la crédibilité au programme et d'établir un lien avec le militaire concerné afin de lui fournir de l'information en matière de santé mentale et de l'épauler pour détecter les symptômes qui donnent à penser que des soins s'imposent.

Même si une politique a été établie à un certain moment en vue de dispenser de telles séances d'aide partout au pays, le programme n'a pas été adopté à l'échelle nationale par la suite et il était décousu. Il a également donné lieu à certaines études, car il a aussi été mis en œuvre par un grand nombre de nos alliés, qui ont démontré que, dans certains cas, le fait d'obliger les gens à se soumettre à une séance d'aide après un stress causé par un événement grave lorsqu'ils ne sont pas prêts entraîne des conséquences néfastes sur le plan de la santé mentale. Ces séances ne sont donc plus obligatoires.

Voilà le premier effort semi-officiel dans le cadre duquel des pairs ont reçu une formation de conseiller. Toutefois, cette formation était très limitée. Elle était d'un niveau inférieur à celui de la formation dispensée de nos jours aux intervenants du SSBSO. Elle n'était pas aussi complète. Elle était temporaire et dispensée ponctuellement aux diverses brigades et unités de l'Armée.

À l'heure actuelle, le SSBSO joue un rôle important à cet égard. On sélectionne — dans une certaine mesure — des gens qui ont eux-mêmes déjà été aux prises avec un problème de santé mentale, ce qui les aide beaucoup à amener les autres à reconnaître qu'ils sont eux-mêmes atteints d'un tel problème. Il s'agit d'une de nos principales difficultés. De nombreuses personnes s'abstiennent de demander des soins simplement parce qu'elles refusent de reconnaître que leur comportement est anormal.

**Le sénateur Day :** Ce problème n'est-il pas encore présent? Dites-moi ce que vous faites pour vous y attaquer. Par le passé, les commandants et les sous-officiers supérieurs n'ont pas fait preuve d'une grande empathie à l'égard des victimes de tout type de blessures de stress opérationnel, et il y a donc des préjugés associés au simple fait d'assister ou de participer aux séances de tels

never is fully confidential that you have a problem and that you are trying to deal with the injury.

What are you doing to change the mentality with respect to this stigma?

**Col. Blais:** I am happy to say that it has changed a great deal, senator. There are a number of methods by which we achieve this. On every leadership training course now in the Canadian Forces, there is a mental health component where someone provides education. There are both a clinic and a non-clinical component to that education. Much as we have people who have suffered operational stress injuries who work as peers, we also have others who work as speakers, who provide their experience to these training courses. That is backed up with a clinical component, where you get both sides of the story. We found that is very helpful in breaking the stigma.

Also, two years ago, the Chief of the Defence Staff launched a campaign called “Be the Difference” across the Canadian Forces, where the chief himself spoke to the entire Canadian Forces, asking everyone to take an active part in helping each other live through these difficult experiences.

**Col. Bernier:** I can also add that we have hard evidence as well. The study comparing five nations — Australia, Britain, Canada, New Zealand, and the U.S., published in the *Journal of the Royal Society of Medicine* in the U.K. — found that we had the lowest rate of stigma in the Canadian Forces. U.S. investigators found that we had less than one third the degree of stigma reported by soldiers in the U.S. Armed Forces. Our own evaluation found that less than 7 per cent of CF members would think less of a colleague who presented for mental health care.

There have been many things through the various awareness and educational programs that have led now to the point where people will speak openly in the Armed Forces about their mental health problems. One of the key factors that launched this move towards reducing stigma is the chair’s public comments.

It has become socially unacceptable in the military culture to be condescending toward or disparage in any way individuals seeking mental health care. There has been a countercultural shift, which has been extremely beneficial. OSISS has been critical to that by virtue of getting people to talk and having peers present that there is a light at the end of the tunnel. People acknowledge their care and the possibility of recovering.

**Senator Day:** That includes the whole family.

programmes. Même si on peut faire cela en toute confidentialité, le fait qu’on a un problème et qu’on essaie de guérir sa blessure ne demeure jamais tout à fait confidentiel.

Qu’allez-vous faire pour mettre fin aux préjugés?

**Col Blais :** Je suis heureux de dire que les mentalités ont beaucoup évolué, monsieur le sénateur. Il y a un certain nombre de méthodes que nous utilisons pour arriver à cette fin. Chaque cours de leadership des Forces canadiennes comprend un volet éducatif sur la santé mentale. Ce volet comporte des composantes clinique et non clinique. Tout comme les gens qui travaillent comme pairs après avoir subi une blessure de stress opérationnel, d’autres travaillent comme conférenciers et font part de leur expérience dans le cadre de ces cours. À cela s’ajoute une composante clinique, qui permet d’aborder la question d’un autre angle. Nous croyons que cette mesure contribue grandement à dissiper les préjugés.

En outre, il y a deux ans, le chef d’état-major de la Défense a lancé une campagne intitulée « Soyez la différence » dans l’ensemble des Forces canadiennes. Dans le cadre de cette initiative, le chef s’est lui-même adressé à tous les membres des Forces canadiennes pour leur demander d’aider activement les autres à surmonter ces expériences difficiles.

**Col Bernier :** J’ajouterais que nous disposons également de données probantes. Selon l’étude comparative de cinq pays — l’Australie, la Grande-Bretagne, le Canada, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis — qui a été publiée dans le *Journal of the Royal Society of Medicine* au Royaume-Uni, le Canada était celui où il y avait le moins de préjugés au sein des forces armées. Selon les conclusions de chercheurs américains, le niveau de préjugés au sein des Forces canadiennes équivalait à moins du tiers de celui rapporté par les soldats américains. Par ailleurs, notre propre évaluation a révélé que moins de 7 p. 100 des membres des Forces canadiennes auraient moins d’estime pour un collègue qui demanderait à recevoir des soins de santé mentale.

Grâce à de nombreuses initiatives menées par le truchement de nos divers programmes de sensibilisation et d’information, les gens parlent maintenant ouvertement de leurs problèmes de santé mentale au sein des Forces canadiennes. Un des facteurs clés qui ont contribué à dissiper les préjugés, ce sont les déclarations publiques du président.

Il est devenu socialement inacceptable dans la culture militaire de se montrer condescendant ou méprisant de quelque façon que ce soit à l’endroit d’une personne qui demande des soins de santé mentale. Il y a eu une évolution sur le plan culturel qui s’est révélée extrêmement bénéfique. Le SSBSO a joué un rôle fondamental à ce chapitre en amenant les gens à parler de cette question et en mobilisant des pairs afin qu’il y ait une lumière au bout du tunnel. Ces gens reconnaissent qu’ils ont besoin de soins et sont conscients des possibilités de guérison.

**Le sénateur Day :** Et cela est vrai pour toute la famille.

**Col. Bernier:** Yes. Confidentiality is critical. Our mental health research folks tell us that overall — although they cannot prove it with hard data — enhancements, which the Chief of the Defence Staff directed, and the Privacy Act have helped us to enforce within the Canadian Forces in terms of the mental health record, condition and diagnosis of individuals and may have been the most important factor in getting people to be willing to present for care, as well as factors like greater career protection of individuals who present for care.

**Senator Day:** I have another area I want to go into but I will wait for the second round.

**The Chair:** The recruit course that my youngest son went through had a three-hour session given by a peer, a sergeant, who came to tell them about operational stress injury. He and his colleagues felt that it was the most significant course they had in preparing them for the future. Of course, the next day four guys asked for their release because they felt it was maybe a little too much. That might be what we want to do.

[Translation]

**Senator Nolin:** We are very proud to have General Dallaire as our chair. This way, we can sort of share in his military history, of which we are also very proud.

We do not have much time, but I want to play a bit of a devil's advocate. After each unfortunate event, you try to determine its causes. I would like to understand how that investigation works. Who talks? Who does not talk? Why? If someone is questioned, do they have the right to a lawyer? How does it work?

**The Chair:** The investigation office deals with all that.

[English]

That is an important inquiry.

[Translation]

**Senator Nolin:** Exactly. I am trying to understand why the figure is 75 per cent. I understand that the literature helps us — in purely practical terms — to understand what is happening in civilian life and to compare that reality with military life. When trying to determine the cause of such an atrocious act, there is a risk of failing to loosen the tongues of those who might talk in other situations. I am trying to figure out what the process is for understanding what has happened. Are you sure that those who have some information share it?

**Col. Bernier:** Senator, I can only talk about professional medical investigations. In that case, everything is done on a volunteer basis. We proceed immediately, as soon as military

**Col Bernier :** Oui. La confidentialité est cruciale. Selon nos chercheurs en santé mentale, dans l'ensemble — bien qu'ils ne puissent le prouver au moyen de données probantes —, des améliorations apportées sous la direction du chef d'état-major de la Défense et la Loi sur la protection des renseignements personnels nous ont aidés à améliorer le dossier en matière de santé mentale des Forces canadiennes, le dépistage des problèmes de cette nature et l'état des personnes qui en sont atteintes. En outre, il s'agit peut-être du principal facteur qui a amené les gens à être disposés à demander des soins, et cela a aussi contribué à mieux protéger la carrière des personnes concernées.

**Le sénateur Day :** Il y a un autre aspect que je souhaite aborder, mais j'attendrai le deuxième tour.

**Le président :** Le cours destiné aux recrues que mon fils benjamin a suivi comportait une séance de trois heures dispensée par un pair — un sergent — qui portait sur les blessures de stress opérationnel. Ses collègues et lui étaient d'avis qu'il s'agissait du cours le plus important pour ce qui est de préparer les recrues à ce qui les attendait. Évidemment, le lendemain, quatre personnes ont demandé d'être libérées, car ils ont trouvé que c'était peut-être un peu trop pour eux. C'est peut-être le genre de choses que nous devons faire.

[Français]

**Le sénateur Nolin :** Nous sommes très fiers d'avoir le général Dallaire comme président. Cela nous permet de nous associer un peu à son histoire militaire — dont nous sommes également très fiers d'ailleurs.

Nous n'avons pas beaucoup de temps, mais je vais me faire un peu l'avocat du diable. Après chaque événement malheureux, vous tentez d'en explorer les causes. J'aimerais comprendre comment cette enquête fonctionne. Qui parle? Qui ne parle pas? Pour quelle raison? Si vous êtes interrogé, avez-vous droit à la présence d'un avocat? Comment cela fonctionne?

**Le président :** Tous est au bureau d'enquête.

[Traduction]

C'est une enquête importante.

[Français]

**Le sénateur Nolin :** Exactement. J'essaie de comprendre comment il se fait qu'on parle de 75 p. 100. Je comprends que la littérature nous aide, de façon empirique, à comprendre ce qui se passe dans la vie civile et à comparer cette réalité avec la vie militaire. Lorsqu'on tente de découvrir la cause d'un acte aussi atroce, on risque de ne pas être capable de délier des langues qui, dans d'autres situations, pourraient parler. J'essaie de voir comment on fonctionne pour essayer de comprendre ce qui s'est passé. Êtes-vous convaincu que ceux qui savent des choses le disent?

**Col Bernier :** Sénateur, je peux seulement parler des enquêtes médicales professionnelles. Dans ce cas, tout est volontaire. On le fait immédiatement, aussitôt que la police militaire nous l'indique

police contacts us or civilian police allows us to begin questioning those people. We do not want to interfere in their business if it has not yet been determined that the person committed suicide and did not die of natural causes or was a victim of a disaster. We are then provided with the military police records and all the available information.

At that point, the medical staff — a doctor, or sometimes a psychiatrist or a psychologist — will question the family, friends, chain of command and anyone else who was involved, if they are ready. Normally, those people are more than happy to cooperate. The medical investigation is much more targeted than the general investigation. They simply try to determine the quality of care the individual received. They also look into whether something in their personal motivations — stress at work or in their personal life — may have contributed. That is something we call psychological post-mortem. It is a very specific field. We use data and formulas that have been shown to be very useful in identifying the probable cause, if there is one.

Following all those interviews, assessments of medical records, assessments of the care the person received, answers provided by the chain of command and military police — basically, all relevant information — we often do not find anything that indicates the probable cause. Normally, we may note some stress related to financial, legal, disciplinary or relationship issues. However, sometimes there are no indications.

So far, we have no statistics for Canadian Forces regarding how many suicides may have been prevented if someone had stepped in. Very often, the problem is that no one was aware of the stress an individual was under, or the person showed no signs at all. Nothing was noticed by the family members, friends, the chain of command, medical staff or OSISS staff.

The statistics regarding the quarter of suicides that are unpreventable come from civil society data.

**Senator Nolin:** You are talking about a quarter? I thought it was three quarters.

**Col. Bernier:** Only one quarter of cases have been deemed preventable.

**Senator Nolin:** Okay. I wanted to make sure we had not come back to the same issue.

**Col. Blais:** In terms of the administration involved in the investigation we are trying to conduct, we are not qualified to determine causes as such. That role belongs to the medical staff. However, we try to determine if there is anything we can do — for instance, as a supervisor or as unit — to prevent something similar from happening again. We try to determine the causes or factors that may have contributed, and we make sure to eliminate them.

**Senator Nolin:** Do you ever come across correctable causes?

ou que la police civile nous permet de commencer à questionner les gens, car on ne veut pas s'immiscer dans leurs affaires s'il n'est pas encore déterminé qu'il s'agissait d'un suicide et non d'une cause naturelle ou d'une cause de sinistre. On nous fournit alors les dossiers de la police militaire et toutes les informations disponibles.

À ce moment, le personnel médical, un médecin, parfois un psychiatre ou un psychologue, va questionner, s'ils sont prêts, la famille, les amis, la chaîne de commandement, tous ceux qui étaient impliqués. Normalement, ils sont très heureux de collaborer. L'enquête médicale est beaucoup plus ciblée que l'enquête générale. On essaie tout simplement de déterminer la qualité des soins que l'individu a reçus ou s'il y a quelque chose dans ses motivations personnelles, des stress soit au travail ou dans la vie personnelle, qui auraient contribué. On parle en français d'une autopsie psychologique. C'est un domaine très précis. On utilise des données et des formules qui ont été démontrées très utiles pour essayer de déterminer la cause, s'il en existe une, qui puisse être déterminée.

Suite à tous ces entretiens, aux évaluations des dossiers médicaux, à l'évaluation des soins que la personne a reçus, aux réponses de la chaîne de commandement, de la police militaire, à tout ce qui a été trouvé, souvent on ne trouve rien qui indique la cause, d'une façon ou d'une autre. Normalement, on peut découvrir un stress financier, légal, disciplinaire ou relationnel, mais parfois il n'existe aucune indication.

On n'a pas les statistiques pour les Forces canadiennes, jusqu'à maintenant, à savoir combien de suicides auraient pu être prévenus s'il y avait eu une intervention. Bien souvent, le problème est que personne n'était au courant du stress qui existait dans la vie d'un individu, ou il n'en avait pas démontré du tout; il n'y avait aucune indication aux membres de la famille, aux amis, à la chaîne de commandement, au personnel médical, au personnel du SSBSO.

Les statistiques pour le quart des suicides qui ne peuvent pas être prévenus viennent des données de la société civile.

**Le sénateur Nolin :** Vous me parlez d'un quart? J'en étais arrivé à trois-quarts.

**Col Bernier :** Seulement un quart a été évalué être prévisible.

**Le sénateur Nolin :** D'accord. Je voulais m'assurer qu'on n'était pas revenu au même point.

**Col Blais :** Du côté administratif, pour ce qui est de l'enquête qu'on a essayé de faire, nous ne sommes pas qualifiés pour voir les causes comme telles. C'est plutôt le côté médical qui s'en charge. Toutefois, on tente de déterminer si on peut faire quelque chose, par exemple comme superviseur ou comme unité, pour prévenir qu'une telle chose se reproduise. On va chercher les causes ou les facteurs qui auraient pu contribuer et on va s'assurer de les éliminer.

**Le sénateur Nolin :** Vous arrive-t-il de trouver des causes corrigibles.



**Col. Blais:** Yes.

**Senator Nolin:** What happens to individuals who have committed acts that could, ultimately, be deemed reprehensible?

**Col. Blais:** If the investigation leads us to something, the facts are submitted to the commanding officer. The commanding officer is the one who makes the decision, based on the seriousness of the action.

**Senator Nolin:** Or the failure.

**Col. Blais:** Or the failure. The commanding officer decides what administrative or disciplinary measures are to be taken.

**Senator Nolin:** Does that happen?

**Col. Blais:** Yes.

**The Chair:** The board also helps determine whether the cause of the suicide has to do with a mission. That aspect is important in terms of other benefits that follow.

**Senator Nolin:** Could the training be too difficult?

**Col. Blais:** I would say that the opposite is more often true. Having people who are well-trained helps prevent such situations.

**Senator Nolin:** Surely.

[*English*]

**Senator Day:** I am sitting here as a lawyer thinking that you may establish that you should have done something and you could have prevented this suicide. How are you absolved from a potential liability claim?

**Col. Bernier:** Even if we find something that could have been done better, it does not necessarily mean that the suicide could have been prevented. We have many cases where everything was done in terms of best practice, and yet the suicide still occurred. As the civilian literature demonstrates, three quarters will continue on to suicide, even with good treatment.

From the medical perspective, the professional technical evaluation is primarily for quality assurance and quality improvement of the overall program.

**Senator Day:** I understand entirely. I was just wondering if perhaps you are not exposing yourself — and I hope you are not because it is so important to do that analysis. Maybe I should not have mentioned it, but the issue jumped out at me as you were having your discussion with Senator Nolin.

**Col. Bernier:** If we found that there were questions about the practice of a clinician, for example inadequacies in the way that an individual's clinical care was provided, we would report, as we periodically do, our own people to the respective college of physicians and surgeons or college of nurses, or other, for that kind of evaluation. We have our own internal ability to revoke

**Col Blais :** Oui.

**Le sénateur Nolin :** Qu'arrivera-t-il aux individus qui ont commis des actes qui pourraient, à la limite, être répréhensibles.

**Col Blais :** Si, lors de l'enquête, on voit quelque chose, les faits sont remis au commandant. Le commandant, selon la sévérité de l'acte ou du geste, décidera.

**Le sénateur Nolin :** Ou du manquement.

**Col Blais :** Ou du manquement. Celui-ci décide des mesures administratives ou disciplinaires qui doivent être prises.

**Le sénateur Nolin :** Est-ce que cela arrive?

**Col Blais :** Oui.

**Le président :** Le conseil est utile aussi pour déterminer si la cause du suicide est liée à une mission. Cet aspect est important pour les autres bénéficiaires qui s'ensuivent.

**Le sénateur Nolin :** Ce peut être l'entraînement qui est trop difficile?

**Col Blais :** Je dirais plutôt le contraire. Le fait que les gens sont si bien formés aide à prévenir de telles situations.

**Le sénateur Nolin :** Sûrement.

[*Traduction*]

**Le sénateur Day :** En tant qu'avocat, je me demande s'il peut être établi que vous auriez pu faire quelque chose qui aurait permis d'éviter un suicide. Comment êtes-vous exonéré des éventuelles réclamations pour responsabilité?

**Col Bernier :** Même si nous trouvons quelque chose que nous aurions pu faire mieux, cela ne signifie pas pour autant que le suicide aurait pu être évité. Dans de nombreux cas, tout a été fait selon les pratiques exemplaires, mais la personne s'est tout de même suicidée. Comme le montrent les études menées au civil, trois suicides sur quatre ne sauraient être évités même avec un traitement adéquat.

Sur le plan médical, l'examen technique professionnel vise principalement à assurer et à améliorer la qualité du programme dans son ensemble.

**Le sénateur Day :** Je comprends tout à fait. Je me demandais simplement si, peut-être, vous ne vous exposiez pas à des risques — et j'espère que non, car il est extrêmement important de mener cette analyse. Je n'aurais peut-être pas dû le mentionner, mais la question m'est venue spontanément pendant votre discussion avec le sénateur Nolin.

**Col Bernier :** Si nous découvrons certaines préoccupations concernant la pratique d'un clinicien, par exemple des lacunes au chapitre des soins cliniques dispensés à un patient, nous en informons — comme nous le faisons périodiquement — le Collège des médecins, l'Ordre des infirmières et infirmiers ou un autre ordre professionnel, selon le cas, à des fins d'évaluation. Nous

practice privileges until that individual is brought up to standard.

**Col. Blais:** On the administrative side, for every board of inquiry there is a medical adviser to the board and there is also a legal adviser to the board. As things progress, they are able to get the advice in both areas to ensure that we are in full compliance.

**Senator Day:** I will leave it at that.

I want to ask Mr. Lalonde a question in relation to Veterans Affairs. We have from the military side an undertaking to give us an analysis of how the \$3.4 million is being used and divided. Does Veterans Affairs just make a contribution to the budget for this program? If so, how much is that contribution?

**Mr. Lalonde:** The budget for the program over the last couple of years has been around \$800,000 to \$900,000, but this year, as I am new to the job, I received more money.

**Senator Day:** You brought more money with you.

**Mr. Lalonde:** It should be around \$1.2 million. Most of it will go to fund resources that are under the leadership of the Canadian Forces.

**Senator Day:** The 54 full-time public service employees combine the partnership employees, or do you have a separate group?

**Mr. Lalonde:** No, we have 10 full-time equivalents. Eight of them are employed with the operation of OSISS on the ground.

**Senator Day:** Are they in addition to the 54?

**Mr. Lalonde:** Yes.

**Senator Day:** We have heard from a number of witnesses that oftentimes mental injuries as a result of being deployed do not often happen until maybe even after someone is out of the Armed Forces for a number of years and then the symptoms start to come out.

**Mr. Lalonde:** Yes.

**Senator Day:** Presumably that is the main concentration of Veterans Affairs. Once that person has been identified as needing help, are you feeding them back into the military system? Do they have to go back to a military base? It is not always easy to go back to a place you used to work after you are no longer employed there. Can you tell me what you are doing?

**Mr. Lalonde:** The veterans do not have to go back to base to receive services. OSISS peer volunteers or coordinators work out of many areas. They can meet at a Tim Hortons. They do not have to go back to base.

avons-nous-mêmes la capacité à l'interne de révoquer les privilèges de pratique jusqu'à ce que la personne concernée satisfasse aux normes.

**Col Blais :** Pour ce qui est de l'aspect administratif, chaque comité d'enquête dispose d'un conseiller médical et d'un conseil juridique. À mesure que les choses progressent, ils peuvent prodiguer des conseils à ces deux égards pour assurer notre entière conformité avec les normes.

**Le sénateur Day :** Je vais m'arrêter là.

J'ai une question à poser à M. Lalonde concernant le ministère des Anciens Combattants. Nous avons entrepris des démarches du côté militaire afin d'obtenir une analyse de l'utilisation et de l'affectation des 3,4 millions de dollars. Est-ce que le ministère fait simplement une contribution au budget du programme? Le cas échéant, quel en est le montant?

**M. Lalonde :** Ces dernières années, le budget du programme a été d'environ 800 000 à 900 000 \$, mais cette année, comme je viens d'entrer en fonction, j'ai reçu plus d'argent.

**Le sénateur Day :** Vous êtes arrivé les poches pleines d'argent.

**M. Lalonde :** Le budget devrait être d'environ 1,2 million de dollars. La plupart des fonds serviront à financer les ressources sous la direction des Forces canadiennes.

**Le sénateur Day :** Est-ce que les personnes employées dans le cadre du partenariat sont incluses dans les 54 employés de la fonction publique à temps plein, ou s'agit-il d'un groupe séparé?

**M. Lalonde :** Non, nous avons 10 équivalents temps plein. Huit d'entre eux travaillent à la mise en œuvre du SSBSO sur le terrain.

**Le sénateur Day :** Ces personnes s'ajoutent aux 54 employés?

**M. Lalonde :** Oui.

**Le sénateur Day :** Selon ce que des témoins nous ont dit, il arrive souvent que les symptômes d'un trouble mental liés à un déploiement commencent à apparaître seulement des années après qu'une personne a quitté les forces armées.

**M. Lalonde :** C'est juste.

**Le sénateur Day :** On peut supposer que c'est surtout l'affaire d'Anciens Combattants Canada. Une fois que vous avez établi qu'une personne a besoin d'aide, la renvoyez-vous dans le système militaire? Doit-elle retourner dans une base militaire? Ce n'est pas toujours facile de retourner dans un endroit où l'on ne travaille plus. Pouvez-vous me dire ce que vous faites?

**M. Lalonde :** Les anciens combattants n'ont pas à retourner à la base pour recevoir des services. Les coordonnateurs ou les pairs bénévoles du SSBSO travaillent dans de nombreux endroits. Ils peuvent les rencontrer dans un Tim Hortons. Les anciens combattants n'ont pas à retourner à la base.

A lot of the peer support coordinators and family peer support coordinators are located in district offices. We have them in operational stress injury clinics. They go where they need to be, but if someone is not comfortable about going onto a base they do not have to do so to receive services.

**Senator Day:** How do they make their first contact with members?

**Mr. Lalonde:** There is a phone number and an OSISS website: osiss.ca.

**Senator Day:** That is really the military website, is it not?

**Mr. Lalonde:** It is both. There is only one organization that provides the services on the ground; it is the CF. The overall management of the program is a partnership. We look at the policies, the business process, the performance management and such together. The operations on the ground are under the responsibility of the Canadian Forces for the members and for the veterans and their families.

**The Chair:** I am led to believe that your OSISS people are extensively worked, if not overworked. Do they have enough resources to handle the volume reasonably without burning themselves out? How are you taking care of them?

Also, the family side is still new and you have 20 people, but is there not a need for increasing that capability? Do you have things in the mill to look at that?

There has also been talk that since these OSISS people are now salaried there is a bit of a *fonctionnaire* syndrome with eight o'clock to four o'clock availability versus 24-7 that used to exist. Is that creeping in by any chance? Have you received any complaints about that?

Finally, OSISS used to intervene a lot when the police used to arrest our guys and girls who, because of the injury, were being rambunctious and tearing places apart and getting into fights. Is OSISS still being called upon to participate in getting people out of jail and also perhaps intervening as assisting officers in cases where people are brought in front of the courts?

**Col. Blais:** I will take your first question first. The peers are very busy. There is no doubt about that. However, I would say that the resources we have at our disposal are adequate. On a continual basis we produce statistics monthly. As we see numbers going up in one area, we can request additional resources if we feel they are required. However, if we see that one area is perhaps over-serviced or that the peer is not as busy as they would be in another, we first try to transfer a position to another area where

Bien des coordonnateurs du soutien par les pairs et des coordonnateurs du soutien par les pairs pour les familles travaillent dans des bureaux de district. Il y en a également dans les cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel. Ils se déplacent au besoin, et une personne n'a pas à se rendre dans une base pour recevoir des services, si cela la rend mal à l'aise.

**Le sénateur Day :** Comment fait-on pour communiquer initialement avec un responsable du programme?

**M. Lalonde :** On peut composer un numéro de téléphone ou se rendre sur le site web du SSBSO à l'adresse suivante : osiss.ca.

**Le sénateur Day :** En fait, c'est un site web des Forces canadiennes, n'est-ce pas?

**M. Lalonde :** Il est lié aux deux organisations. Une seule dispense les services sur le terrain, à savoir les Forces canadiennes. L'ensemble du programme est géré au moyen d'un partenariat. Nous examinons conjointement les politiques, les processus opérationnels et la gestion du rendement, entre autres choses. Les activités menées sur le terrain à l'intention des militaires, des anciens combattants et de leurs familles sont la responsabilité des Forces canadiennes.

**Le président :** Je suis porté à croire que la charge de travail des employés du SSBSO est très grande, voire excessive. Ont-ils assez de ressources pour la gérer convenablement sans se surmener? Comment vous occupez-vous d'eux?

Par ailleurs, le volet familial demeure récent, et vous avez 20 personnes qui y travaillent, mais ne serait-il pas nécessaire d'accroître cette capacité? Avez-vous pris des mesures pour examiner cette question?

En outre, selon certaines personnes, les employés du SSBSO ont un peu développé le « syndrome du fonctionnaire » maintenant qu'ils sont salariés, en ce sens qu'ils seraient maintenant disponibles de 8 heures à 16 heures plutôt qu'en tout temps, comme c'était le cas par le passé. Est-ce vrai? Avez-vous reçu des plaintes à cet égard?

Enfin, par le passé, le personnel du SSBSO intervenait souvent quand la police arrêtait nos gens qui, à cause de leur blessure, troublaient l'ordre public, faisaient du saccage ou se bagarraient. Est-ce que les employés du SSBSO sont sollicités pour les aider à sortir de prison et peut-être aussi pour intervenir à titre d'officiers désignés lorsqu'ils sont appelés à comparaître devant les tribunaux?

**Col Blais :** Je vais d'abord répondre à votre première question. Les pairs sont très occupés. Il n'y a aucun doute là-dessus. Toutefois, je dirais que les ressources dont nous disposons sont adéquates. Nous publions des statistiques chaque mois. Quand nous voyons les chiffres augmenter dans un certain volet, nous pouvons demander des ressources additionnelles si nous croyons que c'est nécessaire. Cependant, quand nous constatons que trop de ressources sont affectées à un volet particulier ou que les pairs

there is greater need.

As far as time goes, we have seen no indication. For people who go into this type of work it is a labour of love and it is something they feel very deeply about. The nine-to-five syndrome is definitely not there. As a matter of fact, I would say that a lot of the work is done after hours because that is when they can meet with the peers, conduct group sessions and things of that nature.

**Senator Plett:** Are these people salaried or hourly?

**Col. Blais:** They are salaried.

Finally, with respect to the police, OSISS still gets some calls, especially in more remote areas. However, for the most part, now that the network of personnel support centres is up, the commanding officer will get a call and either the person's platoon commander or platoon warrant officer will go out to look after the needs of the individual.

**The Chair:** Does the integrated support centre get the call?

**Col. Blais:** Yes.

**The Chair:** Do the judicial system and police know of them?

**Col. Blais:** Yes.

**The Chair:** Are there any final comments?

This program has matured immensely and was started at the initiative of peers. It has matured to the extent that the Canadian population will benefit from this as we move forward.

One element brought forward by OSISS that reinforces their position and culture change is the fact that PTSD was determined to be an operational stress injury and not a disease or a sickness. On Monday I will be speaking to the American Psychiatric Association in Philadelphia to explain why we went that route in order to make the work of OSISS more acceptable to the troops versus being the black box fear stigma that it used to be. OSISS is an absolutely innovative but essential component of permitting people to transition to civilian life in a much more stable way. Well done to you and to all the volunteers who work at this and drink all those coffees in Tim Hortons so often. Thank you very much.

(The committee adjourned.)

---

d'un certain volet ne sont pas aussi occupés que ceux d'un autre volet, nous essayons de les muter là où les besoins sont plus grands.

En ce qui concerne les heures de disponibilité, rien n'indique que la situation est telle que vous la décrivez. En effet, les gens qui réalisent ce type de travail le font par passion, et cela leur tient beaucoup à cœur. Ils n'ont certainement pas le « syndrome du 9 à 5 ». D'ailleurs, je dirais qu'une grande partie du travail est réalisé après les heures de bureau, car c'est à ce moment-là qu'ils peuvent tenir des réunions avec les pairs ou des séances de groupe et faire d'autres choses du genre.

**Le sénateur Plett :** Sont-ils salariés ou payés à l'heure?

**Col Blais :** Ils sont salariés.

Enfin, pour ce qui est de la police, le SSBSO reçoit encore des appels, surtout dans les régions éloignées. Toutefois, la plupart du temps, maintenant que le réseau des centres de soutien au personnel fonctionne, le commandant du peloton recevra un appel, et soit lui-même, soit l'adjudant du peloton ira s'occuper de la personne concernée.

**Le président :** Ce sont les centres intégrés de soutien au personnel qui reçoivent l'appel?

**Col Blais :** Oui.

**Le président :** Est-ce que les autorités judiciaires et la police sont au courant de leur existence?

**Col Blais :** Oui.

**Le président :** Quelqu'un a-t-il un dernier commentaire à ajouter?

Le programme a énormément évolué et a été lancé à l'initiative de pairs. Il a progressé à tel point que la population canadienne en retirera des bénéfices à mesure que nous allons de l'avant.

Un des points soulevés par le SSBSO qui renforce son importance et qui appuie un changement culturel, c'est le fait qu'il a été établi que le TSPT constitue une blessure de stress opérationnel plutôt qu'une maladie. Lundi, je vais expliquer à l'American Psychiatric Association à Philadelphie pourquoi nous avons choisi d'emprunter cette voie pour faire mieux accepter aux troupes le travail réalisé dans le cadre du SSBSO afin de dissiper les préjugés et les craintes dus à l'ignorance qui existait par le passé. En plus d'être tout à fait innovateur, le SSBSO joue un rôle essentiel pour ce qui est de permettre aux gens d'effectuer la transition vers la vie civile de façon beaucoup plus stable. Félicitations à vous et à tous les bénévoles qui y participent et qui boivent bien des tasses de café dans les Tim Hortons. Merci beaucoup.

(La séance est levée.)

---

OTTAWA, Wednesday, May 9, 2012

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 services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the Royal Canadian Mounted Police and their families.

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

[*Translation*]

**The Chair:** Ladies and gentlemen, welcome to this meeting of the Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence.

The subcommittee is continuing to study the transition of members of the Canadian Forces, as veterans, to civilian life. We are examining the programs associated with that transition to determine how effectively and to what degree we are able to meet the needs of these members.

We welcome today representatives from the Department of National Defence and from the Department of Veterans Affairs. I think it is excellent that we are once again hearing from representatives of these two departments at the same time. This is not the first time that this has occurred. Maybe one day someone will get the idea to merge these two departments, but I prefer to leave that issue for another discussion.

We welcome Catherine Campbell, Assistant to the Chief Scientist, Personnel Research and Analysis; Dr. Kerry Sudom, Research and Analysis, also with Military Personnel; and once again, Colonel Bernier, Deputy Surgeon General, whom we thank for agreeing to appear once again.

From the Department of Veterans Affairs, we welcome Dr. David Pedlar, Director of Research, whom we know well; and Anne-Marie Pellerin, Director of Rehabilitation and Case Management.

[*English*]

Today, we are looking at the fact that we have had studies done on the status of transition of veterans. The three that have been brought to our attention are the *Survey on Transition to Civilian Life: Report on Regular Force Veterans*, January 4, 2011; *Income Study: Regular Force Veteran Report*, also from January 2011; and the last study is *Canadian Forces Cancer and Mortality Study: Causes of Death*, of May 2011. They are not insignificant studies. They have been out there for over a year, some of them nearly a year and a half. We will be most keen to pursue the discussion line with regard to content and action, as well as credibility of these studies in achieving your aim.

Dr. Pedlar, if you please.

OTTAWA, le mercredi 9 mai 2012

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 services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et leurs familles.

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

[*Français*]

**Le président :** Mesdames et messieurs, bienvenue à cette réunion du Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense.

Le sous-comité poursuit son étude sur la transition des membres des Forces canadiennes vers la vie civile, en tant qu'anciens combattants. Nous étudions les programmes liés à cette transition afin de mesurer l'efficacité et la capacité avec laquelle on est apte à rencontrer les besoins de ces membres.

Nous accueillons aujourd'hui, à la fois des représentants du ministère de la Défense nationale et des représentants du ministère des Anciens Combattants. Je trouve très bien le fait d'entendre, encore une fois, des représentants de ces deux ministères en même temps. Ce n'est pas la première fois que cela se produit. Quelqu'un aura peut-être l'idée un jour de fusionner ces deux ministères, mais je préfère laisser cet exercice pour une autre conversation.

Nous accueillons Catherine Campbell, assistante du scientifique en chef, Recherche et analyse en personnel; Kerry Sudom, Ph.D., recherche et analyste en personnel militaire; et, encore une fois, le colonel Bernier, médecin-chef adjoint, que nous remercions d'avoir accepté de comparaître de nouveau.

Du ministère des Anciens Combattants, nous accueillons David Pedlar, Ph.D., directeur de recherche, que nous connaissons bien; et Anne-Marie Pellerin, directrice, Réadaptation et gestion des cas.

[*Traduction*]

Aujourd'hui, nous nous penchons sur des études qui ont été menées sur la transition des anciens combattants à la vie civile. Les trois études qui nous ont été signalées sont les suivantes : *Enquête sur la transition à la vie civile : Rapport sur les vétérans de la Force régulière*, étude datée du 4 janvier 2011; *Étude sur le revenu : Rapport sur les Anciens Combattants et Vétérans de la force régulière*, document aussi daté de janvier 2011; enfin, *Étude du cancer et de la mortalité chez les membres des Forces canadiennes : Causes de décès*, document daté de mai 2011. Ce sont des études non négligeables. Elles sont publiées depuis plus d'un an et, dans certains cas, depuis près d'un an et demi. C'est avec un vif intérêt que nous allons discuter de leur contenu et des mesures prises, ainsi que de la crédibilité de ces études dans le contexte de l'atteinte de votre objectif.

Monsieur Pedlar, vous avez la parole.

**David Pedlar, PhD, Director, Research, Veterans Affairs Canada:** Thank you very much for the opportunity to speak before your committee today. The Life After Service Studies program of research, or LASS as we call it, was designed to help us better understand the transition from military service to civilian life, and the short- and long-term health effects of military service on later veteran life courses.

These studies are unique. For the first time in Canadian research we have been able to focus on the overall veteran population, not just those who are clients of Veterans Affairs Canada. This larger focus is extremely important given that only 11 per cent of the post-Korean war veterans are currently Veterans Affairs clients.

Therefore, these studies are powerful tools that enable us to advance our knowledge of a new generation of veterans. They will also allow us to answer critical questions about their life after service regarding health, disability, the reach of Veterans Affairs programs and their needs. This approach also allows us to compare veterans with the Canadian population.

Let me also say that this is very much a collaboration. We have worked closely together on all three of these studies for the last three or four years. Statistics Canada is also in collaboration with what you see here. However, I just want to impress upon you how closely we have worked together on these, and the partnerships do not just stop here. We also work closely with the university community on the analyses we are doing with this information.

Of course you will want to know what we have learned. Let me get to the specifics around these studies.

First, as Senator Dallaire mentioned, there were three studies. The first looked at income before and after service. We know income is critical to a good life. It is also a critical factor in health. We looked at this over a 10-year period with about 36,000 releasing members during the period from 1998 to 2007. The second study was a population health survey. It looked at living CF regular force personnel who, again, released during that 10-year period. We looked at health, disability and determinants of health such as income, employment, social supports and other factors.

The third study, led by Canadian Forces Health Services, supplements these studies. It looked at causes of death among CF serving and former personnel; released were part of the picture, and therefore supplement this work.

**David Pedlar, Ph.D., directeur de la recherche, Anciens Combattants Canada :** Je vous remercie de me donner l'occasion de témoigner devant le sous-comité aujourd'hui. Le programme de recherche intitulé Études sur la vie après le service — ou EVAS, comme nous l'appelons — avait pour objet de nous aider à mieux comprendre la transition du service militaire à la vie civile et les effets à court terme et à long terme du service sur le parcours de vie des anciens combattants.

Ces études sont uniques en leur genre. Pour la première fois, dans le cadre d'études canadiennes, nous avons pu étudier l'ensemble de la population des anciens combattants et non pas seulement les clients d'Anciens Combattants Canada. La portée plus large de ces études est extrêmement importante, étant donné que seulement 11 p. 100 des anciens combattants ayant servi après la guerre de Corée sont actuellement des clients d'ACC.

Par conséquent, ces études sont des outils puissants qui nous permettent d'accroître nos connaissances sur une nouvelle génération d'anciens combattants. Elles nous permettront aussi de répondre à des questions fondamentales sur la vie après le service sous l'angle de la santé, de l'invalidité, de la portée de nos programmes et des besoins des anciens combattants. Cette démarche nous permet également de comparer les anciens combattants à la population canadienne.

Je voudrais ajouter que cette démarche repose beaucoup sur la collaboration. Nous avons travaillé en étroite collaboration pour la réalisation de chacune de ces trois études durant les trois ou quatre dernières années. Statistique Canada a aussi participé aux études, mais je tiens à souligner à quel point nous avons travaillé ensemble pour mener ces études, et les partenariats ne s'arrêtent pas là. Nous collaborons étroitement, aussi, avec le milieu universitaire pour l'analyse de l'information recueillie.

Vous voulez bien sûr savoir ce que nous avons appris. Je vais donc vous donner des précisions sur ces études.

Tout d'abord, comme le sénateur Dallaire l'a mentionné, il y a eu trois études. La première portait sur le revenu avant et après le service. Nous savons que le revenu est essentiel à une bonne vie. C'est aussi un important facteur déterminant de la santé. Nous avons étudié sur une période de 10 ans le revenu de près de 36 000 membres des forces armées libérés entre 1998 et 2007. La deuxième étude était une enquête sur la santé de la population. Elle portait sur les militaires vivants libérés de la Force régulière durant cette même période de 10 ans. Nous avons étudié la santé, l'invalidité et un ensemble de déterminants de la santé comme le revenu, l'emploi et les soutiens sociaux, entre autres.

La troisième étude, menée par les Services de santé des Forces canadiennes, vient compléter les deux premières. Elle portait sur les causes de décès chez les militaires encore en service et les anciens militaires des FC; les militaires libérés faisaient partie de la population étudiée et c'est en ce sens que cette étude vient compléter les autres travaux.

In order to put this in perspective with brief time, I thought the best way to do it would be to highlight some of the positive features, then talk about some of the challenges and subpopulations that we are learning about that we may want to focus attention on with this information.

As for the encouraging findings, 65 per cent of those who released during that 10-year period reported that they had a relatively easy transition to civilian life. Regarding the question of income, released Canadian Forces members were less likely to experience low income compared to other Canadians. In fact, 50 per cent fewer than other Canadians were below the Statistics Canada low-income measure.

Fewer than 2 per cent experienced persistent low income — that is, low income for longer than three years. Only about 1 per cent had used social assistance or welfare programs in any given year of that 10-year period. Unemployment was about 8 per cent estimated by Statistics Canada, which was comparable to the Canadian population at that time frame. Regarding adjustment to civilian life, about 90 per cent worked after release. The majority were satisfied with their work, and the levels of satisfaction increased as time went on. Note that 72 per cent felt that their military experience helped them in their civilian jobs.

With respect to causes of death, male veterans had a 23 per cent lower overall risk of death from all causes compared to the general Canadian population.

Concerning health services, veterans were more likely to have a regular medical doctor and also to have insurance coverage when compared to the general Canadian population.

Now let us take a moment and talk about some of the challenges. While the findings I just mentioned reported a lower overall rate of premature death, the major exception to this pattern was suicide. Male veterans had a 46 per cent higher risk of death from suicide. This was another study that looked at those who enrolled between 1972 and 2006. With respect to concrete actions over the past decade, VAC and DND have invested much time and resources into building capacity to address mental health problems, including a suicide prevention framework and a suicide prevention action plan, which is being implemented.

With regard to research, we are conducting sophisticated analyses on a dimension of this problem — called suicidal ideation — to better understand the problem and potential solutions. There are also issues of disability that do not result in death. For example, rates of musculoskeletal pain, anxiety disorders and disability are higher in this population than in the

Afin de mettre tout cela en perspective en peu de temps, j'ai pensé que la meilleure façon de procéder serait de faire ressortir certaines des constatations positives, puis de parler de ce que nous apprenons sur certaines difficultés et certaines sous-populations sur lesquelles nous pourrions vouloir centrer notre attention compte tenu de l'information recueillie.

Pour ce qui est des constatations positives, 65 p. 100 des militaires libérés pendant cette période de 10 ans ont affirmé que leur transition à la vie civile avait été relativement facile. Au sujet du revenu, les militaires libérés des Forces canadiennes risquaient moins de toucher un faible revenu que les autres Canadiens. En fait, 50 p. 100 moins de militaires étaient sous le seuil de la Mesure de faible revenu de Statistique Canada comparativement aux autres Canadiens.

Moins de 2 p. 100 des anciens militaires touchaient un faible revenu persistant —c'est-à-dire un faible revenu pendant plus de trois ans. Seulement environ 1 p. 100 avaient eu recours aux programmes d'aide sociale au cours d'une année donnée pendant cette période de 10 ans. Environ 8 p. 100 étaient sans emploi, selon les estimations de Statistique Canada, ce qui était semblable à la population canadienne pendant la période. Sur le plan de l'adaptation à la vie civile, environ 90 p. 100 ont travaillé après leur libération. La majorité d'entre eux étaient satisfaits de leur travail et leur degré de satisfaction s'améliorait au fil du temps. Je soulignerai que 72 p. 100 ont affirmé que leur expérience militaire les avait aidés dans leurs emplois civils.

En ce qui a trait aux causes de décès, les risques généraux de décès des anciens combattants de sexe masculin étaient 23 p. 100 moins élevés, toutes causes confondues, que ceux de la population canadienne.

En ce qui concerne les soins de santé, les anciens combattants étaient plus susceptibles d'avoir un médecin désigné et, aussi, de bénéficier de la protection d'un régime de soins de santé que la population générale canadienne.

Passons maintenant à certaines des difficultés observées. Même si les constatations que je viens de mentionner indiquent un taux global moindre de décès prématurés, l'exception majeure à cette tendance est le suicide. Les anciens combattants de sexe masculin présentaient un risque de 46 p. 100 plus élevé de décès par suicide. Cette constatation provient d'une autre étude portant sur les militaires qui se sont enrôlés entre 1972 et 2006. Pour ce qui est des mesures concrètes prises au cours de la dernière décennie, ACC et le MDN ont consacré beaucoup de temps et de ressources au renforcement des capacités de traitement des problèmes de santé mentale; nous avons entre autres adopté un cadre de prévention du suicide ainsi qu'un plan d'action visant la prévention du suicide qui est en voie de mise en œuvre.

Du point de vue de la recherche, nous menons des analyses approfondies sur une dimension du problème, les idées suicidaires, pour mieux comprendre le problème et les solutions éventuelles. Il y a aussi des problèmes d'invalidité qui n'entraînent pas la mort. Par exemple, les taux de douleurs musculosquelettiques, de troubles anxieux et d'invalidité sont

Canadian population. For example, arthritis was reported at about twice the rate of the general population, as was back problems.

I want to emphasize that many of these health conditions did not appear on their own. They were concentrated in a group of veterans that had complex states of health who had musculoskeletal problems, mental health conditions and chronic pain, all at the same time. This pattern was found in about 16 per cent of the total population. We are focusing on these health issues in additional analyses to look more closely at this and at programs design to address these issues.

Regarding reach, we learned that we are reaching, for example, many veterans who are medically released. We have contact with them and they are clients. However, there are veterans out there who may need help and they are not VAC clients. For example, 17 per cent of veterans who are not VAC clients reported that they had a difficult adjustment to civilian life, and 13 per cent of non-clients reported that they had a mental health condition. These findings speak to issues about program reach and communication with veterans, and we have been working closely with our colleagues to reach out and identify these at-risk groups.

The final piece I want to talk about is some of the subpopulations. As we get further into this work, even though we know many had a relatively easy transition, our research is pointing to subgroups at risk of difficult adjustment. Certain groups have a disproportionate share of challenges. For example, low income was prevalent among those who were released at young ages, those who were released involuntarily, and those with lower ranks. Similarly, people who had persistent low income — that is, low income for several years — tended to be those who were released as young recruits or who were released for involuntary reasons.

Another point was decline in income after leaving the service, not income level. Female veterans experienced a 30 per cent decline in income after release.

Another group of interest were those who served in the middle, for 10 to 19 years. They also experienced large income declines.

While the majority did report a good transition experience, a sizeable minority — about a quarter — said their transition experience was difficult. We have been looking to find out more about who reports a difficult transition experience. As our work continues, some of the clear ones are the medically released, those

plus élevés dans la population étudiée que dans la population canadienne. L'arthrite est mentionnée presque deux fois plus souvent que dans l'ensemble de la population, tout comme les maux de dos.

Je souligne que bon nombre de ces troubles de santé n'apparaissent pas seuls. Ils étaient concentrés dans un groupe d'anciens combattants présentant des états de santé complexes, qui souffraient simultanément de troubles musculosquelettiques, de troubles mentaux et de douleur chronique. Cette tendance a été observée dans environ 16 p. 100 de la population étudiée. Nous nous concentrons sur ces problèmes de santé dans le cadre d'analyses additionnelles afin de mieux connaître la situation et de contribuer à la conception de programmes d'intervention.

Au sujet de la portée de nos programmes, nous avons appris que nous atteignons, par exemple, un grand nombre d'anciens combattants libérés pour des raisons médicales. Nous sommes en rapport avec eux et ce sont des clients. Toutefois, il y a aussi des anciens combattants qui pourraient avoir besoin d'aide et qui ne sont pas des clients d'ACC. Par exemple, 17 p. 100 des anciens combattants qui ne sont pas clients d'ACC ont dit avoir eu de la difficulté à s'adapter à la vie civile et 13 p. 100 des non-clients ont dit éprouver des problèmes de santé mentale. Ces résultats font ressortir des lacunes dans la portée des programmes et les communications avec les anciens combattants et nous collaborons étroitement avec nos collègues pour déterminer les groupes à risque et les atteindre.

Enfin, je voudrais parler de certaines des sous-populations. À mesure que nous progressons dans nos travaux, même si nous savons que beaucoup d'anciens combattants se sont adaptés assez facilement à la vie civile, nos recherches nous font repérer des sous-groupes à risque susceptibles de vivre une transition difficile. Certains groupes se heurtent à un ensemble disproportionné de difficultés. Par exemple, un faible revenu était fréquent chez les militaires libérés à un jeune âge, les militaires libérés après recommandation et les militaires des grades inférieurs. De même, les militaires qui avaient un faible revenu persistant — c'est-à-dire un faible revenu pendant plusieurs années — avaient tendance à être ceux qui avaient été libérés comme jeunes recrues et libérés après recommandation.

Un autre élément était la diminution du revenu après la libération. Les anciens combattants de sexe féminin ont constaté une baisse de leur revenu de l'ordre de 30 p. 100 après leur départ des forces armées.

Un autre groupe qui retient l'attention est celui des militaires qui ont servi pendant une période moyennement longue, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans. Les membres de ce groupe ont aussi enregistré d'importantes baisses de revenu.

Bien que la majorité ait affirmé avoir eu une bonne expérience de transition, une minorité notable — environ le quart — a dit avoir vécu une transition difficile. Nous essayons d'en savoir davantage sur ceux qui ont de la difficulté à s'adapter. À mesure que nous poursuivons nos travaux, il y a certains groupes qui



who are widowed, separated or divorced. Again, this is the 10- to 19-year group of having military experience where their careers may have been disrupted.

The final point I want to go back to is the 16 per cent. There are subsets of veterans with complex health needs. For example, about 16 per cent of the total population identified with these three issues together: musculoskeletal disorders, mental health conditions and chronic pain. Therefore, we need to ensure our programs provide the support they need — support proportional to the complexity of their needs. Our case management function will play a critical role in addressing these concerns.

In closing, we are conducting further analysis on many fronts. We are completing a release that focuses just on the mental health dimension that we have found from these studies. We are working closely with our partners here, but I also wanted to mention the Canadian Institute for Military and Veteran Health Research, which has been very helpful in helping us connect with university researchers across the country as this sector, so to speak, comes together on issues of military and veteran health.

Those are my opening comments. Thank you.

**The Chair:** Thank you very much. Ms. Campbell, please go ahead.

[*Translation*]

**Catherine A. Campbell, Assistant to the Chief Scientist, Military Personnel Research and Analysis, National Defence:** Good afternoon Mr. Chair and members of the committee. Thank you for inviting me to speak to you today.

[*English*]

I am here as the Director Research — Personnel and Family Support, the DRPFS. As I am currently transitioning to retirement, however, I no longer hold that position but am employed in an advisory capacity to the chief scientist in my division. I am a veteran myself, having served 27 years in the Canadian Forces and four in the RCMP before returning to DND as a public service employee to work in CF personnel research.

With me today is Dr. Kerry Sudom, the team lead of the Psychosocial Health Dynamics Team in DRPFS, who contributed the DND/CF portion of the research on the Life After Service Studies project; and Colonel Jean-Robert Bernier, the Deputy Surgeon General, whose organization led the *CF Cancer and Mortality Study* with Veterans Affairs Canada.

ressortent clairement : ceux qui ont été libérés pour des raisons médicales, ceux qui sont veufs, séparés ou divorcés et, à nouveau, le groupe de militaires qui ont servi pendant 10 à 19 ans et dont la carrière peut ainsi avoir été perturbée.

Pour terminer, j'aimerais revenir à ce groupe de 16 p. 100 de la population étudiée. Il y a des sous-groupes d'anciens combattants qui ont des besoins de santé très complexes. Par exemple, environ 16 p. 100 de la population totale présentait simultanément les trois troubles suivants : troubles musculosquelettiques, problèmes de santé mentale et douleur chronique. Nous devons donc veiller à ce que nos programmes leur apportent le soutien dont ils ont besoin — un soutien proportionnel à la complexité de leurs besoins. Notre fonction de gestion de cas jouera un rôle déterminant dans le règlement de ces préoccupations.

En conclusion, nous menons des analyses additionnelles sur plusieurs fronts. Nous mettons la dernière main à un compte rendu qui portera exclusivement sur les constatations liées à la santé mentale issues de ces études. Nous collaborons étroitement avec nos partenaires, mais je voudrais aussi mentionner l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, qui a été très utile en nous aidant à établir des liens avec des chercheurs universitaires de l'ensemble du pays alors que ce secteur, si je peux l'appeler ainsi, se rassemble autour des questions relatives à la santé des militaires et des anciens combattants.

Voilà ma déclaration préliminaire. Merci.

**Le président :** Merci beaucoup. Madame Campbell, nous vous écoutons.

[*Français*]

**Catherine A. Campbell, assistante du scientifique en chef, Recherche et analyse (Personnel militaire), Défense nationale :** Bonjour, monsieur le président et membres du comité. Merci de m'avoir invitée à m'adresser à vous aujourd'hui.

[*Traduction*]

Je suis ici à titre de directrice du Soutien au personnel et aux familles, Recherche, soit la DSPFR. Puisque je pars à la retraite bientôt, je n'occupe plus ce poste, mais j'exerce les fonctions de conseillère auprès du scientifique en chef de ma division. Je suis moi-même une ancienne combattante, ayant servi 27 ans dans les Forces canadiennes et quatre ans à la Gendarmerie royale du Canada, avant de revenir au ministère de la Défense nationale en tant que fonctionnaire pour travailler dans le domaine de la recherche liée au personnel des FC.

Je suis accompagnée aujourd'hui par Mme Kerry Sudom, chef de l'équipe de la dynamique de la santé psychosociale au sein de la direction du Soutien au personnel et aux familles, Recherche, qui a contribué à la partie de l'Étude sur la vie après le service militaire concernant le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes, et par le colonel Jean-Robert Bernier,

[Translation]

As you already know, Veterans Affairs Canada is one of the departments responsible for the study of life after military service. However, DND, the Canadian Forces and, in particular, the Chief of Military Personnel were thrilled to be involved. Helping members transition to civilian life has been a priority for our department for a long time.

This collaboration with Veterans Affairs Canada would be a research opportunity that could provide direction for the policies and programs of the Canadian Forces as well as those of Veterans Affairs Canada to help members of the Canadian Forces reintegrate harmoniously into civilian life and to ensure a smooth transition. This project was considered extremely important.

[English]

In DRPFS, our involvement in the Life After Service Studies consisted of participating in the discussions and decisions involving the research methodology for the study; identifying an appropriate data set and the means for linking DND data on former CF members with data from Veterans Affairs Canada and Statistics Canada; obtaining the necessary privacy and legal reviews and seeking departmental approval for linkage of the data; bringing our knowledge of DND/CF policies and of the CF data set to the interpretation of the research findings; and participating in the drafting and editorial review of the reports. In addition, we were responsible for briefing senior officials on the findings of the research.

[Translation]

Many of the results presented in these two reports are of interest to DND and to the Canadian Forces. For example, the survey found that many people are suffering from chronic health problems that have been diagnosed by a health professional as being related to the individual's military service. The same is true of persons with a disability.

What was very interesting was the number of people who indicated having health problems during their military service but who did not seek care from Veterans Affairs Canada.

The obstacles preventing people from seeking care will need to be the subject of a future study.

médecin-chef adjoint, dont l'organisation a mené l'*Étude du cancer et de la mortalité chez les membres des Forces canadiennes* en collaboration avec Anciens Combattants Canada.

[Français]

Comme vous le savez déjà, Anciens Combattants Canada, est un des ministères responsables de l'étude sur la vie après le service militaire. Cependant, le MDN, les Forces canadiennes et tout particulièrement le chef du personnel militaire ont été ravis d'y participer. Aider les militaires à réaliser une transition à la vie civile est depuis longtemps une priorité de notre ministère.

Cette occasion de collaborer avec Anciens Combattants Canada serait un projet de recherche qui permettrait d'orienter aussi bien les politiques et les programmes des Forces canadiennes que ceux d'Anciens Combattants Canada de manière à aider les membres des Forces canadiennes à réintégrer harmonieusement la vie civile et à assurer une transition sans heurt, et a été qualifiée d'extrêmement importante.

[Traduction]

Au sein de la DSPFR, notre participation à l'Étude sur la vie après le service militaire a consisté tout d'abord à prendre part aux discussions ainsi qu'à la prise de décisions concernant la méthode de recherche utilisée dans l'étude, puis à déterminer les ensembles de données adéquats et à trouver le moyen d'établir un lien entre les données du MDN sur les anciens militaires et celles d'Anciens Combattants Canada et de Statistique Canada. Ensuite, nous nous sommes occupés de demander que soit réalisée une vérification des responsabilités légales et de la protection des renseignements personnels, puis d'obtenir l'approbation du ministère pour pouvoir établir des liens entre les données. Enfin, nous avons mis à profit nos connaissances des politiques du MDN et des FC ainsi que des données des FC lors de l'interprétation des résultats de la recherche, puis nous avons pris part à la rédaction ainsi qu'à la révision des rapports. De plus, nous étions responsables de tenir les hauts dirigeants au courant des résultats de la recherche.

[Français]

De nombreux résultats présentés dans ces deux rapports intéressent le MDN et les Forces canadiennes. Par exemple, l'enquête a déterminé que de nombreuses personnes qui souffrent de troubles de la santé chroniques et ayant été diagnostiqués par un professionnel de la santé attribuent ces problèmes de santé au service militaire. Il en est de même pour les personnes aux prises avec une invalidité.

Ce qui était très intéressant était le nombre de personnes ayant indiqué avoir eu des problèmes de santé pendant leur service militaire mais qui n'ont pas cherché à obtenir des soins auprès d'Anciens Combattants Canada.

Les obstacles qui empêchent les gens de chercher à obtenir des soins devront faire l'objet d'une étude à l'avenir.

[English]

Most individuals agreed that their military experience, education and training helped them in re-establishment, indicating that their experience in the CF has been of benefit to them once they have transitioned to civilian life. However, increasing education about skills transferability may be important for individuals in certain occupations for which no clear corresponding civilian job exists.

[Translation]

National Defence and Veterans Affairs Canada are working together to plan a study covering reservists who have served, which would use the same method as the Survey on Transition to Civilian Life of regular force veterans.

[English]

Findings from the *Survey on Transition to Civilian Life* will provide us with the means to inform Veterans Affairs Canada and DND/CF programs and services. Additional in-depth analyses of the *Survey on Transition to Civilian Life* data could identify priorities for health promotion while members are still in the CF, thereby preventing or mitigating health and disability problems post-release.

Both departments will therefore benefit from our continued collaboration on transition research in order to meet the needs of members and veterans throughout their life course.

**The Chair:** Thank you very much. We will commence the questioning of our witnesses with the deputy chair, Senator Plett.

**Senator Plett:** I thank all of you for coming out, some of you for the second or third time. We certainly appreciate your attendance here.

I want to touch on a program that was set up back in 2010, I believe. I think the government announced at that time about \$2 billion in enhanced allowances and benefits for Canada's ill and injured military personnel. In the same year, our government also announced about \$52.5 million for a legacy care program.

I am wondering whether any of you can touch on what a legacy care program is and how it is working.

**Colonel Jean-Robert Bernier, Deputy Surgeon General, National Defence:** Senator, Colonel Blais, the director of casualty support management, who was here testifying to you earlier, is the individual responsible for the management on the

[Traduction]

La majorité des personnes sont d'avis que leur expérience, leur éducation et leur entraînement militaires les ont aidées pendant la période de rétablissement et elles ont indiqué que leur expérience au sein des FC leur a été bénéfique après avoir réintégré la vie civile. Toutefois, il serait important d'améliorer l'éducation sur la transférabilité des compétences, particulièrement auprès d'individus appartenant aux groupes professionnels pour lesquels aucun emploi civil ne correspond exactement.

[Français]

La Défense nationale et Anciens Combattants Canada collaborent à la planification d'une étude portant sur les réservistes qui se serviraient de la même méthode utilisée pendant l'enquête sur la transition à la vie civile qui a été menée auprès des anciens membres de la force régulière.

[Traduction]

Les résultats de l'*Enquête sur la transition à la vie civile* permettront d'orienter les programmes et les services d'Anciens Combattants Canada, du MDN et des FC. D'autres analyses en profondeur des données de l'*Enquête sur la transition à la vie civile* pourraient révéler des priorités dans le domaine de la promotion de la santé pendant que les militaires font encore partie des FC, ce qui pourrait leur éviter des problèmes de santé ou d'invalidité après leur libération, ou à tout le moins d'en atténuer les effets.

Les deux ministères profitent donc de notre collaboration continue dans le cadre de la recherche sur la transition qui permettra de répondre aux besoins des militaires et des anciens combattants tout au long de leur vie.

**Le président :** Merci beaucoup. C'est le vice-président du sous-comité, le sénateur Plett, qui va commencer à interroger nos témoins.

**Le sénateur Plett :** Je vous remercie tous d'être venus témoigner devant nous, certains d'entre vous pour la deuxième ou la troisième fois. Nous vous savons gré de votre présence ici.

Je voudrais parler d'un programme qui a été mis en place en 2010, sauf erreur. Je crois que le gouvernement a annoncé à ce moment-là l'affectation d'environ 2 milliards de dollars à l'amélioration des allocations et prestations offertes aux militaires canadiens malades et blessés. La même année, notre gouvernement a aussi annoncé l'affectation de 52,5 millions de dollars au programme « Une tradition de soins ».

Je me demande si l'un d'entre vous pourrait nous décrire ce qu'est le programme « Une tradition de soins » et comment cela fonctionne.

**Colonel Jean-Robert Bernier, médecin-chef adjoint, Défense nationale :** Monsieur le sénateur, le colonel Blais, directeur de la Gestion du soutien aux blessés, qui a témoigné plus tôt, est le responsable de la gestion de ce programme du côté du ministère

National Defence department side of that. I do not think any of us here would be able to comprehensively answer questions related to that program.

**Ms. Campbell:** We are here to speak to the research conducted. We are not in a position to speak to any of the policy issues, unfortunately.

**Senator Plett:** You cannot tell me how the program is working?

**Ms. Campbell:** I am not aware of how the program is working, sir.

**The Chair:** Senator Plett, the question is noted by the chair and we will pose it to Colonel Blais.

**Senator Plett:** Thank you. Let me try another question and see if you can answer this one. What is the percentage of people who have served in Afghanistan who have shown or have been determined to have PTSD, and what is the relationship between people who have served “inside the wire” versus “outside the wire”?

**Col. Bernier:** Senator, I spoke a little bit about this earlier. The cumulative incidence study that was conducted of people serving in Afghanistan between the years 2001 and 2008 found a total incidence of about 8 per cent in terms of people developing PTSD after about four and a half years of follow-up after their return. These were not just based on reported symptoms that may or may not subsequently develop into a firm diagnosis; these were based on actual medical evaluation of charts and an attribution of hard diagnosis to that specific deployment as opposed to any other thing.

There was a firm judgment that 8 per cent is probably the best number we will get, and it is probably the best number that any of our allies have. That is 8 per cent overall, which includes the whole theatre of operations.

Regarding those who served “outside the wire,” 17 per cent, roughly, developed PTSD. Those “inside the wire” were about 13 per cent, with lesser proportions for those serving in Kabul or other locations.

The total number so far who have presented for care, which changes every day, has been just short of 1,500. After applying that 8 per cent to the whole population that deployed during that time period and those who deployed subsequent to 2008, we would expect at least another 1,500 to present with that diagnosis in future.

We expect our mental health care burden in future to be at least maintained. Depending on the speed with which the currently diagnosed individuals retire or are cured, and we have

de la Défense nationale. Je crois qu'aucun d'entre nous ne serait en mesure de répondre de façon exhaustive à des questions sur ce programme.

**Mme Campbell :** Nous sommes ici pour parler des recherches effectuées. Malheureusement, nous ne sommes pas en mesure de parler de questions relatives aux politiques.

**Le sénateur Plett :** Vous ne pouvez pas me décrire comment ce programme fonctionne?

**Mme Campbell :** J'ignore comment le programme fonctionne, monsieur.

**Le président :** Sénateur Plett, j'ai pris note de votre question et nous allons la poser au colonel Blais.

**Le sénateur Plett :** Merci. Je vais vous poser une autre question; voyons si vous pourriez y répondre. Quel est le pourcentage de militaires ayant servi en Afghanistan qui ont présenté des symptômes de trouble de stress post-traumatique ou qui ont été diagnostiqués comme souffrant de TSPT, et quel est le lien entre le TSPT et les gens qui ont servi « à l'intérieur du périmètre » par opposition à « hors du périmètre »?

**Col Bernier :** Monsieur le sénateur, j'ai parlé un peu de cela plus tôt. L'étude sur l'incidence cumulative qui a été menée auprès des gens qui ont servi en Afghanistan entre 2001 et 2008 a permis de constater une incidence totale d'environ 8 p. 100 de gens ayant souffert de TSPT après environ quatre ans et demi de suivi consécutif à leur retour de mission. Cela ne se fondait pas simplement sur des symptômes signalés qui pourraient éventuellement conduire ou non à un diagnostic définitif; cela se fondait sur des évaluations de dossiers médicaux et des diagnostics bien établis pour ce déploiement, par opposition à toute autre chose.

Une conclusion solide a été tirée selon laquelle la proportion de 8 p. 100 était probablement le pourcentage le plus exact que nous pourrions obtenir et le pourcentage le plus exact que n'importe lequel de nos alliés pourrait obtenir. Il s'agit de 8 p. 100 au total, ce qui comprend l'ensemble du théâtre d'opérations.

Parmi ceux qui ont servi « hors du périmètre », environ 17 p. 100 ont souffert de TSPT. Pour ceux qui ont servi « à l'intérieur du périmètre », la proportion était d'environ 13 p. 100, et les pourcentages étaient moindres pour ceux qui ont servi à Kaboul ou ailleurs.

Jusqu'à maintenant, le nombre total de ceux qui ont demandé des soins, qui change tous les jours, s'élève à un peu moins de 1 500. Après avoir appliqué la proportion de 8 p. 100 à l'ensemble de la population déployée durant cette période et à la population qui a été déployée après 2008, nous prévoyons qu'au moins 1 500 autres militaires recevront ce diagnostic.

Nous prévoyons que notre fardeau des soins de santé mentale se maintiendra, à tout le moins, dans l'avenir. Selon la rapidité avec laquelle les personnes actuellement diagnostiquées prendront

a significant number of cured, medically released or who otherwise leave the service, we expect our current burden to expand significantly over the next few years.

**Senator Wallin:** I will start, if I could, with a couple of clarifications from Ms. Campbell. On the first page of your remarks, you said, “Of particular interest are those individuals who reported having experienced a health problem during military service, but who did not seek care from VAC.” Did you mean after? They would not seek help from VAC while they were serving, would they?

**Ms. Campbell:** Not as a general rule. What she is asking, Dr. Pedlar, is whether the Canadian Forces members would contact VAC during the time they were in the military if they had some kind of health condition.

**Senator Wallin:** Your note here is “of particular interest,” so I am trying to figure out what the interest is of individuals who experienced a health problem during military service but who did not seek care from VAC.

**Ms. Campbell:** That refers to our survey where people said that they attributed a certain health condition to military service, and yet later went on to say, “no, I have not contacted Veterans Affairs,” presumably after, in most cases.

**Senator Wallin:** Obviously, in my mind, they would not be doing it before. How in depth is your research? It is referenced a couple of times — 17 per cent of veterans who are not VAC clients. Do you question them about why they have not reached out? I ask you both, and Dr. Pedlar can answer.

**Ms. Campbell:** I believe the survey we are talking about is the *Survey on Transition to Civilian Life*, which was a telephone interview conducted by Statistics Canada. I do not believe they had any follow-up questions of that nature.

**Kerry Sudom, PhD, Military Personnel Research and Analysis, National Defence:** The information we had was based on administrative records; it was whether they were participating in VAC programs or not. We received this information from a database. It was not from a survey.

**Senator Wallin:** You do not know why they are not.

**Ms. Sudom:** No, we did not ask them that question.

**Senator Wallin:** It might be a communications problem or it might be that they chose not to.

leur retraite ou se rétabliront — et il y a un nombre appréciable de personnes qui se rétablissent, qui sont libérées pour des raisons médicales ou qui quittent le service pour une autre raison — nous prévoyons que notre fardeau actuel augmentera considérablement au cours des quelques prochaines années.

**Le sénateur Wallin :** Je commencerais, si vous me le permettez, par demander quelques éclaircissements à Mme Campbell. À la deuxième page de votre déclaration préliminaire, vous affirmez : « Ce qui était très intéressant était le nombre de personnes ayant indiqué avoir eu des problèmes de santé pendant leur service militaire, mais qui n’ont pas cherché à obtenir des soins auprès d’Anciens Combattants Canada. » Vous voulez dire après leur service? Ils ne chercheraient pas à obtenir de l’aide d’ACC pendant leur service, n’est-ce pas?

**Mme Campbell :** En règle générale, non. Ce qu’elle demande, monsieur Pedlar, c’est si les membres des Forces canadiennes s’adresseraient à ACC alors qu’ils font toujours partie des Forces s’ils ont des ennuis de santé.

**Le sénateur Wallin :** Vous employez les termes « très intéressant », alors j’essaie de comprendre en quoi il est intéressant que des gens ayant eu des ennuis de santé pendant le service militaire n’ont pas cherché à obtenir des soins auprès d’ACC.

**Mme Campbell :** Cela fait référence à notre enquête, dans le cadre de laquelle des répondants ont affirmé qu’ils attribuaient un trouble de santé quelconque à leur service militaire, mais ont indiqué par la suite qu’ils n’avaient pas communiqué avec Anciens Combattants Canada — sans doute après le service, dans la plupart des cas.

**Le sénateur Wallin :** Manifestement, selon moi, ils ne communiqueraient pas avec ACC avant d’avoir quitté le service. Dans quelle mesure votre recherche est-elle approfondie? Il est question à quelques reprises de 17 p. 100 des anciens combattants qui ne sont pas des clients d’ACC. Leur avez-vous demandé pourquoi ils ne s’étaient pas adressés à ACC? Je vous pose la question à tous deux, et M. Pedlar pourra répondre.

**Mme Campbell :** Je crois que l’étude dont nous parlons est l’*Enquête sur la transition à la vie civile*, qui était une entrevue téléphonique réalisée par Statistique Canada. Je ne crois pas qu’il y ait eu de question de suivi de cette nature.

**Kerry Sudom, Ph.D., Recherche et analyse (Personnel militaire), Défense nationale :** L’information que nous avons provenait de dossiers administratifs qui indiquaient si les répondants participaient ou non à des programmes d’ACC. Nous avons tiré cette information d’une base de données, et non pas d’un sondage.

**Le sénateur Wallin :** Vous ne savez pas pourquoi ils ne participent pas.

**Mme Sudom :** Non, nous ne leur avons pas posé cette question.

**Le sénateur Wallin :** Ce pourrait être un problème de communication, ou ce pourrait être parce qu’ils ont choisi de ne pas le faire.

**Ms. Sudom:** Exactly.

**Senator Wallin:** Dr. Pedlar, I found this research quite interesting and more positive than I would have thought. The folks that had a difficult transition — the group that you are concerned about — are those who are medically released, separated, widowed, divorced or released involuntarily. That is kind of a troubled subset, if I can put it that way. The question is, I guess, in terms of the use of resources at VAC, how much can you concentrate on that group that has all these different inputs? They would be having issues if they were not in the military, right, if they had medical problems or if they had behavioural problems or whatever? How much can you focus on that in terms of the percentage use of resources versus veterans who come home and need some help with home care — walks shovelled or whatever — just the basic support programs?

**Mr. Pedlar:** One of the things we learned from this is that we want to focus on those who are having challenges, but there is no cookie-cutter approach. I want to make that clear. There is a real spectrum. You want to have a wide spectrum of services to meet the needs of that population. However, this can help to identify people that we did not necessarily think about before as much — that we had not thought about as high risk as much as perhaps we should have, for example, people who do not serve for a long time. That might not have been a group that had naturally come to mind as one that we would have high resource needs. Some of these people may be those who become homeless, for example. This gives us the opportunity to look at things like the transition interview.

We can now look at the transition interview and say, “Are the people who are using the transition interview the ones who are most likely to have a difficult outcome later?” It is similar with career transition services. Those are examples of how we are using that to focus resources.

**Senator Wallin:** We had this discussion with Colonel Bernier last week about these issues, for example with suicide. In fact, the reasons cited are often similar to those in the civilian world, such as marital problems or poverty problems. It might not be service-related only, although they were in the service. You have to figure out a way, perhaps, to separate that out. Otherwise, you will have resources heavily consumed by a smaller and smaller proportion. What does that then mean for the larger proportion of veterans that are functioning — the 65 per cent that say the transition went well?

**Mme Sudom :** Exactement.

**Le sénateur Wallin :** Monsieur Pedlar, j’ai trouvé cette recherche très intéressante et plus positive que je ne l’aurais cru. Les gens qui ont vécu une transition difficile — le groupe dont vous vous préoccupez — sont ceux qui ont été libérés pour des raisons médicales, qui sont séparés, veufs ou divorcés ou auxquels la libération a été imposée. C’est un sous-groupe perturbé, si je peux m’exprimer ainsi. Je suppose que la question, sur le plan de l’utilisation des ressources d’ACC, est la suivante : dans quelle mesure pouvez-vous vous concentrer sur ce sous-groupe très hétérogène? Ces gens auraient des problèmes même s’ils ne faisaient pas partie des forces armées, n’est-ce pas, s’ils souffraient de troubles médicaux ou de troubles de comportement, et cetera? Dans quelle mesure pouvez-vous vous concentrer sur ces gens, en fait de pourcentage d’utilisation des ressources, par opposition aux anciens combattants qui rentrent chez eux et qui ont besoin d’aide pour entretenir la maison — le déneigement des allées, et ainsi de suite — qui ont seulement besoin des programmes d’aide de base?

**M. Pedlar :** L’une des choses que nous avons apprises, c’est que nous voulons nous concentrer sur ceux qui éprouvent des difficultés, mais il n’existe aucune formule applicable à tous. Je tiens à le dire clairement : cette population a un large éventail de besoins et il faut fournir un large éventail de services pour y répondre. Toutefois, ces recherches peuvent nous aider à repérer des gens auxquels nous ne pensions pas nécessairement autant auparavant — que nous n’avions pas envisagés comme présentant des risques élevés autant que nous aurions peut-être dû le faire — par exemple, les militaires qui servent seulement pendant une brève période. C’est un groupe qui ne nous serait peut-être pas naturellement venu à l’esprit comme présentant des besoins en ressources importants. Certains de ces gens peuvent être ceux qui deviennent itinérants, par exemple. Cela nous donne la possibilité d’examiner des éléments comme l’entrevue de transition.

Nous pouvons maintenant envisager l’entrevue de transition et nous demander si les gens qui s’en prévalent sont ceux qui sont les plus susceptibles de vivre une transition difficile par la suite. Il en est de même pour les services de transition de carrière. Voilà des exemples des façons dont nous utilisons les données pour cibler les ressources.

**Le sénateur Wallin :** Nous avons eu une discussion avec le colonel Bernier la semaine dernière au sujet de ces questions — par exemple, le suicide. En fait, les raisons citées sont souvent semblables à celles que l’on trouve dans le monde civil, comme les problèmes conjugaux ou les problèmes de pauvreté. Cela peut ne pas être exclusivement lié au service militaire, bien qu’ils aient fait leur service. Il faut peut-être trouver une façon de faire la distinction entre les deux. Sinon, énormément de ressources seront consommées par une proportion de plus en plus restreinte d’anciens militaires. Qu’est-ce que cela signifie, par conséquent, pour la plus importante proportion de anciens combattants qui fonctionnent bien — les 65 p. 100 qui disent avoir bien vécu leur transition?

**Mr. Pedlar:** It is a question of integrating these findings into our approach. If I could just make a comment on mental health again, one point I want to reinforce is that in this population that we feel needs a lot of attention, mental health conditions in most cases are not alone. Rather, we see complex health problems that require a different approach than a single physical problem or a single mental health problem requires. How we mobilize resources to address that complexity is another key challenge.

**Senator Wallin:** Can I seek one more point of clarification? Do you feel you have the balance right in terms of the percentage or the amount of resources you are dedicating to these small but very needy groups that have complex problems, versus your overall veteran population, which, by and large, seems to be adjusting fairly well?

**Anne-Marie Pellerin, Director, Rehabilitation and Case Management, Veterans Affairs Canada:** I can perhaps shed some light on that. The committee is probably familiar with the Integrated Personnel Support Centres. That is where Veterans Affairs has invested as a department in terms of our effort to reach those who are both medically releasing and, through DND supports and information, those who are non-medically releasing. We have a pretty high rate of return in capturing those who are medically releasing and in need into our Veterans Affairs programming. With the non-medically releasing, it is often a bit more of a challenge to capture that population. Often they are releasing and may not have a need for Veterans Affairs services. We are trying, with that transition interview, to educate not only the releasing member but also the family, because often a family member may think later on when a situation manifests itself that they might recall certain benefits and programming available through the department.

In addition to the transition interview, we have just introduced a new risk assessment tool. It helps our staff to measure a little more precisely indicators that a client may be at risk and, if so, to ensure that the veteran or releasing member is fast-tracked through the department for more intensive case management services.

**The Chair:** As a supplemental, you touched upon all possible people who have been released from the forces who may have some injury and do not necessarily go to Veterans Affairs Canada. You are using a lot of historic data, so there is a lot of history of context that might also be influencing your numbers. As an example, Veterans Affairs Canada gave no support for decades to anyone who had a hearing problem. People who had a hearing problem did not go to Veterans Affairs because they knew nothing would be done for them. Those scenarios existed and probably still exist. Even though they were serving, they did not

**M. Pedlar :** C'est une question d'intégration de ces conclusions dans notre approche. Si je peux à nouveau faire un commentaire sur la santé mentale, je veux souligner que le plus souvent, dans cette population qui, d'après nous, a besoin de beaucoup d'attention, les problèmes de santé mentale ne se présentent pas seuls. Nous observons plutôt des problèmes de santé complexes qui nécessitent une autre approche que celle que requiert l'existence d'un seul problème physique ou d'un seul problème mental. La façon de mobiliser les ressources pour faire face à cette complexité représente une autre difficulté importante.

**Le sénateur Wallin :** Puis-je demander un autre éclaircissement? Estimez-vous que vous avez le bon équilibre sur le plan du pourcentage ou de la quantité de ressources que vous consacrez à ces groupes restreints, mais qui éprouvent de grands besoins et présentent des problèmes complexes, par opposition à l'ensemble de la population d'anciens combattants qui, en général, semblent s'adapter relativement bien?

**Anne-Marie Pellerin, directrice, Réadaptation et gestion des cas, Anciens Combattants Canada :** Je peux peut-être faire la lumière là-dessus. Le sous-comité a probablement une bonne connaissance des Centres intégrés de soutien du personnel. C'est dans cette structure qu'ACC a investi pour s'efforcer d'atteindre ceux qui sont libérés pour des raisons médicales et, par l'intermédiaire des services de soutien et des renseignements du MDN, ceux qui sont libérés pour d'autres raisons. Nous avons un rendement passablement élevé pour ce qui est d'atteindre les militaires libérés pour des raisons médicales qui ont besoin des programmes d'ACC. Quant à ceux qui sont libérés pour d'autres raisons, il est souvent plus difficile de les atteindre. Souvent, lorsqu'ils quittent l'armée, ils n'éprouvent pas le besoin d'obtenir des services d'ACC. Dans le cadre de l'entrevue de transition, nous essayons de sensibiliser non seulement le militaire qui retourne à la vie civile, mais aussi sa famille, car souvent, un membre de la famille se souviendra par la suite, si un problème surgit, de certaines prestations et de certains programmes que le ministère offre.

Outre l'entrevue de transition, nous venons de mettre en place un nouvel outil d'évaluation des risques. Cet outil aide notre personnel à mesurer un peu plus précisément les indicateurs laissant penser qu'un client peut présenter des risques et, dans un tel cas, à s'assurer que le vétéran ou le militaire libéré fera l'objet d'une intervention rapide qui lui permettra de recevoir des services plus intensifs de gestion des cas.

**Le président :** À titre de question supplémentaire, vous avez tenu compte de toutes les personnes possibles qui ont été libérées des forces armées, qui peuvent avoir subi des traumatismes et qui ne s'adressent pas nécessairement à Anciens Combattants Canada. Vous utilisez beaucoup de données historiques et il peut donc y avoir beaucoup d'éléments historiques et contextuels qui influent sur vos chiffres. Par exemple, pendant des décennies, Anciens Combattants Canada n'a offert aucun soutien à quiconque souffrait de troubles de l'ouïe. Les gens qui étaient atteints d'une déficience auditive ne s'adressaient pas à ACC

get the help they required from Veterans Affairs. One, I think, was communications, and the other one was simply not feeling that they could go there.

My point in raising this dimension is the fact that the historic data that you have goes so far back. How does it handle the era where we have been now at war? To what extent does that really cover troops that now have more combat time than even World War II vets, under more complex scenarios? What are you doing to move that side of the study?

**Mr. Pedlar:** The study covers a 10-year period, so the mortality study we mentioned earlier is a long period. It is a historical study; it goes back to 1972. This study is relatively more recent and we are particularly interested in knowing more about this new generation of veterans who have had higher operational tempo and more deployment and greater exposure to risks. I think that this 10-year period is actually a good one as a baseline to move forward on.

**Senator Day:** Thank you all for being here. I would like to make a positive comment at the front end that I am glad that you are looking at reservists now, because that is an area that this committee has dealt with. We felt that they might have been overlooked. It is more difficult for you, I am sure, once they go back to reserve mode and are living in diverse communities, but I think it is worth following up, and there will be some unique findings there, I suspect.

The other point I wanted to make, you mentioned the University of Manitoba has a cooperative university research project. I would like to know what, if any, relationship your research project has with Sainte-Anne-de-Bellevue because we have been led to believe that, particularly from operational stress disorder, that is a centre of excellence. Is that only in treating or is it also in research? If it is in research, how do you work with them?

**Mr. Pedlar:** I am functionally responsible for research in the department, so I am functionally responsible for the activities in the OSI network as well as at Ste-Anne's Hospital. Together the OSI clinic network and Ste-Anne's Hospital has been more, I guess you could say, a clinical focus of our research capacity as it has developed because it is these parts of the organization that see people and treat them.

parce qu'ils savaient que c'était inutile. Ces scénarios existaient et ils existent probablement toujours. Même si ces gens avaient fait leur service militaire, ils ne recevaient pas d'ACC l'aide dont ils avaient besoin. Les communications étaient un facteur, je crois, et l'autre facteur était simplement qu'ils n'avaient pas l'impression de pouvoir s'adresser à ACC.

La raison pour laquelle je soulève cette question est que les données historiques dont vous disposez remontent loin dans le temps. Comment ces données s'appliquent-elles à l'époque actuelle, où nous sommes de nouveau en guerre? Dans quelle mesure les données sont-elles vraiment adaptées à des militaires qui ont maintenant passé plus de temps à combattre que même des anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale, et ce, dans des scénarios plus complexes? Que faites-vous pour prendre en compte cet aspect de l'étude?

**M. Pedlar :** L'étude en question porte sur une période de 10 ans. Ainsi, l'étude sur la mortalité que nous avons mentionnée plus tôt couvre une longue période : c'est une étude historique qui remonte à 1972. L'étude en question est relativement plus récente et ce qui nous intéresse particulièrement, c'est d'en apprendre davantage sur cette nouvelle génération d'anciens combattants qui ont vécu un rythme opérationnel plus élevé, qui ont été déployés davantage et qui ont été davantage exposés à des risques. Je crois que cette période de 10 ans est en fait une bonne période de référence sur laquelle se fonder pour aller de l'avant.

**Le sénateur Day :** Je vous remercie tous de votre présence. Je voudrais tout d'abord faire un commentaire positif et vous dire que je suis heureux que vous vous préoccupiez maintenant des réservistes, car c'est une question sur laquelle le sous-comité s'est penché. Nous avons l'impression qu'ils avaient peut-être été négligés. Je suis sûr que votre tâche est plus difficile lorsque les militaires redeviennent réservistes et vivent dans diverses collectivités, mais je crois qu'il vaut la peine de se préoccuper d'eux et je pense qu'ils vous permettront de faire certaines constatations uniques.

Il y a une autre question que je veux aborder. Vous avez mentionné que l'Université du Manitoba a un projet de recherche en collaboration. Je voudrais savoir quel est le lien, le cas échéant, entre votre projet de recherche et Sainte-Anne-de-Bellevue, car on nous a indiqué que l'Hôpital Sainte-Anne est un centre d'excellence, en particulier, pour les traumatismes liés au stress opérationnel. Cela s'applique-t-il seulement au traitement de ces traumatismes ou cela s'applique-t-il aussi à la recherche? Si cela touche la recherche, comment collaborez-vous avec l'équipe de l'hôpital?

**M. Pedlar :** J'ai la responsabilité fonctionnelle de la recherche au ministère et j'ai donc la responsabilité fonctionnelle des activités dans le cadre du réseau de cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel, les TSO, de même qu'à l'Hôpital Sainte-Anne. Ensemble, le réseau de cliniques de traitement des TSO et l'Hôpital Sainte-Anne en sont venus à représenter le volet clinique, si on veut, de notre capacité de recherche, car ce sont ces composantes de l'organisation qui sont en rapport avec les gens et qui les traitent.



Therefore, because of the population that Ste-Anne's Hospital has, it is focused more on things like dementia and Alzheimer disease, chronic pain and clinical issues inside a long-term care setting. Similarly, we have a capacity across the operational stress injury network that I have been involved in developing in the last five or six years as well. Again, that focuses more on how to support questions that are directly relevant to clinical questions in the care of mental health.

**Senator Day:** Other universities, like Queen's University has recently established a centre. Do you work collaboratively with Queen's, for example?

**Mr. Pedlar:** We have been engaged since practically day one with the Institute for Military and Veteran Health. If I could go a little above that, the way I describe it is that over the last five or six years a sector has come together. The Canadian Institutes of Health Research has shown more interest in veterans and is more engaged. The Institute for Military and Veteran Health came on the scene a few years ago, and we have been engaged in that and their forums every year as strong supporters. That is helping to bring the universities to the table so we are not alone in this challenge. We are working together as a sector that collaborates.

**Senator Day:** Thank you. Dr. Sudom, you are listed in our background information as a scientist as opposed to a medical doctor.

**Ms. Sudom:** Yes.

**Senator Day:** In what area have you a scientific background?

**Ms. Sudom:** In psychology.

**Senator Day:** Were you involved in any of the gathering of information for any of these studies or analysis of — presumably the analysis, yes, but it is the gathering of the information and how that was done. Who would be involved in that, who would oversee that?

**Ms. Sudom:** I was involved from the start in the development of the survey itself, so development of the measures that were used in the survey, the research protocol that is being used. Statistics Canada was contracted to actually carry out the telephone survey and then I was involved in the analysis, the writing and reporting of the results.

**Senator Day:** I am glad to hear that. I think the gathering of this information in order to have an objective analysis is very important, but I am worried about some of the comments here of self-diagnosis and the person who reported that you have taken the statistic on as someone who has said, "Yes, this is an injury I

Donc, à cause de la population qu'il dessert, l'Hôpital Sainte-Anne se concentre davantage sur des troubles tels que la démence et la maladie d'Alzheimer, la douleur chronique et les problèmes cliniques qui surviennent dans un contexte de soins de longue durée. De même, il y a dans le réseau de cliniques de traitement des TSO une capacité que j'ai contribué à mettre en place au cours des cinq ou six dernières années. Là aussi, l'accent est mis sur des aspects qui se rapportent directement aux soins cliniques de santé mentale.

**Le sénateur Day :** D'autres universités, comme l'Université Queen's, ont récemment créé des centres. Travaillez-vous en collaboration avec l'Université Queen's, par exemple?

**M. Pedlar :** Nous participons presque depuis le premier jour à l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans. Si je peux me situer dans une perspective un peu plus générale, ma façon de décrire la situation est qu'au cours des cinq ou six dernières années, un secteur s'est constitué. Les Instituts de recherche en santé du Canada s'intéressent davantage aux anciens combattants et jouent un rôle plus actif dans le domaine. L'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans a été créé il y a quelques années et nous avons pris une part active à ses activités et à ses forums, tous les ans, en tant qu'ardents défenseurs. Cela contribue à intégrer les universités dans le processus, de sorte que nous ne sommes pas seuls à nous attaquer à ce défi. Nous travaillons ensemble en tant que secteur dont les membres collaborent entre eux.

**Le sénateur Day :** Merci. Madame Sudom, nos renseignements indiquent que vous êtes une scientifique, par opposition à un médecin.

**Mme Sudom :** Oui.

**Le sénateur Day :** Quel est votre domaine de spécialisation scientifique?

**Mme Sudom :** La psychologie.

**Le sénateur Day :** Avez-vous participé à la collecte d'information pour l'une ou l'autre de ces études ou aux analyses — sans doute aux analyses, oui, mais je m'intéresse à la collecte de l'information et à la façon dont cela s'est fait. Qui y a participé, qui a supervisé le processus?

**Mme Sudom :** J'ai participé dès le début à l'élaboration de l'enquête et, donc, à la mise au point des mesures qui ont été utilisées dans le cadre de l'enquête, et au protocole de recherche qui a été appliqué. Les services de Statistique Canada ont été retenus pour la réalisation des entrevues téléphoniques et, ensuite, j'ai participé à l'analyse, à la rédaction et à la présentation des résultats.

**Le sénateur Day :** Je suis heureux de l'apprendre. Je crois qu'il est très important de recueillir cette information afin de la soumettre à une analyse objective, mais je suis préoccupé par certaines observations qui ont été faites ici à propos des autodiagnostic — la personne qui a affirmé que vous vous êtes

received when I was in the armed forces.” However, they will say that because they know that is where they can get their compensation. They will not say it came from something else.

What did you do to separate that or to ensure that the information you are gathering is reliable information?

**Ms. Sudom:** We do recognize that it is subjective information, and we have noted in limitations of the study that it is based on self-reporting and their perception. The attribution to military service was higher for certain conditions like PTSD, musculoskeletal conditions, that you might expect would be attributed to military service, as opposed to other conditions such as diabetes. We do recognize that it is a subjective measure, and that it would have to be linked to actual service use in order to determine the accuracy of their statements.

**Senator Day:** In both of your reports a lot of your comments suggest that “we will” be doing this: We will follow up on these subsets and we are hoping to implement programs. This analysis has been going on for quite a while. Have you got some programs that you can hold out as successes that are actually implemented and being worked on between the Department of National Defence and Veterans Affairs? Anyone?

**Ms. Campbell:** We have a few studies we are working on now. We do not have results from them right now. We have some folks who are looking at gender differences that show up in the data. In terms of the physical and mental health determinants we have, we are hoping to be able to do a study on rural and urban differences in the data, and we are working with VAC on looking at the main predictors of a difficult adjustment to civilian life.

**Senator Day:** Is this just all background information that someone else uses, or do you have any programs that are actually out there helping the soldiers and the retired soldiers now, based on the work you have done?

**Mr. Pedlar:** I could give three quick examples. It is not so much that they are new programs; it is how we target our programs that could have an immediate impact. I gave two examples earlier, one is on transition interviews. Now we could look to see whether the people who are using transition interviews — not everyone does — are the ones who are most likely to have negative outcomes. We are able to work with our colleagues on both sides to try to make sure the transition interviews get to the people who are most likely to use them, and same with the transition services. We wondered a couple of years ago, we noticed that the numbers of people using those programs were not

basés sur les statistiques relatives aux gens qui répondaient : « Oui, c’est un trouble de santé attribuable à mon service militaire. » Ils peuvent affirmer cela parce qu’ils savent que c’est le moyen pour eux d’obtenir une indemnisation. Ils n’iront pas dire que le trouble de santé trouve son origine ailleurs.

Qu’avez-vous fait pour établir une distinction à ce sujet ou pour vous assurer que l’information recueillie était fiable?

**Mme Sudom :** Nous reconnaissons qu’il s’agit d’une information subjective et nous avons signalé les limites de l’enquête, qui repose sur l’autodéclaration et la perception des répondants. Le nombre de problèmes de santé attribués au service militaire était plus élevé que ce à quoi on aurait pu s’attendre pour certains troubles, comme le TSPT et les troubles musculosquelettiques, par opposition à d’autres maladies comme le diabète. Nous reconnaissons qu’il s’agit d’une mesure subjective et qu’il faudrait établir un lien concret avec le service militaire pour établir l’exactitude de leurs déclarations.

**Le sénateur Day :** Dans vos deux rapports, beaucoup de vos commentaires sont axés sur le fait que « nous allons » faire telle ou telle chose : « nous allons » faire le suivi de ces sous-groupes, « nous espérons » mettre des programmes en place. Cette analyse se poursuit depuis déjà un bon moment. Y a-t-il des programmes que vous pouvez mentionner comme étant des succès, qui sont concrètement mis en œuvre et auxquels les ministères de la Défense nationale et des Anciens Combattants travaillent en collaboration? N’importe qui?

**Mme Campbell :** Il y a quelques études sur lesquelles nous travaillons présentement. Nous n’avons pas encore les résultats de ces études. Nous avons des gens qui examinent les différences entre les sexes révélées par les données. En ce qui concerne les déterminants de la santé physique et mentale, nous espérons pouvoir mener une étude sur les différences entre le milieu rural et le milieu urbain dans les données, et nous collaborons avec ACC afin de déterminer les principaux prédicteurs d’une adaptation difficile à la vie civile.

**Le sénateur Day :** Est-ce là uniquement une information de base qui est utilisée par d’autres, ou avez-vous mis en place des programmes qui aident concrètement les soldats ou les anciens soldats en ce moment, et qui reposent sur les travaux que vous avez effectués?

**M. Pedlar :** Je pourrais vous donner trois brefs exemples. Il ne s’agit pas tant de créer de nouveaux programmes que de cibler nos programmes de telle sorte qu’ils aient des effets immédiats. J’ai donné deux exemples plus tôt; le premier est celui des entrevues de transition. Nous pourrions examiner si les gens qui se prévalent de l’entrevue de transition — ce n’est pas tout le monde qui le fait — sont ceux qui risquent le plus de subir des répercussions néfastes. Nous pouvons travailler avec nos collègues des deux ministères pour nous assurer que les entrevues de transition sont offertes aux gens qui sont les plus susceptibles de s’en prévaloir, et il en est de même pour les services de transition. Il y a quelques années, nous

as high as we had expected. What do you do with something like that? You say maybe it is not needed. However, when you have information like this you can say —

**The Chair:** That is a very positive position to take. There is another option to that.

**Mr. Pedlar:** It is probably needed, but it may not be getting to the people who should be using it. We decided with that one that that was the case.

The third example would be this work we have done on suicide prevention and suicide, which does not always work one before the other. Sometimes they go beside each other. The focus on mortality, which focused on suicide, was going at the same time, parallel, to an enormous amount of work that we worked jointly on on suicide prevention, which we have been implementing. We have a suicide action plan, and now we also know that suicide rates are higher in released members. Therefore the work we did there, program and research working closely together, was time and energy well spent.

**The Chair:** I would like to follow up in regard to the actual programs — from the data that you have — that you are actually moving down. We have heard about three that are in various stages of implementation. Well done. However, with this amount of effort gathering data, there must be a whole series of efforts that are going down. I wonder if you might be able to tell us what the other areas of study are and what sort of milestones you will be working on as deductions of this effort. It has been out there for over a year and a half, and surely we can get a better feel for how you will move forward with the data versus simply analyzing the data to date. Would that be suitable?

**Ms. Campbell:** I am not sure whether you are asking about policies and programs that might —

**The Chair:** I am asking about what will happen to this data. Are you producing more analysis? I will give you an example. Has this stuff been peer-reviewed by other outside agencies and validated?

**Ms. Campbell:** Absolutely, it has.

**The Chair:** Good. From that, you have a solid basis to articulate either new policies or new programs to meet these requirements. Do you have a listing of that in the plan of action?

**Ms. Campbell:** We pass the research on to the senior leaders, and we actually make recommendations for changes to policies and programs that they might want to consider. After that,

avons remarqué que le nombre de personnes qui avaient recours à ces programmes n'était pas aussi élevé que prévu. Que fait-on face à une telle situation? On se dit que les programmes ne sont peut-être pas nécessaires. Cependant, lorsqu'on dispose d'une information telle que celle-ci, on peut dire...

**Le président :** C'est une position très catégorique à adopter. Il y a une autre option à cet égard.

**M. Pedlar :** Les programmes sont probablement nécessaires, mais nous n'atteignons peut-être pas les personnes qui devraient les utiliser. Dans ce cas-ci, nous avons décidé que ce deuxième point de vue était le bon.

Le troisième exemple est celui des travaux que nous avons effectués sur la prévention du suicide et le suicide, et l'un des volets ne précède pas toujours l'autre. Parfois, les travaux se font en parallèle. L'étude portant sur la mortalité, qui faisait ressortir les données sur le suicide, était menée en même temps qu'une énorme quantité de travail que nous avons effectuée conjointement sur la prévention du suicide et qui a conduit à la prise de mesures. Nous avons un plan d'action relatif au suicide et nous savons aussi maintenant que le taux de suicides est plus élevé chez les anciens militaires. Donc, les travaux que nous avons effectués à cet égard, reposant sur une collaboration étroite entre la fonction de programme et la fonction de recherche, ont représenté du temps et de l'énergie bien dépensés.

**Le président :** Je voudrais poursuivre sur la question des programmes concrets, basés sur les données que vous avez recueillies, que vous mettez en place. Vous nous avez parlé de trois programmes qui sont à divers stades de mise en œuvre. Bravo. Cependant, compte tenu de l'ampleur de l'effort de collecte de données, il doit y avoir toute une série d'activités qui en ont découlé. Pourriez-vous nous dire quels sont les autres domaines d'étude et le genre de jalons que vous travaillerez à atteindre en conséquence de cet effort? Il y a plus d'un an et demi que les premiers résultats ont été publiés et nous pourrions sûrement avoir un aperçu plus précis de la façon dont vous allez tirer parti des données, par opposition à simplement analyser les données recueillies jusqu'à présent. Serait-ce approprié?

**Mme Campbell :** Je ne sais pas si votre question porte sur les politiques et programmes qui pourraient...

**Le président :** Je vous demande ce qui arrivera à ces données. Produisez-vous d'autres analyses? Je vais vous donner un exemple. Les constatations des études ont-elles fait l'objet d'une évaluation par les pairs assurée par des organismes externes et ont-elles été validées?

**Mme Campbell :** Tout à fait.

**Le président :** Très bien. À partir de cela, on dispose d'un fondement solide pour élaborer de nouvelles politiques ou de nouveaux programmes afin de répondre à ces besoins. Avez-vous une liste de ces politiques ou programmes dans le plan d'action?

**Mme Campbell :** Nous transmettons la recherche aux cadres supérieurs et nous faisons des recommandations sur les changements qu'ils pourraient vouloir envisager aux politiques

unfortunately, we are not necessarily aware of what actions have taken place. I cannot actually speak to the policies and programs that might have been changed as a result of the findings.

**The Chair:** You have no guidance for future research then?

**Ms. Campbell:** We know where the future research needs to happen, and we are conducting future research.

**The Chair:** Good.

**Ms. Campbell:** It is in the program right now. I think I mentioned a few areas that we are already working on. There is so much data that there is an awful lot of follow-on research from it.

**The Chair:** If we could get a feel for that, that would be most appreciated.

Senator Andreychuk, welcome.

**Senator Andreychuk:** I am not a regular member of this committee. Just maybe for my own information, you are zeroing in on transition, and that is what you have been asked to talk about today. It seems to me that what you are trying to do is to provide enough information for the policy-makers on what veterans — in the broad definition — might need. Is this then complemented with research you already have or will do on people entering the service? In other words, I think you have to know that Canadians may come with diverse problems, mental, emotional and physical. We come with genetic propensities to a lot of these things. Do we do a critical analysis of people coming in and their needs? Do we do critical analysis and monitoring during a placement in a theatre or in the services directly before we get to what they are like when they come out? I think the predictors are there in us during our lives, and this is one phase of it.

How do you put it in perspective?

**Ms. Campbell:** Yes, we do. Of course, on the medical side, they do a great deal of research, both for applicants and military members, on mental and physical health. From the perspective of the psychosocial research that we conduct, we have selection tests that give us some information. We are starting to use personality tests as well. Then, through the entire career of the military member, we have research conducted to find out about their attitudes on a number of things, about family issues and about the human dimensions of operations. We have the whole range of research for the whole career of the military individual, and now, of course, we are trying to hand off to Veterans Affairs so that we have this smooth transition. In most areas, we have research

et aux programmes. Après cela, malheureusement, nous ne sommes pas nécessairement au courant des mesures prises. Je ne peux donc pas vous parler de changements qui auraient été apportés aux politiques ou aux programmes par suite des conclusions des études.

**Le président :** Vous n'avez donc aucune orientation à l'égard des recherches ultérieures?

**Mme Campbell :** Nous savons dans quels domaines des recherches seront nécessaires et nous avons commencé à effectuer ces recherches.

**Le président :** Très bien.

**Mme Campbell :** Cela fait présentement partie du programme. Je crois avoir déjà mentionné quelques domaines dans lesquels nous travaillons déjà. Le volume de données est tel qu'il y a énormément de recherches de suivi à effectuer.

**Le président :** Si vous pouviez nous en donner un aperçu, nous vous en saurions gré.

Madame le sénateur Andreychuk, je vous souhaite la bienvenue.

**Le sénateur Andreychuk :** Je ne suis pas un membre habituel du sous-comité. Peut-être simplement pour ma propre gouverne, vous vous concentrez sur la transition et c'est ce dont vous avez été invités à parler aujourd'hui. Il me semble que vous tâchez de fournir suffisamment d'information aux responsables de l'élaboration des politiques sur ce dont les anciens combattants — au sens large — pourraient avoir besoin. Vos travaux sont-ils complétés par des recherches que vous avez déjà effectuées ou que vous effectuerez sur les gens qui entrent dans l'armée? Autrement dit, je crois qu'il faut savoir que des Canadiens peuvent, au moment du recrutement, présenter un éventail varié de problèmes mentaux, affectifs et physiques. Nous avons souvent une propension génétique à de tels problèmes. Effectuons-nous une analyse critique des recrues et de leurs besoins? Effectuons-nous une analyse critique et assurons-nous une surveillance durant le déploiement dans un théâtre d'opérations, ou directement dans le cadre des services, avant de nous pencher sur leur état de santé à la libération? Je crois que les prédicteurs sont déjà en nous, dans le cours de notre vie, et que cela n'en représente qu'une phase.

Comment mettez-vous cela en perspective?

**Mme Campbell :** Oui. Bien sûr, du côté médical, il y a beaucoup de recherches sur la santé mentale et physique qui sont effectuées en ce qui concerne les candidats aussi bien que les militaires en service. Du point de vue des recherches psychosociales, nous avons des tests de sélection qui nous fournissent certains renseignements. Nous commençons aussi à utiliser des tests de personnalité. Puis, tout au long de la carrière des militaires, nous effectuons des recherches pour recueillir de l'information sur leurs attitudes à l'égard de diverses choses, sur les problèmes familiaux et les dimensions humaines des opérations. Nous avons tout l'éventail de recherches possibles sur l'ensemble de la carrière des militaires et à présent, bien sûr,

**Mr. Pedlar:** Just a couple of thoughts on that. In terms of the downstream effects that we would see and things that you may want to impact upstream, hearing loss is a key one. It is our biggest medical pension disability area and one where there would be opportunities for improvement. A second area is musculoskeletal conditions. You hear it said that people who serve are like professional athletes. Like professional athletes, there might be musculoskeletal issues downstream — arthritis, back problems and other issues — that we work closely with the CF and DND on.

Finally, I wanted to mention the collaboration that we have done on mental health over the past decade because it is an issue that I think everyone agrees was not focused on enough. That actually came out of a survey we did in 1999 when we found out just how high the level of mental health conditions were in our clients. Enormous effort has been put into that area as we learn more, through this kind of work, about where we should be putting our resources.

**Senator Andreychuk:** You say that you are now giving information to the veteran and the families when they leave. I have been involved in a lot of placements of young people and others who have gone into another culture, a dynamic, a dangerous situation, probably not as well equipped as our military are. There are a lot of civilians who work in that. You have a hot debriefing, but then you have a cool debriefing because, when they are coming right out, you can give them information. However, they are targeting to leave what they are experiencing, so a cool debriefing seemed to really be where the information was ingested because you are coming out. You are worrying about where you house is and what you are going to do. You have not seen your children or whatever it is. Months later, all of the other stuff starts to make sense. When are your briefings, and do you do a follow-up informational briefing? How have you determined when the best moment to give all of that is?

**Col. Bernier:** Senator, if you are speaking about currently serving armed forces members, it starts right from enrolment. The personal selection folks — organizational psychologists — do research on the best characteristics for service members. We now have a prospective program of a recruit health questionnaire to give us a base line to follow up on those individuals through the course of their careers. That was just started a couple of years ago, and there have already been a number of analyses on those. In the enrolment medical, they are screening for pre-existing

nous tâchons de transmettre l'information à Anciens Combattants pour que la transition s'effectue sans heurt. Nous disposons de recherches dans la plupart des domaines.

**M. Pedlar :** J'aimerais vous faire part de quelques réflexions à ce sujet. Pour ce qui est des effets en aval que nous pouvons observer et des facteurs en amont sur lesquels nous pourrions influencer, la perte auditive est une question clé. C'est notre plus important domaine sous l'angle des prestations d'invalidité et c'est un domaine dans lequel des améliorations seraient possibles. Les troubles musculosquelettiques en sont un deuxième. On entend dire que les militaires en service sont semblables à des athlètes professionnels. Tout comme les athlètes professionnels, ils peuvent souffrir en aval de troubles musculosquelettiques — de l'arthrite, des maux de dos et d'autres troubles — et nous travaillons en étroite collaboration avec les FC et le MDN à cet égard.

Enfin, je voudrais mentionner les travaux en collaboration que nous avons effectués au cours de la dernière décennie en santé mentale, car c'est un problème au sujet duquel tout le monde s'accorde à dire, je crois, qu'il ne recevait pas une attention suffisante. C'est en fait ce qui est ressorti d'une enquête que nous avons menée en 1999 et qui nous a fait découvrir à quel point les troubles de santé mentale étaient nombreux chez nos clients. Nous investissons des efforts énormes dans ce domaine à mesure que nous en apprenons davantage, grâce à des travaux de ce genre, sur les domaines vers lesquels nous devrions orienter nos ressources.

**Le sénateur Andreychuk :** Vous dites qu'à présent, vous fournissez de l'information aux vétérans et aux membres de leur famille lors de la libération. Je me suis intéressée de près au placement d'un grand nombre de jeunes et d'autres gens qui se sont retrouvés dans une autre culture, une autre dynamique, une situation dangereuse, tout en n'étant probablement pas aussi bien outillés que nos militaires. Il y a beaucoup de civils qui œuvrent dans de tels domaines. Il y a un briefing à chaud, mais il y a ensuite un briefing à froid. En effet, lorsqu'ils viennent de sortir de la situation, on peut leur donner les renseignements; mais ils se concentrent sur leur départ, ce qu'ils vivent, et le briefing à froid semble vraiment être celui où l'information est absorbée. Quand on vient de quitter la situation, on se concentre sur l'endroit où se trouve sa maison et sur ce qu'on va faire; on n'a pas vu ses enfants, ou d'autres êtres chers. Des mois plus tard, tout le reste commence à prendre son sens. Quand faites-vous vos briefings et faites-vous des briefings informatifs de suivi? Comment avez-vous déterminé le moment le plus opportun pour mener toutes ces activités?

**Col Bernier :** Madame le sénateur, si vous parlez des membres des forces armées qui sont actuellement en service, cela débute dès l'enrôlement. Les responsables de la sélection du personnel — les psychologues organisationnels — font des recherches sur les caractéristiques les plus appropriées pour les militaires. Nous avons actuellement un programme prospectif basé sur un questionnaire relatif à la santé des recrues qui nous fournit des données de référence nous permettant de faire le suivi de ces militaires tout au long de leur carrière. Cela a débuté il y a

mental health conditions so that, in combination with that and the personal selection factors, we determine who we can enrol safely and who we cannot.

Then, throughout the course of the entire military career, there is a periodic health assessment that occurs according to evidence-based guidelines and that includes a lot of screening for various addictions and mental health conditions, as well as physical health issues. Around peri-deployment — each deployment overseas — there is a six-phase Road to Mental Readiness program. There are pre-deployment briefings for the families and the individuals before they go. In theatre, there are all of the clinical mental health staff. Then, post-deployment, there is a decompression in a third location, usually Cyprus, for organization operations longer than 60 days, where there are a lot more educational briefings. It serves as one of the phases of the six-phase Road to Mental Readiness. It includes education about mental health conditions, what to expect with reunion with the family, social aspects and the availability of mental health professionals for those individuals who may manifest or have questions at that time.

There is also an aspect of that education for the family before the individual returns to their family.

Then, three to six months post-deployment for these operations, there is an enhanced post-deployment screening, carefully looking at physical symptomatology and mental health, that includes interviews with a mental health professional. We know from some of the recent studies on cumulative incidence and, particularly, the Gagetown study of one of the battle groups that had the highest combat exposure and, thus, the highest rate of PTSD, that there is a latency period for the manifestation of serious mental health conditions in many cases. Many of them will not manifest for one to two years. We are still now having manifestation of post-traumatic stress disorder for operations that occurred two decades ago.

We continue to do health assessments to try to find those individuals proactively up until release. At the point of release, there is a release medical, where we carefully look for anything, and over the last few years we have dramatically enhanced our view of the individual on a continuum from the time of serving to the time of transition to Veterans Affairs rather than having a clean break between the Canadian Forces and Veterans Affairs.

quelques années seulement et nous avons déjà effectué un certain nombre d'analyses à partir des données. Lors des examens médicaux d'enrôlement, il y a un dépistage de troubles préexistants de santé mentale, de sorte que nous déterminons, à partir de cette information et des facteurs personnels liés à la sélection, qui peut être enrôlé sûrement et qui ne peut pas l'être.

Ensuite, tout au long de la carrière des militaires, il y a des évaluations périodiques de la santé en fonction de lignes directrices reposant sur des données probantes, et cela comprend beaucoup de tests de dépistage de diverses toxicomanies et affections mentales en plus de l'évaluation des problèmes de santé physique. Dans les périodes de péri-déploiement — pour chaque déploiement outre-mer — un programme En route vers la préparation mentale, comportant six étapes, est mis en œuvre. Il y a des briefings préalables au déploiement pour les familles et pour les militaires avant leur départ. Dans le théâtre, il y a un effectif complet de personnel clinique de santé mentale. Puis, après le déploiement, il y a une période de décompression dans un tiers lieu, habituellement Chypre, pour les opérations d'une durée plus longue que 60 jours, et il y a alors beaucoup d'autres briefings informatifs. Cela constitue l'une des six étapes du programme En route vers la préparation mentale. Cela comprend de l'information sur les troubles de santé mentale, ce à quoi s'attendre lors de la réunion avec la famille, les aspects sociaux et la disponibilité de professionnels de la santé mentale pour les gens qui peuvent manifester des symptômes ou s'interroger alors à ce sujet.

Il y a aussi un volet de ce briefing informatif à l'intention des membres de la famille avant le retour du militaire.

Puis, entre trois et six mois après le déploiement pour ces opérations, il y a un dépistage médical approfondi postdéploiement où l'on examine attentivement la symptomatologie physique et la santé mentale; cela comprend des entrevues avec un professionnel de la santé mentale. Nous avons appris grâce à certaines des études récentes sur l'incidence cumulative et, en particulier, à l'étude de Gagetown sur l'un des groupements tactiques qui ont été les plus exposés aux combats et qui présentent donc le taux le plus élevé de TSPT, qu'il y a dans bien des cas une période de latence avant que les graves troubles de santé mentale ne se manifestent. Bon nombre des troubles n'apparaissent pas avant au moins un ou deux ans. Nous avons encore aujourd'hui des manifestations de trouble de stress post-traumatique pour des opérations qui ont eu lieu il y a deux décennies.

Nous continuons à faire des évaluations de la santé pour tenter de dépister ces personnes à risque de façon proactive jusqu'à leur libération. Lors de la libération, il y a un examen médical de départ où nous sommes à l'affût de tout problème et, ces quelques dernières années, nous avons radicalement amélioré notre façon de concevoir les militaires comme se situant sur un continuum depuis le moment où ils sont encore en service jusqu'au moment de la transition à Anciens Combattants, par opposition à une rupture nette entre l'époque où ils relèvent des Forces canadiennes et celle où ils relèvent d'Anciens Combattants.

The approach now is to overcome any obstacle to a smooth transition happen, rather than finding a rule or regulation that precludes it, so that the transition is as seamless as possible. We are still working on that, but there has been a major improvement, particularly with the Integrated Personnel Support Centres. The transition occurs seamlessly and the care is well established with Veterans Affairs and the provincial health system before the individual is released.

In addition to all of that, there is a huge research effort. There is much applied research within the Canadian Forces. There is the Director General of Military Personnel research on the medical side. There is the Surgeon General's health research program and various other research programs within Defence Research and Development. The Canadian Institute for Military and Veteran Health Research is a consortium of 22 universities. One of them, Queen's University, has established a chair in mental health stigma. On its own, the University of Alberta has established a chair in military and veteran rehabilitation, which includes mental health rehabilitation.

We have two computer-assisted rehabilitation environments with state-of-the-art virtual reality exposure therapy for both physical and mental health issues. In fact, they are here in Ottawa today. This includes the Israelis, the Americans and the Dutch. In everything we do we collaborate with allies to share knowledge and information and establish evidence-based scientific standards on everything.

The NATO Health, Medicine and Protection research committee has multiple research task groups. I am the chair of that committee and also the mentor for one particular research task on military suicide. There are many others on mental health related topics, including medically unexplained physical symptoms, mental health training and others. There is closer collaboration between the American, British and Canadian allies. There is a second phase of the *CF Cancer and Mortality Study* to look at morbidity due to cancer, specifically. From that, there will be multiple subgroup analyses done for specific exposures related to high-risk populations like Gulf War veterans, the incident of engineers being exposed at Camp Doha, various cancer clusters that we found in specific occupations in the armed forces over the years, and CF firefighters. There is an extensive both basic and Canadian Forces applied research effort.

**The Chair:** Thank you. Is the three- and six-month post-deployment evaluation for all members, regular and reservists, obligatory? When they miss a dental appointment, they are charged. Is it obligatory that they go to these sessions? That

L'approche consiste maintenant à surmonter tout obstacle à une transition sans heurt lorsqu'il surgit, plutôt que de trouver une règle ou un règlement qui l'exclut, afin que la transition soit la plus harmonieuse possible. Nous travaillons encore là-dessus, mais il y a eu une importante amélioration, particulièrement au moyen des Centres intégrés de soutien du personnel. La transition se fait sans heurt et les soins sont bien établis avec ACC et le système provincial de santé avant que le militaire ne soit libéré.

En plus de tout cela, il y a un énorme effort de recherche. Il y a beaucoup d'activités de recherche appliquée au sein des Forces canadiennes. Du côté médical, il y a la Direction générale de recherche sur le personnel militaire. Il y a le programme de recherche en santé du médecin-chef et divers autres programmes de recherche au sein de Recherche et développement pour la défense. L'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans est un consortium de 22 universités. L'une d'entre elles, l'Université Queen's, a créé une chaire sur la stigmatisation en santé mentale. De sa propre initiative, l'Université de l'Alberta a créé une chaire en réadaptation des militaires et des anciens combattants, ce qui comprend la dimension de la réadaptation en santé mentale.

Nous avons deux systèmes informatisés d'environnement de réadaptation qui permettent de dispenser des traitements médicaux de pointe par réalité virtuelle pour les problèmes de santé physique aussi bien que de santé mentale. En fait, ils se trouvent ici, à Ottawa, aujourd'hui. Les Israéliens, les Américains et les Néerlandais participent. Dans tout ce que nous faisons, nous collaborons avec nos alliés pour échanger des connaissances et de l'information et pour établir des normes scientifiques basées sur des données probantes concernant toutes nos activités.

Le comité de recherche de l'OTAN en santé, médecine et protection compte de multiples groupes de recherche. Je suis le président de ce comité et je suis aussi le mentor d'une activité de recherche en particulier sur le suicide des militaires. Il y a beaucoup d'autres thèmes liés à la santé mentale, dont les symptômes physiques médicalement inexplicables, la formation en santé mentale, et d'autres encore. Il y a une collaboration plus étroite entre les alliés américains, britanniques et canadiens. Une deuxième phase de l'*Étude du cancer et de la mortalité chez les membres des Forces canadiennes* est expressément axée sur la morbidité due au cancer. À partir de cela, il y aura de multiples analyses de sous-groupes concernant des expositions visant des populations à risque comme les vétérans de la guerre du Golfe, les ingénieurs de Camp Doha, les militaires exerçant certains métiers dans les Forces armées qui, selon ce que nous avons observé au fil des ans, sont particulièrement touchés par divers cancers ainsi que les pompiers des FC. Il y a un vaste effort de recherche pure aussi bien que de recherche appliquée au sein des Forces canadiennes.

**Le président :** Merci. L'évaluation trois mois et six mois après le déploiement pour tous les membres, ceux de la Force régulière et les réservistes, est-elle obligatoire? Lorsqu'ils ratent un rendez-vous chez le dentiste, ils doivent assumer des frais. Leur présence à

includes the individual augmentees that come from all over the place and not necessarily from formed units.

**Col. Bernier:** Yes, senator, it is obligatory. It is mandated by policy, but the medical corps does not have the chain of command authority to enforce it, and the burden for its enforcement is on the chain of commands. We have imperfect compliance with that. There are some individuals who feel completely fine, so they find ways of avoiding presentation for care. There are sometimes also administrative obstacles whereby individuals are posted to another unit very soon afterwards, which makes it difficult for the chain of command to enforce it or for the subsequent chain of command to find out. The chain of command emphasizes the requirement repeatedly, and our numbers are getting better. However, it is mandatory by policy for people to present for that three- to six-month evaluation.

[Translation]

**The Chair:** Unfortunately, the people who are not going are the ones who need it the most. In this regard, the chain of command has not done its job. I hope that you will continue your efforts with the chain of command.

[English]

**Senator Wallin:** On this, in the last two to three years that we have been pursuing this question I have found that you folks are bending over backwards to give people the option to seek help and care. I know that my own father did not want to ask Veterans Affairs for a hearing aid or to have his walk shovelled because he did not think he deserved it or was owed it. It was the daughters who said, "It is there for you to use and you should benefit from it."

There is some suggestion that the younger veteran is a little more demanding and the expectation is there. What is your gut feeling about why people will not use the service? Is it because they have a psychological issue they are in denial about it? It is almost impossible to avoid it.

**Col. Bernier:** We have found that the greatest obstacle is self-imposed stigma or self-imposed perception that their symptoms or feelings are abnormal. Some people have the self-imposed macho attitude that they do not need or should not be pursuing care, or they do not recognize that their behaviour or feelings are abnormal.

ces évaluations est-elle obligatoire? Cela comprend les renforts individuels qui proviennent de partout et qui n'appartiennent pas nécessairement à des unités constituées.

**Col Bernier :** Oui, sénateur, leur présence est obligatoire. Elle est prescrite par les politiques, mais le corps médical n'a pas le pouvoir de la chaîne de commandement requis pour en assurer le respect, et le fardeau de l'observation repose sur la chaîne de commandement. Donc, cette exigence n'est pas parfaitement respectée. Il y a certaines personnes qui se sentent tout à fait bien et qui trouvent des moyens d'éviter d'obtenir des soins. Il y a aussi parfois des obstacles administratifs, par exemple lorsqu'une personne est affectée à une autre unité très rapidement par la suite, ce qui rend difficile pour la chaîne de commandement d'assurer le respect de l'exigence ou pour la chaîne de commandement ultérieure d'être au courant de cette exigence. La chaîne de commandement insiste de façon répétée sur la directive et nos chiffres s'améliorent. Quoi qu'il en soit, la politique établit qu'il est obligatoire pour les gens de se présenter à cette évaluation après trois à six mois.

[Français]

**Le président :** Malheureusement, ceux qui n'y vont pas sont ceux qui en ont le plus besoin. À ce titre, la chaîne de commandement n'a pas fait son travail. J'espère que vous poursuivrez vos efforts avec la chaîne de commandement.

[Traduction]

**Le sénateur Wallin :** À ce sujet, au cours des deux ou trois années écoulées depuis que nous avons commencé à examiner cette question, j'ai constaté que vous n'épargnez aucun effort pour offrir aux gens la possibilité d'obtenir de l'aide et des soins. Je sais que mon propre père ne voulait pas demander à Anciens Combattants de lui procurer un appareil auditif ou de faire déneiger son allée parce qu'il ne croyait pas qu'il le méritait ou que cela lui était dû. Ce sont ses filles qui lui ont dit : « Ces services sont là pour que vous les utilisiez et vous devriez en profiter. »

D'après certaines indications, les ex-militaires plus jeunes sont un peu plus exigeants et ils ont des attentes. Quelle est votre impression sur les raisons pour lesquelles les gens ne veulent pas recourir aux services? Est-ce parce qu'ils ont un problème psychologique qu'ils nient? C'est presque impossible d'éviter ce recours.

**Col Bernier :** Nous avons constaté que l'obstacle le plus important est la stigmatisation auto-imposée ou la dénégation auto-imposée de l'impression que leurs symptômes ou leurs émotions sont anormaux. Certaines personnes ont une attitude macho autogène qui les amène à croire qu'elles n'ont pas besoin de soins ou qu'elles ne devraient pas en demander, ou bien elles ne reconnaissent pas que leurs comportements ou leurs émotions sont anormaux.



We must be careful not to medicalize normal reactions to high-stress situations. In most cases, those will sort themselves out naturally. It is individuals with feelings or behaviours that are beyond normal and can benefit from assistance who may fall through the cracks.

**Senator Wallin:** That is my uncertainty about all of this. We do not want to tell people that they must have some of this so we need to label them. If they are fine, they are fine, and if they are not fine in six months, let us deal with it then, but let us not make them unfine to fit our schedule.

**Mr. Pedlar:** I do not want to lose the point that the Life After Service Studies show that we have a very good catchment of people with higher needs. We were able to look at different kinds of clients and non-clients. For the most part, the people who are clients had many more problems and were much worse off. In many regards, the non-clients were no different than other Canadians. That told us that we are doing a pretty good job.

On the issue of outreach, we want to go as far as we can. This helps us to go further. We want to ensure that we identify everyone who can use our service.

We have also noted in work that we have done on mental health in the past that there have been particular issues around coming forward for mental health services, not only with veterans but in the Canadian population. This involves processes of coming to the conclusion that you have a mental health problem around symptom recognition as well as willingness to come forward, which can sometimes take years. I am sure you are already aware of this information.

**The Chair:** The follow-up comes from Senator Andreychuk's question about the hot wash-up and the cold wash-up post-retirement. We talked about those who have been in operational missions, and they are getting those three months or six months, but for the individual going through the joint support unit who is retiring and is right there in the throes of retirement, whether they realize they are injured or not, they get a briefing and detail and so on. Is there another one subsequently down the road to see whether they have actually covered all the bases that needed to be covered in order to be successful in their transition?

**Ms. Pellerin:** There is not in terms of a formal protocol in terms of a subsequent follow-up, but, as I mentioned earlier, there are, within the transition interview, questions and the risk analysis that we do subsequently. If there is indication that there is need for follow-up, then we endeavour to get the client's forwarding

Nous devons veiller à ne pas médicaliser des réactions normales face à des situations de grand stress. Dans la plupart des cas, ces réactions se résorberont naturellement. Ce sont les personnes qui ont des émotions ou des comportements hors de la normale et qui pourraient bénéficier d'une aide qui risquent de passer entre les mailles du filet.

**Le sénateur Wallin :** C'est mon incertitude à l'égard de tout cela. Nous ne voulons pas dire aux gens qu'il faut qu'ils reçoivent tel soin et qu'il faut qu'ils soient étiquetés. S'ils vont bien, ils vont bien, et s'ils vont moins bien dans six mois, nous nous en occuperons alors, mais tâchons de ne pas faire en sorte qu'ils aillent mal simplement pour que cela concorde avec nos échéanciers.

**M. Pedlar :** Je ne voudrais pas que nous perdions de vue le fait que les Études sur la vie après le service montrent que nous obtenons de très bons résultats pour ce qui est d'atteindre les gens dont les besoins sont les plus grands. Nous avons pu étudier divers types de clients et de non-clients. Dans la plupart des cas, les personnes qui sont des clients avaient beaucoup plus de problèmes et s'en tiraient beaucoup moins bien. À de nombreux égards, les non-clients n'étaient pas différents des autres Canadiens. Cela nous a montré que nous faisons du très bon travail.

Au sujet de la portée des programmes, nous voulons aller le plus loin possible. Cela nous aide à aller plus loin. Nous voulons faire en sorte de repérer toutes les personnes qui peuvent utiliser nos services.

Nous avons aussi remarqué, dans le cadre de travaux que nous avons effectués dans le passé sur la santé mentale, que le fait de demander soi-même des services de santé mentale posait problème, non seulement pour les anciens combattants, mais aussi au sein de la population canadienne. Cela fait intervenir un processus qui consiste à conclure que l'on souffre de problèmes de santé mentale après en avoir reconnu les symptômes, et à être disposé à agir pour obtenir des services, ce qui peut parfois nécessiter des années. Je suis sûr que vous saviez déjà cela.

**Le président :** Ma question supplémentaire fait suite à la question initiale du sénateur Andreychuk au sujet des briefings à chaud et à froid après la libération. Nous avons parlé de ceux qui ont été déployés dans des missions opérationnelles, qui font l'objet d'évaluations après trois mois ou six mois, mais les militaires qui passent par l'unité conjointe de soutien et qui prennent leur retraite, qui doivent faire face à la retraite, qu'ils soient conscients ou non du fait qu'ils souffrent de troubles de santé, reçoivent un briefing, de l'information, et cetera. Dans leur cas, y a-t-il une évaluation ultérieure visant à déterminer si l'on a bel et bien examiné tous les aspects qui devaient l'être afin que la transition soit un succès?

**Mme Pellerin :** Il n'y a pas de protocole officiel prescrivant un suivi ultérieur, mais, comme je l'ai mentionné plus tôt, il y a des questions qui sont posées lors de l'entrevue de transition et qui donnent ensuite lieu à une analyse des risques. Si des indications donnent à penser qu'un suivi est nécessaire, nous nous efforçons

information so that we can follow up and/or refer the releasing member to community-based services to re-engage with Veterans Affairs at a subsequent point. There is not a structured follow-up post-release.

**Senator Day:** I have in front of me the first page of the *Ottawa Citizen* for May 2, and the article is “Mental health treatment at CFB Petawawa in ‘crisis,’ report says.” The article describes a system that is poorly funded, devoid of forward planning, scrambling to provide even basic care and leaving mentally ill, often suicidal soldiers waiting four month or longer before they can meet with a psychologist or psychiatrist. It also goes on to say that 40 to 60 service personnel were diagnosed with PTSD and were being served and helped out of the National Defence Health Services Centre on Smythe Road, and that is being closed. This was a report that was prepared for the commanding officer at CFB Petawawa. Is that the kind of report that you receive, and would you be aware of this and what action has been taken?

**Col. Bernier:** On the 40 to 60 patients, it is 43 who were being served here. We have two major challenges. We have no budget limit in hiring enough clinicians. The problem is that in a competitive market in Canada for mental health professionals, it is difficult to attract them. Even with a private contract through a company called Calion that can exceed public service rates, we still cannot hire and attract enough of them to serve in certain locations. We have various innovative means of trying to do that. The other is that the public service hiring process is not rapid. Since they have so many options, the mental health clinicians, by the time we get through our internal government process to offer them a position, have been offered several others and they have moved on elsewhere. There are various ways, for example, posting in additional mental health professionals who are in uniform to isolated locations. Again, there, we also have a shortage. We are not up to full strength.

**Senator Day:** Smythe Road is not an isolated location.

**Col. Bernier:** At Smythe Road, there are two psychologists there who were providing services to Petawawa patients who were having to drive down to Ottawa to get their care. That was a temporary measure because we could not attract them. Since then, we have been able to establish an arrangement whereby those two psychologists will now serve those patients in their hometown, in Petawawa. It is critical that they remain close to the social support of their unit and their families. Overall, it is

d’obtenir les coordonnées du client afin que nous puissions faire ce suivi ou aiguiller l’ex-militaire vers des services communautaires de telle sorte qu’il reprenne contact avec Anciens Combattants par la suite. Il n’y a pas de suivi structuré après la libération.

**Le sénateur Day :** J’ai devant moi la première page de l’*Ottawa Citizen* du 2 mai et l’on y trouve un article indiquant que, selon un rapport, les soins de santé mentale à la BFC Petawawa sont en « état de crise ». Cet article décrit un système insuffisamment financé, dépourvu de planification proactive, qui peine à fournir même des soins de base et qui fait attendre des soldats souffrant de troubles mentaux, souvent suicidaires, pendant quatre mois ou plus avant qu’ils ne puissent consulter un psychologue ou un psychiatre. Cet article indique aussi qu’entre 40 et 60 militaires ont été diagnostiqués comme souffrant de TSPT et recevaient une aide au Centre des services de santé de la Défense nationale du chemin Smythe, et que ce centre est sur le point de fermer ses portes. Le rapport en question avait été établi à l’intention du commandant de la BFC Petawawa. Est-ce le genre de rapport que vous recevez, auriez-vous connaissance de cette situation et des mesures qui sont prises?

**Col Bernier :** À propos des 40 à 60 patients, il y en a 43 qui reçoivent des services à cet endroit. Nous nous heurtons à deux grandes difficultés. Nous n’avons pas de restriction budgétaire pour l’embauchage d’un nombre suffisant de cliniciens. Le problème, c’est que, sur le marché concurrentiel canadien des professionnels de la santé mentale, nous avons de la difficulté à les attirer. Même dans le cadre d’un contrat privé par l’intermédiaire d’une compagnie appelée Calion, qui permet de dépasser les taux de la fonction publique, nous ne pouvons toujours pas embaucher et attirer un nombre suffisant d’entre eux pour fournir des services à certains endroits. Nous avons divers moyens innovateurs pour essayer de le faire. L’autre difficulté est que le processus d’embauchage dans la fonction publique n’est pas rapide. Étant donné qu’ils bénéficient d’un si grand nombre d’options, les cliniciens en santé mentale, lorsqu’ils ont franchi le processus gouvernemental interne débouchant sur l’offre d’un poste, se sont déjà vu offrir plusieurs autres emplois et sont passés à autre chose. Il y a diverses solutions, par exemple affecter davantage de professionnels de la santé mentale en uniforme à des emplacements isolés. Là encore, leur nombre n’est pas suffisant. Notre effectif n’est pas complet.

**Le sénateur Day :** Le chemin Smythe n’est pas un emplacement isolé.

**Col. Bernier :** Au Centre du chemin Smythe, il y a deux psychologues qui fournissaient des services aux patients de Petawawa qui devaient se rendre à Ottawa pour recevoir leurs soins. C’était une mesure temporaire parce que nous ne pouvions pas attirer de psychologues là-bas. Depuis, nous avons pu prendre des dispositions selon lesquelles ces deux psychologues fourniront désormais des services à ces patients dans la localité où ils habitent, à Petawawa. Il est essentiel qu’ils restent à proximité du

actually going to be an improvement as far as those individuals' access, without having to travel to Ottawa. It is not a closure; it is a relocation to where they should have been from the start.

As for the internal report, that was solicited by our mental health leadership. We conduct a regular series of site assistance visits to try to identify the concerns of each mental health clinic across the country. As part of a visit to the Operational and Trauma Stress Support Centre in Petawawa, the civilian clinicians were asked to put together all of their concerns. It was not a report; it was an internal document for the visiting mental health staff to look at what the list of concerns was.

**Senator Day:** Do you accept their terminology that health care at Petawawa is in crisis?

**Col. Bernier:** No, from the perspective of what is considered acceptable mental health care by Canadian standards.

**Senator Day:** Is it true or is it not true that 15 of 25 mental health care personnel have been laid off? They have their layoff notices?

**Col. Bernier:** That is unrelated to hands-on clinical care at the coalface. That is at our headquarters, the epidemiological assessment people. No, we currently have about 378 coalface mental health clinician staff, direct clinical support. We are authorized to go up to about 450. There is no obstacle. The money is there. The only obstacles, as I said, to hiring more are those two — the bureaucracy, the administrative requirements to satisfy the Government of Canada's requirements for hiring, and the shortage in the market for mental health professionals.

Mental health care does not necessarily exclusively require a psychiatrist. Most mental health care in Canada is provided by primary care physicians. Any of our patients who have acute, immediate problems are seen immediately, so they have access to psychiatrists or psychologists. The problem is those individuals who need ongoing care, evaluation and follow-up in the long term. We do have wait-lists, in certain bases more than others, depending on the region of the country, before they can get the psychiatric or psychological assessment. In the meantime, they are getting primary care. In some cases, they are getting psychological group support and are being monitored. At any point, there is an off-ramp to get them into urgent care if they become acutely suicidal or if they have any other acute requirements.

**Senator Day:** I would love to follow up on this more. Would it be possible for you to make that report available to us?

soutien social de leur unité et de leur famille. Somme toute, cela constituera en fait une amélioration pour ce qui est de l'accès de ces patients, qui n'auront plus à se rendre à Ottawa pour recevoir des services. Ce n'est pas une fermeture, c'est un déménagement à l'endroit où le service aurait dû être fourni dès le départ.

Pour ce qui est du rapport interne, il avait été demandé par nos dirigeants responsables de la santé mentale. Nous effectuons régulièrement des visites d'aide sur place afin de cerner les préoccupations de chaque clinique de santé mentale du pays. Dans le cadre d'une visite du Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels de Petawawa, nous avons demandé aux cliniciens civils de faire état de toutes leurs préoccupations. Ce n'était pas un rapport; c'était un document interne qui devait permettre au personnel de la santé mentale visiteur d'examiner la liste des préoccupations.

**Le sénateur Day :** Acceptez-vous leur description selon laquelle les soins de santé à Petawawa sont en état de crise?

**Col Bernier :** Non, du point de vue de ce que l'on considère comme des soins de santé mentale acceptables selon les normes canadiennes.

**Le sénateur Day :** Est-il vrai ou faux que 15 des 25 membres du personnel de santé mentale ont été licenciés? Ils ont reçu leurs avis de licenciement?

**Col Bernier :** C'est sans rapport avec les soins cliniques directs dispensés sur place. Ces gens sont à notre quartier général; ce sont ceux de l'évaluation épidémiologique. Nous avons actuellement environ 378 membres du personnel clinicien de santé mentale sur place qui fournissent un soutien clinique direct. Nous sommes autorisés à en avoir jusqu'à environ 450. Il n'y a pas d'obstacle. L'argent est là. Les seuls obstacles, comme je l'ai dit, à l'embauchage d'un plus grand nombre de cliniciens sont les deux que j'ai mentionnés : la bureaucratie, c'est-à-dire les exigences administratives à observer pour satisfaire aux critères d'embauchage du gouvernement du Canada, et la pénurie de professionnels de la santé mentale sur le marché.

Les soins de santé mentale ne doivent pas nécessairement être dispensés uniquement par un psychiatre. La majeure partie des soins de santé mentale au Canada est dispensée par des médecins qui fournissent des soins primaires. Tous nos patients qui souffrent de problèmes aigus et immédiats sont vus immédiatement et ils ont donc accès à des psychiatres ou à des psychologues. Le problème touche les personnes qui ont besoin de soins continus, d'évaluations et d'un suivi à long terme. Il y a effectivement des listes d'attente — plus longues sur certaines bases que sur d'autres, selon la région — avant que ces personnes ne puissent obtenir leur évaluation psychologique ou psychiatrique. Entre-temps, ils reçoivent des soins primaires. Dans certains cas, ils reçoivent un soutien psychologique en groupe et ils font l'objet d'une surveillance. À tout moment, il est possible de les diriger vers des soins d'urgence s'ils deviennent gravement suicidaires ou s'ils présentent d'autres besoins aigus.

**Le sénateur Day :** J'aimerais beaucoup creuser davantage cette question. Pourriez-vous nous communiquer ce rapport?

**Col. Bernier:** Yes, sir.

**Senator Day:** I can make this newspaper article available to anyone.

**The Chair:** Most of us have seen it.

Are you saying you are hiring more psychologists now?

**Col. Bernier:** We are authorized to hire up to 450.

**The Chair:** In uniform?

**Col. Bernier:** No. A certain number are in uniform. The vast majority are civilian. We are currently short 54 civilians and 16 military to reach those numbers.

**The Chair:** Thank you.

As my last point, ladies and gentlemen, we touched on reserves but we did not get much data. I wonder if you could give to the clerk a better feel for your actual time frame and scope of the work on reserves. They have served just like the others, yet they are being handled afterwards. I really do not know why that is, but we would like to know how you will be handling the reserve side of the house.

With that said, one last point is that at the American Psychiatric Association's conference in Philadelphia over the last couple of days, Canada's program on operational stress injury was held as the example to be applied in the United States and, they hope, in other countries. Well done to all of you who have been involved in moving that yardstick, as they have considered it to be exemplary and also helpful in saving lives. One psychiatrist said that.

The session is closed. Thank you very much.

(The committee adjourned.)

**Col Bernier :** Oui, monsieur.

**Le sénateur Day :** Je peux transmettre cet article à tous ceux que cela intéresse.

**Le président :** La plupart d'entre nous l'ont lu.

Dites-vous que vous embauchez davantage de psychologues actuellement?

**Col Bernier :** Nous sommes autorisés à en embaucher jusqu'à 450.

**Le président :** En uniforme?

**Col Bernier :** Non. Il y en a un certain nombre en uniforme. La grande majorité sont des civils. Il nous manque actuellement 54 civils et 16 militaires pour atteindre ce nombre.

**Le président :** Merci.

À titre de dernier point, mesdames et messieurs, nous avons abordé la question des réservistes, mais nous n'avons pas obtenu beaucoup de données à cet égard. Puis-je vous demander de donner à la greffière un aperçu plus précis du calendrier et de la portée de vos travaux sur les réservistes? Ils ont servi tout comme les autres, et pourtant, ils passent après les autres. Je ne sais vraiment pas pourquoi il en est ainsi, mais nous aimerions savoir comment vous vous occuperez des forces de réserve.

Cela dit, à titre de dernier élément d'information, à la conférence de l'American Psychiatric Association qui s'est déroulée à Philadelphie ces quelques derniers jours, le programme du Canada relatif aux traumatismes liés au stress opérationnel a été considéré comme l'exemple à appliquer aux États-Unis et, selon ce que les participants espéraient, dans d'autres pays. Félicitations à tous ceux d'entre vous qui ont contribué à rehausser la norme au moyen de ce programme, car les participants à la conférence le considéraient comme exemplaire et utile pour sauver des vies. C'est ce qu'un psychiatre a affirmé.

La séance est levée. Merci beaucoup.

(La séance est levée.)



WITNESSES

**Wednesday, April 25, 2012**

*Service Income Security Insurance Plan (SISIP):*

André Bouchard, President.

*National Defence:*

Colonel Gérard Blais, Director of Casualty Support Management;  
Brigadier-General Fred Bigelow, Director General of Personnel and Family Support Services.

**Wednesday, May 2, 2012**

*National Defence:*

Colonel Gérard Blais, Director of Casualty Support Management;  
Colonel Jean-Robert Bernier, Deputy Surgeon General.

*Veterans Affairs Canada:*

Raymond Lalonde, Director, Operational Stress Injury National Network.

**Wednesday, May 9, 2012**

*National Defence:*

Catherine A. Campbell, Assistant to the Chief Scientist, Military Personnel Research and Analysis;  
Kerry Sadom, PhD, Military Personnel Research and Analysis;  
Colonel Jean-Robert Bernier, Deputy Surgeon General.

*Veterans Affairs:*

David Pedlar, PhD, Director, Research;  
Anne-Marie Pellerin, Director, Rehabilitation and Case Management.

TÉMOINS

**Le mercredi 25 avril 2012**

*Régime d'assurance — revenu militaire (RARM) :*

André Bouchard, président.

*Défense nationale :*

Colonel Gérard Blais, directeur, Gestion du soutien aux blessés;  
Brigadier-général Fred Bigelow, directeur général, Services de soutien au personnel et aux familles.

**Le mercredi 2 mai 2012**

*Défense nationale :*

Colonel Gérard Blais, directeur, Gestion du soutien aux blessés;  
Colonel Jean-Robert Bernier, médecin-chef adjoint.

*Anciens Combattants Canada :*

Raymond Lalonde, directeur, Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel.

**Le mercredi 9 mai 2012**

*Défense nationale :*

Catherine A. Campbell, assistante du scientifique en chef, Recherche et analyse (Personnel militaire);  
Kerry Sudom, Ph.D., recherche et analyse (Personnel militaire);  
Colonel Jean-Robert Bernier, médecin-chef adjoint.

*Anciens Combattants :*

David Pedlar, Ph.D., directeur, Recherche;  
Anne-Marie Pellerin, directrice, Réadaptation et gestion des cas.