

SENATE



SÉNAT

CANADA

Second Session  
Forty-first Parliament, 2013-14-15

---

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

VETERANS AFFAIRS

*Chair:*  
The Honourable JOSEPH A. DAY

---

Wednesday, April 22, 2015  
Wednesday, May 6, 2015  
Wednesday, May 13, 2015

---

Issue No. 11

*Eleventh, twelfth and thirteenth meetings:*

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

---

WITNESSES:  
(See back cover)

Deuxième session de la  
quarante et unième législature, 2013-2014-2015

---

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

ANCIENS COMBATTANTS

*Président :*  
L'honorable JOSEPH A. DAY

---

Le mercredi 22 avril 2015  
Le mercredi 6 mai 2015  
Le mercredi 13 mai 2015

---

Fascicule n° 11

*Onzième, douzième et treizième réunions :*

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

---

TÉMOINS :  
(Voir à l'endos)

SUBCOMMITTEE ON VETERANS AFFAIRS

The Honourable Joseph A. Day, *Chair*

The Honourable Carolyn Stewart Olsen, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Beyak                                      White  
Mitchell

(Quorum 3)

*Changes in membership of the committee:*

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

The Honourable Senator Beyak replaced the Honourable Senator Lang (*May 12, 2015*).

The Honourable Senator Stewart Olsen replaced the Honourable Senator Beyak (*May 6, 2015*).

The Honourable Senator Beyak replaced the Honourable Senator Stewart Olsen (*May 5, 2015*).

The Honourable Senator Mitchell replaced the Honourable Senator Cowan (*April 22, 2015*).

The Honourable Senator Cowan replaced the Honourable Senator Mitchell (*April 21, 2015*).

The Honourable Senator White replaced the Honourable Senator Wallace (*March 23, 2015*).

SOUS-COMITÉ DES ANCIENS COMBATTANTS

*Président* : L'honorable Joseph A. Day

*Vice-présidente* : L'honorable Carolyn Stewart Olsen

et

Les honorables sénateurs :

Beyak                                      White  
Mitchell

(Quorum 3)

*Modifications de la composition du comité :*

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

L'honorable sénatrice Beyak a remplacé l'honorable sénateur Lang (*le 12 mai 2015*).

L'honorable sénatrice Stewart Olsen a remplacé l'honorable sénatrice Beyak (*le 6 mai 2015*).

L'honorable sénatrice Beyak a remplacé l'honorable sénatrice Stewart Olsen (*le 5 mai 2015*).

L'honorable sénateur Mitchell a remplacé l'honorable sénateur Cowan (*le 22 avril 2015*).

L'honorable sénateur Cowan a remplacé l'honorable sénateur Mitchell (*le 21 avril 2015*).

L'honorable sénateur White a remplacé l'honorable sénateur Wallace (*le 23 mars 2015*).

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Wednesday, April 22, 2015  
(26)

[*English*]

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

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

*In attendance:* Martin Auger and Isabelle Lafontaine-Émond, Analysts, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

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

**WITNESSES:**

*Veterans Affairs Canada:*

David Pedlar, Director, Research Directorate, Life After Service Studies (LASS) program, Policy, Communications and Commemoration (by video conference);

Dr. Jim Thompson, Research Medical Advisor (by video conference).

The chair made an opening statement.

Mr. Pedlar and Dr. Thompson each made a statement and, together, answered questions.

At 12:40 p.m., the committee suspended.

At 12:43 p.m., the committee resumed.

Mr. Pedlar and Dr. Thompson answered questions.

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

**ATTEST:**

---

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le mercredi 22 avril 2015  
(26)

[*Traduction*]

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à 12 h 4, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Joseph A. Day (*président*).

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

*Également présents :* Martin Auger et Isabelle Lafontaine-Émond, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

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

**TÉMOINS :**

*Anciens Combattants Canada :*

David Pedlar, directeur, Direction de la recherche, Études sur la vie après le service (EVAS), Secteur des politiques, communications et commémoration (par vidéoconférence);

Dr Jim Thompson, conseiller de la recherche médicale (par vidéoconférence).

Le président prend la parole.

M. Pedlar et le Dr Thompson font chacun un exposé puis, ensemble, répondent aux questions.

À 12 h 40, la séance est suspendue.

À 12 h 43, la séance reprend.

M. Pedlar et le Dr Thompson répondent aux questions.

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

**ATTESTÉ :**

---

OTTAWA, Wednesday, May 6, 2015  
(27)

[English]

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

*Members of the subcommittee present:* The Honourable Senators Beyak, Day, Lang, Mitchell and White (5).

*In attendance:* Martin Auger and Isabelle Lafontaine-Émond, Analysts, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

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

*WITNESSES:*

*Royal Canadian Mounted Police:*

Daniel Dubeau, Deputy Commissioner, Chief Human Resources Officer;

Gilles Moreau, Assistant Commissioner, Assistant Chief HR Officer and Director General, Workforce Programs & Services;

Sylvie Châteauvert, Director General, Occupational Health and Safety Branch.

*RCMP Staff Relations Representative Program:*

Staff Sergeant Abe Townsend, National Executive;

Sergeant Brian Sauvé, Staff Relations Representative (SRR) and Chair of the National SRR Health Committee.

The chair made an opening statement.

Mr. Dubeau, Staff Sergeant Townsend and Sergeant Sauvé each made a statement and, together with Mr. Moreau and Ms. Châteauvert, answered questions.

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

*ATTEST:*

OTTAWA, le mercredi 6 mai 2015  
(27)

[Traduction]

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à midi, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Joseph A. Day (*président*).

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

*Également présents :* Martin Auger et Isabelle Lafontaine-Émond, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

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

*TÉMOINS :*

*Gendarmerie royale du Canada :*

Daniel Dubeau, sous-commissaire, dirigeant principal des Ressources humaines;

Gilles Moreau, commissaire adjoint, assistant dirigeant principal des RH et directeur général, Programmes et services relatifs à l'effectif des RH;

Sylvie Châteauvert, directrice générale, Direction générale de la santé et sécurité au travail.

*Programme des représentants des relations fonctionnelles à la GRC :*

Sergent d'état-major Abe Townsend, exécutif national;

Sergent Brian Sauvé, représentant des relations fonctionnelles et président du comité RRF santé et sécurité au travail.

Le président prend la parole.

M. Dubeau, le sergent d'état-major Townsend et le sergent Sauvé font chacun un exposé puis, avec M. Moreau et Mme Châteauvert, répondent aux questions.

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

*ATTESTÉ :*

OTTAWA, Wednesday, May 13, 2015  
(28)

[English]

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

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

*In attendance:* Martin Auger and Isabelle Lafontaine-Émond, Analysts, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

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

**WITNESSES:**

*Veterans Affairs Canada:*

Michel Doiron, Assistant Deputy Minister, Service Delivery;

David Ross, A/Manager, National Clinic Coordinator.

The chair made an opening statement.

Mr. Doiron and Mr. Ross each made a statement and, together, answered questions.

At 1:07 p.m., the subcommittee adjourned to the call of the chair.

**ATTEST:**

*Le greffier du sous-comité,*

Adam Thompson

*Clerk of the Subcommittee*

OTTAWA, le mercredi 13 mai 2015  
(28)

[Traduction]

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à midi, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Joseph A. Day (*président*).

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

*Également présents :* Martin Auger et Isabelle Lafontaine-Émond, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

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

**TÉMOINS :**

*Anciens Combattants Canada :*

Michel Doiron, sous-ministre adjoint, Secteur de la prestation des services;

David Ross, gestionnaire par intérim, coordonnateur clinique national.

Le président prend la parole.

M. Doiron et M. Ross font chacun un exposé puis, ensemble, répondent aux questions.

À 13 h 7, le sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ :**

## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 22, 2015

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

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

[*English*]

**The Chair:** The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence is studying the medical, social and operational impacts of mental health issues affecting serving and retired members of the Canadian Armed Forces, including operational stress injuries, sometimes referred to as OSI, such as post-traumatic stress disorder.

Today, we are very pleased to welcome as our witnesses from Veterans Affairs Canada, Dr. David Pedlar, Director, Research Directorate, Life After Service Studies (LASS) program, Policy, Communications and Commemoration. He is accompanied by Dr. Jim Thompson, Research Medical Advisor.

We have received a deck from Dr. Pedlar that should be in front of each honourable senator. I will now give the floor to Dr. Pedlar to take us through his presentation. Then we will proceed with a question and answer period.

Dr. Pedlar, you have the floor.

**David Pedlar, Director, Research Directorate, Life After Service Studies (LASS) program, Policy, Communications and Commemoration, Veterans Affairs Canada:** Thank you, sir. We appreciate the opportunity to present to you today. In fact, in 2012 we visited this committee with the results of the first cycle of the Life After Service Studies. That was from information we collected from veterans across Canada in 2010.

Today, we will spend some time with you and present the findings from the second cycle of this study from information collected in 2013. We will focus on the mental health research findings, because that is your theme. There is good news: We do now we have an increasingly comprehensive understanding of veteran mental health in Canada, and that will help us guide our policy and program efforts.

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 22 avril 2015

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

**Le sénateur Joseph A. Day** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense étudie les répercussions médicales, sociales et opérationnelles des problèmes de santé mentale dont sont atteints des membres actifs et à la retraite des Forces canadiennes, y compris les blessures de stress opérationnel — parfois appelées BSO — comme l'état de stress post-traumatique.

Aujourd'hui nous avons le grand plaisir d'accueillir, à titre de témoins, les représentants d'Anciens Combattants Canada. M. David Pedlar est directeur de la Direction de la recherche des Études sur la vie après le service (EVAS) du Secteur des politiques, communications et commémoration. Il est accompagné du Dr Jim Thompson, qui est conseiller de la recherche médicale.

M. Pedlar nous a fait parvenir un document, que vous devriez trouver devant vous. Je vais maintenant donner la parole à M. Pedlar pour lui permettre de nous présenter son document. Ensuite, nous passerons aux questions.

Monsieur Pedlar, la parole est à vous.

**David Pedlar, directeur Direction de la recherche, Études sur la vie après le service (EVAS), Secteur des politiques, communications et commémoration, Anciens Combattants Canada :** Merci, monsieur. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir l'occasion de témoigner aujourd'hui. En fait, nous sommes venus au comité en 2012 pour vous présenter les résultats du premier cycle des Études sur la vie après le service. Ces résultats découlaient de renseignements que nous avons obtenus d'anciens combattants de partout au Canada en 2010.

Aujourd'hui, nous passerons du temps avec vous et nous vous présenterons les résultats du deuxième cycle de cette étude, qui proviennent de renseignements recueillis en 2013. Nous nous concentrerons sur les résultats de la de recherche en santé mentale, car c'est le thème de votre étude. Voici la bonne nouvelle : nous avons maintenant une compréhension de plus en plus complète de la santé mentale des anciens combattants, ce qui nous aidera à orienter les efforts en matière de politiques et de programmes.

With me today is Dr. Jim Thompson, Research Medical Advisor. He is our technical expert who has led the mental health research work. He also brings to the table years of invaluable clinical experience, and he will lead us through this short presentation.

Regarding the parameters of our expertise today, note that we are researchers and our focus today is on understanding veteran mental health in Canada from the perspective of the veteran population. I am advised that another Senate presentation is being scheduled in the near future to bring in content experts to brief you on the very important subject of VAC's comprehensive service delivery efforts in this area.

I will now pass the floor to my colleague, Dr. Jim Thompson, to take us through the deck.

**Dr. Jim Thompson, Research Medical Advisor, Veterans Affairs Canada:** As my colleague said, we are pleased to report on further analysis of findings from the 2010 survey and introduce you to the findings from the 2013 survey, which extended findings for Regular Force veterans and for the first time included Reserve Force veterans. That was slide 2.

I'm now on slide 3. This slide tells you a bit about the Life After Service Studies program of research.

Slide 4 contains three high-level findings from this work. First, most are doing well, even many of those with mental health conditions. The implication here is that the idea that Canadian Armed Forces veterans are broken is a myth.

However, a significant number had mental health problems, and deployed reservists were more like Regular Force veterans. The implications here are, one, that there is ample population-level data supporting the attention that Veterans Affairs is paying to mental health and veterans, and, two, that deployed reserve veterans appear to require supports to the same degree as Regular Force veterans.

The third main finding overall is that non-deployed reservists were much younger and not much different from other young Canadians in the general population.

We're now on slide 5. Any veteran can develop a mental health condition, but we have identified subgroups in which diagnosed mental health conditions are more prevalent. The picture this slide paints is very similar to the picture we're getting for other dimensions of well-being we studied, like difficulty with adjustment to civilian life, quality of life, disability and suicidal thinking.

Je suis accompagné aujourd'hui du Dr Jim Thompson, qui est conseiller de la recherche médicale. Il a dirigé nos travaux de recherche en santé mentale à titre d'expert technique. Il compte de nombreuses années d'une expérience inestimable en milieu clinique, ce qui sera utile à la discussion. Il se chargera donc de ce bref exposé.

En ce qui concerne notre expertise, notez que nous sommes chercheurs et que nous visons actuellement à comprendre la santé mentale chez les anciens combattants au Canada du point de vue de cette population. J'ai été informé qu'il y aura bientôt une autre séance du comité sénatorial au cours de laquelle des experts en la matière viendront vous parler du sujet très important que sont les efforts considérables d'ACC en matière de prestation des services à cet égard.

Je vais maintenant céder la parole à mon collègue, le Dr Jim Thompson, pour lui permettre de présenter le document.

**Dr Jim Thompson, conseiller de la recherche médicale, Anciens Combattants Canada :** Comme mon collègue l'a indiqué, nous sommes heureux de faire rapport sur les analyses plus poussées de l'étude de 2010 et de vous présenter les conclusions de l'étude de 2013, qui visait à en savoir plus sur les vétérans de la Force régulière et dans laquelle étaient inclus pour la première fois les vétérans de la Force de réserve. C'était la diapositive 2.

Je suis maintenant rendu à la diapositive 3, où vous trouverez un aperçu du programme de recherche Études sur la vie après le service.

La diapositive 4 porte sur trois constatations générales de cette étude. Soulignons d'entrée de jeu que la plupart des anciens combattants s'en tirent bien, même une bonne partie de ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale. On peut en déduire que l'idée selon laquelle les vétérans des Forces armées canadiennes sont mal en point est un mythe.

Toutefois, un nombre considérable de vétérans souffre de problèmes de santé mentale, et les réservistes qui ont été déployés se comparent davantage aux vétérans de la Force régulière. Cela démontre, d'une part, qu'il y a assez de données axées sur la population pour justifier l'attention qu'accorde le ministère des Anciens Combattants à la santé mentale et aux anciens combattants et, d'autre part, que les réservistes qui ont été déployés semblent avoir besoin d'autant d'aide que les vétérans de la Force régulière.

La troisième constatation, c'est que les réservistes non déployés sont beaucoup plus jeunes et ne diffèrent pas beaucoup des jeunes Canadiens de la population générale.

Nous sommes maintenant à la diapositive 5. Tous les anciens combattants peuvent souffrir de troubles de santé mentale, mais nous avons cerné des sous-groupes où les troubles de santé mentale avec diagnostic sont plus prévalents. On trouve sur cette diapositive un portrait très semblable à celui que nous obtenons pour d'autres aspects du bien-être que nous avons étudiés, comme les difficultés d'adaptation à la vie civile, la qualité de vie, l'invalidité et les pensées suicidaires.

Mental health problems are most prominent in former junior non-commission members, who also have the highest rates of medical release, chronic physical health conditions, disability, difficult adjustment to civilian life and suicidal thoughts.

The next slide shows the prevalence rates —

**The Chair:** Dr. Thompson, you're going a little bit fast for us. If you could slow that down so we can follow. I know this is very familiar to you, but it's not as familiar to us.

Thank you.

**Dr. Thompson:** That's fine.

This slide shows the prevalence rates of chronic mental and physical health conditions in Regular Force veterans who released from 1998 to 2012. The mental health conditions are in red on the left, and the physical health conditions are in blue on the right. The slide also shows comparison to the Canadian general population. Those are the beige bars in this slide.

The rates of all three chronic mental conditions were considerably higher in Regular Force veterans — more than double the general population — but so were several chronic physical health condition prevalence rates such as arthritis, low back problems, hearing loss and other physical conditions that have distressing symptoms that can lead to mental health problems.

There are several implications here for Veterans Affairs and for others who provide services to Canadian Armed Forces veterans. First, this evidence supports ongoing mental health enhancements. Second, it's important to attend to chronic physical as well as mental health conditions, and I'll talk more about that in a minute. And third, although chronically painful musculoskeletal disorders and mental health conditions are common in Veterans Affairs business, veterans with a wide variety of other physical conditions have become Veterans Affairs clients through the service relationship tests, for both the Disability Benefits Program and the Rehabilitation Program.

Slide 7 gives us a bit more insight into the relationship of mental and physical conditions in recent Canadian veterans. A quarter of the veterans had a mental health condition, but more than 90 per cent of the veterans with a diagnosed mental health condition also had a chronic physical health condition. In our analysis of the survey data, we found that the combination of physical and mental health conditions has a disproportionate impact on quality of life, disability and suicidal thinking in the

Les problèmes de santé mentale sont plus fréquents chez les anciens officiers subalternes et militaires du rang, qui présentent aussi les plus hauts taux de libération pour des raisons médicales, de problèmes de santé physique chronique, d'invalidité, de difficultés d'adaptation à la vie civile et de pensées suicidaires.

Sur la diapositive suivante, on montre les taux de prévalence...

**Le président :** Docteur Thompson, vous allez un peu trop vite; pourriez-vous parler plus lentement pour nous permettre de suivre? Je sais que vous connaissez bien le sujet, mais ce n'est pas notre cas.

Merci.

**Dr Thompson :** Très bien.

Sur cette diapositive, on présente les taux de prévalence de problèmes chroniques de santé mentale et physique chez les vétérans de la Force régulière libérés entre 1998 et 2012. Les problèmes de santé mentale sont en rouge, à gauche, tandis que les problèmes de santé physique sont en bleu, à droite. On voit également dans ce tableau une comparaison avec la population canadienne en général. Ce sont les barres beiges qu'on voit sur cette diapositive.

Les taux relatifs aux trois problèmes chroniques de santé mentale étaient considérablement plus élevés chez les vétérans de la Force régulière — plus du double que ceux de la population générale —, mais c'était aussi le cas des taux de prévalence des affections physiques chroniques graves comme l'arthrite, les problèmes lombaires, les problèmes de l'ouïe et d'autres problèmes physiques auxquels sont associés des symptômes de stress pouvant mener à des troubles de santé mentale.

Pour Anciens Combattants Canada et d'autres organismes qui offrent des services aux anciens combattants des Forces armées canadiennes, cela signifie plusieurs choses. Premièrement, ces données soulignent l'importance de l'amélioration continue des services liés à la santé mentale. Deuxièmement, traiter les problèmes de santé physique chronique et les problèmes de santé mentale est important, et j'en parlerai davantage dans une minute. Troisièmement, même si Anciens Combattants Canada doit fréquemment s'occuper de personnes qui présentent des troubles musculo-squelettiques avec douleurs chroniques ou des problèmes de santé mentale, d'anciens combattants ayant des problèmes physiques très diversifiés sont devenus des clients d'Anciens Combattants Canada après avoir passé les tests d'établissement du lien avec le service; cela touche tant le Programme de prestations d'invalidité que le Programme de réadaptation.

À la diapositive 7, on trouve plus de détails sur la concurrence de problèmes de santé mentale et physique chez les nouveaux vétérans canadiens. Le quart des vétérans présente un problème de santé mentale, mais plus de 90 p. 100 des vétérans qui ont un problème de santé mentale diagnostiqué avaient aussi un problème de santé physique. Dans notre analyse des données de l'étude, nous avons découvert que la concurrence de problèmes de santé mentale et physique avait un effet disproportionné sur la



veteran population compared to having either type of condition alone. This is a very important point to remember when thinking about mental health issues.

The findings of physical health have three major implications. First, in the health care system, these are usually patients with the most complex types of health and well-being problems. Second, services need to be able to attend to both types of problems in collaborative multidisciplinary teams. And third, we need to be cautious about practices that deal only with either mental or physical health problems in separate silos.

On the next slide, there are two important findings. The first is that about a third of the one quarter who had diagnosed mental health conditions had very low levels of current psychological distress. The implication here is that not all of those with diagnosed conditions need intensive supports.

The second is that 15 percent of the 13 per cent who had moderate or severe psychological distress in this population did not have a diagnosed condition or did not report one. The implication is that there is probably an unmet need for recognition and diagnosis, just as there is in the general population. Failing to recognize the need to seek help for mental health problems is common, but there are potential barriers to recognition, diagnosis and care as well.

The next slide is about work and employment. Work is very important to health and well-being, so the findings around employment are significant. Of the 24 percent of Regular Force veterans with mental health conditions, just over half of them were in the employed group and half were in the three groups that were not employed. Most of the veterans were employed, and that's the large blue slice of the pie in this slide. Of those who were employed, about one in eight, or 17 per cent, had a diagnosed mental health condition.

However, mental health problem rates were much higher in the three "not employed" groups with 30 per cent of the unemployed, the red slice; 36 per cent of the green slice, the ones who were not working, not looking for work, and many of those were not retired; and 79 per cent of the smallest sliver, those unable to work for various reasons.

qualité de vie, l'invalidité et les pensées suicidaires au sein de cette population comparativement aux personnes qui sont aux prises avec l'une ou l'autre de ces affections. Il s'agit d'un aspect très important qu'il convient de se rappeler lorsqu'il est question de problèmes de santé mentale.

Les constatations liées à la santé physique permettent de tirer trois conclusions principales. Premièrement, il s'agit habituellement, dans le système de soins de santé, des patients qui présentent les problèmes les plus complexes en matière de santé et de bien-être. Deuxièmement, les services visant à traiter ces deux types de problèmes doivent être offerts par l'intermédiaire d'équipes multidisciplinaires axées sur la collaboration. Troisièmement, nous devons faire preuve de prudence à l'égard de pratiques où les problèmes de santé mentale ou physique sont traités séparément.

Deux importantes constatations sont présentées à la diapositive suivante. La première, c'est que parmi les 25 p. 100 ayant reçu un diagnostic de maladie mentale, environ le tiers affichait actuellement une faible détresse psychologique. Cela signifie que les personnes qui ont reçu un diagnostic n'ont pas toutes besoin de mesures de soutien intensives.

Le deuxième, c'est que dans cette population, parmi les 13 p. 100 qui affichaient une détresse psychologique modérée ou sévère, 15 p. 100 n'ont pas été diagnostiqués ou n'ont pas signalé souffrir d'un trouble quelconque. Cela sous-entend qu'il y a probablement un manque quant à la nécessité de reconnaître le problème et d'obtenir un diagnostic, comme c'est le cas dans la population générale. L'incapacité à reconnaître la nécessité d'obtenir de l'aide pour des problèmes de santé mentale est un problème courant, mais il existe également des obstacles possibles à la reconnaissance, à l'obtention d'un diagnostic et à l'obtention de soins.

La diapositive suivante traite de l'emploi. Le travail est un facteur important de la santé et du bien-être. Par conséquent, les constatations liées à l'emploi revêtent une grande importance. Parmi les 24 p. 100 des vétérans de la Force régulière qui présentent un problème de santé mentale, un peu plus de la moitié avait un emploi, les autres étant répartis dans les trois groupes de personnes sans emploi. La plupart des anciens combattants avaient un emploi; c'est ce groupe qui est représenté en bleu sur cette diapositive. Parmi ceux qui avaient un emploi, environ le huitième, ou 17 p. 100, avait reçu un diagnostic de maladie mentale.

Toutefois, la prévalence de problèmes de maladie mentale était plus élevée au sein des trois groupes de personnes qui ne travaillent pas, soit 30 p. 100 des personnes de la catégorie « sans emploi », en rouge; 36 p. 100 dans la catégorie « pas d'emploi, ne cherche pas » — dont une bonne partie n'est pas à la retraite —, en vert; enfin, 79 p. 100 du plus petit groupe, la catégorie des personnes incapables de travailler pour diverses raisons.

The first of the three big implications is that just like other Canadians, veterans with mental health problems are employable. Second, some of those with mental health problems at work might need supports to remain employed. Third, mental health problems are much more prevalent amongst those who are not working, indicating a need for better workforce engagement for those with mental health problems.

The next slide focuses on disability. The higher rates of physical and mental health problems in veterans translate into higher rates of experiencing disability, which we measure in our surveys as activity limitations. For example, in the bar graph on the left, the rate of health-related activity restrictions at work and those working was almost three times higher in Regular Force veterans compared to the Canadian general population.

In the table on the right with the red arrows, the odds of having health-related activity limitations or restrictions in any of the four major life domains were much higher in those who had both a mental and physical health condition than either type alone.

Two key implications here are the importance of supporting those working who have mental health problems, and the importance of access to both mental and physical rehabilitation services in those with mental health issues.

In the next slide, almost half of Canadian Armed Forces Regular Force veterans who were receiving services from Veterans Affairs have diagnosed mental health problems versus about one tenth of those who are not VAC clients. The reason is that the majority of veterans with complex health problems are already participating in VAC programs. For example, 71 percent of those with mood disorders, anxiety disorders or PTSD are VAC clients; 82 per cent of those with chronic pain are VAC clients; and 73 per cent of those with co-morbidity — meaning having both physical and mental health conditions together — are VAC clients. There are a number of other examples. The implication here is that mental health problems are pervasive in the selected veteran population seeking assistance from Veterans Affairs, and our front-line staff are dealing with veterans who have the most complex types of health and disability problems.

On the next slide, since the difficult deployments of the 1990s brought awareness of mental health problems in veterans to the forefront, Veterans Affairs, DND and the Canadian Forces have been collaborating to introduce an array of psychosocial support programs and services. The ones on this slide are the key ones that Veterans Affairs has introduced since 2000.

La première des trois principales conclusions qu'on peut en tirer, c'est qu'à l'instar de tous les autres Canadiens, les anciens combattants qui souffrent de problèmes de maladie mentale sont employables. Deuxièmement, certaines des personnes qui présentent des problèmes de maladie mentale et qui ont un emploi ont peut-être besoin de mesures d'aide pour conserver leur emploi. Troisièmement, les problèmes de santé mentale touchent davantage les personnes sans emploi, ce qui indique qu'il faut améliorer la mobilisation de la main-d'œuvre à l'égard des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale.

La diapositive suivante traite de l'invalidité. Le taux plus élevé de problèmes de santé physique et mentale chez les anciens combattants se traduit par un taux plus élevé d'invalidité, qu'on appelle, dans nos études des « limitations d'activité ». Par exemple, dans le diagramme à barres que vous voyez à gauche, le taux de limitation d'activité au travail pour des raisons de santé chez les vétérans qui occupent un emploi est presque trois fois plus élevé chez les vétérans de la Force régulière que dans l'ensemble de la population canadienne.

Dans le tableau de droite, celui avec les flèches rouges, les risques de limitations d'activités liées à la santé dans les quatre principaux domaines de la vie sont beaucoup plus élevés chez les personnes qui souffrent à la fois de problèmes de santé mentale et physique que chez ceux qui présentent l'un ou l'autre type de problème.

Dans ce cas, deux principales conclusions s'imposent : l'importance de l'aide aux travailleurs qui souffrent de problèmes de santé mentale et l'importance de l'accès aux services de réadaptation mentale et physique.

Sur la diapositive suivante, on voit que près de la moitié des anciens combattants de la Force régulière des Forces armées canadiennes ont reçu un diagnostic de problème de santé mentale, comparativement à 10 p. 100 chez ceux qui ne sont pas clients. Cela s'explique par le fait que la majorité des anciens combattants qui présentent des problèmes de santé complexes participent déjà aux programmes d'ACC. À titre d'exemple, 71 p. 100 de ceux qui souffrent de troubles de l'humeur, de troubles anxieux ou de TSPT sont des clients d'ACC; ce pourcentage est de 82 p. 100 chez ceux qui souffrent de douleurs chroniques et 73 p. 100 chez ceux qui présentent une comorbidité, c'est-à-dire les personnes qui ont à la fois des problèmes physiques et mentaux. Les exemples sont nombreux. On peut en conclure que les problèmes de santé mentale sont omniprésents au sein de la population cible des anciens combattants qui cherchent de l'aide auprès du ministère et que le personnel de première ligne du ministère s'occupe des anciens combattants aux prises avec les problèmes de santé et d'invalidité les plus complexes.

Passons à la diapositive suivante. Depuis les déploiements difficiles des années 1990, qui ont mis les questions liées aux problèmes de santé mentale chez les anciens combattants à l'avant-plan, le ministère des Anciens Combattants, le ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes ont collaboré à la création d'une multitude de programmes et de

The next slide makes the point that mental health later in life occurs in response to genetic predisposition, past experiences, like adverse childhood experiences, occupational stressors, socio-economic stressors, physical health status and access to effective treatment throughout life. We're now starting to focus on that third pink box in our research, the period right around release from service, when members and their families are undergoing the most intense period of transitioning to civilian life.

That's shown on the next slide, which emphasizes that we know much less about that narrow period from a few months prior to about two years after, and that's where we are focusing our research attention now in collaboration with DND and the Canadian Forces.

The last slide shows the next steps. These are the steps we're planning at Veterans Affairs Research Directorate together with research partners, other departments and the universities. The first is further analysis of mental health findings from the life after service survey 2013 data. The second is two new studies looking at mental health in the few months prior to release to the two years after, from the perspectives of both serving members and their families. The third is follow-up longitudinal life after service surveys in 2016 and 2019.

**The Chair:** Thank you, doctor. I have a couple of points before I go to honourable senators.

First, you came to a number of conclusions as you went through, but those conclusions weren't on the deck we received from you. Is there a report that we're going to have access to where we can study and reflect on some of the points that you've made?

**Mr. Pedlar:** There's no report per se, sir, but we would be happy to share the speaker notes on the presentation, if that's suitable for you.

**The Chair:** If you would do that, it would help us in following the transcript. We went through this rather quickly, and I wasn't able to write down all the conclusions you were drawing on each of these pages. That would be helpful.

**Mr. Pedlar:** We'll be pleased to share that with you immediately, sir.

**The Chair:** Thank you. We'll have it circulated to all the senators.

I will start with the deputy chair of the committee, Senator Stewart Olsen from New Brunswick.

services d'appui psychosocial. Les programmes énumérés sur la diapositive sont les principaux programmes et services mis en place par le ministère des Anciens Combattants depuis l'an 2000.

Sur la diapositive suivante, on indique que les problèmes de santé mentale plus tard dans la vie découlent d'une prédisposition génétique, d'expériences antérieures — comme des expériences négatives vécues durant l'enfance —, de facteurs de stress professionnel, de facteurs de stress socio-économiques, de l'état de santé physique et de l'accès à des traitements adéquats tout au long de la vie. Nous commençons maintenant à centrer nos recherches sur la troisième case, en rose, la période qui suit la libération, pendant laquelle les militaires et leur famille traversent la période la plus difficile de la transition vers la vie civile.

C'est ce que l'on voit sur la diapositive suivante; on souligne que nous en savons bien peu sur la courte période comprise entre les quelques mois qui précèdent la libération et deux ans après. C'est là-dessus que nous centrons nos recherches menées en collaboration avec le MDN et les Forces canadiennes.

À la dernière diapositive, nous présentons les prochaines étapes. Il s'agit des étapes que la Direction de la recherche d'Anciens Combattants Canada s'emploie à préparer en collaboration avec ses partenaires de recherche, d'autres ministères et les universités. La première consiste à effectuer une analyse plus approfondie des résultats découlant de l'Étude sur la vie après le service militaire de 2013. La deuxième étape est le lancement de deux nouvelles études sur la santé mentale des militaires actifs et de leurs familles pour la période comprise entre les quelques mois qui précèdent la libération et deux ans après. La troisième étape, ce sont les études longitudinales sur la vie après le service qui auront lieu en 2016 et 2019.

**Le président :** Merci, docteur. J'ai deux ou trois points à soulever avant de passer aux questions des sénateurs.

Premièrement, vous avez tiré diverses conclusions au fil de votre exposé, mais ces conclusions ne figurent pas dans le document que vous nous avez envoyé. Aurons-nous accès à un rapport qui nous permettra d'étudier certains points que vous avez soulevés et d'y réfléchir?

**M. Pedlar :** Aucun rapport n'a été préparé, monsieur, mais si cela vous convient, c'est avec plaisir que nous vous fournirons nos notes d'allocation.

**Le président :** Ce serait bien, car cela nous serait utile pour consulter la transcription. Nous avons parcouru le document assez rapidement, et je n'ai pu écrire toutes les conclusions que vous avez tirées à chacune de ces pages. Cela nous serait utile.

**M. Pedlar :** Nous sommes heureux de vous le donner immédiatement, monsieur.

**Le président :** Merci; nous le distribuerons à tous les sénateurs.

Je vais commencer par la vice-présidente du comité, la sénatrice Stewart Olsen, du Nouveau-Brunswick.

**Senator Stewart Olsen:** Thank you for this very good presentation. I share the chair's wish for your actual conclusions. I have your overview, but I'm at a bit of a loss. First of all, how are you looking at using the results of this study?

**Mr. Pedlar:** The results of the study were well integrated into all aspects of policy and service delivery. That means that when we're developing mental health policies and strategy work, we're literally sitting there in the policy and program development process, so all this material is used.

**Senator Stewart Olsen:** It has been incorporated, is that what you're saying?

**Mr. Pedlar:** That's correct.

**Senator Stewart Olsen:** I look at it and some of it is quite rosy. I have to confess that that's not what I hear from many of our veterans. I missed the first part, and I apologize. Did you give a number of how many people were surveyed?

**Dr. Thompson:** Yes. The survey sampled roughly 3,000. I don't have the exact numbers in my head, but we have initial reports out that explain the numbers. We developed the survey in collaboration with Statistics Canada to get the sample sizes so that they would be statistically representative of the populations we surveyed.

**Senator Stewart Olsen:** Of those 3,000, was there a concerted effort as to the various service deployments, army, navy, air force? I need to know your methodology in setting it up.

**Dr. Thompson:** The idea of the sample sizes was to be representative mainly of the Regular Force and Reserve Force, but then to have sample sizes large enough that we could look at factors such as service branch, gender, age, all of the well-being measures and socio-democratic and military characteristics we measured in the survey. The idea of the sample size was large enough that we could start looking at some of those associations, and that's what we've been doing.

**Senator Stewart Olsen:** This may not have been a part of your survey, but the returning veterans and reservists are those who served in Bosnia and Africa and are coming forward in quite large numbers now with various stages of injury and post-traumatic stress, both mental and physical. I'm assuming they would have been a part of this survey, but did you break it out by service fields or if they were ever in-theatre?

**Dr. Thompson:** In the 2010 survey, we had whether they had deployed outside of Canada for 30 days or more or not, for example.

**Senator Stewart Olsen:** And where they deployed?

**La sénatrice Stewart Olsen :** Merci de cet excellent exposé. À l'instar du président, j'aimerais avoir vos conclusions. J'ai votre aperçu, mais il me manque des informations. Premièrement, utiliserez-vous les résultats de cette étude?

**M. Pedlar :** Les résultats de l'étude ont été intégrés à tous les aspects des politiques et la prestation de services. Cela signifie que nous participons activement au processus d'élaboration des politiques et des programmes en matière de santé mentale. Donc, toutes ces informations sont utilisées.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Donc, vous dites que ces informations ont été intégrées?

**M. Pedlar :** C'est exact.

**La sénatrice Stewart Olsen :** En regardant cela, je me dis que c'est un portrait plutôt avantageux. Je dois dire que ce n'est pas ce que j'entends de nombreux anciens combattants. J'ai manqué la première partie, et je vous présente mes excuses. Avez-vous donné un chiffre sur le nombre de participants à l'étude?

**Dr Thompson :** Oui. L'étude était fondée sur un échantillon d'environ 3 000 personnes. Je n'ai pas le chiffre exact en tête, mais nous avons des rapports préliminaires dans lesquels cet échantillonnage est expliqué. L'étude a été préparée en collaboration avec Statistique Canada de façon à nous assurer de la représentativité statistique de l'échantillon des populations étudiées.

**La sénatrice Stewart Olsen :** En ce qui concerne ces 3 000 personnes, y a-t-il eu un effort concerté pour assurer la représentativité des divers services déployés, soit de l'Armée de terre, de la Marine et de la Force aérienne? Je dois connaître la méthodologie de l'étude.

**Dr Thompson :** L'idée, c'était que les échantillons représentent surtout la Force régulière et la Force de réserve, mais qu'ils soient également assez grands pour nous permettre d'étudier des facteurs tels l'unité de service, le sexe, l'âge et toutes les mesures liées au bien-être et les caractéristiques militaires et sociales-démocrates que nous avons mesurées dans le cadre du sondage. L'idée, c'était d'avoir un échantillon assez important pour commencer à examiner certains de ces liens, et c'est ce que nous faisons.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Cela ne fait peut-être pas partie de votre sondage, mais les anciens combattants et les réservistes qui reviennent sont ceux qui ont servi en Bosnie et en Afrique et qui sont nombreux à présenter, maintenant, différents degrés de blessures et de stress post-traumatique, sur les plans mental et physique. Je présume que ces éléments ont fait partie du sondage, mais avez-vous divisé les militaires selon la catégorie de service ou la présence sur le théâtre des opérations?

**Dr Thompson :** Dans le sondage de 2010, nous avons vérifié s'ils avaient été déployés à l'extérieur du Canada pendant 30 jours ou plus, par exemple.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Et l'endroit où ils avaient été déployés?

**Dr. Thompson:** Getting more specific information about where they deployed was difficult because of limitations in the data sets available to us at the time. Some of that very precise information about exact deployment location is either being worked on or is not yet available, just because of the nature of the data sets.

**Mr. Pedlar:** An important point to note is that about 90 per cent of the people who responded to the survey said that we could link their data with our internal information at DND or Veterans Affairs, so that would allow us, if deployment data is available, to do linkage with deployed groups. We have not done that yet, but it's possible that we could do that, depending on the quality of the deployment data available.

**The Chair:** Could you, Dr. Thompson, tell us if the survey in 2010 dealt with the same questions, or did you redo the questions for 2013? I see where it is Regular Force veterans released for the same time frame, 1998-2012. What was the difference with respect to the Regular Force in those two surveys?

**Dr. Thompson:** Thanks for pointing that out. For 2010 on that slide, it should say "Regular Force veterans released in 1998-2007," and then in 2013, we were able to extend that to 2012. In 2013, we had the Reserve Force veterans as well.

The survey questions were largely similar between the two surveys, but based on what we'd learned in the first survey, we were able to refine some of the questions in the second survey.

**The Chair:** In 2013, then, it was from 2007-2012, or did you go back to 1998?

**Dr. Thompson:** It was 1998-2012. The first survey was 1998-2007, and then for the Regular Force in 2013, it was 1998-2012. That allowed us to do two things. It allowed us to get a second measure from the second survey to compare with the first, which reassured us that the findings were similar. It also allowed us to extend out five more years, from 2007-12.

**The Chair:** Thank you.

Next is Senator Lang from Yukon, who chairs the Standing Senate Committee on National Security and Defence.

**Senator Lang:** I would like to once again welcome our guests here. I appreciate the information you have provided us with. I have a number of questions.

**Dr Thompson :** Nous avons eu de la difficulté à obtenir des détails sur l'endroit où ils avaient été déployés en raison des limites que présentaient les données auxquelles nous avons accès à l'époque. Certains renseignements très précis sur le lieu exact du déploiement sont soit en traitement, soit non disponibles pour le moment en raison de la nature des données.

**M. Pedlar :** Il est important de souligner qu'environ 90 p. 100 des répondants au sondage ont dit que nous pouvions lier leurs renseignements à nos données internes provenant du MDN ou d'Anciens Combattants, ce qui nous permettrait, si les données sur le déploiement sont accessibles, d'établir des liens avec les groupes déployés. Nous ne l'avons pas encore fait, mais il se peut que nous le fassions, selon la qualité des données sur le déploiement qui sont accessibles.

**Le président :** Docteur Thompson, pourriez-vous nous dire si le sondage de 2010 aborde les mêmes questions, ou les avez-vous reformulées pour le sondage de 2013? Je vois où les anciens combattants de la Force régulière ont été libérés pendant la même période, c'est-à-dire de 1998 à 2012. Quelle est la différence entre les deux sondages en ce qui a trait à la Force régulière?

**Dr Thompson :** Je vous remercie de souligner ce point. Sur cette diapositive, pour 2010, on devrait lire « anciens combattants de la Force régulière libérés de 1998 à 2007 ». Ensuite, en 2013, nous avons été en mesure de prolonger cette période jusqu'à 2012. En effet, en 2013, nous avons également les anciens combattants de la Force de réserve.

Les questions des deux sondages se ressemblaient beaucoup, mais en nous fondant sur ce que nous avons appris dans le premier sondage, nous avons été en mesure de préciser certaines questions dans le deuxième.

**Le président :** En 2013, vous aviez les données de 2007 à 2012, ou êtes-vous remonté à 1998?

**Dr Thompson :** C'était de 1998 à 2012. Le premier sondage couvrait la période de 1998 à 2007, et ensuite pour la Force régulière, en 2013, cette période s'étendait de 1998 à 2012. Cela nous a permis de faire deux choses. Tout d'abord, le deuxième sondage nous a fourni une deuxième mesure qui nous a permis d'établir des comparaisons avec le premier sondage, et nous avons pu confirmer que les résultats étaient similaires. Cela nous a également permis de couvrir cinq années supplémentaires, soit de 2007 à 2012.

**Le président :** Merci.

La parole est maintenant au sénateur Lang, du Yukon; il est président du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense.

**Le sénateur Lang :** J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins. Je leur suis reconnaissant des renseignements qu'ils nous ont fournis. J'ai plusieurs questions.

In your opening comments, you talked about the Class C deployed with the Reserve Force and that there was no support, or you mentioned no support. Perhaps you could clarify that.

**Dr. Thompson:** No, the point there was that when we compared the Regular Force veterans with the Class C deployed reservists and the Class A/B non-deployed reservists, the Class C deployed reservists looked more like Regular Force veterans when we looked at their health and well-being profiles than they looked like Class A/Bs. The Class A/B reservists looked more like other young Canadians in the general population.

**Mr. Pedlar:** In other words, they were more likely to have mental and physical health conditions compared to the general population.

**Senator Lang:** If they had been deployed.

**Mr. Pedlar:** Correct, sir.

**Senator Lang:** The inference came to me that with the fact that they were Class C Reserve Force veterans who had been deployed, they didn't have the access that other categories had in respect to some of the programs. Is that correct?

**Dr. Thompson:** I'm sorry, but I'm not enough of an expert on the eligibility criteria and issues with respect to reserve versus regular. It's not an area that I've been focused on.

**Senator Lang:** I will flag that because I think that's something should we look at to make sure everybody's being treated —

**The Chair:** That's an issue that's been brought up a number of times, I agree.

**Senator Lang:** Having served for quite some time in a regional government — in my case the Yukon government — like the provinces or the territories, and knowing that the programs provided at the regional level, whether it be the Province of Quebec or the Province of New Brunswick or the Yukon government in the territories, are you doing any correlation in respect to the programs that are being provided to the general population, which includes veterans, as opposed to these other specific programs that are being administered through the federal government? Are we better off in some cases cost sharing with the province or the territory to administer a program so that it is administered most efficiently and perhaps provide more benefits? The reality is that in most cases they do have the services plus the facilities.

**Mr. Pedlar:** I think the answer is that within about the 30-minute time frame that we have to talk to veterans in a survey like this, the survey is more like the Canadian Community Health Survey. It looks at different dimensions of health and well-being. It looks at some issues around service use at a very high level but

Dans votre exposé, vous avez parlé des membres de classe C qui ont été déployés avec la Force de réserve sans soutien, ou vous avez mentionné qu'il n'y en avait aucun. Pourriez-vous éclaircir ce point?

**Dr Thompson :** En fait, lorsque nous avons comparé les anciens combattants de la Force régulière aux réservistes de classe C déployés et aux réservistes de classes A et B non déployés, les réservistes de classe C déployés ressemblaient plus aux anciens combattants de la Force régulière sur le plan de la santé et du bien-être qu'à ceux des classes A et B. Les réservistes des classes A et B ressemblaient plus aux autres jeunes Canadiens de la population générale.

**M. Pedlar :** Autrement dit, il était plus probable qu'ils souffrent de troubles de santé mentale et physique comparativement à la population générale.

**Le sénateur Lang :** S'ils avaient été déployés.

**M. Pedlar :** C'est exact, monsieur.

**Le sénateur Lang :** J'ai également remarqué que les anciens combattants de classe C de la Force de réserve qui avaient été déployés n'avaient pas accès à certains des programmes, contrairement à ceux d'autres catégories. Est-ce exact?

**Dr Thompson :** Je suis désolé, mais je ne connais pas suffisamment les critères d'admissibilité et les enjeux liés aux réservistes comparativement aux militaires de la Force régulière. Je n'ai pas étudié ce domaine de façon approfondie.

**Le sénateur Lang :** J'aimerais le signaler, car je crois qu'il s'agit d'un élément que nous devrions examiner pour veiller à ce que tout le monde soit traité...

**Le président :** C'est un enjeu qui a été mentionné à plusieurs reprises, j'en conviens.

**Le sénateur Lang :** Ayant travaillé assez longtemps pour un gouvernement régional — dans mon cas, le gouvernement du Yukon — comme les provinces ou les territoires, et compte tenu des programmes régionaux offerts par la province de Québec ou par la province du Nouveau-Brunswick ou par le gouvernement du Yukon dans les territoires, établissez-vous des liens entre les programmes offerts à la population générale, ce qui comprend les anciens combattants, et les autres programmes précis qui sont exécutés par l'entremise du gouvernement fédéral? Est-il plus rentable, dans certains cas, de partager les coûts avec la province ou le territoire pour administrer un programme, afin qu'il soit exécuté de façon plus efficace et qu'il fournisse peut-être plus d'avantages? La réalité, c'est que dans la plupart des cas, ils ont les services et les installations nécessaires.

**M. Pedlar :** Je crois que la réponse, c'est qu'en raison des quelque 30 minutes dont nous disposons pour parler aux anciens combattants dans le cadre d'un sondage comme celui-là, le sondage ressemble plus à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Il examine différents éléments liés à la

not at a detailed level where you would be able to do federal and provincial comparisons. So it's probably outside the scope of the survey to do detailed comparisons.

**Senator Lang:** I want to pursue that. Going forward, do you think it would be of some benefit to ask that question of the veterans that you're surveying to ascertain exactly where they are accessing some of these services and how satisfied they are with those services that are available?

**Mr. Pedlar:** It would certainly be worth exploring in more depth. I'm not sure this tool is the best one to look at the question of service delivery. There might be other ways where you could do linkage with provinces somehow or another. For example, some provinces do have service utilization databases. Perhaps you could identify veterans in those populations. There is some work under way in Ontario that might be like that. That would probably be a more detailed way to be able to collect that information.

When you ask veterans questions about health services, you can get into very long lists of possible services they could be using, so I think there would be methodology questions to answer about the best way to do that. I'm not sure the survey would be the best way, but exploring how it could be done in more depth would be worthwhile.

**Senator White:** Thanks to both of you for being here. I have a couple of short questions. Thanks for the information. You did go through it quickly.

I'm trying to see if there is any correlation to addictions that you found, in particular to mental health concurrent disorder, whether you gathered that information or whether you just didn't show it here, because I couldn't find it.

**Dr. Thompson:** This survey did not include detail on addictions. When the surveys were being designed in collaboration with Statistics Canada, as Dr. Pedlar pointed out, it was important to include information on a wide variety of health and well-being issues, which meant that some modules had to be left out.

The addiction module, for example, is lengthy and takes time, and there was some advice about where to do that. For example, addictions are covered in mental health surveys that have been done now twice in the Canadian general population as part of the mental health survey; one was done recently in 2012.

We don't have data on addictions. We have data only on drinking and smoking but not at the level of addiction or substance misuse.

santé et au bien-être. Il se penche sur certaines questions liées à l'utilisation des services à un très haut niveau, mais pas au niveau précis qui permettrait d'établir des comparaisons entre le fédéral et les provinces. Il s'ensuit que les comparaisons détaillées dépassent probablement le cadre du sondage.

**Le sénateur Lang :** J'aimerais poursuivre cette discussion. À l'avenir, croyez-vous qu'il serait utile de poser cette question aux anciens combattants auprès desquels vous menez ce sondage pour vérifier où ils ont accès à certains de ces services et la mesure dans laquelle ils sont satisfaits des services offerts?

**M. Pedlar :** C'est une question qui mériterait sans doute d'être approfondie. Je ne suis pas sûr que ce soit le meilleur outil pour étudier la question de la prestation des services. Il pourrait y avoir d'autres façons d'établir des liens avec les provinces. Par exemple, des provinces ont des bases de données sur l'utilisation des services. Vous pourriez peut-être identifier les anciens combattants au sein de ces populations. On mène certains travaux en ce sens en Ontario. Ce serait probablement une façon plus précise d'être en mesure de recueillir ces renseignements.

Lorsqu'on pose des questions sur les services de santé aux anciens combattants, ils peuvent nous fournir de très longues listes de services qu'ils pourraient utiliser, et je crois donc qu'il faudrait déterminer la méthode la plus efficace dans ce cas-là. Je ne suis pas sûr que le sondage soit la meilleure façon de procéder, mais il serait utile d'explorer comment nous pourrions y arriver.

**Le sénateur White :** Je vous remercie d'être ici. J'ai quelques brèves questions. Je vous remercie des renseignements que vous avez fournis. Vous les avez présentés très rapidement.

J'essaie de déterminer si vous avez établi une corrélation avec la toxicomanie, surtout en ce qui concerne les troubles de santé mentale concomitants, c'est-à-dire si vous avez recueilli des renseignements à cet égard ou si vous avez tout simplement omis de les indiquer, car je n'ai pas pu les trouver.

**Dr Thompson :** Ce sondage n'incluait pas de détails sur la toxicomanie. Lors de la conception des sondages en collaboration avec Statistique Canada, comme M. Pedlar l'a souligné, il était important d'inclure des renseignements sur un large éventail de questions liées à la santé et au bien-être, ce qui signifie qu'on a dû éliminer certains modules.

Le module sur la toxicomanie, par exemple, est très long et requiert beaucoup de temps, et on nous a conseillés sur les endroits où trouver ces renseignements. Par exemple, les dépendances sont visées dans les sondages sur la santé mentale qui ont été menés à deux reprises dans la population générale du Canada dans le cadre de l'enquête sur la santé mentale, et l'un d'entre eux a été mené aussi récemment qu'en 2012.

Nous n'avons pas de données sur la toxicomanie. Nous avons seulement des données sur la consommation d'alcool et le tabagisme, mais pas en ce qui concerne la toxicomanie ou le mauvais usage de ces substances.

**Senator White:** In the general population there is a strong correlation and connection between mental health and addictions, and many argue which came first, the chicken or the egg, I guess. Is there any consideration for a follow-up review specifically related to mental health, those who have identified mental health, and trying to zero in as to whether or not there is a correlation between the causation of mental illness come coming from addictions, or no?

**Dr. Thompson:** The other thing is we review international studies and studies done in other populations, both civilian and military, because much of that knowledge can be translated to the Canadian veteran population. So there are a lot of questions like that, very relevant and important, but we can inform answers to them by looking at research done in other populations.

The relationship with addictions is well known.

**Mr. Pedlar:** Another answer is that we are planning two more cycles of this study, one in 2016 and one in 2019. When we do that work, we will take input, like the input we're getting today, about what we should focus on, so your advice will be taken into consideration, sir.

**Senator White:** Thank you very much.

My second question relates to an earlier response. Where are we in comparison to like countries — and I look at Australia and New Zealand, maybe the U.K. to a lesser degree, but some of the other European countries — that have participated in a similar fashion that we have, similar numbers in similar or in some cases identical in-theatre commitments? Where are we in comparison to them from a results base?

**Dr. Thompson:** We've been looking at that over the past year and trying to compare results of the studies done in other countries with our findings from the Life After Service Studies. What makes these comparisons difficult is that the methodologies used in all the studies are slightly different. We, for example, were somewhat unique in focusing on all the veterans living in the general population. Other studies have only looked at certain veterans who return from specific deployments or look at them post-deployment, so comparisons with other countries get difficult for that reason.

Some of the new literature that has come out from the U.K. and the United States in the past year suggests that there may be increased levels of some health conditions in their veterans, too, compared to their general populations.

**Le sénateur White :** Dans la population générale, il y a un lien très étroit entre la santé mentale et la toxicomanie, et un grand nombre de personnes se demandent quel problème est apparu en premier, un peu comme la question de l'œuf ou la poule, je présume. Envisage-t-on de mener un examen de suivi visant la santé mentale auprès de ceux qui ont signalé un trouble de santé mentale, afin de tenter de déterminer s'il y a une corrélation entre les causes des maladies mentales et la toxicomanie?

**Dr Thompson :** L'autre chose, c'est que nous examinons des études internationales et des études menées dans d'autres populations, civiles et militaires, car une grande partie des connaissances recueillies peuvent être appliquées aux anciens combattants du Canada. Il y a donc de nombreuses questions importantes et très pertinentes auxquelles nous pouvons trouver des réponses en étudiant des recherches menées dans d'autres populations.

Le lien avec la toxicomanie est très bien établi.

**M. Pedlar :** J'aimerais ajouter que nous planifions également deux autres cycles dans le cadre de cette étude, l'un en 2016 et l'autre en 2019. Lorsque nous mènerons ces travaux, nous accepterons les commentaires, comme ceux que nous entendons aujourd'hui, sur les enjeux sur lesquels nous devrions nous concentrer, et vos conseils seront pris en compte, sénateur.

**Le sénateur White :** Merci beaucoup.

Ma deuxième question est liée à une réponse précédente. Comment nous comparons-nous à d'autres pays semblables — et je pense à l'Australie et à la Nouvelle-Zélande, et peut-être au Royaume-Uni dans une moindre mesure, mais à certains autres pays d'Europe — qui ont fourni des efforts similaires aux nôtres, et qui ont déployé à peu près le même nombre de personnes dans des endroits similaires, ou dans certains cas, aux mêmes endroits? Où en sommes-nous comparativement à ces pays en ce qui concerne les résultats?

**Dr Thompson :** Au cours de la dernière année, nous nous sommes penchés sur la question et nous avons tenté de comparer les résultats d'études menées dans d'autres pays avec les résultats de nos Études sur la vie après le service. Les méthodologies utilisées dans toutes les études sont un peu différentes, et cela rend les comparaisons difficiles. Par exemple, notre approche était en quelque sorte unique, car elle se concentrait sur tous les anciens combattants qui vivaient dans la population générale. D'autres études ont seulement examiné des anciens combattants qui reviennent de déploiements particuliers ou les ont examinés après leur déploiement, et pour cette raison, il est difficile d'établir des comparaisons avec d'autres pays.

Certains documents publiés par le Royaume-Uni et les États-Unis au cours de la dernière année laissent croire que des troubles de santé pourraient également être plus fréquents chez leurs anciens combattants que dans la population en général.



**Mr. Pedlar:** Generally speaking, for example with the United States, we do see higher levels of musculoskeletal conditions. They are commonly higher, about double the level in U.S. soldiers as well as Canadian soldiers, for example.

But you have to make decisions about how you're going to do comparisons when you set up these studies. The decision we made, partly because of its availability, is comparison with the general population. It lets us look at whether veterans are pretty much the same or quite a bit different than other Canadians. That's quite helpful when we're trying to think about whether we should treat them differently from a service delivery perspective. That's the direction we focused on, comparison with other Canadians.

**Senator White:** I do agree with that.

For me, a lot of this work will also hopefully lead to current or better or best practices. When you're talking about 2016 and 2019, have we given consideration to reaching out to some of those other countries to see if they want to do identical research at the same time so we do have a comparison that allows us to draw on? Australia, for example, if they have a much lower level of mental illness coming from the exact same theatre we did, maybe it's because they're doing something pre- or post-theatre that would assist us in dealing with the issues. Are we giving consideration to some of that work?

**Mr. Pedlar:** First of all, I think there is a network in NATO that the Canadian Armed Forces would be part of that has groups that work together on trying to make measurement more consistent so that comparisons are possible. Those would most likely be undertaken in studies of serving members at the present time.

We are in contact with our allies as well. There's a group of senior executives. I chair the research committee across five countries, and one of the subjects we focus on is to try to make an effort to make measurement more consistent. If we could get measurement more consistent, even with one or two countries, like the United States and Australia, even across one or two mental health measures, that would be an important step forward. So, yes, that's under consideration.

**Senator White:** Thank you very much and thanks for the work as well. I appreciate your time today.

**The Chair:** Wouldn't NATO be a place to look to get some of this consistency in terms of measurement that you have indicated would be important to draw conclusions by comparisons?

**Mr. Pedlar:** Yes, we would want to build on whatever NATO network work is being done. For example, in the past, groups that represent released populations, like us who focus on veterans,

**M. Pedlar :** En général, par exemple aux États-Unis, nous observons davantage de troubles musculo-squelettiques. Ils sont généralement plus présents, c'est-à-dire que leur nombre est deux fois plus élevé chez les militaires américains ainsi que chez les militaires canadiens, par exemple.

Toutefois, lorsqu'on prépare ces études, il faut prendre des décisions sur la façon dont on établira des comparaisons. La décision que nous avons prise, en partie en raison de l'accessibilité, c'est d'effectuer une comparaison avec la population générale. Cela nous permet de vérifier si l'état de santé des anciens combattants est similaire à celui des autres Canadiens ou s'il est différent. C'est très utile lorsque nous essayons de déterminer si nous devrions traiter les anciens combattants de façon différente lorsqu'il s'agit de la prestation des services. Nous nous sommes donc concentrés sur les comparaisons avec les autres Canadiens.

**Le sénateur White :** Je suis d'accord.

Selon moi, une grande partie de ces travaux mèneront, on peut l'espérer, à l'adoption de meilleures pratiques exemplaires. En ce qui concerne les travaux de 2016 et de 2019, avons-nous pensé à communiquer avec certains de ces autres pays pour vérifier s'ils souhaitent mener des recherches identiques en même temps, afin que nous puissions faire des comparaisons? Par exemple, si l'Australie a un taux de troubles mentaux beaucoup moins élevé chez les militaires qui reviennent des mêmes endroits que les nôtres, c'est peut-être parce que ce pays applique une mesure avant ou après le déploiement qui nous aiderait également à résoudre ces problèmes. Envisageons-nous une telle initiative?

**M. Pedlar :** Tout d'abord, je pense qu'il y a un réseau de l'OTAN — dont font partie les Forces armées canadiennes — composé de groupes qui collaborent pour tenter de rendre les mesures plus uniformes, afin de permettre les comparaisons. Ces dernières seraient probablement menées dans le cadre d'études sur les militaires en service.

Nous sommes également en communication avec nos alliés. Il existe un groupe de cadres supérieurs. Je préside le comité de recherche qui couvre cinq pays, et nous nous concentrons notamment sur les efforts en vue de l'uniformisation des mesures. Si nous pouvions y arriver, même avec un ou deux pays, par exemple les États-Unis et l'Australie, et même avec une ou deux mesures liées à la santé mentale, ce serait un très grand pas en avant. Donc, oui, nous étudions cette possibilité.

**Le sénateur White :** Je vous remercie beaucoup de votre réponse et des travaux que vous menez. Je vous suis reconnaissant du temps que vous nous accordez aujourd'hui.

**Le président :** Est-ce que l'OTAN ne serait pas un endroit où l'on pourrait tenter d'obtenir cette uniformité des mesures dont vous avez parlé et qui est importante pour tirer des conclusions fondées sur des comparaisons?

**M. Pedlar :** Oui, nous souhaitons certainement nous fonder sur les travaux du réseau de l'OTAN. Par exemple, autrefois, des groupes représentant des populations libérées — comme le nôtre,

have not been part of those networks. And we recently joined a project on transition for military service to civilian life, and we're working side by side with our Canadian Forces colleagues and other countries so that we are now seeing a better fusion or connection between the NATO network and the veteran network, as it should be, of course.

**The Chair:** Can you tell us who is doing the study that you have indicated you have just joined with?

**Mr. Pedlar:** The study is being led by the United States. It's being led by a very well-known fellow named Dr. Carl Castro at the University of the Southern California who served for 31 years in the United States army. It was just a week or two ago that they met for the first time in Europe to work on the terms of reference of this study, which I think will focus on best practices in transition from military service to civilian life, although they have not formally completed their initial report. This project has to be approved by NATO after the terms of reference are developed, so sometime in the summer or fall it's likely to become a project that would go for a couple of years.

**The Chair:** Then questions like the impact of length of deployment would be something you could look into by a comparison between different armies and different policies, which is something you can't do at this time.

**Mr. Pedlar:** Dr. Thompson is well-read on this topic.

**Dr. Thompson:** That kind of information has been looked at carefully and is still going on. We collaborate and talk to our colleagues in other countries all the time. I was emailing this morning with a colleague at the USDA in the States about a similar research question that you just raised. There are lots of attempts to understand the differences, but there are important differences between the militaries and between cultures, and that complicates comparisons as well.

We're collaborating with our international colleagues because there are differences between militaries, cultures and veteran administration arrangements in all the countries, and those create important differences in understanding effects, so direct comparisons are difficult. Within each country, they're working hard to try to understand the answer for their military and their veterans about those questions.

For example, in the Canadian Forces, their epidemiologists have done very good work with deployed personnel in support of the military mission in Afghanistan, looking at the effects of the number and length of deployments. They've published that work. What we're trying to do with our transition research now is connect those findings with what we're seeing about the rates of health problems in the veterans, meaning military members who

qui représente les anciens combattants — ne faisaient pas partie de ces réseaux. Récemment, nous nous sommes joints à un projet sur la transition du service militaire à la vie civile, et nous collaborons étroitement avec nos collègues des Forces canadiennes et d'autres pays, et nous constatons qu'il y a maintenant une meilleure fusion ou communication entre le réseau de l'OTAN et le réseau des anciens combattants, comme cela devrait être le cas, évidemment.

**Le président :** Pourriez-vous nous préciser qui mène l'étude à laquelle, comme vous venez de l'indiquer, vous vous êtes joints?

**M. Pedlar :** Cette étude est menée par les États-Unis. Elle est dirigée par une personne très connue, c'est-à-dire le Dr Carl Castro, de l'Université de Southern California, qui a servi pendant 31 ans dans l'armée américaine. Les personnes responsables d'établir le mandat de cette étude se sont rencontrées pour la première fois en Europe il y a une ou deux semaines, et je crois que ce mandat visera les pratiques exemplaires en matière de transition du service militaire à la vie civile, même si le rapport initial n'est pas encore officiellement terminé. Le projet doit être approuvé par l'OTAN une fois le mandat établi, et il devrait débiter au cours de l'été ou de l'automne, et il s'échelonnait probablement sur deux ans.

**Le président :** Vous pourriez donc vous pencher sur des enjeux tels l'impact de la durée du déploiement en effectuant une comparaison entre différentes armées et différentes politiques, ce que vous ne pouvez pas faire en ce moment.

**M. Pedlar :** Le Dr Thompson a beaucoup lu sur ce sujet.

**Dr Thompson :** Ce type de renseignements a fait l'objet — et c'est toujours le cas — d'examen approfondis. Nous collaborons et discutons constamment avec nos collègues d'autres pays. Ce matin, j'ai envoyé un courriel à un collègue de l'USDA, aux États-Unis, au sujet d'une question de recherche similaire à celle que vous venez de soulever. De nombreuses tentatives sont menées pour tenter de comprendre les différences, mais il y a des différences importantes entre les armées et les cultures, et cela complique également les comparaisons.

Nous travaillons avec nos homologues étrangers, car il existe des différences entre les forces armées de chaque pays, la culture et les ententes relatives à l'administration des vétérans. Ces différences font ressortir d'importantes disparités quant à la compréhension des effets. Il est donc difficile de faire des comparaisons directes. Chaque pays s'efforce de trouver des réponses à ces questions pour le bien de leurs militaires et vétérans.

Par exemple, les épidémiologistes des Forces canadiennes ont fait du très bon travail pour analyser l'impact du nombre de déploiements et de la durée des déploiements sur les militaires déployés dans le cadre de la mission en Afghanistan et ont publié les résultats de leurs analyses. Ce que nous tentons de faire avec notre recherche sur la transition, c'est d'établir un lien entre ces résultats et nos constatations relativement aux taux de problèmes

have released from service. That's why we're so interested in what's going on around that period of transition, to see what the connection might be.

Within each country, the researchers are busy trying to understand those questions within their country. At the same time, we're talking with our colleagues to figure out how we can compare across the countries.

**The Chair:** Am I to understand that all your studies focus on after-service or transition as opposed to during service?

**Dr. Thompson:** That is right. Up to now, the Life After Service Studies have been just that; they've been looking at the veterans who have released up to 15 years. We survey them up to 15 years after they've released from service. The Canadian Forces have done a lot of work on serving personnel, and the new program of research we're talking about is looking at that around-release period, from a few months prior to two years after, because we need to understand what goes on there better.

**The Chair:** To finish this line of thought, the work the Canadian Forces has done was introduced early on — I think it was when General Hillier was Chief of the Defence Staff — this decompression period, when they took men and women people who were on deployment. They were anxious to get home to their families, but it was felt important for them to have an adjustment period. So for about a week, I understand, they went to an island in the Mediterranean to help decompress from the intensity of Afghanistan before they came to North America. Are you aware of that situation?

**Dr. Thompson:** Yes, I'm certainly aware of that program, and I'm aware of the post-deployment screening that went on during that process to try to identify health problems that might have arisen prior to coming back to Canada. I know my colleagues have worked on that and have done the analysis of that program, but I'm not very familiar with the findings.

**The Chair:** It's a policy decision to do that, and there must have been some work to lead to that policy decision. Was the work to make that decision done within National Defence, and they would have done a study afterwards to determine whether it was worthwhile?

**Dr. Thompson:** Because that's all done at DND and the Canadian Forces, I'm not very familiar with that work.

**Mr. Pedlar:** My understanding is that Dr. Mark Zamorski, Department of National Defence, was lead on that work for a number of years. That's the connection that I'm familiar with in terms of who was the most knowledgeable and responsible.

**The Chair:** Thank you.

de santé chez les vétérans, soit les militaires libérés. C'est la raison pour laquelle nous nous intéressons autant à ce qui se produit lors de cette période de transition. Nous voulons dégager les liens qu'il pourrait y avoir.

Dans chaque pays, les chercheurs tentent de comprendre ces questions. Parallèlement, nous communiquons avec nos collègues pour trouver une façon de comparer nos informations entre pays.

**Le président :** Dois-je comprendre que toutes vos études portent sur l'après-service ou la transition et non sur le service actif?

**Dr Thompson :** C'est exact. Jusqu'à maintenant, l'initiative Études sur la vie après le service s'est concentrée sur l'après-service. Nous interrogeons des vétérans libérés au cours des 15 dernières années. Les Forces canadiennes ont mené beaucoup d'analyses sur les militaires actifs. Le nouveau programme de recherche auquel nous faisons référence se concentre sur la période entourant la libération, soit quelques mois avant et jusqu'à deux ans après, car nous devons avoir une meilleure compréhension de ce qui se produit au cours de cette période.

**Le président :** J'aurais une dernière question sur le sujet. Les efforts des Forces canadiennes ont été publiés dès le début — je crois que c'est à l'époque où le général Hillier était le chef d'état-major de la Défense. Je parle ici de cette période de détente pour les militaires déployés. Ces hommes et femmes étaient impatients de rentrer chez eux, mais ils croyaient également qu'il serait important pour eux de disposer d'une période d'ajustement. Donc, pendant environ une semaine, si je ne m'abuse, ils sont allés se détendre sur une île dans la Méditerranée, loin de l'intensité du conflit en Afghanistan, avant de rentrer chez eux. Connaissez-vous ce programme?

**Dr Thompson :** Oui, certainement. Je suis au courant également du dépistage post-déploiement qui a eu lieu auprès de ces militaires dans le cadre de ce programme pour identifier les problèmes de santé possibles qui auraient pu apparaître avant leur retour au Canada. Mes collègues ont participé à ce programme et l'ont analysé, mais je ne suis pas vraiment au courant des résultats.

**Le président :** C'était une décision politique, mais j'imagine que des études ont été faites avant de prendre cette décision. Ces études ont-elles été réalisées par la Défense nationale? A-t-on effectué une analyse du programme par la suite pour évaluer son utilité?

**Dr Thompson :** Puisque tout a été réalisé par le MDN et les Forces canadiennes, je ne saurais vous dire.

**M. Pedlar :** Selon ce que j'ai appris, c'est le Dr Mark Zamorski, du ministère de la Défense, qui a dirigé ces travaux pendant plusieurs années. C'est la seule personne que je connaisse qui pourrait vous en dire davantage sur le sujet.

**Le président :** Merci.

I'm looking at "determinants of veterans' mental health, life cycle perspective," that slide that you gave us, which I think is very instructive. You're into block number 3 where you want to go, and that's determinants in transition to civilian life, but the pre-service determinants is the first block.

We would be interested in knowing if any work is being done in Canada or elsewhere that helps in the selection process for who should be in the Armed Forces and who is best suited to be deployed. Are there some factors that would indicate this person is likely to have mental challenges later on or is likely to be able to handle the stress and trauma that is inevitable in a war situation?

**Dr. Thompson:** Again, I would have to defer to my colleagues in the Department of National Defence and the Canadian Forces who are studying that very issue. They're part of a long line of researchers who have looked at this, right back to prior to the Second World War, and especially during the Second World War, when there had been a well-published experiment of trying to screen out those individuals, later finding that as the war went on, they ended up recruiting some of them. There are difficulties trying to come up with those sorts of screening tools.

What they've worked hard on is resilience in the Canadian Forces. They have programs where they develop psychological resilience in their service members to prevent the onset of mental health problems.

**Mr. Pedlar:** If I may add to that, Dr. Jitender Sareen, at the University of Manitoba, has done work on some of these pre-service determinants, probably not from the perspective of policy decisions on when to deploy or not — that's more within the realm of the Canadian Armed Forces — but rather in the context of whether people have a higher likelihood of developing mental health disorders. So he's done work on early childhood trauma and its impacts later. He's a very capable individual and would probably make a good witness.

**The Chair:** We're aware of his work, but I do thank you for that. If you have any other thoughts of ongoing studies, don't hesitate to let us know later on because it's all very helpful.

**Senator Stewart Olsen:** I'm going to go back to the area of deployment because I wish we had a bit more on that. Especially with mental health problems, it may be a bit easier. I am wondering about our peacekeepers. If you know the areas of deployment, you know you had peacekeepers somewhere, and the whole concept of a "veteran is a veteran" is very important to our veterans. It's not always active theatres of war; injuries and mental health problems develop within our peacekeeping groups as well. I'm wondering if you might consider putting a bit more into that kind of a study in your next go around.

Votre diapositive intitulée « Déterminants de la santé mentale des vétérans : perspective axée sur le parcours de vie » est très instructive. Selon cette diapositive, ce sont les déterminants pendant la transition vers la vie civile, la troisième boîte, que vous voulez étudier, mais ce sont les déterminants avant le service qui figurent dans la première boîte.

Nous aimerions savoir si des activités sont menées au Canada ou ailleurs en appui au processus de sélection pour déterminer si un candidat devrait être accepté au sein des Forces armées et qui sont les plus aptes à être déployés. Y a-t-il des facteurs qui pourraient nous indiquer si une personne est susceptible de développer des problèmes de santé mentale ou est capable de composer avec le stress et le traumatisme inévitables en situation de guerre?

**Dr Thompson :** Encore une fois, il faudrait poser la question à mes collègues du MDN et des Forces canadiennes qui étudient cette question. D'ailleurs, ils ne sont pas les premiers à le faire. Les recherches sur cette question datent d'avant la Seconde Guerre mondiale et se sont intensifiées pendant ce conflit. À l'époque, on a tenté de dépister ces gens, mais on s'est rendu compte plus tard que certains ont tout de même été recrutés en raison du conflit qui se prolongeait. Les résultats de cette expérience ont été publiés à maintes reprises. Ce genre d'outil de dépistage est difficile à créer.

Les Forces canadiennes ont beaucoup travaillé sur la résilience. Elles ont des programmes pour accroître la résilience psychologique des membres en service actif dans le but de prévenir les problèmes de santé mentale.

**M. Pedlar :** J'aimerais ajouter une chose. Le Dr Jitender Sareen, de l'Université du Manitoba, a fait des recherches sur les déterminants avant le service, probablement pas à des fins de décisions politiques entourant le moment du déploiement — ce genre de décision revient davantage aux Forces armées canadiennes —, mais plutôt pour déterminer si une personne est plus susceptible de développer des problèmes de santé mentale. Il a notamment analysé les conséquences futures de traumatismes subis dans la petite enfance. Il est très compétent et ferait probablement un bon témoin.

**Le président :** Nous connaissons bien ses travaux. Merci. Si vous avez autre chose à nous partager sur des études en cours, n'hésitez pas à communiquer avec nous. Tous ces renseignements nous sont très utiles.

**La sénatrice Stewart Olsen :** J'aimerais revenir au déploiement, car j'aurais aimé avoir plus d'information, notamment en ce qui concerne les problèmes de santé mentale, car c'est peut-être un peu plus facile. Je me questionne au sujet des agents de la paix. Si vous connaissez les régions où des militaires sont déployés, vous savez qu'il y a aussi des agents de la paix. Le principe selon lequel un vétéran est un vétéran est très important pour les vétérans. Les blessures et les problèmes de santé mentale ne surviennent pas seulement dans les théâtres d'opérations actifs; les agents de la paix aussi sont touchés. J'aimerais savoir si vous avez l'intention de mener une étude sur le sujet?

I look at your stats on the prevalence of chronic conditions. Oddly enough, though, I've heard it mentioned several times that musculoskeletal injuries are chronic. I don't see them here, and I'm wondering if they are included in arthritis, back problems and chronic pain. You see a lot of knee and shoulder injuries in veterans from all types of deployments. I'm wondering where that might be included.

**Dr. Thompson:** I'll answer the two questions, number one about deployment.

As I mentioned, in 2010 we had deployment data on whether they had deployed outside Canada for 30 days or not. We certainly used that as a factor in all of our analyses — the work we did on suicidal ideation and the work we did on disability, for example. What was interesting was that deployment fell out as a factor when we were adjusting for health conditions, which was a signal to us. We're seeing this in the research now that's coming out of the U.S., in particular, and the U.K. It's not necessarily about having deployed. It's about having health problems. Military personnel who haven't deployed, as you said, can certainly have health problems.

On the other hand, we know that deployment brings increased risk. The Canadian Forces did a very good study looking at mental health problems related to those who deployed in support of the mission in Afghanistan. For example, they found out that the cumulative incidence of developing mental health disorders that the clinicians felt were due to the deployment was much higher in those who deployed to high-threat locations than in those who deployed to low-threat locations, but they occurred in both. They occur also in those who don't deploy.

So the overall finding is that it's not about deployment, per se; it's about whether a person developed mental health problems. That's the more fundamental issue, but there is no question that certain kinds of deployment experiences are associated with a higher likelihood of having mental health problems.

The second question, your point about musculoskeletal —

**Senator Stewart Olsen:** Sorry to interrupt you, but if I could just get some clarification: It's not about deployment, but then you go on to say well, yes, it is about deployment. Are you saying that your study wasn't about deployment or that your findings weren't?

**Dr. Thompson:** What's important is that seeing a service member or a veteran who has been in service and, for example, thinking that just because they haven't deployed, they might not

Aussi, je regardais vos statistiques sur la prévalence d'affections chroniques. Étrangement, j'ai souvent entendu dire que les blessures musculosquelettiques sont des blessures chroniques. Pourtant, elles ne figurent pas dans votre tableau. Sont-elles regroupées sous « Arthrite », « Problèmes de dos » et « Douleur chronique »? Beaucoup de vétérans ont subi des blessures aux genoux et aux épaules, peu importe le genre de déploiement. J'aimerais savoir où figurent ces blessures dans votre tableau?

**Dr Thompson :** Je vais répondre aux deux questions. D'abord, le déploiement.

Comme je l'ai souligné, en 2010, nous avons des données qui nous indiquaient si les militaires avaient été déployés pendant 30 jours à l'étranger. C'est un élément dont nous avons tenu compte dans toutes nos analyses, notamment sur les idées suicidaires et l'invalidité. Fait intéressant, après ajustement pour les troubles de santé, le déploiement n'était plus un facteur. Pour nous, c'était un signe. C'est ce qui ressort également des recherches menées aux États-Unis, notamment, et au Royaume-Uni. Ce n'est pas nécessairement une question de déploiement; c'est une question de problèmes de santé mentale. Comme vous l'avez souligné, les militaires qui ne sont pas déployés peuvent eux aussi développer des problèmes de santé mentale.

D'un autre côté, nous savons que le déploiement augmente les risques. Les Forces canadiennes ont mené une très bonne étude sur les problèmes de santé mentale chez les militaires déployés dans le cadre de la mission en Afghanistan. Elles ont découvert, par exemple, que l'incidence cumulative de troubles de santé mentale attribuables aux déploiements, selon les cliniciens, était beaucoup plus élevée chez les militaires déployés dans des régions où la menace était élevée que chez ceux déployés dans des régions où la menace était faible, mais que des membres des deux groupes avaient eu des problèmes de santé mentale. Des militaires qui ne sont pas déployés peuvent aussi avoir des problèmes de santé mentale.

Donc, les résultats globaux montrent que ce n'est pas une question de déploiement en tant que tel; c'est si une personne a développé des problèmes de santé mentale. C'est la question la plus fondamentale, mais il ne fait aucun doute que certains déploiements sont associés à une plus grande possibilité de développer des problèmes de santé mentale.

Concernant votre deuxième question, les blessures musculosquelettiques...

**La sénatrice Stewart Olsen :** Je suis désolée de vous interrompre, mais j'aimerais avoir une précision : ce n'est pas une question de déploiement, mais vous dites que ce l'est. Êtes-vous en train de dire que votre étude ne portait pas sur le déploiement ou que vos résultats ne concernent pas le déploiement?

**Dr Thompson :** L'important, c'est de comprendre que d'un point de vue clinique, il est faux de croire qu'un membre actif ou un vétéran pourrait ne pas développer de problème de santé

have mental health problems, isn't correct thinking from a clinician's perspective. They may well have mental health problems like anybody can get them.

It's a tangled response. The other way of looking at it is that, yes, those who deploy to high-threat locations are more likely to get health problems, including mental health problems, but even those who have not deployed can also have mental health problems.

Does that clarify it for you?

**Senator Stewart Olsen:** Yes, there's no question there, but I think where I was trying to go is that in transitioning out of active service into, say, VAC, I think it may be important to look at the area of deployment so that you may be able to pre-empt or predict some types of injuries that may not show at the time of transition. That's more where I'm going as I think that it could be important. I don't know, but I think that could be important.

**Dr. Thompson:** Just to clarify that a bit more, the type of service somebody had may be one of the determinants for a person's mental health issues, but mental health issues are caused by a complex of things. In fact, researchers in that area talk about the causal pie. There are many slices of the pie that go into causing mental health problems, such as a person's early childhood experience, genetic makeup, whether they deployed, what current stresses they are under at the time, post-service, social problems, relationship problems or economic problems. All of those factors add together in this causal pie for developing a mental health problem.

**Mr. Pedlar:** In terms of our priority around deployments, our biggest focus right now is on Afghanistan moving forward, and that's because we're able to do the right things moving forward. It's harder to go back and look at deployments in the 1990s, when stuff wasn't collected necessarily as well at that time. So my priority as director is to make sure that when we move forward with Afghanistan, really over the rest of this century, with people coming forward, we'll have mastery of that deployment and others moving forward.

**Senator Stewart Olsen:** I see. Thank you. I do understand about the pie. That goes to Senator Day's position on pre-screening, too. If you pre-screen, you make pick up some things as well.

Sorry, go on to the second.

**Dr. Thompson:** With regard to the second question, back problems and arthritis are markers of musculoskeletal disorders in these population surveys. They've been there for many years in this checklist that's used in surveys around the world because they are two of the most common and two that have the biggest impact in terms of numbers in the population. As you rightly said, though, there are many other physical health conditions that people can have, and, in Veterans Affairs, that association has

mentale simplement parce qu'il n'a pas été déployé. Il pourrait très bien, comme n'importe qui, développer des problèmes de santé mentale.

C'est une réponse embrouillée. Regardons cela d'un autre angle. Oui, ceux qui sont déployés dans des régions où la menace est élevée sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé, y compris des problèmes de santé mentale, mais ceux qui ne sont pas déployés peuvent développer, eux aussi, des problèmes de santé mentale.

Est-ce que c'est plus clair?

**La sénatrice Stewart Olsen :** Oui. Je suis d'accord avec vous, mais là où je voulais en venir, c'est que dans le cadre de la transition de membre actif à vétéran, il serait peut-être important de se pencher sur la question du déploiement afin de prévenir certaines blessures qui pourraient ne pas surgir pendant de la transition. C'est ce que je voulais dire. Je crois que c'est important.

**Dr Thompson :** Juste pour préciser davantage, le type de service d'un militaire peut être un déterminant de problèmes de santé mentale, mais la cause de ces problèmes est complexe. D'ailleurs, les chercheurs dans le domaine parlent de la tarte causale. Plusieurs éléments peuvent entrer en ligne de compte dans le cas de problèmes de santé mentale, dont les expériences vécues dans la petite enfance, la constitution génétique, le déploiement, les facteurs de stress existants, l'après-service, les problèmes sociaux, les problèmes de couples ou les problèmes économiques. C'est le genre de facteurs qui composent cette tarte causale du développement de problèmes de santé mentale.

**M. Pedlar :** Au sujet de nos priorités en matière de déploiement, nous nous concentrons pour le moment sur la mission en Afghanistan, car nous avons l'occasion de bien faire les choses dans ce dossier. Il est plus difficile de retourner en arrière et d'analyser les données relatives aux déploiements des années 1990, car la collecte de données à l'époque était inadéquate. Donc, en tant que directeur, ma priorité est de faire en sorte que nous maîtrisons la question des déploiements en Afghanistan, et ce, pour le reste de ce siècle.

**La sénatrice Stewart Olsen :** D'accord. Merci. Je comprends ce que vous voulez dire lorsque vous parlez de la tarte causale. Ça revient aussi à ce que disait le sénateur Day. Le dépistage permet de déceler certaines choses.

Pardonnez-moi. Allez-y avec votre réponse à ma deuxième question.

**Dr Thompson :** Oui, donc, au sujet de votre deuxième question, dans le cas de la population en question, les problèmes de dos et l'arthrite sont des indicateurs de troubles musculosquelettiques. Ces deux problèmes figurent sur cette liste utilisée depuis de nombreuses années partout dans le monde, car il s'agit des deux affections les plus communes et qui ont le plus gros impact sur la population sondée. Mais, comme vous le dites, et vous avez raison, il y a de nombreux autres problèmes de santé physique et,

been found for eligibility for benefits for all sorts of other musculoskeletal disorders, too. It's just that these are two common markers used in surveys.

**Senator Stewart Olsen:** I see.

**Dr. Thompson:** We can't ask about all the questions, for example, and you're right that chronic pain includes musculoskeletal issues, as well as other chronically painful conditions.

**Senator Stewart Olsen:** Thank you very much.

**Senator Lang:** I'd like to go back to your opening comments again, and I want to get a clarification. You'd said, in a general sense, that the myth that the veterans have been all adversely affected in one manner or another was strictly a myth, and you referred to the narrative of that. I just wanted to see exactly what you were saying there. It sounds to me like you're saying the issues that are facing us are real but not as significant as perhaps others are saying they are. Is that what you said?

**Mr. Pedlar:** Jim will reply to this as well.

I think it's really a case of keeping it in perspective, which is that in the work that we do, despite challenges that this population faces, most say that they're doing well and that they had an easy or not difficult transition to civilian life. So that's on the one hand.

It's important, though, to keep that perspective because if you're reading the media all the time, one might come to the conclusion that that's not true, that in fact veterans are broken. That kind of a "broken veteran" brand is not helpful to veterans who are looking for jobs and the many veterans who transition successfully and do well.

On the other hand, this work does clearly show that veterans have higher levels of mental and physical health conditions than other Canadians. At the same time, that is also true.

**Senator Lang:** Following up on that, I think that's a very important message and narrative that should be out there. I agree in part with what you've said because it's not helpful to those veterans who have been able to adapt and transition successfully to have everyone under the same brand, so to speak. At the same time, we need to recognize that there are quite a number that have been affected.

Roughly, what is the percentage? Is it 80 per cent who have been successful versus 20 per cent? Do you have any idea on the statistics?

**Mr. Pedlar:** We ask a question in both surveys about adjustment to civilian life. The findings across both surveys were very similar, which is that about a quarter find transition from military service to civilian life difficult or very difficult. Around 60 to 65 per cent find it not difficult, relatively easy, and

à Anciens Combattants, cette association a été utilisée pour l'admissibilité à des prestations liées à toutes sortes de troubles musculosquelettiques. C'est simplement que ces deux-là sont les plus communs.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Je comprends.

**Dr Thompson :** On ne peut pas poser toutes les questions. Vous avez raison de dire que les troubles musculosquelettiques font partie des affections chroniques, au même titre que d'autres troubles chroniques douloureux.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Merci beaucoup.

**Le sénateur Lang :** J'aimerais revenir à votre exposé et obtenir des précisions. Vous avez dit que, de façon générale, le mythe selon lequel les vétérans sont tous durement touchés d'une façon ou d'une autre n'est effectivement qu'un mythe et vous avez fait référence à des commentaires formulés à ce sujet. Je veux simplement m'assurer de bien comprendre. J'ai l'impression que ce que vous dites, c'est que les problèmes auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui sont réels, mais pas aussi importants que certains voudraient nous le laisser croire. Est-ce que c'est ce que vous dites?

**M. Pedlar :** Jim pourra répondre également à cette question.

Il faut garder les choses en perspective. Malgré les défis auxquels la population concernée est confrontée, la plupart disent qu'ils se portent bien et que la transition vers la vie civile n'a pas été difficile ou qu'elle a été facile. Ça, c'est une chose.

C'est important de le savoir, car en lisant les journaux, on pourrait croire que ce n'est pas le cas, que les vétérans sont affligés. Cette image n'aide en rien les vétérans qui se cherchent un emploi et les nombreux vétérans pour qui la transition s'est bien passée.

D'un autre côté, les recherches montrent que les vétérans ont un taux de problèmes de santé physique et mentale plus élevé que les autres Canadiens. Cela est également vrai.

**Le sénateur Lang :** À ce sujet, je crois qu'il est très important que ce message soit véhiculé. Je suis d'accord avec vous, dans une certaine mesure, qu'une telle image générale n'aide pas les vétérans qui ont réussi à faire la transition et à s'adapter à la vie civile. Parallèlement, il faut reconnaître que de nombreux autres ont éprouvé des difficultés.

Quel est le pourcentage, environ? Est-ce 80 p. 100 qui ont réussi la transition contre 20 p. 100 qui ont eu des difficultés? Avez-vous ces statistiques?

**M. Pedlar :** Dans les deux sondages, nous posons une question sur l'adaptation à la vie civile. Dans les deux cas, les résultats sont très similaires, soit qu'environ le quart des répondants ont eu de la difficulté ou beaucoup de difficulté à faire la transition vers la vie civile. Environ 60 ou 65 p. 100 n'ont eu aucune difficulté ou la

then there's another group that are in between, so somewhat difficult. About a quarter, though, find it very difficult or difficult. That's consistent across two studies now.

**Senator Lang:** The other area that I'm wondering if you're looking at, or perhaps will in the future, is the question of the success rates of these programs that have been put in place. In your surveys and talking to those who have access to these surveys, at the end did we get an outcome and how successful was that outcome?

**Dr. Thompson:** These surveys are cross-sectional, point-in-time snapshots, so they don't allow us to draw conclusions about causal relationships among factors. That's one issue.

They also weren't designed specifically to look at programs. Dave might want to expand on that.

**Mr. Pedlar:** There are two points there. One is that in the first survey we looked at the Regular Force; in the second survey we looked at the Regular Force and the Reserve Force; and in the next version of the survey we will follow people over time. It will become what's called the longitudinal study. That will allow us to look at people and it will give us more opportunity to look at what happened to people between time A and time B. There is more potential to look at those kinds of questions, but we don't have a design for those kinds of questions yet.

**The Chair:** Doctors, before we sign off, I would appreciate your background information in relation to the announcement made in December 2014. It was a DND announcement that the Canadian Armed Forces would establish, within the Canadian health services group, a national Canadian military and veterans mental health centre of excellence. Are you aware as to whether this Canadian military and veterans mental health centre of excellence has in fact been established and do you play any role in that?

**Mr. Pedlar:** I do not know if it has been established yet. The answer is yes, we do play a role in it. The deputy director or deputy chair of the centre is expected to be a Veterans Affairs employee. We will be involved in some way around the governance of the centre, although I do not know the details of that at this time. However, I have been in discussions with the Canadian Armed Forces on this before and after Christmas.

**The Chair:** Could you follow up for us and let us know what the timeline is on when Veterans Affairs and the Canadian Armed Forces will be cooperating with respect to this centre of excellence?

**Mr. Pedlar:** Yes, sir, we will do that.

**The Chair:** It indicates that there will be collaboration with scientific experts and academia to ensure that knowledge gained from leading-edge clinical research translates rapidly into clinical

transition a été relativement facile. Puis, il y a les autres, ceux pour qui la transition a été plus ou moins difficile. Donc, environ le quart des répondants ont eu de la difficulté ou beaucoup de difficulté. C'est constant dans les deux études.

**Le sénateur Lang :** Avez-vous analysé ou avez-vous l'intention d'analyser le taux de réussite des programmes qui ont été mis sur pied? Vos sondages et vos discussions avec ceux qui ont accès à ces sondages vous ont-ils permis de déterminer l'efficacité des programmes?

**Dr Thompson :** Ce genre d'études nous permet de dresser un portrait transversal à un moment donné, donc elles ne nous permettent pas de tirer des conclusions sur les relations causales entre les facteurs. C'est la première chose.

De plus, ces études n'ont pas été conçues pour analyser des programmes en particulier. Dave voudra peut-être vous expliquer un peu ce que je veux dire par là.

**M. Pedlar :** Il y a deux éléments à souligner. D'abord, la première étude portait sur les membres de la Force régulière, alors que la deuxième portait sur les membres de la Force régulière et ceux de la Force de réserve. Dans la prochaine version de cette étude, nous allons suivre ces personnes dans le temps. Elle deviendra alors ce qu'on appelle une étude longitudinale. Elle va nous permettre d'évaluer la situation des gens et ce qui leur est arrivé entre un moment A et un moment B. Nous pourrions étudier encore davantage ce genre de questions, mais nous n'avons pas encore de projets établis en ce sens.

**Le président :** Messieurs, avant de nous quitter, j'aimerais que vous mettiez en contexte l'annonce faite en décembre 2014. En effet, le MDN a annoncé que les Forces armées canadiennes établiraient, au sein du Groupe des Services de santé du Canada, un centre d'excellence national en matière de santé mentale chez les militaires et les vétérans. Savez-vous si le Centre d'excellence national en matière de santé mentale chez les militaires et les vétérans a été établi et jouez-vous un rôle dans ce projet?

**M. Pedlar :** Je ne sais pas s'il a déjà été établi. Je vous répondrai que oui, nous jouons un rôle dans ce projet. Le directeur adjoint ou le vice-président du centre devrait être un employé d'Anciens Combattants Canada. Nous allons participer à la gouvernance du centre, mais je ne sais pas encore exactement quelle forme cette participation va prendre. Quoi qu'il en soit, j'ai eu des discussions à ce sujet avec les Forces armées canadiennes avant et après Noël.

**Le président :** Pourriez-vous nous tenir au courant du moment où Anciens Combattants et les Forces armées canadiennes vont commencer leur coopération concernant ce centre d'excellence?

**M. Pedlar :** Oui, monsieur, sans faute.

**Le président :** Il est indiqué qu'il va y avoir une collaboration avec les experts scientifiques et les universités pour que les connaissances acquises dans le cadre de recherches cliniques de



care. It seems to me that a lot of the work you are doing is anticipated as part of the input to the centre of excellence. We would be interested in knowing when you expect that to get up and running.

**Mr. Pedlar:** We will be delighted to answer that question, sir.

**The Chair:** That concludes our allotted time for the meeting today.

Dr. Pedlar and Dr. Thompson, thank you very much for being with us and explaining the research work you're doing. We thank you as well for the work and the results of that that will help veterans here in Canada.

**Mr. Pedlar:** Thank you, sir.

(The committee adjourned.)

---

OTTAWA, Wednesday, May 6, 2015

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

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

[*Translation*]

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

[*English*]

Today's meeting will focus on the Royal Canadian Mounted Police and will provide an overview of the RCMP mental health programs and services offered to serving members and to veterans of the RCMP.

We are very pleased to welcome today, representing the RCMP, Daniel Dubeau, Deputy Commissioner, Chief Human Resources Officer; Gilles Moreau, Assistant Commissioner, Assistant Chief HR Officer and Director General, Workforce Programs & Services; and Sylvie Châteauvert, Director General, Occupational Health and Safety Branch.

Representing the RCMP Staff Relations Representative Program, I am pleased to welcome Staff Sergeant Abe Townsend, National Executive; and Sergeant Brian Sauvé, Staff Relations Representative (SRR) and Chair of the National SRR Health Committee.

pointe se traduisent rapidement par des soins cliniques. J'ai l'impression qu'une bonne partie de votre travail devrait alimenter les travaux du centre d'excellence. Nous aimerions savoir quand vous vous attendez à ce que cela se concrétise.

**M. Pedlar :** Nous serons ravis de répondre à cette question, monsieur.

**Le président :** C'était tout le temps dont nous disposions pour la séance d'aujourd'hui.

Monsieur Pedlar et docteur Thompson, je vous remercie infiniment d'être venus nous expliquer votre travail de recherche. Nous vous remercions également de tout votre travail, dont les résultats vont aider les anciens combattants du Canada.

**M. Pedlar :** Merci, monsieur.

(La séance est levée.)

---

OTTAWA, le mercredi 6 mai 2015

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

**Le sénateur Joseph A. Day** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

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

[*Traduction*]

La séance d'aujourd'hui portera sur la Gendarmerie royale du Canada et nous permettra d'avoir une vue d'ensemble des programmes et des services en matière de santé mentale offerts aux membres actifs et à la retraite de la GRC.

Nous sommes très heureux d'accueillir aujourd'hui Daniel Dubeau, sous-commissaire et dirigeant principal des Ressources humaines; Gilles Moreau, commissaire adjoint, assistant dirigeant principal des RH et directeur général, Programmes et services relatifs à l'effectif des RH, et Sylvie Châteauvert, directrice générale, Direction générale de la santé et sécurité au travail, qui représentent tous la GRC.

Je suis également heureux de souhaiter la bienvenue au sergent d'état-major Abe Townsend, de l'exécutif national, et au sergent Brian Sauvé, représentant des relations fonctionnelles (RRF) et président du comité RRF santé et sécurité de travail, lesquels sont chargés du Programme des représentants des relations fonctionnelles à la GRC.

I understand there will be one representative from each of the two groups that we have before us this afternoon. Please make brief introductory remarks, and we will proceed to a discussion and question-and-answer period.

We will start with Mr. Dubeau.

**Daniel Dubeau, Deputy Commissioner, Chief Human Resources Officer, Royal Canadian Mounted Police:** Mr. Chair, members of the committee, thank you all for your ongoing examination of operational stress injuries affecting serving and retired members of the RCMP.

As noted, I'm Deputy Commissioner Dubeau, Chief Human Resources Officer for the RCMP. For my colleagues here, I have Gilles Moreau. Of the many titles he has, he's also the mental health champion for the organization, so he's here today in that role. Sylvie Châteauvert runs our occupational health and safety program, if you have any questions about our services.

I would also like to acknowledge my colleagues Sergeant Brian Sauvé and Staff Sergeant Abe Townsend. We work closely with them in the program.

[Translation]

The RCMP is committed to supporting a fully engaged and healthy workforce to provide a safe and secure Canada. Policing duties can present many pressures and stresses to our members, including those caused by traumatic events, a constant state of vigilance, the increasing complexity of police investigations, or the responsibility of balancing/honouring family commitments.

[English]

Therefore, as we move forward, the RCMP is exploring the tools required to build stronger resiliency in our membership, to provide timely and effective supports for those who require them and to encourage an overall healthy working place for all our employees.

As we explore new tools and support systems moving forward, there are already many existing mental health programs and services in place for our employees.

[Translation]

All RCMP employees and their families have access to 24-hour, 7-days-a-week employee assistance services through Health Canada. This confidential service can provide access to counselling for up to eight hours per issue for an unlimited number of personal or work-related issues.

Je crois comprendre qu'il y aura un représentant pour chacun des deux groupes que nous recevons cet après-midi. Veuillez présenter une brève déclaration préliminaire, puis nous passerons à une période de discussion et de questions.

Nous allons commencer par M. Dubeau.

**Daniel Dubeau, sous-commissaire, dirigeant principal des Ressources humaines, Gendarmerie royale du Canada :** Monsieur le président, membres du comité, je souhaite vous remercier de l'attention continue que vous portez aux blessures de stress opérationnel qui touchent les membres actifs et à la retraite de la GRC.

Comme cela a été dit, je suis le sous-commissaire Dubeau, dirigeant principal des Ressources humaines à la GRC. Pour ce qui est des collègues qui m'accompagnent, je suis ici avec Gilles Moreau. Il détient de nombreux titres, entre autres celui de défenseur en matière de santé mentale au sein de l'organisation; il est donc aujourd'hui ici à ce titre. Sylvie Châteauvert, pour sa part, dirige notre programme de santé et sécurité au travail; elle pourra donc répondre à vos questions concernant les services que nous offrons.

J'aimerais aussi saluer mes collègues, le sergent Brian Sauvé et le sergent d'état-major Abe Townsend. Nous travaillons avec eux en étroite collaboration dans le cadre du programme.

[Français]

La GRC s'engage à appuyer un effectif qui est pleinement mobilisé et en santé afin de faire du Canada un pays sécuritaire et sûr. Les fonctions policières peuvent exercer sur nos membres beaucoup de pression et de stress, qui peuvent notamment être causés par des instants traumatisants, un état de vigilance constant, la complexité accrue des enquêtes policières ou la responsabilité d'atteindre un équilibre entre la vie familiale et la vie professionnelle et de respecter ses engagements familiaux.

[Traduction]

Ainsi, à mesure que nous allons de l'avant, la GRC explore les outils qui sont nécessaires pour accroître la capacité d'adaptation de nos membres, fournir du soutien efficace en temps opportun à ceux qui en ont besoin et favoriser un milieu de travail sain pour tous nos employés.

Pendant que nous explorons de nouveaux outils et systèmes de soutien pour l'avenir, de nombreux programmes et services en matière de santé mentale sont déjà offerts à nos employés.

[Français]

Tous les employés de la GRC et les membres de leur famille ont accès, 24 heures sur 24, tous les jours, aux Services d'aide aux employés par l'entremise de Santé Canada. Ce service confidentiel offre accès à un service de consultation jusqu'à huit heures par incident, pour traiter un nombre illimité de problèmes professionnels ou personnels.

[English]

The RCMP offers peer-to-peer systems for employees to serve as a conduit to our employee assistance services and other internal resources including, but not limited to, our occupational health services, our informal conflict management systems, our staff relations representatives, our bargaining agents and our chaplains.

But, as we know, more can be done to enhance the health and well-being of our employees. It is as a result of this that in 2014 the RCMP launched a five-year RCMP Mental Health Strategy to address stigma, maintain and/or improve our employee mental health, and to continually improve on how the RCMP is addressing mental health issues.

For serving and former members with an operational stress injury, Veterans Affairs Canada provides assessment, treatment and support services through their operational stress injury clinics. The Department of National Defence offers similar services to RCMP members through a network of clinics called Occupational Trauma and Stress Support Centres. Veterans Affairs Canada administers all treatments and benefits, including psychological counselling and use of OSI clinics for former RCMP members with a pensionable OSI condition.

Under the RCMP occupational health care program, serving members experiencing a psychological crisis or those who require addiction or other therapy can access psychotherapeutic services from psychologists licensed by a provincial or territorial regulatory authority for services they deliver. These services may be provided by other mental health professionals when deemed appropriate by the RCMP psychologist.

[Translation]

Occupational health care is an extra level of care that the RCMP may choose to provide to minimize limitations and restrictions that affect a member's fitness for duty and to maximize employability.

[English]

RCMP Occupational Health Services offers a number of support services, including confidential psychological services for our undercover drug program, suicide prevention and postmortem assessments, psychological interviews in attempted suicide, psychological assessments and debriefings, preventative activities, short-term counselling and/or therapy, and psychological support services on either an individual or group basis for psychologically traumatic events.

[Traduction]

La GRC a mis en place un système de soutien par les pairs pour les employés, lequel assure un lien avec les Services d'aide aux employés ainsi qu'à d'autres ressources internes qui comprennent, sans s'y limiter, nos services de santé au travail, notre système de gestion informelle des conflits, nos représentants des relations de travail, nos agents négociateurs et nos aumôniers.

Toutefois, comme nous le savons, nous pouvons en faire davantage pour améliorer la santé et le bien-être de nos employés. Par conséquent, en 2014, la GRC a lancé une stratégie quinquennale en matière de santé mentale dans le but d'aborder la question de la stigmatisation, de maintenir et de favoriser la santé mentale des employés et d'améliorer continuellement la façon dont la GRC traite des enjeux liés à la santé mentale.

Les membres de la GRC actifs et anciens qui souffrent d'une blessure de stress opérationnel ont accès à des services d'évaluation, de traitement et de soutien dans les cliniques de traitement des blessures de stress opérationnel d'Anciens Combattants Canada. Le ministère de la Défense nationale offre des services semblables aux membres de la GRC par l'entremise d'un réseau de cliniques que l'on appelle les centres de soutien pour trauma et stress opérationnel. Anciens Combattants Canada gère tous les avantages médicaux, y compris le service de consultation psychologique et l'accès aux cliniques BSO pour les anciens membres de la GRC qui reçoivent des prestations en raison d'une BSO.

Comme le prévoit le Régime de soins de santé au travail de la GRC, les membres actifs en période de crise psychologique ou qui doivent suivre une thérapie en raison d'une toxicomanie ou d'un autre problème peuvent recevoir des services de psychothérapie offerts par des psychologues agréés par un organisme de réglementation provincial ou territorial. Ces services peuvent être prodigués par d'autres professionnels de la santé mentale lorsque le psychologue de la GRC le juge approprié.

[Français]

Les soins de santé au travail sont des avantages supplémentaires que la GRC peut offrir afin de minimiser les contraintes et les restrictions ayant une incidence sur l'aptitude d'un membre à remplir ses fonctions et d'optimiser l'employabilité.

[Traduction]

Les Services de santé au travail de la GRC offrent un certain nombre de services de soutien, y compris des services psychologiques confidentiels dans le cadre du programme d'infiltration antidrogue, des services liés à la prévention du suicide et des évaluations rétrospectives, des entrevues d'évaluation psychologique au sujet d'une tentative de suicide, des évaluations psychologiques et des séances de débriefage, des activités de prévention, des services de consultation ou de thérapie à court terme et des services de soutien psychologique individuels ou en groupe en lien avec des incidents traumatisants.

A few additional examples of support services that the RCMP provides to serving and former members include:

[Translation]

Under its Supplemental Health Care Benefit Program, the RCMP provides serving members with personal, group, family and couples counselling by an approved psychologist.

[English]

Former members are offered the option to become a plan member under the Public Service Health Care Plan upon retirement. The plan includes coverage of psychological services. Furthermore, all former RCMP members and their families have access to short-term counselling services through the Veterans Affairs Canada Assistance Service.

Thank you for allowing us to appear today and to participate in your discussions on operational stress injuries. We look forward to answering any questions you may have.

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

Mr. Townsend, please go ahead.

**Staff Sergeant Abe Townsend, National Executive, RCMP Staff Relations Representative Program:** Good afternoon, Mr. Chair, committee members and guests. Thank you for the opportunity to appear before you today on behalf of the 23,000 members of the RCMP who serve across Canada and internationally.

For the past 34 years, I've served Canadians as a member of the RCMP, including as an elected representative for past 10. I'm now a national executive for the Staff Relations Representative Program, and that program is the non-union elected representation for the membership of the RCMP. With me today is Brian Sauvé. As introduced, he is Chair of the SRR Health Committee. I will turn the floor over to him.

**Sergeant Brian Sauvé, Staff Relations Representative (SRR) and Chair of the National SRR Health Committee, RCMP Staff Relations Representative Program:** Good afternoon Mr. Chair, committee members and guests.

Although my partner and I are regular members of the RCMP, we speak to you today on behalf of and to advance the concerns of all members of the RCMP through our role as elected staff relations representatives. I've occupied this role since 2011.

On behalf of all members, we would like to take this opportunity to thank Veterans Affairs Canada for the past 60-plus years of service to both serving and retired members of the Royal Canadian Mounted Police.

Parmi les services de soutien que la GRC offre à ses membres actifs ou anciens, on compte aussi :

[Français]

En vertu de son Régime de soins de santé complémentaire, la GRC donne aux membres accès à un service de consultation individuelle, en groupe, en famille ou en couple, offert par un psychologue approuvé.

[Traduction]

À leur retraite, les anciens membres ont la possibilité de participer au Régime de soins de santé de la fonction publique, qui comprend la prestation de services psychologiques. De plus, tous les anciens membres de la GRC, ainsi que les membres de leur famille, ont accès à des services de consultation à court terme par l'entremise des services d'aide d'Anciens Combattants Canada.

Merci de nous permettre de témoigner aujourd'hui et de participer à vos discussions au sujet des blessures de stress opérationnel. Nous avons hâte de répondre à vos questions.

**Le président :** Merci beaucoup.

Monsieur Townsend, allez-y.

**Sergent d'état-major Abe Townsend, exécutif national, Programme des représentants des relations fonctionnelles à la GRC :** Monsieur le président, honorables membres et distingués invités, bonjour. Merci de me donner la chance de comparaître devant votre comité aujourd'hui au nom des 23 000 membres de la GRC qui sont à l'œuvre partout au Canada et dans le monde.

Depuis 34 ans, je sers les Canadiens en tant que membre de la GRC, dont les 10 derniers à titre de représentant élu. Je suis maintenant membre de l'Exécutif national du Programme des représentants des relations fonctionnelles, le programme non syndical qui représente tous les membres de la GRC. Je suis ici aujourd'hui avec Brian Sauvé. Comme cela a été dit, il est le président du Comité de santé et de sécurité des RRF. Je lui laisse la parole.

**Sergent Brian Sauvé, représentant des relations fonctionnelles et président du comité RRF santé et sécurité au travail, Programme des représentants des relations fonctionnelles à la GRC :** Monsieur le président, membres du comité et invités, bonjour.

Bien que nous soyons membres réguliers de la GRC, nous nous adressons à vous aujourd'hui à titre de représentants élus des relations fonctionnelles, au nom de tous les membres de la GRC, pour défendre les dossiers qui leur tiennent à cœur. J'occupe ce rôle depuis 2011.

Au nom de tous les membres, nous tenons également à remercier le ministère des Anciens Combattants, qui offre des services depuis plus de 60 ans aux membres actifs et anciens de la Gendarmerie royale du Canada.

My primary duties lie with the day-to-day representation of the members that elected me. That is approximately 1,600 members, regular and civilian, in the Lower Mainland of British Columbia.

However, the SRR program has also elected me to represent all members of the force as Chair of our National SRR Health Committee. The health committee advances and advocates on issues of national and local concern to the membership. Some of the agenda items on that committee that are of interest to today's discussion include the RCMP's partnership with Veterans Affairs Canada, mental health in the RCMP, and suicide in the RCMP.

Mental health within the RCMP and across Canada has grown to be extremely topical in the past few years. I'm of the belief that this is a step in the right direction both for our membership, our organization and the country as a whole.

The SRR program has advocated for many years to the management of the RCMP about the need for a greater focus on the mental health of our membership, along with the resources and programs required to meet these challenges.

I was pleased to learn and be a part of the development and ongoing implementation of the RCMP's five-year Mental Health Strategy.

The initial focus of this strategy has been to reduce or eliminate the stigma associated with mental health. Operational stress injuries and post-traumatic stress disorder are a reality for our members. The more we can do to mitigate the risk and teach resilience, the stronger our organization will be.

As you are well aware, mental health issues — not only operational stress injuries and post-traumatic stress disorder — can be a difficult diagnosis to live with, but it is also difficult for the member suffering to come forward and seek treatment due to the appearance, whether real or perceived, of weakness, career limitations or alienation from their colleagues or the organization. This is all due to the stigma associated with mental health.

As a staff relations representative, I can speak directly to the impact that traumatic events, large and small, have on our membership. In the past two months alone, I have assisted no less than eight members involved in deadly force situations. Normally I am in attendance within the hour after the shots have rung out and provide support to the members on an ongoing basis, whether daily, monthly weekly or yearly.

Essentiellement, je suis responsable de représenter au quotidien les membres qui m'ont élu. On parle d'environ 1 600 membres, réguliers et civils, dans le Lower Mainland de la Colombie-Britannique.

Toutefois, le programme des RRF m'a aussi élu pour représenter tous les membres de l'organisation en tant que président du comité RRF santé et sécurité de travail. Le comité de la santé promeut et défend les enjeux nationaux et locaux touchant les membres. Parmi les questions dont traite le comité qui sont pertinentes à la discussion d'aujourd'hui, on compte le partenariat de la GRC et d'Anciens Combattants Canada, la santé mentale au sein de la GRC et le suicide au sein de la GRC.

La santé mentale au sein de la GRC et dans l'ensemble du Canada est devenue une question d'actualité au cours des quelques dernières années. Je crois qu'il s'agit d'un pas dans la bonne direction, autant pour nos membres et notre organisation que pour le pays en entier.

Durant de nombreuses années, le programme des RRF a fait valoir auprès de la direction de la GRC le besoin de porter davantage attention à la santé mentale de nos membres, ainsi que de prévoir les ressources et les programmes nécessaires pour surmonter les défis que celle-ci présente.

J'ai été heureux d'apprendre la mise sur pied d'une stratégie quinquennale en matière de santé mentale au sein de la GRC et de jouer un rôle dans son élaboration et sa mise en œuvre continue.

L'objectif principal de la stratégie est de réduire ou d'éliminer la stigmatisation relative à la santé mentale. Les blessures de stress opérationnel et l'état de stress post-traumatique sont une réalité pour nos membres. Plus nous pouvons en faire pour atténuer le risque et enseigner la résilience, plus notre organisation sera forte.

Comme vous le savez, les problèmes de santé mentale, et non seulement les blessures de stress opérationnel et l'état de stress post-traumatique, sont des problèmes avec lesquels il est difficile de composer; il est également difficile pour les personnes qui en souffrent de demander de l'aide et de se faire traiter en raison de leurs craintes, qu'elles soient réelles ou perçues, de donner une impression de faiblesse, de se faire imposer des contraintes à l'emploi ou d'éprouver un sentiment d'aliénation à l'égard de leurs collègues ou de l'organisation. Tout cela est dû à la stigmatisation des problèmes de santé mentale.

En qualité de représentant des relations fonctionnelles, je peux parler directement des répercussions qu'ont les événements traumatisants, majeurs et mineurs, sur nos membres. Au cours des deux derniers mois seulement, j'ai aidé pas moins de huit membres qui se sont trouvés dans une situation de force meurtrière. J'arrive normalement sur place dans l'heure suivant les coups de feu et j'offre de l'aide aux membres de façon continue, que ce soit de façon quotidienne, mensuelle, hebdomadaire ou annuelle.

I can attest that none of those impacted members will ever be the same. Most will be successful and go on to fulfilling careers serving Canada within the RCMP, but they will never be the same. All will require care and support.

I've been part of a number of initiatives through our partnership with Veterans Affairs Canada that I believe have assisted in reducing the stigma regarding operational stress injuries, not the least of which was the recent release of the OSI Connect app for smartphones. Any member, or even members of the public, can download this application from the Veterans Affairs Canada web page and learn about resilience, locate an operational stress injury clinic or do a self-assessment.

In addition to the OSI Connect app, in early 2014 the RCMP expanded the transition interview program offered through Veterans Affairs Canada for releasing or retiring members. Through the transition interview, members can learn about the benefits and services available to them through Veterans Affairs Canada due to their service in the force.

I believe more needs to be done and at present there are a number of initiatives under review by the RCMP, such as the Canadian Forces Road to Mental Readiness, or R2MR program, adapted to policing, as well as the Mental Health Commission of Canada's Mental Health First Aid course.

As we move forward, I believe we can enhance our partnership with Veterans Affairs Canada by increasing the outreach and education on the valuable benefits and services available to members of the RCMP. To this end, the RCMP liaison at Veterans Affairs Canada actively participates in outreach and awareness activity with our membership.

In closing, we thank you for your work. We need only to look at media headlines to realize that violence towards police is not on the decline. Incidents of operational stress, large and small, are an everyday occurrence for our members. Most will never make headlines, but all have an immediate or cumulative effect not only on the individual but their colleagues and their family.

Your work here is very important to our membership, and we welcome any questions the committee may have.

**The Chair:** Thank you, Mr. Sauvé and Mr. Dubeau, for your comments. We have a number of documents that we will want to take with us that help describe the various programs that are in place. You went over quite a number of them.

Je peux confirmer que tous les membres touchés par une telle situation ne seront plus jamais comme avant l'incident. La plupart d'entre eux auront une carrière enrichissante et serviront le Canada avec succès au sein de la GRC, mais ils seront changés à tout jamais. Ils auront tous besoin de soins et de soutien.

J'ai pris part à certaines initiatives dans le cadre de notre partenariat avec Anciens Combattants Canada qui, je crois, ont aidé à réduire la stigmatisation à l'égard de blessures de stress opérationnel, dont le lancement de l'application Connexion TSO pour les téléphones intelligents. Les membres, et même les membres du public, peuvent télécharger cette application à partir de la page web d'Anciens Combattants Canada et en apprendre davantage sur la résilience, trouver une clinique de traitement des blessures de stress opérationnel ou faire une autoévaluation.

En plus de lancer l'application Connexion TSO, au début de 2014, la GRC a élargi le Programme des entrevues de transition offert par Anciens Combattants Canada pour l'offrir aux membres qui prennent leur retraite ou qui quittent l'organisation. Lors de l'entrevue de transition, les membres peuvent découvrir les avantages et les services que leur offre Anciens Combattants Canada à la suite de leur service au sein de l'organisation.

Je crois qu'il faut en faire plus, et, actuellement, un certain nombre d'initiatives sont envisagées par la GRC, comme une version adaptée aux policiers du programme En route vers la préparation mentale, ou le programme RVPM, des Forces armées canadiennes, ainsi que le cours des premiers soins en santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada.

Pour l'avenir, je crois que nous pouvons renforcer notre partenariat avec Anciens Combattants Canada en mettant l'accent sur la sensibilisation et l'éducation à l'égard des avantages importants et des services dont peuvent profiter les membres de la GRC. À cette fin, l'agent de liaison de la GRC auprès d'Anciens Combattants Canada participe activement à des activités d'information et de sensibilisation auprès de nos membres.

Pour conclure, nous vous remercions de votre travail. Il suffit de jeter un coup d'œil aux grands titres pour réaliser que la violence contre les policiers n'est pas en baisse. Tous les jours, nos membres font face à des incidents majeurs et mineurs causant un stress opérationnel. La majorité de ces incidents ne font pas la manchette, mais ils ont tous un effet immédiat ou cumulatif, non seulement sur la personne, mais sur ses collègues et sa famille.

Le travail que vous effectuez ici est très important pour nos membres, et nous sommes prêts à répondre à toutes les questions que vous pourriez avoir.

**Le président :** Merci, monsieur Sauvé et monsieur Dubeau, de vos commentaires. Nous avons un certain nombre de documents que nous allons vouloir conserver qui décrivent les différents programmes en place. Vous en avez survolé un nombre passablement élevé.

Before I go to my list of senators who wish to pose questions, could you explain to us in a little more detail your relationship with Veterans Affairs Canada? Is money transferred from the RCMP to Veterans Affairs for the services they render? Are the services clinical only or are there some research activities, joint activities going on?

**Mr. Dubeau:** I will ask Ms. Châteauvert to answer the question. She is the direct contact with VAC.

**Sylvie Châteauvert, Director General, Occupational Health and Safety Branch, Royal Canadian Mounted Police:** With respect to the disability payments administered by VAC, it's a grant and contribution that the RCMP has the privilege to have, which is \$144 million. Certainly this is the dedicated fund. Of particular interest is that as of 2014, the number of clients that suffer from PTSD and OSI is 3,095. They have been diagnosed and are in receipt of a VAC pension for PTSD or OSI. Of those 3,095, 1,200 are still serving.

In that context, as we work with our partners, with VAC and also with DND/CF, there is also a steering committee to which the CHRO attends whereby we have the opportunity to exchange best practices and also leverage some of the services so that we continuously work to evolve and learn from one another to advance our common goals.

**The Chair:** Thank you. That's helpful and we'll get started now with honourable senators who may follow up on that, or I may be back following up on that later on.

**Senator White:** Thank you to each of you for being here.

We know the pressure on the RCMP in relation to new work or increased levels of work in pursuing terrorism. I'm trying to figure out whether we have seen an increase over the past 18 months in the number of requests for assistance, in particular on mental health, as the pressure of the job starts to shift.

I think all of you have been in situations such that when the work grows, the headaches often grow. If we have not seen an increase, are we anticipating such an increase and doing something about that proactively?

**Mr. Dubeau:** Have we seen an increase related to the level of work? I can't say that. I can't say there is a causal effect with the increased focus on national security or any of our jobs. We have seen an increase because of the educational programs, removing the stigma, so our members are coming forward. You're hearing about it more in our organization.

Avant que je passe à la liste des sénateurs qui souhaitent poser une question, pouvez-vous nous expliquer un peu plus en détail votre relation avec Anciens Combattants Canada? La GRC transfère-t-elle des fonds à Anciens Combattants pour les services qu'il rend? Les services sont-ils uniquement cliniques, ou y a-t-il des activités de recherche, des activités conjointes?

**M. Dubeau :** Je vais demander à Mme Châteauvert de répondre à la question. C'est elle qui entretient un contact direct avec ACC.

**Sylvie Châteauvert, directrice générale, Direction générale de la santé et sécurité au travail, Gendarmerie royale du Canada :** En ce qui a trait aux pensions d'invalidité gérées par ACC, c'est une subvention et une contribution de 144 millions de dollars dont la GRC a le privilège de profiter. C'est le fonds dédié. Ce qui est particulièrement intéressant, c'est qu'en 2014, le nombre de prestataires qui souffraient de BSO ou de l'ESPT s'élevait à 3 095. Ces personnes ont été diagnostiquées et reçoivent des prestations en raison d'un ESPT ou d'une BSO. Parmi ces 3 095 personnes, 1 200 sont toujours en service.

Dans ce contexte, pendant que nous travaillons avec nos partenaires, avec ACC et le MDN et les FAC, il y a aussi un comité directeur auquel siège le DPRH et grâce auquel nous avons l'occasion de mettre en commun des pratiques exemplaires et de mettre à profit certains des services afin que nous puissions continuer à évoluer et à apprendre les uns des autres dans le but de favoriser l'atteinte de nos objectifs communs.

**Le président :** Merci. Ces informations sont utiles, et nous allons laisser la parole à des sénateurs qui voudront peut-être donner suite à vos propos, ou peut-être y donnerai-je suite plus tard.

**Le sénateur White :** Merci à vous tous d'être ici.

Nous sommes conscients de la pression que subit la GRC en ce qui concerne de nouvelles tâches ou la charge de travail accrue liée à la lutte contre le terrorisme. J'aimerais savoir si nous avons constaté une augmentation du nombre de demandes d'aide au cours des 18 derniers mois, particulièrement sur le plan de la santé mentale, puisque la pression associée à l'emploi commence à s'accroître.

Je crois que vous avez tous vécu des situations où les tâches se multiplient, et où le mal de tête s'intensifie, bien souvent. Si nous n'avons pas constaté d'augmentation, faut-il s'y attendre et agissons-nous de façon proactive à cet égard?

**M. Dubeau :** Avons-nous constaté un alourdissement de la charge de travail? Je ne peux pas le dire. Je ne peux pas dire s'il y a un lien de causalité entre l'attention accrue à la sécurité nationale et l'un de nos emplois. Nous avons vu une augmentation des demandes à cause des programmes d'information, qui ont contribué à éliminer la stigmatisation et qui ont fait en sorte que nos membres demandent de l'aide. On en entend plus parler au sein de notre organisation.

This week is Mental Health Week. There is a lot of activity going on, and a lot of our members are speaking and seeking and reaching out to get the services. I believe that's why you are seeing the increase in the VAC numbers. And even across the force, with the removal of stigma compared to when I joined 30 years ago and you did not talk about it, it is becoming acceptable to speak about it. We are watching that.

Part of our strategy is looking at how we can pick up indicators and try to prevent that. We have done various things. We had a short research project in New Brunswick that looked at the New Brunswick population. As we rolled out R2MR, Road to Mental Readiness, we monitored this to see if we can identify risk factors.

We are now exploring with the University of Regina whether there would be an opportunity there to go into a research phase so that we're could start identifying these.

Until we figure out exactly what are the risk factors, it's very hard to get the prevention. We are putting a lot of education forward. I believe some self-assessment tools are going to go live this week. We have armed our leadership with the tool kits to speak about mental health.

The peer-to-peer program is what is key for us. We call it members watching each other's backs. If you see a member is not themselves, then you might want to ask the question. No matter how uncomfortable you are, ask the question, find out what's happening in their lives and reach out to help each other through this. You are correct that police work is a hard job to do, and we have to make sure we all go through it safely.

**Senator White:** I appreciate that, and maybe it will change over the next two years as this pressure continues.

The second question I have is that for retired RCMP officers to access VAC's OSI clinic, they have to be receiving a disability pension from Veterans Affairs. Is that true?

**Mr. Dubeau:** I believe so.

**Senator White:** That's what it says. Is that true of military retirees as well? I don't think it is.

Cette semaine, c'est la Semaine de la santé mentale. De nombreuses activités ont lieu, et bon nombre de nos membres prennent la parole et s'informent au sujet de nos services dans le but de demander de l'aide. Je crois que c'est la raison pour laquelle vous constatez une augmentation dans les chiffres d'ACC. Même au sein de l'organisation, grâce à la réduction de la stigmatisation, contrairement au moment où j'ai rejoint l'organisation il y a 30 ans et que personne n'en parlait, il est de plus en plus acceptable d'en parler. Nous surveillons cela.

Dans le cadre de notre stratégie, nous nous penchons sur les façons dont nous pouvons tenter de repérer les indicateurs et tenter de prévenir les problèmes. Nous avons fait différentes choses. Nous avons effectué un projet de recherche au Nouveau-Brunswick qui se penchait sur la population du Nouveau-Brunswick. Au moment de mettre en œuvre notre programme RVPM, En route vers la préparation mentale, nous avons surveillé cela pour voir si nous pouvions cerner des facteurs de risque.

En collaboration avec l'Université de Regina, nous sommes en train de nous demander s'il serait possible de passer à l'étape de la recherche de manière à ce que nous puissions commencer à cerner ces facteurs de risque.

Il sera très difficile de faire de la prévention tant que ces facteurs n'auront pas été circonscrits de façon exacte. Nous menons une foule d'activités d'éducation. Je pense que quelques outils d'autoévaluation seront rendus accessibles cette semaine. Nous avons fourni aux membres de notre direction les trousseaux d'outils qui les habiliteront à parler de santé mentale.

Le programme de soutien par les pairs est un élément essentiel pour nous. Nous aimons dire qu'il s'agit d'un programme qui permet aux membres de veiller les uns sur les autres. Si quelqu'un remarque qu'un de ses collègues semble ne pas être dans son assiette, il pourrait être utile qu'il s'enquière de son état. Même s'il est mal à l'aise à l'idée de le faire, il devrait lui poser des questions pour savoir si quelque chose s'est passé dans sa vie et, le cas échéant, lui tendre une main secourable afin de l'aider à traverser cette épreuve. Vous avez raison de dire que le travail de policier est difficile, et nous devons nous assurer que chaque policier l'exerce en toute sécurité.

**Le sénateur White :** Je comprends cela, et peut-être que les choses changeront au cours des deux prochaines années, à mesure que cette pression continue de s'exercer.

Ma deuxième question est la suivante : est-il vrai que seuls les agents à la retraite de la GRC qui touchent une pension d'invalidité d'Anciens Combattants Canada peuvent accéder à une clinique BSO d'ACC?

**M. Dubeau :** Je crois que oui.

**Le sénateur White :** C'est ce qui est indiqué. Est-ce que cela vaut également pour les militaires à la retraite? Je ne pense pas que ce soit le cas.



**Mr. Dubeau:** I can't speak for the military, senator. I'm not sure what their program is.

**Senator White:** I don't think it is. I'm challenged now to say that someone retiring from the RCMP and deciding they would like to access help, we force them into an 18- to 24-month system of trying to apply for a pension. Maybe the pension is not what they are looking for. Maybe they are just looking for help.

It's more of a concern, because I don't know that I actually realized you had to receive a disability pension to receive assistance under the OSI.

I would ask if I could receive some material from you identifying how that was determined, because I don't think I ever realized that was the plan. In fact, we had General Natynczyk here, and his answer, when I asked him the question around how someone would get help, he said that they just have to show up at the office, as long as they're a retired member. I didn't ask him if they had to have a disability pension, but I don't think he spoke to the need for a disability pension.

If you don't mind, I wouldn't mind seeing why it was determined that you have to be receiving a disability pension to receive that assistance, deputy.

**Mr. Dubeau:** Definitely, senator.

**Senator White:** Thank you.

**The Chair:** To confirm that point, it is our understanding that there is a different standard with the RCMP, which requires a retired member to be on pension before the clinics are available.

**Senator White:** A disability pension, not just pension; a separate pension altogether.

**The Chair:** Exactly, versus the veteran from the Armed Forces.

To lay the groundwork, we've learned that operational stress injury, particularly post-traumatic stress, sometimes manifests itself a number of years after service. They are the individuals that we are concerned about here, and if they are not on a disability pension, what are we going to do about those individuals?

**Mr. Dubeau:** Even after you have retired, you can apply to VAC and receive your pension. You can still do that. If you have retired from the organization, you can always apply at any given time.

I believe the determination has to be that it is duty related, and here is what you have got, and you have access our OSI clinics.

**M. Dubeau :** Je suis incapable de répondre à cette question, sénateur. Je ne connais pas la nature exacte du programme destiné aux militaires.

**Le sénateur White :** Je ne crois pas que cela s'applique aux militaires. On me somme de dire qu'un agent de la GRC qui prend sa retraite et qui décide qu'il a besoin d'aide sera contraint de présenter une demande de pension, procédure qui peut exiger de 18 à 24 mois. Cette personne n'a peut-être pas besoin d'une pension. Il se peut qu'elle ait seulement besoin d'une aide.

Cela est plus préoccupant, car je ne savais pas qu'on devait toucher une pension d'invalidité de façon à pouvoir recevoir de l'aide d'une clinique BSO.

J'aimerais savoir s'il vous serait possible de me transmettre des documents expliquant la raison d'être de cette procédure, vu que je ne pense pas avoir jamais pris conscience du fait qu'il allait en être ainsi. En fait, lorsque nous avons reçu ici le général Natynczyk, je lui ai posé une question concernant la procédure à suivre afin d'obtenir de l'aide, et il m'a répondu que toute personne qui se présentait à un bureau obtiendrait de l'aide, pour autant qu'elle a la qualité de membre à la retraite. Je ne lui ai pas demandé de préciser si cette personne devait toucher une pension d'invalidité, mais je ne crois pas qu'il ait évoqué une nécessité de ce genre.

Si cela ne vous ennuie pas, monsieur le sous-commissaire, j'aimerais que vous me transmettiez des documents expliquant pourquoi il a été établi qu'une personne devait être prestataire d'une pension d'invalidité de façon à pouvoir accéder à cette aide.

**M. Dubeau :** Bien sûr, sénateur.

**Le sénateur White :** Merci.

**Le président :** À ce sujet, j'aimerais confirmer que nous avons bel et bien compris que les membres de la GRC sont assujettis à un critère différent selon lequel les membres à la retraite doivent toucher une pension afin de pouvoir accéder aux cliniques.

**Le sénateur White :** Non pas une simple pension, mais une pension d'invalidité. Il s'agit d'une pension totalement distincte.

**Le président :** C'est exact. Ce critère ne s'applique pas aux anciens membres des forces armées.

Durant nos travaux préparatoires, nous avons appris que les blessures de stress opérationnel, surtout le trouble de stress post-traumatique, se manifestent parfois un certain nombre d'années après qu'une personne a pris sa retraite. Ce sont ces membres à la retraite qui nous intéressent ici. Qu'advient-il de ces gens s'ils ne touchent pas une pension d'invalidité?

**M. Dubeau :** Même après qu'ils ont pris leur retraite, ils peuvent présenter une demande de pension à ACC. Ils peuvent toujours le faire. Après qu'ils ont pris leur retraite, ils peuvent présenter cette demande à n'importe quel moment.

Je pense qu'il faut déterminer que le trouble en question est lié aux fonctions pour qu'une personne puisse accéder à nos cliniques BSO.

I believe Sylvie had some clarification.

**Ms. Châteauevert:** In the context of the OSI clinics and the trauma centres for DND, the OSI clinics are VAC clinics, per se. From our perspective for the RCMP, if you are in service, you are an active member and need to be referred to the OSI, you are referred through our health services officers, so our physicians within the force. That recommendation is made, and you can access the OSI if you are still serving.

If you are retired, normally it is someone receiving that pension. However, if you do show up at that doorstep, we work with the VAC liaison. It has not been my experience that anyone has been turned away for the help they needed. Sometimes we need to come back to the terms of the process, but to our knowledge no one has been turned away.

**Senator White:** I accept that and would expect nothing less, but I am concerned by the fact that we don't — sorry. My working with Staff Sergeant Townsend in Iqaluit today could mean that I'm suffering some stress and I should have automatic access, just as if a military officer working in Edmonton today feels that. I thought it was automatic; you get a pension and you have access.

I could ask the question, but I know the answer. I believe 18 to 27 months is the average time to get through an application process for a VAC pension, and not one has ever been approved first time in the RCMP. Not one, I understand, has ever been approved first time. Is that correct, assistant commissioner? The numbers are close, I'm sure.

To suggest that a retired officer should get that, I think, is unfair. This isn't your problem. I might suggest it's ours to find a solution. I do think, from a fairness perspective, someone serving with Staff Sergeant Townsend deserves as much support as possible.

**The Chair:** Did you wish to defend yourself about Iqaluit here?

**Mr. Townsend:** I've been defending Senator White for years in many venues. Now he is your colleague and will become your problem.

In relation to the question, as we define our relationship with Veterans Affairs, it's an ongoing process. In fact, I'm informed that the process of defining that relationship is happening as we speak.

Transition interviews that were piloted four or five years ago were a huge bonus for our members, because that was done external to the force and a bit of a gut check, a self-awareness as you're walking out the door: "By the way, here is what you are

Je pense que Sylvie a quelques précisions à fournir.

**Mme Châteauevert :** Pour distinguer les cliniques BSO et les centres de traumatologie du MDN, je soulignerai que les cliniques BSO sont, par définition, des cliniques d'ACC. Au sein de la GRC, l'aiguillage des membres actifs vers les cliniques BSO relève des médecins-chefs, c'est-à-dire des médecins de notre organisation. Un membre actif peut accéder à ces cliniques si un médecin formule une recommandation à cet effet.

En ce qui concerne les membres à la retraite, en règle générale, seuls ceux qui touchent la pension en question peuvent accéder aux cliniques. Toutefois, si une personne se présente à une clinique, nous entrons en contact avec un agent de liaison d'ACC. À ma connaissance, il n'est jamais arrivé qu'une personne qui avait besoin d'aide ait dû rebrousser chemin. Nous devons parfois revenir aux modalités du processus, mais à notre connaissance, personne ne s'est vu refuser l'accès aux cliniques.

**Le sénateur White :** Je vous crois, et je ne m'attendais à rien de moins, mais je suis préoccupé par le fait que nous ne... Je suis désolé. Il se pourrait que je me trouve aujourd'hui à Iqaluit avec le sergent d'état-major Townsend et que, dans le cadre de mes fonctions, je subisse un stress et que je doive accéder automatiquement à une clinique, tout comme cela pourrait arriver à un officier militaire qui se trouverait à Edmonton. Je croyais qu'une personne qui touchait une pension avait automatiquement accès aux cliniques.

Je pourrais poser la question, mais je connais la réponse. Je crois que le traitement d'une demande de pension d'ACC exige de 18 à 27 mois, et qu'aucun membre de la GRC ne s'est vu accorder cette pension à l'issue d'une première demande. Si j'ai bien compris, aucune première demande n'a jamais été approuvée. Est-ce exact, monsieur le commissaire adjoint? Je suis certain que ces chiffres ne sont pas loin de la vérité.

J'estime qu'il est injuste d'affirmer qu'un agent à la retraite devrait obtenir cela. Cela n'est pas votre problème. J'avancerais que c'est à nous qu'il revient de trouver une solution. Je pense toutefois que, par souci d'équité, une personne qui travaille auprès du sergent d'état-major Townsend mérite de recevoir le plus grand soutien possible.

**Le président :** Souhaitez-vous vous défendre relativement à ce qui a été mentionné à propos d'Iqaluit?

**M. Townsend :** Au fil des ans, j'ai défendu le sénateur White sur de nombreuses tribunes. À présent, il est votre collègue, et c'est à vous qu'incombera cette tâche.

En ce qui concerne la question, je vous dirai que le travail consistant à définir notre relation avec le ministère des Anciens Combattants est un processus qui est en cours. En fait, on me dit qu'on est en train de faire cela en ce moment même.

Il y a de cela quatre ou cinq ans, on a mené un projet pilote d'entrevues de transition, et cela a été extrêmement profitable pour nos membres, vu qu'il s'agissait d'un processus externe qui les a en quelque sorte placés face à eux-mêmes. Cela leur a permis

entitled to. Here are the programs you are being made aware of.” It was a segue into healthy retirement. At least you had the information.

As we define our relationship in the future, maybe that’s the best practice we can adopt from the military, but it will come with a cost, I’m sure, and fair enough. Our members serve with honour, and that’s the cost that we, as Canadians, I would suggest, are willing to undertake.

**Senator Lang:** Looking at the notes that have been provided for us, they talk about an attached table in respect to the number of individuals who have taken part in the various programs. Do you have a copy of that table with you? Are you familiar with what I’m speaking of?

**Mr. Dubeau:** I don’t have that in my notes, senator. I’m not sure what copy you have in front of you.

**Senator Lang:** The heading is “Prevalence of OSI in the RCMP.” The number of serving members who obtain treatment for occupational stress injury has increased from 52 in 2010 to 239 in 2014. The number of serving members with a pension award —

**Mr. Dubeau:** Those are different notes. We do have those tables.

**Senator Lang:** Could you provide those for us?

**Mr. Dubeau:** Yes.

**Senator Lang:** That leads me into the numbers. I don’t necessarily want to get into a numbers game, but it certainly demonstrates whether there is an increased utilization of services.

It says there were 455 in 2008 to 1,014 in 2014. Is that per year or is that in total, just to give us some essence of the full numbers of what we’re dealing with? What I’m trying get at is the sense that one year the average was 455 a year, and all of a sudden it jumped up to 1,000 in 2014 in one year.

**Ms. Châteauevert:** If I may, sir. Are you referring to those who have been diagnosed with PTSD or those who are accessing the OSI clinics?

**Senator Lang:** There are a number of categories here. The number of serving members with a pension award for PTSD has increased from 455 in 2008 to 1,014 in 2014. Is that total number, 1,014, who are on pension award with PTSD?

**Mr. Dubeau:** I believe those are cumulative numbers, so it is a total.

**Ms. Châteauevert:** Correct.

de faire une prise de conscience au moment où ils quittaient l’organisation. On leur disait : « En passant, voici ce à quoi vous avez droit. Voici les programmes auxquels vous êtes admissibles. » Il s’agissait d’un exercice de transition vers une retraite saine. Ces gens se sont à tout le moins vu fournir les renseignements pertinents.

Au moment de définir la forme que prendra notre relation dans l’avenir, il s’agit peut-être là d’une pratique exemplaire que nous pourrions emprunter à l’armée, mais je suis certain que cela aura un coût, et c’est très bien ainsi. Nos membres servent le pays de façon honorable, et j’avancerais qu’il s’agit là d’un coût que les Canadiens sont disposés à assumer.

**Le sénateur Lang :** Dans les notes qui nous ont été fournies, il est question d’un tableau fourni en pièce jointe concernant le nombre de personnes ayant pris part aux divers programmes. Avez-vous une copie de ce tableau entre les mains? Voyez-vous de quoi je parle?

**M. Dubeau :** Je n’ai pas ce tableau dans mes notes, sénateur. Je ne sais pas quel document vous avez sous les yeux.

**Le sénateur Lang :** Sous la rubrique « Prévalence des TSO au sein de la GRC », il est indiqué que le nombre de membres actifs qui ont suivi un traitement pour un traumatisme lié au stress opérationnel est passé de 52 en 2010 à 239 en 2014. Le nombre de membres actifs qui reçoivent une pension...

**M. Dubeau :** Il s’agit là de notes différentes. Nous disposons de ces tableaux.

**Le sénateur Lang :** Pourriez-vous nous les transmettre?

**M. Dubeau :** Oui.

**Le sénateur Lang :** Cela m’amène aux statistiques. Je ne tiens pas nécessairement à me lancer dans une guerre de chiffres, mais ceux qui nous ont été fournis indiquent assurément une hausse du recours aux services.

On mentionne que le nombre est passé de 455 à 1 014 de 2008 à 2014. Afin que nous comprenions bien les chiffres auxquels nous avons affaire, j’aimerais que vous nous précisiez s’il s’agit là de nombres annuels ou de nombres totaux. Là où je veux en venir, c’est qu’on a l’impression que la moyenne annuelle était de 455, et que, tout d’un coup, en 2014, elle est passée à 1 000.

**Mme Châteauevert :** Si vous le permettez, monsieur, j’aimerais savoir si vous parlez de ceux qui ont reçu un diagnostic de TSPT ou de ceux qui accèdent aux cliniques BSO.

**Le sénateur Lang :** Un certain nombre de catégories est indiqué. Le nombre de membres actifs touchant une pension ou une indemnité pour TSPT est passé de 455 en 2008 à 1 014 en 2014. Ce nombre — 1 014 — est-il le nombre total de personnes atteintes d’un TSPT qui reçoivent une pension?

**M. Dubeau :** Je crois qu’il s’agit là de nombres cumulatifs. Il s’agit donc d’un total.

**Mme Châteauevert :** Exact.

**Mr. Dubeau:** One year you have 400, and the next year you have 500. It's not 500 new cases. We're just adding.

**Senator Lang:** It's 400 plus another 500.

**Mr. Dubeau:** Yes.

**Senator Lang:** We went from 93 for operational stress injuries in 2008 to 203 in 2014. What I'm getting at is this: Are there presently enough services and resources to deal with the numbers that we're seeing here in respect to looking for services from Veterans Affairs with this increase? You talked about \$144 million. Is that adequately covering the membership that's applying for services?

**Ms. Châteauevert:** We operate, obviously, within the grant and contribution that we're given. But if I may, in addition to the activities and the work external to the RCMP, within the RCMP, we do have divisional resources across the country whereby we have medical professionals. It's a multidisciplinary approach. We have a number of psychologists working with the front line. To that, in resources alone, we dedicate \$2.2 million just with our psychologists.

In that context, there's a lot of work that goes on internal to the organization before it actually needs to reach externally, whereby the additional services of the clinics and so on are required.

In the context of health care overall, the RCMP spends \$60 million. Of that amount, \$5.5 million is dedicated to mental health, those requiring treatment and medical assessment.

**Senator Lang:** I'm trying to get some sense of how this works in respect of Veterans Affairs and then the RCMP. In some cases, what I see between Veterans Affairs and DND, we may well be getting a duplication of some services. This is what I'm getting at. If we're doing this here, the \$60 million, and then we have another \$144 million in another category — am I reading this right?

**Mr. Dubeau:** Senator, those are different categories. The \$60 million is for health care internal to our organization. It's used for a different function. Part of that could be psychological services.

I believe your initial question was whether VAC has sufficient resources to deal with the inflow of our members applying. We are constantly in communication with VAC; we have an MOU with VAC for the services they provide us. We're constantly readjusting where we have to.

**M. Dubeau :** Le nombre est de 400 au cours d'une année, et l'année suivante, il est de 500. Ces 500 cas ne sont pas de nouveaux cas. On ne fait qu'additionner.

**Le sénateur Lang :** Il est question de 400, puis de 500 autres.

**M. Dubeau :** Oui.

**Le sénateur Lang :** De 2008 à 2014, le nombre de cas de blessures de stress opérationnel est passé de 93 à 203. Voici à quoi je veux en venir : dispose-t-on actuellement des services et des ressources nécessaires pour faire face à cette hausse du nombre de personnes cherchant à accéder aux services d'ACC? Vous avez évoqué le montant de 144 millions de dollars. Est-ce qu'il couvre adéquatement tous les membres qui présentent des demandes de services?

**Mme Châteauevert :** De toute évidence, nous fonctionnons dans les limites imposées par le montant des subventions et contributions qui nous ont été octroyées. Cela dit, la GRC n'a pas uniquement recours à des activités menées à l'externe. Partout au pays, elle dispose à l'interne de ressources divisionnaires dotées de professionnels de la médecine. Il s'agit d'une démarche multidisciplinaire. Nous disposons d'un certain nombre de psychologues qui travaillent en première ligne. Nous affectons un montant de 2,2 millions de dollars à ces seules ressources que représentent nos psychologues.

Ainsi, nous menons une foule d'activités à l'interne avant que nous n'ayons à recourir aux services supplémentaires fournis à l'externe par les cliniques et d'autres partenaires.

En matière de soins de santé, les dépenses de la GRC s'élèvent à 60 millions de dollars. De ce montant, une somme de 5,5 millions de dollars est affectée aux troubles de santé mentale exigeant un traitement et une évaluation médicale.

**Le sénateur Lang :** Je tente de comprendre comment les choses fonctionnent entre ACC et la GRC. Lorsqu'on examine les relations entre ACC et le MDN, il est fort possible qu'on constate un certain nombre de chevauchements de services. Voilà à quoi je veux en venir. Si l'on dispose, d'une part, de 60 millions de dollars, et que, d'une autre, nous disposons de 144 millions de dollars de plus... Est-ce que j'ai bien compris?

**M. Dubeau :** Sénateur, il s'agit de deux choses distinctes. Le montant de 60 millions de dollars est celui que dépense à l'interne notre organisation pour les soins de santé. Ces fonds sont utilisés à d'autres fins. Ils peuvent servir, entre autres, à la fourniture de services psychologiques.

Je pense que votre question initiale était celle de savoir si ACC dispose de ressources suffisantes pour composer avec l'afflux de demandes soumises par nos membres. Je vous dirai que nous communiquons constamment avec ACC. Nous avons conclu avec ACC un protocole d'entente visant la fourniture de services. Nous procédons à des rajustements chaque fois que c'est nécessaire.

I can't say from my perspective, or hearing from Veterans Affairs, that they don't have the resources to take the inflow. We recently had an evaluation done on the grant and contribution for our organization, \$144 million as it is today, and that's come back very positive, saying it's a good use of money and we're able to keep up. I haven't heard of specific cases where members are saying that it's taking too long and they can't get the service.

If that happens, I'm sure I would hear it through my colleagues. Our vets association would tell us right away. That's why we have a VAC liaison sitting in Charlottetown, to be on the ground so that if we hear there aren't enough resources and the files aren't getting looked at, we can engage early.

The steering committee, which I sit on with Veterans Affairs and our colleagues from National Defence, is to discuss those issues, to ensure we all have the services we need. If we have to adjust, of course we would have that discussion with Veterans Affairs about how we ensure that we are getting the services we need for our membership.

**Mr. Sauvé:** From a member's perspective, the feedback I've heard is nothing but positive with respect to the OSI clinics and their dealings with Veterans Affairs Canada. Yes, delays, time from application to pension, dealing with the Veterans Review and Appeal Board can be challenges on the front end. From that perspective, I would say the resources within the OSI clinics — I deal regularly with the one on West Broadway in Vancouver. I understand you've heard from Dr. Passey, a psychiatrist at that location. Members can show up at the front door and not be refused treatment as they await the Veterans Affairs pension process.

I would say the challenge is the internal RCMP resources. That's a grander discussion with respect to attracting psychologists to make those referrals to the OSI clinics. As we do it today, it has to be an RCMP health services officer that makes that referral.

We are having issues, especially in B.C., where I'm from, attracting enough health professionals to work for the RCMP. That creates a bit of a backlog internally so that the members can access those clinics. That's a grander discussion that I'm pretty sure is out of the purview of this particular committee.

Selon ce que je peux observer et d'après ce que me disent les gens du ministère, je ne suis pas en mesure d'affirmer qu'ACC ne dispose pas des ressources pour faire face à la demande. Nous avons récemment procédé à une évaluation des subventions et contributions versées à notre organisation — ce montant se chiffre actuellement à 144 millions de dollars —, et les résultats ont été très positifs. Il s'est révélé que nous faisons une bonne utilisation de l'argent et que nous étions en mesure de composer avec la demande.   ce que je sache, aucun membre ne s'est plaint du fait que les choses traînaient en longueur et qu'il était impossible d'accéder aux services.

Si cela s'était produit, je suis certain que mes collègues m'en auraient parlé. Notre association des anciens nous le ferait immédiatement savoir. Voilà pourquoi nous disposons d'un agent de liaison d'ACC   Charlottetown. Nous tenons à être présents sur le terrain de manière à ce que nous puissions prendre rapidement des mesures si nous apprenons que le nombre de ressources est insuffisant et que les dossiers s'empilent sur un bureau.

Le comité directeur dont je suis membre, et qui est également composé de gens d'Anciens Combattants et de nos collègues de la Défense nationale, a été constitué de manière à ce que nous puissions discuter de ces questions et veiller à ce que tous les services requis soient fournis. Si nous devons procéder à des rajustements, nous discutons évidemment avec les gens d'ACC des mesures que nous devons prendre pour faire en sorte que nos membres aient accès aux services dont ils ont besoin.

**M. Sauvé :** Pour ce qui est des membres, je vous dirai que, pour autant que je sache, ils n'ont que des commentaires positifs à formuler au sujet des cliniques BSO et de leurs interactions avec Anciens Combattants Canada. Bien sûr, il arrive qu'il y ait des retards, que du temps s'écoule entre le dépôt d'une demande et le versement d'une pension et que les relations initiales avec le Tribunal des anciens combattants (révision et appel) posent des difficultés. De ce point de vue, j'avancerais que les ressources au sein des cliniques BSO... Je me rends régulièrement à la clinique située sur West Broadway,   Vancouver. Je crois comprendre que vous avez entendu le témoignage du Dr Passey, qui fournit des services de psychiatrie à cet endroit. Les membres peuvent se présenter à une clinique et accéder à un traitement en attendant qu'ACC traite leur demande de pension.

J'avancerais que la difficulté tient aux ressources internes de la GRC. Il s'agit là d'un débat plus vaste qui concerne le fait d'attirer des psychologues chargés d'aiguiller les membres vers les cliniques BSO.   l'heure actuelle, seul un médecin-chef de la GRC peut diriger un membre vers ces cliniques.

Nous éprouvons de la difficulté à attirer un nombre suffisant de professionnels de la santé au sein de la GRC, surtout dans ma province, la Colombie-Britannique. Cela a pour effet d'occasionner un certain arriéré à l'interne en ce qui a trait à l'accès des membres aux cliniques. Il s'agit là d'un débat plus vaste, et je ne suis pas certain qu'il soit du ressort du comité.

**Senator Lang:** We talk about prevention, and it goes back to the recruitment of individuals into the RCMP. Some individuals are capable of being able to handle stress more than others. I think that's a known fact. Looking ahead and knowing the increased stress that the members of the Armed Forces, and in this case the RCMP, are under — and it's going to increase, not decrease, unfortunately — what are we doing to ensure that there is full, adequate psychological testing of young recruits to ensure that we do the best we can so they can withstand some of the day-to-day pressures that they have to face, and subsequently keep the numbers down that may need assistance?

**Mr. Dubeau:** Part of our recruiting process, senator, is actually psychological testing. I'm going to use the acronym because I don't know the full term — the MMPI. I believe that's the test we use. Every recruit that comes in has to pass that test. It's looked at by psychologists to ensure they meet our standards. That's how we ensure we have screening at the front end.

When they arrive at Depot, we do talk. There's a mental health session at Depot. We're now engaging our training facility to ensure that we engage them and ensure that they understand what mental health is. It's being re-emphasized throughout the training. They need to understand that they can reach out for help. We're developing and trying to build assistance right there so that when they walk out of Depot they understand there are services available to them and don't hesitate to reach out to those services.

**Senator Lang:** Mr. Chair, I don't want to belabour this, but I want to pursue it. Are we comfortable with the amount of testing we're doing to ensure that those you find will not be capable are identified so they're not put through the process, put into uniform and then put into a situation that will affect them and the general public for the rest of their life? With the recruiting, are there quite a number of situations where someone is turned away because they're not going to be able to cope when you've gone through this testing?

**Mr. Dubeau:** Within the recruitment process, yes. Yes, you can be screened out on the psychological aspect. You can be screened out if you don't meet the standards. That is not to say you're a bad individual.

**Senator Lang:** I'm not saying that at all.

**Mr. Dubeau:** There are indicators there that would cause us to be concerned.

**Senator Lang:** That you won't be able to cope with the job?

**Le sénateur Lang :** Nous parlons de prévention, et cela nous ramène au recrutement de personnes au sein de la GRC. Certaines personnes sont mieux à même que d'autres de composer avec le stress. Je pense qu'il s'agit d'un fait établi. Comme nous savons que les membres des forces armées, et, en l'occurrence, de la GRC subiront dans l'avenir un stress accru — le niveau de stress ne va malheureusement pas diminuer —, j'aimerais que vous nous indiquiez les mesures que nous prenons pour nous assurer que les jeunes recrues font l'objet d'une évaluation psychologique complète et adéquate et que nous faisons notre possible pour qu'elles soient en mesure de supporter quelques-unes des pressions quotidiennes auxquelles elles doivent faire face, et ainsi réduire au minimum le nombre de personnes qui pourraient avoir besoin d'une aide.

**M. Dubeau :** En fait, sénateur, notre processus de recrutement comporte une évaluation psychologique. Je crois que le test que nous utilisons est le MMPI — j'utilise le sigle puisque je ne connais pas son nom au long. Chaque recrue doit subir ce test. Des psychologues examinent les résultats pour s'assurer que les candidats répondent à nos critères. Il s'agit là d'une mesure de présélection que nous prenons.

À leur arrivée à la Division Dépôt, nous discutons. Une séance d'évaluation de la santé mentale a lieu à cet endroit. Nous mobilisons actuellement le personnel de notre centre de formation pour nous assurer que les recrues sont prises en charge et qu'elles comprennent ce qu'est la santé mentale. On remet l'accent là-dessus tout au long de la formation. Elles doivent comprendre qu'elles peuvent demander de l'aide. Nous élaborons et tentons d'établir un service d'aide immédiatement, afin que, au moment où les recrues sortent de la Division Dépôt, elles comprennent qu'elles ont accès à des services et qu'elles n'hésitent pas à faire appel à ces services.

**Le sénateur Lang :** Monsieur le président, je ne veux pas m'attarder sur cette question, mais je veux l'approfondir. Sommes-nous à l'aise avec le nombre d'examen auxquels nous soumettons les recrues afin de nous assurer que celles qui sont jugées non aptes sont désignées comme telles, qu'on ne les laisse pas suivre le processus, revêtir l'uniforme pour ensuite les placer dans une situation qui les affectera ainsi que le grand public pour le reste de leur vie? Dans le cadre du recrutement, y a-t-il un grand nombre de situations où une personne est refusée parce qu'elle ne pourra pas composer avec le stress lié à l'emploi une fois qu'elle aura terminé ces examens?

**M. Dubeau :** À l'intérieur du processus de recrutement, oui. Oui, il est possible d'être éliminé à la présélection du point de vue de l'aspect psychologique. On peut être éliminé à la présélection si on ne répond pas aux normes. Cela ne veut pas dire qu'on est une mauvaise personne.

**Le sénateur Lang :** Ce n'est pas du tout ce que je dis.

**M. Dubeau :** Des indicateurs susciteraient des préoccupations de notre part.

**Le sénateur Lang :** Selon lesquelles la personne ne pourra composer avec l'emploi?

**Mr. Dubeau:** Right. We do that.

**Gilles Moreau, Assistant Commissioner, Assistant Chief HR Officer and Director General, Workforce Programs & Services, Royal Canadian Mounted Police:** The test being administered is not there to identify whether you'll be able to cope or not. It's to see whether you're psychologically healthy to be a police officer. It's not targeted to see whether you will be prone to PTSD or an OSI or you'll be able to cope, but that you're healthy when you start out with the organization.

**Senator Mitchell:** Thanks very much to each of you for being here. This is a very important issue and you obviously take it very seriously. The Senate has been working on PTSD in the RCMP for some time, and I certainly have been. A lot of what we're talking about today is what happens once somebody has it, and I know that you're very concerned about avoiding it in the first place.

One of the programs put in place in the past, we are told, was the Respectful Workplace Program. Deputy Commissioner, could you give us an idea of where that stands in its implementation, how you're assessing it, its impact and so on?

**Mr. Dubeau:** I'll give you an overview of it. I may not be able to provide details because I wasn't prepared for that question today.

The Respectful Workplace Program rolled out about three years ago as a result of cultural issues in the organization and inappropriate behaviour. It came as a result of our gender and respect assessment and our action plan. We have flowed that out. We had 30-something action items and we flowed them out.

We have achieved most of them. Parts of those would have been Bill C-42. The accountability act for the RCMP allowed a whole bunch of new HR systems to go into place that have to do with harassment, code of conduct, the professionalization of the organization and expectations.

That came into force in November and the systems now are flowing, and it's the responsibility of our professional responsibility officer to make that happen. Early indications are that it seems to be achieving what we want. Grievances are being resolved more quickly, which was part of the issue. We have launched an internal informal conflict management system and have practitioners in the field.

The harassment process has been changed dramatically. We have a new harassment policy, which is very clear. We have centralized reporting, for lack of a better term, outside the chain of command, where if somebody feels they're not being treated

**M. Dubeau :** Exact. Nous évaluons cet aspect.

**Gilles Moreau, commissaire adjoint, assistant dirigeant principal des RH et directeur général, Programmes et services relatifs à l'effectif des RH, Gendarmerie royale du Canada :** L'examen administré ne vise pas à déterminer si la personne est capable de composer ou non avec le stress. Il s'agit de voir si sa santé psychologique lui permet d'être un agent de police. Il vise non pas à déterminer si elle est prédisposée au TSPT ou à une BSO ou si elle pourra composer avec l'emploi, mais plutôt si elle est en bonne santé au moment où elle commence à travailler pour l'organisation.

**Le sénateur Mitchell :** Merci beaucoup à chacun de vous d'être présents ici. Il s'agit d'une question très importante, et vous la prenez manifestement très au sérieux. Le Sénat travaille sur le TSPT à la GRC depuis un certain temps, et certes, moi aussi. Une grande partie de ce dont nous parlons aujourd'hui, c'est ce qui arrive une fois qu'une personne est atteinte, et je sais que vous êtes très soucieux d'éviter ce trouble au départ.

Le Programme de respect en milieu de travail, nous dit-on, fait partie des programmes mis en place dans le passé. Monsieur le sous-commissaire, pourriez-vous nous donner une idée de l'étape de sa mise en œuvre à laquelle vous êtes, de la façon dont vous l'évaluez, de son incidence, et ainsi de suite?

**M. Dubeau :** Je vais vous en donner un aperçu. Je ne pourrai peut-être pas vous donner de détails, car je n'étais pas préparé à répondre à cette question aujourd'hui.

Le Programme de respect en milieu de travail a été mis en œuvre il y a environ trois ans à la suite de problèmes culturels au sein de l'organisation et de comportements inappropriés. Il découlait de notre évaluation de l'égalité entre les sexes et du respect et de notre plan d'action. Nous avons exécuté ce plan d'action. Nous avons une trentaine de points à l'ordre du jour, et nous les avons mis à exécution.

Nous avons réalisé la plupart d'entre eux. Certaines parties de ces éléments ont été prévues dans le projet de loi C-42. La loi sur la responsabilisation de la GRC permettait la mise en place de tout un tas de nouveaux systèmes de RH qui touchent le harcèlement, le code de déontologie, la professionnalisation de l'organisation et les attentes.

Ce programme est entré en vigueur en novembre, et les systèmes sont maintenant en fonction. Nos agents de la responsabilité professionnelle sont chargés de son fonctionnement. Selon les premières indications, il semble donner les résultats escomptés. Nous avons lancé un système interne informel de gestion des conflits, et nous disposons de praticiens dans ce domaine.

Le processus relatif au harcèlement a été modifié considérablement. Nous avons une nouvelle politique en matière de harcèlement qui est très claire. Nous avons centralisé les signalements — faute d'un meilleur terme — à l'extérieur de la

properly or being treated inappropriately, such as inappropriate comments — it could be somebody in charge of you — you can actually report it. That's all been put in place.

What's remaining, and we always knew this would be the issue, is the recruitment of female applicants. That's always been a challenge and we continue to work on that. We're working on a new ad campaign. We still have some very specific recruiting events for females interested in joining the force. We're trying to bring that up.

Every division, every commanding officer, put in place Respectful Workplace Programs. We had national programs. They were allowed to tailor it to what they needed. What was happening in B.C. may not be the same as what was happening in Newfoundland, so we allowed a lot of flexibility for our commanding officers to put in what they needed. Many of them did surveys, found out the lay of the land, the climate, and then targeted very specific programs.

For example, I know that in B.C. they put out respectful workplace advisers in the districts, and it was almost like peer to peer. Brian can speak to that because he comes from B.C. That was what they did. We did more education and training. That's all been rolled in.

We measure it this way: We look at the health of our organization and if we're resolving our harassment complaints more quickly. We're hoping that with our new system, the grievances, as they come in, will be resolved more quickly. There's nothing worse than putting a grievance into the system and it lingers, so we're looking at that.

Our internal conflict management system, we watch the metrics: How many people are using it? How is that working? Can we improve on that?

You saw that our peer-to-peer support network came out of that. We said we need to have peer-to-peer support as we change to the Employee Assistance Services with Health Canada, because that was a cultural change for our organization. Our members are used to an internal program. We've been campaigning on that, saying that it's a confidential and professional system, so reach out. It's always unfortunate that you see these problems, but at least the numbers going up. People are reaching out. Families are reaching out and getting the help they need. That's what we're looking at; giving people the hope and help they need to see we can get through this together.

chaîne de commandement, où, si une personne estime ne pas être traitée de façon appropriée ou être traitée de façon inappropriée, par exemple, si elle fait l'objet de commentaires déplacés — il pourrait s'agir d'un de ses supérieurs —, il est vraiment possible de le signaler. Tout cela a été mis en place.

Ce qui reste — et nous avons toujours su que cela poserait problème —, c'est le recrutement de candidates. Cela a toujours constitué un défi, et nous continuons de travailler là-dessus. Nous travaillons sur une nouvelle campagne publicitaire. Nous tenons encore certains événements de recrutement ciblant très précisément les femmes qui souhaitent se joindre à la gendarmerie. Nous tentons de le souligner.

Toutes les divisions, tous les commandants divisionnaires, ont mis en place un programme de respect en milieu de travail. Nous avons eu des programmes nationaux. Les divisions avaient la permission de les adapter en fonction de leurs besoins. Il ne se passait peut-être pas la même chose en Colombie-Britannique qu'à Terre-Neuve, alors nous avons accordé une grande marge de manœuvre à nos commandants divisionnaires pour leur permettre d'intégrer ce dont ils avaient besoin. Nombre d'entre eux ont réalisé des sondages, ont établi ce qu'il en était, le contexte, puis ont ciblé des programmes très précis.

Par exemple, je sais que, en Colombie-Britannique, on a affecté des conseillers en matière de respect en milieu de travail dans les districts, et il s'agissait presque de soutien par les pairs. Brian peut vous en parler, puisqu'il vient de cette province. C'est ce qu'on a fait. Nous avons offert plus d'éducation et de formation. Tout cela a été intégré.

Nous mesurons le succès de la façon suivante : nous regardons la santé de notre organisation et déterminons si nous réglons plus rapidement nos plaintes liées au harcèlement. Nous espérons que, grâce à notre nouveau système, les griefs seront réglés plus rapidement à mesure que nous les recevons. Rien n'est pire que d'entrer un grief dans le système et qu'il s'éternise, alors nous nous penchons sur ce problème.

Dans le cas de notre système interne de gestion des conflits, nous surveillons les paramètres suivants : combien de gens l'utilisent? Fonctionne-t-il bien? Pouvons-nous l'améliorer?

Vous avez vu que notre réseau de soutien par les pairs est ressorti de ce système. Nous nous sommes dit que nous avons besoin de soutien par les pairs au moment où nous passons aux Services d'aide aux employés de Santé Canada, car il s'agissait d'un changement de culture pour notre organisation. Nos membres sont habitués à un programme interne. Nous menons une campagne à ce sujet pour leur dire qu'il s'agit d'un système confidentiel et professionnel et qu'ils peuvent donc y faire appel. C'est toujours malheureux de voir ces problèmes, mais au moins les chiffres augmentent. Les gens demandent de l'aide. Les familles s'adressent aux services et obtiennent l'aide dont elles ont besoin. C'est ce que nous voulons faire : donner aux gens l'espoir et l'aide dont ils ont besoin pour voir que nous pouvons traverser cette épreuve ensemble.



**Senator Mitchell:** Do you make a distinction or are you able to make a distinction or assess the different causes of PTSD or OSI? Clearly if you're in a car in a rural area and you've seen a lot of accidents and horrible scenes, that would be a reason why somebody might get post-traumatic stress syndrome. You can imagine that if you're being harassed sexually, that would be another reason. There's a lot of evidence that that is a reason. Is your organization able to identify and track those differences? Are there different processes for dealing with the injuries caused for different reasons?

**Ms. Châteauevert:** In "J" Division, we piloted the R2MR, Road to Mental Readiness. In New Brunswick, pardon me. We wanted it to be a workshop that was evidence based. A study was undertaken by Julie Devlin, who has a PhD in research psychology. She worked with our HSO, the health services officer, the physician, and also the University of New Brunswick.

The study looked at the prevalence of OSIs in the divisions sort of as a snapshot to give us an indication nationally. Its goal was to identify the risk factors and how to mitigate them, trying to get ahead of the curve to prevent the development of OSI.

The research team was able to identify, to some extent, protective factors that we could work on and really enhance those protective factors. One of the examples was peer support, knowing that you have that one member, that one colleague to lean on.

The outcome of the study did demonstrate that, through the workshop, through the research, we could increase mental resilience. This speaks a little bit to prevention by way of self-management strategies and providing mechanisms to mitigate the effects of stressful work, mindful of the stress at home, so the combination.

The course material was also aimed to provide coping skills and that level of self-awareness. As an organization working together, we developed a self-awareness tool, so speaking a little bit to the app that we spoke about a little earlier, but also a document that would help members be reminded of what state they are in and knowing where and how to get the help.

There was a little bit of work done in that context to help us as we continue to implement our strategy and develop annual action plans to identify concrete steps, activities and work that need to take place if we are to advance our cause toward our goals.

**Senator Mitchell:** Thank you very much.

Two terms have been used with respect to "peer." One is "peer to peer," and you've just used the term "peer support." I know Colonel Stéphane Grenier had implemented a peer support

**Le sénateur Mitchell :** Faites-vous une distinction, ou bien êtes-vous capable de faire une distinction ou d'évaluer les diverses causes du TSPT ou de BSO? Il est clair que, si une personne patrouille dans une région rurale et qu'elle a vu beaucoup d'accidents et de scènes horribles, il s'agira d'une raison pour laquelle elle pourrait être atteinte du syndrome de stress post-traumatique. On peut imaginer que, si on subit un harcèlement sexuel, ce sera une autre raison. Beaucoup d'éléments de preuve indiquent qu'il s'agit d'une raison. Votre organisation est-elle capable d'établir et de surveiller ces distinctions? Les processus sont-ils différents lorsqu'il s'agit de traiter les blessures causées par des raisons différentes?

**Mme Châteauevert :** À la Division J, nous avons mis à l'essai le RVPM, En route vers la réparation mentale. Au Nouveau-Brunswick, pardonnez-moi. Nous voulions offrir un atelier fondé sur des données probantes. Une étude a été menée par Julie Devlin, qui est titulaire d'un doctorat en psychologie, recherche. Elle a travaillé avec notre médecin-chef ainsi qu'avec l'Université du Nouveau-Brunswick.

L'étude portait sur la prévalence des BSO dans les divisions, un peu comme un cliché pour nous donner une idée de la situation à l'échelle nationale. L'étude visait à cerner les facteurs de risque et à trouver comment les atténuer afin de prendre une longueur d'avance et d'empêcher l'apparition de BSO.

L'équipe de recherche a pu cerner, dans une certaine mesure, des facteurs de protection sur lesquels nous pouvions travailler et que nous pouvions vraiment améliorer. L'un des exemples était le soutien par les pairs, le fait de savoir qu'on peut compter sur un membre, avoir un collègue sur qui s'appuyer.

Le résultat de l'étude a montré que, grâce à l'atelier, grâce à la recherche, nous pouvions accroître la résilience. Cela illustre un peu la prévention par des stratégies d'autogestion et le fait de fournir des mécanismes permettant d'atténuer les effets du travail stressant, en tenant compte du stress à la maison, alors de la combinaison des deux.

La matière du cours visait également à permettre l'acquisition d'habiletés d'adaptation et ce degré de conscience de soi. En tant qu'organisation axée sur la collaboration, nous avons mis au point un outil d'autoévaluation, ce qui vient rejoindre un peu l'application dont nous avons parlé un peu plus tôt, mais aussi d'un document qui aide les membres à se rappeler dans quel état ils sont et à savoir où et comment obtenir de l'aide.

On a fait un peu de travail dans ce contexte afin de nous aider à mesure que nous continuons de mettre en œuvre notre stratégie et d'élaborer des plans d'action annuels pour établir des étapes concrètes, les activités et le travail qui doivent avoir lieu si nous devons faire avancer notre cause vers l'atteinte de nos buts.

**Le sénateur Mitchell :** Merci beaucoup.

Le terme « pair » a été utilisé à deux reprises. D'ailleurs, vous venez tout juste d'employer le terme « soutien par les pairs ». Je sais que le colonel Stéphane Grenier avait mis en œuvre dans

program in the military, which has been proven to be extremely successful in augmenting other forms of treatment. Compared to the British and U.S. who don't have it, it's been quite clear.

He had told me or us, a committee at some point, that his program had approached the RCMP program on a number of occasions and there had been some interest, but it was never followed up on. Are you saying you now actually have a peer support program where if somebody has PTSD they are assigned a mentor or support person? Peer to peer is different from that. Have you given some thought to peer support in that context?

**Ms. Châteauevert:** Just to clarify, we have the employee assistance program. That's offered to the organization as a whole, and that's through Health Canada.

As a conduit to ensure that the employees are seeking out those services, we established what we call our peer-to-peer network. This is an internal support system to aid in getting the necessary help, mindful that part of the culture of the organization was the fear of reaching out and the discomfort in seeking help external to the organization. The peer-to-peer network was to aid in that conduit so they were getting the appropriate help they needed.

Our statistics reveal that there may have been some skepticism in the beginning, but we've seen an evolution. We've seen our numbers double in those wanting to come forward and use the Employee Assistance Services.

With respect to the military peer support services that you mention, I had the privilege to also work under the Vice Chief of the Defence Staff. I worked at DND prior to coming to this branch of the RCMP. I'm aware of the programs in place. It's commonly referred to as the OSISS program, which is more an external peer support program.

Certainly we're mindful of the benefits of that program. Through no formal arrangements to date, the RCMP has had the privilege to use the OSISS program. We are currently in dialogue and working with DND to have a more formal arrangement so that we can further promote it, because ultimately the goal is to destigmatize mental health issues and ensure that members get the help they need.

**Senator Beyak:** Thank you all very much for being with us today.

l'armée un programme de soutien par les pairs qui s'est avéré extrêmement fructueux pour ce qui est de compléter les autres formes de traitement. Comparativement aux Britanniques et aux Américains qui n'ont pas de tel programme, c'est très clair.

À un certain moment, il m'a dit ou nous a dit, au comité, que les responsables de son programme avaient abordé ceux du programme de la GRC à un certain nombre d'occasions et qu'ils avaient fait part d'un certain intérêt, mais qu'il n'y avait jamais eu de suite. Êtes-vous en train de dire que, maintenant, vous avez vraiment un programme de soutien par les pairs, où, si une personne souffre de TSPT, on lui attribue un mentor ou une personne qui la soutienne? Le soutien par les pairs, c'est différent. Avez-vous envisagé le soutien par les pairs dans ce contexte?

**Mme Châteauevert :** Simplement pour clarifier les choses, nous avons les Services d'aide aux employés. Ces services sont offerts à l'organisation dans son ensemble, et ce, par l'entremise de Santé Canada.

Nous avons établi ce que nous appelons notre réseau de soutien par les pairs comme un intermédiaire afin de nous assurer que les employés font appel à ces services. Il s'agit d'un système de soutien interne visant à aider les employés à obtenir l'aide nécessaire, tout en étant conscients du fait que la crainte et l'inconfort liés au fait de demander de l'aide à l'extérieur de l'organisation faisaient partie de la culture de l'organisation. Le réseau de soutien par les pairs visait à faciliter cette transition afin que les employés reçoivent l'aide appropriée dont ils avaient besoin.

Nos statistiques révèlent qu'il y a peut-être eu un certain scepticisme, au début, mais nous avons vu une évolution. Nous avons vu nos chiffres doubler au chapitre des personnes qui veulent sortir de l'ombre et avoir recours aux Services d'aide aux employés.

En ce qui concerne les services militaires de soutien par les pairs que vous mentionnez, j'ai également eu le privilège de travailler pour le vice-chef d'état-major de la Défense. J'ai travaillé au MDN avant d'arriver à cette direction générale de la GRC. Je connais les programmes qui sont en place. On les appelle communément le programme de SSVSO, qui est davantage un programme externe de soutien par les pairs.

Nous sommes certainement conscients des avantages liés à ce programme. Même si aucune disposition officielle n'a été prise à ce jour, la GRC a eu le privilège d'utiliser le programme de SSVSO. Nous entretenons actuellement un dialogue et travaillons avec le MDN afin de prendre des dispositions plus officielles pour que nous puissions le promouvoir davantage, puisque, en fin de compte, le but est de déstigmatiser les problèmes de santé mentale et de veiller à ce que les membres obtiennent l'aide dont ils ont besoin.

**La sénatrice Beyak :** Je vous remercie tous sincèrement de votre présence aujourd'hui.

A former colleague, and a friend of mine, was also in the military, doing post-traumatic stress treatment for many years. He said the turning point for him was when they focused on: you are serving with honour; you serve with honour and that you look at the event, but you don't focus on it; you move forward and dwell on the future; the rearview mirror is tiny and the windshield is huge; we're going ahead; and that he was a victor and not a victim.

Could you elaborate on the training that you have, or if you have anything similar to that in the RCMP, so that people go ahead, feeling positive about themselves and respected? There is a lot of pressure from the public right now, whether it's the military, the RCMP, nurses, teachers, senators, where they focus on the few bad and don't focus enough on the good — the serving with honour and the integrity.

**Ms. Châteauevert:** In the context of that, it is twofold. As part of our work to remove the stigma and to encourage members to come forward, we've had a series of testimonials by members coming forward to tell their story. We have had one that has come forward and we created a video. He told his story and how the organization, his colleagues and the system supported him. He has been able to work through that. That had a very positive ripple effect for others coming forward. We were mindful to screen them to make sure that telling their story was not going to be a setback for them, but we've had a number come forward and that has encouraged the dialogue. From that perspective, that's been helpful.

In terms of more formal training, the RCMP has had, for the last two years, a revised version of the Critical Incident Stress Management course. That's online training, so it's available throughout the RCMP from coast to coast to coast. In the context of continuing our work with training, with education, obviously there's lots of awareness being generated throughout the organization. We're providing a lot of fact sheets. We're taking every opportunity that we can to educate ourselves.

In addition to that, the Road to Mental Readiness has been part of a pilot project adapted for the purposes of the RCMP, mindful that there is often a reference to the organizations being very similar. Having worked in both organizations — I'm not a member myself — I can say they are very different. In that context, the work continues.

The ultimate goal is to be able to roll out that workshop so that the employees across the country can benefit from that additional education, which comes with tools to help understand what you're feeling; how you're feeling; knowing that you're not alone and you've got people that you can reach out to, lean on and tell your story to and ultimately get the help you need. The divisional Health Services are vigilant in being active.

Un de mes anciens collègues et amis a été militaire; il a subi un traitement du stress post-traumatique pendant de nombreuses années. Il a dit que, pour lui, le point tournant avait été lorsqu'on s'était concentré sur le fait qu'il avait servi avec honneur; il avait servi avec honneur, et il regardait l'événement, mais il ne se concentrait pas dessus; il allait de l'avant et s'attardait à l'avenir; le rétroviseur était petit, et le pare-brise, énorme; nous allions de l'avant; et il était le vainqueur, pas la victime.

Pourriez-vous nous en dire plus sur la formation que vous avez reçue, ou bien si vous avez quoi que ce soit de semblable à cela à la GRC, afin que les gens aillent de l'avant, ressentent des sentiments positifs à leur propre égard et se sentent respectés? En ce moment, il y a beaucoup de pression qui vient du public, qu'il soit question de l'armée, de la GRC, des infirmières, des enseignants ou des sénateurs, et le public se concentre sur les quelques événements peu reluisants et pas suffisamment sur les bons aspects... le fait de servir avec honneur et intégrité.

**Mme Châteauevert :** Dans ce contexte-là, il y a deux volets. Dans le cadre de notre travail visant à retirer le stigmate et à encourager les membres à sortir de l'ombre, nous avons reçu une série de témoignages de membres qui sont venus raconter leur histoire. Nous avons créé une vidéo au sujet de l'un de ceux qui se sont manifestés. Il a raconté son histoire et comment l'organisation, ses collègues et le système l'avaient appuyé. Il a été capable de s'en sortir. Cela a eu un effet d'entraînement très positif pour d'autres qui sont sortis de l'ombre. Nous avons pris soin de les présélectionner afin de nous assurer que le fait de raconter leur histoire n'allait pas déclencher une rechute, mais un certain nombre se sont manifestés, et cela a encouragé le dialogue. De ce point de vue, ces témoignages ont été utiles.

Pour ce qui est d'une formation officielle, depuis deux ans, la GRC offre une version révisée du cours Gestion du stress à la suite d'un incident critique. Il s'agit d'une formation en ligne, alors elle est accessible dans l'ensemble de la GRC, partout au pays. Dans le contexte de la poursuite de notre travail lié à la formation, à l'éducation, on génère évidemment beaucoup de sensibilisation partout dans l'organisation. Nous fournissons beaucoup de fiches d'information. Nous saisissons toutes les occasions possibles pour nous éduquer.

De plus, le programme En route vers la réparation mentale fait partie d'un projet pilote adapté aux fins de la GRC, vu qu'il est souvent mentionné que les organisations sont très semblables. Ayant moi-même travaillé pour les deux — je ne suis pas un membre —, je peux dire qu'elles sont très différentes. Dans ce contexte, le travail continue.

Le but ultime, c'est de pouvoir mettre en œuvre cet atelier afin que les employés de partout au pays puissent profiter de cette formation supplémentaire, qui leur procurera des outils utiles qui permettent de comprendre ce que l'on ressent; comment on se sent; pour savoir qu'on n'est pas seul et qu'il y a des gens à qui on peut faire appel, sur qui on peut s'appuyer et à qui on peut raconter son histoire et, au bout du compte, pour obtenir l'aide dont on a besoin. Les intervenants des Services de santé divisionnaires font preuve de vigilance tout en étant actifs.

I can say that when there are incidents and occurrences, right away we reach in to make sure we're offering the support that's required at the local level. At the divisional level, the commanders are very engaged and involved. That conversation is taking place. Mental health is on the agenda of the workplace health and safety committees, on the COs' divisional committees and so on.

**Mr. Sauvé:** Not to provide a contrarian point of view, because we all have to work together in this organization to advance the interests and issues, but with respect to the Critical Incident Stress Management online program, it's an hour. It took me about 15 minutes to complete. It's not deep or thorough. That is under review. We have brought that forward and are looking at it.

With respect to your question, Senator Mitchell, Stéphane Grenier is a fantastic gentleman. I have met him and am familiar with his work. The Operational Stress Injury and Support System, or OSISS, we brought that forward about five years ago for the RCMP to look at. From a member's perspective, we're pleased that they're actually entertaining looking at that.

The concern five years ago was exactly that: the mentor was outside the organization, perhaps a family member of someone suffering from an operational stress injury; the lack of what would be on a person's health file; their operational status and whether they could still be an active and serving member of the organization. We are talking about people who carry guns, so we have a concern for public safety and their safety. That's not lost on me.

With respect to trauma debriefing, shall we say, after a major police incident or a critical incident, sometimes we have to bring forward that the RCMP — what you see here in Ottawa or Calgary is a headquarters building with a bunch of people who are centralized. But we are an extremely diverse geographic organization. The majority of our policing takes place in remote communities that are difficult to get to. Again, as staff relations representative for B.C., dealing with the commanding officer of B.C., I can say that we have had serious issues with respect to trauma debriefings in the north of that province mainly because not enough psychologists who are trauma-debriefing trained are available in those remote areas. Even though the unit commander wants to have one and conduct one within the specific time frame, the external resources are not there.

Je peux dire que, lorsqu'il y a des incidents et des occurrences, nous tendons tout de suite la main pour nous assurer d'offrir le soutien qui est requis à l'échelon local.   l'échelon des divisions, les chefs sont très engagés et participent aux efforts déployés. Cette conversation a lieu en ce moment même. La santé mentale est à l'ordre du jour des comités de santé et de sécurité au travail, des comités divisionnaires des commandants et d'autres comités.

**M. Sauvé :** Ce n'est pas pour vous contredire, parce que nous devons tous collaborer dans l'organisation afin de faire avancer les intérêts et les enjeux, mais en ce qui concerne le programme en ligne Gestion du stress à la suite d'incidents critiques, c'est un cours d'une heure. Il m'a fallu environ 15 minutes pour le terminer. Il ne va pas en profondeur. Cela fait l'objet d'un examen. Nous avons soulevé cela et examinons actuellement la question.

En ce qui a trait à votre question, monsieur Mitchell, Stéphane Grenier est un homme fantastique. Je l'ai rencontré et je connais bien son travail. Nous avons mis de l'avant, il y a environ cinq ans, le réseau de soutien pour les victimes des blessures de stress opérationnel, ou SSVSO, afin que la GRC l'examine. Nous sommes heureux que les membres, selon leurs dires, envisagent d'y recourir.

Il y a cinq ans, on se préoccupait précisément du fait que le mentor, peut-être un membre de la famille ou quelqu'un qui souffrait d'une blessure de stress opérationnel, se trouvait à l'extérieur de l'organisation; des lacunes au chapitre de ce qui figurerait sur le dossier de santé d'une personne; de la situation opérationnelle de cette personne et du fait de savoir si elle pourrait encore être un membre actif et un membre en service de l'organisation. Nous parlons de personnes qui portent des armes, et nous sommes donc préoccupés en ce qui concerne la sécurité publique et la sécurité de ces personnes. Je ne l'oublie pas.

En ce qui concerne les séances d'information sur le traumatisme, si l'on peut dire, après un incident de police grave ou un incident critique, nous devons parfois mettre de l'avant le fait que la GRC, ce que vous voyez ici à Ottawa ou à Calgary, est un bâtiment principal de la Direction générale, où l'on retrouve beaucoup de gens qui sont centralisés. Mais notre organisation est extrêmement diversifiée sur le plan géographique. La majorité de nos services de police sont offerts dans des collectivités éloignées qui sont difficiles d'accès. Encore une fois, en tant que représentant des relations fonctionnelles pour la Colombie-Britannique traitant avec le commandant divisionnaire de la Colombie-Britannique, je peux dire que nous avons eu de graves problèmes en ce qui concerne les séances d'information sur le traumatisme dans le nord de la province, surtout parce que nous n'avions pas suffisamment de psychologues formés dans ce domaine et disponibles pour travailler dans ces régions éloignées. Même si le chef de service veut tenir et mener une telle séance d'information dans les d lais impartis, les ressources externes ne sont pas l .

Credit goes to our CO and a number of commanding officers in contract divisions. They have made available force transport for trauma-debriefing trained psychologists who are willing to travel. That is a positive.

There are a number of challenges, but from my perspective, we also need to keep in the forefront that we're an extremely large geographic organization, for example, all those little places that you don't think about on a regular basis: Fort Nelson, Fort Chipewyan; Fort Smith; Churchill; Pukatawagan. So moving forward, the peer-to-peer support program is essentially a conduit. It's a referral to Health Canada's Employee Assistance Services. In the organization, they are serving shoulder to shoulder with public servants, civilian or regular members. It is still in a growth phase. I'm cautiously optimistic, having been part of the development program for that, that it will be a success. It's going to evolve.

That being said, the Mental Health Strategy, reducing stigma, from a labour perspective — because I would love to come to the table and bring up an issue and have it fixed tomorrow. But I'm also fully aware that we're talking about the RCMP. We're talking about a federal organization, and it takes time to make changes.

The first year of the implementation of the Mental Health Strategy, to me, has been a relative success. I have dealt with members who are free and willing now to confidentially report to Ottawa, which I had never heard of in my first three years in this job. There was a bit of a fear there. So the Respectful Workplace Program is working somewhat. It's going to be an evolution. It will need an ombudsman of fair process, such as us, to monitor it and ensure that it follows along and is successful. But these are steps in the right direction.

**Senator Beyak:** The second part of my question: As a woman, of course I care about minorities in all instances, but I am concerned. Christy Blatchford had a fabulous article last week when the military sexual harassment report came out. She said that we have 100,000 incredible military people. If there are a few bad apples, then we'll deal with them. We have 23,000 incredible RCMP officers. If there are a few bad ones, we'll deal with them. Teachers who are not perfect, we'll deal with them. There are a lot of good teachers and fabulous nurses. They're not all in nursing homes beating old people.

Do you have a fight-back strategy, a communications plan, to tell people how incredible you are? We as senators certainly need it as well.

Le mérite revient à notre commandant et à un certain nombre de commandants divisionnaires dans les divisions contractantes. Grâce à eux, le transport de la force pour les psychologues formés en séances d'information sur le traumatisme qui sont prêts à voyager a été rendu possible. C'est une bonne chose.

Il existe un certain nombre de défis, mais, de mon point de vue, nous devons aussi garder à l'avant-plan le fait que nous sommes une organisation extrêmement grande sur le plan géographique; il y a, par exemple, tous ces petits endroits auxquels vous ne pensez pas régulièrement : Fort Nelson; Fort Chipewyan; Fort Smith; Churchill et Pukatawagan. Donc, pour continuer, le programme de soutien par les pairs est essentiellement une plaque tournante. Il s'agit d'un aiguillage vers les Services d'aide aux employés de Santé Canada. Dans l'organisation, on offre des services côte à côte avec les fonctionnaires, les civils ou les membres réguliers. Le programme en est encore à une phase de croissance. Je reste optimiste, mais prudent, ayant fait partie du programme d'élaboration, quant au fait qu'il sera une réussite. Il va évoluer.

Cela dit, abordons la Stratégie en matière de santé mentale, qui permet de réduire les stigmates, du point de vue des travailleurs — parce que j'aimerais beaucoup venir à la table, soulever une question et être en mesure de la régler demain. Mais je suis aussi entièrement conscient du fait que nous parlons de la GRC. Nous parlons d'une organisation fédérale, et il faut du temps pour apporter des changements.

La première année de la mise en œuvre de la Stratégie en matière de santé mentale a été pour moi une réussite relative. J'ai traité avec des membres qui sont libres et qui sont maintenant prêts à rendre des comptes à Ottawa de façon confidentielle, chose dont je n'ai jamais entendu parler pendant mes trois premières années en poste. Il y avait un certain sentiment de crainte. Cela veut donc dire que le Programme pour le respect en milieu de travail fonctionne, d'une certaine façon. Cela va être une évolution. Il faudra un ombudsman équitable, comme nous, pour surveiller le programme et s'assurer qu'il suit son cours et est efficace. Mais ces mesures vont dans la bonne direction.

**La sénatrice Beyak :** Voici la deuxième partie de ma question : en tant que femme, j'ai bien sûr à cœur tous les cas de minorités, mais je suis préoccupée. Christy Blatchford a écrit un superbe article la semaine dernière à la suite de la parution du rapport sur le harcèlement sexuel chez les militaires. Elle a dit que nous pouvons compter sur 100 000 militaires incroyables. S'il y a quelques pommes pourries, nous nous en occuperons. Nous avons 23 000 agents incroyables de la GRC. S'il y a quelques pommes pourries, nous nous en occuperons. Certains enseignants ne sont pas parfaits, nous traiterons avec eux. Il y a beaucoup de bons enseignants et d'infirmières incroyables; or tous ne sont pas dans des maisons de soins infirmiers à tabasser des personnes âgées.

Avez-vous une stratégie de riposte, un plan de communications pour dire aux gens à quel point vous êtes incroyables? Nous aussi, en tant que sénateurs, nous en avons certainement besoin.

I always repeat that a few bad apples seem to get all the press these days. It's demoralizing Canadians; it's demoralizing our forces; it's demoralizing everyone. I think we need fight-back strategies. I wondered if you have considered telling people how great you are on a regular basis.

**Mr. Dubeau:** Not to be self-serving, we try on a regular basis to tell Canadians what we do. I don't think we ever boast that we're the greatest or that we have it all fixed because we know we have a lot of things to change. It's constant evolution, and society evolves.

We do have strategies. Unfortunately, the strategies we may have may not be what the media wants to here. That's where it always becomes an issue.

It's different in different areas. For example, our commanding officers in B.C. have news about themselves on their website. I think they call it "Setting the Record Straight." We are putting stuff out there, but we have a free and democratic media and society, as they should be, if they choose to provide the details we provide.

Mr. Moreau has been active as our champion to go to interviews and talk about this. We've had a lot of people talking about it. Unfortunately, the message does not always get out.

You are correct: It can be demoralizing to our people. Internally, we tell our people that they are serving with honour. When some of our members make mistakes, we have to help them. If it's been egregious, we have to take care of that. I think Bill C-42 brought us in the right direction to say, "We will take care of that." We take seriously that we all serve with honour. We have honourable employees, regardless of the category, because there are three categories in our force, who serve Canadians proudly.

I think I'll stop there before I start crying here — sorry.

**Mr. Townsend:** As labour representatives, we have monitored the public's opinion of all our members for over 10 years, year after year. Regardless of what the media may say about the good, the bad and the ugly, Canadians consistently have a high level of appreciation for our members. We tell our members that when we visit our members and communicate with them.

The media have their role in the world, and the Canadian public has its opinion. Often, the two are not equal, so we remind our members of that. I have been doing this for the last 10 years. Year to year to year, by and large the public has a very positive opinion of our members.

Je répète toujours que ce sont quelques pommes pourries qui semblent obtenir toute l'attention médiatique ces jours-ci. Cela démoralise les Canadiens, nos forces, tout le monde. Je pense que nous avons besoin de stratégies de riposte. Je me suis demandé si vous aviez songé à dire régulièrement aux gens à quel point vous êtes formidables.

**M. Dubeau :** Sans que ce soit de façon intéressée, nous essayons régulièrement de dire aux Canadiens ce que nous faisons. Je ne crois pas que nous nous vantions d'être les meilleurs ni que nous ayons tout réglé, parce que nous savons que nous avons beaucoup de choses à changer. C'est une évolution constante, et la société évolue.

Nous avons bel et bien des stratégies. Malheureusement, les stratégies que nous avons ne sont peut-être pas ce que les médias souhaitent entendre. C'est toujours là que ça devient un problème.

Il en va autrement dans différentes régions. Par exemple, nos commandants divisionnaires en Colombie-Britannique trouvent des nouvelles sur eux-mêmes sur leur site web. Je pense que leur bulletin s'appelle « Rétablissons les faits ». Nous affichons des choses, mais nous avons une société et des médias libres et démocratiques, comme ils devraient l'être, qui choisissent ou non de fournir les détails que nous leur donnons.

M. Moreau a été actif, en tant que champion, en ce qu'il a participé à des entrevues pour parler de cela. Beaucoup de gens en ont parlé. Malheureusement, le message n'est pas toujours compris.

Vous avez raison : ça peut être démoralisant pour nos gens. À l'interne, nous disons à nos gens qu'ils servent avec honneur. Lorsque certains de nos membres commettent des erreurs, nous devons les aider. Si les erreurs ont été flagrantes, nous devons nous en occuper. Je pense que le projet de loi C-42 nous a amenés dans la bonne direction, parce qu'il nous a amenés à nous dire : « Nous allons nous en occuper. » Nous prenons au sérieux le fait de servir avec honneur. Nous avons des employés honorables qui servent les Canadiens fièrement, peu importe leur catégorie, parce qu'il y a trois catégories dans nos forces.

Je pense que je vais m'arrêter ici avant de commencer à pleurer... Je suis désolé.

**M. Townsend :** En tant que représentants des travailleurs, nous avons suivi de près pendant plus de 10 ans, année après année, l'opinion du public à l'égard de tous nos membres. Peu importe ce que les médias peuvent dire sur les bons et les mauvais coups, les Canadiens ont toujours un niveau d'appréciation élevé à l'égard de nos membres. C'est ce que nous disons à nos membres lorsque nous les visitons et communiquons avec eux.

Les médias ont leur rôle à jouer dans le monde, et le public canadien a son opinion. Souvent, les deux ne se correspondent pas, et nous rappelons ce fait à nos membres. C'est ce que j'ai fait au cours des 10 dernières années. D'année en année, de façon générale, le public a une opinion très positive de nos membres.

**The Chair:** Could you clarify a point made by Sergeant Sauvé about the mental health strategy being a five-year program only? It implies that after five years everything will be perfect. I would think that a strategy should be ongoing, a living initiative.

**Mr. Dubeau:** I will let Mr. Moreau speak to this.

**Mr. Moreau:** The strategy was set out for five years to be realistic. As opposed to having a mental health strategy for life, we looked at five years because we were starting as an organization to talk about a one-year action plan. We have completed our first year and are launching our second year of action plan.

Of course, it is ever evolving with the strategy as we move forward and eliminate the stigma over the next five years. The objective at the end of five years is to address things other than the stigma, and the strategy will continue.

Mental health is present in our lives, whether it is in the RCMP, everywhere in Canada or in the world, and it will still be there in five years. We will continue to do this. It won't be me; it will be somebody else. However, it will carry on. We have no choice; we have to make sure that we are mentally and physically healthy to serve Canadians.

**Ms. Châteauevert:** The optimal goal is to revisit that strategy and to define it as per the requirements. It's part of a health and safety management system whereby we aim for continuous improvement. Based on what we will have learned by then, it will need to be redefined as per the vision and the needs at that time.

**The Chair:** Five years.

**Ms. Châteauevert:** An action plan.

**Mr. Dubeau:** We have divisional champions involved in this and a national advisory committee. We went through the action plan in terms of what we did this year and where the gaps are and how we can adjust on a yearly basis. If we are not on the right track, we will not wait for five years but will change the track.

**The Chair:** I'm glad to hear that.

**Mr. Dubeau:** We call our strategy high level, but the action plans are yearly and reflect the realities we know today as more things are learned about operational stress injuries. New risk factors are always coming out, so we try to incorporate them. Our colleagues at DND have done fantastic work on this. We work very closely with them and look at what they have.

**Le président :** Pourriez-vous préciser un point soulevé par le sergent Sauvé au sujet du fait que la Stratégie en matière de santé mentale n'est qu'un programme quinquennal? Cela laisse supposer qu'après cinq ans, tout sera parfait. J'aurais tendance à penser qu'une stratégie devrait être continue, qu'elle devrait être une initiative vivante.

**M. Dubeau :** Je vais laisser M. Moreau répondre à cette question.

**M. Moreau :** On a fixé la stratégie à cinq ans dans un souci d'être réalistes. Contrairement à une stratégie en matière de santé mentale qui durerait à vie, nous avons envisagé une stratégie sur cinq ans, parce que nous commençons, en tant qu'organisation, à parler d'un plan d'action sur un an. Nous avons terminé notre première année et lançons la deuxième année du plan d'action.

Bien sûr, le plan d'action évolue en même temps que la stratégie, tandis que nous allons de l'avant et prévoyons éliminer les stigmates au cours des cinq prochaines années. L'objectif, à la fin des cinq ans, est de se pencher sur des choses autres que les stigmates, et la stratégie va continuer d'exister.

La santé mentale est présente dans notre vie, que ce soit à la GRC, partout au Canada ou ailleurs dans le monde, et elle sera toujours là dans cinq ans. Nous continuerons de faire cela. Ce ne sera pas moi; ce sera quelqu'un d'autre. Cependant, elle continuera d'exister. Nous n'avons pas le choix; nous devons nous assurer d'être mentalement et physiquement sains afin de pouvoir servir les Canadiens.

**Mme Châteauevert :** Le but ultime est de revoir la stratégie et de la définir en fonction des exigences. Cela fait partie d'un système de gestion de la santé et de la sécurité, où nous visons une amélioration continue. À la lumière de ce que nous aurons appris d'ici là, elle devra être redéfinie conformément à la vision et aux besoins qui prévaudront à ce moment-là.

**Le président :** Cinq ans.

**Mme Châteauevert :** Un plan d'action.

**M. Dubeau :** Des champions divisionnaires et un comité consultatif national y participent. Nous avons passé en revue le plan d'action pour ce qui est de voir ce que nous avons fait cette année, de repérer les lacunes et de trouver comment nous adapter annuellement. Si nous faisons fausse route, nous n'attendrons pas cinq ans, mais changerons de route.

**Le président :** Je suis ravi d'entendre cela.

**M. Dubeau :** Nous parlons d'une stratégie de haut niveau, mais les plans d'action sont annuels et reflètent les réalités que nous connaissons aujourd'hui, parce que nous apprenons davantage de choses au sujet des blessures de stress opérationnel. De nouveaux facteurs de risque apparaissent constamment, et nous tentons de les intégrer. Nos collègues au MDN ont fait un excellent travail là-dessus. Nous travaillons en étroite collaboration avec eux et examinons ce qu'ils ont fait.

We were at an awards dinner yesterday with our mental health champions and our military colleagues were there. It was an incredible event. They are our brothers and sisters in arms. We have a lot in common with them, although our roles are different. We have a totally different job, but we learn a lot from them and we share a lot with them. It is a great working relationship.

**The Chair:** We are running down on time, but I have a number of senators who have expressed an interest into going into round 2, the short, snappy questions and answers. Perhaps you could follow up quickly on these. If anything requires you to go back and think more, please write to the committee, as that's fine too.

**Senator White:** Does the RCMP need an ombudsman for its membership?

**Mr. Dubeau:** At this point, I work with the organization we have. We have a staff relations program. I think they do a very good job.

**Mr. Townsend:** In fact, Veterans Affairs has an ombudsman. We adopt the ombudsman of Veterans Affairs.

**Senator White:** I ask because the RCMP serves in over 800 communities, from the most isolated to the most populated in every province and territory. In all the provinces, except Ontario and Quebec, they are the provincial police service. I'm talking about an ombudsman for National Defence and the Canadian Forces to represent the interests of a former member, a former employee, a former non-public-fund employee, a person applying and a member of the immediate family. I'm not questioning the support you give the sworn and civilian membership. I'm not questioning what the union representatives provide their groups either. Because the RCMP is so diverse with representatives in over 100 countries in some form or fashion, providing five different functions of policing, I think it's one organization in this country that might need an ombudsman to assist its employees and report directly to a minister.

**Mr. Townsend:** If I may respond quickly, the Veterans Affairs ombudsman takes care of our members, who are clients. As we redefine our relationship with Veterans Affairs to cover a broader mandate potentially, that may be a point of access for our retired members and serving members, our family, as it relates to health and specifically mental health issues.

**The Chair:** Would it make sense for Veterans Affairs' mandate to expand to include all of your former members' issues like they do for the military?

Hier, nous sommes allés avec nos champions en santé mentale à un souper de remise de prix. Nos collègues militaires y étaient aussi. C'était un événement incroyable. Ils sont nos frères et nos sœurs d'armes. Nous avons beaucoup de choses en commun avec eux, même si nos rôles sont différents. Notre travail diffère totalement, mais nous apprenons beaucoup d'eux et avons beaucoup de choses en commun avec eux. C'est une relation qui fonctionne très bien.

**Le président :** Il ne nous reste pas beaucoup de temps, mais un certain nombre de sénateurs ont exprimé un intérêt à passer à la deuxième ronde, celle des questions et des réponses brèves et percutantes. Peut-être pourriez-vous faire un suivi rapide sur ces questions. Si vous devez y revenir et réfléchir davantage, veuillez écrire au comité, et cela fera aussi l'affaire.

**Le sénateur White :** La GRC a-t-elle besoin d'un ombudsman pour ses membres?

**M. Dubeau :** En ce moment, je travaille avec l'organisation que nous avons. Nous avons un programme des relations fonctionnelles. Je pense qu'on y fait du très bon travail.

**M. Townsend :** En fait, les anciens combattants ont un ombudsman. Nous adoptons l'ombudsman des anciens combattants.

**Le sénateur White :** Je pose la question, parce que la GRC offre des services dans plus de 800 collectivités, depuis les plus isolées aux plus peuplées, dans chaque province et territoire. Dans toutes les provinces, sauf en Ontario et au Québec, il s'agit du service de police provincial. Je parle d'un ombudsman pour la Défense nationale et les Forces canadiennes qui représenterait les intérêts d'un ancien membre, d'un ancien employé, d'un ancien employé des fonds non publics, d'une personne qui présente une demande et d'un membre de la famille immédiate. Je ne mets pas en doute le soutien que vous apportez aux membres assermentés et aux membres civils. Je ne mets pas non plus en doute ce que les représentants syndicaux fournissent à leurs groupes. Puisque la GRC est si diversifiée, comptant des représentants dans plus de 100 pays de quelque façon que ce soit et assurant cinq différentes fonctions des services de police, je pense que c'est une organisation du pays qui pourrait avoir besoin d'un ombudsman pour aider ses employés et rendre des comptes directement à un ministre.

**M. Townsend :** Si vous me permettez de répondre rapidement, l'ombudsman des anciens combattants s'occupe de nos membres, qui sont des clients. Comme nous redéfinissons notre relation avec les anciens combattants afin d'englober un mandat qui pourrait être plus large, cela peut être un point d'accès pour nos membres à la retraite et nos membres en service, ainsi que notre famille, puisque cela concerne des questions de santé et, tout particulièrement, des questions de santé mentale.

**Le président :** Serait-il pertinent que le mandat des anciens combattants soit élargi pour qu'il puisse comprendre toutes les questions de vos anciens membres, comme c'est le cas pour les militaires?



**Mr. Townsend:** I believe so.

**The Chair:** We will put that on our list.

**Senator Lang:** I want to go back to my previous questions to Mr. Moreau. I'm just looking at the statistics. Right now, the way I read it, 5 per cent of the current membership of the RCMP has some type of disability for post-traumatic stress disorder. Over 1,000 individuals at present are taking programs, out of 23,000. Those are the ones who are pensioned. Another 2,000, basically 10 per cent of the current workforce — maybe I've got it reversed.

**Mr. Dubeau:** There are 1,200 serving members and the other 2,000 are retired.

**Senator Lang:** It is a significant number is what I'm getting at. That has to be of concern obviously, why and what the effects are.

When I asked about the recruitment of future members of the force, Mr. Moreau said that there wasn't a part of the psychological testing to see whether an individual could cope with PTSD or that type of stress. That caught my attention. In view of the numbers you have, the experience you have, it would seem to me that the force would be looking at their method of psychological testing to see how they can revise it to ensure that we don't put individuals in a situation or in a job that, in the long term, they will not be able to cope with.

The question is: Are you changing the way we do psychological testing to see whether or not we can identify that?

**Mr. Moreau:** Right now we don't have any research capabilities to do that or to look at that. It may be a point we may want to look at in the future.

Currently, our main goal is to hire people who are healthy, both physically and psychologically. The fact that they are going to be exposed to stressful situations is a given. If they are healthy, we have a look at developing better resilience-building programs so that people are more resilient. However, if they are exposed, we also have to have the services available right away in order for them to get the treatment so that they can stay at work or come back to work after a period of issues with mental illness.

**Senator Lang:** That naturally follows. What I'm speaking of is the initial recruitment and the identification.

My leads me to my next question. In other countries, are different types of psychological testing being done to identify that so that at least it's identified and perhaps that individual isn't recruited or is recruited and maybe put into a different part of the organization that wouldn't put them into the situation?

**M. Townsend :** Je le crois bien.

**Le président :** Nous mettrons cela sur notre liste.

**Le sénateur Lang :** J'aimerais revenir aux questions précédentes que j'ai adressées à M. Moreau. Je regarde les statistiques. En ce moment, selon ce que je comprends, 5 p. 100 des membres actuels de la GRC présentent un certain type d'invalidité causée par un trouble de stress post-traumatique. À l'heure actuelle, plus de 1 000 personnes sur 23 000 suivent des programmes. Ce sont celles qui reçoivent des prestations. Il y en a encore 2 000, pratiquement 10 p. 100 de l'effectif actuel — peut-être que j'inverse les chiffres.

**M. Dubeau :** Il y a 1 200 membres en service, et les 2 000 autres sont à la retraite.

**Le sénateur Lang :** Là où je veux en venir, c'est qu'il s'agit d'un nombre important. Cela doit évidemment être une source de préoccupation, à savoir pourquoi il y en a tant et quels sont les effets.

Lorsque j'ai posé des questions sur le recrutement des futurs membres de la force, M. Moreau a dit que, dans les évaluations psychologiques, rien ne permettait de savoir si une personne pouvait composer avec le TSPT ou avec ce genre de stress. Cela a attiré mon attention. À la lumière des chiffres que vous avez, de l'expérience que vous avez, il me semble que la force devrait se pencher sur sa méthode d'évaluation psychologique et voir comment elle peut la réviser afin de s'assurer que nous ne plaçons pas des personnes dans une situation avec laquelle elles ne pourront composer ni dans un poste avec lequel elles ne pourront composer.

La question est la suivante : Changez-vous en ce moment la façon dont nous menons les évaluations psychologiques pour voir si nous pouvons repérer cela?

**M. Moreau :** En ce moment, nous n'avons pas de capacités de recherche pour le faire ni pour examiner cela. Ce point pourrait faire l'objet d'un examen dans l'avenir.

Actuellement, notre but principal est d'embaucher des gens qui sont en santé, sur les plans tant physique que psychologique. Le fait qu'ils seront exposés à des situations stressantes est un acquis. S'ils sont en santé, nous devons envisager d'élaborer de meilleurs programmes de renforcement de la résilience afin qu'ils soient plus résilients. Toutefois, si ces personnes sont exposées à des situations stressantes, les services doivent être offerts sur-le-champ pour qu'elles puissent recevoir le traitement et être en mesure de rester au travail ou de revenir au travail après une période où elles auraient souffert de problèmes de santé mentale.

**Le sénateur Lang :** Cela va naturellement de soi. Ce dont je parle, c'est du recrutement initial et de la désignation.

Cela m'amène à ma prochaine question. Dans d'autres pays, procède-t-on à différents types d'évaluations psychologiques pour repérer cela et peut-être éviter qu'une personne soit recrutée et peut-être permettre qu'elle soit placée dans une différente partie de l'organisation où elle ne serait pas mise dans cette situation?

**Mr. Dubeau:** I wouldn't have that response. I would have to talk to our psychologists because you are asking what other countries do. That would have to be something that we would have to come back to you on, if we could, with a written response.

**The Chair:** Senator Mitchell, you have a minute and half to get your question on the record.

**Senator Mitchell:** I'm going to take 10 seconds for a snappy comment and then 10 seconds for a snappy question.

I want to say that I think the objective of hiring more women is to be applauded. I think it's obvious, and everybody knows it, but I want to reinforce that if they are put into the same situation where the culture hasn't changed and where there is harassment, that is not going to solve the problem. I encourage your work in that regard.

My snappy question is with regard to impediment to advancement of your career up the ranks if you are identified at one point as having PTSD. It's a stigma question. If you have been identified and come forward, if you had PTSD and received treatment, is it the case that that does not impede your progress up the ranks, or does it?

**Mr. Dubeau:** From my perspective, no, it does not. If you come and identify it and get treatment — we have 1,200 members who are serving, working right now, and many of them are getting promoted. It's not something we tag. The health files are very confidential.

Our concern is more on certain specialized teams. That's where you might hear some of our members, especially on our emergency response teams, where they are fearful — I'm in charge of the dog program, so I know our dog handlers are always fearful of saying, "I have a bad knee," because they love their job so much. We are telling them, "No, you have to tell us. It's an important function that you do. It's public safety. Tell us. We'll help you and do everything we can to cater to that." Unfortunately, with my older body, I can't do what I did at 20, so I may not be on these teams anymore, nor would I want to be.

It's really a pride thing. We're hoping to break through that, and we are seeing it. We are able to show that when they come forward, their career is not being impeded. We are going to help. We want to help them. We need them as fully functioning police officers. That's what we want. That's what Canadians want. We believe in them, as you said.

**Mr. Sauvé:** The 1,200 are diagnosed with an operational stress injury. Not all have PTSD, which is one of those OSIs. It could be anxiety disorder, bulimia, alcoholism, any one of those things. I'm

**M. Dubeau :** Je ne saurais dire. Il me faudrait parler avec nos psychologues, parce que vous nous demandez ce que les autres pays font. Nous aurions besoin de vous revenir à ce sujet par écrit, si nous le pouvons.

**Le président :** Sénateur Mitchell, vous avez une minute et demie pour que votre question figure dans le compte rendu.

**Le sénateur Mitchell :** Je vais prendre 10 secondes pour faire un commentaire percutant, puis 10 secondes pour poser une question percutante.

Je crois que l'objectif d'embaucher plus de femmes doit être applaudi. Cela me semble évident, et tout le monde le sait, mais je veux renforcer le fait que, si elles sont mises dans une même situation où la culture n'a pas changé et qu'il y a du harcèlement, le problème ne sera pas réglé. J'encourage votre travail à cet égard.

Ma question percutante concerne l'empêchement à gravir les échelons si vous êtes désigné à un certain moment comme ayant un TSPT. C'est une question de stigmatisation. Si on vous a désigné comme tel, si vous avez eu un TSPT et avez reçu un traitement, est-il vrai que cela ne vous empêche pas de continuer de gravir les échelons?

**M. Dubeau :** De mon point de vue, non, cela n'empêche rien, si vous reconnaissez le trouble et recevez un traitement — nous avons 1 200 membres qui servent et qui travaillent en ce moment, et nombre d'entre eux obtiennent des promotions. Ce n'est pas quelque chose que nous étiquetons. Les dossiers de santé sont très confidentiels.

Notre préoccupation concerne davantage certaines équipes spécialisées. C'est à ce sujet que vous entendrez peut-être certains de nos membres, particulièrement dans nos groupes tactiques d'intervention, dire qu'ils sont craintifs — je suis chargé du programme canin, et je sais donc que nos maîtres-chiens craignent toujours de dire « J'ai un genou fragile », parce qu'ils aiment tellement leur emploi. Nous leur disons : « Non, vous devez nous le dire. Vous avez une fonction importante. Il s'agit de la sécurité publique. Dites-le-nous. Nous allons vous aider et faire tout ce que nous pouvons pour nous en occuper. » Malheureusement, avec mon corps vieillissant, je ne peux pas faire ce que je faisais à 20 ans, et je ne peux donc plus faire partie de ces équipes, pas plus que je le voudrais.

C'est vraiment une question de fierté. Nous espérons dissiper ces obstacles, et nous en voyons l'issue. Nous sommes en mesure de montrer que, lorsqu'ils viennent à nous, leur carrière n'est pas freinée. Nous allons les aider. Nous voulons les aider. Nous avons besoin d'eux en tant qu'agents de police pleinement fonctionnels. C'est ce que nous voulons. C'est ce que veulent les Canadiens. Nous croyons en eux, comme vous l'avez dit.

**M. Sauvé :** Les 1 200 membres ont reçu le diagnostic de blessure de stress opérationnel. Ils n'ont pas tous un TSPT, qui est une de ces BSO. Il pourrait s'agir de troubles d'anxiété, de

not a clinician, that's just a bit of what I've picked up along the way.

I would say that those 1,200 are probably not being impeded for promotion. However, based on the occupational profile of a new job and what they can choose to be promoted to, their career choices are probably limited. The challenge I see is that people are fearful of coming forward because they believe that their career will be limited by raising their hand and saying, "I need help."

The Road to Mental Readiness program I think is a fantastic one, developed for us. However, it should be similar to the Canadian Forces, which is ongoing throughout your career, not a one-time deliverable.

**Mr. Townsend:** We keep using the phrase "if a member encounters an event." I think the mindset should shift to "every member will encounter an operational stress event or a post-traumatic event." It's a given, whether it's an internal event that you are aware of or an external event that everybody is aware of. It will happen. It's policing. It's a contact sport. It will happen.

**The Chair:** On behalf of the Subcommittee on Veterans Affairs, we would like to thank the RCMP and the RCMP staff relations representatives for being here. We very much appreciate and support fully the work that you are doing. We want you to know that and take it back to the members.

Thank you very much, and we will look forward to seeing you again.

(The committee adjourned.)

---

OTTAWA, Wednesday, May 13, 2015

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

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

[*English*]

**The Chair:** Honourable senators, today we are dealing with the study on the medical, social and operational impacts of mental health issues affecting serving and retired members of the Canadian Armed Forces. These include operational stress injuries, sometimes referred to as OSI. OSI is a broad term which also includes post-traumatic stress disorder that many have heard about. We have been working on this study for a number of weeks now.

boulimie, d'alcoolisme et de l'une ou l'autre de ces choses. Je ne suis pas clinicien, mais ce n'est qu'une partie de ce que j'ai pu saisir en cours de route.

Je dirais que ces 1 200 membres ne sont probablement pas freinés pour ce qui est d'obtenir une promotion. Cependant, en fonction du profil professionnel d'un nouvel emploi et de ce qu'ils peuvent choisir comme promotion, leurs choix de carrière sont probablement limités. Le défi que je vois, c'est que les gens craignent de se manifester, parce qu'ils croient que leur carrière sera limitée s'ils s'affichent et disent qu'ils ont besoin d'aide.

Le programme En route vers la préparation mentale est, à mon avis, fantastique. Il a été élaboré pour nous. Toutefois, il devrait s'apparenter à celui des Forces canadiennes, qui est continu tout au long de la carrière et n'est pas un produit livrable unique.

**M. Townsend :** Nous continuons d'utiliser l'expression « Si un membre fait face à un événement. » Je pense qu'on devrait plutôt penser que « chaque membre va faire face à un événement de stress opérationnel ou à un événement de stress post-traumatique. » J'en suis certain, qu'il s'agisse d'un événement interne que vous connaissez ou d'un événement externe dont tout le monde est au courant. Cela va arriver. Il s'agit de services de police. C'est un sport de contact. Cela va arriver.

**Le président :** Au nom du Sous-comité des anciens combattants, nous aimerions remercier la GRC et les représentants des relations fonctionnelles à la GRC d'être ici. Nous apprécions beaucoup et soutenons pleinement le travail que vous faites. Nous tenons à ce que vous le sachiez et en fassiez part aux membres.

Merci beaucoup, et nous sommes impatients de vous revoir.

(La séance est levée.)

---

OTTAWA, le mercredi 13 mai 2015

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

**Le sénateur Joseph A. Day** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Honorables collègues, nous poursuivons aujourd'hui notre étude des répercussions médicales, sociales et opérationnelles des problèmes de santé mentale dont sont atteints les membres actifs et à la retraite des Forces armées canadiennes. Cela comprend les blessures de stress opérationnel (BSO), un terme général qui englobe l'état de stress post-traumatique dont bien des gens ont entendu parler. Voilà déjà un certain nombre de semaines que nous avons amorcé cette étude.

We are pleased to welcome today from Veterans Affairs Canada, Michel Doiron, Assistant Deputy Minister, Service Delivery; and David Ross, A/Manager, National Clinic Coordinator. We look forward to your presentation.

A little more than an hour is set aside for this meeting. Mr. Doiron, the floor is yours.

**Michel Doiron, Assistant Deputy Minister, Service Delivery, Veterans Affairs Canada:** Thank you, Mr. Chair. My name is Michel Doiron, Assistant Deputy Minister of Service Delivery at Veterans Affairs. I will keep my remarks short so that Mr. Ross can walk us through his presentation to explain the clinics and then actually have a good dialogue about that.

Joining me today is David Ross, he's a clinical psychologist working with VAC and he is in charge of our Operation Stress Injury networks. He will be provide the overview of the presentation.

It is our pleasure to be here today to talk to you about the various works that VAC has been doing in the areas of mental health and PTSD.

VAC supports the study of mental health. I think anything that we can learn will be beneficial. Without further ado, I will turn it over to Mr. Ross, so we can get into the presentation and have more time for questions.

**The Chair:** Your information deck has been circulated to all of the committee members.

**David Ross, A/Manager, National Clinic Coordinator, Veterans Affairs Canada:** Excellent. Just to give you a bit of background, I got my PhD in Clinical Psychology from McGill in 1987. I have been working mainly in Quebec in the fields of mental health and addiction for almost 30 years now. I came to VAC in 2008 in the position of National Clinical Coordinator and about a year ago I became the Acting Manager. So that's where I'm situated.

**The Chair:** Are you based in Sainte-Anne-de-Bellevue?

**Mr. Ross:** Yes.

**The Chair:** This committee visited your facility some years ago. It is time to go again, one of these days.

**Mr. Ross:** You are very welcome. I thank you, Mr. Chair, and the committee for your interest and the energy that you are putting into this to try to come to a better understanding of the challenges that we face and the opportunities that we have. I will spend a couple of minutes going over the slide deck, just to give

Nous sommes heureux d'accueillir aujourd'hui deux témoins du ministère des Anciens Combattants, à savoir M. Michel Doiron, sous-ministre adjoint, Secteur de la prestation des services; et M. David Ross, gestionnaire par intérim, coordonnateur clinique national. Nous avons grand hâte d'entendre ce que vous avez à nous dire.

Nous avons prévu un peu plus d'une heure pour cette séance. Monsieur Doiron, vous avez la parole.

**Michel Doiron, sous-ministre adjoint, Secteur de la prestation des services, Anciens Combattants Canada :** Merci, monsieur le président. Je m'appelle Michel Doiron et je suis sous-ministre adjoint du secteur de la prestation des services à Anciens Combattants Canada. Je ne vais vous parler que très brièvement pour laisser à M. Ross tout le temps de vous présenter notre réseau de cliniques dont nous pourrions discuter après coup.

Je suis donc accompagné de David Ross, un psychologue clinicien travaillant pour ACC qui est responsable de notre réseau de cliniques pour les blessures de stress opérationnel. C'est lui qui va vous présenter un aperçu de nos services.

Nous sommes ravis d'être des vôtres aujourd'hui pour vous parler des différentes mesures prises par Anciens Combattants Canada dans les domaines de la santé mentale et de l'état de stress post-traumatique.

ACC appuie votre étude sur la santé mentale. Tout ce que nous pouvons apprendre de plus ne pourra être que bénéfique. Sans plus tarder, je laisse la parole à M. Ross pour qu'il vous présente son exposé et que nous ayons plus de temps pour les questions.

**Le président :** Je vous signale que tous les membres du comité ont reçu une copie de votre document.

**David Ross, gestionnaire par intérim, coordonnateur clinique national, Anciens Combattants Canada :** Excellent. Pour que vous sachiez un peu mieux à qui vous avez affaire, disons que j'ai obtenu mon doctorat en psychologie clinique de l'Université McGill en 1987. J'ai surtout travaillé au Québec dans les domaines de la santé mentale et des dépendances depuis maintenant près de 30 ans. Je suis arrivé à Anciens Combattants Canada en 2008 à titre de coordonnateur clinique national et j'ai été nommé gestionnaire par intérim il y a environ un an. C'est donc là où j'en suis actuellement.

**Le président :** Travaillez-vous à Sainte-Anne-de-Bellevue?

**M. Ross :** Oui.

**Le président :** Nous avons visité vos installations il y a quelques années déjà. Nous serions dus pour une nouvelle visite un de ces jours.

**M. Ross :** Vous serez certes les bienvenus. Je veux vous remercier, monsieur le président, ainsi que les membres du comité pour l'intérêt que vous portez à ces questions et l'énergie que vous mettez dans cette étude afin de mieux comprendre les défis auxquels nous sommes confrontés et les possibilités qui

you an overview of the situation we're in, the network we are managing, and some of the opportunities we have. Then we'll open it up for questions.

If you would turn to slide 1, please. As everyone knows, Canadian men and women have served in a number of intense and dangerous peacekeeping and other international operations over the last several years. This has led to a steadily increasing need for mental health care.

The number of Armed Forces veterans who are receiving services is now greater than for traditional war services clients. The treatment for modern day vets with these conditions requires a sophisticated, evidence-informed and complex approach in every case. We need to take the science, move from the foundations, but it has to be tailored to the needs of each individual veteran.

There has been a general increase in VAC clients with the favourable Disability Benefit decision for a mental health condition and what you are seeing there is a reasonable metric of the gradual but steady increase in demand for mental health services since they started collecting data in 2002.

The OSI clinics are situated in a continuum of mental health services and supports. I will provide a brief summary of what those are. We can go into more detail later, if you would like. OSINN is the Operational Stress Injury National Network, which is the small but dedicated band that I belong to and is responsible to support, guide and performance manage the OSI network. The residential treatment clinic and the chronic pain management clinic are situated in Saint Anne's hospital. There are many communities specialized in patient treatment programs, which VAC has a relationship with and refers to. It's an application called OSI Connect that I believe most people are familiar with. It's an app that is on your iPhone or Android. Its purpose is simply to make services more accessible and more generally known.

VAC offers case management for individuals with complex conditions. They also have clinical care managers. A clinical care manager is brought on for a limited period of time to provide a special level of intense, supportive service to a person in need. There are also community mental health providers. I believe there are over 4,000 members registered with Blue Cross at this point. We have OSISS, which is the peer support network and the VAC Assistance Service, which now actually provides easy access to care for family members. PTSD Coach Canada is a version of PTSD Coach, the American application, which is really designed to support self-directed change. So it helps prompt people with how to cope and helps them measure how they are doing over time. Pastoral Outreach and Mental Health First Aid are programs that are just coming into their own now. These are programs that have seen great success, both in the United States

s'offrent à nous. Je vais prendre quelques minutes pour vous présenter ces diapositives qui vous donneront un aperçu de notre situation, du réseau que nous gérons et de quelques-unes des perspectives qui s'ouvrent devant nous. Nous pourrions ensuite répondre à vos questions.

Regardons la première diapositive. Comme chacun sait, les Canadiennes et les Canadiens qui portent l'uniforme ont servi au cours des dernières années dans le cadre d'opérations de maintien de la paix et d'autres missions internationales particulièrement intenses et dangereuses. Cela a entraîné une augmentation constante des besoins en matière de soins en santé mentale.

Le nombre de vétérans des Forces canadiennes qui reçoivent des services est maintenant supérieur à celui des anciens combattants ayant servi en temps de guerre. Le traitement des vétérans de l'ère moderne aux prises avec ces problèmes de santé mentale exige dans tous les cas une approche complexe, perfectionnée et fondée sur des données probantes. Les données scientifiques doivent donc nous servir de base, mais il faut adapter les traitements en fonction des besoins de chacun.

Il y a eu augmentation globale de la clientèle d'ACC ayant obtenu des prestations d'invalidité en raison d'un problème de santé mentale. Ce graphique illustre bien la hausse progressive, mais constante, enregistrée depuis les premières collectes de données en 2002.

Les cliniques BSO s'inscrivent dans un continuum de services et de mesures de soutien en santé mentale. Je vais vous en faire pour l'instant un bref résumé, mais je pourrai vous fournir plus de détails tout à l'heure, si la chose vous intéresse. Je fais partie de la petite équipe chargée d'appuyer le travail, de guider les activités et de gérer le rendement du Réseau national pour les blessures de stress opérationnel (RNBSO). La clinique de traitement en résidence et la clinique de gestion de la douleur sont toutes deux situées à l'hôpital Sainte-Anne. Anciens Combattants Canada est en lien avec de nombreux programmes internes spécialisés de traitement au sein des collectivités vers lesquels nous aiguillons nos clients. Je crois que la plupart des gens ont entendu parler de l'application Connexion PSO pour iPhone ou Android qui vise simplement à mieux faire connaître nos services et à les rendre plus accessibles.

ACC offre des services de gestion de cas pour les clients dont les problèmes de santé sont complexes. On peut aussi faire appel à des gestionnaires de soins cliniques pendant une période limitée pour offrir un soutien particulièrement intensif aux personnes qui en ont besoin. Il y a également des fournisseurs communautaires de services en santé mentale. Je crois qu'il y en a actuellement plus de 4 000 qui sont inscrits auprès de la Croix-Bleue. Le Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO) est assuré par un réseau de pairs. Le Service d'aide d'ACC offre actuellement un accès facile aux soins pour les membres de la famille. Il y a également Coach ESTT Canada, une version de l'application américaine PTSD Coach, qui vise à appuyer les démarches autonomes de changement. L'application guide les anciens combattants dans leur processus d'adaptation et les aide à mesurer les progrès réalisés. Les programmes Service de

and Australia, where in a relatively short period, you come in and coach a group of people how to recognize, not diagnose, but signs of distress; how to make the initial intervention; and how to support them, if they need more intensive care. It's a particularly useful introduction because what really works well is when you think through your mental health program in terms of step-care. You don't always try to crush a walnut with a sledgehammer. Most people with mental health problems are capable of self-directing themselves out of distress, if only they are given the right supports and they have the right options.

Turning to the OSI Clinic Network, we now we have 10 clinics, soon to be 11. They are located across the country from Vancouver, Calgary, Edmonton, Winnipeg, London, Ottawa and Sainte Anne's. There are outpatient and inpatient clinics — one in Quebec City and one in Fredericton. They first opened their doors in 2002. As of Q3 of this year, we have received just over 10,600 referrals. So we're very glad to be used, although we are working harder to make ourselves more accessible, and we'll talk about more about that in a second.

I have a couple of words about the clinics. On the next slide you can see when the clinics were set up and that gives you an idea of the time sequence. But the thing that I want to make clear is that this is truly a Canadian operation. Why do I say that? I say that because it is a partnership based on a gentleman's agreement between the federal government and the respective provincial governments. We fund the clinics — every last dime. The clinics are staffed by provincial care people. They are managed operationally by their own internal care people. Why is that? This was a deliberate decision taken a long time ago.

These are ultra-specialized clinics. If they are going to serve the people who really need them the most, then they need to be well integrated into the local systems of care. If you bring them in and drop them on top of local system of care, it is much harder to establish the referral networks and to develop those hallway relationships that are so important in actually making it work. So for better or worse the decision was, from the very beginning, to go this path. And it has paid off in many ways.

We've recently opened some satellite clinics. You can see them described in the following slide. So Victoria, Kelowna, Greater Toronto, Hamilton, Pembroke, Brockville, Montreal South Shore, Chicoutimi and St. John's, Newfoundland, are all of course linked to mother clinics. Each will have a varying number of staff. The plan is to deliver collaborative inter-professional care

pastorale et Premiers soins en santé mentale viennent tout juste de prendre leur envol. Ces programmes qui ont produit d'excellents résultats, tant aux États-Unis qu'en Australie, permettent d'enseigner assez rapidement à un groupe la façon de reconnaître, et non pas de diagnostiquer, des signes de détresse; de procéder à l'intervention initiale; et d'apporter le soutien voulu si des soins plus poussés s'imposent. C'est une démarche initiale particulièrement bénéfique, car il faut vraiment privilégier un processus par étape pour le soutien en santé mentale. Ce n'est pas nécessairement une bonne idée de sortir l'artillerie lourde dès le départ. La plupart des gens aux prises avec des problèmes de santé mentale sont capables de s'en sortir par eux-mêmes, pour autant qu'ils aient accès aux options et aux mesures de soutien adéquates.

Parlons maintenant du réseau des cliniques BSO. Nous comptons maintenant 10 cliniques, et il y en aura bientôt une onzième. On en retrouve un peu partout au pays, de Vancouver jusqu'à Sainte-Anne, en passant par Calgary, Edmonton, Winnipeg, London et Ottawa. Il y a des cliniques pour les clients externes et les patients hospitalisés — une à Québec et l'autre à Fredericton. Entre l'ouverture des premières cliniques en 2002 et le troisième trimestre de cette année, un total de plus de 10 600 clients nous ont été référés. Nous nous réjouissons de l'utilisation que l'on fait de nos services, mais nous mettons les bouchées doubles pour les rendre encore plus accessibles. J'y reviendrai d'ailleurs dans un instant.

J'aimerais vous donner quelques précisions au sujet de nos cliniques. À la diapositive suivante, vous pouvez voir à quel moment les différentes cliniques ont ouvert leurs portes, ce qui vous donne une idée du déploiement de nos services. Je veux surtout souligner qu'il s'agit véritablement d'un processus pancanadien. C'est en effet un partenariat fondé sur une entente à l'amiable entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux concernés. Nous finançons entièrement les cliniques. C'est la province qui se charge de les doter en professionnels de la santé qui gèrent le fonctionnement de la clinique. Pourquoi donc? C'est ce que nous avons décidé après mûre réflexion il y a longtemps déjà.

Ce sont des cliniques ultraspécialisées. Pour qu'elles puissent offrir des soins à ceux qui en ont le plus besoin, il fallait qu'elles soient bien intégrées au réseau local de soins de santé. Si l'on s'était contenté de les ajouter à ce réseau, il aurait été beaucoup plus difficile de nouer les liens nécessaires pour aiguiller les patients et développer ces relations informelles qui sont primordiales pour que les choses fonctionnent vraiment. Nous avons donc décidé dès le départ, pour le meilleur et pour le pire, d'adopter cette démarche qui a rapporté des dividendes à bien des égards.

Nous avons récemment ouvert des cliniques satellites. Comme vous pouvez le voir à la diapositive suivante, elles sont installées à Victoria, à Kelowna, dans le Grand Toronto, à Hamilton, à Pembroke, à Brockville, sur la Rive-Sud de Montréal, à Chicoutimi et à St. John's (Terre-Neuve). Elles sont toutes bien sûr reliées à une clinique principale et leur nombre d'employés

to the people who are going to be seen in those satellite clinics by using Telehealth Liaison. We are very glad to have those clinics because it really improves our abilities to reach people. The closer you are to where they are, the more likely they are to come to your door.

I would like to say a couple of words about the scope of services for operational stress injuries. What you see here is a description of the substantive services: assessment and treatment one-to-one, couple, family and groups; modality, typically face-to-face; and often Telehealth, which is at the discretion of the veteran; and outpatient and inpatient stabilization and rehab. We are family-friendly and family-focused. We work hard to work closely with OSISS and with peer support groups, again because we work better when we work together. They are particularly helpful in helping us to reach the people who need us the most, but who are perhaps less likely to walk through a clinic door unless they are accompanied by somebody they trust.

We use an inter-professional interdisciplinary approach. We learned a long time ago in mental health that no one profession has a patent on reality and that we are more likely to provide comprehensive care to the broad scope of people who need us if we work as a team, acknowledge each other's blind spots and strengths, and share knowledge and skills. That's the explicit model on which these clinics are set up.

The services are based on evidence-informed care. This is a term that you will hear often and we want to be clear about how we are using it. It means that if we are using an assessment instrument or assessment procedure or if we are delivering a treatment to a veteran, we have systematically verified the support for that intervention in randomized group trials. We are quite aware that we don't have randomized control trial, RCT, data for all of the possible permutations and combinations, so we have a set of rules to use around the extra safeguards we add when we step off the evidence-based plank. The bottom line is that we are quite picky about this one because it has become clearer as time goes by that it is more and more important for people not to go off on tangents and at least to start on the science-based interventions, particularly with the most vulnerable people.

Finally, in terms of scope of services, we will do what we can to promote community awareness and to disseminate the knowledge we have to the community providers.

One other thing I will mention briefly about one of the pillars of our network is that it's important to use an evidence-informed assessment. Otherwise, the treatment plan will be a mess — garbage in, garbage out. It's important to define the treatment plan clearly and consensually with the client. It's important to

peut varier. Il s'agit d'offrir en collaboration des soins multidisciplinaires via Télésanté aux personnes qui visiteront ces cliniques satellites. Nous nous réjouissons surtout du fait que ces cliniques nous permettent de rendre nos services beaucoup plus accessibles. Plus on se rapproche des gens, plus ils sont susceptibles de nous rendre visite.

J'aimerais maintenant vous dire quelques mots de l'étendue de nos services pour les blessures de stress opérationnel. Cette diapositive dresse la liste de nos principaux services : évaluation et traitement individuellement, en couple, en famille ou en groupe; soins en personne et souvent via Télésanté, au choix du vétérinaire; soins externes; soins en établissement pour la stabilisation et la réadaptation. Nos services sont centrés sur la famille. Nous nous efforçons de travailler en étroite collaboration avec le réseau SSVSO et les groupes de soutien par les pairs, car la concertation produit de meilleurs résultats. Ces ressources sont particulièrement utiles lorsqu'il s'agit de rejoindre les gens qui ont le plus besoin de nos services, car ce sont souvent ceux qui sont le moins susceptibles de visiter l'une de nos cliniques s'ils ne sont pas accompagnés d'une personne digne de confiance.

Nous avons donc recours à une approche multidisciplinaire. Nous savons depuis longtemps déjà qu'aucune profession ne détient le monopole de la vérité en santé mentale et que nous arriverons mieux à offrir toute la gamme des soins nécessaires au large éventail de clients qui ont besoin de nos services si nous travaillons en équipe, en reconnaissant les points forts et les faiblesses de chacun, et en mettant en commun nos connaissances et nos compétences. C'est justement le modèle qui sert de base à ces cliniques.

Nos services sont fondés sur des données probantes. Comme c'est une notion qui risque de revenir souvent sur le tapis, j'aimerais vous dire ce que nous entendons exactement par là. Cela signifie que les outils ou les procédures d'évaluation que nous utilisons tout comme les traitements que nous offrons aux anciens combattants font d'abord l'objet d'essais auprès de groupes constitués aléatoirement. Nous sommes très conscients du fait qu'il n'est pas possible d'effectuer de tels essais contrôlés aléatoires à l'égard de toutes les combinaisons possibles de clients et de services. Nous avons donc établi un ensemble de règles qui nous servent de précautions supplémentaires lorsque nous ne pouvons pas compter sur des données probantes. Il faut surtout retenir que nous voulons vraiment nous en tenir à cette démarche scientifique, car l'expérience nous a démontré qu'il importe plus que jamais d'éviter de s'en éloigner et de s'assurer tout au moins d'amorcer les interventions sur la base des données scientifiques disponibles, surtout auprès des clients les plus vulnérables.

Enfin, pour revenir à l'étendue de nos services, nous mettons tout en œuvre pour sensibiliser les gens et transférer nos connaissances aux fournisseurs de soins locaux.

Je voudrais aussi souligner brièvement à quel point il est important de pouvoir miser sur des évaluations fondées sur des données probantes, un des piliers de notre réseau. Sans cela, nos plans de traitement ne seraient pas à la hauteur — à données douteuses, résultats douteux. Il importe d'élaborer le plan de

build that plan out of interventions that have been validated. Even then, it's not a guarantee of success. What you need to do — the extra added element — is to continually track your outcomes. For example, if you go to see your physician and you have a problem with essential hypertension, he will require you to undergo a blood pressure test on a regular basis. He'll receive the feedback and so will you. That way, you can consult on whether your intervention is working.

CROMIS, which we developed, is the mental health analogue of a physical vital signs test. It measures the common distress and dysfunction that are common to all diagnoses or mixes of diagnoses — ages, gender. It's a metric you can use to see generally if the person is stable, reliably improving or reliably getting worse. It's based on informed consent so if the vet consents, it is completed before each session. The report is available instantly to the clinician reviewer and the client. It's usually reviewed in the first five minutes of the session, just as a safety check. The system has been shown to consistently outperform clinicians in terms of its ability to detect people who are at risk of deterioration or dropping out.

Clinicians are good at many things, but one of things we are not so good at is picking up the people who might disappear on us or who may be getting worse under our watch. When the system is used as designed, it reliably improves the outcomes of the most vulnerable individuals. And that's irrespective of the therapist effects or the treatments used. It's a separate measure with a separate influence. We also use it for our performance management. We will start to report our outcomes in terms of how we are doing with our people at the end of the first quarter. It took four years to get it through the gate and two years to successfully get it stood up, but the wheels are rolling now.

With that I will conclude the presentation. Thank you for your attention and interest.

**The Chair:** Thank you very much. We appreciate your comments and such a clear explanation of the network.

At page 4, you talk about the continuum of mental health services and supports. Am I to assume that each of these bullets you have listed is in some way under Veterans Affairs or are they partners of and supported under the auspices of some other organization?

**Mr. Ross:** They are either directly under Veterans Affairs or Veterans Affairs is a partner or has contributed to them materially. For example, OSI Connect was created by the Royal Ottawa Hospital OSI Clinic in collaboration with us.

**The Chair:** Does Veterans Affairs have access to that app?

traitement de façon claire en concertation avec le client. Il faut aussi articuler ce plan autour d'interventions qui ont fait leurs preuves. Malgré tout, le succès n'est jamais garanti. Il faut greffer à la démarche un suivi constant des résultats. Par exemple, si votre médecin vous diagnostique un problème d'hypertension primaire, il vous demandera de faire vérifier fréquemment votre tension artérielle. Il recevra les résultats et vous également. C'est ainsi que l'on peut savoir si le traitement fonctionne.

Nous avons conçu le Système de surveillance des résultats signalés par le client (SSRSC) qui est l'équivalent pour la santé mentale d'une vérification des signes vitaux. Il s'agit de repérer les troubles et les dysfonctionnements qui sont communs à tous les diagnostics possibles en fonction de l'âge et du sexe, notamment. C'est un outil qui permet généralement de savoir si l'état d'une personne est stable, s'améliore ou se détériore. Il peut être utilisé au début de chaque rencontre et le médecin et son patient ont immédiatement accès aux résultats. C'est un mécanisme de vérification dont l'on se sert habituellement dans les cinq premières minutes d'une rencontre. Il a été démontré que le système parvenait plus efficacement que les médecins à détecter les patients dont l'état risque de se détériorer ou qui pourraient renoncer au traitement.

Les médecins ont bien des qualités, mais ils ne sont pas nécessairement les plus clairvoyants lorsqu'il s'agit de repérer les patients dont ils pourraient perdre la trace ou dont l'état pourrait s'aggraver pendant le traitement. Lorsque ce système est utilisé à bon escient, il permet vraiment d'améliorer les résultats obtenus auprès des patients les plus vulnérables, et ce, sans égard aux effets thérapeutiques différentiels ou aux traitements utilisés. C'est une mesure distincte qui permet une évaluation différente. Nous nous en servons également pour la gestion du rendement. À la fin du premier trimestre, nous allons commencer à rendre compte de nos résultats quant au traitement des patients. Il a fallu quatre ans pour mettre ce système en œuvre et deux autres années pour en assurer le bon fonctionnement, mais tout baigne maintenant dans l'huile.

Je vais conclure ainsi mes observations en vous remerciant de votre attention et de votre intérêt.

**Le président :** Merci beaucoup. Nous sommes heureux que vous ayez pu nous expliquer aussi clairement le fonctionnement de votre réseau.

À la page 4 de votre document, vous présentez le continuum des services et des mesures de soutien en santé mentale. Dois-je comprendre que tous les services énumérés relèvent d'Anciens Combattants Canada ou y en a-t-il qui sont offerts en partenariat par d'autres organisations?

**M. Ross :** Soit que le ministère est directement responsable, ou soit qu'il agisse à titre de partenaire ou qu'il apporte sa contribution financière. À titre d'exemple, l'application Connexion TSO a été conçue par la clinique BSO de l'Hôpital Royal Ottawa en collaboration avec nous.

**Le président :** Est-ce que le ministère a accès à cette application?



**Mr. Ross:** Yes. It has been disseminated across the country. It's actually on the Apple Store site.

**The Chair:** We're wondering about what veterans have access to. If they came to the network, would they have access to all of these items through Veterans Affairs?

**Mr. Ross:** Yes.

**The Chair:** Do they have to be referred somewhere else?

**Mr. Ross:** No, that would be through VAC.

**Mr. Doiron:** It is through VAC, which offers even more services than those enumerated here in terms of mental health. As David mentioned, we have over 4,000 contractors in the field that we utilize for specialized care in mental health. We maximize the provincial health systems where we can and the OSI clinic is an example of that. The Government of Canada pays the entire cost of the clinics, which are managed by the province. Veterans are under our care so they can go to any of the clinics and use the peer support. We collaborate with our friends at CAF and DND to try to maximize as much of the network as possible — our network and the CAF network. A veteran can go to any one of those clinics. If there is no clinic in their area and no help available — because they can be from anywhere across Canada — and if Telehealth is not available, we have resources across Canada where we can refer the individual.

**The Chair:** You have a good story to tell. We'd like to tell it in our report as well, so if there are any other services you haven't told us about or haven't listed, you can let us know about it in writing so we could incorporate that as well.

Going now to honourable senators, we'll begin with the deputy chair, Senator Stewart Olsen from New Brunswick.

**Senator Stewart Olsen:** We understand through our meetings with various people that VAC and DND are beginning to integrate more services toward better transition and that it's much more reassuring for veterans who are transitioning out. Can you give me an update on how that's going?

**Mr. Doiron:** Actually, that's not just for mental health but for everything. I co-chair a VAC transition committee with Lieutenant-General David Millar, who has appeared before this committee. We are looking at all the ways to improve transition. We know that when someone leaves uniform life, which has been structured for so many years, they have to find a provincial GP of some sort. We are trying to eliminate "the seam," which you

**M. Ross :** Oui. Elle est disponible dans tout le pays. On peut même se la procurer via la boutique en ligne d'Apple.

**Le président :** Nous cherchons à déterminer les mesures de soutien auxquelles les anciens combattants ont accès. Un vétéran qui passe par le réseau aurait-il accès à l'ensemble de ces services et de ces mesures de soutien par l'entremise d'Anciens Combattants Canada?

**M. Ross :** Oui.

**Le président :** Doivent-ils être référés par une autre organisation?

**M. Ross :** Non, ce serait par ACC.

**M. Doiron :** Ce serait par l'entremise du ministère qui offre aussi d'autres services en matière de santé mentale qui ne figurent pas sur cette liste. Comme David l'a mentionné, nous pouvons compter sur le terrain sur plus de 4 000 entrepreneurs auxquels nous avons recours pour dispenser des soins spécialisés en santé mentale. Nous nous efforçons de faire une utilisation optimale des réseaux provinciaux de la santé, et les cliniques BSO illustrent bien cette approche. Le gouvernement du Canada paie la totalité des coûts de ces cliniques qui sont gérées par la province. Les anciens combattants, qui sont sous notre responsabilité, peuvent visiter n'importe laquelle de ces cliniques pour y trouver le soutien de leurs pairs. Nous collaborons avec nos amis des Forces armées canadiennes et du ministère de la Défense nationale afin d'optimiser l'efficacité de nos réseaux respectifs. S'il n'y a pas de clinique à proximité et qu'aucune aide n'est disponible, même par l'entremise de Télésanté, nous avons partout au pays des ressources vers lesquelles nous pouvons diriger l'ancien combattant.

**Le président :** Vous avez des mesures intéressantes à promouvoir, et nous aimerions en faire état dans notre rapport. S'il y a d'autres services dont vous n'avez pas parlé ou qui ne sont pas énumérés, vous pouvez nous en faire part par écrit afin que nous puissions en tenir compte également.

Nous passons maintenant aux questions des honorables sénateurs en débutant avec la vice-présidente du comité, la sénatrice Stewart Olsen du Nouveau-Brunswick.

**La sénatrice Stewart Olsen :** À la lumière des différents témoignages que nous entendons, nous pouvons constater que les ministères des Anciens Combattants et de la Défense nationale commencent à intégrer de plus en plus de services en vue de favoriser une meilleure transition, ce qui est très rassurant pour ceux qui passent au statut d'ancien combattant. Pourriez-vous me dire où on en est rendu dans ces efforts?

**M. Doiron :** En fait, cette intégration ne vise pas uniquement la santé mentale, mais bien l'ensemble des services. J'assure la coprésidence du comité de transition de nos deux organisations en compagnie du lieutenant-général David Millar, qui a comparu devant votre comité. Nous cherchons par tous les moyens à faciliter la transition. Nous savons que lorsqu'un militaire quitte les forces où sa vie a été structurée pendant toutes ces années, il

probably heard the minister talk about. We are working diligently on that to streamline our case management services with case managers on the CAF side.

We are also working on health records. In many cases when someone applies for a disability award at Veterans Affairs, we need their health record. Well, health records, depending how long they have been retired from the Armed Forces, are either with Library and Archives or with the Armed Forces. We've invested money on that side to improve that so we can get the records faster and render decisions faster.

We are also working with the Canadian Armed Forces to try to figure out where we do not need the health record. We are calling it evidence-based decision making, and we are using that a lot for PTSD.

We're looking at their military operational codes. I am probably using the wrong terminology. That's the one that sticks in my head. I think they have a more formal word, but it's like the classification. What does a pilot do? What does an infantry individual do on a daily basis? We input that into our system. So when you come to us and say, "My knees are gone," and you were a jumper and had a thousand jumps, a logical person would say, "It's probably normal that your knees are gone." We're working very closely with CAF to use the same codes, the same terminology, so that (a) we don't have to reinvent the wheel and (b) it accelerates our service.

In the case of mental health specifically, for PTSD, we are doing something called evidence-based, which is, if you have served in a special duty area, an SDA, and have a current clinical diagnostic, then we're skipping a couple of steps in the process. We don't have to look over your 30-years-of-service medical record. So we're trying to accelerate that service to ensure that the individual gets the service faster.

As in one of our previous Treasury Board submissions, we are adding 15 peer counsellors to the network, and that's with DND. Some military people feel comfortable talking to other military people. Also, some of those resources are used for the promotion of the network because what we're seeing is that there are a lot of services available but that some people don't know they are there and they are not using some of the services.

Those are just some of the examples where we're working hand in hand with our partners at CF. The clinics also work with their counterparts, and I believe the military operational stress clinics have brought in CROMIS.

**Mr. Ross:** They are actually working on that now.

doit notamment trouver un médecin de famille dans sa province. Nous essayons de combler ce « fossé » dont vous avez sans doute entendu le ministre parler. Nous mettons tout en œuvre pour harmoniser nos services de gestion de cas avec ceux des Forces armées canadiennes.

Nous prenons aussi des mesures touchant les dossiers médicaux. Lorsqu'un ancien combattant demande des prestations d'invalidité, le ministère a besoin plus souvent qu'autrement de son dossier médical. Selon le temps écoulé depuis que le client a quitté les forces armées, son dossier médical peut avoir été conservé par celles-ci ou avoir été transféré à Bibliothèque et Archives Canada. Nous avons investi à ce chapitre de manière à obtenir plus rapidement les dossiers médicaux et pouvoir rendre une décision sans tarder.

Nous collaborons en outre avec les Forces armées canadiennes pour essayer de déterminer les cas dans lesquels le dossier médical n'est pas nécessaire. C'est ce que nous appelons la prise de décisions fondée sur des données probantes, et nous y avons largement recours pour l'état de stress post-traumatique.

Nous prenons aussi en considération les codes opérationnels des militaires. Ce n'est sans doute pas le terme approprié, mais c'est celui qui me vient à l'esprit. Je crois que l'on utilise un terme plus précis pour désigner ce concept, mais c'est un genre de classification. Que fait un pilote? Que fait un soldat d'infanterie au quotidien? Nous enregistrons ces informations dans notre système. Ainsi, lorsqu'un client nous indique que ses genoux ne sont plus fonctionnels, nous pouvons conclure que c'est sans doute normal en sachant qu'il était parachutiste et qu'il a fait un millier de sauts. Afin d'accélérer nos services en évitant d'avoir à réinventer la roue, nous collaborons de près avec les Forces armées canadiennes pour veiller à utiliser les mêmes codes et les mêmes termes.

Pour ce qui est de la santé mentale, l'ESPT, un volet repose sur des données probantes, c'est-à-dire que si une personne a servi dans une zone de service spécial, une ZSS, et qu'elle a un diagnostic clinique, nous éliminons deux ou trois étapes du processus. Nous n'avons pas à consulter le dossier médical couvrant 30 ans de service. Nous essayons donc d'accélérer le processus pour que la personne ait accès plus rapidement aux services.

Comme nous l'avons indiqué dans l'une de nos présentations au Conseil du Trésor, nous ajoutons 15 pairs conseillers au réseau, et c'est au MDN. Certains militaires se sentent à l'aise de parler avec un militaire. De plus, nous utilisons une partie de nos ressources pour faire connaître le réseau, car nous constatons que beaucoup de services sont offerts, mais que des gens ignorent leur existence et ne recourent donc pas à certains services.

Voilà quelques exemples de notre travail de collaboration avec nos partenaires des FC. Les membres du personnel des cliniques collaborent également avec d'autres genres de cliniques, et je crois que les cliniques pour blessures liées au stress opérationnel utilisent le SSRSC.

**M. Ross :** En fait, ils travaillent là-dessus.

**Mr. Doiron:** Then we will have the same data. We will be using the same data points to advance the science and the technology.

**Senator Stewart Olsen:** It sounds like this is coming together, and I'm really pleased to hear it. One of the things that I noted from many of our witnesses is that there is perhaps a shift in attitude as well within the departments, DND and VAC, so that, when a veteran comes before a board, much as in the United States, the veteran is taken at his or her word, rather than, "You have to prove this." So treatment begins immediately. You don't have to wait until you get records and things. Am I wrong in that? Or has that been moving along?

**Mr. Doiron:** It's moving along. We have to recognize that our act still says that you have to prove the issue is service related. We have this legislative, clear marker. But, that said, the benefit of the doubt, if I can use that terminology, goes to the veteran. We are seeing that a lot more in our boards. Internally, because I have all of the adjudication processes in addition to clinics and the offices, we are actually working very hard with our adjudicators and our nurses to accept that evidence.

It has to be based on evidence, right? In the example I gave about PTSD now, if you've gone to an SDA, if you've served in a couple of tours in Afghanistan and come to us and have a clinician who says, "My client has PTSD," in the past, we would have requested your health records. It takes six to nine weeks to get the health records and do a full assessment. Now we check your service record. It's true you have been in Afghanistan, and there is a certified doctor or clinician saying, "My client has PTSD." Unless there is something really funny, generally speaking, you are in. That's giving the benefit of the doubt and saving some steps because it is very clear. It's not only David telling me this. But it's very clear that the faster we can get the people into treatment, the more chance of success and getting better they have. If it's going to take 16 weeks for me to do that assessment, that's one thing. But sometimes they may have already been two or three years out before they come to somebody. We are trying to facilitate that. That attitude is clearly moving in all areas, not just mental health, but it is moving. I know the various boards are taking that into account. As proof of that, our first-level approval has gone up from 70 per cent to 79 per cent. So that means that when somebody applies for a disability award, that's a 9 percentage-point approval on your first application, which I think demonstrates the movement.

**Senator Stewart Olsen:** On the Telehealth question, in speaking with quite a few members of the Armed Forces who are veterans now, I found that they were uncomfortable with the idea of talking to a camera. Is that improving? Or how are you finding that kind of interview?

**M. Doiron :** Nous aurons donc les mêmes données. Nous utiliserons les mêmes points de données pour faire avancer les connaissances et la technologie.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Il semble que les choses se passent bien, et je suis ravie de l'entendre. Une chose que j'ai constatée par de nombreux témoignages, c'est qu'il semble y avoir un changement d'attitude également au sein des ministères, le MDN et ACC, qui fait en sorte que lorsqu'un ancien combattant se présente devant un comité, comme aux États-Unis, on le croit sur parole et on ne lui dit pas « vous devez le prouver ». Il peut commencer un traitement immédiatement. Il n'a pas à attendre que vous obteniez son dossier, par exemple. Est-ce exact? Ou bien est-ce que les choses progressent?

**M. Doiron :** Les choses progressent. Il faut dire que selon les dispositions, il est toujours obligatoire de montrer que son état est lié au service. Cet indicateur clair existe toujours. Cela dit, c'est l'ancien combattant qui a le bénéfice du doute, si je peux m'exprimer ainsi. C'est ce que nous voyons de plus en plus dans nos comités. À l'interne, parce qu'il y a les processus d'arbitrage, les cliniques et les bureaux, nous travaillons très fort avec nos arbitres et nos infirmières pour accepter ces éléments.

Il faut que ce soit fondé sur des données probantes, n'est-ce pas? Dans l'exemple que j'ai donné concernant l'ESPT, si la personne a servi dans une ZSS, si elle a participé à des missions en Afghanistan, qu'elle s'adresse à nous et qu'un clinicien nous dit « mon client souffre de l'ESPT », auparavant, nous aurions demandé son dossier médical. Il faut attendre six à neuf semaines avant d'obtenir les dossiers médicaux et qu'une évaluation complète soit effectuée. Maintenant, nous regardons les états de service. Nous constatons alors qu'effectivement, la personne a participé à des missions en Afghanistan, et un médecin ou un clinicien nous dit que la personne souffre de l'ESPT. À moins qu'il y ait quelque chose de vraiment bizarre, généralement, cela va. Il s'agit de lui donner le bénéfice du doute et d'éliminer quelques étapes, car c'est très clair. Non seulement David me le dit, mais de toute évidence, en permettant à la personne de suivre un traitement le plus vite possible, les chances de voir son état s'améliorer augmentent. S'il me faut 16 semaines pour faire l'évaluation, c'est une chose. Parfois, les gens attendent deux ou trois ans après leur service avant de consulter. Nous essayons de faciliter le processus. De toute évidence, un changement d'attitude s'opère dans tous les volets, pas seulement dans la santé mentale. Je sais que les différents comités en tiennent compte. La preuve, c'est que le taux d'approbation de premier niveau est passé de 70 à 79 p. 100. Cela signifie que lorsqu'une personne fait une demande d'indemnité d'invalidité, le taux d'approbation après la première demande a augmenté de 9 p. 100, ce qui indique que les choses changent.

**La sénatrice Stewart Olsen :** En ce qui concerne la télésanté, en discutant avec bon nombre de membres des Forces armées qui sont maintenant à la retraite, j'ai constaté que l'idée de parler à une caméra les rend mal à l'aise. Les choses s'améliorent-elles à cet égard? Que pensez-vous de ce type d'entretien?

**Mr. Doiron:** It depends on the generation. It is truly generational. Some people will never like to talk to a screen. It doesn't matter their age, but the younger people are more used to doing Face Time and everything else. So they are a little more comfortable with that process. They are not all comfortable talking to screens, but we have more uptake. You may have more statistics on that.

**Mr. Ross:** It's interesting because we tried to implement Telehealth. We started around 2008. We stood back a couple of years later and asked, "How is this going?" There were a couple of take-home lessons. First, we looked at the literature, which continues to show that the outcomes are as good as you can get with face-to-face, but, on the other hand, it's absolutely true that some people find that strange.

We decided to take the following tack: We offer Telehealth as an option, but we also make a point of inviting people in for the face-to-face contact so that they can get a feel for us, so that they can get a feel for the assessment. If it's easier for them, then, to complete the assessment via Telehealth, fine. If they want to start treatment face-to-face, sometimes they realize, "I don't think I really want to drive four hours in a snowstorm. On the other hand, I don't want to miss my session." So they have that option. Our experience is that the more they use it, the more comfortable they are. As long as the connection is reliable and, depending on the technology and which part of Canada you're in, this could be quite the challenge. What you don't want is a broken connection when you are trying to call whoever you call.

That having been said, the more experience people have, the more they tend to become okay with it, especially if the alternative is a long wait or no access.

**Mr. Doiron:** It's also one of the reasons we have the satellites. We will send a psychologist or a mental health professional to a location one day a week, one day a month depending on where it is, or maybe three days a week to help us with that. There is a certain segment of individuals who are not comfortable with the technology, so we are trying to give them all of the options we can. In some provinces, it works well, and, with some technologies, not as well.

**Senator White:** Thanks to both of you for being here. I appreciate you taking the time. Looking at your PowerPoint presentation, I was very pleased with the header. It has a photograph of an RCMP officer. So now I'm going to ask questions about that because, over the past couple of months, I've heard that the RCMP don't have exactly the same access that retired military members do. In fact, I learned last week that they couldn't access, for example — officially couldn't access — OSI unless they were actually on a disability pension. I think a disability pension takes about 18 months or more for approval and is never approved the first time around I understand from

**M. Doiron :** Cela varie selon les générations. C'est vraiment une question de génération. Certaines personnes n'aimeront jamais parler devant un écran, peu importe l'âge qu'elles ont, mais les jeunes sont habitués d'utiliser Face Time, par exemple. Cette façon de procéder leur pose moins de problèmes. Ils ne se sentent pas tous à l'aise de parler à un écran, mais ils l'utilisent davantage. Vous avez peut-être plus de données à ce sujet.

**M. Ross :** C'est intéressant, car nous avons essayé de mettre en place des services de télésanté. Nous avons commencé en 2008. Quelques années plus tard, nous avons pris du recul pour déterminer comment se passaient les choses. Nous avons retenu des leçons. Premièrement, nous avons exploré la documentation, qui indique toujours que les résultats de ce processus équivalent à ceux des rencontres en personne, mais d'un autre côté, il est tout à fait vrai qu'il y a des gens qui trouvent cela étrange.

Nous avons décidé de procéder de la façon suivante : nous offrons des services de télésanté, mais nous nous faisons également un devoir d'inviter les gens à une rencontre en personne, de sorte qu'ils puissent se faire une idée de nous et de l'évaluation. Si c'est plus simple pour eux de terminer l'évaluation en utilisant le service de télésanté, c'est très bien. S'ils veulent commencer le traitement en personne, ils réalisent parfois qu'ils ne veulent pas vraiment conduire durant quatre heures en pleine tempête de neige. D'un côté, ils ne veulent pas manquer leur séance. Ils ont donc le choix. D'après notre expérience, plus les gens l'utilisent, plus ils sont à l'aise. Tant que la connexion est fiable, et il faut dire que selon la technologie et la région du Canada dans laquelle la personne habite, cela peut constituer un problème. Il ne faudrait pas qu'il y ait des problèmes de connexion quand on essaie d'appeler la personne.

Cela dit, plus les gens l'utilisent, plus ils semblent s'y habituer, surtout si autrement ils doivent attendre longtemps ou s'ils n'ont pas accès aux services.

**M. Doiron :** C'est également l'une des raisons pour lesquelles nous avons les satellites. Nous envoyons un psychologue ou un professionnel de la santé mentale à un endroit une journée par semaine, ou par mois, selon la région, ou peut-être trois jours par semaine. Puisqu'une certaine proportion de gens a de la difficulté à utiliser la technologie, nous essayons de leur donner toutes les options possibles. Dans certaines provinces, cela fonctionne bien, et pour certaines technologies, les choses ne fonctionnent pas toujours aussi bien.

**Le sénateur White :** Je vous remercie tous les deux de votre présence et de prendre le temps de comparaître devant nous. En regardant votre présentation PowerPoint, j'ai été très ravi de voir la photo dans l'en-tête. Elle comprend un agent de la GRC. Je vais poser des questions qui concernent la GRC, car ces derniers mois, j'ai appris que les membres de la GRC n'ont pas tout à fait accès aux mêmes services que les militaires à la retraite. En fait, la semaine dernière, j'ai su qu'ils n'ont pas accès, par exemple — officiellement — aux cliniques BSO à moins qu'ils reçoivent une pension d'invalidité. Je pense qu'il faut au moins 18 mois pour qu'une pension d'invalidité soit approuvée et qu'elle n'est jamais

RCMP veterans' organizations. There has never been an OSI approval the first time around, and I do understand that you do open the door for them at times.

I'm trying to figure out the number of RCMP officers accessing OSI and the number of them accessing it but do not have formal approval — that is, they're doing it because you're being nice guys, and I'm sure you are — so we can make recommendations around changing that.

**Mr. Doiron:** We have to distinguish between the veteran RCMP and the serving member.

**Senator White:** No, the retiree.

**Mr. Doiron:** There is a difference. We do serve serving members, but they have to go through a different process. Perhaps Mr. Ross can talk about the veterans.

**Mr. Ross:** Our mandate is to treat the people referred to us. We really have no authority to take people walking in. In the case of a retiree, it would be somebody referred to us by VAC, usually the case manager. In that case, typically the person is referred to us for an assessment. When it becomes clear very quickly that there is a need for intervention, we get in touch with the case manager right away and ask him to authorize us to proceed with the treatment. Again, treatment is a separate benefit. Unfortunately, we're not authorized to make those decisions. However, we have a good relationship with the case managers. The fact that we can just pick up and phone and consult quickly is helpful in those situations.

**Mr. Doiron:** We have an MOU with the RCMP. For military veterans, it's our mandate. It's in the act; it's clear. It's still on referral, but it's paid from our budgets. If one person appears or 1,000 appear, the money is there; we take care of them. With the RCMP, it comes from their budget. We bill them.

**Senator White:** Contract service, then.

**Mr. Doiron:** Yes, contract services. We have an MOU with the force to provide the services and they have to be referred to us. The agreement is different as to how they work. As for the services they receive, once they're in, it's the same.

**Senator White:** I appreciate that. I will walk through like I'm a retired RCMP officer. Tomorrow, if a doctor referred me, I still wouldn't have guaranteed access, even though I'm a veteran of the RCMP, unless I was receiving a disability pension for an OSI incident, correct?

**Mr. Ross:** Yes.

approuvée du premier coup, d'après ce qu'ont dit des organisations d'anciens de la GRC. Jamais n'a-t-on approuvé leur demande d'accès à une clinique BSO du premier coup, et je crois comprendre que vous leur ouvrez parfois la porte.

J'essaie de déterminer combien d'agents de la GRC ont accès aux cliniques BSO et combien d'entre eux y ont accès sans avoir obtenu d'approbation officielle — c'est-à-dire qu'ils y ont accès parce que vous êtes gentils, et je suis sûr que c'est le cas —, de sorte que nous puissions faire des recommandations pour que la situation change.

**M. Doiron :** Nous devons faire une distinction entre les anciens membres de la GRC et les membres qui sont encore en service.

**Le sénateur White :** Je parle des retraités.

**M. Doiron :** Il y a une différence. Ceux qui sont encore en service ont accès à nos services, mais le processus qu'ils doivent suivre est différent. M. Ross pourrait parler de la situation des anciens.

**M. Ross :** Nous avons le mandat d'aider les gens qui nous sont envoyés. Nous ne sommes vraiment pas autorisés à accepter les gens qui se présentent simplement à nous. Dans le cas d'un retraité, c'est ACC, normalement un gestionnaire de cas, qui nous l'enverrait. Habituellement, dans ce cas, la personne est dirigée vers nous pour une évaluation. Si l'on constate très rapidement qu'une intervention est nécessaire, nous communiquons tout de suite avec le gestionnaire de cas et nous lui demandons de nous autoriser à commencer le traitement qui, encore une fois, est une aide distincte. Malheureusement, nous ne sommes pas autorisés à prendre ces décisions. Cependant, nous avons de bons liens avec les gestionnaires de cas. Dans ces situations, le fait que nous pouvons simplement les appeler et les consulter rapidement est très pratique.

**M. Doiron :** Nous avons conclu un protocole d'entente avec la GRC. Pour les anciens militaires, c'est notre mandat. C'est dans les dispositions; c'est clair. Cela fonctionne tout de même par envoi, mais c'est couvert par nos budgets. Qu'il s'agisse d'une personne ou de 1 000 personnes, les fonds sont là. Pour ce qui est de la GRC, c'est couvert par son budget. Nous lui envoyons la facture.

**Le sénateur White :** C'est un service contractuel, alors.

**M. Doiron :** Oui. Nous avons conclu un protocole d'entente avec les forces pour fournir les services, et il faut que les clients nous soient envoyés. L'entente est différente pour ce qui est de leur façon de fonctionner. Quant aux services qu'ils reçoivent, ce sont les mêmes.

**Le sénateur White :** Je comprends. Supposons que je suis un agent de la GRC à la retraite. Demain, si un médecin m'envoie chez vous, rien ne garantit que j'aurais accès aux services, même si je suis un ancien membre de la GRC, sauf si je reçois une pension d'invalidité pour une blessure liée au stress opérationnel, n'est-ce pas?

**M. Ross :** Oui.

**Senator White:** This is not a slight of reply. I want to make sure we're giving the same service to our retired Mounties that we are to our retired veterans.

**Mr. Ross:** The short answer is yes. A community physician cannot refer to us directly. The only referrals we can take are through either VAC or our MOU partners within the stipulated limits, and it's the MOU partner who determines those at this point.

**Senator White:** Without the disability pension, who knows?

**The Chair:** I didn't understand your last answer. Is there any movement toward changing that?

**Mr. Doiron:** Maybe not exactly that point, but we are talking to the RCMP presently about the entire MOU, the services we offer and how we offer them. I can't preempt what's going to be in the final copy because I don't know, but we are talking about mental health with them and other services. They have access to other services that we offer. Having that disability award is the trigger.

**The Chair:** We as a Senate committee are always looking for opportunities to help push things along. If there are points on which you think a shove from the committee would be helpful, let us know.

**Senator White:** I appreciate the service you provide and I really appreciate where you've come from and where you are. My problem is that RCMP officers serve in 800 communities that typically aren't where there are military bases. It's already tough enough to get help after they retire. Most retire where they've worked in the last two postings or they return where they came from, Cape Breton or Newfoundland. I'm trying to figure out how we can make it easier for them. The disability process is not easy and I'm not suggesting it should be. There is a reason it's arduous because you want to make sure they're actual disabilities. However, the period of time and having to go through that process in getting that help may not be the answer if they just want to get the help. From my perspective, Mr. Chair, I would like to see us make a recommendation that they have the same access. I don't care who they bill — you can bill who you like. Paying is one thing, but providing that same level of service to retired RCMP officers in the same accessible way we do for our retired military is essential to ensuring that they get that post-service care we're arguing for.

**The Chair:** Senator White, you make a good point and the witnesses made the point earlier, namely that the faster you can get treatment, the more likely there will be a successful outcome.

**Senator White:** For sure.

**Le sénateur White :** Je veux seulement m'assurer que nous offrons le même service aux membres de la GRC à la retraite qu'aux anciens combattants.

**M. Ross :** En un mot, oui. Un médecin en milieu communautaire ne peut pas nous envoyer de patient directement. Nous ne pouvons prendre que des gens qui nous sont envoyés par AAC ou nos partenaires du protocole d'entente selon les limites établies, et c'est le partenaire du protocole d'entente qui les détermine à ce moment-là.

**Le sénateur White :** Si la personne n'a pas de pension d'invalidité, qui sait?

**Le président :** Je n'ai pas compris votre dernière réponse. Essaie-t-on de changer les choses à cet égard?

**M. Doiron :** Peut-être pas cela exactement, mais nous menons présentement des discussions avec la GRC au sujet du protocole d'entente, des services que nous offrons et de la façon dont nous les offrons. Je ne peux pas anticiper ce que contiendra la version finale, car je l'ignore, mais nous parlons de la santé mentale et d'autres services avec eux. Ils ont accès à d'autres services que nous offrons. Avoir l'indemnité d'invalidité est le déclencheur.

**Le président :** En tant que membres d'un comité sénatorial, nous cherchons toujours des occasions de contribuer à faire changer les choses. Si vous croyez qu'il y a certains aspects pour lesquels il serait utile que le comité agisse, veuillez nous l'indiquer.

**Le sénateur White :** Je me réjouis du service que vous fournissez et je comprends vraiment votre situation. Ce qui me pose problème, c'est que des agents de la GRC travaillent dans 800 collectivités où il n'y a pas de base militaire. Il est déjà difficile pour eux d'obtenir de l'aide une fois qu'ils sont à la retraite. À leur retraite, la plupart vivent dans la dernière région où ils ont été affectés, ou bien ils retournent d'où ils viennent, du Cap-Breton ou de Terre-Neuve. J'essaie de déterminer comment nous pouvons leur faciliter la vie. Le processus relatif à la pension d'invalidité est difficile et je ne suis pas en train de dire qu'il devrait en être autrement. Il y a une raison pour laquelle il est difficile, et c'est que nous voulons nous assurer que l'on parle vraiment d'invalidités. Toutefois, compte tenu du temps que cela prend, le processus à suivre pour obtenir de l'aide n'est peut-être pas la solution si tout ce que la personne veut, c'est obtenir de l'aide. Monsieur le président, je suis d'avis que nous devrions recommander que ces gens aient droit au même accès, peu importe qui reçoit la facture — elle peut être envoyée à qui vous voulez. C'est bien beau le paiement, mais il est essentiel que les agents de la GRC à la retraite aient accès aux mêmes services que reçoivent les militaires à la retraite pour faire en sorte qu'ils reçoivent les soins après leur service.

**Le président :** Sénateur White, vous soulevez un bon point, et les témoins ont également dit tout à l'heure que plus on commence le traitement rapidement, plus il y a de chances qu'on obtienne les résultats souhaités.

**Le sénateur White :** Certainement.

**Senator Stewart Olsen:** To that point, I'm a bit concerned that RCMP members have to go on disability. That's quite concerning because often times that would take a long time and so treatment would be long in coming. You probably know yourself that someone with, say, PTSD, would ask for help but not necessarily consider himself or herself disabled. I'm a bit worried by that. Do you think we should perhaps be recommending a change in that as well?

**Mr. Doiron:** We have to recognize that Canadians do have access to provincial health care and they can get mental health help there. Although they may not have access to an OSI clinic, they do have access to mental health. I tell that to veterans often when they say they can't get to an OSI clinic. In most communities across this great nation, there are psychologists and psychiatrists that you can see. I understand it's not easy.

In our home Province of New Brunswick, in Fredericton, there is a real challenge to recruit, maintain and retain mental health. We can get into all the reasons why but it's a reality that we contend with. I think it's no different, but if you see somebody and it's not an OSI clinic but they have a shingle on the door and they have a licence, we will pay for those services. The RCMP would have access to that same service.

When it comes to the OSI clinic, I think the attraction is the specialization. They have served in 800 communities, but a lot of RCMPs have also served with our military colleagues on various Afghanistan missions. I don't recall the number, but we had an RCMP officer from New Brunswick die in Haiti on activity. They are there, front and centre. It would always be positive to do anything we can for our colleagues in uniform in the RCMP.

**Senator Stewart Olsen:** I think we should look at something around that, chair.

**The Chair:** Our Library of Parliament scribes have already made a point of that for further consideration.

There is a parallel in this situation. Some of you who have been around in Veterans Affairs will recall that for traditional war veterans to get on VIP, the Veterans Independent Program, they had to have a disability. They didn't want the disability pension, they wanted VIP, but the Legion and other advisers were helping them get some sort of disability. It didn't make sense. Loss of hearing was the typical one — 5 or 10 per cent — so that they could then get the VIP. It cost more out of the public purse to allow them to get on VIP because of these rules. We worked hard to change that.

**La sénatrice Stewart Olsen :** À ce sujet, je déplore un peu que les membres de la GRC doivent demander des prestations d'invalidité. C'est très préoccupant, car souvent, le processus est long et la personne ne recevra pas de traitement avant un bon bout de temps. Vous n'êtes probablement pas sans savoir qu'une personne qui souffre de stress post-traumatique, par exemple, peut bien demander de l'aide sans nécessairement se considérer comme une personne invalide. Cela me préoccupe un peu. Croyez-vous que nous devrions recommander un changement sur ce plan également?

**M. Doiron :** Nous ne devons pas oublier que les Canadiens ont accès au système de soins de santé de leur province et qu'ils ont accès à des services de santé mentale. Bien qu'ils n'aient pas accès à une clinique BSO, ils ont accès à des services de santé mentale. Je le dis souvent aux anciens combattants lorsqu'ils disent qu'ils ne peuvent pas se rendre dans une clinique BSO. La plupart des collectivités de notre grande nation comptent des psychologues et des psychiatres. Je comprends que c'est difficile.

À Fredericton, au Nouveau-Brunswick, chez nous, il est très difficile de recruter des professionnels de la santé mentale et de les maintenir en poste. Nous pourrions énumérer toutes les raisons, mais c'est une réalité à laquelle nous faisons face. Je crois que ce n'est pas différent, mais si la personne voit un professionnel qui ne travaille pas dans une clinique BSO, mais qu'il y a une petite enseigne sur la porte et qu'il est autorisé à exercer, nous paierons pour ces services. La GRC a accès au même service.

Je crois que l'attrait des cliniques TSO, c'est l'aspect de spécialisation. Ils ont servi dans 800 collectivités, mais bon nombre d'agents de la GRC ont également servi aux côtés de nos collègues militaires lors de différentes missions en Afghanistan. Je ne me souviens plus du nombre, mais un agent de la GRC du Nouveau-Brunswick est mort en service en Haïti. Ils sont au cœur de l'action. Ce serait toujours une bonne chose de faire tout ce que nous pouvons pour nos collègues de la GRC.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Je pense que nous devrions envisager de recommander quelque chose en ce sens, monsieur le président.

**Le président :** Nos scribes de la Bibliothèque du Parlement ont déjà pris cela en note comme aspect important à examiner.

Il y a un parallèle à établir par rapport à cette situation. Ceux d'entre vous qui ont eu affaire au ministère des Anciens Combattants se rappelleront que pour avoir accès au Programme pour l'autonomie des anciens combattants, le PAAC, les anciens combattants traditionnels devaient avoir une invalidité. Ils ne voulaient pas avoir la pension d'invalidité; ils voulaient avoir accès au PAAC, mais la Légion et d'autres conseillers les aidaient à déclarer une invalidité quelconque. Cela n'avait aucun sens. Un exemple typique est la perte de l'ouïe — 5 ou 10 p. 100 des cas —; ils pouvaient ensuite avoir accès au PAAC. En raison de ces règlements, offrir aux anciens combattants un accès au PAAC était plus coûteux pour le trésor public. Nous avons travaillé fort pour modifier cela.

**Senator White:** I know of cases where RCMP officers are not retiring from the RCMP because they get access now and they won't get access the day they retire like a military employee would. Not only is it costing more, it's costing a hundred thousand more to keep somebody at home sick or not fully functional and not wanting to be employed anymore. The programs provided are spectacular and I want to commend how far you have come, honestly — I mean that. I talk to a lot of people from CANSOFCOM, in particular, who talk about the importance of the programs. But ensuring that all of our federal serving members of other agencies, including the RCMP, are covered is essential for us as a committee as well. Thank you for coming here today.

**The Chair:** Covered equally.

**Senator White:** Absolutely.

**The Chair:** I think that's a good point, and that has been a good discussion.

**Senator Beyak:** I'm just a replacement on this committee; I don't come here all the time. I have a friend who is retired from the military and he found a great breakthrough in his treatment when they started to look forward instead of back, to stop focusing on what had happened to him and move ahead. Could you elaborate a little bit more on that, the victor rather than the victim mentality?

**Mr. Ross:** Again, the trick is to focus on the evidence. We have an international effort going on to better understand what works. It's 2015, people, we know that most mental health conditions will probably improve to some extent if you give non-specific support. Our challenge is to be more effective. Our challenge is to help people get better more quickly.

One of the keys is to put a focus on coping and competency. That's why, if you look at the evidence-informed treatments, they all involve teaching, working with the person so they can gradually acquire skills they didn't have when they started. We're talking about a short period of time here; we're taking about 12 to 16 weeks. But the focus is on helping them learn how to take care of themselves, gain control over some of these symptoms that otherwise were corralling them into a tighter and tighter space.

However, that represents a significant departure from the mainstream of psychotherapy, which tends to be focused on the older analytic model, with no disrespect intended, but I'm only speaking about evidence-informed care for the OSIs. If you look at the ones that work well relatively quickly, they focus on building confidence.

**Le sénateur White :** Je sais que dans certains cas, des agents de la GRC ne prennent pas leur retraite parce qu'ils ont actuellement accès aux services, tandis qu'ils n'y auront plus droit dès qu'ils partiront à la retraite, contrairement aux militaires. Ce n'est pas seulement plus coûteux; cela représente une somme supplémentaire de 100 000 \$ pour une personne qui est en congé de maladie ou une personne qui a une incapacité partielle et qui ne veut plus occuper son poste. Les programmes offerts sont formidables et je tiens sincèrement à vous féliciter des progrès énormes que vous avez réalisés. Je le pense vraiment. Je parle à beaucoup de gens du COMFOSCAN, en particulier, et ils insistent sur l'importance des programmes. Cependant, le comité estime qu'il est essentiel de s'assurer que tous les membres actifs des autres organismes fédéraux, y compris la GRC, sont couverts. Merci d'être venu ici aujourd'hui.

**Le président :** On parle d'une couverture équitable.

**Le sénateur White :** Absolument.

**Le président :** Je pense que c'est un bon point; c'était une bonne discussion.

**La sénatrice Beyak :** Je ne siège au comité qu'à titre de membre substitut; je n'assiste pas à toutes les réunions. J'ai un ami qui a pris sa retraite des forces armées et qui a constaté d'importants progrès par rapport à son traitement lorsqu'on a commencé à se concentrer sur l'avenir plutôt que sur le passé, lorsqu'on a cessé de se concentrer sur ce qui lui était arrivé et qu'on a regardé de l'avant. Pourriez-vous nous parler davantage de l'adoption d'une mentalité de vainqueur plutôt que d'une mentalité de victime?

**M. Ross :** L'idée, encore une fois, est de se concentrer sur les preuves. Il y a actuellement des recherches à l'échelle internationale qui visent à mieux comprendre ce qui fonctionne. Nous sommes en 2015; nous savons que pour la plupart des problèmes de santé mentale, offrir un soutien non ciblé entraînera probablement une amélioration, dans une certaine mesure. Notre défi consiste à être plus efficace, à aider les gens à se rétablir plus rapidement.

L'un des éléments clés est de mettre l'accent sur l'adaptation et la compétence. Voilà pourquoi, si vous regardez les traitements fondés sur des données probantes, vous verrez que tous comportent un volet d'enseignement qui consiste à travailler avec les gens de façon à ce qu'ils puissent acquérir graduellement des compétences qu'ils n'avaient pas au début. On parle dans ce cas d'une courte période, soit 12 à 16 semaines, environ. Il s'agit de leur apprendre à prendre soin d'eux-mêmes, à maîtriser certains des symptômes qui, autrement, pourraient les confiner dans un espace de plus en plus restreint.

Cependant, cette approche s'écarte largement de la pratique habituelle de la psychothérapie, qui tend à être axée sur un modèle analytique plus ancien. Je ne veux pas manquer de respect envers qui que ce soit; je parle uniquement des soins fondés sur des données probantes offerts dans les TSO. Si vous regardez les soins qui donnent de bons résultats assez rapidement, vous verrez qu'ils sont axés sur le renforcement de la confiance en soi.



**Senator Beyak:** Thank you very much.

**The Chair:** Could you comment on reservists? Particularly when we look at the Afghanistan mission, reservists were called up and providing the same services as regular force members but then they returned to Canada and get back into their civilian jobs, maybe not in the same community where there is a large base, so it's not convenient to go to Fredericton like the Base Gagetown people.

Are you providing attention to the reservists to make sure they are getting the same mental health treatment as regular force members? If not, what services are needed that are not being provided now that we might be able to make recommendations about?

**Mr. Doiron:** Excellent question because reservists, I forget the exact number, something like 25 per cent served in Afghanistan of the forces that went across. That's the number that comes to mind. I may be off a little on the number, but it's around that.

In the recent past we put a lot of effort towards our reservists. There are some challenges with the reservists because they join, they serve, they go back to their community and they disappear.

The services are accessible to reservists, and if they have a diagnostic we take care of them. When they come forward, we're okay. I think our big challenge is having them come forward and serving them in their various communities, as you've raised.

I come from northern New Brunswick. I know the Edmundston 1RNBR, my dad was a reservist up there. A lot of the kids I know served. They went to Afghanistan for all kinds of reasons. We are working with senior leadership at CAF to ensure that reservists are aware that the services are there. We are open for business.

There are a variety of ways they can get those services, but they have to come forward. I think our biggest challenge is getting them to come forward. So Lieutenant-General Millar has been very open, although he's not in charge of reservists, but he's been extremely supportive. They've put out a Canadian Forces general. I don't know if I would use the term "directed" because I'm not sure that he did that, but he was clear with the senior leadership of the reserve forces. I've met with some of the senior leadership of the reserve forces to make sure they're there.

The other challenge we have is a transition interview for a full-time military person is mandatory. So we sit with the serving member and we have a transition interview. That means, prior to them leaving, having an interview. As part of the changes we're making we want to improve that interview.

**La sénatrice Beyak :** Merci beaucoup.

**Le président :** Pourriez-vous nous parler des réservistes? On pense en particulier à la mission en Afghanistan. Les réservistes ont été mobilisés et ont offert les mêmes services que les membres de la Force régulière. Après la mission, ils sont revenus au Canada et sont retournés à leur emploi au civil, mais pas nécessairement dans une collectivité à proximité d'une base importante. Donc, il ne leur est pas aussi facile que les gens de la base de Gagetown de se rendre à Fredericton.

Prêtez-vous attention aux réservistes pour vous assurer qu'ils obtiennent les mêmes soins en santé mentale que les membres de la Force régulière? Sinon, quels sont les services nécessaires qui ne sont pas offerts actuellement et pour lesquels nous pourrions faire des recommandations?

**M. Doiron :** C'est une excellente question, parce que les réservistes représentent quelque 25 p. 100 des forces qui ont été déployées en Afghanistan. Je ne me souviens pas du chiffre exact, mais c'est ce qui me vient à l'esprit. Je pourrais me tromper légèrement, mais c'est un pourcentage de cet ordre.

Nous avons consacré beaucoup d'efforts aux réservistes ces dernières années. Cela comporte son lot de difficultés, car les réservistes s'enrôlent dans les forces, ils y servent, puis ils retournent dans leur collectivité et disparaissent.

Les services leur sont accessibles et nous les prenons en charge s'ils ont reçu un diagnostic. Lorsqu'ils se manifestent, cela ne nous pose pas problème. Je pense que la principale difficulté est de les inciter à se manifester et à leur offrir des services dans leurs collectivités respectives, comme vous l'avez indiqué.

Je suis originaire du Nord du Nouveau-Brunswick. Je connais le 1 RNBR d'Edmundston, car mon père y a servi à titre de réserviste. Je connais beaucoup de jeunes qui ont servi dans les Forces canadiennes. Ils sont allés en Afghanistan pour toutes sortes de raisons. Nous travaillons en collaboration avec les hauts dirigeants des Forces armées canadiennes pour nous assurer que les réservistes sont au courant que les services existent. Nous sommes prêts à les accueillir.

Ils peuvent avoir accès à ces services de diverses façons, mais ils doivent se manifester. Je pense que notre principale difficulté est de les inciter à le faire. Donc, même si les réservistes ne relèvent pas de lui, le lieutenant-général Millar a fait preuve d'une grande ouverture et nous a été d'un très grand soutien. Il y a eu un message général des Forces canadiennes. Je n'oserais peut-être pas employer le terme « directive », car je ne suis pas certain que c'est ce qu'il a fait, mais il a envoyé un message très clair aux cadres supérieurs de la Force de réserve. J'ai rencontré certains de ces cadres supérieurs pour m'assurer de leur collaboration.

Notre autre difficulté est liée à l'entrevue de transition obligatoire pour les militaires à temps plein. Cela signifie que nous menons une entrevue de transition avec les militaires actifs, avant leur départ. Les modifications que nous apportons visent notamment à améliorer cette entrevue.

The challenge we're having with the reservists is they walk in, they come in Thursday nights and Saturdays, they decide they're no longer interested in coming in Thursday night. They bring in their kit, leave it there and they leave. And we don't have the transition interview. The direction is they're supposed to have the transition interview, but how do you control somebody who decides they're out and walks in and turns in their stuff and they're gone?

We're doing a lot of work with CAF to make sure that the services are available. We are open for business. But our big challenge is making sure the reservists know.

Anyone who has been injured, anyone we know, we have the same services we would do for the full-time members. That's not the issue once they come to us, but I think the gap, if there is a gap — and I think there is — is getting them to know the services are available. We'll do Télé-Soins. We'll do whatever can be done in their location. We'll pay for them to see a local psychologist like a regular force. We just hope they come forward.

**The Chair:** The Veterans Ombudsman some time ago brought to our attention that there are a lot of reservists and some regular force personnel who have retired, who are in rather poor physical and mental condition living on the streets. They're not going to be able to get this information. Post-traumatic stress is something that often manifests itself many years after the event. How are you communicating with these individuals, and are you doing something proactive to try to get them off the street?

**Mr. Doiron:** Absolutely. Are we doing enough? But we're doing a lot.

For the homeless, interestingly, my deputy minister, who most of you probably know, actually walked the streets of Ottawa a couple of weeks ago on a Sunday morning and found nine homeless veterans.

**The Chair:** Nine in Ottawa?

**Mr. Doiron:** We knew they were there, but they were still on the street. We're working with the homeless communities. We're working with ESDC, which has a homeless project. We have a homeless project that we're assessing now that is being conducted jointly with ESDC. We're working closely with the Legions. The Legions have put out an initiative for homelessness. We've actually partnered with vets Canada. They have boots on the ground, retired military or RCMP officers, who patrol the parks and streets in this great country and identify folks.

Dans le cas des réservistes, le problème auquel nous sommes confrontés, c'est qu'ils s'engagent, ils viennent le jeudi et le samedi soir, puis ils décident qu'ils ne veulent plus se présenter le jeudi soir. Ils apportent leur matériel et s'en vont. Nous n'avons pas l'occasion de mener une entrevue de transition. La directive est qu'ils doivent avoir une entrevue de transition, mais que peut-on faire lorsqu'une personne décide qu'elle quitte la réserve, qu'elle remet son matériel, puis qu'elle disparaît?

Nous collaborons étroitement avec les FAC pour nous assurer d'offrir des services. Nos points de services sont ouverts, mais notre grande difficulté est de nous assurer que les réservistes sont au courant.

Nous offrons à tous les réservistes blessés dont nous connaissons l'identité les mêmes services que nous offrons aux militaires à temps plein. Lorsqu'ils se manifestent, cela ne pose pas problème, mais je pense que la lacune, s'il y en a une — et je crois que c'est le cas —, est de leur faire savoir que les services sont offerts. Nous offrons le service de télé-soins. Nous leur offrons tous les services possibles dans la collectivité où ils se trouvent. Nous paierons les consultations auprès d'un psychologue de leur collectivité, comme nous le ferions pour un membre de la Force régulière. Nous espérons simplement qu'ils se manifesteront.

**Le président :** Il y a quelque temps, l'ombudsman des vétérans nous indiquait que beaucoup de réservistes et certains membres de la Force régulière qui ont pris leur retraite ont un mauvais état de santé physique et mentale et vivent dans la rue. Ces gens n'auront pas accès à ces renseignements. Souvent, l'état de stress post-traumatique se manifeste plusieurs années après l'événement. Comment communiquez-vous avec ces gens? Prenez-vous des mesures proactives pour essayer de les sortir de la rue?

**M. Doiron :** Absolument. Est-ce suffisant? Cela dit, nous faisons beaucoup de choses à cet égard.

En ce qui concerne les sans-abri, il est intéressant de souligner que mon sous-ministre — que vous connaissez probablement, pour la plupart — s'est promené dans les rues d'Ottawa un dimanche matin, il y a deux ou trois semaines, et il a trouvé neuf anciens combattants sans abri.

**Le président :** Neuf à Ottawa?

**M. Doiron :** Nous étions au courant de leur existence, mais ils étaient toujours dans la rue. Nous collaborons avec les organismes d'intervention en itinérance. Nous collaborons avec ESDC, qui a un projet pour les sans-abri. D'ailleurs, nous procédons actuellement à l'évaluation d'un projet pour les sans-abri que nous menons en collaboration avec ESDC. Nous travaillons en étroite collaboration avec les Légions, qui ont lancé une initiative de lutte contre l'itinérance. Nous avons établi un partenariat avec VETS Canada. Cet organisme a des gens sur le terrain, des militaires ou des agents de la GRC à la retraite. Ils patrouillent dans les parcs et les rues de notre grand pays pour identifier les gens.

A lot of our homeless shelters now, they will actually ask the individual “have you served?” If the individual says yes, they refer it to us, to one of our various locations, so we can do a follow-up. Not everyone who says they have served has served, but at least we do a follow-up. Vets Canada, the Legion — just to name those that come to mind — have access to us also.

We have also put out posters to say there are services available to try to identify, as much as we can, if homeless folks are serving members. Once we identify that they are a member, then there are a series of programs that kick in, whether it is our programs, CAF programs, the Legion. We work as a cohesive team to try to get these people off the street.

It is not an easy process because there are a lot of mental health issues, addiction issues and physical issues. We also notice that some people have pensions coming in, and they’re still on the street for all kinds of reasons. But there are mechanisms there to try to identify and get them into various programs.

**The Chair:** Good. The extra effort is worth it. You will obviously have to provide extra effort and a special type of individual to be able to handle that person.

**Mr. Doiron:** Absolutely. That’s why we’ve partnered with a group like VETS Canada. They’re a volunteer group, but we do provide them some funding. We do not have the resources to be on the street and be where these people may be when they are there. VETS Canada has a national network. They are out there with colleagues from various police forces.

Last fall, we also sent a letter to all police chiefs across the country, because the police working in the various towns and communities often know who the homeless people are. They see them and are sensitized to them. They also ask them if they served, and, “Here is a number you can contact. Contact them, and they’ll set the mechanism in place.”

We’re really trying on that side. It’s not something we publicize a lot, but we are out there with our partners.

**The Chair:** I commend you and encourage you to continue with that.

**Senator White:** I don’t know if you have looked at the Common Ground program out of New York. They have had a spectacular program in place for about two decades for homelessness. But in the last five or six years they have been focusing primarily on the fastest growing homeless population in New York, veterans, and very young veterans. To be fair, unlike

Actuellement, dans beaucoup de refuges pour sans-abri, les responsables demandent aux gens qui se présentent s’ils ont servi dans les forces. Les personnes qui ont indiqué avoir servi sont aiguillées vers nous, à l’un de nos divers points de service, pour que nous puissions faire un suivi. Ceux qui ont indiqué avoir servi ne l’ont pas tous vraiment fait, mais au moins, nous faisons un suivi. VETS Canada et la Légion — pour ne nommer que ceux qui me viennent à l’esprit — peuvent aussi communiquer avec nous.

Nous avons aussi distribué des affiches pour informer les gens de l’existence des services. L’objectif est d’essayer de savoir, autant que possible, si certains itinérants sont d’anciens militaires. Ceux que nous trouvons ont alors accès à divers programmes, qu’ils soient offerts par nous, les FAC ou la Légion. Nous travaillons de façon concertée pour essayer de sortir ces gens de la rue.

Ce n’est pas tâche facile, parce qu’il y a beaucoup de problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de santé physique. Nous avons observé que cela touche également des gens qui reçoivent une pension et qui, pour diverses raisons, sont toujours sans-abri. Il existe toutefois divers mécanismes pour essayer de les identifier et de les inciter à participer aux divers programmes.

**Le président :** Bien. L’effort supplémentaire vaut la peine. Vous devrez manifestement fournir un effort supplémentaire et trouver des personnes aux compétences particulières pour intervenir auprès de ces gens.

**M. Doiron :** Sans aucun doute. Voilà pourquoi nous avons établi un partenariat avec un groupe comme VETS Canada. Il s’agit d’un organisme de bénévoles, mais nous lui offrons du financement. Nous n’avons pas les ressources nécessaires pour aller sur le terrain, pour aller là où les gens se trouvent. VETS Canada a un réseau national. Ces gens sont sur le terrain et collaborent avec divers services de police.

L’automne dernier, nous avons aussi envoyé une lettre à tous les chefs de police du Canada, car souvent, les policiers qui travaillent dans les diverses collectivités connaissent les sans-abri. Ils les voient et sont sensibilisés à la situation. Ils peuvent donc aussi leur demander s’ils ont servi et, le cas échéant, ils leur donnent un numéro de téléphone à composer pour joindre des gens qui pourront les aider à accéder aux programmes.

Nous faisons vraiment beaucoup d’efforts de ce côté. Nous n’en parlons pas beaucoup, mais nous sommes sur le terrain avec nos partenaires.

**Le président :** Je vous félicite et vous encourage à poursuivre ces activités.

**Le sénateur White :** Je ne sais pas si vous connaissez Common Ground, à New York. Il s’agit d’un formidable programme pour sans-abri qui existe depuis deux décennies, mais qui, depuis cinq ou six ans, est axé principalement sur la population de sans-abri qui connaît la plus forte croissance à New York, celle des anciens combattants, souvent très jeunes. Pour être honnête,

our definition, their idea of veterans is four to six years, not 20 to 24. It's called Common Ground. They have a great website and a good program, if you're looking.

The question I have around mental health is particularly around spouses of soldiers. I happened to have someone send me a report about the health of the families of our soldiers. I'm wondering if there has been any movement towards mental health when it comes to spouses and the issues that I know we're seeing with spouses.

**Mr. Doiron:** I'll let David talk about the OSI clinic but, as a department, we have extended some of our services to family and children, not just spouses. David mentioned the 1-800 number, our VAC assistance line.

Following the OAG report, we've increased from eight to 20 sessions that we will pay, no questions asked, and that is accessible to family members.

When we do transition interviews, we encourage the family to be there because the soldier may tell us everything is fine. When you talk to the spouse or look at the reaction of the spouse, then you realize maybe it's not as fine as the person says it is. We do encourage them to do the transition interview or come to the OSI clinic.

It is the decision of the veteran if they bring the spouse or not, but the 1-800 line is specifically aimed not just at the veterans, but also to give the spouses an opportunity to call and get their own help. Dealing with somebody that has mental health problems is very difficult and does cause its own issues, but often there is another series of issues that may come into play.

I also know, and I'm not well versed, but on the military side they have a lot of services available to spouses and families. I'm just not as well versed on all of them.

**Mr. Ross:** I met with all the managers of the clinics last week, and we did a round table. I asked specifically the gut-check questions: What are we doing? Is it adequate?

I verified that we provide screening assessment and couples therapy in all of our clinics. In some of our clinics we are also providing help to adolescents. It depends on our staffing. If we don't provide it, then we work with the local network to make sure it gets provided.

contrairement à notre définition, on considère comme un ancien combattant une personne qui a servi de quatre à six ans et non de 20 à 24 ans. L'organisme s'appelle Common Ground. Si vous faites une recherche, vous verrez qu'il a un formidable site web et un excellent programme.

Ma question sur la santé mentale porte en particulier sur les conjointes des soldats. Il se trouve que quelqu'un m'a envoyé un rapport sur la santé des familles de nos soldats. Je me demande si, en matière de santé mentale, certains services sont axés sur les conjointes et les problèmes auxquels elles sont confrontées, d'après ce que je sais.

**M. Doiron :** Je vais laisser David parler de la clinique TSO, mais je dirais d'abord que le ministère a élargi ses services aux familles et aux enfants et non seulement aux conjointes. David a mentionné le numéro sans frais, la ligne d'aide téléphonique d'ACC.

Dans la foulée du rapport du BVG, nous avons augmenté de 8 à 20 le nombre de séances payées par le ministère qui sont accessibles, sans conditions, aux membres de la famille.

Nous encourageons la famille à assister à l'entrevue de transition, parce que le soldat pourrait nous dire que tout va bien. Lorsqu'on parle à la conjointe ou qu'on observe sa réaction, il arrive qu'on se rende compte que tout ne va pas aussi bien que ce que le soldat veut le laisser entendre. Nous encourageons les gens à participer à l'entrevue transition ou à se présenter à la clinique TSO.

Il revient à l'ancien combattant de décider s'il veut être accompagné de sa conjointe ou non, mais la ligne d'aide téléphonique sans frais a été précisément conçue pour permettre aux conjointes et non seulement aux anciens combattants d'appeler pour recevoir de l'aide. Avoir à composer avec une personne qui souffre de problèmes de santé mentale est difficile et entraîne des problèmes connexes, mais souvent, divers autres problèmes pourraient aussi entrer en jeu.

Je sais aussi, même si ce n'est pas de façon détaillée, que les Forces canadiennes offrent beaucoup de services aux conjointes et aux familles. Toutefois, je ne les connais pas tous en détail.

**M. Ross :** La semaine dernière, j'ai rencontré tous les gestionnaires des cliniques et nous avons organisé une table ronde. J'ai posé des questions extrêmement précises sur les activités que nous menons et j'ai voulu savoir si elles sont adéquates.

J'ai vérifié que toutes nos cliniques procèdent à un examen préalable et offrent des services de thérapie conjugale. Certaines de nos cliniques offrent aussi des services d'aide aux adolescents. C'est une question de personnel. Si nous n'offrons pas ce service, nous collaborons avec le réseau local pour nous assurer qu'il est offert.

Sometimes the OSI clinic is not necessarily the best place, especially if you're dealing with young children, but there is a responsibility to ask. It is our responsibility to accompany and, where indicated, to provide the service.

There is no question in terms of how important the families are. Whether you're talking about OSIs, other issues or other areas of mental health like problem gambling — if you look at that, they show for every problem gambler, you have up to five family members, five CSOs, who were being negatively affected. So family can help, and family is impacted. It really underscores the importance of your question. Thank you for asking.

**Senator Stewart Olsen:** Just a question on the referrals. I understand that they have to be referred and, generally speaking, a case manager would do that referral. How does a VAC, a retired veteran, get a case manager, and how would the RCMP get a case manager to do that referral?

**Mr. Doiron:** We do a risk assessment.

**Senator Stewart Olsen:** Who does that?

**Mr. Doiron:** VAC.

**Senator Stewart Olsen:** Who would they call?

**Mr. Doiron:** They can call our 1-800 number, not the number I was talking about for the VAC assistance lines. We call it the NCC, National Call Centre number, and they say, "I need help," or whatever the dialogue. The analyst on the phone will have a chat, make an assessment and refer them to one of our offices, which then will more than likely be a client service agent, not a case manager, who will then meet and talk with the veteran. We have various tools and we will put the information in our assessment tools and determine the risk.

If you are in a medium or a high risk, then you are assigned a case manager. That case manager will then prepare a case plan for you.

It's not just for mental health. This would be for any illness now. A high percentage of our case-managed veterans — we have about 7,000 case-managed veterans and increasing — do have mental health issues.

The case manager then prepares a case plan. Is the best place for you the OSI clinic, a pain clinic? What is causing your issues? Before going to an OSI, is there a health issue that should be dealt with first? Does the person need psycho-social rehab? There is a whole assessment done and a case plan established.

Il arrive que la clinique TSO ne soit pas nécessairement l'endroit indiqué, en particulier lorsqu'on a affaire à de jeunes enfants. Toutefois, il nous incombe de nous renseigner à ce sujet. Il est de notre responsabilité d'accompagner les gens et, si nécessaire, d'offrir le service.

L'importance de la famille ne fait aucun doute. Lorsqu'on parle de TSO, d'autres problèmes ou d'autres aspects liés à la santé mentale comme le jeu compulsif... Si vous regardez les données sur cet aspect précis, vous verrez que pour chaque joueur compulsif que les effets négatifs touchent jusqu'à cinq membres de la famille, cinq proches. Donc, la famille peut aider et elle est touchée. Cela met en évidence l'importance de votre question. Merci de l'avoir posée.

**La sénatrice Stewart Olsen :** J'ai une question sur l'aiguillage. Je crois comprendre que les gens doivent être aiguillés vers vos services et que, en général, cela relève d'un gestionnaire de cas. Quelles sont les étapes que doit suivre un client d'ACC — un ancien combattant à la retraite — ou un ancien membre de la GRC pour être aiguillé vers vos services par un gestionnaire de cas?

**M. Doiron :** Nous faisons une évaluation des risques.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Qui s'en charge?

**M. Doiron :** ACC.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Qui doivent-ils appeler?

**M. Doiron :** Ils peuvent composer notre numéro sans frais. Je ne parle pas du numéro de la ligne d'aide téléphonique d'ACC dont j'ai parlé plus tôt, mais du numéro de ce que nous appelons le Centre national d'appels. Ils n'ont qu'à dire qu'ils ont besoin d'aide, par exemple. L'analyste discutera avec eux, procédera à une évaluation et les aiguillera vers un de nos bureaux. Là, ils rencontreront probablement un agent des services aux clients plutôt qu'un gestionnaire de cas. Nous disposons de divers outils. Nous entrons les informations dans nos outils d'évaluation afin de déterminer les risques.

Si la personne présente des risques moyens ou élevés, on va lui assigner un gestionnaire de cas. Le gestionnaire de cas va ensuite préparer un plan pour elle.

Il n'est pas seulement question de santé mentale. Cela s'applique à tout type de maladie. Une grande proportion des anciens combattants suivis par un gestionnaire de cas — ils sont environ 7 000 en ce moment, et le nombre continue d'augmenter — souffrent effectivement de problèmes de santé mentale.

Le gestionnaire de cas prépare donc un plan. Est-il plus indiqué d'aiguiller l'ancien combattant vers la clinique TSO, une clinique de prise en charge de la douleur? Quelle est la source du problème? Avant d'aller à la clinique TSO, faut-il d'abord régler un autre problème de santé? La personne a-t-elle besoin d'une réadaptation psychosociale? Une évaluation complète est effectuée et un plan est établi.

**Senator Stewart Olsen:** How long is that process from the first call I would make to the 1-800 number?

**Mr. Doiron:** That could be 45 to 60 days presently, which was identified by the OAG as being too long. Our minister announced a few weeks ago that we're changing the ratio, because our case managers had — today still have — a ratio of 1 in 40, so one case manager for 40 case-managed veterans.

Especially with mental health, that ratio did not take into account the complexity and the intensity related to managed mental health clients. You get into homelessness issues and all kinds of issue which before didn't take that much time. Today there is a real effort.

The Government of Canada has agreed, and we're bringing that ratio down to no more than 30 to 1 which will greatly increase that. We would like to really cut down from that. Forty-five days is the standard to get the case plan, but we'd like to bring that down much faster.

**Senator Stewart Olsen:** That's from the initial phone call to a case plan.

**Mr. Doiron:** Yes.

**Senator Stewart Olsen:** What about the RCMP? Who do they call?

**Mr. Doiron:** It would be the same number.

**The Chair:** If you were trying to set up an organization that developed the expertise and had all the programs for mental health issues, would it make sense to divide this group into regular Armed Forces and those who are RCMP veterans, veterans of the Armed Forces, or would it make more sense to keep that expertise together?

**Mr. Doiron:** Personally, I think it's keeping them together. I think we can learn from each other.

About a year ago I was in New York meeting with our partners, the Five Eyes — New Zealand, Australia, U.K. and the Americans — to talk about mental health. What we're learning — and David touched on it earlier — is that we all have the same challenges. The States has a huge amount of soldiers who served and they have been in conflicts a lot more than Canada has, but we are trying to learn from each other.

In my personal view, it should be the closer we are the better it is. I think we can learn and get some efficiencies from each other.

We talk a lot with our colleagues at CAF. She's not here today but my DG of health services — my surgeon general — is a retired doctor. She was DG Med Pol, and her name is Cyd Courchesne. She was supposed to be here, but when the date changed she

**La sénatrice Stewart Olsen :** À partir du moment où la personne téléphone à la ligne 1-800, sur quelle période s'échelonne le processus?

**M. Doiron :** En ce moment, cela peut prendre entre 45 et 60 jours. Le BVG a déterminé que c'était trop long. Notre ministre a annoncé il y a quelques semaines que nous allions changer le ratio, car nous avons — et avons toujours — un ratio de 1 pour 40, soit un gestionnaire de cas pour 40 anciens combattants.

Ce ratio ne tenait pas compte de toute la complexité et de l'intensité que suppose la gestion de cas quand il s'agit de clients souffrant de problèmes de santé mentale. On doit composer avec des questions comme l'itinérance et toutes sortes de choses qui ne demandaient pas tant d'efforts auparavant. Aujourd'hui, c'est tout un défi.

Le gouvernement du Canada a accepté de réduire le ratio à 30 pour 1 maximum, ce qui améliorera beaucoup la situation. Nous voulons vraiment réduire les délais. La norme pour avoir un plan de gestion est de 45 jours, mais nous voulons accélérer grandement le processus.

**La sénatrice Stewart Olsen :** C'est le temps qu'il faut compter depuis l'appel initial jusqu'à l'établissement du plan.

**M. Doiron :** Oui.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Qu'en est-il à la GRC? Qui doivent-ils appeler?

**M. Doiron :** C'est le même numéro.

**Le président :** Si vous deviez mettre sur pied une organisation chargée de réunir toute l'expertise voulue et d'offrir tous les programmes requis en santé mentale, serait-il sensé de diviser l'organisation en fonction des différents groupes — membres réguliers des forces armées, vétérans de la GRC et anciens combattants des forces armées —, ou serait-il préférable de réunir toute cette expertise sous un même toit?

**M. Doiron :** Personnellement, je crois qu'il vaudrait mieux tout garder ensemble. Nous pouvons apprendre les uns des autres.

Il y a environ un an, j'ai rencontré nos partenaires à New York, le Groupe des cinq — la Nouvelle-Zélande, l'Australie, le Royaume-Uni et les États-Unis —, pour discuter du dossier de la santé mentale. Nous savons maintenant que nous sommes tous confrontés aux mêmes difficultés. David en a d'ailleurs glissé un mot tout à l'heure. Les États-Unis ont un nombre effarant de soldats qui ont servi dans l'armée et ont participé à beaucoup plus de conflits que le Canada, mais nous essayons de tirer des leçons de l'expérience des autres.

À mon avis, plus il y aura de cohésion, mieux ce sera. Je pense que nous pouvons apprendre des autres et ainsi gagner en efficacité.

Nous échangeons beaucoup avec nos collègues des Forces armées canadiennes. Elle n'est pas ici aujourd'hui, mais ma directrice générale des services de santé — notre médecin général — est retraitée de la médecine. Elle a été directrice générale des

couldn't make it today. She works very closely with the head of their organization, not only in mental health but the entire medical side.

If I was to blue sky, there should be no cliff. It should be a seamless transition for the individual, whether it is mental health or any other service.

What happens often is that the soldier knows they will be leaving six months, one year, three years in advance. Our CAF colleagues work with them during that period. With the new authorities we have received in the new act, we will be working upstream. With Veterans Affairs, our authority starts when you become a veteran. With the new act, we can now start working with the individuals much earlier. That means we do have IPSCs and JPSUs where, except for the uniform, you do not know who is who. They work in the same building. If you have been to the one in Halifax, it's a beautiful building and the soldier is assigned there but they can get Veterans Affairs assistance or CAF. I may be making it more simplistic than it actually is, but they are in the same building.

To me, the model would be seamless, to learn from each other. We haven't talked about employment, but as the person is moving forward in their transition, and they've got 35 years and they're retiring, just make sure they have the health care. But if they are 30 years old and they served 12 years, do they have a job? We know that if you have a job, your mental health condition is much better. We know the junior NCOs have a harder time transitioning than officers. We also know about junior NCOs in combat arms. I believe Dr. Pedlar was here not long ago talking to you about the Life After Service Survey, which has identified this, but it's working with these folks to make sure when they take off that uniform, they know what to expect, they know where the services will be and they know what the future is.

I am a little passionate about this.

**The Chair:** It is important for us to think ahead, as well as to assess the situation.

I'm wondering if either or both of you saw the coverage on the weekend of the former Sergeant-at-Arms receiving an honorary degree from Mount Allison University in New Brunswick?

**Mr. Doiron:** I did.

Politiques de santé; elle s'appelle Cyd Courchesne. Elle devait être des nôtres, mais avec le changement au calendrier, elle n'a pas pu se libérer. Elle travaille de très près avec le dirigeant de l'organisation, et pas seulement pour les questions de santé mentale, mais pour tout ce qui touche la santé.

Si je devais imaginer l'organisation idéale, il n'y aurait pas de frontière. La transition devrait se faire tout naturellement pour les clients, qu'ils aient besoin de services en santé mentale ou quelque service que ce soit.

Souvent, les soldats savent qu'ils vont partir dans six mois, un an ou trois ans. Nos collègues des Forces canadiennes travaillent avec eux durant cette période. Grâce aux pouvoirs que nous confère la nouvelle loi, nous allons pouvoir travailler en amont. Le champ de compétence d'Anciens Combattants Canada se limite aux anciens combattants. Avec la nouvelle loi, nous pourrions commencer à travailler avec les clients bien avant qu'ils ne soient considérés comme des anciens combattants. Cela signifie que dans les centres intégrés de soutien du personnel (CISP) et les unités interarmées de soutien du personnel (UISP), il n'y aura rien pour distinguer les clients, mis à part l'uniforme. Les intervenants travaillent dans le même immeuble. Vous avez peut-être vu celui d'Halifax. C'est un magnifique immeuble. Un soldat qu'on envoie là-bas peut obtenir l'aide d'Anciens Combattants ou des forces armées. Je dépeins les choses peut-être plus simplement qu'elles ne le sont en réalité, mais il reste que tout se passe dans le même immeuble.

Selon moi, nous devrions viser un modèle homogène qui nous permet d'apprendre les uns des autres. Nous n'avons pas parlé d'emploi, mais pour un membre qui compte 35 années de service et qui est sur le point de prendre sa retraite, il suffit de nous assurer qu'il a accès à des soins de santé. Si par contre le membre a dans la trentaine et qu'il compte 12 ans de service, il faut se demander s'il a un autre emploi qui l'attend. Nous savons que le fait de travailler améliore grandement l'état mental d'une personne. Nous savons aussi que les sous-officiers subalternes ont plus de mal à faire la transition que les officiers. Nous connaissons également la situation des sous-officiers subalternes dans les armes de combat. Je crois que M. Pedlar est venu vous parler récemment de l'Enquête sur la vie après le service militaire, qui a mis au jour cette réalité. Il s'agit de travailler avec ces personnes pour s'assurer qu'elles savent à quoi s'attendre quand viendra le temps de remettre leur uniforme, qu'elles connaissent les services à leur disposition et qu'elles ont une idée de ce que l'avenir leur réserve.

C'est un sujet qui me passionne.

**Le président :** Il est important pour nous de penser à l'avenir, mais aussi d'évaluer la situation présente.

Je me demandais si vous aviez vu le reportage ce week-end sur notre ancien sergent d'armes, qui a reçu un diplôme honorifique de l'Université Mount Allison, au Nouveau-Brunswick?

**M. Doiron :** Je l'ai vu.

**The Chair:** That's clearly a stressful situation that he went through after the unfortunate incident on October 22 here on Parliament Hill. It brought to mind the non-traditional type of public servant, like the Sergeant-at-Arms, the border services people who are now armed, CSIS and the work that they are doing. As that role expands, and it expands significantly, is there any movement toward providing mental health services to these individuals?

**Mr. Doiron:** That's an excellent question because it's something I'm concerned about. My first job with the government was with customs. I was a custom inspector and I did some drug ops stuff, and I know these guys. You didn't mention one department, which has the greatest problems now, and that is our friends at Correctional Service Canada. I have been contacted by CSC to see if we could give access to OSI clinics and we can't. I don't have the mandate, the manpower or the funding.

Far be it from me, but I think the government as a whole should really look at that because with our correction officers, there are some hard issues. With the RCMP at least there is a link, but for CBSA, especially since the arming incidents, they have had shootings on the West Coast and there have been incidents. So I think it's a sign of our success because 20, 25, 30 years ago nobody spoke about mental health, right? It was taboo, it was in the closet, you didn't talk about it. Over the years, you start talking about burnout and depression. It is more public. We have Bell Let's Talk Day, and there are all kinds of initiatives. People are a lot more aware and the stigma is — I hate saying disappearing because I'm not quite sure it is — not as it used to be. People are now coming forward with their mental health issues.

The Mental Health Commission of Canada says that 20 per cent of Canadians will deal with mental health issues. It's not just a Veterans Affairs issue or an RCMP issue and it's not just an employee of the Government of Canada issue. We have an issue, but when you look at some other ones, how do we maximize and see they get the service? I was contacted and we did give help to some of the people who were here that unfortunate day in October. Veterans Affairs did provide services. We helped out in Moncton after those terrible incidents. I had some people on the ground available there, but it's there and how do we address it?

**The Chair:** We appreciate your comments on that and I will go to Senator White for a follow-up question.

**Le président :** Il a évidemment vécu une période stressante après le malheureux incident qui s'est produit sur la Colline du Parlement le 22 octobre. Cela nous amène à penser aux fonctionnaires non traditionnels, comme le sergent d'armes, les agents des services frontaliers qui sont maintenant armés, les agents du SCRS et le travail qu'ils font. Comme leur rôle est appelé à changer considérablement, envisage-t-on d'offrir des services en santé mentale à ces personnes?

**M. Doiron :** C'est une excellente question, car c'est quelque chose qui me préoccupe. Mon premier emploi au gouvernement était aux douanes. J'étais inspecteur et j'ai participé à des opérations antidrogues, et je connais ces gens-là. Vous avez oublié un ministère, où on recense le plus de problèmes en ce moment, et c'est le Service correctionnel du Canada. Ce ministère a communiqué avec moi pour savoir si nous pouvions lui donner accès aux cliniques TSO, mais ce n'est pas possible. Je n'ai pas le mandat qu'il faut, ni les ressources humaines et financières nécessaires.

Loin de moi l'intention de vous dire quoi faire, mais je pense que l'ensemble du gouvernement devrait se pencher sur la question, parce que nos agents des services correctionnels sont loin d'avoir la vie facile. À la GRC, au moins, il y a moyen d'être en liaison, mais pour l'ASFC, surtout depuis les incidents armés... il y a eu des fusillades sur la côte Ouest et différents incidents. Je pense que c'est un signe que nous faisons quelque chose de bien, parce qu'il y a 20, 25, 30 ans, personne ne parlait de la santé mentale, n'est-ce pas? C'était un sujet tabou, il ne fallait pas en parler. Au fil des ans, on a commencé à aborder le sujet de l'épuisement professionnel et de la dépression. C'est devenu un enjeu public. Il y a toutes sortes d'initiatives de nos jours, comme la journée Cause pour la cause de Bell. Les gens sont plus sensibles à la problématique et les stigmates ne sont plus aussi marqués qu'ils l'étaient. Je ne veux pas dire qu'ils sont en train de disparaître, parce que je ne suis pas convaincu que ce soit le cas. Les gens ont moins peur de parler de leurs problèmes de santé mentale.

La Commission de la santé mentale du Canada indique que 20 p. 100 des Canadiens vont un jour être aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ce n'est pas que l'affaire d'Anciens Combattants et de la GRC, et cela ne touche pas que les employés du gouvernement du Canada. Nous avons un problème, mais quand on regarde ce qui se passe ailleurs, il y a lieu de se demander comment maximiser les ressources et veiller à ce que tout le monde bénéficie des mêmes services. On a communiqué avec moi et nous avons pu fournir de l'aide à certaines des personnes qui étaient là en ce jour malheureux d'octobre. Anciens Combattants Canada a offert ses services. Nous avons aussi aidé à Moncton dans la foulée de ces terribles incidents. Nous avons du personnel sur le terrain, mais le problème existe et nous devons trouver comment y remédier.

**Le président :** Merci pour vos commentaires à ce sujet. Je cède la parole au sénateur White pour une dernière question.



**Senator White:** I'm glad that you jumped into CBSA. I think their mandate over the last decade has gone from being revenueurs to a police agency in many ways. I agree with you. In discussions with Commissioner Head, I see the challenges at Correctional Service Canada. I realize the position you're in, but if we were to suggest a whole of government approach to this issue federally, would you see that as potentially giving us an understanding of the issues to develop the long-term solutions?

**Mr. Doiron:** I think so.

**Senator White:** Good.

**The Chair:** Thank you very much. Seeing no other questions and seeing the clock ticking away on us — we have the Senate Chamber in 15 minutes — on behalf of the Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence, we thank you for being here and being so frank in your answers. That is very helpful to us.

This meeting is now concluded.

(The committee adjourned.)

**Le sénateur White :** Je suis heureux que vous ayez parlé de l'ASFC. Dans la dernière décennie, elle est passée d'agence de perception à service de police, en quelque sorte. Je suis d'accord avec vous. Pour en avoir discuté avec le commissaire Head, je sais à quelles difficultés se bute le Service correctionnel du Canada. Je comprends votre position, mais pensez-vous qu'adopter une approche pangouvernementale face à cette problématique pourrait nous aider à trouver des solutions à long terme?

**M. Doiron :** Je crois bien.

**Le sénateur White :** Très bien.

**Le président :** Merci beaucoup. Puisqu'il n'y a pas d'autre question et que le temps file — nous devons être à la Chambre du Sénat dans 15 minutes —, au nom du Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, je vous remercie d'avoir été des nôtres et d'avoir répondu si franchement à nos questions. Cela nous sera très utile.

Sur ce, la séance est levée.

(La séance est levée.)

WITNESSES

**Wednesday, April 22, 2015**

*Veterans Affairs Canada:*

David Pedlar, Director, Research Directorate, Life After Service Studies (LASS) program, Policy, Communications and Commemoration (by video conference);

Dr. Jim Thompson, Research Medical Advisor (by video conference).

**Wednesday, May 6, 2015**

*Royal Canadian Mounted Police:*

Daniel Dubeau, Deputy Commissioner, Chief Human Resources Officer;

Gilles Moreau, Assistant Commissioner, Assistant Chief HR Officer and Director General, Workforce Programs & Services;

Sylvie Châteauevert, Director General, Occupational Health and Safety Branch .

*RCMP Staff Relations Representative Program:*

Staff Sergeant Abe Townsend, National Executive;

Sergeant Brian Sauvé, Staff Relations Representative (SRR) and Chair of the National SRR Health Committee.

**Wednesday, May 13, 2015**

*Veterans Affairs Canada:*

Michel Doiron, Assistant Deputy Minister, Service Delivery;

David Ross, A/Manager, National Clinic Coordinator.

TÉMOINS

**Le mercredi 22 avril 2015**

*Anciens Combattants Canada :*

David Pedlar, directeur, Direction de la recherche, Études sur la vie après le service (EVAS), Secteur des politiques, communications et commémoration (par vidéoconférence);

Dr Jim Thompson, conseiller de la recherche médicale (par vidéoconférence).

**Le mercredi 6 mai 2015**

*Gendarmerie royale du Canada :*

Daniel Dubeau, sous-commissaire, dirigeant principal des Ressources humaines;

Gilles Moreau, commissaire adjoint, assistant dirigeant principal des RH et directeur général, Programmes et services relatifs à l'effectif des RH;

Sylvie Châteauevert, directrice générale, Direction générale de la santé et sécurité au travail.

*Programme des représentants des relations fonctionnelles à la GRC :*

Sergent d'état-major Abe Townsend, exécutif national;

Sergent Brian Sauvé, représentant des relations fonctionnelles et président du comité RRF santé et sécurité de travail.

**Le mercredi 13 mai 2015**

*Anciens Combattants Canada :*

Michel Doiron, sous-ministre adjoint, Secteur de la prestation des services;

David Ross, gestionnaire par intérim, coordonnateur clinique national.