

SENATE



SÉNAT

CANADA

Second Session  
Forty-first Parliament, 2013-14

---

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

VETERANS AFFAIRS

*Chair:*  
The Honourable JOSEPH A. DAY

---

Wednesday, October 29, 2014  
Wednesday, November 19, 2014  
Wednesday, December 3, 2014

---

Issue No. 8

*Seventh, eighth and ninth 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

---

*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 29 octobre 2014  
Le mercredi 19 novembre 2014  
Le mercredi 3 décembre 2014

---

Fascicule n° 8

*Septième, huitième et neuvième 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  
Mitchell

Wallace

(Quorum 3)

*Changes in membership of the subcommittee:*

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

The Honourable Senator Beyak replaced the Honourable Senator Lang (*December 3, 2014*).

The Honourable Senator Wallace was added to the membership (*December 3, 2014*).

The Honourable Senator White was removed from the membership of the subcommittee, substitution pending (*December 3, 2014*).

The Honourable Senator Lang replaced the Honourable Senator Neufeld (*November 19, 2014*).

The Honourable Senator Stewart Olsen was added to the membership (*November 19, 2014*).

The Honourable Senator Frum was removed from the membership of the subcommittee, substitution pending (*November 19, 2014*).

The Honourable Senator Frum was added to the membership (*November 19, 2014*).

The Honourable Senator Stewart Olsen was removed from the membership of the committee, substitution pending (*November 19, 2014*).

The Honourable Senator Neufeld replaced the Honourable Senator Lang (*November 19, 2014*).

The Honourable Senator Stewart Olsen was added to the membership (*November 18, 2014*).

The Honourable Senator Fortin-Duplessis was removed from the membership of the subcommittee, substitution pending (*November 18, 2014*).

The Honourable Senator Fortin-Duplessis was added to the membership (*November 17, 2014*).

The Honourable Senator Stewart Olsen was removed from the membership of the subcommittee, substitution pending (*November 17, 2014*).

The Honourable Senator Lang replaced the Honourable Senator Enverga (*October 29, 2014*).

The Honourable Senator Enverga replaced the Honourable Senator Lang (*October 28, 2014*).

## SOUS-COMITÉ DES ANCIENS COMBATTANTS

*Président* : L'honorable Joseph A. Day

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

et

Les honorables sénateurs :

Beyak  
Mitchell

Wallace

(Quorum 3)

*Modifications de la composition du sous-comité :*

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

L'honorable sénatrice Beyak a remplacé l'honorable sénateur Lang (*le 3 décembre 2014*).

L'honorable sénateur Wallace a été ajouté à la liste des membres du sous-comité (*le 3 décembre 2014*).

L'honorable sénateur White a été retiré de la liste des membres du sous-comité, remplacement à venir (*le 3 décembre 2014*).

L'honorable sénateur Lang a remplacé l'honorable sénateur Neufeld (*le 19 novembre 2014*).

L'honorable sénatrice Stewart Olsen a été ajoutée à la liste des membres du sous-comité (*le 19 novembre 2014*).

L'honorable sénatrice Frum a été retirée de la liste des membres du sous-comité, remplacement à venir (*le 19 novembre 2014*).

L'honorable sénatrice Frum a été ajoutée à la liste des membres du sous-comité (*le 19 novembre 2014*).

L'honorable sénatrice Stewart Olsen a été retirée de la liste des membres du sous-comité, remplacement à venir (*le 19 novembre 2014*).

L'honorable sénateur Neufeld a remplacé l'honorable sénateur Lang (*le 19 novembre 2014*).

L'honorable sénatrice Stewart Olsen a été ajoutée à la liste des membres du sous-comité (*le 18 novembre 2014*).

L'honorable sénatrice Fortin-Duplessis a été retirée de la liste des membres du sous-comité, remplacement à venir (*le 18 novembre 2014*).

L'honorable sénatrice Fortin-Duplessis a été ajoutée à la liste des membres du sous-comité (*le 17 novembre 2014*).

L'honorable sénatrice Stewart Olsen a été retirée de la liste des membres du sous-comité, remplacement à venir (*le 17 novembre 2014*).

L'honorable sénateur Lang a remplacé l'honorable sénateur Enverga (*le 29 octobre 2014*).

L'honorable sénateur Enverga a remplacé l'honorable sénateur Lang (*le 28 octobre 2014*).

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Wednesday, October 29, 2014  
(18)

[*English*]

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

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

*In attendance:* Martin Auger, Analyst, 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:**

*National Defence and Canadian Armed Forces:*

Colonel Gerry Blais, Director, Casualty Support Management and Joint Personnel Support Unit;

Colonel Russell Mann, Director, Military Family Services;

Lieutenant-Colonel Alexandra Heber, Psychiatrist and Section Head of Clinical Programs, Directorate of Mental Health, Canadian Forces Health Services Group.

The chair made an opening statement and recognized, in the audience, visitors from the Courageous Companions group.

Colonel Blais, Colonel Mann and Lieutenant-Colonel Heber each made a statement and, together, answered questions.

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

**ATTEST:**

---

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le mercredi 29 octobre 2014  
(18)

[*Traduction*]

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à 12 h 12, dans la 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, Enverga, Stewart Olsen et White (4).

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

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

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

*Défense nationale et Forces armées canadiennes :*

Colonel Gerry Blais, directeur, Gestion du soutien aux blessés et Unité interarmées de soutien au personnel;

Colonel Russell Mann, directeur, Services aux familles des militaires;

Lieutenant-colonel Alexandra Heber, psychiatre et chef de section des programmes cliniques, Direction de la santé mentale, Service de santé des Forces canadiennes.

Le président prend la parole et souligne la présence de participants au programme Compagnons courageux.

Les colonels Blais et Mann et le lieutenant-colonel Heber font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

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

**ATTESTÉ :**

---

OTTAWA, Wednesday, November 19, 2014  
(19)

[English]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day at 12:03 p.m., in room 257, East Block, the chair, the Honourable Joseph A. Day, presiding.

*Members of the subcommittee present:* The Honourable Senators Day, Frum, Neufeld and White (4).

*In attendance:* Martin Auger, Analyst, 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.*)

WITNESS:

*As an individual:*

Ron Frey, Clinical and Organizational Psychologist.

The chair made an opening statement.

Mr. Frey made a statement and answered questions.

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

ATTESTÉ:

OTTAWA, Wednesday, December 3, 2014  
(20)

[English]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day at 12:02 p.m., in room 257, East Block, the deputy chair, the Honourable Carolyn Stewart Olsen, presiding.

*Members of the subcommittee present:* The Honourable Senators Beyak, Lang, Mitchell, Stewart Olsen and Wallace (5).

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

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

OTTAWA, le mercredi 19 novembre 2014  
(19)

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

*Membres du sous-comité présents :* Les honorables sénateurs Day, Frum, Neufeld et White (4).

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

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

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

TÉMOIN :

*À titre personnel :*

Ron Frey, psychologue clinique et organisationnel.

Le président prend la parole.

M. Frey fait une déclaration, puis répond aux questions.

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

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 3 décembre 2014  
(20)

[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 2, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Carolyn Stewart Olsen (*vice-présidente*).

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

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

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

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

*WITNESS:*

*As an individual:*

Dr. Jitender Sareen, Professor of psychiatry, University of Manitoba (by video conference).

The deputy chair made an opening statement.

Senator Lang made a statement.

Dr. Sareen made a statement and answered questions.

At 12:53 p.m., the subcommittee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:*

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.*)

*TÉMOIN :*

*À titre personnel :*

Dr Jitender Sareen, professeur en psychiatrie, Université du Manitoba (par vidéoconférence).

La vice-présidente prend la parole.

Le sénateur Lang fait une déclaration.

M. Sareen fait une déclaration, puis répond aux questions.

À 12 h 53, le sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

*La greffière du sous-comité,*

Josée Thérien

*Clerk of the Subcommittee*

**EVIDENCE**

OTTAWA, Wednesday, October 29, 2014

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

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

[*Translation*]

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

[*English*]

Today's meeting focuses more specifically on the mental health programs, services and support offered through the Joint Personnel Support Unit and the Integrated Personnel Support Centres, the Military Family Resource Centres and the Operational Trauma and Stress Support Centres. We should have these names up on the wall because you start talking in acronyms, and we're lost.

We will be hearing from three representatives from the Department of National Defence: Colonel Gerry Blais, Director, Casualty Support Management and Joint Personnel Support Unit; Colonel Russell Mann, Director, Military Family Services; and Lieutenant-Colonel Alexandra Heber, MD, FRCPC, Psychiatrist and Section Head of Clinical Programs, Directorate of Mental Health, Canadian Forces Health Services Group.

I understand that each of you has some background information to provide to us to help us to understand these support units. We'll start with Colonel Blais, then go to Colonel Mann, followed up by Lieutenant-Colonel Heber.

Before we do, Senator White, Senator Stewart Olsen and I would like to welcome special guests. I will ask Senator Stewart Olsen, the deputy chair of this committee, to let us know who our special guests are who are here.

**Senator Stewart Olsen:** Thank you, senator. I'm pleased to welcome today members from Courageous Companions who are here with their service dogs in support of establishing standards for service dogs for help in the treatment of PTSD. I welcome them very much. I'm very glad you could join us today. Thank you.

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le mercredi 29 octobre 2014

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

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

[*Français*]

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

[*Traduction*]

La séance d'aujourd'hui porte plus précisément sur les programmes de santé mentale, les services et le soutien offerts par l'entremise de l'Unité interarmées de soutien du personnel, des centres intégrés de soutien du personnel, des centres de ressources pour les familles des militaires et des centres de soutien pour trauma et stress opérationnels. Nous devrions épingler ces appellations à un mur, car nous ne pourrions plus vous suivre lorsque vous commencerez à employer des acronymes.

Nous allons entendre trois représentants de la Défense nationale et des Forces armées canadiennes : le colonel Gerry Blais, directeur, Gestion de soutien aux blessés et Unité interarmées de soutien du personnel; le colonel Russell Mann, directeur, Services aux familles des militaires; et la lieutenant-colonel Alexandra Heber, MD, FRCPC, chef de Section, programmes cliniques, Direction de la santé mentale, Service de santé des Forces canadiennes.

Je crois comprendre que vous avez chacun certains renseignements généraux à nous présenter pour nous aider à comprendre ces services de soutien. Nous allons commencer par le colonel Blais. Ce sera ensuite au tour du colonel Mann et, enfin, de la lieutenant-colonel Heber.

Avant de vous donner la parole, le sénateur White, la sénatrice Stewart Olsen et moi aimerions souhaiter la bienvenue à des invités spéciaux. Je vais demander à la sénatrice Stewart Olsen, la vice-présidente du comité, de nous dire de qui il s'agit.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Merci, sénateur. Je suis heureuse de souhaiter la bienvenue aujourd'hui à des participants du programme Compagnons courageux, qui sont ici avec leurs chiens d'assistance pour appuyer l'adoption de normes visant l'utilisation de ces animaux dans le traitement du stress post-traumatique. Je leur souhaite la plus cordiale bienvenue. Nous sommes très heureux qu'ils aient pu se joindre à nous aujourd'hui. Merci.

**The Chair:** Thank you. We're very pleased you're here. Okay, shall we begin?

[*Translation*]

**Colonel Gerry Blais, Director, Casualty Support Management and Joint Personnel Support Unit, National Defence and Canadian Armed Forces:** Mr. Chair and members of the committee, I am very pleased to have the opportunity to talk to you about the programs and services available to Canadian Armed Forces personnel and their families as they heal from, and deal with, operational stress injuries. Joining me today are Colonel Russ Mann, the director of military family services, and Lieutenant Colonel Alex Heber, a highly respected psychiatrist with the Directorate of Mental Health.

[*English*]

When a Canadian Armed Forces member is either physically or mentally injured or suffers an illness to the extent that they cannot function in their regular duties, they are admitted into our Caring for Our Own program, consisting of three phases: recovery, rehabilitation and reintegration. The program is compassionate and tailored to the member's needs and has no set timeline, as recovery from injury or illness doesn't occur according to a fixed schedule.

The recovery and rehabilitation phases are mostly in the hands of our medical experts who lead in the fields of both physical and mental recovery and rehabilitation. The reintegration phase becomes a shared responsibility between the member, the medical staff and the chain of command. The focal point for the reintegration phase is the Joint Personnel Support Unit and its network of 24 Integrated Personnel Support Centres, employing 177 civilian and 199 military staff. The centres also house family, spiritual, social and financial support specialists, along with Canadian Forces Health Services case managers and Veterans Affairs Canada staff, all in one location. This collaboration has greatly facilitated the comprehensive care provided to military personnel and their families.

Families are a key component to the successful completion of each of the three phases. As serious as a physical or mental health issue is for the military member or veteran, the pain and suffering is shared by their families. In order to ensure that they are part of the process, are well informed and have access to support, family members are always welcome to attend appointments and meetings with their loved one. The Integrated Personnel Support Centres also house a family liaison officer, a social worker who works in harmony with the local Military Family Resource Centre to ensure that the family is aware of and has access to all available programs and services.

**Le président :** Merci. Nous sommes très heureux de vous compter parmi nous. Bien; commençons.

[*Français*]

**Colonel Gerry Blais, directeur, Gestion de soutien aux blessés et Unité interarmées de soutien au personnel, Défense nationale et Forces armées canadiennes :** Monsieur le président et membres du comité, j'ai le grand plaisir de vous parler des programmes et des services offerts au personnel des Forces armées canadiennes et à leurs familles, lorsqu'ils guérissent de blessures liées au stress opérationnel. Le colonel Russ Mann, directeur des services aux familles des militaires, et le lieutenant-colonel Alex Heber, psychiatre hautement respectée de la Direction de la santé mentale, se joignent à moi aujourd'hui.

[*Traduction*]

Quand un membre des Forces armées canadiennes subit une blessure physique ou mentale ou qu'il souffre d'une maladie qui le rend inapte à assumer ses fonctions habituelles, il est admis au programme Prendre soin des nôtres, qui comprend trois étapes : le rétablissement, la réadaptation et la réintégration. Le programme est axé sur la compassion, est adapté aux besoins du militaire et n'a pas d'échéance fixe, puisque le temps de guérison d'une maladie ou d'une blessure est variable.

Ce sont principalement nos professionnels de la santé qui s'occupent du rétablissement et de la réadaptation physique et mentale, tandis que le militaire, le personnel médical et la chaîne de commandement se partagent la responsabilité à l'étape de la réintégration. L'Unité interarmées de soutien du personnel et son réseau de 24 centres intégrés de soutien du personnel, qui comptent 177 employés civils et 199 employés en uniforme, sont au cœur de l'étape de la réintégration. Les centres emploient aussi des spécialistes du soutien familial, spirituel, social et financier ainsi que des gestionnaires de cas des services de santé des Forces armées canadiennes de même que des membres du personnel d'Anciens Combattants Canada, qui sont tous regroupés à un seul endroit. Cette collaboration facilite grandement la prestation de soins approfondis aux militaires et aux membres de leur famille.

La famille est essentielle à la réussite de chacune des trois étapes. Elle partage la douleur et les souffrances du militaire ou de l'ancien combattant, peu importe la gravité de son problème physique ou mental. Afin de s'assurer qu'ils font partie du processus, qu'ils sont bien informés et qu'ils ont accès à du soutien, les membres de la famille peuvent toujours accompagner leur être cher à ses rendez-vous et à ses rencontres. Les centres intégrés de soutien du personnel recourent également aux services d'un officier de liaison avec les familles, un travailleur social qui collabore de façon harmonieuse avec le centre de ressources pour les familles des militaires local afin de s'assurer qu'elles connaissent l'ensemble des programmes et des services disponibles et qu'elles y ont accès.

[Translation]

The Soldier On program provides access to equipment, training and participation in activities, including mentorship from experienced teammates, world-class athletes, coaches and trainers, and is specifically geared to ensuring that ill and injured personnel continue to pursue a healthy, active lifestyle post injury. Participation in the program is growing and the results are truly encouraging for cases of both physical and mental injury.

[English]

More specific to those suffering from mental injury and illness, the Operational Stress Injury Social Support Program complements the clinical care provided by the Canadian Armed Forces mental health professionals. A group of military members and veterans who served in theatres of operation recognized the benefits of sharing their experiences and launched a peer-based support network. From those roots, OSISS has now developed into a well-established program, managed in partnership with Veterans Affairs Canada, and includes a component geared to family members living with those suffering the effects of an operational stress injury. Services are delivered by 54 screened and trained peers employed as public servants, as well as a robust network of trained volunteers. Every member of the network brings first-hand experience and practical knowledge of what it is like to struggle with an operational stress injury or to live with someone who has an operational stress injury.

[Translation]

For those transitioning from our care into the hands of Veterans Affairs Canada, we offer an extensive variety of programs and services to meet their specific needs in job retraining, skills upgrading and coaching as they pursue a new career.

We also offer employment opportunities through a variety of partnerships with the private sector and registered charities that include job placement, entrepreneurial skills development and franchising.

Regrettably, time does not permit me to describe in detail the full breadth and scope of the programs in place to assist our ill and injured, but I will be pleased to address any questions that you may have.

**The Chair:** Thank you, Colonel Blais.

[English]

**Colonel Russell Mann, Director, Military Family Services, National Defence and Canadian Armed Forces:** Good afternoon members of the committee, ladies and gentlemen. I want to begin

[Français]

Le programme Sans limites offre accès à de l'équipement, à de l'instruction et à des activités, y compris au mentorat par des membres expérimentés de l'équipe, des athlètes, des entraîneurs et des instructeurs de calibre mondial. Il vise précisément à assurer que les membres du personnel qui sont malades et blessés continuent d'avoir un mode de vie sain et actif. La participation au programme est à la hausse, et les résultats sont réellement encourageants dans le cas de blessures physiques et mentales.

[Traduction]

L'aide accordée par le Programme de soutien social aux victimes de blessures de stress opérationnel complète les soins cliniques fournis par les professionnels de la santé mentale des Forces armées canadiennes, notamment les soins offerts à ceux qui souffrent d'une blessure psychologique ou d'une maladie mentale. Un groupe de militaires et d'anciens combattants qui avaient été déployés dans des théâtres d'opérations ont réalisé les avantages que peut procurer le fait de raconter leur expérience et ont mis sur pied un réseau de soutien mutuel. Depuis ce temps, le SSBSO est devenu un programme bien établi qui est géré en partenariat avec le ministère de la Défense nationale et Anciens Combattants Canada et qui comprend un volet axé sur les membres des familles qui vivent avec une personne souffrant des suites d'un traumatisme lié au stress opérationnel. Les services sont offerts par 54 pairs présélectionnés et employés à titre de fonctionnaires ainsi que par un solide réseau de bénévoles qualifiés. Chaque membre du réseau possède une expérience directe et une connaissance pratique des traumatismes liés au stress opérationnel et sait ce que cela représente de vivre avec une personne qui en souffre.

[Français]

Dans le cas des personnes dont les soins transitent de nos services vers ceux d'Anciens Combattants Canada, nous offrons un vaste éventail de programmes et de services pour répondre à leurs besoins précis en termes de recyclage et de perfectionnement professionnel, et d'encadrement pendant leur carrière.

Nous offrons aussi des possibilités d'emploi par l'entremise d'une variété de partenariats avec le secteur privé et les organismes de bienfaisance enregistrés qui comprennent les notions liées au placement professionnel, au perfectionnement des compétences en entrepreneuriat et au franchisage.

Malheureusement, le temps ne me permet pas de décrire l'étendue et la portée des programmes en place qui peuvent aider les personnes malades et blessées, mais je répondrai à vos questions avec plaisir.

**Le président :** Merci, colonel Blais.

[Traduction]

**Colonel Russell Mann, directeur, Services aux familles des militaires, Défense nationale et Forces armées canadiennes :** Chers membres du comité, mesdames et messieurs, bonjour. Je tiens



by thanking you for your invitation to appear today in order to bring some insight into the Military Family Services Program and the role of family liaison officers.

While we know that the majority of families are doing well and thriving, many continue to struggle despite the programs and services in place for them. To address the evolving and complex needs of military families, family liaison officers were introduced in 2008. These social workers, who are employed by the Military Family Resource Centres but operate within the Integrated Personnel Support Centres, provide care to families of the ill and injured throughout the recovery, rehabilitation and reintegration process.

We know that mental health injuries are never suffered alone or in isolation. That is why family liaison officers endeavour to support the IPSC team in delivering family-centred, consistent care, service and support to families of Canadian Armed Forces personnel coping with illness, an injury and/or special need, or who have died while serving. Their services include crisis counselling, community outreach and education, as well as consultation and coaching to ill and injured family members. We currently have 32 family liaison officers who work out of 28 locations across Canada.

In the fiscal year 2013-14, the total number of IPSC families served by a family liaison officer was 1,585 family units. The cost of the program was \$2.7 million to the department. Since 2008, utilization rates of the family liaison officers have risen to the level they are today.

Despite the end of major combat operations in Afghanistan, family liaison officers continue to be routinely confronted with military families who are facing family relationship difficulties, physical injuries, mental health challenges, periods of grief and transition difficulties, which may include financial and/or employment issues. Families are being referred to the family liaison officer through a wide variety of local service providers such as base or wing surgeon, base padre, OSISS, to name a few, who are mandated to provide different levels of mental health care: medical, spiritual, psychiatric, psychological or social work, to families and dependent children.

d'abord à vous remercier de m'avoir invité à comparaître aujourd'hui pour vous éclairer sur le Programme de services aux familles des militaires et sur le rôle des officiers de liaison avec les familles.

Nous savons que la majorité des familles vont bien, qu'elles sont prospères, mais un grand nombre d'entre elles connaissent encore des difficultés malgré les programmes et les services mis à leur disposition. Le recours à des officiers de liaison avec les familles a été instauré en 2008 pour remédier aux besoins changeants et complexes des familles des militaires. Ces travailleurs sociaux, qui sont employés par les centres de ressources pour les familles des militaires, mais qui exercent leurs activités dans les centres de soutien intégré du personnel, s'occupent des familles des militaires malades et blessés tout au long de leur processus de rétablissement, de réadaptation et de réintégration.

Nous savons que les problèmes de santé mentale n'affectent pas uniquement la personne qui en souffre. C'est pourquoi les officiers de liaison s'efforcent d'appuyer l'équipe des CSIP en fournissant régulièrement des soins, des services et du soutien aux familles des membres des Forces armées canadiennes qui sont aux prises avec une maladie ou une blessure ou qui ont des besoins particuliers, ou aux familles des militaires qui sont morts en service. Ils offrent entre autres des services de consultation en cas de crise, des services de sensibilisation et d'éducation de la collectivité ainsi que des services de consultation et d'encadrement à l'intention des membres d'une famille qui sont malades ou blessés. À l'heure actuelle, 32 officiers de liaison avec les familles travaillent à 28 endroits différents au Canada.

Durant l'exercice financier de 2013-2014, un total de 1 585 familles a bénéficié de leurs services. Le programme a coûté 2,7 millions de dollars au ministère. Depuis 2008, le nombre de familles qui a recours aux services d'un officier de liaison a augmenté pour atteindre le nombre actuel.

Malgré la fin des grandes opérations de combat en Afghanistan, les officiers de liaison continuent de travailler auprès de familles de militaires qui sont aux prises avec des relations familiales difficiles, des blessures physiques, des problèmes de santé mentale, des périodes de deuil et des difficultés de transition qui sont parfois accompagnés de problèmes financiers liés à l'emploi. Un grand nombre de prestataires de services locaux dirigent les familles vers des officiers de liaison. Il s'agit du médecin-chef d'une base ou d'une escadre, de l'aumônier d'une base ou d'un membre du personnel du Programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel, pour n'en nommer que quelques-uns. Ces prestataires sont chargés d'offrir différents soins de santé mentale — sur les plans médical, spirituel, psychiatrique, psychologique ou social — aux familles des militaires et aux enfants à charge.

Injury to a parent, partner or child is a major threat even to the most resilient of military families. The family liaison officer is an essential resource to help highlight, promote and facilitate evidence-based approaches that can support healthy growth and recovery of the military family unit.

**Lieutenant-Colonel Alexandra Heber, Psychiatrist and Section Head of Clinical Programs, Directorate of Mental Health, Canadian Forces Health Services Group, National Defence and Canadian Armed Forces:** Mr. Chairman and committee members, thank you for inviting me here today and thank you for all the good work you're doing studying the care of our ill and injured members of the Canadian Armed Forces, our veterans and their families.

To give some context for my remarks today, I'd like to tell you a bit of my background. I've worked in health care and mental health care for nearly 40 years, first as a nurse and then as a psychiatrist. I took a position first with the CF mental health clinic in Ottawa in 2003 as a civilian psychiatrist. Three years later, I put on the uniform.

Part of my motivation for joining the CF was to deploy to Afghanistan, which I did in 2009. This experience was the high point of my military career. But in fact, the past 11 years serving our military members has been the greatest privilege of my professional life.

Before moving to our mental health headquarters a year ago, I spent 10 years as clinical leader of mental health and the Operational Trauma and Stress Support Centre here in Ottawa. With my experience working in both civilian and military health care systems, I must tell you that I'm impressed every day with the level of accessibility, the quality of care, the cooperation and open communication among the different people in our health care system. I can assure you there is nothing comparable in civilian health care in Canada.

For instance, in the civilian world, I never had the kind of close relationships with the family doctors of my patients that I enjoy in the CAF. The family doctors at the Ottawa clinic live one floor above us, and it was not unusual during my years there to see one of my clinicians running upstairs or one of the family doctors running downstairs to have a quick case consultation about a patient that they shared. It is a very close working relationship.

Our goal in our 26 CF mental health clinics across Canada is to return members to full duty if at all possible. To accomplish this, we must provide the best treatment available for the conditions from which our members suffer. To this end, we work in multidisciplinary teams, and our teams include psychiatrists, psychologists, social workers, mental health nurses, specially trained addictions counsellors and clinically trained chaplains, as

Un parent, un partenaire ou un enfant blessé constitue une grande menace pour l'unité des familles de militaires, même les plus résistantes. L'officier de liaison est une ressource essentielle pour aider à présenter, à promouvoir et à faciliter des démarches éprouvées qui peuvent favoriser la croissance de ces familles et leur retour à la normale.

**Lieutenant-Colonel Alexandra Heber, psychiatre et chef de section des programmes cliniques, Direction de la santé mentale, Service de santé des Forces canadiennes :** Monsieur le président, chers membres du comité, je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître et de tout le bon travail que vous faites en examinant les soins offerts aux membres des Forces armées canadiennes, à nos anciens combattants et à leurs familles.

Pour mettre mes commentaires d'aujourd'hui en contexte, j'aimerais vous parler un peu de mon expérience. Je travaille dans le domaine des soins de santé et de la santé mentale depuis près de 40 ans. J'ai d'abord été infirmière, et je suis maintenant psychiatre. J'ai accepté en 2003 un poste de psychiatre civile à la clinique de santé mentale des Forces canadiennes à Ottawa. Trois ans plus tard, j'ai décidé d'endosser l'uniforme.

Ma décision de me joindre aux Forces armées canadiennes était en partie motivée par mon désir d'être déployée en Afghanistan, et je m'y suis rendue en 2009. Ce fut le point culminant de ma carrière militaire. Je considère par ailleurs que les 11 dernières années, que j'ai passées au service de nos militaires, comme civile puis comme militaire moi-même, constituent le plus grand privilège qui m'a été donné dans toute ma vie professionnelle.

Avant d'aller travailler à notre principale clinique de santé mentale il y a un an, j'ai occupé pendant 10 ans les fonctions de chef des soins cliniques en santé mentale au centre de soins pour trauma et stress opérationnels, ici à Ottawa. J'ai donc travaillé au sein des systèmes de santé civil et militaire, et je dois vous dire que je suis chaque jour impressionnée par l'accessibilité et la qualité des soins offerts ainsi que par la collaboration et la communication entre les différentes sections dans le système de santé militaire. Je peux vous assurer qu'il n'y a rien de comparable dans le monde civil au Canada.

Par exemple, je n'ai jamais eu de rapports étroits avec les médecins de famille de mes patients dans le milieu civil, rapports dont je profite dans les Forces armées canadiennes. À la clinique d'Ottawa, les médecins de famille ont leur bureau un étage au-dessus des services de santé mentale, et je vois souvent un de mes cliniciens monter ou un médecin de famille descendre pour discuter d'un patient commun. Ce sont des relations de travail très étroites.

L'objectif de tous les professionnels des 26 cliniques de santé mentale des Forces canadiennes situées un peu partout au Canada est de permettre aux militaires de reprendre leurs activités à plein temps, dans la mesure du possible. Pour y arriver, nous devons leur offrir le meilleur traitement suivant leur état. Nous travaillons donc au sein d'équipes multidisciplinaires pouvant inclure des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux,

well as other people at certain points. Each team member brings their unique experience and skill set to bear on every one of the members that we treat.

I'd like to focus for a minute on the Operational Trauma and Stress Support Centres, or OTSSCs, one of our favourite acronyms. These specialized clinics for treating PTSD and other operational stress injuries were first stood up in 1999 on the order of General Roméo Dallaire, who was then ADM-HR MIL, and were created to serve the mental health needs of our members following those difficult deployments of the early 1990s to Rwanda, Somalia and Bosnia.

We currently have seven OTSSCs located across Canada. Each has a regional mandate, a regional responsibility, as well as an outreach function to coordinate care to support all rehabilitation and reintegration efforts. To this end, we work quite closely with the IPSCs, as Colonel Blais as already described.

The OTSSC is a multidisciplinary team of highly skilled, flexible and creative clinicians who assess, diagnose and treat members referred for mental health problems related to their deployments. But the OTSSC also responds to any barriers to care that it identifies. For example, one of the things we started doing many years ago, although according to the National Defence Act we do not have a mandate to directly treat spouses or family members, is provide care and support that we can provide under the phrase "in the service of the member" because we know that when we help the family and the spouse that also helps our members who are suffering. We provide couple and family counselling, as well as support and education about operational stress injuries to the partners and family members of our patients.

Also in the Ottawa OTSSC for a number of years now, we ask every CAF member whom we assess to invite his or her spouse along for their first appointment. This way we include the family in the treatment process right from the beginning.

We've established partnerships as well with many organizations outside of the CAF, including the Veterans Affairs OSI clinics across Canada. Here in Ottawa, we have an especially close working relationship with the OSI clinic at the Royal Ottawa Hospital.

When members are preparing for release, we often refer them to the VAC OSI clinic some months before they leave so that they can start working with their new doctors and therapists before they actually depart from our care. Also, we are approached regularly by sister organizations with whom we share a similar culture, like police forces, the RCMP and, more recently, Ottawa

des infirmiers en santé mentale, des conseillers en toxicomanie, des pharmaciens et des aumôniers spécialisés. Chaque membre apporte à l'équipe une expérience et un ensemble de compétences particulières permettant d'améliorer les soins offerts à nos patients.

J'aimerais mettre l'accent un instant sur les centres de soutien pour trauma et stress opérationnels. Ces cliniques spécialisées dans le traitement des troubles de stress post-traumatique et des autres blessures liées au stress opérationnel ont été mises sur pied en 1999 par ordre du général Roméo Dallaire afin de répondre aux besoins en santé mentale des militaires à la suite des déploiements difficiles des années 1990 au Rwanda, en Somalie et en Bosnie.

Nous avons aujourd'hui plus de sept de ces centres au Canada, et chacun joue un rôle régional en plus d'assumer une fonction de sensibilisation pour coordonner et appuyer tous les efforts de réadaptation et de réintégration. Le personnel y travaille donc en étroite collaboration avec les employés des centres intégrés de soutien au personnel, dont le colonel Blais vous a déjà parlé.

Les centres de soutien pour trauma et stress opérationnels emploient des équipes multidisciplinaires composées de cliniciens hautement qualifiés, souples et créatifs qui procèdent à une évaluation, offrent un diagnostic et supervisent le traitement de militaires souffrant de troubles de santé mentale à la suite d'un déploiement. Le personnel des centres voit également à éliminer tout obstacle qui existe dans la prestation des soins. Par exemple, il y a de nombreuses années, nous avons commencé à soigner les conjoints ou les membres de leur famille « pour le bien du militaire », même si nous n'avons pas de mandat direct à cette fin selon la Loi sur la défense nationale. Nous offrons donc des thérapies aux couples et aux familles, de même que du soutien et de l'information sur les blessures liées au stress opérationnel aux conjoints et aux parents de nos patients.

De plus, au centre de soutien d'Ottawa, nous demandons à chaque militaire devant être évalué d'inviter son conjoint ou sa conjointe à l'entrevue. C'est ce que nous faisons depuis de nombreuses années. Nous incluons ainsi la famille dans le traitement dès le début du processus.

Nous avons également établi des partenariats avec de nombreuses organisations ne relevant pas des Forces armées canadiennes, y compris les cliniques pour blessures liées au stress opérationnel du ministère des Anciens Combattants qui se trouvent un peu partout au pays. Ici, à Ottawa, nous collaborons étroitement avec la clinique pour blessures liées au stress opérationnel qui se trouve à l'Hôpital Royal.

Lorsque les militaires se préparent à quitter les Forces armées canadiennes, nous les aiguillons souvent vers cette clinique quelques mois avant leur départ pour qu'ils puissent rencontrer les médecins et les thérapeutes qui prendront la relève. Des organisations homologues dont la culture est semblable à la nôtre, notamment la police provinciale, la GRC et, récemment,

Fire Services to teach them our approach to dealing with operational stress and suicide and to managing mental health issues in the workplace.

There is an old saying in medicine that our patients are our best teachers. I am delighted to be here today to share with you what my patients have taught me.

**The Chair:** Thank you very much, Colonel Heber. We appreciate the background that each of you has given us. Before I go to honourable senators, and I have a list of those who would like to engage in the discussion, could you describe for us how you fit into the military hierarchy?

**Lt.-Col. Heber:** I'm a psychiatrist by training. I work in the Directorate of Mental Health, which is our headquarters directorate that oversees mental health care across the country as well as mental health research and training. My job is to oversee clinical care across the country.

**The Chair:** Are they the Operational Trauma and Stress Support Centres?

**Lt.-Col. Heber:** We have 26 mental health clinics across Canada that range in size. One that has 40 clinicians working in it would be large, like the one in Ottawa. Large clinics have embedded within them specialty Operational Trauma and Stress Support Centres that were started up in 1999. They are part of our overall mental health service.

In my directorate, my job is to oversee all the mental health care. Of course, people in the military don't only have PTSD from deployment but, like the general public, also can suffer from depression and anxiety. They can have all kinds of issues, such as couple problems, for which they need to see somebody; so we service all of that.

**The Chair:** Do you report up through the Canadian Forces Health Services?

**Lt.-Col. Heber:** That's right. I'm part of Canadian Forces Health Services, so I report to my boss and my boss reports to the Surgeon General.

**The Chair:** Okay.

**Col. Blais:** As the Commanding Officer of the Joint Personnel Support Unit, I report directly to the Chief of Military Personnel, who reports to the Chief of the Defence Staff. We have very close interactions. It's very near and dear to the hearts of senior leadership, so that's why they establish such a close structure.

**Col. Mann:** Military Family Services is part of the Canadian Forces Morale and Welfare Services program. Commodore Mark Watson is Director General Morale and Welfare Services and reports directly to Chief of Military Personnel, Lieutenant-General David Millar.

le Service des incendies d'Ottawa, nous demandent d'ailleurs souvent de leur enseigner notre approche en ce qui a trait au stress opérationnel, au suicide et à la gestion des questions de santé mentale en milieu de travail.

En médecine, on dit souvent que nos patients sont nos meilleurs enseignants. Je suis ravie d'être ici aujourd'hui pour vous transmettre à mon tour ce que mes patients m'ont appris.

**Le président :** Merci beaucoup, colonel Heber. Nous vous remercions des explications que vous nous avez tous fournies. Avant de donner la parole aux sénateurs, et j'ai la liste de ceux qui aimeraient participer à la discussion, pouvez-vous nous dire où vous vous trouvez dans la hiérarchie militaire?

**LCol Heber :** Je suis psychiatre de formation. Je travaille à la Direction de la santé mentale, qui supervise les soins de santé mentale partout au pays, de même que la recherche et la formation qui s'y rattachent. Mon travail consiste à superviser les soins cliniques d'un bout à l'autre du pays.

**Le président :** S'agit-il des centres de soutien pour trauma et stress opérationnels?

**LCol Heber :** Nous avons 26 cliniques de santé mentale au Canada. Leurs tailles varient. Une clinique qui emploie 40 professionnels, comme celle d'Ottawa, est considérée comme grande. Les grandes cliniques comprennent des centres spécialisés de soutien pour trauma et stress opérationnels, qui ont commencé à être créés en 1999. Ces centres donnent une partie des soins.

Mon travail consiste à superviser l'ensemble des soins de santé mentale offerts au sein de ma direction. De toute évidence, les militaires ne souffrent pas seulement de stress post-traumatique à la suite d'un déploiement. Comme le grand public, ils peuvent aussi souffrir de dépression et d'anxiété. Ils peuvent avoir toutes sortes de problèmes, comme des problèmes de couple, pour lesquels ils doivent consulter quelqu'un. Nous offrons donc tous ces services.

**Le président :** Relevez-vous des Services de santé des Forces canadiennes?

**LCol Heber :** En effet. Je fais partie des Services de santé des Forces canadiennes, ce qui signifie que je rends des comptes à mon patron, qui rend des comptes au médecin-chef.

**Le président :** Je vois.

**Col Blais :** En tant que commandant de l'Unité interarmées de soutien au personnel, je relève directement du chef du personnel militaire, qui lui relève du chef d'état-major de la Défense. Nos interactions sont très étroites. C'est d'ailleurs une chose qui tient à cœur aux officiers supérieurs, et la raison pour laquelle ils ont établi une structure aussi étroite.

**Col Mann :** Les Services aux familles des militaires font partie des Services de bien-être et moral des Forces canadiennes, dont le commodore Mark Watson est le directeur général. M. Watson relève directement du chef du personnel militaire, le lieutenant-général David Millar.

**The Chair:** You both answer up the line to the Chief of Military Personnel. I'll begin with the deputy chair of the subcommittee, Senator Stewart Olsen.

**Senator Stewart Olsen:** Thank you for coming; it's a great pleasure to have you here. I have some fairly different questions. What's your transition time? I know you assist military personnel when they're leaving the forces. What's the transition time before they go to Veterans Affairs? Is there a gap in the services that you identified?

**Col. Blais:** It is a topical and good question. Transition services are the number one priority of my organization to make sure we get it right. As I said in my opening comments, each case is different and there is no specific time at which we would transition a member to Veterans Affairs. The process works such that when a person goes to see the doctors, if the injury is serious enough, they are assigned a temporary medical category, which lasts for about six months and then it's reviewed. There can be a series of these temporary categories until such time as the condition stabilizes. At that point, a permanent category is assigned. It can be as far forward as up to three years before a permanent category is established.

Once that category is established, the employment limitations are sent to the Director of Military Careers Administration. Based on the universality of service standards, they decide if the person can remain in their current occupation, or if they should be employed in another occupation if they can be, or if the only option is release. From that point, depending on the situation, the person can be given up to another three years to complete their transition to ensure that all their care is in place.

With respect to the gap with Veterans Affairs, the Integrated Personnel Support Centres of Veterans Affairs work directly with our staff. Within six months of the person being released, a handover begins from the case managers at Canadian Forces Health Services to the case managers at Veterans Affairs. We ensure that the transition is as seamless as possible.

**Senator Stewart Olsen:** The family liaison offices that you mentioned are in 28 locations across the country. Are they mostly urban or rural locations?

**Col. Blais:** They're found in every location where there is a Canadian Forces establishment.

**Senator Stewart Olsen:** They are on the bases.

**Col. Blais:** Exactly.

**Senator Stewart Olsen:** Have you found there is some difficulty with the provision of care in rural areas?

**Col. Blais:** When you say "care," do you mean health care or services on the administration side?

**Le président :** En fin de compte, vous relevez tous les deux du chef du personnel militaire. Je vais commencer par la vice-présidente du sous-comité, la sénatrice Olsen.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Merci d'être ici; nous sommes très heureux de vous avoir parmi nous. J'ai des questions plutôt différentes. Quelle est la durée de la période de transition? Je sais que vous aidez des militaires lorsqu'ils quittent les forces armées. Quelle est la durée de la période de transition qui précède leur prise en charge par le ministère des Anciens Combattants? Les services que vous avez décrits sont-ils interrompus?

**Col Blais :** C'est une bonne question, une question d'actualité. Les services de transition sont la priorité de mon organisation; nous voulons bien faire les choses. Comme je l'ai dit dans ma déclaration préliminaire, chaque cas est différent, et il n'y a pas de moment précis où nous dirigeons un militaire vers le ministère des Anciens Combattants. Lorsqu'une personne consulte son médecin, si la blessure est assez grave, on lui attribue une catégorie médicale temporaire, qui est révisée aux six mois. On peut établir une série de catégories temporaires jusqu'à ce que l'état de santé se stabilise. À ce moment, on attribue une catégorie permanente. Cela peut prendre jusqu'à trois ans avant qu'une catégorie permanente soit établie.

Lorsque la catégorie est déterminée, la liste des contraintes à l'emploi est envoyée au directeur de l'administration des carrières militaires, qui décide, en fonction des normes d'universalité du service, si la personne peut demeurer dans son groupe professionnel actuel, si elle doit être affectée à d'autres fonctions, le cas échéant, ou si la seule option possible est la libération. À partir de là, selon la situation, on peut accorder à la personne jusqu'à trois autres années pour achever la transition, afin que tous les soins nécessaires soient en place.

En ce qui concerne le pont entre nous et Anciens Combattants Canada, les Centres intégrés de soutien du personnel du ministère des Anciens Combattants travaillent directement avec nos employés. Dans les six mois suivant la libération du militaire, des informations liées à son dossier peuvent être transmises par les gestionnaires de cas des Services de santé des Forces canadiennes aux gestionnaires de cas du ministère des Anciens Combattants. Nous nous assurons que la transition se déroule le plus harmonieusement possible.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Les officiers de liaison avec les familles dont vous avez parlé travaillent à 28 endroits au pays. Est-ce principalement en milieu urbain ou en milieu rural?

**Col Blais :** On peut les trouver partout où il y a un établissement des Forces canadiennes.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Ils travaillent dans les bases.

**Col Blais :** Exactement.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Selon vous, la prestation de services dans les régions rurales pose-t-elle problème?

**Col Blais :** Parlez-vous des services de soins de santé ou des services administratifs?

**Senator Stewart Olsen:** Health care and mental health care in particular, because that is what we're studying.

**Lt.-Col. Heber:** Wherever we have folks posted, we have health services and, therefore, mental health services. As I said before, we have 26 discrete mental health clinics across the country. They can range in size from quite small where there may be one or two social workers in the mental health clinic to a full-blown large clinic that has 30 to 40 clinicians. Again, it really depends on the size of the base or the detachment. Even in places where we wouldn't have those kinds of mental health resources, there is a family doctor or a general duty medical officer who is trained, like family doctors in the community, to diagnose and treat mental health conditions. If they need help and assistance, we have a number of things we can do.

I mentioned the OTSSCs. If somebody is on a smaller base, they can send their patient to an OTSSC for an assessment and to get recommendations about care. We also have the ability to contract with providers in the community. If we're in an area where we don't have enough people in-house to see our patients, we can pay for providers or psychologists in the community to provide the therapy.

**Senator Stewart Olsen:** As a follow-up, where does the veteran fit into this? I'm seeing active serving members associated with bases, but where do veterans fit in, or do they? Can they use your services on the base, or what happens?

**Lt.-Col. Heber:** Veterans Affairs Canada, I guess about five years ago, set up their series of nine or ten OSI clinics across the country. They are our sister clinics. They did that to meet the needs of veterans, especially, as Colonel Blais said, those who were having a lot of struggles. That's why we formed close partnerships with those OSI clinics. In particular, for people with complex problems, we make sure that even before they leave our care we've hooked them up with somebody in the OSI clinic. You're right in that it's not like the military, where basically most services are delivered by provincial health care. However, Veterans Affairs does fund these clinics.

**The Chair:** That was helpful.

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

I have two questions. Psychologists often talk about psychological tool building sessions that you can have pre-deployment, which allows you to better manage and identify who should not be going. What is the military doing today, in relation to pre-deployment psychological tool building?

**La sénatrice Stewart Olsen :** Des soins de santé, en particulier les soins de santé mentale, car c'est la question sur laquelle nous nous penchons.

**Lcol Heber :** Partout où des militaires sont en poste, il y a des services de santé et, par conséquent, des services de santé mentale. Comme je l'ai déjà dit, nous avons 26 cliniques de santé mentale un peu partout au pays. Leur taille peut varier; dans les petites cliniques, il peut y avoir un ou deux travailleurs sociaux, et dans les grandes, entre 30 et 40 cliniciens. Tout dépend de la taille de la base ou du détachement. Même là où nous n'avons pas ce type de ressources en santé mentale, il y a un médecin de famille ou un médecin militaire généraliste qui est formé, comme les médecins de famille dans la collectivité, pour diagnostiquer et traiter les troubles de santé mentale. Lorsqu'une aide est nécessaire, il y a un certain nombre de choses que nous pouvons faire.

J'ai mentionné les CSTSO. Dans les petites bases, les médecins peuvent envoyer leurs patients à un CSTSO pour une évaluation et des recommandations au sujet des soins appropriés. Nous pouvons aussi utiliser les services de fournisseurs dans la collectivité. Si nous n'avons pas suffisamment de personnel à l'interne pour rencontrer les patients, nous pouvons payer des fournisseurs ou des psychologues dans la collectivité afin qu'ils fournissent des services de thérapie.

**La sénatrice Stewart Olsen :** À ce propos, quelle place l'ancien combattant occupe-t-il dans tout cela? Vous parlez des militaires en service actif qui travaillent dans les bases, mais quelle est la place des anciens combattants? En ont-ils une? Peuvent-ils utiliser les services offerts sur la base? Comment cela fonctionne-t-il?

**Lcol Heber :** Il y a environ cinq ans, Anciens Combattants Canada a mis sur pied neuf ou dix cliniques de traitement des TSO au pays. Ce sont nos cliniques sœurs. Le ministère a créé ces cliniques pour répondre aux besoins des anciens combattants, en particulier, comme l'a dit le colonel Blais, ceux qui étaient aux prises avec beaucoup de problèmes. C'est la raison pour laquelle nous avons formé des partenariats très étroits avec ces cliniques. Plus particulièrement, nous veillons à mettre en contact les personnes ayant des problèmes complexes avec quelqu'un de la clinique de traitement des TSO alors que nous leur fournissons encore des soins. Vous avez raison, c'est différent des services militaires; en fait, la prestation des services est principalement assurée par les régimes provinciaux de soins de santé, mais Anciens Combattants Canada finance ces cliniques.

**Le président :** C'est une information utile.

**Le sénateur White :** Je vous remercie tous de votre présence aujourd'hui.

J'ai deux questions. Les psychologues parlent souvent des séances d'élaboration d'outils psychologiques pouvant être offertes avant le déploiement et permettant aux psychologues de déterminer quelles personnes ne devraient pas être envoyées en déploiement. Que font les forces armées actuellement sur le plan de l'élaboration d'outils psychologiques avant le déploiement?

**Lt.-Col. Heber:** We have a program that has been developed, which also works out of my directorate, called the Road to Mental Readiness. This program started as pre-deployment mental health training, but it has expanded from there. We realize that we should not be waiting until just before somebody deploys to teach them these skills of how to help calm yourself down, what to do when you're in a situation where you're feeling really stressed, and how to identify problems that you may need help with.

Road to Mental Readiness and that whole training package are taught in our leadership courses; that means from the time people start in the military until the time they end. Leaders can also help to identify when some of their members are struggling.

**Senator White:** Is it possible to get documentation in relation to that program so it can be shared with the committee?

**Lt.-Col. Heber:** Absolutely. We can.

**The Chair:** Send that to the clerk.

**Senator White:** That wasn't my second question, Mr. Chair.

**The Chair:** It was just a friendly comment.

**Senator White:** The second question is about the coaching mechanism. When we talk about any illness — I'll remove the word "mental" — there are very successful coaching mechanisms, for example when dealing with cancer patients. For a lot of people, when you talk about stigma, they talk about being left alone. That stigma grows because you're by yourself. The stigma grows when having to arrange a day away from work, for example, if you're living in Petawawa and you've got an appointment at the Royal Ottawa. Has the military engaged in a true coaching program, and if so, can you describe it to us? What would a day of coaching look like? If not, then why not?

**Lt.-Col. Heber:** You have to define for me what you mean by a coaching program.

**Senator White:** The coaching mechanism would be, for example, that Vern White has identified that I'm having some post-deployment challenges. I just returned from wherever we happened to be. I have been identified and need to look for some help and treatment. I've been told what that looks like. It is like having someone, hand in glove, to say, "Okay, I can give you a drive down to the Royal Ottawa and here is what you are going to see when you arrive." If you go to the Cancer Coaching program here in Ottawa, the front desk clerk is a trained social worker who talks to you differently than if they were a typical clerk. It's walking people through this maze, when they're already dealing with other issues.

**Lcol Heber :** Il y a un programme qui a été élaboré et qui est aussi offert à ma direction; on l'appelle En route vers la préparation mentale. Ce programme était initialement une formation sur la santé mentale offerte avant le déploiement, mais il a été élargi. Nous nous rendons compte que nous ne devrions pas attendre à la veille du déploiement pour enseigner aux militaires des méthodes qui leur permettra de se calmer, de savoir quoi faire lorsqu'ils sont très stressés et de déceler les problèmes pour lesquels ils pourraient avoir besoin d'aide.

Le programme En route vers la préparation mentale et cet ensemble de formations sont offerts dans nos cours de leadership; cela veut dire que les militaires y ont accès de leur entrée dans les forces armées jusqu'à leur libération. Les dirigeants peuvent également aider à détecter les situations où des militaires sont aux prises avec certains problèmes.

**Le sénateur White :** Pourriez-vous nous faire parvenir des documents d'information relativement à ce programme, afin que les membres du comité puissent les consulter?

**Lcol Heber :** Certainement.

**Le président :** Veuillez les envoyer à la greffière.

**Le sénateur White :** Ce n'était pas ma deuxième question, monsieur le président.

**Le président :** C'était simplement un commentaire amical.

**Le sénateur White :** Ma deuxième question porte sur le mécanisme d'encadrement. Lorsqu'il est question de maladie — j'omettrai le mot « mentale » —, il existe des mécanismes d'encadrement très efficaces, par exemple pour les patients atteints de cancer. Pour bien des gens, le mot « stigmatisation » signifie être laissés seuls. Cette stigmatisation s'amplifie, car on est seul. Elle s'amplifie lorsqu'on doit s'absenter du travail pour une journée, par exemple, si on vit à Petawawa et qu'on a un rendez-vous médical à l'hôpital Royal Ottawa. Les forces armées ont-elles mis en place un réel programme d'encadrement? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous le décrire et nous dire à quoi ressemblerait une journée d'encadrement? Dans la négative, pourquoi?

**Lcol Heber :** Vous allez devoir me dire ce que vous entendez par programme d'encadrement.

**Le sénateur White :** Voici un exemple de ce que serait le mécanisme d'encadrement. On constate qu'un militaire connaît des difficultés après un déploiement. Il vient de revenir au pays et il a besoin d'aide et d'un traitement. On lui explique comment cela fonctionne. Quelqu'un pourrait lui dire : « Je peux te conduire au Royal Ottawa, et voici ce qui va se passer à ton arrivée. » Au Centre de survie du cancer, ici à Ottawa, la préposée à l'accueil est travailleuse sociale de formation et ne s'adresse pas aux gens comme une préposée ordinaire. Il s'agit d'aider les gens qui sont déjà confrontés à d'autres problèmes à s'y retrouver.

**Col. Blais:** It is a very good question. I'm glad to say that we have attacked this on two fronts. When it's recognized that a person's illness or injury is going to last more than six months, they are posted to the Joint Personnel Support Unit, which I have the privilege of commanding. We have a little bit more than 2,000 people posted to that unit. When they are posted there, there is a team dedicated to looking after those individuals. We have public servants who look after all the services side of things, and military people posted to act as their chain of command. That service is there for them in case they need anything, such as getting to appointments or needing other administrative services.

What also exists is the Operational Stress Injury Social Support Program. That is peer support from people who have been in theatre and have themselves suffered mental health issues. After they have left the military and have gotten much better, we get medical certification that they are well. They are then trained and they provide peer support to individuals, to refer them, listen, and make sure that they are getting to the help that they need.

**Senator White:** I've heard that is where they have the opportunity to be literally matched with someone. Is that how it works?

**Col. Blais:** Yes.

**Senator White:** They are matched with an individual. Whoever shows up in the morning says something like, "That is not who I'm dealing with. I know that I have someone there —"

**Col. Blais:** Exactly, it is a specific, one-on-one relationship.

**Senator White:** Is it possible for us to get information on that as well?

**Col. Blais:** Absolutely.

**The Chair:** That would be helpful. We are trying to understand all these programs. It's sometimes difficult for someone who isn't in uniform and doesn't hear a lot about these things. I suspect someone in uniform who is busy doing their occupational work maybe realizes they need some help and they don't know where to go. We are hoping that you can help us understand that they're not going to be lost, and that they will be able to find out where they can get help.

**Senator Enverga:** We're studying stress injuries of Canada's veterans. Is there any collaboration between you and other countries, with the United States, Australia or the United Kingdom? How would you compare them against our services?

**Lt.-Col. Heber:** In many ways, for health services we are often the envy of our allies. At the risk of not sounding very humble, when we sit on NATO panels, other people are looking at what we've innovated and what we've put in place, such as the OSISS

**Col Blais :** C'est une excellente question. Je suis fier de dire que nous nous sommes attaqués à ce problème sur deux fronts. Lorsqu'il est reconnu qu'une personne mettra plus de six mois à se rétablir de sa maladie ou de sa blessure, cette personne est mutée à l'Unité interarmées de soutien du personnel, dont j'ai le privilège d'être le commandant et qui compte un peu plus de 2 000 militaires. Une équipe est chargée de s'occuper des militaires à leur arrivée. Nous avons des fonctionnaires qui s'occupent du volet des services, et des militaires qui forment la chaîne de commandement. Ce service leur est offert au cas où ils auraient besoin, par exemple, de rendez-vous ou d'autres services administratifs.

Il y a également le Programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel. Il s'agit du soutien par les pairs, des personnes ayant déjà participé à des missions et ayant elles-mêmes souffert de problèmes de santé mentale. Après leur libération des forces et leur rétablissement, elles nous fournissent un certificat médical attestant qu'elles sont bien rétablies. Elles suivent ensuite une formation qui leur permet d'offrir du soutien aux militaires, de les diriger, de les écouter et de s'assurer qu'ils obtiennent l'aide dont ils ont besoin.

**Le sénateur White :** J'ai entendu dire que c'est là où les militaires ont la possibilité d'être jumelés avec quelqu'un. Est-ce bien cela?

**Col Blais :** Oui.

**Le sénateur White :** Ils sont jumelés avec une personne. Quelqu'un s'occupe spécialement d'eux, et c'est toujours la même personne.

**Col Blais :** Exactement. C'est une relation individuelle.

**Le sénateur White :** Pourriez-vous nous fournir des renseignements à ce sujet également?

**Col Blais :** Certainement.

**Le président :** Cela nous serait utile. Nous tentons de comprendre tous ces programmes. C'est parfois difficile pour quelqu'un qui ne porte pas l'uniforme et qui n'entend pas beaucoup parler de ces questions. J'imagine qu'un militaire qui se consacre à son travail et qui se rend compte qu'il a besoin d'aide ne sait peut-être pas à qui s'adresser. Nous espérons que vous pourrez nous aider à comprendre qu'il ne sera pas laissé à lui-même et qu'il saura où trouver de l'aide.

**Le sénateur Enverga :** Nous nous penchons sur les blessures de stress des anciens combattants canadiens. Est-ce que vous collaborez avec d'autres pays, comme les États-Unis, l'Australie ou le Royaume-Uni? Comment compareriez-vous leurs services par rapport aux nôtres?

**Lcol Heber :** À bien des égards, nous faisons souvent l'envie de nos alliés sur le plan des services de santé. Au risque de paraître un peu prétentieux, quand nous prenons part aux réunions des groupes d'experts de l'OTAN, des gens examinent les initiatives



program, and the way we've distributed our health care services so that we are working with Veterans Affairs, making sure we hand over patients. We tend to stack up very well.

**Col. Blais:** We've had visits from a number of our allies and we have visited them. Among the other countries, I would say that we are one of the leaders in the way that we deliver services to our individuals and with the amount of resources that we've dedicated to make sure that they get the help they need.

**Senator Enverga:** That's very good. It looks like we're on the top of the heap. Are there any other recommendations? What other things should we do for our soldiers?

**Col. Blais:** From our perspective, I think we're providing services in most if not all of the areas we need to. We're trying to make them better. We're trying to work with Veterans Affairs even more closely to make sure that when you do leave the Canadian Forces that there is absolutely no gap when you go into the care of Veterans Affairs. We are trying to make the programs align as much as possible so that there's not varying standards of care between the two organizations.

**Senator Enverga:** They will be ready for the real world?

**Col. Blais:** Exactly.

**Lt.-Col. Heber:** There is another program where we are collaborating closely with Veterans Affairs and their network of OSI clinics. We are introducing an outcome measurement system that is related to therapy and to treatment. Every time the patient comes in, they fill out some information. It is then analyzed and it goes to their provider and to their clinician. It's looked at in terms of how they are progressing in their treatment. Then the clinician and the patient work together to ensure that the outcomes are what we're expecting.

We have very skilled clinicians. We've done a lot of training for them. Now we're putting in a system to show that we're having the kind of outcomes that we would like to have. Veterans Affairs first worked on this system with the company that developed it. They are now helping us to introduce this system. By the end of 2015, it will have been introduced into all of our clinics across Canada.

**Senator Enverga:** When they are finished with a program and they are ready, do their names go into a database, so that people can be given a job in the outside world?

**Col. Blais:** We have a transition program. We work with a large charitable organization called Canada Company. We have the Military Employment Transition Program where there are now in excess of 200 private sector employers, members of the program, and they post their job opportunities on the site. We

novatrices que nous avons mises en place, comme le Programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel, et la façon dont nous offrons nos services de santé, en collaboration avec le ministère des Anciens Combattants, en veillant à ce que les patients soient pris en charge. Nous faisons bonne figure.

**Col Blais :** Nous avons reçu la visite d'un certain nombre de nos alliés et nous sommes aussi allés les visiter. Je dirais que nous sommes l'un des chefs de file sur le plan de la prestation de services à nos militaires et des ressources que nous y consacrons afin qu'ils obtiennent l'aide dont ils ont besoin.

**Le sénateur Enverga :** C'est très bien. On dirait que nous sommes en tête de peloton. Y a-t-il d'autres recommandations? Y a-t-il autre chose que nous devrions faire pour nos militaires?

**Col Blais :** De notre point de vue, je pense que nous fournissons des services dans la plupart voire la totalité des domaines requis. Nous tentons d'améliorer nos services. Nous tentons de collaborer encore plus étroitement avec le ministère des Anciens Combattants afin que lorsque les militaires quittent les Forces canadiennes, ils puissent avoir accès sans délai aux services du ministère des Anciens Combattants. Nous tentons d'harmoniser le plus possible les programmes afin que les normes relatives aux soins ne varient pas d'une organisation à l'autre.

**Le sénateur Enverga :** Ils seront prêts à faire face au monde réel?

**Col Blais :** Exactement.

**Lcol Heber :** Il y a un autre programme pour lequel nous collaborons étroitement avec le ministère des Anciens Combattants et son réseau de cliniques de traitement des TSO. Nous mettons en place un système de mesure des résultats relativement aux thérapies et aux traitements. Le patient remplit un questionnaire chaque fois qu'il se présente. L'information est ensuite analysée et transmise à son fournisseur de soins et à son clinicien. On vérifie les progrès réalisés au cours du traitement. Le clinicien et le patient s'assurent ensuite ensemble que les résultats correspondent aux objectifs.

Nous avons des cliniciens très compétents. Ils ont reçu beaucoup de formation. Nous mettons maintenant en place un système de suivi afin de vérifier si nous obtenons les résultats que nous souhaitons. Le ministère des Anciens Combattants a d'abord travaillé à ce système avec l'entreprise qui l'a mis au point. Il nous aide maintenant à le mettre en place. D'ici la fin de 2015, il sera utilisé dans toutes nos cliniques au Canada.

**Le sénateur Enverga :** Lorsque les militaires ont terminé un programme et qu'ils sont prêts, leur nom est-il ajouté à une base de données, afin qu'ils puissent obtenir un emploi dans le monde extérieur?

**Col Blais :** Nous avons un programme de transition. Nous collaborons avec un grand organisme caritatif, la Compagnie Canada. Il y a le Programme d'aide à la transition de carrière pour les militaires : plus de 200 employeurs du secteur privé, qui sont membres du programme, affichent leurs offres d'emploi sur

also have our members' CVs there, and they can actively search. The companies can move through the CVs, and we match people together to help them secure employment.

**Senator Enverga:** Is follow-up being done?

**Col. Blais:** Yes. We have partnered in this endeavour with Veterans Affairs Canada, which has three staff members embedded with mine, so we are working this program together.

**The Chair:** I appreciate your participation.

**Col. Mann:** I would like to add that there's a family dimension to continuity which is non-clinical but we know from our research is very important. That really applies to caregivers and to spouses and partners of those suffering OSI or PTS. Employment and household income issues become the number one concern for families, and we know from our most recent quality-of-life survey that self-reported household income and spousal employment are important.

Our family resource centres are a network of 32 centres at bases across the country. They're not-for-profit organizations, but the Director of Military Family Services is able to provide the bulk of the funding and nationally mandated programming, and we just recently met with the executive directors in Cornwall this past weekend to express that we need to do more in employment support and to development an employer network, much the way Military Employment Transition Program has done for two cohorts. One is families who are moving, which is our military lifestyle. But when you touch on transition, senator, it really is about changing the household income equation by having academic upgrading, good contacts with employers in sectors that are well-suited to spousal skills and experience.

That has been underused. Our research shows us that our spouses could contribute more to household income, and we're committed to doing that. We're committed to doing that through transition by trying to work with Veterans Affairs.

On the other piece, Military Family Resource Centres have a host of services, and we've been working with Veterans Affairs to find ways to extend those services not just to veterans' families but to veterans themselves as they transition. We're committed to making those services more accessible and available to the veteran part of our military community.

**The Chair:** We had a representative from Queen's University, Dr. Alice Aiken, who told us about the work being done at Queen's as the focal point for 32 different organizations, if I remember the number correctly, doing research with respect to veterans, families and military personnel. This is research activity,

le site. Les militaires peuvent aussi y afficher leur CV et chercher activement un emploi. Les entreprises peuvent consulter les CV, et nous mettons les militaires en contact avec les employeurs afin qu'ils trouvent un emploi.

**Le sénateur Enverga :** Existe-t-il un mécanisme de suivi?

**Col Blais :** Oui. Nous avons établi un partenariat dans cette démarche avec Anciens Combattants Canada, dont trois membres du personnel sont intégrés; nous travaillons donc ensemble à ce programme.

**Le président :** Je vous remercie de votre participation.

**Col Mann :** J'aimerais ajouter qu'il y a une dimension familiale à la continuité qui est non clinique, mais qui est très importante, d'après nos recherches. Elle s'applique aux fournisseurs de soins, aux conjoints et aux partenaires des militaires souffrant de BSO ou de SPT. Les questions liées à l'emploi et au revenu du ménage deviennent la principale préoccupation des familles, et notre plus récent sondage sur la qualité de vie indique que le revenu déclaré du ménage et l'emploi du conjoint sont importants.

Nous avons un réseau de 32 centres de ressources pour les familles dans les bases du pays. Ce sont des organismes sans but lucratif, mais le directeur des Services aux familles des militaires est en mesure de fournir l'essentiel du financement et les programmes nationaux. La fin de semaine dernière, nous avons rencontré les directeurs exécutifs, à Cornwall, pour leur dire que nous devons en faire davantage sur le plan de l'aide à l'emploi et que nous devons mettre en place un réseau d'employeurs, un peu comme on l'a fait dans le Programme d'aide à la transition de carrière pour les militaires, pour deux cohortes. Il y a le déménagement des familles; c'est notre mode de vie militaire. Mais lorsqu'il est question de transition, sénateur, on vise en fait à modifier les facteurs liés au revenu du ménage grâce au perfectionnement scolaire et aux bonnes relations avec les employeurs dans les secteurs qui conviennent très bien aux compétences et à l'expérience du conjoint.

Cette option est sous-exploitée. Nos recherches démontrent que nos conjoints pourraient contribuer davantage au revenu du ménage, et nous entendons agir en ce sens, mais nous entendons le faire pendant la transition, en cherchant à collaborer avec le ministère des Anciens Combattants.

Pour ce qui est de l'autre point, les Centres de ressources pour les familles des militaires offrent toute une gamme de services, et nous nous employons, avec Anciens Combattants Canada, à trouver des moyens d'étendre ces services, afin qu'ils ne soient pas seulement offerts aux familles des anciens combattants, mais aussi aux anciens combattants eux-mêmes durant leur transition. Nous sommes résolus à rendre ces services plus accessibles aux vétérans de notre communauté militaire.

**Le président :** Nous avons reçu une représentante de l'Université Queen, Mme Alice Aiken, qui nous a parlé des recherches qui sont effectuées à l'Université par 32 organismes, si je me souviens bien du nombre, sur les anciens combattants, leurs familles et le personnel militaire. On y effectue de la recherche,

some clinical, some more basic research, that would help you and all these different organizations you're representing for the different services you're offering.

How do you stay in touch with all this work that's going on so that you know you are offering the best practices possible? It's a very rapidly changing field.

**Lt.-Col. Heber:** It's true. First, in terms of CIMVHR, the Canadian Institute for Military and Veteran Health Research, which is the organization that Alice was talking to you about, it looks at health research, so it's very much to do with both mental health and physical health research. They hold a meeting every year. Sometimes when we want to partner with somebody, we can put money through CIMVHR to get researchers to do a piece of research we're interested in.

We also have partners in other universities who, through CIMVHR, want to do research, but also our members. There's a research project that I and some of my fellow psychiatrists have been doing on a medication for PTSD nightmares, for example, and what we try to do within health services is pick topics that are clinically driven, in other words, something that is relevant that we see with our patients, a question that has been raised for us.

Again, in the Directorate of Mental Health, we have a mental health research section, and their job is to help direct research and look at what kind of questions we need to have answered. We present every year at the CIMVHR annual meeting.

**The Chair:** Are you doing any work before the symptoms are manifest, maybe even before deployment, which help the Armed Forces in recognizing some potential weaknesses or an area where the soldier needs to have a bit more counselling before he or she goes into a combat situation or a traumatic situation and is therefore better able to handle it? Are you doing anything to help better practices in that regard?

**Lt.-Col. Heber:** Again, the program I was speaking to Senator White about is related to that. The Road to Mental Readiness is all about preparing people for combat, for stressful situations, but also for members and leadership to be able to identify when somebody is starting to struggle. We're hoping to catch people early. It's also a program that helps to decrease stigma. Again, we want to teach everybody that mental health is something we should all pay attention to. It's like physical health. Rather than stigmatizing it, if a person begins to have trouble sleeping, they're more anxious, they don't want to leave the house for whatever reason, they can say, "Okay, maybe this is something that I learned about, and I can go see somebody about this and get it fixed." That's what we're aiming for.

parfois clinique, parfois fondamentale, qui va vous aider, de même que tous les organismes que vous représentez, dans la prestation des services que vous offrez.

Comment faites-vous pour vous tenir au courant de toutes les recherches en cours, et pour vous assurer d'utiliser les meilleures pratiques exemplaires qui soient? Vous travaillez dans un domaine qui évolue rapidement.

**Lcol Heber :** C'est vrai. Tout d'abord, l'ICRSMV, l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, l'organisation dont Alice vous a parlé, s'occupe des recherches sur la santé, et cela touche tant la santé mentale que la santé physique. Les responsables organisent une rencontre tous les ans. Si on veut établir un partenariat avec des chercheurs, on peut financer l'ICRSMV pour qu'il leur confie la tâche de se pencher sur un sujet qui nous intéresse.

Nous avons aussi des partenaires dans d'autres universités qui, par l'entremise de l'ICRSMV, veulent faire de la recherche, mais nous avons aussi nos propres membres. Par exemple, quelques collègues psychiatres et moi avons entrepris une recherche sur les médicaments utilisés pour traiter les cauchemars liés au TSPT. Ce que nous nous efforçons de faire dans le domaine des soins de santé, c'est de choisir des sujets cliniques, c'est-à-dire des problèmes qu'ont nos patients, que nous voyons.

Encore une fois, au sein de la Direction de la santé mentale, nous avons une équipe de recherche en santé mentale dont le travail consiste à orienter la recherche et à déterminer les questions pour lesquelles nous avons besoin de réponses. Nous faisons un exposé chaque année à la rencontre annuelle de l'ICRSMV.

**Le président :** Faites-vous quelque chose avant l'apparition des symptômes, peut-être même avant le déploiement des militaires, pour aider les Forces armées à repérer d'éventuels points faibles ou un élément pour lequel les soldats auraient besoin de plus de conseils avant de se retrouver en zone de combat ou dans une situation traumatisante, afin qu'ils soient mieux préparés à y faire face? Faites-vous quelque chose pour améliorer les pratiques à cet égard?

**Lcol Heber :** Encore une fois, le programme dont j'ai parlé dans ma réponse au sénateur White porte sur cela. Le programme En route vers la préparation mentale vise essentiellement à préparer nos soldats au combat, aux situations stressantes, et aussi à préparer les membres et les dirigeants à reconnaître les premiers symptômes. Nous voulons intervenir le plus tôt possible. Le programme aide aussi à réduire la stigmatisation. Encore une fois, nous voulons que les gens sachent que la santé mentale est une question qui doit tous nous préoccuper, au même titre que la santé physique. Nous voulons qu'au lieu de tomber dans les préjugés, la personne qui commence à avoir des troubles de sommeil, à souffrir d'anxiété, à avoir peur de sortir de chez elle, qu'elle se dise « J'ai déjà entendu parler de ces symptômes et je devrais consulter pour avoir de l'aide et régler mon problème ». C'est notre objectif.

**The Chair:** How do you reach people with the message that there is some place they can go and they should not be influenced by the stigma that seems to be there?

**Lt.-Col. Heber:** The educational program of Road to Mental Readiness is delivered to people throughout their military career, so every time somebody goes for their next promotion, there will be a number of courses they take, and now mental health training is embedded in those courses. We expect our leadership to be fluent, if you like, in understanding mental health and how to look for and identify when people are having some issues that they're struggling with. It is done through the teaching that we do in the military to make sure that we reach everybody.

**The Chair:** Do either of you gentlemen have anything you want to add to that?

**Col. Blais:** The other way we reach people is also as part of the Joint Personnel Support Unit. Each of the Integrated Personnel Support Centres has an outreach coordinator, and they go to each unit every two years. We reach every unit in the Canadian Forces, including Reserve Force units, and they get briefings on all the programs and services available to them.

**Col. Mann:** It's very similar for Military Family Resource Centres. Again, we are dealing more with the non-clinical, but we say that spouses and partners are really the strength behind the uniform, and we say that for a reason. When there's a stable home front, there is mission focus when it comes down for us to deploy. We work hand in glove with health services on Road to Mental Readiness, but we have developed it for families both pre- and post-deployment.

Family resource centres are service delivery partners with health care workers at bases and installations across the country. They maintain a deployment support mandate while the member is deployed to make sure the family stays resilient, stays connected and has access to services that are directly related to deployment, including casualty support, child care, respite care, emergency child care, employment support, social work counselling. Those are all things that help us get ahead of the curve by making them available, making families aware prior to the member ever packing their barrack box to go out the door.

**The Chair:** We've been hosting a group of cadets from the Royal Military College. Can I assume that the knowledge base you're building here will be transferred to these future leaders and commanders in the Armed Forces at an early stage when they're still at college?

**Col. Blais:** Absolutely. As early as basic officer training, they start to receive this information.

**Le président :** Comment informez-vous les gens des endroits où ils peuvent aller pour consulter et éviter de tomber dans les préjugés?

**Lcol Heber :** Le programme d'information En route vers la préparation mentale fait partie de la formation offerte aux militaires tout au long de leur carrière. Chaque fois qu'une personne est promue, elle doit suivre des cours et la formation en santé mentale en fait partie. Nous voulons que nos dirigeants aient de solides connaissances, si on veut, en santé mentale et qu'ils sachent repérer les gens qui commencent à ressentir des problèmes. Les gens sont donc informés dans le cadre des cours qui sont donnés afin que nous soyons certains de joindre tout le monde.

**Le président :** Est-ce que l'un ou l'autre d'entre vous aimeriez ajouter quelque chose, messieurs?

**Col Blais :** L'autre façon d'informer les gens, c'est par l'entremise de l'Unité interarmées de soutien du personnel. Tous les centres intégrés de soutien du personnel ont un coordonnateur responsable de la sensibilisation qui rencontre toutes les unités une fois tous les deux ans. Toutes les unités des Forces canadiennes sont rencontrées, y compris les unités de la Force de réserve. Elles sont informées des programmes et services qui sont à leur disposition.

**Col Mann :** C'est sensiblement la même chose du côté des Centres de ressources pour les familles des militaires. Encore une fois, nous nous occupons principalement des questions non cliniques. Nous disons que ce sont les conjoints et les partenaires qui font la force de nos militaires, et il y a une raison à cela. Lorsque tout va bien à la maison, les militaires sont concentrés sur la mission au moment du déploiement. Nous travaillons donc main dans la main avec les services de santé du programme En route vers la préparation mentale, mais en mettant l'accent sur l'aide aux familles avant et après le déploiement.

Les centres de ressources familiales assurent la prestation des services en collaboration avec les professionnels de la santé qui travaillent sur les bases et dans les autres installations partout au pays. Ils ont un mandat de soutien auprès des familles pendant que les membres sont déployés pour s'assurer qu'elles tiennent le coup, qu'elles restent unies, et qu'elles ont accès aux services en lien direct avec le déploiement, notamment le soutien aux blessés, la garde des enfants, les services de répit, les services de garde d'urgence, l'aide à l'emploi et les conseils d'une travailleuse sociale. C'est ainsi que nous pouvons voir venir les choses et commencer à sensibiliser les familles et à leur offrir du soutien avant même que les membres se préparent à partir.

**Le président :** Nous avons accueilli un groupe de cadets du Collège militaire royal. Puis-je présumer que les connaissances dont vous parlez seront transférées aux futurs dirigeants et commandants des Forces armées très tôt, soit lorsqu'ils sont encore au collège?

**Col Blais :** Tout à fait. On commence à les sensibiliser dès qu'ils reçoivent la formation de base des officiers.

**The Chair:** Glad to hear that.

**Col. Mann:** Our family services team is also working with the recruiting cells, so we can actually get to recruiting centres with basic information about the lifestyle and what to expect. It has been extremely well received by those recruiting centres we've approached to date, so we intend to go further and attempt to reach all of them.

**The Chair:** It will be interesting for us to hear from some of those recruiting personnel as to what the message is that they're getting from you and then what they are passing on. We'll follow up on that. Thank you very much for bringing that to our attention.

Senators, this is second round. We still have some time, and sometimes there are follow-up questions from some of the questions that have been asked. These are intended to be short, snappy questions with equally short, snappy answers so that we can get on with things. I will start with Senator Stewart Olsen from New Brunswick.

**Senator Stewart Olsen:** Just a point of clarification: You mentioned two names, family liaison officers and family resource centres. Is there a difference, or are they the same thing?

**Col. Mann:** Military Family Resources Centres are non-profit, charitable organizations, but they are a derivative of a mandate that the Government of Canada established about 23 years ago. We have a federally funded Military Family Services Program, which disburses \$27 million to the 32 centres. Within some of those centres, they employ a family liaison officer or more, depending on the case demand. For example, Valcartier would have two family liaison officers. They're co-located at the Integrated Personnel Support Centre because we understand the concept of a one-stop shop for the member and family who are suffering PTS or OSI or who are posted to the Integrated Personnel Support Centre. We make it very easy for the family liaison officer to reach out and connect with the family who accompanies the member through the door or for the member to become aware of what's available for their family through outreach to the family liaison officer. They're an integral part of the Military Family Resource Centre, but they're located with a different unit because of the need to connect with families as they come through the door.

**Senator Stewart Olsen:** What is your position if members are actively serving and are dealing with PTSD? Are they encouraged to be able to have their service dogs with them? Does the military support that? If not, why not?

**Col. Blais:** There are two components to that. One is a health component and one is an administration and career component. When the treatment begins, if a doctor has determined as

**Le président :** Je suis heureux de l'entendre.

**Col Mann :** Notre équipe des services aux familles travaille aussi en collaboration avec les cellules de recrutement pour leur fournir de l'information de base sur le mode de vie militaire et sur ce à quoi les recrues doivent s'attendre. Les centres de recrutement que nous avons approchés à ce jour ont été enchantés de cette initiative. Nous avons donc l'intention de poursuivre nos efforts pour les joindre tous.

**Le président :** Il sera intéressant pour nous d'entendre le point de vue des responsables du recrutement sur l'information qu'ils reçoivent de vous et qu'ils transmettent ensuite. Nous allons faire du suivi sur ce point. Je vous remercie d'avoir porté le tout à notre attention.

Mesdames et messieurs les sénateurs, nous en sommes à la deuxième série de questions. Il nous reste un peu de temps pour les questions complémentaires que les membres ont parfois. Il doit s'agir de questions courtes et pointues qui appellent aussi des réponses courtes et pointues pour que nous puissions passer à autre chose. Je vais commencer par la sénatrice Stewart Olsen du Nouveau-Brunswick.

**La sénatrice Stewart Olsen :** J'aurais simplement un point de clarification. Vous avez mentionné deux choses, les officiers de liaison avec les familles et les centres de ressources pour les familles. Y a-t-il une différence entre les deux ou s'agit-il de la même chose?

**Col Mann :** Les centres de ressources pour les familles des militaires sont des organisations de bienfaisance à but non lucratif et sont un produit dérivé du mandat que nous a confié le gouvernement du Canada il y a environ 23 ans. Nous avons le Programme de services aux familles, financé par le gouvernement fédéral, qui reçoit un budget de 27 millions de dollars pour ses 32 centres. Certains de ces centres embauchent un officier de liaison avec les familles, parfois plus, selon la demande. Valcartier, par exemple, en a deux. Ils travaillent dans les locaux du Centre intégré de soutien du personnel, car nous croyons au concept de guichet unique pour les membres et les familles qui sont aux prises avec un problème de TSPT ou de stress opérationnel, ou qui sont affectés au Centre intégré de soutien du personnel. Nous rendons le tout le plus simple possible pour que l'officier de liaison avec les familles puisse nouer des liens avec les membres de la famille qui accompagnent le membre, ou informer le membre des services qui sont offerts à sa famille. Les officiers de liaison font partie intégrante du Centre de ressources pour les familles des militaires, mais ils travaillent dans les locaux d'une autre unité, afin qu'ils puissent tisser des liens avec les familles qui arrivent au centre.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Qu'en est-il des membres en service actif qui souffrent du TSPT? Est-ce qu'on les encourage à garder auprès d'eux leur chien d'assistance? L'armée est-elle en faveur de cela? Si ce n'est pas le cas, pourquoi pas?

**Col Blais :** Il y a deux éléments en jeu ici. Il y a l'élément santé, et il y a l'élément administration et carrière. Lorsque le traitement est en cours, si le médecin croit qu'un animal aiderait la personne

treatment progresses that an individual would benefit from a service animal, at that point the doctor will indicate that, but there are employment limitations assigned at the same time. If a doctor has certified that an animal is required or would be beneficial, at that point we receive that information, and if an individual has a certified dog, they are allowed to bring it into the workplace.

**The Chair:** These are dogs that help injured soldiers in a number of different ways. Did you say those dogs are being provided for under the program that is supported by the military?

**Col. Blais:** No, senator, I did not.

**The Chair:** I didn't think you did.

**Col. Blais:** We allow them into the workplace, but we are not providing funding for the animals themselves.

**The Chair:** Is that for a budget reason or some other reason?

**Col. Blais:** Research is ongoing. Veterans Affairs Canada is conducting research into service dogs. Our health services are very much a science-based organization. There's not quite enough research, and I don't want to speak for Colonel Heber. I'll probably let you go down this one.

**Lt.-Col. Heber:** Let me add to that. Regarding one of the issues about a member getting a service dog, one of the things we encourage members to do is, first of all, if they're symptomatic, to come forward so we can do a proper assessment and we can give them the treatment that will help them. There are a couple of things about this.

First of all, is this in fact post-traumatic stress disorder? The treatment for that is somewhat different than for somebody suffering from a major depression or some other mental illness. We want to make sure that we are providing the right treatment for the right condition.

Once a member obtains a service dog, they are, by definition, not going to stay in the military long-term because it's incompatible with universality of service. That's why I'm saying we encourage members to come forward first. If you're thinking about getting a service dog, come and see us; let's talk about why you're thinking about it. What are the problems you're having? Are you already in care? If you're not in care, let's get you in care, let's treat you and let's see how things go. There are some members, unfortunately, where the PTSD will become a chronic condition and where they will then benefit from aids to that disability, if you like. Often a service dog can be a very effective aid for those people.

What we don't want is for people to kind of short-circuit their future career by not coming forward first and getting treatment because then there's a good chance that, in fact, they will recover and they will be able to stay in the military.

à faire des progrès, il le mentionnera, et il mentionnera aussi en même temps les limitations d'emploi. Si un médecin confirme que la personne a besoin d'un animal ou que cela lui serait bénéfique, nous recevrons alors l'information, et si la personne a un chien accrédité, le chien peut l'accompagner au travail.

**Le président :** Ce sont des chiens qui aident les soldats blessés de différentes façons. Avez-vous dit que ces chiens sont fournis dans le cadre du programme offert par les forces armées?

**Col Blais :** Non, sénateur, je n'ai pas mentionné cela.

**Le président :** Je ne pensais pas que vous l'avez fait.

**Col Blais :** Nous permettons qu'un animal accompagne une personne au travail, mais nous ne payons pas pour l'animal comme tel.

**Le président :** Est-ce pour des raisons budgétaires ou pour d'autres raisons?

**Col Blais :** Des recherches sont en cours. Anciens Combattants Canada mène actuellement des recherches sur l'utilité des chiens d'assistance. Nos services de santé sont très centrés sur la science. Il n'y a pas encore assez de recherches sur la question, et je ne veux pas répondre au nom du colonel Heber. Je vais vous laisser répondre à la question.

**Leol Heber :** J'aimerais ajouter quelques points. Au sujet des chiens d'assistance, nous encourageons d'abord les membres qui ont des symptômes à venir consulter afin que nous puissions procéder à une évaluation en bonne et due forme et trouver le bon traitement pour eux. Il faut d'abord vérifier certains éléments.

Premièrement, s'agit-il bien du trouble de stress post-traumatique? Dans ce cas, le traitement sera quelque peu différent de celui d'une personne qui souffre d'une grave dépression ou d'une autre maladie mentale. Nous voulons nous assurer de traiter la bonne maladie.

Lorsqu'un membre obtient un chien d'assistance, cela signifie par conséquent qu'il ne fera pas carrière au sein de l'armée, car c'est incompatible avec le principe de l'universalité du service. C'est pourquoi je dis que nous encourageons les membres à venir nous consulter d'abord. Si un membre songe à se procurer un chien d'assistance, il devrait d'abord venir nous voir pour discuter des raisons. Quels problèmes éprouvez-vous? Êtes-vous déjà en traitement? Si vous n'êtes pas en traitement, commençons par là et voyons comment vont les choses. Dans certains cas, le TSPT se transforme malheureusement en maladie chronique, et la personne a alors besoin d'aide pour surmonter cette incapacité, si on veut. Très souvent, dans ce cas, un chien d'assistance lui sera très utile.

Ce que nous voulons éviter, c'est que des personnes mettent en péril leur carrière en ne voulant pas en parler et se faire traiter, parce qu'elles ont, en fait, de bonnes chances de se rétablir et de pouvoir demeurer au sein de l'armée si elles se font traiter.

As I was to Senator Stewart Olsen a few minutes ago, one of the things that I've personally been very involved in is working with many of the service dog organizations in Canada and the Canadian General Standards Board, who are meeting today to start a process to set up national standards for service dog organizations and their training. Also important to us is the intake process and how people are screened before they get a service dog. If somebody comes forward and they are still a serving member, it's really important that some screening is taking place to see whether they have been in treatment yet. Do they need something else before we consider a service dog?

**The Chair:** Thank you. That was helpful.

**Senator Enverga:** We have top-of-the-line services. What is our success rate? Is there a success rate? How many people will be able to move on, and how many have to go back after we release them? Are there any statistics about that?

**Col. Blais:** Do you mean health-wise? For example, we have a return-to-work program, so as soon as a person is posted to the Joint Personnel Support Unit, the doctor and the individual discuss how quickly they can return to work and how much they can do. They then come back, and those recommendations come to us. We work with the doctor and the individual to find an employment opportunity that is suitable to them either in the military or, for some, that happens to be in the local community. That can be at first as little as going to the gym three hours a week on different days and building right back up to five full days a week. Our goal is always to return them to their units to full service.

Right now, our success rate for those entering a return-to-work program and returning to their units to full service is approximately 35 per cent.

**Senator Enverga:** It is 35 per cent.

**Col. Blais:** Yes.

**Lt.-Col. Heber:** I can give you some figures about treatment of PTSD and results from that. Again, I have to put this in context.

This was a study done in Gagetown, and it was based on an infantry battle group, 792 soldiers. These were people who had deployed in 2007 and later came forward for treatment. It's one of the studies we have that looks at actual treatment outcome.

Again, it's important to remember that this is an infantry battle group. They had probably the highest rates of PTSD of members who are deployed. We deploy members to all kinds of jobs and all kinds of positions, but this group, of course, would have been the ones who were outside the wire, on the front lines. They would be the ones who would have been most traumatized.

Comme je l'ai mentionné à la sénatrice Stewart Olsen il y a quelques minutes, je travaille avec de nombreux organismes de chiens d'assistance au Canada et avec l'Office des normes générales du Canada, qui se rencontrent aujourd'hui pour entamer le processus d'établissement de normes nationales pour les organismes de chiens d'assistance et leur entraînement, et c'est une des causes dans lesquelles je me suis beaucoup impliquée personnellement. Ce qui est important pour nous également, c'est le processus d'examen des gens qui vont obtenir un chien d'assistance. Si un membre en service actif veut obtenir un chien, il est vraiment important qu'il passe par un processus d'examen pour savoir s'il est en traitement. A-t-il besoin d'autre chose avant qu'on envisage cette option?

**Le président :** Merci. C'est bon à savoir.

**Le sénateur Enverga :** Nous avons des services hors pair. Quel est le taux de succès? Y en a-t-il un? Combien de personnes vont s'en sortir et combien vont devoir revenir vous voir après leur sortie? Avez-vous des statistiques à ce sujet?

**Col Blais :** Voulez-vous dire côté santé? Par exemple, nous avons un programme de retour au travail, dès qu'une personne est affectée à l'Unité interarmées de soutien du personnel. Le médecin et la personne concernée discutent alors de sa date de retour au travail et de ce qu'elle peut faire. Les recommandations nous sont ensuite envoyées. Nous collaborons avec le médecin et la personne pour lui trouver un poste qui lui convient, au sein de l'armée ou, dans certains cas, au sein de la communauté. Il peut s'agir dans un premier temps d'aller au gym trois heures par semaine, des jours différents, pour finir par y aller cinq jours complets par semaine. Notre but est toujours de les voir réintégrer pleinement leur unité.

En ce moment, le taux de succès de notre programme de retour au travail, soit la réintégration complète des gens au sein de leur unité, est d'environ 35 p. 100.

**Le sénateur Enverga :** Il est de 35 p. cent.

**Col Blais :** Oui.

**Lcol Heber :** Je peux vous donner des statistiques sur le traitement du TSPT et ses résultats. Une fois de plus, je veux situer le tout en contexte.

Les données proviennent d'une étude menée à Gagetown auprès d'un groupement tactique d'infanterie composé de 792 soldats. Les soldats avaient été déployés en 2007 et ont consulté plus tard pour se faire soigner. C'est une des études que nous avons qui portent sur les résultats du traitement.

Encore une fois, il est important de se rappeler qu'il s'agit d'un groupement tactique d'infanterie. Le taux de TSPT au sein du groupement était probablement le plus élevé chez les membres déployés. Nous déployons des soldats dans toutes sortes de fonctions, mais dans le cas de ce groupement, bien sûr, les membres étaient déployés à l'extérieur du périmètre de sécurité, soit sur la ligne de front. Ce sont ceux qui risquent le plus d'être traumatisés.

Based on this group, after they had treatment, during treatment and then follow-up, 45 per cent recovered, went into full remission and were able to return to full duty.

Another 28 per cent improved — were not in full remission but improved — and were able to return to some duties. Again, for that group of people, they would continue to be treated ongoing, and time would tell whether they were going to be people who would end up in full remission or would end up with some symptom, some disability.

Then about 27 per cent had minimal improvement. For that group of people, basically what we'd do is we'd treat them to help maximize their quality of life and then we work with the IPSCs to help coordinate a transition as smooth as possible to civilian life.

I want to say something, though, if you don't mind, even looking at that 45 per cent. Again, close to half of the people returned to full duties, were in full remission, which I think is actually an amazing rate, especially for this population of people who were really the ones on the front lines.

When somebody goes into full remission, one of the things I, as their psychiatrist, or whoever their provider is, do is sit down with them and talk to them about whether they want to continue: Here are your choices now and what do you want to do with your life?

We know that even people in full remission who get re-traumatized have an increased risk of developing symptoms again. We want to make sure that our members are fully cognizant of the risks if they decide to remain in the military and continue in their careers. So we always have that conversation with them.

**Senator Enverga:** How long is the average treatment for a person?

**Lt.-Col. Heber:** That's a hard one to say. It can go from 12 sessions of psychotherapy, and maybe three to six months on some medication, to a few years.

**Senator White:** Thank you very much. I think the information is actually quite helpful. I do have a question around embedded behavioural health professionals and whether or not we actually have embedded in our deployment psychiatric and psychological help. If not, why not? Have we seen success?

I know in the United States, at Fort Drum and others, they've had spectacular success, they would say. The first question is, do we do this? Second, how successful has that been?

**Lt.-Col. Heber:** I can't tell you exactly what year, but when we went down to the Kandahar region we started deploying a mental health team. During the time we had lead nation status in the Role 3 unit, we were the mental health team basically for all the

Au sein de ce groupe, 45 p. 100 des gens qui ont été traités et suivis par la suite s'en sont sortis, se sont rétablis complètement, et ont été en mesure de reprendre le service à temps plein.

Un autre 28 p. 100 ont vu leur condition s'améliorer — ils ne se sont pas rétablis totalement, mais leur condition s'est améliorée — et ont pu reprendre en partie le service. Dans ce cas, les gens continuent d'être traités et le temps nous dira s'ils finiront par se rétablir totalement ou s'ils continueront d'avoir des symptômes ou une forme quelconque d'incapacité.

Enfin, environ 27 p. 100 ont vu leur condition s'améliorer, mais très peu. Dans ce cas, ce que nous faisons, nous continuons à les traiter pour maximiser leur qualité de vie et nous collaborons avec les CISP pour coordonner la transition la plus facile possible à la vie civile.

J'aimerais ajouter quelque chose, si vous le permettez, au sujet du 45 p. 100. Je le répète, près de la moitié des gens ont pu reprendre toutes leurs fonctions, se sont rétablis complètement, ce qui pour moi est un taux fantastique, en particulier parce qu'il s'agissait de gens qui se trouvaient concrètement sur la ligne de front.

Lorsque quelqu'un se rétablit complètement, une chose que je fais, en tant que son psychiatre, c'est de m'asseoir avec la personne — et c'est ce que fera un autre professionnel de la santé — pour savoir si elle souhaite continuer : voici vos choix et vous devez décider ce que vous voulez faire de votre vie.

Nous savons aussi que même lorsque les gens se sont rétablis pleinement, ceux qui subissent un nouveau traumatisme sont plus à risque de développer à nouveau les symptômes. Nous voulons que nos membres soient bien conscients des risques s'ils décident de rester dans l'armée pour y poursuivre leur carrière. Nous abordons donc toujours la question avec eux.

**Le sénateur Enverga :** Combien de temps dure le traitement en moyenne?

**Lcol Heber :** C'est difficile à dire. Une personne peut avoir besoin de 12 séances de psychothérapie, et une autre, d'être médicamentée pendant trois à six mois, ou pendant quelques années.

**Le sénateur White :** Merci beaucoup. Je pense que l'information nous sera en fait très utile. J'ai une question au sujet des professionnels en santé comportementale. J'aimerais savoir si nous avons des psychiatres et des psychologues qui sont déployés avec nos soldats. Si ce n'est pas le cas, pourquoi? Est-ce que cela a donné des résultats?

Je sais qu'aux États-Unis, à Fort Drum et ailleurs, cela a donné des résultats spectaculaires, à ce qu'on dit. Ma première question est donc : faisons-nous cela? Et ma deuxième : est-ce que cela donne de bons résultats?

**Lcol Heber :** Je ne me rappelle pas exactement en quelle année, mais quand nos soldats ont été stationnés dans la région de Kandahar, nous avons commencé à déployer une équipe en santé mentale. Lorsque nous avons acquis le statut de nation dirigeante



NATO countries. After we gave up lead nation status to the Americans, we continued to deploy a mental health team and we looked after mostly Canadians, though we would see other people if there was a need. This team was a psychiatrist, usually one, two or three social workers and/or mental health nurses.

**Senator White:** Does it make a difference?

**Lt.-Col. Heber:** I can't quote your research on that. Quite frankly, I don't know about what Fort Drum has done in terms of research. This is very difficult stuff to research because it's hard to control the groups. But personally do I think it made a difference? Absolutely, I do.

We have known since the First World War that sending mental health experts out to the front makes a difference for people. We're able to see them quicker; we're able to help people where we can help get their symptoms under control quickly and keep them there which, of course, for military members, is the most important thing. The last thing they want is to have to be repatriated.

**Senator White:** After 100 years I guess we've learned. Thank you.

**Lt.-Col. Heber:** That's what we've learned.

[Translation]

**The Chair:** Colonel Blais, you mentioned the Sans limites program.

[English]

In English, the Soldier On Program. We would like more detail on how you provide access to equipment training and how you get funding for that. Do you have something in writing you can send to us, or in half a minute could you tell us everything we want to know?

**Col. Blais:** I think that might be stretching it a bit, Mr. Chair, but I can certainly provide that in writing for you.

**The Chair:** That would be very helpful.

On behalf of the Subcommittee on Veterans Affairs, we'd like to thank you very much for being here and for the work you're doing for the soldiers and families.

(The committee adjourned.)

---

OTTAWA, Wednesday, November 19, 2014

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day, at 12:03 p.m., to continue its study on the medical, social and operational impacts of mental health issues affecting both serving

de l'unité de rôle 3, nous étions essentiellement l'équipe de santé mentale pour tous les pays de l'OTAN. Après avoir cédé ce statut aux Américains, nous avons continué de déployer une équipe en santé mentale pour soigner principalement les soldats canadiens, mais aussi les autres au besoin. L'équipe était formée d'un psychiatre, et habituellement d'une à trois travailleuses sociales ou infirmières en santé mentale.

**Le sénateur White :** Est-ce que cela donne des résultats?

**Lcol Heber :** Je ne peux pas vous citer de recherches à ce sujet. Très honnêtement, je ne suis pas au courant des recherches menées à Fort Drum. Je sais toutefois qu'il est très difficile de mener des recherches sur la question, parce que le groupe est difficile à contrôler. Personnellement, est-ce que je pense que cela a donné des résultats? J'en suis convaincue, tout à fait.

Nous savons depuis la Première Guerre mondiale qu'il est bénéfique pour les soldats de déployer des experts en santé mentale au front. Nous pouvons les mettre à contribution plus rapidement, nous pouvons nous attaquer aux symptômes des soldats plus rapidement pour les contrôler, et c'est ce qui est le plus important pour les militaires. La dernière chose qu'ils souhaitent, c'est d'être rapatriés.

**Le sénateur White :** Cent ans plus tard, je présume que nous avons appris la leçon. Merci.

**Lcol Heber :** C'est ce que nous avons appris.

[Français]

**Le président :** Colonel Blais, vous avez mentionné le programme Sans limites.

[Traduction]

En anglais, on parle du Soldier On Program. Nous aimerions en savoir plus sur la formation qui est donnée sur l'utilisation de l'équipement et sur la source des fonds. Auriez-vous de l'information par écrit que vous pourriez nous faire suivre, ou en 30 secondes, pouvez-vous nous dire tout ce que nous voulons savoir à ce sujet?

**Col Blais :** Je pense que cela peut prendre un peu de temps, monsieur le président, mais je peux certainement vous fournir l'information par écrit.

**Le président :** Cela nous serait très utile.

Au nom du Sous-comité des Anciens Combattants, j'aimerais vous remercier de votre présence et de votre travail auprès de nos soldats et de leurs familles.

(La séance est levée.)

---

OTTAWA, le mercredi 19 novembre 2014

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à 12 h 3, pour poursuivre son étude sur les répercussions médicales, sociales et opérationnelles des

and retired members of the Canadian Armed Forces, including operational stress injuries, or OSIs, such as post-traumatic stress disorder.

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

[*Translation*]

**The Chair:** Honourable senators, today, we are continuing our study of veterans' operational stress injuries and other mental health problems.

[*English*]

Our witness today is Dr. Ron Frey. Dr. Frey is a registered clinical and organizational psychologist. He has held a number of senior positions, including RCMP acting chief psychologist. Dr. Frey has been recognized as a subject matter expert in the area of psychological assessment by the RCMP, the Department of National Defence, Veterans Affairs Canada, Correctional Services Canada, the Transportation Safety Board, the courts and numerous police organizations and insurance companies.

Dr. Frey, you have extensive clinical background, which will be very helpful for the work that we're doing. We very much appreciate your being with us, and we look forward to your presentation, after which we will go into a question and answer session.

**Ron Frey, Clinical and Organizational Psychologist, as an individual:** I would like to thank the Senate for the opportunity to present to you today on this important topic. My intention is not to talk to you about how post-traumatic stress disorder or other related occupational stress injuries are experienced by our valiant police officers, soldiers and veterans. You have already heard from a number of experts who provided excellent testimony of what it is like for these men and women to experience the paralyzing effects of occupational stress injuries.

My mission today is to provide you with an explanation as to why our Armed Forces and our national police agency continue to struggle in the management of the risks associated with protecting our nation. I will then conclude by suggesting a courageous, yet timely, solution to the problem of operational stress injuries that plague our fine serving men and women.

As you may recall from previous testimony to this subcommittee, our nation has, over many generations, taken our youth, in the prime of their lives, and shaped them into formidable soldiers and police officers. Trained to do not what normal human beings do in the face of death and destruction, our soldiers, police officers and veterans have been conditioned to fight, not to flee, to show no sign of weakness when the rest of us cower in fear and uncertainty.

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

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

[*Français*]

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

[*Traduction*]

Notre témoin aujourd'hui est M. Ron Frey. M. Frey est un psychologue clinicien organisationnel agréé. Il a occupé un certain nombre de postes supérieurs, notamment à titre de psychologue en chef par intérim de la GRC. M. Frey a été reconnu comme étant un expert dans le domaine de l'évaluation psychologique par la GRC, le ministère de la Défense nationale, Anciens Combattants Canada, le Service correctionnel du Canada, le Bureau de la sécurité des transports, les tribunaux, de nombreuses organisations policières et les compagnies d'assurance.

Monsieur Frey, vous avez une vaste expérience du milieu clinique qui nous sera très utile dans le cadre de nos travaux. Nous vous sommes très reconnaissants pour votre présence et sommes impatients d'écouter votre exposé, après quoi nous passerons à une séance de questions et réponses.

**Ron Frey, psychologue clinique et organisationnel, à titre personnel :** Je souhaite remercier le Sénat pour l'occasion de vous parler aujourd'hui de ce sujet important. Mon intention n'est pas de vous parler de la manière dont nos valeureux policiers, soldats et anciens combattants vivent le trouble du stress post-traumatique et d'autres blessures liées au stress opérationnel. Vous avez déjà entendu un certain nombre d'experts qui ont fourni d'excellents témoignages sur le vécu de ces hommes et femmes aux prises avec les effets paralysants des blessures liées au stress opérationnel.

Ma mission aujourd'hui consiste à vous expliquer pourquoi nos forces armées et notre service de police national éprouvent toujours de la difficulté à gérer les risques associés à la protection de notre nation. Je conclurai ensuite en proposant une solution courageuse, mais opportune, aux problèmes des blessures liées au stress opérationnel qui tourmentent nos remarquables militaires.

Vous vous rappelez peut-être de mon témoignage précédent devant ce sous-comité, selon lequel notre nation a déjà, au cours de nombreuses générations, pris nos jeunes dans la fleur de l'âge pour en faire de redoutables militaires et agents policiers. Formés à faire le contraire de ce que les êtres humains normaux font face à la mort et à la destruction, nos militaires, agents de police et anciens combattants ont été conditionnés à se battre, à ne pas fuir et à ne montrer aucun signe de faiblesse alors que nous, nous tremblons de peur et d'incertitude.

Although these characteristics have been proven, over centuries, to be the desired characteristics of any nation's armed forces or national police force, little thought has been given to managing the risks that result from creating such effective fighting machines.

In an earlier time, there was little appetite to manage the psychological risks associated with policing and soldiering. The weak were quietly removed from the ranks and replenished with new recruits and the soldiering and policing carried on.

However, times have changed. Soldiering and policing have changed, and recruitment and retention have become significantly more difficult, as the public has become increasingly aware of the double edged sword that is created by the demands we make on our Armed Forces and national police force.

With the now very public and social media-driven plight of our soldiers, police officers and veterans struggling with occupational stress injuries, the military and our national police force have recently, and thankfully, attempted to better manage the prevention and treatment of OSIs.

Specifically, they have enhanced screening, developed peer support groups, sent psychologists like myself to some of the most dangerous and remote areas of the country to spend time with these courageous men and women. They have opened assessment and treatment centres, engaged academics and built bow ties and dashboards. In short, the Canadian Armed Forces and the RCMP have adopted what they think are the best practices to mitigate the psychological risks of protecting our nation. And yet, our soldiers, our police officers and our veterans continue to experience the devastation of OSIs in often suppressing and suppressive silence.

From my perspective and the perspective of many of my colleagues, the continued prevalence of OSIs is the product of a governance system that simply has not developed the capability to performance-manage the risks associated with modern soldiering and policing.

To further compound this deficiency, there is a culture, deeply rooted in at least policing, of promoting excellent traditionally skilled officers with less than adequate understanding of human and organizational factors that significantly contribute to the overall operational effectiveness of policing in the national and international landscapes.

Such a culture means that those few leaders within the RCMP who recognize and vocalize the liability of not objectively identifying, analyzing and mitigating the systemically based causal factors that contribute to OSIs are either penalized for vocalizing these thoughts, promoted out of their positions, poached by private enterprise or even by other parts of the government, including the Senate.

Même si on a prouvé, au fil des siècles, que ces caractéristiques étaient recherchées pour les forces armées ou le service de police national de toute nation, très peu de réflexions ont été menées sur la gestion des risques découlant de la création de machines de combat aussi efficaces.

Autrefois, la gestion des risques psychologiques liés aux activités policières et militaires suscitait peu d'intérêt. On retirait discrètement les faibles des rangs, les nouvelles recrues assuraient la relève, et on poursuivait les activités militaires et policières.

Mais les temps ont changé. La vie de soldat et le maintien de l'ordre ont changé, et le recrutement et la rétention deviennent beaucoup plus difficiles au fur et à mesure que le public prend conscience de l'arme à double tranchant que représentent les exigences auxquelles nos forces armées et notre service de police national doivent répondre.

Le sort de nos militaires, policiers et anciens combattants aux prises avec des blessures liées au stress opérationnel a éclaté au grand jour, alimenté par les médias sociaux. Heureusement, l'armée et notre service de police national ont tenté de mieux gérer la prévention et le traitement des BSO.

Plus précisément, on a amélioré l'évaluation préliminaire, mis sur pied des groupes d'entraide et envoyé des psychologues comme moi aux régions les plus dangereuses et éloignées du pays pour passer du temps avec ces hommes et femmes courageux. On a ouvert des centres d'évaluation et de traitement, consulté des universitaires et créé des nœuds papillons et des tableaux de bord. Bref, les Forces armées canadiennes et la GRC ont adopté les pratiques exemplaires qui, à leur avis, atténuent les risques psychologiques liés à la protection de notre nation. Or, nos militaires, nos policiers et policières et nos anciens combattants continuent à vivre l'angoisse des BSO dans un silence étouffant.

Comme nombre de mes collègues, je pense que la prévalence constante des BSO résulte d'une gouvernance qui n'a pas su bien gérer en vue de la performance les risques associés au métier de soldat et de policier.

S'ajoute à cela une mentalité bien enracinée du moins dans le monde policier visant la promotion d'officiers par ailleurs très compétents du point de vue traditionnel, mais sans une compréhension adéquate des facteurs humains et organisationnels qui contribuent de manière importante à l'efficacité opérationnelle globale des forces policières dans un contexte national ou international.

Cette mentalité fait en sorte que les quelques dirigeants de la GRC qui reconnaissent et dénoncent les risques associés au défaut de reconnaître, d'analyser et d'atténuer les facteurs systémiques qui contribuent aux BSO sont soit pénalisés pour en avoir parlé, rétrogradés, débauchés par le secteur privé ou même par d'autres instances gouvernementales, y compris le Sénat.

In short: The OSI problem is the military and paramilitary culture. The recurrent honing of only one side of the blade of operational readiness is what is ultimately preventing these organizations from realizing effectiveness.

The solution to this problem of culture has been alluded to many times and well before my testimony today. The solution is a progressive transformation of culture through performance-based oversight at the governance level and the systemically driven management of risks at the operational level.

To make this transformation, the Canadian Armed Forces and the RCMP must engage with independent professionals — professionals who have the experience of enabling safety and security critical organizations to performance manage all their risks, including OSIs, to a level as low as reasonably practicable.

In closing, I wish to emphasize that we have to recognize that ultimately the operational readiness of our Armed Forces and our national police force is predicated by how effectively their oversight bodies govern and how effectively their senior officers manage their systemic-based human and organizational risk factors.

It is only through the honing of both sides of the blade that our men and women will have the capability to continually serve our country honourably and resiliently. Thank you.

**The Chair:** Dr. Frey, thank you very much. That's a pretty straightforward series of comments and we look forward to giving you the opportunity to expand on these.

For the record, could you clarify what you meant by “built bow ties and dashboards”?

**Mr. Frey:** Bow ties and dashboards are common risk mitigation strategies or techniques used by some risk managers and senior managers in organizations to get an overview of how risks are basically being managed by an organization. Sometimes they'll use a colour scheme. For example, a green light means all systems are good or good to go, a yellow light means there are some things that need to be addressed and red means things definitely need to be addressed.

The problem with a lot of these techniques is that they are kind of off-the-shelf techniques so they've been bought or borrowed from other organizations and have been poorly analyzed before actually being implemented into organizations. They typically address known risks and one of the factors which we typically see a psychologist treating are the unknown factors that soldiers and police officers experience during the course of their careers. That's what I'm talking about when I'm referring to bow ties. They're management tools, essentially.

**The Chair:** Thank you. That will be helpful. I will start with Senator White from Ontario.

En bref, le problème des BSO est lié à la culture militaire et paramilitaire. En ne s'intéressant qu'à un seul aspect de la préparation opérationnelle, on empêche ces organisations d'être réellement efficaces.

La solution à ce problème d'attitude a été mentionnée de nombreuses fois avant mon témoignage d'aujourd'hui. Il faut une transformation progressive de la culture institutionnelle grâce à une surveillance axée sur le rendement par la gouvernance ainsi qu'une gestion des risques systémiques au niveau opérationnel.

Pour procéder à cette transformation, les Forces armées canadiennes et la GRC doivent engager des professionnels indépendants qui ont l'expérience nécessaire pour permettre à des organisations essentielles à la sécurité de gérer en fonction du rendement tous leurs risques, y compris les BSO, pour les réduire au niveau minimum raisonnable en pratique.

En terminant, je tiens à dire qu'il nous incombe de reconnaître qu'en fin de compte, l'état de préparation opérationnelle des forces armées et de notre force policière nationale dépend de l'efficacité des organismes de surveillance à les gouverner et de l'efficacité de leur état-major à gérer les facteurs de risque humains et organisationnels, à l'échelle systémique.

Ce n'est qu'en travaillant sur ces deux aspects de l'état de préparation opérationnelle que nous pourrions donner à nos militaires, policiers et policières la capacité de continuer à servir leur pays de manière honorable et résiliente. Merci.

**Le président :** Merci beaucoup, monsieur Frey. Vos commentaires sont on ne peut plus clairs et nous sommes impatients de vous donner l'occasion de les développer.

À titre de précision, qu'entendez-vous exactement par « nœuds papillons et tableaux de bord »?

**M. Frey :** Les gestionnaires de risque et les hauts dirigeants se servent souvent de techniques ou de stratégies d'atténuation du risque qu'on appelle des analyses en nœud papillon et des tableaux de bord des risques. Ils peuvent ainsi avoir un aperçu des risques que doivent gérer leurs organisations. Ces diagrammes ont parfois un code de couleur. Ainsi, un feu vert peut vouloir dire que tous les systèmes sont prêts et en bon état, un feu jaune qu'il y a des problèmes à régler et un feu rouge, qu'il faut absolument trouver une solution à un problème.

Le problème, pour beaucoup de ces méthodes, c'est qu'elles ont été adoptées telles quelles, ayant été achetées ou empruntées à d'autres organisations sans une analyse approfondie avant leur mise en œuvre dans une autre organisation. Elles portent habituellement sur des risques connus or l'un des facteurs que traitent normalement les psychologues, ce sont les facteurs imprévus auxquels sont confrontés les militaires et les agents de police au cours de leur carrière. C'est ce dont je parle, quand je parle de nœud papillon. Ce sont essentiellement des outils de gestion.

**Le président :** Merci, cela nous sera utile. Nous commençons par le sénateur White qui représente l'Ontario.

**Senator White:** Great seeing you here, Dr. Frey. We worked together in the North, so it's good to see you again. I think when you referred to the far reaches of this country you were referring to Nunavut in some cases. Thank you for your comments.

I asked a question of a witness previously about psychological tool building. As I always say, catching them down river may not help us much if they continue being thrown into the river. Could you walk us through how the psychological tool building can help police officers and our military in preparation for what they will face and in preparation for what they will have so that when they end up with OSI they actually have some tools to deal with it to find themselves in the right place?

**Mr. Frey:** That is a question that is very timely and it is pointy ended as to when someone has an operational stress injury and how to treat it. There are many different techniques that psychologists use. Probably the most important thing is making the police officer aware of what they have control over and what they don't have control over when they are actually operational.

As you know, I've spent many years, probably almost a decade, going to Nunavut and, in a very preventative type mode, meeting with police officers, understanding how they actually operate in these environments and talking about what they have control over, their thinking, and what they don't have control over when in fact they are experiencing sleep deprivation and are making mistakes, or when they are using hardware, that is their weapons, their guns or gloves.

There is a classic case where a police officer took his position in a part of Nunavut where the appropriate kit wasn't available to this individual and his hands froze on the hood of a truck as he was taking a position to prevent being fired upon. That's a very vulnerable situation to be in when you're a police officer. These are difficult circumstances and police officers typically beat themselves up over those types of experiences.

It's important that before officers are deployed that they understand the environment in which they are being deployed, they understand the hardware they are given to carry out their tasks and they understand the importance of relationships between the people commanding them and the people who are their stakeholders, that is the communities in which they serve. Getting them to develop that awareness and getting them to develop the ability to manage stress and emotions are all important tools to develop before a crisis happens. Unfortunately, many police officers never have the opportunity to go through a process like that, which then leaves them vulnerable to experiencing stress. And then you have a culture that suppresses the explanation of difficulties of mood and difficulties of performance on a job.

When I was in Nunavut, I was given a hotel room to see police officers, and these police officers would not go through the lobby to see a psychologist. They would take the stairs. They would come through the back door. They would have to be ordered to

**Le sénateur White :** Ravi de vous voir ici, monsieur Frey. Nous avons travaillé ensemble dans le Nord et je suis content de vous revoir. Quand vous parliez de régions éloignées du pays, vous faisiez peut-être allusion au Nunavut, dans certains cas. Merci pour vos propos liminaires.

Auparavant, j'ai interrogé un témoin concernant l'acquisition d'outils psychologiques. Comme je le dis toujours, il ne sert à rien de les attraper en aval s'ils continuent à se retrouver à l'eau. Pouvez-vous nous aider à mieux comprendre la façon dont l'acquisition d'outils psychologiques peut aider les agents de police et les militaires à se préparer à leur tâche et à ce qui les attend de sorte que s'ils sont atteints de BSO, ils aient des outils pour leur permettre de s'en sortir?

**M. Frey :** C'est une question très opportune et qui met le doigt sur le moment où quelqu'un est atteint d'une blessure de stress opérationnel et sur la façon de la traiter. Les psychologues ont recours à un grand nombre de techniques différentes. Ce qui est peut-être le plus important, c'est de faire prendre conscience à l'agent de police de ce sur quoi il a le contrôle et de ce sur quoi il n'a aucun contrôle lorsqu'il est opérationnel.

Comme vous le savez, j'ai passé un grand nombre d'années, près d'une décennie, au Nunavut, à des fins très préventives, à rencontrer des agents de police pour comprendre comment ils fonctionnent dans ces milieux, leur parler de ce sur quoi ils exercent un contrôle, leurs réflexions, et ce sur quoi ils n'exercent aucun contrôle lorsqu'ils connaissent la privation de sommeil, qu'ils commettent des erreurs, ou lorsqu'ils utilisent leur équipement, c'est-à-dire leur arme à feu, ou leurs gants.

Un cas classique est celui d'un agent de police qui a été affecté à un poste du Nunavut où la trousse adéquate n'était pas disponible, ce qui fait que cette personne s'est gelé la main sur le capot d'un camion alors qu'il était en position pour éviter des coups de feu. C'est une situation très vulnérable lorsque l'on est agent de police. Il s'agit de circonstances difficiles et généralement les agents de police parviennent à surmonter ce type de situation.

Il importe qu'avant leur déploiement, ces agents comprennent le milieu dans lequel ils vont être déployés, qu'ils se familiarisent avec l'équipement qui leur est donné pour effectuer leur tâche et qu'ils comprennent l'importance des relations entre ceux qui les commandent et ceux qui sont les parties prenantes, à savoir les collectivités qu'ils desservent. Leur permettre de prendre conscience de cela et d'acquérir la capacité à gérer le stress et leurs émotions sont des outils importants à acquérir avant qu'une crise ne se produise. Malheureusement, un grand nombre d'agents de police n'ont jamais l'occasion de suivre ce processus, ce qui les rend vulnérables au stress. Et il y a aussi une culture qui vise à réprimer des explications concernant des difficultés liées à l'humeur et des difficultés liées au rendement au travail.

Lorsque j'étais au Nunavut, on avait mis à ma disposition une chambre d'hôtel pour voir les agents de police, et ces agents qui venaient me consulter comme psychologue n'empruntaient pas l'entrée de l'hôtel. Ils prenaient les escaliers. Ils entraient par la

come in to do proactive counselling because the stigma of engaging with a psychologist is still very prevalent in the RCMP. And when I was with the DND, working out of their OSI clinic, it was the same thing.

I know and I mentioned in my testimony that the RCMP, for example, have done a lot of things to help facilitate officers talking about what they're going through with the emotional stress and trauma. But just think about it: The problem is if you're doing an operational debriefing after an incident and your staff sergeant asks, "Anybody need to talk to Dr. Frey?" you will be hard pressed to see a constable raise their hand in these types of situations. It takes real leadership to permit officers to actually engage with people that can help them, both proactively and reactively, and that permission is missing in the culture for individuals to engage in the types of behaviours that promote resiliency.

**Senator White:** A book was written the late 1980s called *The Shattered Badge* by a police officer and a psychologist from Boston PD. It talked about the fact that in a specific precinct of Boston, every police officer had to see the psychologist every year — it didn't matter if you were on admin duty at the front desk or a drug officer. Their focus was that if everyone saw a psychologist, everyone was getting their head read, the stigma eventually would go away. And they would argue that it did go away. You said "permission." Would it be a form of permission as well, if everyone is seeing Dr. Frey at some point, the front lobby is just one place you happen to go through to see Dr. Frey because everyone is going anyway? Would it be a form of permission as well, obligating everyone going to Afghanistan, to Iraq or to Nunavut to understand that you will see a psychologist before each deployment?

**Mr. Frey:** That would be a very important component. I met with a veteran not too long ago who went through something like that because he was highly specialized. This is in the DND context. He was physically injured when he drove over a bomb and sustained other injuries swimming through the remains of his comrades. He was drummed out of the military and not taken care of. When I was in the reserves, and remember, I am a warm and fuzzy psychologist, I learned pretty quickly how to basically lose that warm fuzziness and live within the culture.

The example that you're giving is wonderful, but the problem is that it takes courageous leadership to experience it. I'm talking about leadership at the top; but I don't see that currently in the RCMP or, in my limited experience, in DND. There is a lot of talk and many great officers are saying and trying to do the right things, but culturally it's still not accepted. You can talk but if you're not walking the talk, your subordinates, soldiers and police

porte d'en arrière. Il fallait leur ordonner de venir pour participer à de l'aide psychologique proactive, car la stigmatisation associée au fait de consulter un psychologue est toujours très présente dans la GRC. Et lorsque je travaillais avec le MDN, à la clinique de BSO, c'était pareil.

Je sais, et j'ai indiqué dans mon témoignage, que la GRC, par exemple, a fait beaucoup pour aider ces agents à parler de ce qu'ils ont vécu en termes de stress et de traumatismes psychologiques. Mais réfléchissez-y un instant : le problème, c'est que si vous participez à un compte rendu après un incident et que votre sergent-chef vous demande : « Quelqu'un souhaite-t-il consulter M. Frey? », il est rare de voir un agent lever la main dans ce type de situation. Il faut faire preuve de véritable leadership pour permettre aux agents de consulter des gens qui peuvent les aider, de façon proactive et réactive, et cette possibilité fait défaut dans la culture, ce qui limite leur capacité à adopter le comportement qui leur donnera de la résilience.

**Le sénateur White :** À la fin des années 1980, un agent de police et un psychologue de Boston ont écrit un livre qui s'appelle *The Shattered Badge*. Dans ce livre on a mentionné le fait que dans un certain poste de police à Boston, chaque agent de police a été obligé de voir un psychologue chaque année — peu importe si l'agent faisait des tâches administratives ou si c'était un agent de la brigade des stupéfiants. L'idée c'était que si tout le monde voyait un psychologue, si tout le monde se faisait évaluer, la stigmatisation disparaîtrait. Et on pourrait dire que la stigmatisation a en effet disparu. Vous avez parlé de « permission ». Est-ce qu'on pourrait parler de permission si tout le monde devait aller voir M. Frey à un moment donné, si on passait par le foyer central tous les jours et qu'on voyait M. Frey tous les jours parce que tout le monde était obligé de passer par là de toute façon? Est-ce qu'on pourrait parler de permission si on obligeait tout le monde qui partait en Afghanistan, en Irak, ou au Nunavut de voir un psychologue avant le déploiement?

**M. Frey :** Ce serait en effet une partie importante. J'ai rencontré un ancien combattant il n'y a pas très longtemps qui a vécu quelque chose du genre parce qu'il était hautement spécialisé. Je parle du contexte du ministère de la Défense nationale. Il était physiquement blessé lorsqu'une bombe a explosé sous sa voiture et il a subi d'autres traumatismes lorsqu'il a vu les corps de ses collègues. Il a été chassé de l'armée et on n'a pas pris soin de lui. Quand j'étais réserviste, et souvenez-vous que je suis un psychologue très gentil et très sensible, j'ai appris très vite à perdre cette gentillesse et cette sensibilité et à m'adapter à la culture ambiante.

Vous avez donné un exemple merveilleux, mais le problème c'est qu'il faut du courage et du leadership pour vivre une telle expérience. Je parle du leadership des plus hauts dirigeants. Mais je ne crois pas que ce genre de leadership existe actuellement au sein de la GRC ou, d'après mon expérience limitée, au sein du ministère de la Défense nationale. Il y a beaucoup de belles paroles et il y a beaucoup de bons agents qui essayent de dire et de

officers, will definitely pick up on that. It creates an unsafe environment to engage meaningfully with clinicians or providers that can help to maintain your resiliency.

**Senator Frum:** To follow along that line of questioning, as a civilian who has tremendous admiration for front-line RCMP and the military, it seems that it would be almost unnatural and unhealthy not to develop an OSI when confronted with violence, death and destruction. Can one assume that any front-line worker is going to end up with an OSI?

**Mr. Frey:** There was a great CBC documentary with Dr. Bradford, a forensic psychiatrist, who worked on some of the most high profile cases. He freely admitted that at one point he was hit with post-traumatic stress disorder. It was a wonderful CBC program to watch. You will see that even the people you think are the most resilient, the ones conditioned to manage that part of their personality so they can do the job they need to do, sometimes, for whatever reason and we don't understand why, are hit by OSIs and PTSD.

Also, there is great underreporting. I think you've heard from some witnesses that DND would say that the RCMP has a higher suicide rate than DND has. I would argue with that as I know first-hand that there is a much higher suicide rate in DND than is known about because it's not reported.

**Senator Frum:** I'm not saying this to be subversive as I'm highly respectful of the very essential jobs people do and the protection they offer their country. However, the conditioning to suppress feelings is, to me, the psychological twist that perhaps is less healthy than having an emotional response to things.

**Mr. Frey:** Yes. I want to speak more about police officers than soldiers because I have more experience with police officers. Their psychological profile is typically a little different than that found in the general population. Certain types of personalities and psychological profiles are drawn to policing, just like certain profiles are drawn to accounting. We like to have Type A accountants, but we like to have Type B undercover operators because they can mix and mingle with the criminal element. Culturally, organizations reinforce those parts of the personality so they can engage with those undesirable elements of life. There are numerous problems but one is that the demographics of policing — the type of people coming into police organizations — are different than they were 30 or 40 years ago.

faire ce qu'il faut, mais au niveau de la culture, ce n'est toujours pas accepté. Si ces belles paroles ne se traduisent pas par des mesures concrètes, vos subordonnés, c'est-à-dire les soldats et les agents de la police, vont le savoir. Cela crée un environnement peu sécuritaire où on ne peut pas bâtir de relation forte avec les cliniciens afin de maintenir la résilience.

**La sénatrice Frum :** J'aimerais poursuivre dans la même veine. En tant que civile et en tant que quelqu'un qui admire énormément la GRC et les soldats, il me semble que ce serait presque étrange, presque malsain qu'une personne confrontée à la violence, à la mort et à la destruction ne soit pas touchée par une blessure de stress opérationnel. Peut-on présumer que tous ces gens finiront par être touchés par une blessure de stress opérationnel?

**M. Frey :** J'ai vu un documentaire produit par la CBC où on voyait le Dr Bradford, psychiatre judiciaire, qui a travaillé sur des cas très médiatisés. À un moment donné, il a avoué que lui aussi a été touché par un trouble de stress post-traumatique. C'était une émission merveilleuse. On pouvait voir que même les gens qui paraissent les plus résilients, ceux qui sont formés pour gérer cette partie de leur personnalité afin de faire le travail qu'ils ont à faire, peuvent parfois, pour des raisons que nous ne comprenons pas, être touchés par des BSO et un ESPT.

Autre problème, les cas ne sont pas toujours rapportés. Certains témoins nous ont dit que le ministère de la Défense nationale prétend que le taux de suicide est plus élevé au sein de la GRC qu'au sein du ministère de la Défense nationale. Je ne suis pas d'accord avec cela. D'après mon expérience personnelle, le taux de suicide au sein du ministère de la Défense est beaucoup plus élevé, mais en fait les suicides ne sont pas déclarés.

**La sénatrice Frum :** Je ne dis pas ceci pour être provocatrice parce que j'ai énormément de respect pour le travail de ces gens et pour la protection qu'ils offrent à leur pays. Cependant, si on apprend aux gens à réprimer leurs émotions, à mon avis c'est beaucoup plus dangereux que de permettre aux gens d'avoir une réaction affective normale.

**M. Frey :** Oui. Laissez-moi parler des agents de police, plutôt que des soldats, vu que j'ai plus d'expérience avec les agents de police. Leur profil psychologique est généralement un peu différent de celui de la population ordinaire. Le métier de policier attire certains types de personnalités, certains profils psychologiques, comme le métier de comptable en attire d'autres. Nous aimons à avoir des comptables de type A, mais des agents d'infiltration de type B, parce qu'ils peuvent se fondre avec l'élément criminel qu'ils côtoient. Il existe une culture organisationnelle qui renforce ces éléments de la personnalité, pour permettre l'interaction avec les éléments indésirables. Cela entraîne de nombreux problèmes, l'un étant le profil démographique des policiers — le type de personne embauchée par les organisations policières. Il est bien différent de ce qu'il était il y a 30 ou 40 ans.

As I mentioned in my testimony, the environment that police officers and soldiers work in is vastly different and changing ever so rapidly. When organizations use best practices, for example to compare themselves with other organizations that do similar types of work, those best practices typically are already five years out of date. In the 1970s five years was not a big deal but today five years is a pretty big deal. Soldiers and police officers are confronted with having to deal with these parts of the human element that they are not normally accustomed to dealing with. That makes it particularly challenging. It requires a language that they're not comfortable using — emotions. What psychologists and I try to do in a preventive way is to encourage officers to engage in those types of behaviours through the course of their career so that when they retire they are not left with a skill set that they desperately need to have to engage with the rest of society.

One of the saddest cases I have ever seen was that of a police officer who came to see me in desperation. I had known him for years. He said, "Dr. Frey, I'm retiring soon, and I've experienced XY and Z." We're talking about nasty things. He continued, "I thought by the time I hit retirement all these things would go away." He threw himself into work. He said, "I drive by Dow's Lake and I don't see the tulips. I see the bodies that I fished out of that river or that I cut off that tree. When I drive by that mall, I don't see the kids enjoying themselves having ice cream. I see other things."

To see an officer carry that type of trauma for 20 to 30 years and know that he is exiting his career with that type of baggage is extremely disturbing. It would be nice for me as a clinician not to have to go through that process. It would be much more satisfying for me, my clients, my patients and organizations to proactively manage these images, thoughts, emotions, smells and sounds at the time when they're much more manageable. Unfortunately, at the very high end of the organization that capability is not there.

**Senator Frum:** Sometimes they warn civilians not to look at graphic images. I don't look because I know that once something's in your head, it stays there forever, I think. Do you think, once somebody has seen the bodies in the river, they can ever erase that from their mind?

**Mr. Frey:** It's very individual. I think for you and myself, perhaps, no. There are things I go through before I see a body, for example, or when I'm going to be listening to a story or seeing images, which I have to prepare myself for. I go through a routine. To say that everybody's experiences, images and trauma are the same would be an overgeneralization.

I just came back from a large sex crimes conference in Niagara Falls. We're talking about officers — and the RCMP are involved as well — where they used to look at one videotape of sex crimes a day, and now they have to look at terabytes of information. They

Comme je l'ai dit dans mon témoignage, le milieu dans lequel évoluent les agents de police et les soldats diffère du tout au tout; et il change à une rapidité fulgurante. Quand une organisation adopte des pratiques exemplaires, par exemple pour se comparer avec d'autres organisations effectuant le même type de travail, ces pratiques exemplaires sont généralement déjà dépassées de cinq ans. Dans les années 1970, cinq ans de plus ou de moins ne faisait pas une grosse différence; mais, de nos jours, cinq ans pèsent lourd. Les soldats et les agents de police sont contraints de faire face à des éléments de l'être humain qu'on n'a pas l'habitude d'affronter. D'où le défi. Il faut un langage qu'ils manient difficilement : les émotions. C'est pourquoi les psychologues et moi essayons, à titre de prévention, d'encourager les agents à pratiquer ce type de comportements tout au long de leur carrière. Ainsi, quand ils partent à la retraite, ils ne le font pas munis d'un ensemble d'habiletés dont ils ont désespérément besoin pour interagir avec le reste de la société.

L'un des cas les plus affligeants que je retiens est celui d'un agent de police qui est venu me voir en désespoir de cause. Je le connaissais depuis des années. Il m'a dit : « Docteur, je prends ma retraite bientôt et j'ai vécu ceci et cela. » On parlait de choses particulièrement désagréables. Il a poursuivi en disant : « Je croyais que, quand j'arriverais à la retraite, toutes ces choses s'effaceraient. » Il s'était jeté à corps perdu dans son travail mais confessait : « Quand je passe devant le lac Dow, ce ne sont pas les tulipes que je vois, ce sont les corps que j'ai repêchés dans la rivière ou que j'ai décrochés de cet arbre. Quand je passe devant ce centre commercial, ce ne sont pas les enfants qui ont du bon temps à manger de la glace que je vois, ce sont d'autres choses. »

Voir un agent véhiculer ce type de traumatisme pendant 20 ou 30 ans et savoir que c'est un vécu qui lui colle à la peau après la fin de sa carrière est véritablement préoccupant. En tant que clinicien, j'aimerais pouvoir éviter ce processus. J'aimerais bien mieux que mes clients, mes patients et les organisations adoptent une approche proactive pour gérer ces images, pensées, émotions, odeurs et bruits — et ce à un moment où ils sont beaucoup plus faciles à gérer. Hélas, c'est une capacité qui n'existe pas, au plus haut niveau de l'organisation.

**La sénatrice Frum :** Parfois ils avertissent les civils de ne pas regarder des images graphiques. Je fais attention de ne pas regarder, parce que je sais qu'une fois qu'une image est dans notre tête, elle y reste à jamais, me semble-t-il. Pensez-vous qu'une personne qui a vu les corps dans la rivière puisse effacer cette image de son esprit?

**M. Frey :** C'est très individuel. Vous et moi, peut-être que non. Par exemple, il y a des choses auxquelles je me prépare, avant de devoir voir un corps ou entendre un certain type de récit, voir certaines images. Mais dire que chacun partage les mêmes expériences, les mêmes images, le même traumatisme serait une généralisation abusive.

Je rentre tout juste de Niagara Falls où se tenait une conférence d'envergure sur les crimes de nature sexuelle. Il s'agit ici d'agents de police — d'agents de la GRC également — qui auparavant visionnaient une vidéo de crimes de nature sexuelle par jour alors



are engaging with other countries that don't investigate sex crimes the same way. They tell me often it's not the sex crimes that erode their resiliency as police officers, but it's the organization which makes it much more difficult for them to do their work.

In the RCMP, I'll give you an example. When I was in Nunavut, the amount of overtime these officers work is crazy, and yet many of them never report the overtime they do. It's almost seen as a badge of honour. They don't understand the consequences of not getting sufficient sleep or rest, because they don't understand the human factor psychology part of policing. The organization doesn't see the organizational factors that contribute to that type of behaviour. Therefore, it opens up risks to making mistakes on the job. They get investigated and the whole cycle starts to begin where it makes it very difficult for the police officer to do their job resiliently. I don't know if I've answered your question.

**Senator Frum:** You've said a lot of interesting things.

**The Chair:** There is one point you made that we should try to clarify. You were talking about one of Senator Frum's questions in relation to suicide. The note I made was that you said it's a much higher suicide rate in DND, but it's not reported.

**Mr. Frey:** Yes.

**The Chair:** It's not reported because these are individuals who were in DND and have moved on or that there's actually a suppression of that information within that organization?

**Mr. Frey:** I would say there's a culture that encourages suppression. Think how proud those men and women were in the Airborne Regiment. Look at the pretend soldier that we saw over Remembrance Day and the rallying cry, and appropriately so, which came from all of those people in the regiment, the RCR. Nobody wants to embarrass their family, and for these soldiers, officers and the RCMP — and you've heard this from a previous witness — their regiment is their family. It's part of their family. To show this part of yourself does a disservice to the name of the regiment you're assigned to or have been with, or the organization with the RCMP.

I received an email three weeks ago from a veteran. He said: "Dr. Frey, we just lost another guy. He tried it a few times before. We just lost him." But none of this gets reported. It's not going to end up in the death column in the newspaper. This is not unique to DND or the RCMP. This happens in the general population as well, but it happens more often in military and paramilitary organizations.

que désormais ils doivent prendre connaissance de téraoctets de renseignements. Ils sont en communication avec les autorités d'autres pays où les enquêtes sur les crimes de nature sexuelle sont menées différemment. Très souvent, disent-ils, ce ne sont pas les crimes de nature sexuelle qui portent atteinte à la résilience des agents de police, mais plutôt l'organisation qui rend leur travail beaucoup plus difficile.

Je vais vous donner un exemple à propos de la GRC. Quand j'étais au Nunavut, ces agents travaillaient une quantité considérable d'heures supplémentaires et pourtant nombre d'entre eux ne le signalaient jamais. C'est un peu comme un badge d'honneur. Ces agents ne comprennent pas les conséquences d'un sommeil ou d'un repos insuffisant, car ils ne comprennent pas ce que le travail de policier comporte comme facteurs psychologiques. L'organisation quant à elle ne cerne pas les facteurs qui contribuent à ce type de comportement. Par conséquent, cela fait augmenter les risques d'erreurs dans le travail de ces agents. Il y a enquête et tout le cycle démarre de nouveau et il devient très difficile pour l'agent de police d'accomplir ses tâches avec résilience. Je ne sais pas si cela répond à votre question.

**La sénatrice Frum :** Vous nous avez fourni bien des éléments intéressants.

**Le président :** Il y en a un que nous devrions essayer d'éclaircir. C'est ce que vous répondiez aux questions de la sénatrice Frum en ce qui a trait au suicide. J'en ai pris note. Vous dites que le taux de suicide au MDN est beaucoup plus élevé, car les suicides ne sont pas toujours signalés.

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

**Le président :** S'ils ne sont pas signalés, est-ce parce que les personnes concernées ne sont plus au MDN ou est-ce en fait parce que l'organisation choisit de ne pas divulguer ces renseignements?

**M. Frey :** Je dois dire qu'il y a une culture propice à refouler volontairement ces renseignements. Songez à la fierté que ressentaient les femmes et les hommes du régiment aéroporté. Songez à celui qui a usurpé l'uniforme militaire le jour du Souvenir. Songez à la façon dont les membres du RCR se sont récriés, et c'était à bon droit. Personne n'aime être un embarrass pour sa famille. Pour ces soldats, ces agents de police et ces agents de la GRC — et d'autres témoins vous l'ont dit — le régiment est leur famille. Le régiment fait partie de leur famille. Montrer un tel côté ternit la réputation du régiment, que ce soit votre régiment actuel ou un auquel vous avez appartenu, ou encore la GRC comme organisation.

J'ai reçu un courriel il y a trois semaines d'un vétéran. Il écrivait : « Docteur Frey, nous venons de perdre un autre camarade. Il avait fait quelques tentatives auparavant. Nous venons de le perdre. » Mais ce genre de fait n'est pas signalé. On ne trouvera pas les détails dans les notices nécrologiques. Cela n'est pas propre au MDN ou à la GRC. On trouve des cas semblables dans le reste de la population, mais c'est plus fréquent dans les organisations militaires et paramilitaires.

**The Chair:** We'll make note of that. It's an important point that you're making.

**Senator Neufeld:** I haven't participated in any of the discussions on this issue up until now. I'm standing in for another senator. Did I understand your presentation correctly — I just want to make sure I did — that you more or less said there is not the preparation done with men and women who are going into the military, police force or any of those kinds of things, prior to them experiencing any of the things you spoke about? Do I understand that correctly?

**Mr. Frey:** Yes.

**Senator Neufeld:** That is what part of the problem? Is it the whole problem? Is it part of the problem? Is it two things? The second thing you're saying is that when you deal with them afterwards, it's much harder to get some positive results, to put it that way.

**Mr. Frey:** That's right. As a clinician, I'm working on the pointy end, once the OSI has been experienced. Obviously it's much more difficult, once you've experienced an OSI, to treat an OSI. We have success, but it would be much better if we can prevent the OSIs from occurring. The preparation that I've seen in police organizations, and to some extent in the military, is focused on the activity of policing or soldiering. There's very little focus on how well and how proactively you're mitigating the psychological risks associated with those types of tasks.

When we talk about effectiveness, military and paramilitary organizations will think: How many tickets have you written? How many missions have you completed successfully? But there's very little talk about how we are doing as an organization in mitigating the psychological risks, which can arise by engaging in these types of activities. You have a lot of silos. You have a lot of complex operational environments, but the hazards and risks associated with those types of operations are not analyzed at the systemic level. You're basically treating symptoms and not actually treating the causes. The causes are typically at the organizational level.

I was going to bring a slice of Swiss cheese in today, but I didn't know if I would get it past security. I will use the Swiss cheese analogy. There's a theory by James Reason, which some of you may be familiar with. We put in a number of mitigations to prevent a certain type of accident or hazard resulting in a trauma. If you put in the right type of mitigations at a very high level, where you have very good strong statements of safety and security and the right type of capability and capacity to proactively manage all the risks and hazards associated at the policy level, then you're going to have fewer holes in these pieces of Swiss cheese for that chain of events to occur.

The RCMP is a classic example, because I lived this. The problem is that they put policies in place, but the policies they have in place to help prevent an OSI aren't relevant to the officers

**Le président :** Nous allons prendre note de cela. Vous venez de présenter un argument de taille.

**Le sénateur Neufeld :** Je n'ai pas participé aux discussions précédentes sur ce dossier. Je remplace un autre sénateur. Je ne sais pas si j'ai bien compris l'exposé que vous avez présenté. Je veux m'assurer que c'est le cas. Ni plus ni moins, il n'y aurait pas de préparation des hommes et des femmes qui intègrent les forces armées, les forces policières ou encore d'autres entités, pour qu'ils sachent à quoi s'attendre face aux situations que vous avez décrites. Ai-je bien compris?

**M. Frey :** Oui.

**Le sénateur Neufeld :** Est-ce seulement une partie du problème? Laquelle? Est-ce que c'est tout le problème? Est-ce seulement une partie du problème? Y a-t-il autre chose? Vous dites en outre que lorsque vous les rencontrez après coup, il est beaucoup plus difficile d'obtenir des résultats positifs, si l'on peut dire.

**M. Frey :** C'est exact. En tant que clinicien, j'interviens après coup, une fois que la blessure de stress opérationnel a été infligée. Évidemment, c'est beaucoup plus difficile de traiter une telle blessure, une fois qu'elle a été infligée. Nous avons connu des réussites, mais il vaudrait beaucoup mieux prévenir ce genre de blessure. Dans certaines organisations policières, et jusqu'à un certain point dans des organisations militaires, j'ai pu constater que la préparation mettait l'accent sur les tâches confiées au policier ou au soldat. On accorde peu d'attention sur les moyens proactifs que l'on peut prendre pour atténuer les risques psychologiques associés à ce genre de tâche.

S'agissant d'efficacité, les organisations militaires et paramilitaires feront le calcul suivant : combien de contraventions avez-vous imposées? Combien de missions avez-vous menées à bien? Toutefois, il est très peu question de la façon dont l'organisation atténue les risques psychologiques inhérents à ce genre d'activité. Il y a beaucoup de cloisons étanches. Les environnements opérationnels sont complexes en grande partie, mais les dangers et les risques qui y sont associés ne sont pas analysés sur le plan systémique. On se contente de traiter les symptômes et non pas les causes. On trouve les causes au niveau organisationnel.

J'avais l'intention d'apporter une tranche de Gruyère aujourd'hui, mais je me suis demandé si j'allais passer le contrôle de sécurité. Je me rapporte à la théorie de James Reason, que certains d'entre vous connaissent peut-être. Il s'agit de prévoir certaines mesures d'atténuation pour empêcher que survienne un accident ou un danger aboutissant à un traumatisme. Si des mesures adéquates sont mises en place à un haut niveau hiérarchique, où on est fermement engagé en matière de sécurité et où il existe une capacité adéquate de gérer de façon proactive tous les risques et dangers associés à une politique donnée, alors cela réduit le nombre de trous dans le fromage Gruyère dans une situation donnée.

La GRC est un exemple typique, car j'y ai été mêlé de près. L'organisation établit des politiques mais les politiques visant à prévenir les blessures de stress opérationnel ne sont pas adaptées à

doing policing, for example, in Nunavut. They may be relevant to the officers doing policing in “O” Division or “E” Division, but not necessarily relevant. I remember getting this from an RCMP officer when I was writing policy at the national level: “Dr. Frey, you do realize that policy is only a guideline.”

That makes it very difficult. If policy is only a guideline, then you’re left with interpretation. Then you’re left with practices and sometimes procedures, which may not be conducive to managing the risks associated with policing.

**Senator Neufeld:** I assume, then, that you’ve written numerous papers in regard to how some of this should perhaps be changed to deal with OSI in a different fashion. Would that be correct?

**Mr. Frey:** I haven’t written numerous papers. I’m presenting more and more now, and I’m engaged with other safety-critical organizations in helping them proactively manage the risks at the regulatory level and at the senior executive level. I have been trying to make inroads for many years to move police organizations in that direction, but what’s missing in the police world is the right oversight to encourage that type of change. It’s also missing at the very senior executive level within the organizations to facilitate that.

It would be a dream of mine to engage in that type of a process with the Canadian Armed Forces or the RCMP or any other police organization. It’s very hard to find the right type of leadership that understands the value of systematically understanding the organizational and human factors to these types of injuries as opposed to just focusing on the symptoms.

**Senator Neufeld:** It’s interesting. I would have thought, with your extensive experience, you would have written some papers on how you, and others like-minded as you, think some of these things should be dealt with. I thought maybe you would be able to share some of that with us, but that’s fine.

Have you then had the opportunity at all to work with any police officers to try to do what you’re telling us should be done, to work with police officers before they get to the point where they’re dealing with all of these issues at the front line? Have you ever had that opportunity to work with a police officer or a military person before they go to battle, before they go to Nunavut, those kinds of things? Have you had that opportunity?

**Mr. Frey:** I have, yes. He’s a senator now. That was my one experience with the RCMP. I’ve had other RCMP officers who I really found understood what I was talking about, but now they work for a bank. They don’t tend to stick around in the organization.

la réalité des agents qui œuvrent par exemple au Nunavut. Il se peut qu’elles soient adaptées aux agents des divisions « O » ou « E » mais pas nécessairement. Je me souviens des propos d’un agent de la GRC quand je préparais des politiques qui allaient être appliquées à l’échelle nationale. Voilà ce qu’il m’a dit : « Docteur Frey, vous vous rendez compte qu’une politique n’est qu’une ligne directrice, n’est-ce pas? ».

Voilà ce qui complique les choses. Si tel est le cas, vous en êtes réduit à en faire l’interprétation. Vous en êtes réduit à vous rabattre sur les pratiques et parfois les procédures qui peuvent ne pas convenir à une gestion adéquate des risques associés à des activités policières.

**Le sénateur Neufeld :** Je suppose alors que vous avez écrit de nombreux articles sur la façon d’aborder différemment les blessures de stress opérationnel, n’est-ce pas?

**M. Frey :** Je n’en ai pas écrit beaucoup. J’en écris de plus en plus et j’aide des organisations dont la sécurité est la principale préoccupation à gérer les risques proactivement, que ce soit en matière de réglementation ou au niveau de la haute direction. Depuis des années, j’essaie d’inciter les organisations policières à prendre cette orientation, mais dans le monde des forces de l’ordre, il faudrait à cet égard la surveillance qui s’impose pour encourager ce genre de changement. On constate également au sein des organisations la même lacune au niveau de la très haute direction.

Je rêve de participer à un tel processus en collaboration avec les forces armées, la GRC, ou toute autre organisation policière. Il est très difficile de trouver un leadership qui comprend réellement la valeur d’une bonne compréhension des facteurs organisationnels et humains qui contribuent à ce genre de blessures, plutôt que d’essayer de s’attaquer aux simples symptômes.

**Le sénateur Neufeld :** C’est intéressant. J’ai cru qu’un homme de votre expérience aurait produit des rapports ou dissertations sur la façon de composer avec ce genre de problèmes. J’aurais cru que vous nous en auriez parlé, mais ce n’est pas grave.

Je vous demanderai donc si vous avez eu l’occasion de travailler avec un corps policier pour mettre en œuvre vos idées, c’est-à-dire de collaborer avec des agents de police avant d’en arriver au point où ils doivent composer avec tous ces problèmes sur les premières lignes? Avez-vous déjà travaillé avec un policier ou un soldat avant son départ pour la bataille, avant son départ pour le Nunavut? Avez-vous déjà eu ce genre d’occasion?

**M. Frey :** Oui, effectivement. Il est maintenant sénateur. C’était ma seule expérience avec la GRC. D’autres agents de la GRC semblaient comprendre ce dont je parlais, mais maintenant ils travaillent pour une banque. Ils n’ont pas tendance à rester au sein de l’organisation.

There was another officer whom I highly admire. I can't reveal his name. When he brought this type of thinking up to the Commissioner of the RCMP, he was penalized. He was penalized for nearly six months. He was put in the penalty box.

It's very threatening to go through cultural change because the organization at the very high end sees that it's going to actually compromise its operational readiness. They don't see the value in it. They see it as threatening. It's not a natural process. It's not a natural language for them. That's what I'm trying to develop. It's very difficult to find that type of leadership.

**Senator Neufeld:** Can you tell me of other jurisdictions, countries — maybe states — that do it the way you are talking about, as we speak? Is that in practice? If it is in practice, at a broad level and from a fairly high level, could you tell me some of those countries?

**Mr. Frey:** I can't, unfortunately, tell you any country that does that with its police agencies or with the military. I can tell you that the company I work for currently, Soteira Solutions, we've worked within the aviation agency, which is a very safety and security conscious organization. They cannot wait for the next accident, the next incident, to manage those risks. They have to manage those risks proactively because there is no business recovery plan.

What I'm proposing is to take an organizational human factors approach, which has worked effectively at the regulatory level and within the aviation industry, for example, and use these concepts and these principles, adapt them, and build the capacity and the capability of the Canadian Armed Forces and the RCMP to proactively manage their risks as opposed to managing them reactively.

**Senator Neufeld:** Let's say you deal with a police officer after the fact, which you've done lots of, I assume, from what you've spoken about. The files, the notes that you would make that deal with this person, are they kept in confidence or do senior officers have access to that information simply I guess to have a look and see or even speak to you, without having notes, about: "I've actually interviewed this officer and I think that that person is going to have some problems"? Does that happen? If it does, I can understand why they're afraid to come see you.

**Mr. Frey:** Yes, of course.

**Senator Neufeld:** I think that would be normal, not the trauma stuff, but even in a regular business. If there was a psychologist coming to interview your staff, and your superior had access to that information, it might not go well for you.

**Mr. Frey:** That's right.

**Senator Neufeld:** I want to know whether that is completely confidential or do you have to report?

Il y avait un autre agent que j'admire énormément, mais je ne peux pas le nommer. Lorsqu'il a parlé de cette idée au commissaire de la GRC, il a été pénalisé. Il est resté en punition pendant six mois.

Tout changement culturel est menaçant, car la haute direction se doute que ce changement va remettre en question ses capacités opérationnelles. Elle n'y attache donc aucune valeur, bien au contraire, elle estime que c'est une menace. C'est un processus peu naturel. Ça ne fait pas partie de son vocabulaire. C'est ce que j'essaie de développer au sein de la haute direction, mais c'est très difficile à faire avec ce genre de leadership-là.

**Le sénateur Neufeld :** Pourriez-vous me parler d'autres pays, peut-être des pays, peut-être des États, qui ont déjà mis en œuvre ce genre d'idées? Sont-elles mises en pratique quelque part? Et si c'est le cas, pourriez-vous me parler de ces pays?

**M. Frey :** Malheureusement, je ne peux pas dire que les agences policières ou les forces militaires d'un pays quelconque aient mis en œuvre ce genre d'idées. Je peux vous dire que l'entreprise pour laquelle je travaille actuellement, Soteira Solutions, qui œuvre dans le secteur de l'aviation, prend la sécurité très au sérieux. Dans ce secteur, on ne peut pas se permettre d'attendre les accidents, ou les incidents, avant de s'attaquer aux risques. On doit gérer ces risques avant que la catastrophe se produise, car il n'y a pas de plan de redressement.

Ce que je propose c'est d'adopter une approche fondée sur les facteurs humains, ce qui a très bien fonctionné au niveau réglementaire et dans le secteur de l'aviation, et d'adapter ces concepts et principes afin de renforcer la capacité des Forces armées canadiennes et de la GRC à gérer les risques de façon proactive plutôt que réactive.

**Le sénateur Neufeld :** Disons que vous faites affaire avec un policier après un incident, j'imagine que vous l'avez déjà fait à plusieurs reprises, d'après ce que vous venez de nous dire. Le dossier, les notes que vous prenez au sujet de cette personne, sont-ils confidentiels ou la haute direction a-t-elle accès à cette information? Ou bien encore peuvent-ils tout simplement venir vous trouver et s'entretenir avec vous, sans prendre de notes, où vous auriez l'occasion de leur dire que vous avez interviewé tel ou tel agent et que vous prévoyez des problèmes? Ce genre de choses se produit-il, et le cas échéant ça ne m'étonne pas qu'ils aient peur de venir vous voir.

**M. Frey :** Oui, bien entendu.

**Le sénateur Neufeld :** Je pense que ce serait normal, pas l'aspect traumatique, mais même dans le cadre d'activités normales. Si un psychologue venait interroger vos employés et votre supérieur avait accès à ces renseignements, les choses pourraient mal se passer pour vous.

**M. Frey :** C'est juste.

**Le sénateur Neufeld :** J'aimerais savoir si le tout est entièrement confidentiel, ou si vous devez présenter un rapport?

**Mr. Frey:** When I first started working at the RCMP I was sat down by a more senior psychologist and she told me: “Ron, don’t forget who your allegiance is with. It’s with the college. If you ever breach confidentiality, you lose your licence. And if you lose your licence, you lose your position.”

That is something that psychologists take very seriously, and physicians as well. Have there been breaches in confidentiality? Absolutely. When I was brought in to the RCMP, I was brought in because there had been breaches that occurred in “O” Division between the physician and the commanding officer.

**Senator White:** Ontario.

**Mr. Frey:** I’m sorry. So confidentiality is very important. It’s extremely important amongst the military and the paramilitary because they naturally are much more suspicious than the general population about things like confidentiality.

To answer your question, yes, confidentiality is absolutely assured, unless an officer makes a statement that they are going to harm themselves imminently, and not just fantasizing, they are going to kill themselves or kill somebody else, or if they disclose during the course of an interview or an assessment that they’re having a sexual relationship with a minor. Those are the two exceptions. Aside from those, it is confidential, yes.

**Senator White:** Thank you, Dr. Frey. I’ve heard people say in the military in particular: “Do you realize how many people are seeing psychologists right now or are under psychiatric care, have OSI?” almost as if it’s a negative thing. I realize it is negative that people are sick. I guess I’m asking your perspective. When someone says: “How many people are seeing a psychologist?” I want to say: “Every one who needs to.” The negativity, the stigma are still there, even when we acknowledge people need help, when we’re concerned about the number.

I know you’ll remember when you were conducting your visits that we saw a dramatic increase in use of the Employee Assistance Program, and the financial department of the RCMP was extremely concerned about the number of calls. I said: “Hopefully they are going up.” That was my hope, that people would look for help when they need help.

Can you explain how that stigma has to be overcome, not just by people? Organizations have to look at the fact of people reaching out as a good thing, and many people who are sick are not reaching out. That’s the negative part of this.

**Mr. Frey:** I agree with you totally. It comes down to communication. It must come down from the top, and it has to be believable. You’re right; obviously, if we can get them to

**M. Frey :** Quand j’ai commencé à travailler à la GRC, une psychologue qui avait plus d’années de service que moi m’a dit « Ron, n’oubliez pas où va votre allégeance. C’est au collègue. Si vous manquez au devoir de confidentialité, vous pouvez perdre votre licence. Et si vous perdez votre licence, vous perdez votre poste ».

Voilà quelque chose que les psychologues prennent très au sérieux, tout comme les médecins. Y a-t-il eu manquement à l’obligation de confidentialité? Absolument. Quand j’ai été appelé à la GRC, c’est parce qu’il y avait eu divulgation de renseignements confidentiels dans la division « O » entre le médecin et le commandant divisionnaire.

**Le sénateur White :** O pour Ontario.

**M. Frey :** Pardonnez-moi. Donc, oui, la confidentialité est très importante. Elle revêt beaucoup d’importance au sein des forces militaires et paramilitaires parce qu’elles sont, de par leur nature, beaucoup plus méfiantes que le public en général relativement à des choses comme la confidentialité.

Pour répondre à votre question, oui, la confidentialité est absolument assurée, à moins qu’un officier affirme être sur le point de se faire du mal, et ce ne sont pas que des fantômes, qu’il va se tuer ou tuer quelqu’un d’autre, ou qu’il révèle lors d’une entrevue ou d’une évaluation qu’il a des rapports sexuels avec un mineur. Ce sont là les deux exceptions. À part cela, tout est confidentiel, oui.

**Le sénateur White :** Merci, monsieur Frey. J’ai entendu des gens, de l’armée en particulier, dire : « Vous rendez-vous compte combien de gens voient actuellement des psychologues ou reçoivent des soins psychiatriques, souffrent de blessures de stress opérationnel? » Presque comme si c’était quelque chose de négatif. Je comprends bien qu’il est négatif que des gens soient malades. Je suppose que ce que j’aimerais savoir, c’est votre point de vue. Quand quelqu’un dit : « Combien de personnes voient un psychologue? » j’ai envie de répondre : « Autant que ce qu’il faut ». La négativité, le stigmatisation demeure, même quand on reconnaît que les gens ont besoin d’aide, quand on s’inquiète de leur nombre.

Vous vous souvenez sûrement que, lorsque vous faisiez vos visites, nous avons observé une hausse vertigineuse du recours au Programme d’aide aux employés, et le Service financier de la GRC s’inquiétait énormément du nombre d’appels. J’ai dit : « J’espère bien qu’ils vont encore augmenter ». C’est ce que j’espérais, que les gens demanderaient de l’aide quand ils en auraient besoin.

Pouvez-vous m’expliquer comment on peut surmonter ce stigmatisation, non seulement chez les gens? Les organisations doivent voir quelque chose de positif dans le fait que les gens demandent de l’aide, et bien des gens qui sont malades ne le demandent pas. C’est l’élément négatif, dans tout cela.

**M. Frey :** Je suis tout à fait d’accord avec vous. C’est une question de communication. Elle doit venir des hautes sphères, et elle doit être crédible. Vous avez raison : de toute évidence, si on

engage with providers who can help them when they're going through some difficulties before they get inflamed, to a point where they're really struggling — and typically, from what I recall of the literature, that happens around that 13-year mark of a police officer's career — then everybody benefits from it. I don't know if I answered the first part of your question.

One of the things that always disturbed me was this observation that you made, and that I felt, that the RCMP was taking a very kind of business approach to treating something that you really can't apply that kind of a business model to.

I've seen officers promoted by demonstrating to the organization how efficient they can make the organization, but there's no real analytical thinking going on about how it impacts the effectiveness of the organization in the long term. That's the problem. They manage their costs like a private enterprise would manage costs, and they don't realize the long-term consequence that efficiency has on effectiveness in the end.

**The Chair:** Doctor, this year there's a tremendous amount of work and research going on, and you've had a chance to review some of the other witnesses that we've had, and they've been very good, as you've indicated. To manage the risk of operational injuries and to have this oversight and governance that you believe is the main feature of handling the problem, is it your view that techniques are well enough developed that that could be passed on to management? It's a matter of changing the culture so they will start using these techniques, or is there still a lot of work to be done in the detection and the management techniques?

**Mr. Frey:** No. As you've mentioned, we have very good interventions for the detection and treatment of many OSIs. I have tried to share with you today a capability that would be developed at the governance and senior management levels so that these OSIs don't occur. That capability has been developed for other industries. There's no reason why it can't be developed for the RCMP or for the Canadian Armed Forces.

The problem is that we need vision and leadership at the very high level saying, "Yes, this is the direction we want to move the ship." Because then it will build the capacity and capability of the organization to actually move in the direction they need to move so that they are managing all of the risks in the organization, not just some of the risks.

**The Chair:** You talked earlier about certain individuals are attracted to policing or the Armed Forces.

**Mr. Frey:** Yes.

**The Chair:** Is there any scientific basis for saying this individual, having met with him and talked to him and listened to his hopes and aspirations, as a psychologist, I can tell that you

peut les amener à se laisser aider par les fournisseurs de service qui peuvent leur fournir cette aide quand ils vivent des moments difficiles, avant que la situation ne s'aggrave pour eux, et n'atteignent un point où ils sont vraiment en difficulté — généralement, d'après ce que je me souviens avoir lu, ça se passe aux alentours de la 13<sup>e</sup> année de la carrière d'un agent — c'est là que tout le monde peut en tirer parti. Je ne sais pas si j'ai répondu à la première partie de votre question.

Il y a une chose qui m'a toujours troublé, et qui se retrouve dans l'observation que vous avez faite, et que je partage, c'est-à-dire que la GRC appliquait une espèce de modèle d'entreprise pour traiter quelque chose qu'on ne peut pas vraiment appliquer à ce genre de situation.

J'ai vu des agents obtenir des promotions en montrant à quel point ils pourraient rendre l'organisation efficiente, mais personne ne s'est vraiment demandé quelle serait l'incidence sur l'efficacité de l'organisation à long terme. Voilà le problème. Ils gèrent les coûts comme le ferait une entreprise privée, et ne se rendent pas compte de l'incidence à long terme de cette efficacité sur l'efficacité.

**Le président :** Monsieur, cette année il y a énormément de travail et de recherche qui se font et vous avez eu l'occasion de lire ce que nous ont dit d'autres témoins et vous nous avez dit que leurs témoignages étaient très bons. Êtes-vous d'avis que les techniques de gestion des risques de blessures opérationnelles et de surveillance et de gouvernance que vous croyez être le principal moyen de traiter le problème, sont suffisamment développées pour être fournies à la gestion? Il s'agit de changer la culture afin qu'ils commencent à utiliser ces techniques, ou est-ce qu'il reste beaucoup de travail à faire pour améliorer les techniques de détection et de gestion.

**M. Frey :** Non. Comme vous l'avez mentionné, nous avons de très bonnes interventions pour déceler et traiter de nombreuses BSO. J'ai essayé de vous parler de la capacité qui pourrait être développée aux niveaux de la gouvernance et de la haute direction afin d'éviter que se produisent ces BSO. Cette capacité a été développée pour d'autres industries; il n'y a aucune raison qu'elle ne puisse pas l'être pour la GRC et les Forces armées canadiennes.

Le problème, c'est qu'il faut que le sommet de la hiérarchie ait une vision et fasse preuve de leadership en disant : « Oui, c'est dans cette direction que nous voulons aller. » Car on pourra alors bâtir la capacité de l'organisation afin de pouvoir effectivement faire ce qu'il faut pour gérer tous les risques de l'organisation, et pas seulement certains d'entre eux.

**Le président :** Tout à l'heure, vous avez dit que certaines personnes sont attirées par la police ou les formes armées.

**M. Frey :** Oui.

**Le président :** Est-ce qu'il y a des données scientifiques qui vous permettent, en tant que psychologue, de dire au sujet d'un individu que vous avez rencontré, avec qui vous avez parlé et que

this person is more likely to need help for an operational stress injury than somebody else?

**Mr. Frey:** This would be an individual, case-by-case assessment that I do quite regularly for high-risk parts of policing. For example, for the ERT teams or sex crimes unit or forensic ident. I don't do it much for the RCMP but for other police organizations. Psychologists are engaged in those types of behaviours or actions, but again it's at the pointy level; it's really at the operational level.

So yes, to answer your question, we have that capability. We're able to make some general statements about what factors may exacerbate some parts of a personality which would lead to, for example, an OSI. I can't say that we can do it convincingly in every case, but we're pretty good at it. Where most of the work needs to be done is at the much higher end, because that's only one small part of addressing OSIs. The other part is more at the senior level.

**The Chair:** I'm thinking in terms of it being a recruiting tool.

**Mr. Frey:** Yes. I had heard once, and I don't know if this is true, that DND did put a lot of resources into psychological assessments of recruits. I understood they stopped that process because they weren't actually meeting the requirements they needed to man their positions.

When I was at the RCMP, every officer went through a psychological assessment, using the MMPI, which is the gold standard; it's an excellent scale. What's tragic in that exercise is that we have thousands of profiles, but yet we can't access the data. We can't analyze it, because nobody had the foresight to think about things like privacy, access to that information, how it's going to be analyzed, all those things which play into privacy. That's because there's no proactive, ongoing capability in the organization to engage in that type of thinking. If the RCMP had the capability of doing that type of work, they could have probably had some really interesting research data generated, which could predict the right types of personalities for certain types of jobs and deployments.

**The Chair:** I'm trying to follow through the individuals who are joining policing or the military, and there's a recruiting aspect; and then once they're in there, you're advocating and urging the culture of the institution to accept that operational stress injury is like any other injury.

**Mr. Frey:** Yes.

**The Chair:** And we can manage this and manage the risk by training the individuals, helping them to prepare for the environment that they've placed themselves in or they're likely to be placed in?

vous avez écouté parler de ses espoirs et de ses aspirations, qu'il est plus susceptible d'avoir besoin d'aide pour une blessure de stress opérationnel que quelqu'un d'autre?

**M. Frey :** C'est le genre d'évaluation individuelle que je fais souvent, au cas par cas, pour les secteurs de la police où les risques sont élevés. Par exemple, pour les équipes d'intervention d'urgence, la division des crimes sexuels ou les services d'identité judiciaire. Je ne le fais pas souvent pour la GRC, mais pour d'autres services de police. Les psychologues participent à ce genre de comportements ou d'actions, mais, je le répète, c'est à un niveau très pointu, c'est vraiment au niveau opérationnel.

Alors, pour répondre à votre question, nous avons effectivement cette capacité. Nous sommes en mesure de faire des affirmations d'ordre général sur les facteurs qui pourraient exacerber certains traits de personnalité qui pourraient mener, par exemple, à une BSO. Je ne vous dirai pas que nous le faisons toujours de manière convaincante, mais nous réussissons assez bien. Là où il y a le plus de travail à faire, c'est à un niveau beaucoup plus élevé, car ce n'est qu'un petit élément du traitement des BSO. L'autre élément est au niveau supérieur.

**Le président :** Je pensais plutôt à un outil de recrutement.

**M. Frey :** Oui. J'ai déjà entendu dire, mais je ne sais pas si c'est vrai, que le MDN a investi beaucoup de ressources dans l'évaluation psychologique des recrues. Je crois savoir qu'il a cessé, car ça ne répondait pas vraiment à ses exigences pour le recrutement.

Lorsque j'étais à la GRC, chaque agent passait par une évaluation psychologique en utilisant le MMPI, qui est le modèle par excellence. C'est dommage que nous ayons ces milliers de profils, mais nous ne pouvons pas avoir accès aux données. Nous ne pouvons pas les analyser, parce que personne n'avait prévu les aspects comme la protection des renseignements personnels, comment avoir accès à ces renseignements, comment ils seront analysés, et toutes ces choses qui entrent en jeu. C'est parce qu'il n'y a pas de capacité proactive en place dans l'organisation pour réfléchir à ce genre de choses. Si la GRC avait la capacité de faire ce genre de travail, elle aurait pu générer des données de recherche vraiment intéressantes, qui pourraient prévoir le bon type de personnalité pour certains emplois et déploiements.

**Le président :** J'essaie de suivre les gens qui se joignent aux forces policières ou militaires. Il y a d'abord le recrutement, puis une fois enrôlé, vous exhortez l'institution à accepter que les blessures de stress opérationnel sont comme toutes les autres blessures.

**M. Frey :** Oui.

**Le président :** Et nous pouvons gérer ces risques en formant les personnes, en les aidant à se préparer pour le milieu où ils sont ou celui où ils se retrouveront probablement?

**Mr. Frey:** That's correct. That's all individual, not just the foot soldier on the ground, but their managers, the sergeants, the warrant officers, the lieutenants, on and on. It would permeate the whole organization, that's correct.

**Senator White:** One follow-up primarily in relation to your response. So we're clear, if the MMPI-2 information today started to be gathered and kept, and at seven years comparative studies were done on everyone who had completed the MMPI-2, and in 2014 we look at what number of the individuals were involved with — to be fair, in Ontario in policing we did it in relation to professional standards complaints, actually. We tried to figure out whether there was a bad recruiting year.

You're suggesting we might actually be able to figure out an MMPI-2 test which would allow us to preempt some of the issues we're seeing years or decades later, but we don't do that because we didn't collect it in a proper manner in the first place, and be able to use it for the right reasons in the second place?

**Mr. Frey:** That's right.

**Senator White:** You were in the RCMP as a civilian employee. Is it possible to go back and do that?

**Mr. Frey:** I don't think so.

**Senator White:** The RCMP is going to recruit 1,000 people this year. It's never too late.

**Mr. Frey:** No, it's never too late to start.

**The Chair:** The past information that would help us in predicting and determining a procedure is not available to us.

**Mr. Frey:** Don't forget that the MMPI-2 is only valid for a certain amount of time. It's not a life-long profile, right? It's usually a couple of years. We know that as police go through the course of their careers, they get married, they have different expectations, and there are different sociotechnical factors that feed into their occupation. So it's not a static measure. You don't want to put all your marbles on that particular instrument, but certainly you can use the information and feed it into an overall system and then generate some interesting hypotheses which you can then test to see if you should be putting in new mitigation or not, as opposed to waiting for something to go off the rails and then trying to address it with another mitigation, which then transfers risk over to a different part of the organization.

**The Chair:** Just for the record, this is MMPI-2?

**Mr. Frey:** That's the MMPI-2, yes.

**Senator White:** The MMPI-2 is offered many times. When you move on to an ERT team, a tactical team, you are given the MMPI-2. If you are transferring north, you are given it again. I've had it three or four times. I don't think I've done well any of those times, when I think back, in my mind, anyway. The reality is you would also be able to see those experiential things that happen in

**M. Fry :** C'est exact. Tout le monde, pas seulement les fantassins en première ligne, mais les gestionnaires, les sergents, les adjudants, les lieutenants, et cetera. Il faudrait que cela imprègne toute l'organisation.

**Le sénateur White :** Une autre question suite à votre réponse. Si on commençait aujourd'hui à rassembler tous les renseignements du MMPI-2, et que dans sept ans, on faisait des études comparatives avec ceux qui ont complété cette évaluation en 2014, nous pourrions voir le nombre de personnes visées par des plaintes concernant les normes professionnelles, comme nous l'avions fait en Ontario pour les policiers. Nous avons essayé de voir s'il y avait eu une année de mauvaises recrues.

Vous dites qu'on pourrait créer un test selon le MMPI-2 qui nous permettrait d'éviter certains des problèmes que l'on voit des années ou des décennies plus tard, mais nous ne le faisons pas parce que nous n'avons pas recueilli au départ les données de la bonne façon et donc ne pourrions pas les utiliser pour les bonnes raisons?

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

**Le sénateur White :** Vous étiez un employé civil de la GRC. Est-ce possible de retourner en arrière pour faire cela?

**M. Frey :** Je ne pense pas.

**Le sénateur White :** La GRC va recruter 1 000 personnes cette année. Il n'est jamais trop tard.

**M. Frey :** Non, il n'est jamais trop tard pour commencer.

**Le président :** Les renseignements passés nous aideraient à faire des prévisions et mettre en place des mesures que nous n'avons pas.

**M. Frey :** N'oubliez pas que le MMPI-2 n'est valide que pour une certaine période. Ce n'est pas un profil pour toute la vie. Il est habituellement valide pour deux ans. Nous savons que les policiers, au cours de leur carrière, se marient, ont de nouvelles attentes, et il y a différents facteurs sociotechniques qui influent sur leur travail. Donc, ce n'est pas une mesure statique. On ne veut pas tout miser sur cet outil, mais on pourrait certainement utiliser les renseignements dans un système global pour générer des hypothèses intéressantes que l'on mettrait à l'essai afin de savoir s'il faut de nouvelles mesures correctrices, plutôt que d'attendre que les choses déraillent avant de mettre en place ces mesures, ce qui transfère les risques à une autre partie de l'organisation.

**Le président :** Pour le compte rendu, il s'agit du MMPI-2?

**M. Frey :** C'est le MMPI-2, oui.

**Le sénateur White :** Le MMPI-2 est utilisé à plusieurs reprises. Lorsqu'on se joint à une équipe d'EIU ou une équipe tactique, on passe le MMPI-2. Si on est muté au Nord, on le refait. Je l'ai fait trois ou quatre fois. Je ne crois pas y avoir bien réussi, lorsque j'y pense, en tout cas. En réalité, on peut constater l'effet des expériences de la vie qui changent la manière de réagir au MMPI-2, par exemple, le mariage, comme vous l'avez dit, les emplois, les responsabilités; cela pourrait être utile.



your life that change the way you reacted in the MMPI-2, like marriage, as you have said, jobs, and responsibility would also be helpful.

**The Chair:** I was thinking in terms of looking at all the recruits. I understand that for the individual that could well change. If he or she was tested five years later then there are a lot of other sociological factors that might change, but for all recruits coming in, it could be interesting to see what information you could take out of looking at the global information.

**Senator White:** Dr. Frey, I'm sure you have information on the MMP-2. Could you provide it to the members of the committee so they could have a look at it and would have an understanding of what it is? How many questions are there, 500?

**Mr. Frey:** There are 567.

**The Chair:** It would complete the record nicely for us.

Thank you. We've run out of time and we've run out of senators who wish to intervene. Dr. Frey, on behalf of the Senate Subcommittee on Veterans Affairs, we're a subcommittee of Defence and Security, always hoping that we will become a separate committee in due course, but we are very interested in RCMP veterans and veterans of the Canadian Armed Forces. We very much appreciate your helping us to understand, in a very clear way, the issues that involve operational stress.

**Senator White:** Mr. Chair, I want to thank Dr. Frey as well for the work he has done, particularly with the RCMP in the North, over the last decade. Plus, he's always been there for the membership. I want to thank him for that.

**The Chair:** Absolutely. It's nice that you have that information, which you can share with us and that you shared some time together.

Thank you very much doctor, we appreciate you taking the time to be with us.

The meeting is now concluded.

(The committee adjourned.)

---

OTTAWA, Wednesday, December 3, 2014

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence met this day at 12:02 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 Carolyn Stewart Olsen** (*Deputy Chair*) in the chair.

**Le président :** Je pensais plutôt à un examen de toutes les recrues. Je comprends que la situation des particuliers peut changer. Si le test remonte à cinq ans, de nombreux facteurs sociologiques pourraient changer, mais pour les recrues, il serait peut-être intéressant de déterminer quelle information on peut extraire de l'ensemble global des données.

**Le sénateur White :** Monsieur Frey, je suis certain que vous avez de l'information sur le MMPI-2. Pouvez-vous la fournir aux membres du comité afin qu'ils puissent l'examiner et comprendre de quoi il s'agit? Il compte combien de questions, 500?

**M. Frey :** Il y en a 567.

**Le président :** Cela nous permettrait de bien étoffer le dossier.

Merci. Notre temps s'est écoulé et nous n'avons plus de sénateur qui souhaite intervenir. Monsieur Frey, au nom du Sous-comité sénatorial des anciens combattants — nous sommes un sous-comité de la Sécurité et de la Défense, et espérons toujours devenir un comité distinct le moment venu, mais nous nous intéressons beaucoup aux anciens combattants de la GRC et aux anciens combattants des Forces armées canadiennes — nous apprécions énormément votre aide qui nous permet de comprendre très clairement les questions liées au stress opérationnel.

**Le sénateur White :** Monsieur le président, je souhaite remercier M. Frey à mon tour pour le travail qu'il a fait, particulièrement auprès de la GRC dans le Nord, au cours de la dernière décennie. De plus, il est toujours disponible pour les membres. Je souhaite le remercier.

**Le président :** Absolument, il est bien que vous déteniez cette information, que vous puissiez nous la communiquer, et qu'on ait passé du temps ensemble.

Merci beaucoup, monsieur. Nous vous sommes reconnaissants pour le temps que vous nous avez consacré.

La séance est maintenant levée.

(La séance est levée.)

---

OTTAWA, le mercredi 3 décembre 2014

Le Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense se réunit aujourd'hui, à 12 h 3, pour étudier les répercussions médicales, sociales et opérationnelles des problèmes de santé mentale dont sont atteints des membres actifs et à la retraite des Forces canadiennes, y compris les blessures de stress opérationnel (BSO) comme l'état de stress post-traumatique (ESPT).

**La sénatrice Carolyn Stewart Olsen** (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[English]

**The Deputy Chair:** Colleagues, we will commence this Subcommittee on Veterans Affairs. We're continuing our study on operational stress injuries of Canada's veterans, which includes post-traumatic stress disorder, or PTSD.

Our witness today is Dr. Jitender Sareen, Professor of Psychiatry at the University of Manitoba. He is appearing with us today, by video conference, from Winnipeg. The committee has invited Dr. Sareen to obtain his perspectives on issues pertaining to operational stress injuries and to discuss his work in that field. Can you hear me, Dr. Sareen?

**Dr. Jitender Sareen, Professor of psychiatry, University of Manitoba, as an individual:** Yes, senator.

**The Deputy Chair:** I've read through your qualifications, so I'm hoping you'll go through a bit of a list of those when you first start speaking with us because they're quite extensive. We're very grateful to have you.

I wonder if my colleagues would agree to introduce themselves. Can I just say, off the top: Senator Lang is with us today. He has a statement that he'd like to read. After the introduction, Senator Lang, go ahead with your statement.

Colleagues, on my right, please, introduce yourselves.

**Senator Wallace:** Senator John Wallace from New Brunswick.

**Senator Beyak:** Senator Lynn Beyak from Ontario.

**Senator Lang:** Senator Dan Lang, Yukon.

**The Deputy Chair:** I'm Carolyn Stewart Olsen, the deputy chair, filling in today. I'm from New Brunswick.

**Senator Lang:** I would like to take a minute at this committee to recognize a Yukon veteran of the Second World War, Mr. Alec Van Bibber, who passed away on November 26, at the age of 98. Mr. Van Bibber was one of Yukon's last surviving Aboriginal veterans, having served in the Canadian military during World War II. He was an active member of the Canadian Rangers from 1947 until his passing, and he was a founding member of the Assembly of First Nations Veterans Roundtable.

Mr. Van Bibber is a truly great Canadian and a great Yukoner. His service to our country as a Second World War Aboriginal veteran, a Canadian Ranger since 1947 until his passing last week, an educator and an Order of Canada recipient will not be forgotten. We, in the Yukon, are proud of him, and I wanted to take a few minutes to let all Canadians know of this wonderful ranger and veteran, about whom I will be making a statement later this afternoon in the chamber. Thank you.

[Traduction]

**La vice-présidente :** Chers collègues, nous allons entamer cette séance du Sous-comité des anciens combattants. Nous poursuivons notre étude sur les blessures de stress opérationnel chez les anciens combattants canadiens, dont l'état de stress post-traumatique (ESPT).

Nous recevons aujourd'hui le Dr Jitender Sareen, professeur de psychiatrie à l'Université du Manitoba. Il se joint à nous par vidéoconférence depuis Winnipeg. Le comité a invité le Dr Sareen pour avoir son point de vue sur les enjeux entourant les blessures de stress opérationnel et pour discuter du travail qu'il fait dans ce domaine. M'entendez-vous, docteur Sareen?

**Dr Jitender Sareen, professeur en psychiatrie, Université du Manitoba, à titre personnel :** Oui, madame la sénatrice.

**La vice-présidente :** J'ai lu le résumé de vos qualifications, et j'espère que vous en toucherez un mot au début de votre exposé, car votre feuille de route est vraiment impressionnante. Nous vous sommes très reconnaissants de votre participation.

J'aimerais que mes collègues se présentent, s'ils le veulent bien. Je précise tout de suite que le sénateur Lang est avec nous. Il a une déclaration à faire. Après les présentations, vous pourrez faire votre déclaration, sénateur Lang.

Chers collègues, en commençant à ma droite, je vous prie de vous présenter.

**Le sénateur Wallace :** Sénateur John Wallace, du Nouveau-Brunswick.

**La sénatrice Beyak :** Sénatrice Lynn Beyak, de l'Ontario.

**Le sénateur Lang :** Sénateur Dan Lang, Yukon.

**La vice-présidente :** Je m'appelle Carolyn Stewart Olsen, vice-présidente, et je prends la relève aujourd'hui. Je suis du Nouveau-Brunswick.

**Le sénateur Lang :** J'aimerais prendre une minute pour rendre hommage à un ancien combattant de la Seconde Guerre mondiale, M. Alec Van Bibber, du Yukon. Il est décédé le 26 novembre, à l'âge de 98 ans. M. Van Bibber était l'un des derniers anciens combattants autochtones encore en vie. Il a servi les forces militaires canadiennes durant la Seconde Guerre mondiale. Il a été un membre actif des Rangers canadiens de 1947 jusqu'à son décès, et un des membres fondateurs de la Table ronde des anciens combattants de l'Assemblée des Premières Nations.

M. Van Bibber était un grand Canadien et un grand citoyen du Yukon. Nous n'oublierons pas ce qu'il a fait pour notre pays en tant qu'ancien combattant de la Seconde Guerre mondiale, membre des Rangers canadiens de 1947 jusqu'à son décès la semaine dernière, éducateur et récipiendaire de l'Ordre du Canada. Tout le Yukon est fier de lui, et je voulais prendre quelques minutes pour faire connaître ce grand homme, ranger et ancien combattant, à tous les Canadiens. Je vais faire une déclaration à son sujet à la Chambre cet après-midi. Merci.

**The Deputy Chair:** Thank you, Senator Lang.

Dr. Sareen, I understand you have an opening statement, and we would be happy to have you go ahead with that, please.

**Dr. Sareen:** Thank you. Good afternoon, everyone. I'd like to thank everyone for inviting me to be a witness to the committee. In my opening remarks, I'm going to provide an overview of the current knowledge around operational stress injuries and discuss my thoughts on future directions in this important area for Canada.

For the committee to understand the context of my comments, I'll tell you a little bit about my experience. I'm a psychiatrist at the University of Manitoba. I've worked in the field of anxiety disorders, taught and conducted research for a number of years in the area of military personnel and veterans' health, as well as in First Nations suicide work.

I've worked at the Veterans Affairs Operational Stress Injury Clinic for the last five years, in Winnipeg, and so I'm going to move towards describing what operational stress injuries are. I think all of you are aware, but just to remind you, an OSI is any persistent psychological difficulty resulting from an operational duty performed while serving in the Canadian Armed Forces or as a member of the Royal Canadian Mounted Police. It is used to describe a broad range of emotional problems, including anxiety, depression or post-traumatic stress disorder, that interfere with a person's life.

How common are operational stress injuries? Our research group for the last 10 years has discovered, and others have also shown, that approximately one in four military veterans have had, at any time in the past year, a mental health problem. A portion of those are related to their operational duty, but not all of them.

Deployments where service members face high levels of threat, such as Afghanistan and Rwanda, have been shown to be an important risk factor for OSIs, compared to other missions where there's lower threat. When I sit with patients and families telling me the story of why they're presenting for mental health care, they describe a number of important stressors, not only the operational stress injury but also other issues: financial stress, childhood adversity, a family history of mental health problems, sometimes illicit drug use and, of course, chronic pain and physical health issues.

When we look at our Canadian history, we've come a long way in recognizing OSIs and providing treatments. Strong investments in research and programs have led to evidence-based policies in partnership with the Canadian Forces, Veterans Affairs Canada and Statistics Canada.

Statistics Canada has conducted outstanding national mental health surveys that provide a clear cross-sectional picture of the mental health treatment needs of military personnel and veterans.

**La vice-présidente :** Merci, sénateur Lang.

Docteur Sareen, nous sommes prêts à entendre votre déclaration préliminaire. Nous vous écoutons.

**Dr Sareen :** Merci. Bon après-midi, tout le monde. Je vous remercie de m'avoir invité à témoigner devant le comité. Dans ma déclaration préliminaire, je vais vous donner un aperçu de ce que nous savons sur les blessures de stress opérationnel. Je vous parlerai également de mes impressions sur les orientations futures à l'égard de ce secteur important pour le Canada.

Afin de vous mettre en contexte, je vais vous parler brièvement de mon expérience. Je suis psychiatre à l'Université du Manitoba. J'ai travaillé dans le domaine des troubles anxieux, j'ai enseigné et mené des recherches pendant plusieurs années sur la santé du personnel militaire et des anciens combattants, et j'ai aussi fait des travaux sur le suicide chez les Premières Nations.

Depuis cinq ans, je travaille à la clinique d'Anciens Combattants Canada pour traumatismes liés au stress opérationnel, à Winnipeg. Cela m'amène à vous parler de ce qui constitue une blessure de stress opérationnel (BSO). Je pense que vous le savez tous, mais je vous rappelle simplement qu'une BSO renvoie à tout problème psychologique persistant découlant des fonctions opérationnelles liés au service des membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada. C'est un terme employé pour décrire une vaste gamme de troubles émotionnels, y compris l'anxiété, la dépression et l'état de stress post-traumatique, qui perturbent la vie d'une personne.

Les blessures de stress opérationnel sont-elles fréquentes? Au cours des 10 dernières années, notre groupe de recherche a découvert, et d'autres l'ont aussi constaté, qu'environ un ancien combattant sur quatre a éprouvé des problèmes de santé mentale dans la dernière année. Certains découlent de leurs fonctions opérationnelles, mais pas tous.

Les militaires déployés dans des endroits présentant d'importantes menaces, comme en Afghanistan et au Rwanda, sont beaucoup plus à risque de souffrir d'une BSO que ceux en mission dans des endroits moins dangereux. Quand les patients et leur famille me parlent des raisons qui les ont poussés à aller chercher des soins en santé mentale, ils énumèrent différents facteurs de stress importants; pas seulement la blessure de stress opérationnel, mais aussi des pressions financières, une enfance difficile, des antécédents familiaux de problèmes de santé mentale, parfois des problèmes de consommation de drogues illicites, et bien sûr, la douleur chronique et des troubles de santé physique.

Le Canada a fait beaucoup de chemin en ce qui a trait à la reconnaissance des BSO et à leur traitement. D'importants investissements dans la recherche et divers programmes ont mené à l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes en partenariat avec les Forces canadiennes, Anciens Combattants Canada et Statistique Canada.

Statistique Canada a dirigé d'importantes enquêtes nationales sur la santé mentale qui ont permis d'obtenir un échantillon transversal des besoins en santé mentale du personnel militaire et

Those surveys have found a high proportion of military personnel and veterans have mental health issues — approximately one in four.

In response to those findings in 2002, there has been a large increase in improving the mental health system for our veterans. There have been programs to increase awareness of mental health programs, post-deployment screening programs, peer support programs, the national network of operational stress injuries clinics, as well as suicide prevention policies.

In the last month, there have also been a number of announcements around funding to support families of veterans, as well as support for the Canadian Institute of Military & Veteran Health Research that would hope to increase research in this important area.

Together, the efforts are aiming to try to provide evidence-based treatments for people suffering with operational stress injuries. Furthermore, the military and veterans' clinics have invested in training staff, in providing the highest quality state of the art evidence-based treatment for PTSD, post-traumatic stress disorder, and depression. There are interdisciplinary teams involved that, when needed, treat family members affected by operational stress injuries.

I'm going to now move to the current challenges. I want the committee to be aware that these challenges are not just for our military and veterans, but for all Canadians as well. Although the majority of people with mood and anxiety disorders respond to psychological and medication treatments, approximately 50 to 60 per cent, an important minority, continue to suffer. We need more research and evaluation in developing best practices, in helping people who don't respond to the first-line psychological treatment or the first-line medication treatment.

There's strong evidence that co-occurrence of alcohol and drug addictions worsen outcomes for people with mood and anxiety disorders. Self-medication with alcohol or marijuana, or other illicit drug-use is often used to cope with insomnia, nightmares and flashbacks. In my opinion, we need to invest in assessment and treatment of addictions among military personnel and veterans. I think we're doing a good job, but I think we can do a better job of helping the person who has both an addiction and a mental health problem.

Physical health problems and chronic pain are also common among military members and veterans, and the use and possible use of prescription opiate medications is an increasing concern. Also, the use of medical marijuana in the treatment of pain and

des anciens combattants. Ces enquêtes ont démontré qu'une forte proportion du personnel militaire et des anciens combattants éprouvent des problèmes de santé mentale, soit environ un sur quatre.

En réaction aux conclusions tirées en 2002, on a grandement amélioré le système de soins en santé mentale à l'intention des anciens combattants. On a mis en oeuvre des programmes visant à mieux faire connaître les programmes de santé mentale, des programmes de dépistage post-déploiement, des programmes de soutien par les pairs, le réseau national de cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel, de même que des politiques de prévention du suicide.

Dans le dernier mois, il y a également eu différentes annonces de financement pour soutenir les familles d'anciens combattants, ainsi que pour l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, qui souhaite accroître les recherches dans ce domaine.

Combinés, ces efforts visent à offrir des traitements s'appuyant sur des données probantes aux personnes souffrant de blessures de stress opérationnel. De plus, les cliniques pour militaires et anciens combattants ont injecté des sommes dans la formation de leur personnel, et dans la prestation de traitements d'avant-garde et de grande qualité, fondés sur des données probantes, aux patients souffrant d'un état de stress post-traumatique et de dépression. Des équipes multidisciplinaires sont là pour traiter, au besoin, les membres de la famille souffrant de blessures de stress opérationnel.

Parlons maintenant des défis actuels. Je tiens à préciser au comité que ces défis ne s'appliquent pas qu'au personnel militaire et aux anciens combattants, mais aussi à l'ensemble des Canadiens. Bien que la majorité des gens aux prises avec des troubles de l'humeur et des troubles anxieux réagissent bien aux traitements psychologiques et pharmacologiques, de 50 à 60 p. 100 d'entre eux, une minorité nombreuse, continuent à souffrir. Nous devons accentuer les recherches et mieux évaluer les pratiques exemplaires afin d'aider ceux qui ne réagissent pas positivement aux traitements psychologiques et pharmacologiques de première ligne.

Des preuves scientifiques sérieuses démontrent que la cooccurrence de dépendances aux drogues et à l'alcool vient exacerber les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Les gens consomment souvent de l'alcool ou de la marijuana, ou d'autres drogues illicites, pour se soulager de leur insomnie, des cauchemars et des mauvais souvenirs. À mon avis, il faut investir dans l'évaluation et le traitement des dépendances chez le personnel militaire et les anciens combattants. Je crois qu'on fait du bon travail de ce côté, mais il reste du chemin à faire pour aider les personnes qui sont aux prises avec un problème de dépendance et un problème de santé mentale.

Les problèmes de santé physique et la douleur chronique sont aussi courants chez les militaires et les anciens combattants, et l'utilisation possible ou réelle de médicaments opiacés d'ordonnance inquiète de plus en plus. Par ailleurs, l'utilisation

post-traumatic stress disorder is highly controversial and hotly debated. We need careful research to determine best practices in treating patients with post-traumatic stress and chronic pain.

Another common and difficult to manage co-occurring issue is the presence of a personality disorder, such as borderline personality disorder, narcissistic personality or anti-social personality. These personality disorders are often life-long patterns, and problems in interpersonal relationships and are often associated with a high risk of suicide, disability and violence.

In civilian samples, novel psychological treatments, such as dialectical behaviour therapy, day programs that work on self-esteem, anger management and problem solving, have been shown to reduce self-harm behaviour and improve outcomes of people suffering with personality disorders. Our military and veterans mental health system could improve their capacity in assessing and treating people, who have an OSI and a co-occurring personality difficulty.

What can be done at a population level to reduce mental health problems and suicidal behaviour among members of the military and veterans? First we need to continue to raise awareness and reduce stigma among military personnel and veterans on the importance of early treatment of mental health problems and addictions. If you imagine someone with diabetes, who has had untreated diabetes for five to ten years, then what would be the impact of that on the body and on the person? It would be substantial. If we can improve earlier access to treatment for people with anxiety and depression, we might be able to reduce negative outcomes.

In the media, we need to tell positive stories of recovery and resilience to reduce the stigma associated with mental health service use. We need to consider psychological training and support at the time of entry in the military, and more importantly at the time when they leave the military. That period, in the one to two years after the service member leaves the military, is a highly vulnerable period and we need to improve services. The recent funding will hopefully have an impact on that.

Finally, limiting access to large quantities of prescription medications and firearms among people who are at high-risk for death or suicide is important. We need to think about policies and practices to reduce access.

In summary, there has been a rapid advancement in improving access to mental health services for people with OSIs. You think about 10 years ago to now, there's much more access. We could

de la marijuana à des fins médicales pour le traitement de la douleur et de l'état de stress post-traumatique est grandement controversée et fait l'objet d'un débat houleux. Nous avons besoin d'études appliquées pour déterminer quelles sont les meilleures pratiques pour traiter les patients souffrant à la fois de douleur chronique et de stress post-traumatique.

Une autre concomitance répandue et difficile à prendre en charge est celle d'un trouble de la personnalité, comme celui de la personnalité limite, de la personnalité narcissique ou de la personnalité antisociale. Ces trois troubles de la personnalité renvoient souvent à des comportements chroniques et à des difficultés dans les relations interpersonnelles, qui sont généralement associées à un risque élevé de suicide, d'invalidité et de violence.

Chez les civils sondés, de nouveaux traitements psychologiques, comme la thérapie comportementale dialectique et des programmes de jour sur l'estime de soi, la maîtrise de la colère et la résolution de problèmes, ont permis d'atténuer les comportements autodestructeurs et d'améliorer l'état des personnes souffrant de troubles de la personnalité. Notre système de santé mentale pour les militaires et les anciens combattants pourrait accroître sa capacité d'évaluer et de traiter les gens qui souffrent d'une blessure de stress opérationnel et d'un trouble de la personnalité concomitant.

Que peut-on faire au niveau de la population pour réduire les problèmes de santé mentale et les comportements suicidaires parmi les militaires et les anciens combattants? Il faut premièrement tenter d'éliminer les stigmates chez le personnel militaire et les anciens combattants et continuer de les sensibiliser à l'importance d'un traitement précoce des problèmes de santé mentale et des dépendances. Pensons à un diabétique qui ne reçoit aucun traitement pendant 5 à 10 ans. Qu'advierait-il de cette personne et de son état de santé? Les répercussions seraient considérables. Si on pouvait devancer l'accès aux soins pour les personnes souffrant d'anxiété ou de dépression, on pourrait peut-être réduire les conséquences indésirables.

Dans les médias, il faut diffuser des histoires heureuses de guérison et de résilience pour réduire les stigmates associés à l'utilisation des services de santé mentale. Il faut envisager d'offrir du soutien et de la formation en psychologie au personnel militaire au moment de leur entrée en fonction, mais surtout au moment de leur départ. La période d'une année ou deux qui suit la fin du service militaire est une période de grande vulnérabilité, et nous devons améliorer les services offerts à ce moment-là. Espérons que les découvertes faites récemment vont avoir une incidence à cet égard.

Finalement, il est important de limiter l'accès à de grandes quantités de médicaments d'ordonnance et à des armes à feu aux personnes à haut risque de mort ou de suicide. Il faut penser à des politiques et à des pratiques qui permettront d'en réduire l'accès.

En résumé, l'accès aux services de santé mentale s'est rapidement amélioré pour les personnes souffrant de blessures de stress opérationnel. En 10 ans, les choses ont beaucoup changé.

still improve our programs for people who have the co-occurring addictions and the physical health issues. Thank you for listening. I look forward to your thoughtful comments and questions.

**The Deputy Chair:** Thank you, Dr. Sareen. Our first questioner is Senator Grant Mitchell from Alberta.

**Senator Mitchell:** Thanks very much, doctor. That was very helpful and very impressive. There are clearly different reasons for occupational stress injuries or PTSD. In the military, it's often because of the stress of combat. For example, in the RCMP there have been documented cases, many, of PTSD from sexual harassment and harassment generally. Would the treatments that are effective on the one also be effective on the other? Is there crossover?

**Dr. Sareen:** Yes. Psychological treatment for post-traumatic stress disorder really works on a range of different types of trauma. It could be sexual trauma or sexual harassment. It could be a motor vehicle accident-related trauma. It could be the death of a soldier that the member has seen. So the psychological treatment is similar. The focus is on the particular trauma, depending on the person. If there's ongoing sexual harassment, then that becomes a different story. Then the person needs some advocacy around how to manage the environment.

**Senator Mitchell:** I'm quite taken by your point that there needs to be more research in this area, and of course resources are always limited to some extent. Given that there is crossover, so my first question was somewhat leading, and I got the answer that I wanted — thank you. I'm wondering whether there is something to be said for the unification of services, say, between the RCMP and the military and first responders. So those different groups of people from different organizations could go to centres that were centralized, as it were, rather than each of them having separate health care resources, which might not be able to share best practices and not be able to build to the thresholds that you need to do better research, and so on.

**Dr. Sareen:** I think that the operational stress injuries clinic that I work in, in Winnipeg, is similar to other cities. Members from RCMP, from Veterans or from the Canadian Armed Forces — all of them can have access to our clinic. You're absolutely correct. If you're trying to build best practices and excellence, you want to create those hubs across the country where people can access care. Training people to do the psychological interventions requires time and effort, and you need high-quality personnel who can do that. The clinics over the last 10 years have done a huge amount of service, where they've had national training. Where we could do a better job is probably around addictions and the co-occurrence of post-traumatic stress with addictions.

On pourrait cependant encore améliorer nos programmes pour les personnes aux prises avec des troubles concomitants de dépendance et de santé physique. Merci de votre attention. Je suis disposé à répondre à vos questions et à entendre vos précieux commentaires.

**La vice-présidente :** Merci, docteur Sareen. Le premier intervenant est le sénateur Grant Mitchell, de l'Alberta.

**Le sénateur Mitchell :** Merci beaucoup, docteur. C'était très utile et impressionnant. Il y a manifestement différentes causes aux blessures de stress opérationnel ou à l'état de stress post-traumatique (ESPT). Dans les forces militaires, c'est souvent dû au stress du combat. À la GRC, par exemple, de nombreux cas documentés d'ESPT sont liés à du harcèlement sexuel ou à du harcèlement en général. Est-ce que les traitements utilisés pour un seraient aussi efficaces pour l'autre? Est-ce que les traitements se recoupent?

**Dr Sareen :** Oui. Les traitements psychologiques pour l'état de stress post-traumatique est efficace pour toute une gamme de traumatismes. Il pourrait s'agir de traumatismes sexuels ou de harcèlement sexuel. Cela pourrait être également un traumatisme lié à un accident de voiture. On peut aussi penser à un soldat qui a été témoin de la mort d'un confrère. Le traitement psychologique appliqué est donc semblable. On met l'accent sur le traumatisme vécu, selon la personne. Si on a affaire à du harcèlement sexuel chronique, c'est une autre histoire. La personne a alors besoin d'un certain encadrement pour mieux gérer son environnement.

**Le sénateur Mitchell :** J'entends très clairement votre argument qu'il faut plus de recherches dans ce domaine, et bien sûr, les ressources sont toujours quelque peu limitées. Puisque les traitements se recoupent, et c'est là où je voulais en venir avec ma première question et j'ai eu la réponse que je voulais, alors je vous remercie. Je me demandais si on pouvait envisager l'unification des services pour les agents de la GRC, le personnel militaire et les premiers répondants, par exemple. Ces différents groupes pourraient recevoir des services d'établissements de santé centralisés, plutôt que d'être dirigés vers différentes ressources, qui ne sont peut-être pas en mesure d'échanger leurs meilleures pratiques ni d'atteindre les seuils requis pour optimiser les recherches, entre autres.

**Dr Sareen :** La clinique de traitement des blessures de stress opérationnel où je travaille, à Winnipeg, est semblable à celles d'autres villes. Les membres de la GRC, des Anciens Combattants et des Forces armées canadiennes ont tous accès à notre clinique. Vous avez tout à fait raison. Pour établir des pratiques exemplaires et favoriser l'excellence, il faut créer des cliniques centrales un peu partout au pays où les gens peuvent obtenir des soins. Il faut consacrer temps et efforts pour former le personnel qui pratiquera les interventions psychologiques, et il faut des intervenants hautement qualifiés pour cela. Au cours des 10 dernières années, les cliniques ont offert une énorme quantité de services, en plus d'offrir de la formation à l'échelle nationale. Là où l'offre pourrait être améliorée, c'est au niveau des dépendances et des troubles concomitants de stress post-traumatique et de dépendances.

**Senator Mitchell:** I don't know whether you're aware of retired Lieutenant Colonel Stéphane Grenier. He was responsible for setting up a mentoring program in the Canadian Armed Forces. Studies showed that while all other treatments, say in the U.K. for their returning soldiers, were equivalent to ours, we in addition had this mentoring program. Studies showed the results were much better. He is now working in the public health care system on a similar thing. Are you aware of the significance of mentoring as a supplementary treatment? Do you utilize that or would you recommend it?

**Dr. Sareen:** Can you describe how the mentoring was done, because I'm not familiar with that?

**Senator Mitchell:** Maybe mentoring is the wrong word. Thank you. It would be more a kind of support. Each member of the military with a PTSD might be assigned a support colleague, who has it or doesn't have it, almost like the Alcoholics Anonymous model in a sense. You work with people who give you support. It's support rather than mentoring.

**Dr. Sareen:** The peer support model is very important and is part of the team. The person who is suffering with an OSI has the family around them and the peer support as well as the treatment providers. Having that team around the person is really important.

**Senator Wallace:** Dr. Sareen, in dealing with these types of psychological problems, I'm sure it's an oversimplification to say that veterans suffer from physical disabilities and psychological problems. As a layperson, it's easy to put them into one of the two categories, not thinking the extent to which they're interrelated. In treating operational stress injuries, perhaps the treatment of those injuries would be dependent upon the treatment and solving of the physical problem. If the physical problem can be removed, perhaps the psychological issues would disappear as well. Is there anything to that?

**Dr. Sareen:** Absolutely. Physical health issues often drive service use; so pain and PTSD are quite linked. Somebody who has had chronic pain related to an injury or concussion-related dizziness or headaches, there's quite a bit of literature showing that those two interact. Rather than saying, "Go get your physical health problem treated and then we'll see you for the psychological treatment," or the other way around, we need to have parallel treatment. We need to bring down both the physical pain and physical health issues as well as help the psychological problem. It's usually complex.

When we see people with ongoing difficulties, they often have physical health issues; they have emotional issues; sometimes they have addictions; and they have financial stress, as well as relationship problems in their family. All of those things start to come together. In our clinics we try to work on one thing at a

**Le sénateur Mitchell :** Je ne sais pas si vous connaissez le lieutenant-colonel Stéphane Grenier, aujourd'hui retraité. Il était responsable de l'établissement d'un programme de mentorat pour les Forces armées canadiennes. Au Royaume-Uni, par exemple, tous les traitements offerts aux soldats qui rentrent au pays sont équivalents aux nôtres, sauf que nous avons en plus le programme de mentorat. Les études ont démontré que les résultats sont nettement supérieurs ici. Il travaille maintenant pour le système de soins de santé public, où il veut établir le même genre de programme. Savez-vous à quel point il peut être important de bénéficier d'un mentorat en plus des autres traitements? Avez-vous recours à cette pratique ou la recommandez-vous?

**Dr Sareen :** Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste le mentorat, car je ne connais pas ce programme?

**Le sénateur Mitchell :** Le terme « mentorat » est peut-être mal choisi. Merci. Je devrais peut-être plutôt parler de soutien. Chacun des membres du personnel militaire souffrant d'un ESPT peut être jumelé à un collègue, souffrant ou non d'ESPT lui-même. C'est en quelque sorte calqué sur le modèle des Alcooliques Anonymes. Ce sont des collègues de travail qui offrent leur soutien. C'est de l'aide plus que du mentorat.

**Dr Sareen :** Le modèle de soutien par les pairs est un élément clé du travail d'équipe. La personne qui souffre d'une BSO est entourée de sa famille et peut compter sur le soutien de ses pairs, en plus de celui des fournisseurs de soins. Il est très important d'avoir une telle équipe.

**Le sénateur Wallace :** Docteur Sareen, quand il est question de troubles psychologiques de ce genre, j'imagine que c'est un peu simpliste de dire que les anciens combattants souffrent de handicaps physiques ou de problèmes psychologiques. Pour les non-initiés, il est facile de les caser sous l'une ou l'autre de ces catégories, sans penser à toutes les corrélations qui existent entre les deux. Peut-être que le traitement des blessures de stress opérationnel dépend du traitement et de la résolution du problème physique. Si on arrive à guérir la blessure physique, peut-être que la blessure psychologique va elle aussi s'estomper? Qu'en pensez-vous?

**Dr Sareen :** Absolument. Les problèmes de santé physique poussent souvent les gens à consulter; la douleur et l'ESPT sont effectivement interreliés. La littérature démontre amplement qu'il y a une corrélation entre les deux pour quelqu'un qui souffre de douleurs chroniques liées à une blessure ou de maux de tête et d'étourdissements dus à une commotion. Plutôt que de leur dire « Allez faire soigner vos problèmes de santé physique, on vous verra après pour le traitement psychologique », ou vice-versa, il faut prévoir des traitements parallèles. Il faut remédier à la fois à la douleur et aux problèmes de santé physique et aux problèmes psychologiques. C'est généralement une entreprise complexe.

Les personnes en difficulté ont souvent des problèmes de santé physique, des problèmes émotionnels, sont parfois aux prises avec des dépendances, éprouvent des difficultés financières et ont du mal à s'entendre avec leur famille. Toutes ces choses commencent à s'emboîter. Dans nos cliniques, nous tâchons de prendre un

time to try to understand the person's view of their physical health issues and other stressors to try to problem solve around each of those.

The challenge, not just in military and veterans' health but in Canada, is that access to medications is much easier than psychological treatment. You can go to your family doctor and get a prescription for something that helps. But we find that people have not had a lot of good supportive and evidence-based psychological treatment in the general public system. Our clinics and veterans' clinics are better because we've had a lot of support. It's a combination of both physical health issues and psychological. What does it mean to the person to have the pain? What does it mean about their future? Often there's catastrophization that things will never get better and that leads to a cycle of more pain.

**Senator Wallace:** My father was in the Second World War and although he talked little about it, in more recent years we've heard about some of what he went through. Many of us have parents and grandparents who served in the wars. The types of services and psychological treatments we're talking about today weren't available to them. The disorders weren't recognized yet people carried on. People managed to have very successful and productive lives, but I'm sure some didn't.

How has that been able to occur? It makes me think that if people do not receive professional treatment for these operational stress injuries, from your research, does there seem to be an ability for people, through support of their family over time, to effectively find solutions for themselves, or does it always require professional treatment?

**Dr. Sareen:** Excellent question. We have done some work in the general population. Civilians have those, but we haven't had the data in our military and veterans on this exact question. We've been trying to understand that. One of the studies we want to do is to take the 2002 mental health survey and look at people over 12-15 years and follow up to see how many had a natural recovery without any treatment.

In civilian samples, we found that about 50 per cent of people will have recovery without any psychological treatment or psychiatric treatment. Their functioning might be a little bit lower, as you're describing, but not as bad as it was. In terms of the idea that people recover with family support, a portion of them do. Not everybody needs to get treatment. However, we showed in our general population that if you had co-morbidity — more than one condition, such as depression, anxiety, alcohol problems and childhood adversity — you were more likely to have persistence over a three- to five-year period than if you

problème à la fois pour tenter de comprendre comment la personne perçoit ses problèmes de santé et les autres facteurs de stress, afin de trouver des solutions pour chacun d'eux.

Le défi, et ce n'est pas seulement le cas pour les militaires et les anciens combattants, c'est vrai pour toute la population canadienne, c'est qu'il est beaucoup plus facile d'avoir accès à des médicaments qu'à des traitements psychologiques. C'est possible d'aller voir son médecin de famille pour avoir une ordonnance qui va aider. Mais dans le système de santé public en général, les gens ne reçoivent pas beaucoup de traitements psychologiques positifs et fondés sur des données probantes. Nos cliniques et les cliniques pour anciens combattants sont mieux outillées à cet égard, car nous avons eu beaucoup de soutien. C'est une combinaison de problèmes de santé physique et psychologique. Qu'est-ce que cela signifie pour la personne qui souffre? Qu'est-ce que cela signifie pour son avenir? Souvent, on dramatise en pensant que rien ne va jamais s'améliorer, et cela ne fait qu'accroître la douleur.

**Le sénateur Wallace :** Mon père a pris part à la Seconde Guerre mondiale, et même s'il s'est montré peu loquace à ce sujet, ces dernières années, il nous a parlé un peu de ce qu'il a vécu. Nombres d'entre nous avons des parents ou des grands-parents qui ont participé aux guerres. Ils ne bénéficiaient pas des types de services et de traitements psychologiques dont nous parlons aujourd'hui. Les troubles n'étaient pas diagnostiqués, mais les gens ont poursuivi leur vie. Ils sont parvenus à avoir des vies réussies et productives, mais je suis certain que cela n'a pas été le cas de tous.

Comment cela a-t-il pu se produire? Cela me fait penser que si les gens ne reçoivent pas de traitement professionnel pour les blessures de stress opérationnel, est-ce que vos recherches montrent qu'ils réussissent, avec le soutien que leur famille leur prodigue au fil du temps, à trouver eux-mêmes des solutions, ou ont-ils toujours besoin de traitement professionnel?

**Dr Sareen :** Excellente question. Nous avons réalisé certains travaux dans la population en général. Les civils sont touchés par les blessures de stress opérationnel, mais nous n'avons pas obtenu de données sur le personnel militaire et les anciens combattants sur cette question précise. Nous tentons de comprendre cette facette du problème. Nous voulons réaliser une étude dans le cadre de laquelle nous prendrions l'enquête sur la santé mentale de 2002 afin d'examiner les gens sur une période de 12 à 15 ans afin de faire le suivi pour voir combien se sont rétablis de façon naturelle sans le moindre traitement.

Dans les échantillons de civils, nous avons constaté qu'environ 50 p. 100 des gens se remettent sans traitement psychologique ou psychiatrique. Leur fonctionnement n'est peut-être pas optimal, comme vous l'indiquez, mais il n'est pas aussi mauvais qu'avant. Une partie d'entre eux se remettent grâce au soutien de leur famille. Ce n'est pas tout le monde qui a besoin de recevoir un traitement. Nous avons toutefois constaté que dans la population en général, quand il y a comorbidité et que les personnes éprouvent plus d'un problème, comme la dépression, l'anxiété, les problèmes d'alcool et l'adversité pendant l'enfance, leurs troubles



didn't. Again, this is an important piece: We're good at treating somebody with post-traumatic stress disorder or depression, but what is the best practice in treating someone with PTSD, alcohol problems and chronic pain? That's where we need research to say what the best strategy is because the antidepressant trials are done in the person who has no co-morbidity, they have one disorder. It's not really clear what is useful.

If you look at other areas in medicine, like cancer and AIDS, the investment in research to look at trying to improve outcomes has made huge gains. If we can think about investing in research and programs to understand what to do when the first line treatment doesn't work and the person is coming and still struggling, that's where we need to go in the next number of years.

**Senator Wallace:** Thank you, doctor.

In comparing the strategies we use in Canada to address operational stress injuries, do they differ in any significant way from, for example, strategies used with veterans in the United States and the strategies employed by the governments in the United States?

**Dr. Sareen:** That's a good question. The U.S. veterans system is much larger than our Canadian one. There has been a lot of collaboration between our Canadian policy-makers and treatment providers in the U.S. I'm not familiar with the pension assessments and how veterans are assessed to be deemed to have an operational stress injury or are eligible for benefits. I don't know enough about the similarities and differences between Canada and other countries. As you know, that's one of the major stressors for our veterans and their families. The military is taking care of a number of things during the service. What happens after? It would be helpful to know what the other policies are but, I'm sorry, I don't know.

**Senator Beyak:** Thank you for an excellent presentation. I agreed with what you said about needing more positive media stories on the successes and outcomes that are working. I had a soldier sit beside me on a plane in March last year and he said he's a victor, not a victim. He learned that from the psychological training he had. Can you tell me if the University of Manitoba has those kinds of strategies, or if your clinic does, which you can share for our recommendations to get that positive message out?

**Dr. Sareen:** The whole issue of media and suicide is quite controversial. Almost every suicide prevention policy around the world says that media reports of suicide are sensationalized, where it's front page and the story is told over and over again, and

sont plus susceptibles de persister pendant trois à cinq ans que si elles n'ont pas ces problèmes. Ici encore, c'est un élément important : nous obtenons de bons résultats en traitant une personne atteinte du trouble de stress post-traumatique ou de dépression, mais quelle est la meilleure façon de traiter quelqu'un ayant le TSPT, des problèmes d'alcool et une douleur chronique? C'est à ce sujet que nous devons effectuer des recherches pour déterminer la meilleure stratégie, car les essais d'antidépresseurs sont réalisés sur des gens qui n'ont pas de comorbidité et qui n'ont qu'un seul trouble. Nous ne savons pas exactement ce qui est utile en pareil cas.

Si on se tourne vers d'autres domaines de la médecine, comme le cancer et le sida, les investissements en recherche visant à améliorer les résultats ont permis de réaliser des gains considérables. Si nous pouvons penser d'investir dans la recherche et les programmes afin de comprendre ce qu'il faut faire quand le traitement de première ligne ne fonctionne pas et que la personne continue d'éprouver des difficultés, c'est dans cette voie qu'il faut se diriger au cours des prochaines années.

**Le sénateur Wallace :** Merci, docteur.

Si on compare les stratégies que le Canada applique pour traiter les blessures de stress opérationnel, diffèrent-elles beaucoup de celles que le gouvernement des États-Unis utilise pour les anciens combattants?

**Dr Sareen :** C'est une bonne question. Le système américain des anciens combattants est beaucoup plus important que le nôtre. Il y a eu beaucoup de collaboration entre les décideurs canadiens et les fournisseurs de traitements américains. Je ne connais pas très bien les méthodes d'évaluation des pensions et la manière dont on évalue les anciens combattants pour déterminer s'ils ont des blessures de stress opérationnel ou sont admissibles aux prestations. Je n'en sais pas suffisamment sur les similitudes et les différences entre le Canada et d'autres pays. Comme vous le savez, il s'agit là d'un des grands facteurs de stress pour nos anciens combattants de leurs familles. L'armée s'occupe d'un certain nombre de choses pendant le service, mais qu'arrive-t-il ensuite? Il serait utile de connaître les autres politiques, mais j'ai le regret de dire que je ne les connais pas.

**La sénatrice Beyak :** Merci de cet excellent exposé. Je conviens avec vous que les médias doivent transmettre un message plus positif en faisant état des réussites et des résultats probants. Lors d'un voyage en avion effectué en mars dernier, j'étais assise à côté d'un soldat, qui m'a déclaré qu'il était un vainqueur, et non une victime. C'est quelque chose qu'il avait appris au cours de sa formation psychologique. Pouvez-vous me dire si l'Université du Manitoba ou votre clinique ont de telles stratégies, que vous pourriez nous communiquer pour que nous formulions des recommandations afin qu'on envoie un message positif?

**Dr Sareen :** Toute la question des médias et du suicide suscite beaucoup de controverse. Selon la presque totalité des politiques de prévention du suicide du monde, les médias font un traitement sensationnaliste du suicide, publiant l'information à la une et

there is a contagion effect that could happen. We've tried to work with the Canadian Psychiatric Association to provide that information to the media. The media is trying to bring knowledge about suicide into the public forum and to change policies and increase awareness. But we're trying to work with the Canadian Psychiatric Association and the military to look at working together with the media to say: We're all on the same team. We're trying to reduce suicides, but how do we do that?

You need to know that when you tell a story about someone who has died from suicide, within that story you need to provide options of crisis resources and positive outcomes as well. The challenge is that some media feel we're trying to censor them, and that's not the idea. It's trying to have safe reporting. If you can help us get that message across, it would be great, but over time we're trying to work with the media on that. More stories about victors rather than victims is an important way.

**Senator Beyak:** I commend you for that.

I have a supplementary question. Do you know if the incidences of suicide in the Armed Forces have actually increased or if we're just more aware because of the media, as you said, repeating them over and over, or if there have been spikes in the past, as Senator Wallace said, after the Second World War, after any of the combat issues we've been engaged in? Do you know?

**Dr. Sareen:** To our knowledge, there has not been an increase in military suicides during military service. There has possibly been some increase in veterans' suicides. Again, our Canadian military is a much smaller service than the U.S. In the U.S., military suicides have gone up exponentially in the last number of years. There are different reasons for that. One is that they have had very long deployments, where they're deployed for over a year. So there is no increase in military in Canada that we're aware of; a slight increase in the number of veterans. I think that vulnerable period during the first two years is important.

**Senator Beyak:** Thank you very much for your research. It's excellent.

**The Deputy Chair:** Before the second round, I will ask a couple of questions myself.

I heard a statistic that I'm not sure about; I just want clarification. Is it one in four people serving in the military are more prone to getting an OSI? Is that what you said?

**Dr. Sareen:** One in four, in any one year, meet the criteria for a mental health problem, but you have to remember that mental health problems are common and are not necessarily all related to an OSI or a deployment-related issue. So we've tried to disentangle that, and it's difficult. Probably about a quarter of

répétant l'histoire encore et encore, ce qui pourrait avoir un effet de contagion. Nous avons tenté de travailler avec l'Association des psychiatres du Canada afin de le faire savoir aux médias. Les médias essaient de communiquer des connaissances sur le suicide sur la tribune publique, de modifier les politiques et de sensibiliser les gens. Nous tentons de collaborer avec l'Association des psychiatres du Canada et l'armée afin de travailler avec les médias pour faire comprendre que nous faisons tous partie de la même équipe. Nous nous efforçons de réduire le nombre de suicides, mais comment y parvenir?

Sachez que quand on fait un reportage sur une personne qui s'est suicidée, il faut également parler des ressources qui s'offrent en situation de crise et faire état des issues positives. L'ennui, c'est que certains médias ont l'impression que nous tentons de les censurer, alors que ce n'est pas notre intention. Nous essayons de les convaincre de faire des reportages sécuritaires. Si vous pouviez nous aider à faire passer le message, ce serait formidable. Mais au fil du temps, nous tentons de travailler avec les médias à cet égard. Il importe de parler davantage des vainqueurs que des victimes.

**La sénatrice Beyak :** Je vous félicite de ces efforts.

J'ai une question supplémentaire. Savez-vous si les cas de suicides ont augmenté dans les forces armées ou si nous en sommes davantage informés parce que les médias en parlent encore et encore, comme vous l'avez fait remarquer? Savez-vous si par le passé, il y a eu des pics, comme le sénateur Wallace l'a souligné, après la Seconde Guerre mondiale ou après des missions de combats auxquelles nous avons pris part?

**Dr Sareen :** À ce que nous sachions, il n'y a pas eu d'augmentation des suicides de militaires pendant le service. Il se peut que le nombre de suicides d'anciens combattants ait quelque peu augmenté. Ici encore, l'armée canadienne est un bien plus petit service que celui des États-Unis. Dans l'armée américaine, les suicides de militaires ont augmenté de façon exponentielle au cours des dernières années, et ce, pour différentes raisons. Les soldats ont notamment de longs déploiements, qui peuvent durer plus d'un an. À notre connaissance, donc, le nombre de suicides n'a pas augmenté dans l'armée canadienne, mais il s'est légèrement accru chez les anciens combattants. Je pense que la période vulnérable, au cours des deux premières années, est importante.

**La sénatrice Beyak :** Merci beaucoup de vos recherches. C'est excellent.

**La vice-présidente :** Avant d'entamer le deuxième tour, je poserai moi-même quelques questions.

J'ai entendu une statistique dont je ne suis pas certaine; je veux simplement un éclaircissement. Avez-vous bien dit qu'un militaire sur quatre est sujet à avoir une BSO?

**Dr Sareen :** Chaque année, un militaire sur quatre satisfait aux critères dénotant un problème de santé mentale, mais vous devez vous souvenir que ces problèmes sont courants et ne sont pas nécessairement liés à une BSO ou à un déploiement. Nous avons essayé de démêler les choses, mais c'est difficile. C'est

those 25 per cent — a quarter of a quarter — have an OSI-related mental problem at any one time. With the studies we did 10 years ago, we looked cross-sectionally and said if you have to meet the criteria for depression and anxiety and you took all the soldiers who are active in the military, a quarter would meet criteria for any mental health problem.

**The Deputy Chair:** Is there any study done on the reason why that might be? Is it because it's a totally different life when you first enter the military, so problems are exacerbated because it's so different? Have you done anything on that, evidence-based?

**Dr. Sareen:** The rates of mental health problems in general are similar in the military and civilians. About one in four civilians will have a mental health problem, and one in four military personnel. There's a slight increase in depression in the military compared to the civilian population, and that's been shown repeatedly. But mental health problems are common and the causes are childhood adversity, recent life stressors. Those are everywhere. We've shown that a small proportion can be directly attributable to deployment, combat missions. We are currently looking at this in the recent surveys that have been done, so the studies on that will just be coming out.

**Senator Mitchell:** This is really interesting for us, Dr. Sareen. I would like to go back to the point made about the possible difference between World War II veterans and current-day veterans. My father was in the Second World War as well. 50,000 Canadians were killed. Almost every family had somebody who went over, an uncle, a brother, a father, a spouse, and so it permeated our culture so much more. One of the things we're noting today is that when veterans become veterans, they leave the force, they have trouble finding a job because they're not understood. The language that they use, the way they conduct themselves, isn't understood. Efforts are being made to make a transition and help in that regard. But could it be that there is a different cultural reaction in a sense or a lack of understanding of veterans today because it doesn't permeate our culture in the way that it did in 1945?

**Dr. Sareen:** Absolutely. I think that is a really important issue. If you look at the Vietnam vets, the homecoming was quite a challenge. I think at the recent Canadian Institute for Military and Veteran Health Research conference there was some work presented saying that respect for the military in our Canadian population is very high at this time. When the person retires from service with an operational stress injury, what are they going to do? How are they going to live their life? What's their identity? That seems to be a major issue.

probablement le quart de ce 25 p. 100 — un quart d'un quart — qui éprouve un problème de santé mentale lié à une BSO. Dans le cadre des études que nous avons effectuées il y a 10 ans, nous avons procédé de manière transversale et déterminé que si les gens doivent satisfaire aux critères relatifs à la dépression et à l'anxiété et qu'on tient compte de tous les soldats en service actif dans l'armée, le quart d'entre eux satisferaient aux critères relatifs à un problème de santé mentale.

**La vice-présidente :** Est-ce qu'une étude a été faite afin de savoir pourquoi? Est-ce parce que la vie est totalement différente quand on entre dans l'armée et que cela aggrave les problèmes? Avez-vous réalisé des travaux à ce sujet en vous fondant sur des données probantes?

**Dr Sareen :** De façon générale, les taux de problèmes de santé mentale sont similaires pour les militaires et les civils. Environ un civil sur quatre éprouvera un problème de santé mentale, et un militaire sur quatre en aura un. On a observé, de façon répétée, une légère augmentation des cas de dépression chez les militaires comparativement à la population civile. Les problèmes de santé mentale sont toutefois courants en raison de l'adversité pendant l'enfance et du stress éprouvé au cours des années récentes. Ces problèmes sont partout. Nous avons déterminé qu'un faible pourcentage peut être directement attribuable au déploiement dans des missions de combat. Nous examinons actuellement cet aspect dans les sondages effectués récemment; les études à ce sujet seront donc publiées prochainement.

**Le sénateur Mitchell :** C'est vraiment intéressant pour nous, docteur Sareen. J'aimerais revenir au point qui a été soulevé sur la possible différence entre les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale et les anciens combattants de l'ère moderne. Mon père a lui aussi pris part à la Seconde Guerre mondiale, au cours de laquelle 50 000 Canadiens ont trouvé la mort. Presque chaque famille compte un membre qui y a participé, qu'il s'agisse d'un oncle, d'un frère, d'un père ou d'une épouse, et cela n'a pas manqué d'imprégner notre culture. Nous remarquons aujourd'hui que quand les anciens combattants quittent l'armée, ils ont du mal à trouver un emploi parce qu'ils sont incompris. On ne comprend pas la langue qu'ils emploient et la manière dont ils se comportent. Des efforts sont déployés pour les aider à faire la transition. Mais se peut-il que la réaction culturelle soit différente et qu'on ne comprenne pas les anciens combattants aujourd'hui parce que le conflit n'imprègne pas notre culture comme l'a fait la guerre en 1945?

**Dr Sareen :** Certainement. Je pense que c'est un problème vraiment important. Dans le cas des anciens combattants du Vietnam, le retour à la maison s'est révélé très difficile. Je pense que lors de la récente conférence de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, on a présenté des travaux indiquant que le respect de la population canadienne envers les militaires est actuellement très élevé. Quand une personne quitte le service militaire avec une blessure de stress opérationnel, que fera-t-elle? Comment vivra-t-elle sa vie? Quelle sera son identité? Cela semble être un problème de taille.

Culturally as well, people may not be as aware of the challenges. I see a select group of people who are struggling with depression and anxiety. I don't know how easy it is for veterans to readjust when they don't have an OSI.

**Senator Mitchell:** One of the issues — and I think you mentioned it as an issue — is stigma and the problem that we find in organizations where somebody may know they have a problem but they're afraid to say so because it might limit their career. If a soldier is shot in the arm, one day the doctor can say that arm is perfectly okay now so there is no lingering effect and you can go back and become a general. Is there ever any time at which one can say definitively somebody is past PTSD, so at least to, in some official, formal, powerful way, absolve some of the PTSD victims of any chance of that stigma, where you could actually make it stick: this person is healthy and they can come back and be perfectly functioning, or is this the kind of disease that isn't that clear-cut ever?

**Dr. Sareen:** A substantial proportion, probably 50 to 60 per cent, recover and don't meet criteria for PTSD anymore over time. As the senator was saying before, a number of them recover without treatment.

When there are co-occurring difficulties of other problems, then there seems to be a higher likelihood of persistence. The rule in psychiatry that I was taught as a medical student was the one third, one third, one third. One third get a lot better. A third have a moderate recovery; they still have symptoms, but they're able to function well. A third continue to struggle over a long period of time.

Our clinics are very good at trying to assess that. It also depends on the job and the stressor, whether that person is able to go back to that particular duty. We have RCMP members who have seen a lot of atrocities and lots of difficult things, pulling down victims of suicide and that accumulation of trauma. If they've been off work for a long period of time, we usually do graduated return to work and try to gently increase rather than going back to full force.

**Senator Mitchell:** You mentioned the need for more research. I wonder if you could give me some idea — you're a doctor, I know, but you're also with a university institution. Where do you get funding for research? If we were to increase it or restructure it, where would be the best sources of funding? Would it be from Veterans Affairs? Would it be from national research funding agencies? Would it be through universities? How would you structure that funding?

**Dr. Sareen:** Can "all of the above" be an answer?

**Senator Mitchell:** Sure, that's a great answer.

**Dr. Sareen:** The Canadian Institute for Military and Veteran Health Research Forum is a really fantastic organization because in the last five years they've created 35 institutions coming

Du point de vue culturel également, les gens ne sont pas conscients des défis. Je vois un groupe précis de gens aux prises avec la dépression et l'anxiété. J'ignore à quel point il est facile pour les anciens combattants de se réadapter quand ils n'ont pas de BSO.

**Le sénateur Mitchell :** Un des problèmes qui se posent — que vous avez évoqué, je crois —, c'est l'opprobre, un problème qui touche certaines organisations où les gens qui savent peut-être qu'ils éprouvent un problème ont peur d'en parler par crainte de nuire à leur carrière. Si un soldat reçoit une balle dans le bras, le médecin pourra un jour lui dire qu'il est parfaitement guéri, qu'il ne subsiste aucun effet persistant et qu'il peut reprendre son service et devenir général. Arrive-t-il un moment où on peut déclarer qu'une personne est définitivement guérie du TSPT pour qu'on absolve, de manière officielle et assurée, certaines des victimes du TSPT de tout risque d'opprobre en faisant comprendre définitivement que cette personne est saine et peut reprendre son poste de façon parfaitement fonctionnelle, ou s'agit-il d'une maladie pour laquelle ce n'est jamais clair?

**Dr Sareen :** Un pourcentage substantiel de gens, probablement 50 ou 60 p. 100, se remettent et ne correspondent plus aux critères relatifs au TSPT avec le temps. Comme le sénateur l'a fait remarquer, un certain nombre se rétablissent sans traitement.

Si les personnes éprouvent concurremment d'autres difficultés, les problèmes semblent plus susceptibles de perdurer. Quand j'étudiais en psychiatrie, j'ai appris la règle des tiers : un tiers s'améliore considérablement, un tiers connaît un rétablissement modéré, a encore des symptômes, mais peut fonctionner adéquatement, et un tiers continue d'avoir des difficultés pendant longtemps.

Nos cliniques font un très bon travail afin de tenter d'évaluer ce qu'il en est. La capacité d'une personne à reprendre ses fonctions dépend aussi de son travail et du facteur de stress. Certains membres de la GRC ont vu beaucoup d'atrocités et de choses difficiles, se chargeant de récupérer des victimes de suicides et accumulant des traumatismes. S'ils ont arrêté de travailler pendant longtemps, nous les retournons habituellement au travail de façon graduelle en augmentant doucement leurs heures de travail au lieu de procéder d'un coup.

**Le sénateur Mitchell :** Vous avez indiqué qu'il faut effectuer davantage de recherches. Je me demande si vous pouviez me donner une idée de vos sources de financement. Je sais que vous êtes médecin, mais vous travaillez aussi dans un établissement universitaire. Obtenez-vous votre financement du ministère des Anciens Combattants, des organismes nationaux de financement de la recherche, des universités? Comment structurez-vous ce financement?

**Dr Sareen :** Puis-je répondre « toutes ces réponse »?

**Le sénateur Mitchell :** Bien sûr, c'est une excellente réponse.

**Dr Sareen :** Le forum de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans est une organisation vraiment formidable, car au cours des cinq dernières années, il a créé

together, and military and veterans coming together. The idea with research is to have minimal bias. The challenge is, if military and veterans do the research, then there's bias to make sure that the programs are being done. There could be negative media attention. It's important to have that arm's-length process. The CIMVHR and the national research agencies like the Canadian Institutes of Health Research are trying to have that independence and minimal bias research.

Scientists are trying to understand the truth. If you think about smoking 40 years ago, everybody smoked and nobody knew it was related to cancer and companies made a lot of money. If we're trying to have rapid advancement in understanding who is going to do well in a deployment, who is going to suffer, how can we improve access to treatments, we need to look at what's been done in cancer care, in heart disease. You really have to invest a lot to change trajectories of illness.

**Senator Wallace:** Dr. Sareen, in your opening comments, in your words you said that we've come a long way in providing more effective treatment for our veterans suffering from operational stress injuries. I know there are undoubtedly many reasons for that, but I'm wondering if there are one or two key, or what you would view as the most significant changes that have occurred over this 10-year period that have resulted in this improved treatment.

**Dr. Sareen:** The first thing was the 2002 national mental health survey that was done of 8,000 service members to actually have an understanding of what are the needs of our Canadian military. That survey is still around the world the best survey that's been done, and that's because Statistics Canada does fantastic surveys. That level of trying to understand what is the need started it all.

The second major issue has been the Veterans Affairs Operational Stress Injury Clinics that have been pushed across Canada, as well as the Canadian Forces clinics. Within those clinics, there's been a very strong effort in training staff to do psychological treatment for post-traumatic stress and depression.

As I mentioned before, access to medications is easy but over time most of the mental health problems require cognitive behaviour therapy or evidence-based treatment. Our clinics have trained to the highest level. So veterans get very high-quality access to psychological treatment that I don't think our civilian system has the same access to.

**Senator Wallace:** It's reassuring to hear that. Thank you.

**The Deputy Chair:** If I may, doctor, I'm a strong supporter of the service dogs for PTSD sufferers. I take veterans with their dogs to schools and speak to children about PTSD. I feel that

35 institutions qui collaborent ensemble et avec l'armée et les anciens combattants. La recherche doit être la plus objective possible, et si l'armée et les anciens combattants effectuent la recherche, ils font preuve de subjectivité pour assurer l'exécution des programmes. Les médias pourraient accorder une attention négative à ces démarches. Il importe que le processus soit indépendant. L'ICRSMV et les organismes de recherche nationaux comme les Instituts de recherche en santé du Canada tentent de bénéficier de cette indépendance et d'effectuer les recherches les plus objectives possible.

Les scientifiques s'efforcent de comprendre la vérité. Si on pense au tabagisme il y a 40 ans, tout le monde fumait et personne ne savait que ce comportement causait le cancer pendant que les entreprises faisaient de juteux profits. Si nous cherchons à réaliser rapidement des progrès afin de comprendre qui ira bien lors d'un déploiement, qui éprouvera des difficultés et comment nous pouvons améliorer l'accès aux traitements, nous devons examiner ce qu'il s'est fait au sujet du cancer et des maladies cardiaques. Il faut investir considérablement pour infléchir la trajectoire d'une maladie.

**Le sénateur Wallace :** Docteur Sareen, dans votre exposé, vous avez indiqué que nous avons réalisé énormément de progrès afin d'offrir des traitements plus efficaces aux anciens combattants atteints de blessures de stress opérationnel. Je sais qu'il existe certainement de nombreuses raisons pour cela, mais je me demande s'il s'est produit, au cours des 10 dernières années, un ou deux changements cruciaux que vous considérez comme étant les plus importants et qui ont eu pour effet d'améliorer les traitements.

**Dr Sareen :** Tout a commencé quand Statistique Canada a réalisé l'enquête nationale sur la santé mentale de 2002 auprès de 8 000 membres des Forces armées afin de comprendre les besoins des militaires canadiens. Il s'agit encore de la meilleure enquête effectuée dans le monde, et c'est parce que Statistique Canada fait d'excellentes enquêtes. C'est de cet effort pour comprendre les besoins que tout est parti.

Vinrent ensuite les cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel qu'Anciens Combattants Canada a implantées aux quatre coins du pays, ainsi que les cliniques des Forces canadiennes. On y a déployé d'énormes efforts pour former le personnel afin d'offrir des traitements psychologiques pour le stress post-traumatique et la dépression.

Comme je l'ai souligné précédemment, il est facile d'obtenir des médicaments, mais au fil du temps, les problèmes de santé mentale exigent une thérapie cognitive ou un traitement fondé sur des données probantes. Nos cliniques ont formé leur personnel au plus haut niveau, de sorte que les anciens combattants bénéficient d'un accès supérieur aux traitements psychologiques. Je ne pense pas que le système civil offre un tel accès.

**Le sénateur Wallace :** C'est rassurant à entendre. Merci.

**La vice-présidente :** Si vous me le permettez, docteur, je dirais que j'appuie sans réserve le recours aux chiens d'assistance pour les personnes atteintes du TSPT. J'emène des anciens

anyone can get this, and that's my message to the children: You can get this, but it can be dealt with. I am concerned that within the military, once a veteran says they need the service dog, the military then says, "You can't work anymore. You can't go back to your job anymore." I would suggest that that might be just the opposite, that this is one method of treatment.

I'd like to hear your views. I think Senator Wallace spoke briefly on this, and I think all of us are wondering: How can it be recognized that there is this syndrome, but it is also something you can learn to deal and cope with and carry on a normal life?

**Dr. Sareen:** There has been a lot of interest in service dogs in post-traumatic stress, as well as in epilepsy. I'm supportive of our patients who are interested in doing that, and if they find it helpful. There hasn't been a lot of careful evaluation to say, "Yes, this is an important treatment." I think that needs to be done. Those are examples of programs that need to be evaluated so that we can have evidence-based policies.

Again, people have access to medications, but there's a lot of emphasis now within mental health on exercise, that exercise is an important way of reducing depression and anxiety. It helps with how we work together with our clients to get that service.

**The Deputy Chair:** I don't think PTSD is necessarily a totally debilitating disease that you will never overcome. I think that message is very important to a lot of people who have PTSD. Would you agree with that?

**Dr. Sareen:** I absolutely agree with you. As I described before, the rules my mentor taught me in medical school are that two thirds of people will have quite a bit of moderate recovery — one third will be symptom-free, a third will have moderate recovery and they can function. Most of our treatments are trying to help the person function as best as possible. We try to figure out what's going to help them. If they can't leave the house without a dog for weeks, that's step one. We start to work with them where they are and help them through that.

I agree with you about the importance of giving a positive message and trying to help our veterans see that this is something that's recoverable.

**The Deputy Chair:** Thank you very much. I don't see any more questioners on my list. I want to thank you so much for taking the time to share with us your methods of treatment and your

combattants accompagnés de leur chien dans des écoles afin de parler du TSPT. J'ai l'impression que tout le monde peut être touché, et c'est le message que j'envoie aux enfants : c'est un trouble dont vous pouvez être atteint, mais vous pouvez le surmonter. Je crains que dans l'armée, une fois qu'un ancien combattant a indiqué qu'il a besoin d'un chien d'assistance, on lui réponde qu'il ne peut plus travailler et reprendre ses fonctions. Il me semble que c'est peut-être exactement le contraire et que c'est une méthode de traitement.

J'aimerais connaître votre avis. Il me semble que le sénateur Wallace a brièvement abordé la question, et je pense que nous nous demandons tous comment on peut reconnaître ce syndrome, tout en pouvant parfois apprendre à composer avec lui afin de mener une vie normale.

**Dr Sareen :** On s'est grandement intéressé aux chiens d'assistance dans les cas de stress post-traumatiques et d'épilepsie. Je soutiens les patients qui seraient intéressés à en avoir un, s'ils considèrent qu'il pourrait les aider. Il n'y a pas eu beaucoup d'évaluations détaillées pour déterminer s'il s'agit d'un traitement important. Je pense qu'il faut réaliser des études à ce sujet. Ce sont des exemples de programmes qu'il faut évaluer afin d'élaborer des politiques fondées sur des données probantes.

Ici encore, les gens ont accès aux médicaments, mais dans le domaine de la santé mentale, on met beaucoup l'accent actuellement sur l'exercice, qui constitue une façon importante de réduire la dépression et l'anxiété. Cela nous aide dans la manière dont nous travaillons avec nos clients pour obtenir ce service.

**La vice-présidente :** Je ne pense pas que le TSPT soit nécessairement une maladie totalement débilitante qui ne pourra jamais être surmontée. C'est à mon avis un message crucial pour bien des gens aux prises avec le TSPT. Qu'en pensez-vous?

**Dr Sareen :** Je suis absolument d'accord avec vous. Comme je l'ai indiqué plus tôt, mon mentor m'a appris la règle selon laquelle les deux-tiers des gens auront un rétablissement assez modéré : un tiers n'auront aucun symptôme, et un tiers se remettront modérément et pourront fonctionner. La plupart des traitements visent à aider les gens à fonctionner le mieux possible. Nous tentons de trouver ce qui les aidera. S'ils ne peuvent quitter la maison sans chien pendant des semaines, c'est à cela qu'on s'attaque en premier. Nous commençons à travailler avec eux au stade où ils sont rendus et nous les aidons à s'en sortir.

Je conviens avec vous qu'il importe d'envoyer un message positif et d'aider nos anciens combattants à comprendre qu'on peut surmonter le TSPT.

**La vice-présidente :** Merci beaucoup. Je ne vois plus d'intervenants sur ma liste. Je tiens à vous remercier de tout cœur d'avoir pris le temps de nous parler de vos méthodes de

message. I think it's been a great help to us in understanding the mechanics of PTSD and OSIs and some of the treatments that you've suggested. Thank you so much.

I declare this meeting adjourned.  
(The committee adjourned.)

traitement et de nous avoir transmis votre message. Je pense que vous nous avez grandement aidés à comprendre les mécanismes du TSPT et des BSO, ainsi que certains des traitements que vous proposez. Merci beaucoup.

La séance est levée.  
(La séance est levée.)

---

WITNESSES

**Wednesday, October 29, 2014**

*National Defence and Canadian Armed Forces:*

Colonel Gerry Blais, Director, Casualty Support Management and Joint Personnel Support Unit;

Colonel Russell Mann, Director, Military Family Services;

Lieutenant-Colonel Alexandra Heber, Psychiatrist and Section Head of Clinical Programs, Directorate of Mental Health, Canadian Forces Health Services Group.

**Wednesday, November 19, 2014**

*As an individual:*

Ron Frey, Clinical and Organizational Psychologist.

**Wednesday, December 3, 2014**

*As an individual:*

Dr. Jitender Sareen, Professor of psychiatry, University of Manitoba (by video conference).

TÉMOINS

**Le mercredi 29 octobre 2014**

*Défense nationale et Forces armées canadiennes :*

Colonel Gerry Blais, directeur, Gestion de soutien aux blessés et Unité interarmées de soutien au personnel;

Colonel Russell Mann, directeur, Services aux familles des militaires;

Lieutenant-colonel Alexandra Heber, psychiatre et chef de section des programmes cliniques, Direction de la santé mentale, Service de santé des Forces canadiennes.

**Le mercredi 19 novembre 2014**

*À titre personnel :*

Ron Frey, psychologue clinique et organisationnel.

**Le mercredi 3 décembre 2014**

*À titre personnel :*

Dr Jitender Sareen, professeur en psychiatrie, Université du Manitoba (par vidéoconférence).