



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

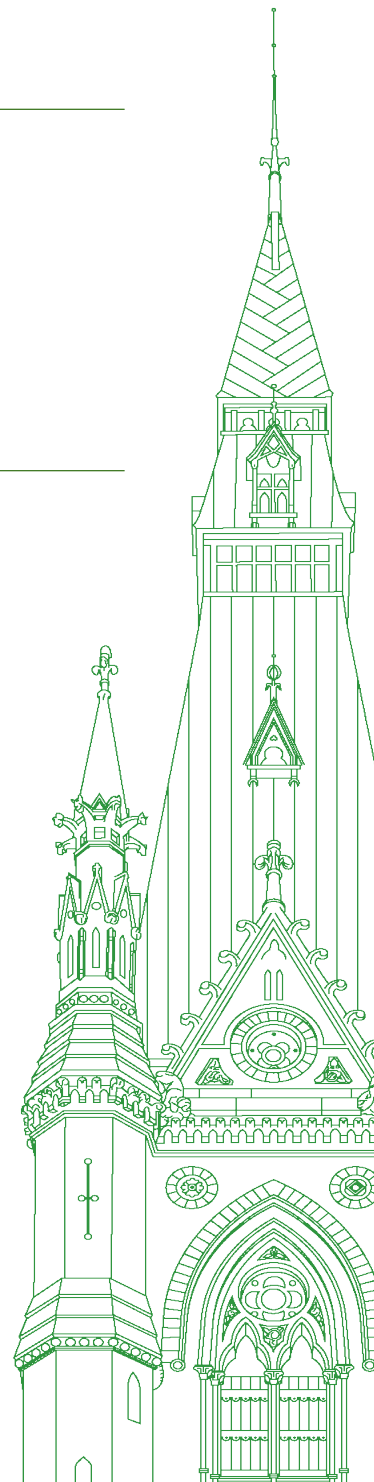
Comité permanent des anciens combattants

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 010

Le jeudi 30 octobre 2025

Présidente : Marie-France Lalonde



Comité permanent des anciens combattants

Le jeudi 30 octobre 2025

• (0815)

[Français]

La présidente (Marie-France Lalonde (Orléans, Lib.)): Je déclare maintenant la séance ouverte.

Bonjour, tout le monde. Je vous souhaite la bienvenue à la 10^e réunion du Comité permanent des anciens combattants de la Chambre des communes.

Le Comité se réunit dans le cadre de son étude sur la prévention du suicide chez les vétérans.

[Traduction]

Avant de souhaiter la bienvenue à nos témoins, j'aimerais faire une mise en garde pour les gens qui nous regardent. Nous allons discuter d'expériences liées au suicide et au deuil. Cela pourrait déclencher des réactions chez les personnes qui ont vécu des expériences similaires.

Si vous vous sentez bouleversé ou si vous avez besoin d'aide, veuillez en informer notre greffier.

Je rappelle à tous les témoins et députés qu'il est important de reconnaître qu'il s'agit de discussions difficiles.

Je signale également à nos témoins que s'ils ne se sentent pas à l'aise à un moment donné, ils ne doivent pas hésiter à nous le faire savoir. Le cas échéant, nous pourrions suspendre la séance.

[Français]

La réunion d'aujourd'hui se déroule sous forme hybride, conformément au Règlement de la Chambre des communes.

Avant de continuer, j'aimerais demander à tous les participants en personne de consulter les lignes directrices inscrites sur les cartes qui se trouvent sur la table. Ces mesures sont en place pour aider à prévenir les incidents audio et les chocs acoustiques, et pour protéger la santé et la sécurité de tous les participants, y compris les interprètes.

Pour garantir le bon déroulement de la réunion, j'aimerais transmettre certaines consignes aux témoins et aux députés. Avant de prendre la parole, attendez que je vous nomme. Si vous participez par vidéoconférence, ce qui est le cas pour nos deux témoins, cliquez sur l'icône du microphone pour activer votre micro. Veuillez vous mettre en sourdine lorsque vous ne parlez pas.

[Traduction]

Pour ceux qui sont sur Zoom, au bas de votre écran, vous pouvez sélectionner le canal approprié pour l'interprétation: anglais ou français. Pour ceux qui sont dans la salle, vous pouvez utiliser l'oreillette et sélectionner le canal désiré.

Toutes les observations doivent être adressées à la présidence.

[Français]

Pour les députés présents dans la salle, si vous souhaitez prendre la parole, veuillez lever la main. Pour les députés qui participent au moyen de l'application Zoom, veuillez utiliser la fonction « lever la main ». Le greffier du Comité et moi-même ferons de notre mieux pour maintenir l'ordre de parole. Nous vous remercions de votre patience et de votre compréhension à cet égard.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins.

Nous recevons, par vidéoconférence et à titre personnel, M. Marc-André Bernard, psychologue à l'Institut Alpha, et Mme Samara Symonds, qui était une employée civile de la Gendarmerie royale du Canada et qui est maintenant à la retraite.

Madame Symonds, je vous remercie de vos services.

[Traduction]

Nous allons commencer par accorder cinq minutes à chaque témoin pour faire sa déclaration préliminaire. Par la suite, nous passerons à une série de questions des membres du Comité.

[Français]

Monsieur Bernard, je vous cède la parole pour cinq minutes.

Marc-André Bernard (psychologue, Institut Alpha, à titre personnel): Bonjour à tous.

Le sujet que j'aborderai aujourd'hui est la prévention du suicide. C'est évidemment un sujet bien complexe.

Pour les militaires et les vétérans, les facteurs vulnérabilisants liés au suicide sont majoritairement les mêmes que pour la population en général. On peut penser à la présence d'un trouble de santé mentale, à la consommation d'alcool ou de drogues, à l'isolement, au deuil, à une rupture ou à la douleur chronique. Par contre, on sait tous que le taux de suicide est plus élevé au sein de cette population et on se doute que certains éléments sont vulnérabilisants pour les membres des Forces armées canadiennes.

Vu les contraintes de temps, parmi tous les facteurs en cause, c'est aux processus très particuliers d'engagement dans les Forces et de libération de ces dernières, ainsi qu'aux notions d'identité, que je souhaite m'attarder le plus aujourd'hui, en me basant sur les observations cliniques que je fais depuis plus d'une décennie auprès de cette clientèle.

Je ne vous apprends rien en vous rappelant qu'un engagement dans l'armée canadienne constitue un engagement professionnel comme peu d'autres, qui implique la formation d'une identité personnelle qui se fusionne avec l'identité professionnelle. Des idéaux de service public, de bien commun, de défense de valeurs communes et de forte camaraderie sont mis de l'avant, et les militaires acceptent de laisser derrière eux une part de leur autodétermination et de leur individualité pour prioriser la collectivité, et ce, au risque de leur vie dans certains cas. Nécessairement, ces choix de carrière impliquent des sacrifices individuels et ce sont précisément ces sacrifices, que nous leur demandons, qui viennent plus tard nourrir le risque suicidaire.

Dans le cadre de leur engagement militaire, ils doivent endurer l'inconfort physique et la douleur, mettre de côté leurs émotions négatives, ne pas trop se préoccuper de leurs états intérieurs, qui sont vus comme une interférence dans l'atteinte du but ultime, qui est d'agir à l'unisson. C'est un mode de vie très taxant pour la famille, qui peut favoriser le déracinement, les déménagements et la fragilisation du réseau de soutien.

Lorsque des blessures surgissent en cours de carrière et que le militaire ne peut plus, pour une raison ou pour une autre, agir au sein du groupe de la même façon, c'est souvent là que la détresse commence. Si elle ne peut plus faire partie de l'institution comme les autres, la personne peut alors être confrontée à une incapacité à gérer ses états intérieurs longtemps ignorés, à la honte et à l'humiliation liées à ses failles ainsi qu'à la difficulté de se déterminer comme individu. Il s'agit là d'un héritage direct de ses années de formation et de service.

Cela est bien entendu sans compter la lourdeur d'endurer au quotidien des douleurs, de faire des cauchemars et de revivre intérieurement des événements difficiles, de voir son humeur décliner ou d'appivoiser une toute nouvelle allergie au stress et à la pression découlant de la blessure nerveuse liée au stress opérationnel. Bien sûr, s'ajoutent à tout cela les stigmates encore associés aux problèmes de santé mentale. En effet, beaucoup de gens ont peine à ne pas faire s'équivaloir problèmes psychologiques et faiblesse.

Comme je l'ai dit au début de mon allocution, c'est sur ce thème du risque suicidaire lié à la nature de l'engagement dans les Forces que je voudrais réfléchir avec vous aujourd'hui.

Je ne vous apprendrai rien en vous disant que le moment où les militaires sortent des Forces armées représente une étape à haut risque d'épisodes dépressifs, comme je le constate en clinique. Cela peut favoriser l'émergence des pensées suicidaires. Les éléments qui demandent notre réflexion sont nombreux. L'absence de réelle continuité dans les soins est vécue comme une perte de stabilité. La répétition et la redondance des évaluations que ces anciens militaires doivent subir peuvent faire augmenter l'humiliation et la honte de devoir aborder leurs failles ou bien alors faire s'intensifier la rage de constater que leur parcours est devenu banal et bureaucratifié. L'agressivité et l'humiliation sont deux facteurs de risque documentés pour le suicide.

De plus, les attentes d'autodétermination que l'on peut avoir envers ces anciens militaires après qu'ils ont servi 15, 20 ou 30 ans dans les Forces sont parfois simplement irréalistes et font vivre un grand sentiment d'inadéquation à des personnes qui ont l'impression de devoir tout prouver alors qu'elles viennent de consacrer des années de leur vie au service de leur pays. Il ne faut pas oublier que nous avons un peu formé ces gens à avoir cette pensée dichotomique, parfois entière et sans nuances, qui les a bien servis sur le

terrain opérationnel, mais qui les dessert beaucoup en période de détresse.

Même s'ils ont sans aucun doute été conçus dans l'intention de bien encadrer et soutenir les vétérans canadiens, les services de réadaptation uniformisés qui leur sont offerts actuellement par les Partenaires des services de réadaptation aux vétérans canadiens m'apparaissent essentiellement peu adaptés aux vétérans et ne permettent pas d'ajuster le tir pour ceux d'entre eux qui sont vulnérables et dont l'identité militaire était tout ce qu'ils avaient. C'est pour eux que je voulais témoigner aujourd'hui.

• (0820)

Je suis très conscient de la complexité que représente l'accompagnement de ces hommes et de ces femmes dans leur sortie des Forces armées canadiennes avec des blessures souvent importantes et chroniques. De plus, je reconnais la générosité des programmes à bien des égards, ainsi que les avancées visant à déstigmatiser la santé mentale dans les Forces. Toutefois, je pense que si on veut réfléchir à la prévention du suicide chez les vétérans, il faut réfléchir à la nature de ce qui leur est demandé dans le cadre de leur service et au fait que la transition à la vie civile, un processus très difficile, est en fait un processus d'acculturation dans leur propre société, c'est-à-dire un processus dans lequel ils vivent une aliénation par rapport à la société civile une fois leur service fini.

Un bon soldat est un soldat qui s'attarde à sa santé psychologique. Un diagnostic psychologique ne devrait donc jamais mettre fin à une carrière militaire si on s'en occupe, comme ce fut malheureusement le cas dans le passé. On me dit que les temps changent et que les jeunes militaires sont moins aux prises avec des conceptions rigides et néfastes de la santé mentale. Je souhaite que ce soit vrai.

En terminant, dans l'un des rapports de ce comité sur la libération des Forces armées canadiennes, j'ai lu qu'on recommandait qu'Anciens Combattants Canada puisse traiter toutes les demandes des vétérans et que ces derniers se voient assigner un médecin de famille au civil avant que leur sortie soit permise. Je pense qu'il s'agit d'un très bon exemple de ce qui pourrait vraiment changer la donne dans le parcours de certains anciens militaires et réduire leur sentiment d'impuissance, d'humiliation et de frustration dans le processus de deuil identitaire très profond auquel ils doivent faire face. Il demeure notre responsabilité de nous occuper de ces gens, qui ont sacrifié une partie de leur santé au service public.

• (0825)

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Bernard.

[Traduction]

Madame Symonds, vous avez la parole pour cinq minutes. Je vous en prie.

Samara Symonds (à titre personnel): Je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous tous aujourd'hui.

Je porte de nombreux chapeaux dans ce dossier, et j'essaierai d'aborder tous les sujets qui me préoccupent dans le peu de temps dont je dispose.

Je suis une vétérane et je souffre d'un trouble de stress post-traumatique et de dépression.

J'ai été analyste du renseignement à titre de membre civil de la Gendarmerie royale du Canada et j'ai passé la plus grande partie de ma carrière à travailler sur les homicides et la sécurité nationale. Le TSPT lié aux traumatismes auxquels j'ai été exposée est bien réel, mais il a souvent été sous-estimé par rapport à ce que vivent les membres des Forces armées canadiennes ou les membres réguliers de la GRC. Cela est allé jusqu'à des commentaires d'employés du ministère des Anciens Combattants selon lesquels je privais de ressources des vétérans qui ont perdu un membre. D'après mon expérience, les blessures mentales n'obtiennent pas le même traitement ou respect que les blessures physiques.

Je peux me faire l'écho d'une bonne partie des témoignages que vous avez entendus au sujet des processus dans lesquels il est difficile de naviguer et qui prennent trop de temps. Il a fallu environ un an pour qu'une décision initiale soit rendue à mon sujet, ce qui semble très bien dans les faits, et j'ai eu besoin de l'aide du Bureau de services juridiques des pensions, qui est un service fantastique, pour obtenir une décision équitable quelques années plus tard.

Lorsque j'ai voulu fonder une famille, je me suis rendu compte que le TSPT chez l'un ou l'autre des parents entraîne des difficultés supplémentaires pendant l'accouchement. À la recommandation de ma psychologue et de ma sage-femme, j'ai présenté une demande au ministère des Anciens Combattants pour obtenir les services d'une doula, afin qu'elle m'aide à gérer mon trouble de stress post-traumatique pendant l'accouchement. Il s'agit d'un soutien facile à obtenir [*difficultés techniques*]. Après une conversation de cinq minutes, j'ai pu constater que l'on comprenait bien que je demandais peu de choses et que cela me procurerait beaucoup de bienfaits.

Cependant, les processus sont rois. J'ai présenté une demande à l'automne 2024. J'ai fourni des justifications, ainsi que des documents médicaux et des documents de recherche attestant les avantages que cela avait pour une personne souffrant de TSPT. J'ai cherché un professionnel de la santé qui pourrait m'évaluer et vérifier ma demande, mais comme je vivais dans le Nord, mes options étaient limitées.

J'attends encore le résultat de mon dernier appel, et ma fille est née il y a plus de six mois. J'ai pu rencontrer un représentant d'Anciens Combattants quelques jours seulement avant mon accouchement. On m'a suggéré que la section locale de la Légion paie pour cela. Je n'étais pas à l'aise qu'on me fasse ainsi la charité. J'ai demandé l'aide du Bureau de services juridiques des pensions, où on m'a fourni des conseils utiles pour mes appels, mais où on m'a dit qu'on ne pouvait pas m'aider concernant le remboursement de mon traitement. Je crois que c'est une lacune importante.

C'est exactement le genre de bataille et d'attente auxquelles font face les vétérans et leur famille lorsqu'ils demandent l'aide du ministère des Anciens Combattants en cas de blessures ou de décès liés au service. En résumé, ces démarches sont coûteuses, elles sont source d'isolement et d'affrontements et elles sont dommageables.

Je suis également l'épouse d'un vétéran. Par respect pour sa vie privée, je ne vous ferai pas part de détails personnels le concernant. Cependant, presque tous les jours, je m'ennuie du mari qu'il était avant d'être blessé, et je me bats pour le soutenir et ne pas nuire à ma propre santé ce faisant. Mon cas est unique puisque je reçois aussi des prestations d'ACC pour mon propre traumatisme lié au service. Cela suffit pour couvrir mes besoins en santé mentale en tant que conjointe. Je reçois un traitement dont beaucoup d'autres membres des familles ont besoin et qu'ils méritent. Des séances régulières avec un psychologue qui a l'expérience du TSPT et qui

connaît les services de police m'ont permis de traverser des situations incroyables. J'ai eu accès à des conseillers par l'entremise du Service d'aide d'ACC, qui décrivent ma famille comme étant en crise et ne savent pas comment nous aider, alors que nous sommes simplement en mode survie.

Je suis aussi une mère. Je vois déjà l'impact de notre service sur mes très jeunes enfants. Je m'inquiète de leur capacité d'avoir accès à des soins de santé mentale pour eux-mêmes un jour. Je pense également qu'il est important de souligner que vous entendez des survivants et des conjoints, mais qu'il vous manque l'expérience des enfants.

J'administre conjointement un groupe de soutien informel pour les conjoints des membres de la GRC et des vétérans qui vivent avec un TSPT. Notre groupe compte environ 700 membres. J'ai invité d'autres personnes à témoigner devant vous, mais la stigmatisation est toujours importante. Vous entendrez donc mon témoignage et celui de Jessica Ruth uniquement, même si le groupe suit cette question de près et l'appuie. Avant de se joindre au groupe, de nombreux conjoints se sentaient isolés et avaient de la difficulté à comprendre ce que leur vie était devenue.

● (0830)

Il arrive trop souvent que des personnes divorcent. D'autres femmes ont vécu des décennies de mauvais traitements en tentant d'honorer la promesse faite à leur mariage d'être là dans la maladie et la santé.

Ce que je veux dire, c'est que la réponse à presque toutes les histoires incroyables est toujours: « Je comprends tout à fait et j'ai vécu des expériences semblables », suivie d'une recommandation de counselling.

Non seulement avons-nous un rôle de fournisseur de soins pour les vétérans dans nos vies, mais cela n'est souvent pas réciproque, ceux-ci pouvant avoir du mal à fournir le soutien que l'on attend habituellement d'un conjoint. Il ne suffit pas de financer les soins de santé mentale pour les conjoints à titre de proches aidants. La plupart des épouses que j'ai rencontrées ont dû composer avec le TSPT de leur conjoint avant que celui-ci accepte son état. La plupart ont éprouvé des difficultés lorsque leur conjoint membre ou vétéran a refusé de poursuivre son traitement. Beaucoup d'entre elles continuent d'avoir de la difficulté après leur divorce. Les soins en santé mentale proprement dits pourraient servir de bouée de sauvetage pour le bien-être du vétéran, contribuer à la santé des membres de sa famille et leur permettre de continuer à jouer un rôle dans la collectivité à leur façon — comme infirmières, enseignants, travailleuses sociales ou d'autres rôles importants.

Enfin, je suis l'organisatrice de la pétition e-6654 et la coorganisatrice du groupe chargée d'améliorer les soins de santé mentale pour les familles et les conjoints des vétérans des FAC et de la GRC. La pétition a été inspirée par Jessica Ruth, que vous avez reçue. Ce que nous demandons, c'est quelque chose que l'ombud des vétérans recommande depuis près d'une décennie, à savoir un traitement en santé mentale lié au service pour les familles. Il est inconcevable que les familles attendent toujours qu'on leur offre autre chose que du counselling à court terme et des services pour la forme, alors qu'elles contribuent de façon si importante au bien-être des vétérans et leur offrent souvent un soutien qui va bien au-delà de leurs années de service.

Les vétérans nous regardent. Nous sommes encouragés de voir des sénateurs poser à la ministre des questions sur les progrès réalisés à l'égard de cette recommandation. Pourtant, le traumatisme que représente l'insécurité est encore plus grand lorsque la réponse qui est constamment donnée est simplement : « Nous devons en faire davantage ». J'ai reçu des réponses plus éclairées de députés à ce comité et à l'extérieur de celui-ci. C'est facile de dire que la ministre est nouvelle, mais nous savons tous qu'il y a une équipe de professionnels derrière elle pour la préparer à répondre à ces questions. La bureaucratie continue de laisser tomber les vétérans et leur famille.

Une prévention véritable pourrait commencer par une étude semblable portant sur la GRC et les FAC individuellement. Pour ce qui est du ministère des Anciens combattants, j'aimerais vous donner une réponse simple à la question de la prévention du suicide et répondre aux deux questions que les membres du Comité ont déjà posées.

Madame Auguste, vous vous interrogez sur les approches novatrices pour prévenir le suicide. Malheureusement, ACC n'a même pas encore compris les éléments de base. Ceux-ci sont tellement fondamentaux que les experts ne les mentionnent même pas. Il faut financer les traitements en santé mentale, indépendamment du vétéran, pour les familles avant que survienne un décès, afin qu'elles aient les compétences et la capacité nécessaires pour soutenir le vétéran.

Monsieur Wagantall, vous avez demandé s'il y avait quelque chose qu'il faudrait faire immédiatement pour aider. Il faudrait fournir des soins de santé mentale aux familles, avant que ne se produise un suicide, afin qu'elles puissent aider leur vétéran. Il faudrait financer les soins de santé mentale après le décès du vétéran, afin que les familles n'aient pas à subir les répercussions du suicide, comme cela se produit maintenant.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup, madame Symonds. Je vous remercie pour le courage dont vous faites preuve aujourd'hui. Je crois avoir entendu que vous êtes mère à nouveau, alors je tenais à vous féliciter pour la naissance de votre enfant.

Nous allons commencer une série de questions. Chaque député disposera de six minutes.

Nous allons commencer par M. Tolmie, pour six minutes. Je vous en prie.

Fraser Tolmie (Moose Jaw—Lake Centre—Lanigan, PCC): Merci, madame la présidente.

Je remercie nos témoins de leur présence ce matin.

Madame Symonds, je suis désolé d'entendre ce que vous avez vécu et ce que vous avez traversé avec ACC. ACC devrait être là pour aider tous les membres. Son rôle ne devrait pas être de faire des choix et d'établir des priorités. Je suis désolé que vous ayez eu à vivre cela.

Vous avez parlé de votre pétition, la e-6654. Je me demande si vous pourriez nous en dire un peu plus à ce sujet pour ceux qui suivent peut-être les délibérations du Comité.

Samara Symonds: Bien sûr.

À l'heure actuelle, ACC prévoit du counselling pour les membres de la famille, à condition que le vétéran soit vivant et qu'il suive un

traitement. Ce qui a déclenché la pétition, c'est qu'une personne appartenant à la famille d'un vétéran recevait un traitement financé par ACC, avait une relation établie avec un psychologue et obtenait le soutien dont elle avait grandement besoin. Malheureusement, le vétéran en question s'est suicidé et cette personne a été immédiatement privée de son traitement en santé mentale à un moment où elle était très vulnérable. Elle a eu la bravoure de se présenter à une assemblée publique avec l'ombud des vétérans et de lui faire part de la situation précaire dans laquelle elle se trouvait. L'ombud lui a répondu qu'il était prévu dans un rapport de 2021 que les membres de la famille puissent recevoir des soins en santé mentale, financés par ACC, à titre personnel et non comme proches aidants d'un vétéran.

Bien que cela ait été recommandé en 2021 et reconnu par ACC dans les médias et dans des rapports qui se sont retrouvés sous les projecteurs, à la suite du rapport initial, nous n'avons vu aucune démarche en ce sens. Il est souvent fait mention du Service d'aide d'ACC, qui est l'équivalent d'un programme d'aide aux employés. Il n'y a pas de garantie que les services d'un psychologue ou de quelqu'un qui est spécialisé dans le domaine pour lequel vous demandez de l'aide seront disponibles.

La pétition visait simplement à attirer l'attention sur ce rapport de 2021, dans lequel on demandait déjà cette simple chose.

De plus, dans le cadre des recherches que nous avons menées depuis, nous nous sommes rendu compte qu'en 2016, l'ombud des vétérans parlait déjà de cela. C'est pourquoi je dis que cela fait une décennie que nous avons compris que les familles subissent des répercussions liées au service et qu'elles ont grandement besoin d'avoir accès à leur propre traitement en santé mentale.

• (0835)

Fraser Tolmie: Merci beaucoup de cette réponse.

Puis-je vous demander où les gens peuvent trouver cette pétition pour la signer?

Samara Symonds: Malheureusement, la pétition a pris fin avec un peu moins de 5 500 signatures. Elle a été présentée au Parlement hier après-midi.

Fraser Tolmie: Merci beaucoup.

Dans votre témoignage, vous avez parlé un peu de ce que d'autres témoins nous ont dit au sujet du traumatisme que représente l'insécurité, l'organisation étant censée être là pour vous aider, que vous soyez un agent de la GRC ou un vétéran.

Pourriez-vous nous parler de votre expérience à cet égard?

Samara Symonds: Que vous soyez membre des Forces armées canadiennes ou de la GRC, vous prêtez un serment qui est lourd de sens et qui change votre vie. Vous vous engagez à un niveau auquel aucun autre employé ne doit s'engager, et vous le faites en sachant que c'est un service qui est pris très au sérieux dans ce pays. Vous allez faire des choses incroyables pour votre pays, avec pour résultat que vous serez soutenu si vous subissez un préjudice incroyable par suite de cet engagement pour le bien de votre pays, ce qui est inévitable. En contrepartie du fait que nous acceptons de subir ces blessures, nous nous attendons à pouvoir nous tourner vers un organisme comme le ministère des Anciens Combattants pour retrouver une vie saine une fois notre service terminé.

Le fait que la nature de votre service soit jugée, que votre blessure soit jugée ou remise en question et que vous ne receviez aucun soutien concernant vos options équivaut à recevoir un chèque une fois par mois pour compenser les dommages que vous avez subis, en sachant que c'est tout ce que vous allez obtenir pour le reste de votre vie, alors que tout ce que nous souhaitons, c'est du soutien pour essayer de recouvrer la santé, afin de pouvoir devenir un employé nouveau, un parent en santé et un conjoint en santé.

Fraser Tolmie: Merci. C'était une excellente réponse. Je vous suis vraiment reconnaissant.

J'aimerais revenir sur un point. Dans votre témoignage, vous avez parlé de la façon dont vous avez été jugée et, dans cette dernière réponse, vous avez dit que vous aviez l'impression d'être jugée en ce qui a trait à vos blessures ou à votre état.

Avez-vous l'impression d'être jugée...? J'aimerais savoir s'il y a une différence entre les vétérans de la GRC et ceux de l'armée. Y a-t-il une différence? Avez-vous l'impression d'être traitée différemment en raison de votre service au sein d'une organisation différente?

La présidente: Madame Symonds, malheureusement, je peux vous accorder seulement 15 secondes.

Samara Symonds: Oui, je pense que nous sommes traités différemment. De plus, les prestations auxquelles nous sommes admissibles sont moindres, ce qui complique les choses.

La présidente: Merci, madame Symonds.

J'aimerais maintenant donner la parole à Mme Hirtle pour six minutes. Je vous en prie.

• (0840)

Alana Hirtle (Cumberland—Colchester, Lib.): Merci, madame la présidente.

Monsieur Bernard, je vous remercie de votre présence ici aujourd'hui et de tout le travail que vous faites au service de la communauté des vétérans canadiens.

Mesdames et messieurs les membres du Comité, lors de notre première réunion, il avait été prévu que nous recevions une formation sur les pratiques tenant compte des traumatismes avant d'entreprendre toute étude, en sachant que les témoins présenteraient des situations et des problèmes graves et bouleversants. Dans le cadre de notre étude, nous avons entendu des témoins parler des avantages qu'il y aurait à offrir une formation sur les pratiques tenant compte des traumatismes aux personnes qui travaillent avec les vétérans et dont le but est de répondre à leurs besoins.

Des membres de la famille de vétérans nous ont également dit qu'ils éprouvent des difficultés, et vous avez parlé de ce qu'ils qualifient parfois de défis insurmontables lorsqu'il s'agit de naviguer dans les services ou de communiquer avec des vétérans qui sont aux prises avec un TSPT, et c'est là-dessus que j'aimerais commencer aujourd'hui.

Sauf erreur, vous préconisez une gamme de techniques thérapeutiques dans votre pratique. Pouvez-vous nous dire quels sont les types de traitements les plus souvent efficaces, d'après votre expérience auprès des vétérans qui vivent avec un TSPT, et comment vous voyez les thérapies émergentes par rapport aux approches plus traditionnelles qui sont utilisées?

Marc-André Bernard: C'est une excellente question.

Oui, j'ai reçu ma formation initiale en thérapie cognitivo-comportementale. Il y a une thérapie d'exposition prolongée qui est utilisée, une exposition liée au traumatisme.

Ce que je disais, c'est que je n'aime pas les méthodes de réadaptation uniformisées qui sont utilisées, parce qu'elles visent à appliquer le même genre de processus à tout le monde. J'ai l'impression que le parcours des vétérans de l'armée et de la GRC est tellement différent que d'autres approches pourraient être nécessaires.

J'ai des vétérans qui bénéficient vraiment de la thérapie avec des chevaux. Je ne sais pas comment elle s'appelle en anglais, mais c'est un nouveau type de thérapie qui est utilisée. L'un des principaux problèmes liés au TSPT est l'acceptation du bagage émotionnel, et il touche beaucoup de gens. Tout ce qui aidera la personne à établir un lien avec ses émotions et à apprendre à gérer ses émotions empêchera le TSPT d'empirer. Toutes les approches qui aident les vétérans à se connecter à leurs émotions d'une manière non menaçante — et la thérapie avec des chevaux en fait partie — peuvent être très bénéfiques.

Je sais qu'on utilise l'EMDR, c'est-à-dire l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires. C'est une approche que je n'ai jamais utilisée. Elle ne fait pas partie de mon arsenal, alors je ne peux pas me prononcer là-dessus.

Il y a un autre type de thérapie qui est plus courante que celle-là. C'est ce qu'on appelle la « thérapie narrative », qui consiste pour une personne à raconter tout son parcours — dans ce cas-ci, sa vie professionnelle —, en vue de poser des jalons. Le traumatisme est quelque chose qui vous change à jamais, mais cela ne signifie pas que le changement doit être seulement négatif. La croissance et la résilience post-traumatiques ont été étudiées, et beaucoup de gens s'en sortent. Il y a une possibilité de croissance, mais il y a une période très difficile à traverser où les gens ont besoin d'aide. La thérapie narrative relie ensemble ou intègre toutes les parties de votre vie et leur donne un sens, ce qui est l'essence même de la résilience. Il s'agit d'intégrer toutes les parties de votre vie et d'être à l'aise avec cela, avec une meilleure gestion émotionnelle, une notion qui n'existe pas dans les forces armées. Cela est compréhensible d'une certaine façon, mais je pense que la formation que les gens reçoivent pour faire le travail difficile d'un policier ou d'un militaire exige parfois de mettre de côté l'aspect émotionnel. Cela ne le fait pas disparaître, mais les émotions s'accumulent et se compliquent.

Toutes les approches en matière de traumatisme visent à simplifier l'acceptation de ces choses et à faire en sorte que cela soit considéré comme acceptable. C'est ce que je disais au sujet de l'humiliation et de la honte, parce que j'estime que ce sont des sentiments qui peuvent mener au suicide. Les gens préfèrent disparaître plutôt que d'avoir à faire face à ces émotions. Ils ne savent pas comment le faire, et ils ne sont pas dans un environnement où il est acceptable de le faire.

Je ne sais pas si cela répond à votre question.

• (0845)

Alana Hirtle: C'était excellent. Merci.

Je crois qu'il me reste un peu moins d'une minute, alors je vais poser une brève question. Vous pouvez répondre par oui ou par non.

Trouvez-vous qu'une combinaison de thérapies par la parole et de solutions pharmacologiques sous surveillance, à court ou à long terme, est efficace?

Marc-André Bernard: Oui, même s'il y a eu une période où les gens prenaient trop de médicaments, ce qui causait beaucoup de problèmes.

Dans certains cas, la combinaison des deux pourrait être le meilleur moyen de traverser la partie la plus difficile. S'il y a une thérapie par la parole ou des stratégies pour aider la personne à s'en sortir, en combinaison avec un médicament, cela pourrait être indiqué dans de nombreux cas.

Alana Hirtle: Merci beaucoup.

[Français]

La présidente: Merci beaucoup.

Madame Gaudreau, vous avez la parole pour six minutes.

Marie-Hélène Gaudreau (Laurentides—Labelle, BQ): Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins.

Monsieur Bernard, je vous remercie de prendre le temps de vous occuper de nos vétérans et vétéranes. Je vous remercie également de nous faire un résumé de la situation et de nous dévoiler cette masse critique très importante, puisque vous mentionnez rencontrer en moyenne entre 15 et 20 vétérans par semaine. Je constate que vous avez tout ce qu'il nous faut pour soumettre des recommandations.

Dans un premier temps, est-ce que vous avez entendu le témoignage de Mme Symonds? Si oui, s'agit-il d'un cas spécifique ou ce cas existe-t-il pour plusieurs?

Marc-André Bernard: Ce n'est absolument pas un cas spécifique. En fait, ce que Mme Symonds note, c'est quelque chose que j'observe tous les jours dans ma pratique. Je me vois souvent obligé d'inviter la conjointe ou le conjoint à la thérapie individuelle de mon patient, pour offrir des informations, pour répondre aux questions ou pour recueillir leurs informations, parce que le soutien n'est pas offert ailleurs. Je vois aussi beaucoup de policiers de la GRC, un milieu où les services ne sont pas les mêmes et où il est vraiment plus difficile d'y avoir accès.

La famille est extrêmement impactée par le service militaire et par les problèmes psychologiques qui s'ensuivent. Effectivement, comme le disait Mme Symonds, la famille est la première ligne de soutien du vétéran. C'est souvent grâce au conjoint ou à la conjointe que le vétéran va aller chercher de l'aide ou qu'il sera soutenu. Donc, ce n'est vraiment pas un cas unique que Mme Symonds nous amène aujourd'hui.

Marie-Hélène Gaudreau: Je vous ai entendu dire que, lorsqu'on quitte les Forces, il est extrêmement important de maintenir le lien, non seulement parce qu'il s'est développé une certaine fratrie, mais parce que les gens ont un grand besoin de rester en contact. J'imagine que les gens vous disent qu'ils ne se sentent pas pris en compte lorsqu'ils quittent les Forces. Ai-je bien entendu?

Marc-André Bernard: Oui, absolument.

Il y a une chose que je note, qui est problématique et spécifique à l'armée en ce moment, et c'est l'absence de continuité de soins pendant la transition entre le service et la libération. Le ministère des Anciens Combattants semble souvent ne pas avoir accès aux dossiers. Le militaire, en sortant des Forces, perd son médecin et ses intervenants. Ma position est privilégiée puisque, en tant que psychologue à l'extérieur de l'armée, je peux suivre des militaires pendant qu'ils sont en service, au moment de leur sortie et après leur

sortie. Souvent, je suis le seul intervenant présent tout au long de ce processus.

Une des choses qui vulnérabilise le plus les vétérans que je suis en ce moment — j'ai plusieurs exemples en tête —, c'est de devoir répéter ad nauseam les mêmes choses dans le cadre d'évaluations qui se répètent. Ces vétérans étaient évalués en bonne et due forme dans les Forces. Ils sont réévalués au complet à leur sortie des Forces, comme si les évaluations des Forces n'étaient pas prises en compte. Souvent, ils doivent se battre avec les intervenants pour que je puisse faire l'évaluation, parce qu'ils veulent que ce soit quelqu'un d'autre qui la fasse. Il n'y a pas un souci de continuité. Je sais que, pour les vétérans, il est extrêmement humiliant de devoir raconter leur histoire encore et encore. Il est extrêmement frustrant de se heurter à une bureaucratie donnant l'impression qu'il n'y a aucune continuité. Donc, je pense que ça augmente énormément la détresse à la sortie.

● (0850)

Marie-Hélène Gaudreau: C'est excellent. Il me reste encore un peu de temps.

Donc, il faut maintenir un lien et offrir du soutien, y compris aux parents, aux enfants ou aux conjoints, qui sont en première ligne. Ce que j'entends aussi, c'est que de devenir spécialiste ne veut pas dire qu'on a fait le travail dans les Forces armées. Il s'agit plutôt de mieux comprendre les personnes individuellement. Il a été proposé que les gens reçoivent une formation spécifique, ce qui permettrait à d'autres docteurs comme vous de prendre le relais et de garder un lien pour offrir du soutien psychologique à ces gens. Qu'en pensez-vous?

Marc-André Bernard: Oui. La formation spécifique serait nécessaire, comme l'expliquait Mme Symonds. Ce type d'implication dans ce genre de métier est peu commun. Il faut comprendre ce qu'implique ce genre d'investissement dans sa carrière et les effets que ça peut avoir. Je peux moins parler de la GRC, mais l'armée constitue une culture dans une culture. C'est une culture très différente. Si on ne connaît pas cette culture, je trouve que les hommes et les femmes de l'armée vont avoir de la difficulté à s'ouvrir. Il est beaucoup plus facile pour moi d'offrir de la thérapie maintenant, 10 ou 12 ans plus tard, puisque je connais tous les codes et la culture et que je sais comment les gens fonctionnent. Il est plus facile de créer un lien protecteur avec eux, selon moi.

Marie-Hélène Gaudreau: Merci beaucoup, monsieur Bernard.

La présidente: Merci, madame Gaudreau.

[Traduction]

C'est maintenant au tour de Mme Wagantall, pour cinq minutes. Je vous en prie.

Cathay Wagantall (Yorkton—Melville, PCC): Merci, monsieur le président.

Madame Symonds, je vous remercie infiniment de votre témoignage d'aujourd'hui et du lien avec ce que l'ombudsman m'a dit au Comité.

Je veux clarifier... Vous n'êtes pas sans savoir qu'à l'heure actuelle, la capacité d'ACC de faire ce que nous demandons est limitée. Le gouvernement a reconnu que les membres de la famille méritent d'avoir accès à des soins de santé mentale. Cependant, il faut modifier la loi pour habiliter ACC à offrir ce service.

À titre de précision, ce que vous demandez, c'est que le gouvernement apporte un changement législatif en vue d'inclure le droit des membres de la famille de recevoir un traitement. Est-ce bien cela?

Samara Symonds: C'est ce que je comprends de l'ombudsman, qui est une source digne de confiance, je crois. J'ai entendu différentes idées possibles qui en sont encore à leurs premiers balbutiements.

J'apprécie tous les efforts que font les députés pour essayer d'améliorer les services. Cependant, nous avons toujours comme objectif à long terme que des mesures législatives soient prises pour protéger ce droit.

Cathay Wagantall: Merci beaucoup.

Monsieur Bernard, dans le cadre de votre travail auprès des vétérans, y a-t-il des occasions où ceux-ci vous font part du fait qu'ils envisagent le suicide comme un moyen de répondre à leur situation?

Marc-André Bernard: Oui, il y en a.

Cathay Wagantall: Pouvez-vous me dire à quel moment de votre engagement auprès des vétérans vous prenez connaissance de cette préoccupation dans leur cœur et leur esprit?

Marc-André Bernard: Une fois la relation thérapeutique établie, c'est quelque chose que je dois vérifier et que je dois aborder. Habituellement, cela ne vient pas d'eux.

Cathay Wagantall: Dans votre démarche avec eux, est-il déjà arrivé qu'ils vous parlent de circonstances dans lesquelles ils ont envisagé l'aide médicale à mourir ou ont été encouragés à considérer cette option compte tenu de leur situation?

Marc-André Bernard: Je n'ai jamais vu de cas où les gens ont été encouragés à avoir recours à cela, mais j'ai vu des vétérans être ébranlés par le suicide de frères d'armes, ce qui les a amenés à considérer cela pour eux-mêmes.

Cathay Wagantall: Si je comprends bien, après avoir vu des camarades et des amis se suicider, et peut-être en voyant les répercussions sur la famille, ils envisagent l'aide médicale à mourir comme une option?

• (0855)

Marc-André Bernard: Nous nous sommes peut-être mal compris. Ce que je voulais dire, c'est que lorsqu'un de leurs frères d'armes se suicide, cela les ébranle parfois au point où ils envisagent cela pour eux-mêmes.

Cathay Wagantall: D'accord, je comprends. C'est très désolant.

Vous avez dit que les vétérans ont le choix du type de traitement qu'ils suivent et qu'il y a de nombreuses possibilités différentes qui leur sont offertes. Je sais qu'ils se parlent entre eux et qu'ils prennent connaissance des résultats positifs de tel ou tel type de traitement. Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur la nécessité d'offrir aux vétérans beaucoup plus de choix quant au type de traitement offert? Je sais que nous avons ce tout nouveau programme avec les Services de réadaptation personnalisés pour les vétérans et leur famille, qui est censé les aider à trouver des fournisseurs.

Quel est votre point de vue sur le rôle des vétérans dans leur propre traitement?

Marc-André Bernard: Comme je l'ai dit dans mon exposé, je pense que la situation est difficile, parce qu'il leur faut une plus grande autodétermination, chose qui est très difficile pour eux parce

qu'ils ont appris à ne pas en avoir pendant de nombreuses années. Je pense qu'ils sont parfois incapables de faire les choix qui s'imposent.

Je suis d'accord avec ce que vous dites, à savoir qu'il faut offrir plus de choix, parce que certaines approches ne conviennent pas à certaines personnes. Par exemple, l'exposition à un traumatisme est un traitement très efficace, mais très difficile. Cela ne convient pas à certaines personnes, et il faut respecter cela. Je pense qu'il devrait y avoir plus de choix.

Nous n'avons peut-être plus de temps, mais j'ai des problèmes avec la façon dont la réadaptation est abordée par les Services de réadaptation personnalisés pour les vétérans et leur famille à l'heure actuelle.

Cathay Wagantall: Merci beaucoup.

La présidente: Il vous reste 20 secondes.

Cathay Wagantall: Vous traitez le TSPT. Êtes-vous en mesure de déterminer quand il s'agit d'un TSPT et quand il s'agit d'un traumatisme cérébral?

Marc-André Bernard: Je n'ai pas d'expertise en la matière, mais nous faisons toujours des vérifications parce que s'il s'agit d'un traumatisme cérébral, il faut investiguer davantage pour s'assurer que les deux ne sont pas présents. Ils peuvent parfois sembler identiques, mais ils n'obtiennent pas les mêmes résultats dans le cadre d'une thérapie par la parole.

[Français]

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Bernard.

Madame Auguste, vous avez la parole pour cinq minutes.

Tatiana Auguste (Terrebonne, Lib.): Merci beaucoup, madame la présidente.

D'abord, j'aimerais remercier Mme Symonds d'être ici ce matin, et de son témoignage.

Monsieur Bernard, dans le développement de vos relations avec les vétérans que vous voyez, vous avez dit qu'il arrivait parfois que la question du suicide soit abordée. J'aimerais savoir quels obstacles vous rencontrez dans votre pratique en ce qui concerne la prévention du suicide chez les vétérans.

Marc-André Bernard: Les obstacles que je rencontre sont souvent en lien avec la capacité d'amener le vétéran à parler ouvertement de cette solution. C'est souvent un sujet difficile à amener et qu'ils vont taire en essayant de protéger la famille. L'autre obstacle que je vois est le même que pour l'ensemble du traitement, c'est-à-dire que les vétérans ont été entraînés à ne pas communiquer tout ce qui pourrait apparaître comme une faiblesse. J'essaie toujours de communiquer la notion psychologique que des pensées suicidaires ou des symptômes post-traumatiques n'ont rien à voir avec une faiblesse de caractère, mais sont plutôt le reflet d'une souffrance.

Il faut amener ces pensées à l'avant-plan si on veut qu'elles se résorbent, si on veut comprendre de quoi ils parlent. L'obstacle principal est d'amener le vétéran à être capable de s'ouvrir complètement sur ce sujet et d'en parler. Il a souvent peur que je le fasse hospitaliser ou que j'agisse de façon sévère s'il mentionne une idée suicidaire. Or, dans les faits, si on décèle une idée suicidaire au départ, on a amplement le temps d'en parler longtemps pour qu'elle se dissipe. On n'a donc pas besoin d'agir. Quand on a besoin d'agir rapidement, c'est souvent quand l'idée est présente depuis très longtemps.

Tatiana Auguste: Merci beaucoup.

Dans le contexte de la science, vous avez parlé un peu plus tôt des approches que vous n'avez pas adoptées, mais qui ont été adoptées ailleurs. Mme Symonds a mentionné qu'elle reçoit du soutien auprès de ses pairs. Dans votre pratique et selon votre expertise, quelle place occupe le soutien par les pairs pour nos vétérans?

● (0900)

Marc-André Bernard: C'est une très bonne question.

Les vétérans sont un peu différents sur ce sujet. Certains vont sentir qu'ils ont besoin d'être soutenus par des gens qui peuvent absolument comprendre leur situation. Ils vont donc beaucoup bénéficier de soutien par les pairs, par des gens à qui ils n'ont pas besoin d'expliquer plein de choses. C'est un réseau protecteur. Par contre, d'autres vétérans, à leur sortie des Forces, ressentent le besoin de se distancier de l'armée et de leurs frères d'armes. Dans leur cas, le soutien serait vraiment différent, et il s'agirait plutôt de les aider à créer un réseau dans le monde civil, qui leur apporterait un soutien.

J'ai vu les deux cas de figure, mais les pairs peuvent certainement jouer un rôle important. Le problème, du moins dans la génération de militaires que j'ai traités, est que ces gens ne parlent pas beaucoup de ces choses-là entre eux, ou n'osent pas s'en parler, alors qu'ils pourraient parfois s'offrir un soutien intéressant si, au moins, ils arrivaient à s'en parler.

Tatiana Auguste: Merci beaucoup.

Vous dites que vous traitez des militaires d'une certaine génération: de quelle génération s'agit-il exactement?

Marc-André Bernard: Dans les 10 dernières années, j'ai surtout vu des militaires qui sont allés en Bosnie ou en Afghanistan, soit des hommes de 35 à 60 ans. J'ai vu moins de jeunes militaires de 20 à 30 ans. Si les choses ont changé pour cette plus jeune génération, puisque l'armée a un peu évolué, je suis moins bien placé pour en témoigner.

Tatiana Auguste: Merci beaucoup.

Mon autre question concerne les approches thérapeutiques: utilisez-vous de nouvelles approches dont vous aimeriez nous faire part?

Marc-André Bernard: L'approche que j'utilise le plus est l'exposition au souvenir du traumatisme, la thérapie narrative, qui émerge de plus en plus. C'est celle que j'ai adoptée le plus récemment. L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires, ou thérapie EMDR, est la principale approche utilisée dans l'Ouest canadien. Elle est peut-être un peu moins utilisée au Québec pour traiter les traumatismes, mais on l'utilise néanmoins. Plusieurs des vétérans que j'ai traités en ont bénéficié, alors que d'autres ne l'ont pas aimée, mais elle existe depuis longtemps. Selon ce que je vois, l'approche qui produit les meilleurs résultats sur le plan de la gestion émotionnelle est celle qui implique les animaux.

Tatiana Auguste: Merci.

La présidente: Merci beaucoup.

Madame Gaudreau, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

Marie-Hélène Gaudreau: Merci, madame la présidente.

Monsieur Bernard, c'est très intéressant, la thérapie qui implique les animaux.

Cependant, j'aimerais comprendre quelque chose. Quel est le mécanisme de défense d'une institution, lorsqu'elle fait face à quelque chose de gros, lourd, touchant et contraignant, et qu'elle ne connaît pas, peut-être par manque d'expertise, la particularité de chaque cas? Qu'est-ce qui peut se passer, dans une organisation?

Marc-André Bernard: Je ne suis pas sûr de comprendre la question.

Marie-Hélène Gaudreau: Pour les fonctionnaires et les politiciens qui ne vivent pas ces réalités, quel est le mécanisme? Qu'est-ce qui peut se passer?

Marc-André Bernard: Comme psychologues, nous pouvons facilement voir le niveau d'impuissance et de souffrance que les gens ressentent, et même nous, qui sommes bien formés pour y faire face, pouvons trouver cela difficile. Les fonctionnaires et les politiciens ont encore moins d'outils pour faire face à cette souffrance. Alors, souvent, pour réagir à ce niveau d'impuissance, on a tendance à vouloir agir rapidement et à vouloir encadrer cela. Malheureusement, cela crée beaucoup de bureaucratie, de procédés et d'évaluations, et le désir de se rassurer en faisant cela fait souffrir les vétérans. C'est comme s'ils devaient sauter dans des cerceaux sans arrêt pour qu'on finisse par croire qu'on a ce qu'on a, pour arriver à avoir le traitement dont on a besoin. Je ne pense pas que les gens le font exprès, mais c'est un processus qui ajoute à la souffrance du vétéran, selon moi.

● (0905)

Marie-Hélène Gaudreau: Selon ce que je comprends, avec toute l'expertise qu'on peut avoir concernant la mise en place de programmes, pour ce qui est des vétérans et des vétéranes, il y aurait lieu de moduler pour grandement améliorer la situation au lieu de créer d'autres programmes. Est-ce bien cela?

Marc-André Bernard: C'est exactement cela.

Marie-Hélène Gaudreau: Je vous remercie infiniment.

Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci beaucoup.

[Traduction]

Madame Symonds, je ne veux pas vous mettre sur la sellette, mais je vous ai vu hocher de la tête à l'occasion, et il nous reste un peu de temps avant que, par respect, je doive passer à notre deuxième groupe.

J'aimerais vraiment que vous nous fassiez part de vos réflexions, car je vous ai vu hocher la tête. Je m'excuse. Je ne veux pas vous mettre dans une position délicate, mais j'aimerais vraiment que vous nous parliez pendant quelques minutes de certains des points que M. Bernard a abordés ou des questions qui ont été posées et sur lesquelles vous aimeriez donner votre avis.

Samara Symonds: Dans l'ensemble, je dirais simplement que, parmi les nombreuses fois où les médecins n'ont pas agi, ils n'avaient peut-être pas des connaissances ou une expérience du plus haut niveau. Peut-être parce qu'ils étaient plutôt jeunes, constat qui vaut toujours pour moi.

Prenons la GRC. Je trouve que les observations du témoin sur l'expérience de ces groupes sont fondées sur des données objectives, notamment à propos du fait que des membres de la GRC ont subi de lourds traumatismes liés à l'organisation. Ce peut être à cause du processus de libération ou d'autres problèmes bureaucratiques ou administratifs qu'ils ont vécus, en lien ou pas avec le traumatisme subi dans le service.

Il est sûr que certains ne veulent rien savoir de cette population particulière. Il ne faut pas oublier que, même si le soutien par les pairs a bien fonctionné pour moi, comme conjointe, ce n'est pas forcément le cas pour tous les vétérans. Ce soutien est souvent très peu structuré. Ce qui est bien, car il peut prendre la forme souhaitée par les vétérans, mais il doit aussi y avoir un moyen de promouvoir et soutenir cette façon de faire, afin que l'existence de ces groupes soit reconnue.

La souplesse est également très importante. C'est sans doute ce que le témoin veut dire en faisant remarquer que nous devons entendre chacun individuellement et ensuite l'aider à décider lui-même ce dont il a besoin.

J'ai beaucoup aimé la discussion sur l'équithérapie. J'ai entendu dire que c'était très positif pour les vétérans également. C'est le genre de choses que les vétérans constatent souvent et que ceux d'entre nous qui sont habiles dans les dédales bureaucratiques chercheront à obtenir, mais il faut alors citer des recherches, apporter une justification. Il faut faire appel à un médecin, à un psychologue, à un ergothérapeute, à toutes sortes de spécialistes pour vérifier la validité de ce que nous demandons. Par contre, si je propose des ordonnances pour de nombreux médicaments, l'autorisation est donnée sans hésitation.

La présidente: Merci beaucoup de votre contribution.

Au nom du Comité, je tiens à vous remercier d'avoir servi notre pays. Nous vous souhaitons la meilleure des chances avec le petit que vous avez à la maison. Je sais que c'est une période difficile en ce moment. Merci de votre courage.

[Français]

Monsieur Bernard, je vous remercie beaucoup d'avoir participé à notre étude.

[Traduction]

Je vais suspendre la séance pendant quelques minutes, puis nous passerons aux prochains témoins.

[Français]

La séance est suspendue.

• (905)

(Pause)

• (915)

[Traduction]

La présidente: Avant de présenter le deuxième groupe de témoins, je dois prévenir les auditeurs qu'il sera question d'expériences liées au suicide et au deuil. Ce peut être difficile pour les auditeurs qui auraient vécu des expériences de cet ordre.

Il est important que les témoins et les députés soient conscients du fait qu'il s'agit de discussions difficiles. J'invite les témoins à le faire savoir si, à un moment donné, ils sont mal à l'aise. Le Comité pourra faire une pause.

Voici quelques indications à l'intention des nouveaux témoins. Attendez, avant d'intervenir, que je vous donne nommément la parole. Pour activer ou désactiver le microphone, appuyez sur le gros bouton de la console. Si vous voulez entendre l'interprétation, utilisez l'oreillette. Des boutons de la console permettent de sélectionner la langue et de modifier le volume.

Je souhaite donc la bienvenue au deuxième groupe de témoins.

M. Shane Nedohin témoignera à titre personnel. Il est décrit comme « fermier ». Je m'abstiendrais de cette précision. Merci d'être là, monsieur.

De l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, nous accueillons M. Nicholas Held, directeur scientifique par intérim.

Nous allons commencer par vous accorder cinq minutes chacun pour faire votre exposé liminaire. Par la suite, nous passerons aux questions des membres du Comité.

Monsieur Nedohin, vous avez la parole. Cinq minutes.

Shane Nedohin (fermier, à titre personnel): Bonjour, madame la présidente, membres du Comité et aux Anciens combattants.

J'ai sous les yeux beaucoup de notes. Comme c'est beaucoup trop pour les cinq minutes, je vais m'en tenir aux principaux points et parler rapidement.

Je m'appelle Shane Nedohin. Je suis un combattant à la retraite de la FOI 2, la Deuxième Force opérationnelle interarmées, et j'ai servi notre pays dans le cadre de multiples déploiements de combats en Afghanistan, de trois missions en Irak et d'une foule d'autres déploiements à l'étranger et au Canada. J'ai été dans ce service pendant un peu moins de 22 ans, et j'ai pris ma retraite en janvier 2024. J'ai été libéré, principalement pour des blessures de stress post-traumatique, ou BSPT, et des lésions cérébrales traumatiques, ou TCC, ainsi que pour toute une série de blessures musculosquelettiques.

L'an dernier, je me suis rendu au Parlement. J'ai parlé publiquement d'une lettre reçue d'Anciens Combattants Canada, ACC, faisant abstraction des données de la science et niant que les explosions puissent causer des TCC. La même lettre a été envoyée à bon nombre de mes amis. Le jour où j'ai reçu cette lettre, j'ai commencé à planifier ma propre mort.

J'avais déjà eu des pensées suicidaires, mais c'est ACC et son ignorance qui m'ont poussé à l'étape de la planification. J'ai été sauvé par mon extraordinaire famille — ma femme et mes deux belles filles, qui m'accompagnent aujourd'hui — et aussi par la Concussion Legacy Foundation, qui m'a épaulé à fond et m'a aidé à me battre contre Anciens Combattants Canada alors que j'avais perdu tout espoir.

Par la suite, le sous-ministre adjoint d'ACC a admis que la lettre était une erreur, que cet incident n'aurait jamais dû se produire. J'ai des doutes. La lettre a été envoyée à un trop grand nombre d'anciens combattants pour que ce puisse être une erreur. J'ai bien des raisons d'avoir des doutes, mais je n'ai pas le temps d'en parler.

Le problème a depuis été corrigé, mais il y en a bien d'autres qui persistent, et c'est pourquoi nous comparaissons aujourd'hui. D'autres témoins ont déjà parlé de bon nombre des problèmes que je voudrais soulever: la bureaucratie de la paie, qui vient de trois sources différentes, les multiples organisations avec lesquelles les anciens combattants doivent traiter, et le harcèlement des anciens combattants par Manuvie, qui exploite à son avantage les dispositions sur la rémunération et les avantages sociaux, par exemple. Je commencerai par PSRVC, ou Partenaires des services de réadaptation aux vétérans canadiens. C'est là un programme inspiré par de bonnes intentions, mais qui fait plus de mal que de bien, si j'en crois mon expérience et celle d'autres vétérans avec qui j'ai discuté.

À mon avis, PSRVC s'apparente plus à un système de libération conditionnelle qu'à un programme de soutien. Il prend les vétérans en otage en menaçant de leur retirer rémunération et avantages s'ils refusent de se conformer à ses conditions. Il ne leur permet pas de recevoir leurs soins de fournisseurs non rattachés à Lifemark. J'y reviens dans un instant.

À mon avis, PSRVC fait double emploi, pour l'essentiel, avec de nombreux avantages déjà offerts par la couverture B de la Croix-Bleue et, dans bien des cas, par la couverture A. Il crée donc, par le contrat actuel, un système qui justifie sa propre existence, il me semble. Une grande entité soucieuse d'elle-même avant tout. Le contrat conclu avec Lifemark et Loblaw's a été signé malgré l'avis défavorable des gestionnaires de cas, des vétérans, des fonctionnaires et de bien d'autres gens. Depuis la signature du contrat, les actions de Loblaw's et de Lifemark ont grimpé en flèche. J'exhorte les députés à examiner le jeu des relations et tractations ayant mené à la signature de ce contrat, qui a été imposé de force, malgré l'opposition. Comme le gouvernement a derrière lui bien des scandales, comme SNC-Lavalin et la caisse noire du Fonds vert, il vaut la peine de faire enquête. Mais ce n'est là qu'une digression.

Le contrat conclu par PSRVC force les vétérans à recourir aux seuls fournisseurs de Lifemark, même s'il n'y en a pas là où ils habitent. J'ai été obligé de faire mon évaluation physiologique en ergothérapie en mode virtuel devant mon ordinateur portable, en levant les bras et en me déplaçant pendant que le type à l'autre bout essayait d'évaluer l'amplitude de mes mouvements au moyen d'images vidéo granuleuses. Tout cela même si je vois actuellement un physiothérapeute grâce à ma couverture de la Croix-Bleue, et même si j'avais subi la semaine précédente une évaluation correcte. Mais elle n'a pas été acceptée parce qu'il était impossible d'avoir une évaluation réalisée par un service non rattaché à Lifemark.

J'ai soulevé ces points auprès du sous-ministre adjoint et de la directrice de PSRVC, Danica Arseneault. J'ai demandé au sous-ministre adjoint pourquoi je suis obligé de recourir à Lifemark. À cause des exigences d'un contrat? Il m'a répondu que, effectivement, c'était une obligation contractuelle, que je devais faire appel à Lifemark. J'ai demandé si cela restait valable en dépit du fait que Lifemark ne pouvait pas offrir de services dans ma région. Il y a bien un fournisseur à Grande Prairie, mais je ne peux faire appel à ses services — c'est une longue histoire —, et on ne me permet pas de m'adresser à un autre fournisseur. Ce n'est là qu'un exemple qui illustre les difficultés infligées aux anciens combattants.

Mon temps de parole se termine dans cinq secondes. Je m'arrêterai donc là.

• (0920)

La présidente: Monsieur Nedohin, merci beaucoup de votre intervention et merci d'avoir servi notre pays.

Monsieur Held, vous avez cinq minutes.

Nicholas Held (directeur scientifique par intérim, Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans): Merci.

Bonjour à vous, madame la présidente, et aux membres du Comité. C'est un honneur de m'adresser à vous.

Je m'appelle Nicholas Held. Je suis directeur scientifique par intérim de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, ou ICRSMV.

L'Institut a pour mission d'améliorer la vie des militaires, des vétérans et de leurs familles au Canada en exploitant la capacité nationale de recherche et en mobilisant les données de la recherche pour la prestation de soins et l'élaboration des politiques et des pratiques. Il a été mis sur pied par Anciens Combattants Canada en tant que centre de mobilisation du savoir indépendant et spécialisé qui facilite la recherche pour répondre aux besoins propres aux militaires et aux vétérans en matière de santé.

Depuis 2010, l'Institut a constitué un réseau de 50 universités et collèges canadiens — en plus de partenaires du monde entier — qui ont convenu de collaborer pour répondre aux besoins des militaires, des vétérans et de leurs familles en matière de recherche sur la santé.

Pour faire vite, je ne vais souligner que quelques éléments, quitte à survoler le reste.

Nous lançons des appels à la concurrence et effectuons un examen indépendant confié à des pairs. Nous avons aussi une grande conférence scientifique, le forum de l'ICRSMV. Elle a eu lieu à Ottawa il y a quelques semaines. Nous avons accueilli environ 800 personnes venues du Canada et des quatre coins du monde. Je tiens à souligner que le risque de suicide et le soutien aux personnes à risque est toujours une question étudiée au cours de ces conférences. Cette année, il y a eu huit exposés sur le sujet et un thème portant sur le suicide pour comprendre l'impact sur la santé des militaires et des vétérans.

Nous avons également fondé le *Journal of Military, Veteran and Family Health*, une revue savante dont les articles sont revus par des pairs. C'est par ces moyens que nous établissons des liens entre les systèmes de recherche, de soins et de politiques afin que les résultats des recherches soient utilisés dans les pratiques clinique et communautaire et dans l'élaboration des politiques. La revue a publié un ensemble de travaux portant sur le risque de suicide et la prévention du suicide chez les membres actifs, les vétérans et les familles.

Une recension de la publication montre qu'il y a eu plus de 160 articles qui mentionnent le suicide. Je ne crois pas que qui que ce soit ait lu l'intégralité de ces articles, mais les principaux points d'intérêt sont sans doute ceux-ci: la transition de la vie militaire à la vie civile, les comorbidités complexes avec d'autres problèmes de santé, l'impact sur les familles et le soutien qui leur est proposé, l'amélioration de la compétence culturelle des fournisseurs de soins et l'amélioration des liens entre les données et les ensembles de données plus vastes dont nous avons besoin au Canada. Il faut continuer d'investir dans ces données sur la population en cause afin de pouvoir comprendre les besoins en soins et l'état de santé des militaires tout au long de leur service, dans diverses cohortes et pendant les années de vie après le service.

Le suicide chez les vétérans demeure un problème persistant qui mérite une attention considérable. On rapporte que les vétérans de sexe masculin sont 1,4 fois plus enclins à se suicider que les civils, et que les vétérans de sexe féminin sont 1,9 fois plus susceptibles de se suicider que les civiles. Des recherches plus poussées révèlent que le suicide peut survenir à un moment différent selon les sexes. En moyenne, les hommes se suicident environ 3 ans après avoir quitté le service, tandis que les femmes le font, en moyenne, 20 ans après. C'est un exemple de point critique à garder en tête.

Ces différences font ressortir deux points où il importe d'approfondir notre compréhension. Premièrement, il ne suffit pas d'étudier le suicide comme si le groupe des vétérans était monolithique. Il faut comprendre en quoi des expériences différentes au cours du service peuvent être liées aux idées suicidaires, aux tentatives de suicide et aux décès par suicide. Deuxièmement, il faut continuer d'investir dans une prévention qui ne considère pas le suicide comme un fait ponctuel, mais opte plutôt pour une approche qui vise à comprendre et à gérer les risques sur le long terme.

La littérature met en lumière de nombreux facteurs différents qui augmentent le risque de suicide, comme les traumatismes crâniens, la douleur chronique et la dépression, pour n'en nommer que quelques-uns, mais il est essentiel d'envisager le suicide dans une perspective de santé globale et de parcours de vie.

En 2018, l'Institut a codirigé une table ronde avec Anciens Combattants Canada et les Forces armées canadiennes afin d'apporter une approche communautaire à la prévention du suicide. En grande partie, cet effort s'est appuyé sur les travaux du Dr Jitender Sareen et a été financé par l'Institut. Les recommandations issues de cette table ronde — c'était en 2018, je le répète — étaient les suivantes : fournir de l'éducation, de la formation et de l'information aux praticiens ; améliorer le soutien à la transition tout au long de la vie ; offrir du soutien pour les défis liés à l'identité pendant la transition ; promouvoir la communication, la collaboration et le partage des connaissances à l'échelle de la collectivité ; explorer les considérations stratégiques pour la prévention du suicide ; élaborer des approches communautaires globales en matière de soins aux personnes suicidaires ; aplanir les obstacles qui entravent l'accès aux services. À l'époque, il y a sept ans, on a souligné qu'il nous fallait plus d'information sur bien des plans : les personnes qui ont besoin de soins, le rôle des familles, la compréhension des différences entre les sexes, l'élaboration de méthodes pour améliorer les compétences d'écoute de nos fournisseurs de soins et la recherche de moyens de traduire efficacement les résultats de la recherche en mesures concrètes.

Plus récemment, nous avons codirigé la collaboration en matière de recherche et d'innovation en santé mentale du Groupe des cinq avec Phoenix Australia, en harmonisant les priorités de recherche et en présentant une synthèse axée sur l'élaboration de politiques aux ministres du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni et des États-Unis. En 2024, la collaboration a mené à la publication d'une vision concise du Groupe des cinq sur le suicide chez les militaires et les vétérans. Le rapport souligne que, même si de nombreux risques ont été cernés, il demeure difficile de savoir qui tentera de se suicider. Après des décennies de recherche, la compréhension des causes, la prédiction et la prévention du suicide chez les militaires et les anciens combattants sont encore limitées. Le rapport a insisté sur les facteurs de risque : la présence de problèmes de santé mentale et physique, l'exposition cumulative à des traumatismes et la libération pour des raisons d'ordre médical ou la libération contre le gré de la personne en cause.

● (0925)

Le rapport a mis en évidence les prochaines étapes recommandées pendant le service, qui pourraient comprendre le dépistage précoce des problèmes de santé mentale et des tendances suicidaires, depuis l'enrôlement et avec des interventions tout au long de la carrière et du cycle de vie ; l'accès facile à des soins personnalisés fondés sur des faits ; l'atténuation de la stigmatisation et des autres

obstacles à la recherche d'aide ; et l'éducation pour les simples individus, les pairs, les familles et le milieu.

Après le service, des stratégies de prévention semblables ont été recommandées, y compris offrir du soutien pendant et après la transition de la vie militaire à la vie civile ; tenir compte des circonstances et des environnements particuliers dans lesquels les vétérans effectuent leur transition ; renforcer notre système de soutien aux familles, en les dotant des connaissances et des compétences nécessaires pour faciliter la transition.

Merci.

La présidente : Merci beaucoup, monsieur Held.

J'ai l'assurance que le témoignage que nous avons entendu à l'instant suscitera beaucoup de questions.

Monsieur Richards, vous avez six minutes.

Blake Richards (Airdrie—Cochrane, PCC) : Merci.

Monsieur Nedohin, j'ai des questions à vous poser au sujet de Lifemark, mais permettez-moi d'abord de vous poser deux ou trois autres questions.

Puis-je vous demander de décrire... ? Ceux d'entre vous qui ont dû se battre pour notre pays et doivent à leur retour se battre avec le gouvernement pour obtenir l'aide et le soutien dont ils ont besoin... Quel effet cela a-t-il sur un ancien combattant ? Parlez-nous de votre propre expérience ou de celle de vos amis.

Shane Nedohin : C'est consternant. Il devrait être là pour nous aider... Honnêtement, je crois que les intentions sont bonnes. Il faut une certaine bureaucratie pour faire fonctionner l'administration. Mais il me semble qu'il y a beaucoup d'obstacles, que souvent les institutions nous laissent tomber. Nous perdons confiance. Nous n'y croyons plus.

Au départ, pourquoi s'enrôler dans l'armée ? Parce qu'on veut se battre pour son pays. Le Canada, j'y croyais. Et on revient, et tout cela s'effrite. Chaque fois qu'un vétéran éprouve un problème comme le mien avec le ministère, il perd un peu confiance. Et puis s'érode la confiance qu'on avait en son pays, dans les causes pour lesquelles on se battait. On finit par désespérer de son propre pays.

● (0930)

Blake Richards : Vos propos m'attristent. Je comprends votre point de vue et celui de nombreux anciens combattants, mais il ne devrait pas en être ainsi.

Vous avez parlé de ce que vous avez vécu et qui vous a donné envie d'en finir. Je suis sûr que vous avez des amis qui, malheureusement, n'ont pas tenu bon comme vous l'avez fait et sont passés à l'acte. On dirait que tous les anciens combattants avec qui nous discutons ont des amis qui ont fait la même chose.

Pensez-vous que ces disparitions, du moins dans bien des cas, auraient pu être évitées si notre gouvernement ne traitait pas les anciens combattants comme il le fait ?

Shane Nedohin : Oui et non. Le suicide peut avoir bien des causes. On peut parfois le prévenir et parfois non. Je n'ai pas de réponse.

Chose certaine, des facteurs soulevés pendant les travaux du Comité ont contribué à pousser bien des anciens combattants au bord du précipice. Si un ancien combattant déjà fragile se fait asséner un coup dur par le ministère, cela peut l'amener, dans son for intérieur, à y voir le signe qu'il cherche pour mettre fin à ses jours: tout le monde s'en fiche, personne ne veut s'occuper des anciens combattants, etc.

Je le répète, il arrive que des programmes qui partent de bonnes intentions aillent à l'encontre du but visé.

Blake Richards: Bon enchaînement pour m'amener à parler de PSRVC et de Lifemark. Vous avez abordé le sujet dans votre exposé.

Pourriez-vous parler plus longuement des effets de cette initiative? Parlez-nous de ce que vous ou vos amis avez vécu parce que vous n'avez pu recourir aux fournisseurs que vous aviez déjà, qui vous inspiraient confiance, qui constituaient une solution plus commode et qui pouvaient mieux vous aider, et parce que vous avez été contraints d'en voir d'autres à cause d'un contrat. Expliquez-nous un peu les problèmes que cela occasionne.

Shane Nedohin: Cela fait presque deux ans que je suis de retour dans le civil, et je n'ai pas encore reçu une seule séance de réadaptation de PSRVC à cause de la bureaucratie. Il y a toujours un problème. On m'obligeait à consulter tel prestataire de soins, mais j'ai refusé parce que c'était quelqu'un qui était à Halifax, se spécialisait dans les soins aux personnes LGBTQIA2E, accompagnait, en allié, des Autochtones, et ne s'était jamais occupé d'anciens combattants. J'ai refusé de voir ce psychologue parce qu'il ne me comprenait pas.

Cela a causé un autre délai de quatre mois. Le nombre de fournisseurs est déjà limité. Pourquoi je ne pourrais pas consulter quelqu'un de chez moi avec qui je suis à l'aise? Je veux avoir le choix, mais PSRVC me dit que je dois consulter celui ou celle qu'il décide, sans quoi je peux dire adieu aux prestations de remplacement du revenu. Je me le suis fait dire bien des fois, et c'est inacceptable. Le gouvernement fait du chantage avec nos prestations. Ces problèmes merdiques doivent cesser. On aurait déjà dû y mettre bon ordre.

Blake Richards: Je suis tout à fait d'accord avec vous là-dessus. Tout à fait.

Monsieur Held, pouvez-vous nous dire à quel point il est important, lorsqu'une personne est suicidaire, d'avoir accès aux soins rapidement? Il n'y a pas que l'intervention d'urgence. Après, il faut des soins de suivi. À quel point est-ce important? Qu'arrive-t-il lorsque la personne doit revenir à la charge cinq, six ou sept fois pour obtenir des soins?

Nicholas Held: Les soins sont très importants. Au Canada, la situation est difficile sous bien des angles dans les services de santé. Il faut avoir au moins des compétences culturelles élémentaires et comprendre le service militaire. Nos travaux y contribuent. Nous cherchons à informer les fournisseurs de soins de santé au sujet des compétences culturelles et de l'expérience militaire.

Les anciens combattants ont dit qu'il leur suffit de 90 secondes pour voir si la personne qu'ils consultent comprend un tant soit peu ce qu'ils vivent. Nous ne disons pas que tous les fournisseurs de soins de santé doivent vivre l'expérience militaire, mais ils doivent avoir des connaissances de base.

• (0935)

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Held.

Nous passons maintenant à M. Clark pour six minutes.

Braedon Clark (Sackville—Bedford—Preston, Lib.): Merci beaucoup, madame la présidente.

Messieurs, merci beaucoup d'être là ce matin.

Monsieur Nedohin, merci beaucoup d'avoir servi notre pays. Éprouvez-vous des douleurs physiques persistantes ou chroniques à cause de blessures que vous avez subies à l'armée?

Shane Nedohin: Oui.

Braedon Clark: À votre avis, quel impact cela a-t-il eu sur votre vie depuis que vous avez subi ces blessures? Je songe en particulier à la douleur.

Shane Nedohin: La douleur est présente tous les jours. Qui-conque a jamais eu des douleurs chroniques sait qu'elles ont un effet sur le mental. Elles agissent sur l'humeur, avivent l'irritabilité. Connaissez-vous quelqu'un qui a une rage de dents? Il devient irascible et irritable. Si on conjugue la douleur physique, le traumatisme cérébral et tout le reste... J'ai des vertiges et des étourdissements. Certains jours, je suis plutôt bien et d'autres non. Il faut vivre avec et les conséquences sont lourdes. On se débrouille.

Braedon Clark: Merci de nous en avoir parlé. Je voulais connaître votre point de vue personnel.

Monsieur Held, d'un point de vue clinique, tout au long de votre carrière, vous vous êtes beaucoup consacré au problème de la douleur chronique. À votre avis, du point de vue de la recherche, quelle est l'incidence de la douleur chronique sur les anciens combattants aux plans physique et mental?

Nicholas Held: Excellente question.

Nous savons que la douleur chronique touche presque deux fois plus les anciens combattants canadiens que la population canadienne en général. Elle a un lien très fort de comorbidité avec les problèmes de santé mentale. Les problèmes mentaux exacerbent les symptômes de douleur et vice versa. Il y a là une relation en soi. Il y a aussi un lien entre la douleur chronique et le suicide. Tout cela est lié. C'est l'un des éléments importants de mon exposé. Le suicide n'est pas un fait ponctuel. C'est un problème important tout au long de la vie, avec toutes les difficultés qui se conjuguent.

L'un des plus grands défis... Nous avons cerné de nombreux facteurs de risque au cours des 10 années ou plus de recherche. Il faut comprendre ce qui fait passer une personne du stade des facteurs de risque à la tentative de suicide, mais il reste encore du travail à faire.

Braedon Clark: Vous avez parlé de la recherche et du travail de l'ICRSMV, qui est excellent.

Comment traduisez-vous vos travaux de recherche en résultats concrets? Comment éclairez-vous le ministère pour veiller à ce que les anciens combattants puissent bénéficier directement de vos travaux dans la pratique quotidienne? Quel est le retentissement de vos travaux au plan pratique?

Nicholas Held: C'est une excellente question.

Disons pour commencer qu'il n'y a pas de solution parfaite pour tous les pays ni pour les pays du Groupe des cinq, car les mécanismes varient. Le forum a organisé une table ronde dont l'objectif était la recherche de moyens efficaces. Nous facilitons la recherche partout au Canada. Nous avons également des réunions régulières au sein des Services de santé des Forces canadiennes et avec Anciens Combattants Canada. Nous avons des moyens de communication comme la revue dont j'ai parlé et que tous peuvent consulter. Elle est gratuite pour tout le monde. Nous avons le forum de l'ICRSMV, qui est un espace de rassemblement. Nous travaillons sur le terrain pour améliorer les compétences culturelles, la formation médicale continue, les crédits, etc.

Il y a des échanges constants. On se demande à qui incombe la responsabilité. Il pourrait y avoir là un cadre qui serait discuté à l'avenir. Souvent, les députés et les organismes gouvernementaux disent peut-être que c'est aux chercheurs qu'il incombe d'agir et de mieux transmettre l'information au gouvernement. De toute évidence, nous avons un rôle à jouer, puisque nous sommes une passerelle entre chercheurs et gouvernement. Nous nous intéressons de près à la question. Les chercheurs ont l'impression qu'il revient au gouvernement de s'emparer des résultats des recherches et d'y donner suite en s'appuyant sur les faits.

En somme, il n'y a pas de mécanisme parfait, mais nous avons tous un rôle à jouer. Chose certaine, nous avons un rôle important à jouer pour assurer la liaison entre les cliniciens, les anciens combattants eux-mêmes, les fournisseurs de soins de santé et les fonctionnaires également.

Braedon Clark: Monsieur Held, à la lumière de ce que vous venez d'expliquer, serait-il juste de dire qu'il existe un processus uniforme, régularisé et officiel pour transmettre les résultats de votre travail directement au ministère des Anciens Combattants: « Voici ce que nous avons appris, ce qui pourrait marcher. À vous de l'intégrer à vos politiques. » Ou les liens sont-ils plus fragmentaires, pour l'instant?

• (0940)

Nicholas Held: À certains égards, c'est plutôt fragmentaire. Il est très simpliste de penser qu'on peut réaliser et présenter une étude en comptant avoir toutes les réponses. Nous devons donner de l'information et être francs. J'ai une formation scientifique. Je crois à la médecine fondée sur des données. C'est important. Mais dans la prise de décisions et l'élaboration des politiques, un millier de facteurs interviennent. La recherche ne représente qu'un élément. C'est forcément fragmentaire. Des décisions se prennent, et je sais que ce n'est pas toujours uniquement en fonction des faits. Cela ne va pas changer, mais nous avons aussi tendance à dire qu'il faut s'appuyer sur des faits. Souvent, c'est le discours qu'on tient dans de nombreux domaines. Nous devons nous interroger sur le mécanisme et nous assurer de pouvoir utiliser dans la pratique les résultats de la recherche.

Braedon Clark: Dans votre exposé, monsieur Held, vous avez parlé du travail que vous faites avec le Groupe des cinq et avec des pays semblables au Canada. Au cours de réunions antérieures consacrées à cette étude, nous avons entendu dire que, malheureusement, le problème du suicide chez les anciens combattants est une histoire familière et constante dans bon nombre de pays semblables au Canada. Avez-vous tiré des leçons ou des enseignements de ce travail, grâce à ce qui se fait dans certains de ces pays, où les choses se passent peut-être bien sur certains plans, avec des méthodes que nous pourrions imiter? Y a-t-il des éléments qui retiennent votre attention?

Nicholas Held: Je dirais que nous pourrions nous inspirer de la commission royale australienne sur la défense et le suicide des vétérans en tant que façon systémique et systématique d'aborder la question. Quant à moi, c'est un élément essentiel. Il est difficile de répondre parfaitement à cette question en 10 secondes, mais je pense que nous devons réfléchir à la façon de l'aborder au niveau de tous les systèmes.

La présidente: Merci beaucoup.

[Français]

Madame Gaudreau, vous avez la parole pour six minutes.

Marie-Hélène Gaudreau: Merci, madame la présidente.

Docteur Held, avons-nous accès à des données probantes qui pourraient démontrer, si ça a lieu, une perte d'intérêt pour l'enrôlement dans les Forces armées canadiennes, suite à ce qui s'est passé en Bosnie et en Afghanistan? Est-ce qu'il y a des données démontrant qu'il y a une régression de l'intérêt à s'enrôler officiellement?

[Traduction]

Nicholas Held: Je ne suis pas au courant d'études précises qui pourraient nous fournir cette information. Vous pourriez peut-être examiner les taux d'inscription, les raisons pour lesquelles les gens s'inscrivent ou pas, et pourquoi certains quittent le service. Nous avons une abondance de données à l'interne, surtout au MDN, qui ne sont pas accessibles aux organisations externes et qui pourraient fournir une partie de la réponse. Je ne pense pas nécessairement aux données d'inscription, mais aux renseignements recueillis lors des entrevues de départ notamment sur les raisons pour lesquelles les gens sont libérés, et aux difficultés que nous éprouvons pour les maintenir en poste. Ces questions pourraient être soulevées, mais je ne peux pas en parler à l'interne.

[Français]

Marie-Hélène Gaudreau: On constate qu'il y a un processus de soins qui devrait évidemment changer. On se rend compte, et on l'a entendu lors du témoignage de M. Nedohin, qu'on s'occupe du curatif: on veut soigner rapidement et passer à autre chose. Quand je constate qu'il y a, entre autres, des gens qui passent à l'acte après 20 ans, j'ai l'impression qu'il y a une culture qui devrait changer, pour ce qui est des anciens combattants, pour du palliatif. Un traumatisme crânien ne disparaîtra pas par magie. Il faut des soins.

Avons-nous des données qui pourraient expliquer que les soins palliatifs offerts aux vétérans sont insuffisants?

[Traduction]

Nicholas Held: Pour ce qui est des soins palliatifs, compte tenu du vieillissement de la population, nous avons modifié les politiques gouvernementales et fait évoluer le traitement des anciens combattants vieillissants au fil du temps. C'est un élément clé. Nous venons de publier un rapport sur les anciens combattants vieillissants dont je vous recommande la lecture. Je sais que les soins palliatifs ne sont pas exclusivement liés au vieillissement, mais il faut tenir compte de cet aspect.

Par ailleurs, qui dit soins palliatifs dit système de soins de santé. Nous avons travaillé avec des médecins pour essayer de sensibiliser davantage les militaires, mais ce ne sont pas toujours les médecins qui passent beaucoup de temps auprès de nos vétérans. On parle ici de soins de santé offerts à différents niveaux. Nous devons non seulement veiller à investir dans les soins primaires, c'est-à-dire dans les services de première ligne dispensés par des médecins et des psychiatres, mais aussi dans l'ensemble des soins dispensés par des prestataires de soins de niveau inférieur qui pourraient être appelés à s'occuper des vétérans.

● (0945)

[Français]

Marie-Hélène Gaudreau: Merci.

Monsieur Nedohin, je vais parler tranquillement.

Comment peut-on penser avoir une bonne vie après avoir servi, après avoir été fier de sa partie, être revenu à la maison en famille et s'être dit que ce rêve-là n'était pas celui-là? Comment fait-on pour vivre une vie remplie de fierté et de sérénité quand on revient avec des traumatismes? De quoi avons-nous besoin comme êtres humains pour vous aider ainsi que l'ensemble des vétérans et des vétérans?

[Traduction]

Shane Nedohin: Je pense que ce sera différent pour chaque personne. Pour ma part, je veux qu'on me laisse tranquille. Admettez que des vétérans puissent être blessés et cessez d'exiger qu'ils en fassent toujours la preuve. C'est ainsi que je vois les choses.

Je ne sais pas comment répondre autrement à votre question, parce que je ne peux parler qu'en mon nom personnel.

[Français]

Marie-Hélène Gaudreau: Je comprends. Il faut qu'on nous laisse tranquille pour ne pas encore une fois être retraumatisé à expliquer quels sont nos problèmes physiques et mentaux, mais, en même temps, donner un service de suivi selon la nécessité, c'est-à-dire tout le restant de la vie.

[Traduction]

Shane Nedohin: À l'heure actuelle, je suis capable d'organiser ma vie en prenant soin de moi. Si j'ai besoin de physiothérapie, je peux y avoir accès. Je n'ai pas besoin d'une nounou qui me dise que je dois me soumettre à un nouvel examen médical parce qu'il faut encore 18 mois et que je dois prouver que mes jambes fonctionnent.

Je n'ai pas besoin d'une nounou d'État qui me surveille. J'ai simplement besoin de savoir ce qui est mis à ma disposition pour mon salaire et mes avantages sociaux. C'est à ces gens-là de démêler tout cela la première année, ou peu importe, suivant ma libération, et de me laisser tranquille.

C'est ce que je veux. Ce n'est peut-être pas ce que les autres anciens combattants veulent, mais c'est ce que je veux moi.

[Français]

Marie-Hélène Gaudreau: Merci, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Monsieur Viersen, vous avez cinq minutes.

Arnold Viersen (Peace River—Westlock, PCC): Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins de leur présence.

Monsieur Nedohin, vous êtes ici en tant qu'« exploitant agricole ». C'est intéressant...

Shane Nedohin: Je ne savais pas que cela allait être affiché. Je croyais qu'il fallait indiquer la profession.

Arnold Viersen: Je comprends cela. Je suis moi-même mécanicien automobile.

Je me demandais si c'était délibéré de votre part, étant donné que la plupart des gens ont inscrit leur grade et précisé ensuite « retraité », par exemple. Était-ce délibéré?

Shane Nedohin: Pas vraiment. C'est mon ancienne vie. Ce n'est plus qui je suis. Maintenant, je suis exploitant agricole.

Arnold Viersen: C'est juste.

Nous avons aussi entendu les témoignages de membres de familles de vétérans qui s'étaient ôté la vie. La plupart nous ont affirmé qu'ils devaient prendre de véritables cocktails de médicaments.

Vous aussi?

Shane Nedohin: C'est toujours le cas. En fait — et c'est ma faute —, je suis tombé à court de médicaments. Quand j'ai pris l'avion pour venir ici hier, je me suis rendu compte que je n'avais pas ce qu'il me fallait et je commence à être en manque.

C'est à cause de mon traumatisme crânien et du reste. Les médecins font de leur mieux pour m'aider, mais je me pose des questions... Je ne leur reprocherai pas de m'avoir mis sur un cocktail de médicaments. J'ai besoin de certains d'entre eux. J'ai besoin de mes médicaments contre la tension artérielle, sinon je risque l'accident vasculaire cérébral. Je ne sais pas, moi, je ne suis pas médecin.

● (0950)

Arnold Viersen: Et pour vos camarades qui se sont enlevé la vie, savez-vous... Nous avons commencé à entendre parler des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, les ISRS. C'est un peu comme des antidépresseurs. Nous avons appris que les pulsions suicidaires sont un des effets secondaires des ISRS. Nous cherchons à prévenir le suicide chez les vétérans, mais voilà que c'est un des effets secondaires de ce médicament. C'est un cercle vicieux.

Voulez-vous réagir à ce sujet?

Shane Nedohin: Je ne sais pas si je suis qualifié pour dire quoi que ce soit. Je suis désolé.

Arnold Viersen: Des gens qui ont communiqué avec Anciens Combattants Canada nous ont également dit qu'on leur avait proposé l'aide médicale à mourir. Nous avons entendu des témoignages très convaincants mardi. Avez-vous vécu quelque chose comme cela?

Shane Nedohin: Pas pour moi, mais un ami à moi se l'est vu offrir.

Arnold Viersen: Monsieur Held, je vous ai vu noter quelque chose quand je parlais des ISRS. Auriez-vous quelque chose à dire à ce propos?

Nicholas Held: Oui. Simplement que... Comme je ne suis pas médecin non plus, j'évite à tout prix de me lancer dans ce genre de débat. J'estime qu'il est très important de considérer que le suicide est un effet secondaire potentiel du médicament, ce qui fait d'autant ressortir la nécessité de disposer de données probantes nous permettant de savoir pour qui le médicament fonctionne, mais aussi chez qui il risque de causer des préjudices. Nous pourrions parler de nombreux cas où il fonctionne, mais pour ce qui est de la pratique courante en soins de santé, nous devons aussi savoir pour qui il risque de ne pas fonctionner, et y consacrer du temps également.

Arnold Viersen: D'accord. À votre connaissance, ce travail est-il en cours?

Nicholas Held: Oui. Je ne suis pas sûr en ce qui concerne les ISRS, mais pour d'autres médicaments dont il a été question mardi, comme les psychédéliques — je ne veux pas me lancer dans ce débat —, des recherches sont en cours, et il reste encore beaucoup à faire pour mieux comprendre tout cela.

Arnold Viersen: Monsieur Nedohin, avez-vous quelque chose à dire à ce sujet?

Shane Nedohin: Oui. J'ai pris de la psilocybine que je n'avais évidemment pas obtenue par voies légales. Je dirais que c'est l'une des choses les plus bénéfiques que j'ai faites. Ce fut un tournant important pour moi. Cette substance m'a permis de traiter beaucoup de choses. Je n'irai pas jusqu'à dire que, sans elle, je ne serais peut-être pas ici, mais elle m'a énormément aidé et je suis convaincu qu'il faudrait l'autoriser.

Arnold Viersen: Vous recommanderiez sa légalisation?

Shane Nedohin: D'après mon expérience personnelle, oui.

Arnold Viersen: J'ai été mécanicien automobile dans une vie antérieure. Souvent, quand on essaie de diagnostiquer un problème, on se colle le nez dessus, puis on prend de la distance. Parfois, le problème n'est qu'un tout petit élément d'un ensemble, et d'autres fois, il occupe toute la place. Il faut aller en amont et en aval pour trouver la réponse.

Dans ce cas-ci également, dans notre quête pour comprendre la situation du suicide chez les vétérans, nous entendons constamment parler de « blessure morale ». Il peut s'agir d'un énorme problème très généralisé ou d'un problème à l'échelle individuelle. Avons-nous fait ce qu'il fallait? Faisons-nous partie des bonnes personnes? Voilà des questions qui se posent.

J'entends souvent les gens dire qu'ils ne reconnaissent plus le Canada. Pensez-vous que cela fait partie du préjudice moral? Les gens sont allés se battre pour notre pays. Ils reviennent et ne reconnaissent pas leur pays.

Shane Nedohin: Puisque vous avez posé la question... Ce ne sera pas une opinion populaire, mais je ne crois plus au Canada. Je suis Albertain et je veux partir.

Arnold Viersen: Diriez-vous que vous vous êtes battu pour quelque chose qui...

Shane Nedohin: J'aimais le Canada. J'ai cru jusqu'à un certain point au Canada. Encore une fois, j'imagine que ce que je vais dire ne sera pas populaire de l'autre côté de la table, mais la dernière décennie a... Ce n'est pas pour cela que je me suis battu, le pays que je regarde. C'est mon opinion personnelle, mais beaucoup de mes collègues vétérans me l'ont dit: ils ne reconnaissent pas le Canada.

Prenons l'Afghanistan, par exemple, et le Canada que nous connaissions quand nous y sommes allés. Je croyais à ce pour quoi

nous luttons en Afghanistan. Nous l'avons vu repris par les talibans et revenir à ce qu'il était. À mon retour ici, j'ai constaté que le gouvernement avait honte d'ériger un monument commémoratif pour honorer les vétérans de l'Afghanistan. Il veut le cacher derrière le QGDN et n'invite personne à y aller. C'est une vraie honte.

Il n'y a pas que pour les vétérans combattants que ça cloche. Il y a bien d'autres problèmes. Voilà où je veux en venir.

● (0955)

La présidente: Merci beaucoup, monsieur.

Nous passons maintenant à M. Casey, pour cinq minutes.

Sean Casey (Charlottetown, Lib.): Merci, madame la présidente.

Monsieur Held, je vais commencer par vous et parler d'un point qu'a soulevé M. Nedohin au sujet de la psilocybine. Nous avons entendu des témoignages de ce genre tout au long du processus.

Pouvez-vous nous parler de l'état de la recherche sur la psilocybine? Nous entendons dire, mais de façon anecdotique, que cette substance donne des résultats — nous l'avons entendu encore aujourd'hui —, mais nous entendons aussi dire que nous ne sommes pas prêts pour une approbation générale, parce que les preuves ne sont pas encore là. En tant que directeur scientifique de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, pouvez-vous me dire où nous en sommes dans la recherche sur la psilocybine?

Nicholas Held: Je peux vous en parler en termes généraux. Je n'ai pas l'intention de discréditer les expériences anecdotiques. Ce n'est pas le but de la recherche. La psilocybine pourrait être bénéfique pour certaines personnes.

La recherche se fait à divers niveaux, il y en a au Canada, mais aussi en Australie et aux États-Unis.

L'efficacité de toute intervention thérapeutique n'est qu'une des dimensions à étudier. Il y a aussi des défis liés à la mise en œuvre que nous devons comprendre du point de vue du système de soins de santé, et nous devons également comprendre les éléments qui peuvent causer des préjudices. Certaines recherches donnent à penser que le suicide pourrait être un effet secondaire. Cela étant, je ne dis pas que le lien est étroit; je ne suis au courant d'aucune recherche à cet égard, mais on en parle. Certaines substances pourraient être délétères, comme n'importe quel médicament qui sauve des vies, et nous devons trouver un équilibre entre ce qui est bénéfique et ce qui pourrait être nocif.

Des recherches sont en cours, et il y a beaucoup de travail à faire dans ce domaine. On pourrait conclure à un potentiel dans l'avenir.

Sean Casey: Merci.

Monsieur Nedohin, je me tourne vers vous.

Vous avez parlé de la lettre que vous avez reçue d'Anciens Combattants Canada, qui ne tenait pas compte des données scientifiques relatives aux traumatismes crâniens. Vous avez dit que ce qui vous a sauvé la vie, c'est votre famille et la Concussion Legacy Foundation. Est-ce l'organisation de Tim Fleiszer?

Shane Nedohin: Oui.

Sean Casey: Bien. Il a déjà témoigné devant le Comité.

Quel rôle la Fondation a-t-elle joué pour vous sortir de ce mauvais pas?

Shane Nedohin: Le plus important, c'est que ces gens-là ont commencé par me croire. Et puis, c'est également dû au poids de l'organisation ainsi qu'au nombre de liens qu'elle entretient et de recherches qu'elle mène.

L'an dernier, quand je suis venu vous entretenir de cette situation, j'ai soulevé la question de savoir pourquoi nous ne nous reposions pas davantage sur le secteur privé. L'industrie privée fera toujours mieux que le gouvernement en recherche et autre.

Un jour, le Dr Cyd Courchesne, médecin en chef d'Anciens Combattants Canada, m'a indiqué que le ministère n'a qu'une petite équipe de chercheurs à qui il faut beaucoup de temps pour chaque projet. Je lui ai demandé pourquoi ACC ne s'en remettait pas davantage sur le secteur privé pour avoir accès à d'autres ressources? Il a invoqué une foule de raisons différentes, et ceci explique cela.

Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question.

Sean Casey: Après avoir parlé de la Concussion Legacy Foundation, vous avez indiqué que le sous-ministre adjoint vous avait dit que la lettre était une erreur, puis je crois vous avoir entendu ajouter que le problème a été corrigé depuis. Que vouliez-vous dire?

Shane Nedohin: Le ministère a cessé d'envoyer aux anciens combattants des lettres niant que les explosions pouvaient causer des lésions cérébrales, et a commencé à reconnaître que les traumatismes cérébraux sont une blessure indemnizable. Jusque-là, nous n'étions pas en mesure de présenter une demande de prestations pour traumatisme crânien, ou alors elle tombait dans les limbes et y restait pendant des années. Dans mon cas, j'ai dû attendre au moins deux ans après mon traumatisme. Pour certains, des événements vieux de 18 mois ou deux ans, voire de deux ans et demi, n'étaient toujours pas reconnus.

Puis, j'ai tout étalé publiquement et, ô surprise, le ministère s'est senti politiquement embarrassé ou publiquement gêné ou que sais-je encore, au point de reconnaître tout d'un coup la validité de la recherche.

Sean Casey: Merci.

Monsieur Held, vous avez été désavantagé dans votre tentative de répondre en 10 secondes à la question de M. Clark concernant la collaboration avec les Australiens. Je vous invite à utiliser le reste du temps pour nous donner une réponse plus complète.

• (1000)

La présidente: Il vous reste 19 secondes.

Sean Casey: C'est deux fois plus que ce que vous aviez.

Nicholas Held: C'est presque le double du temps, alors c'est très bien.

Je dirais qu'un des éléments clés tient au fait que nous avons des paliers de gouvernement très semblables. C'est pourquoi nous avons les pays du Groupe des cinq. C'est ce qui ressort des expériences culturelles de la plupart des pays du Groupe des cinq, ainsi que de l'expérience militaire. Nous savons que les recherches sur les psychédéliques et d'autres recherches sont un peu plus avancées en Australie qu'au Canada. Il y a des façons dont nous devrions envisager de collaborer pour approfondir nos connaissances. Ce travail devra être fait au Canada.

Il s'agit bien sûr d'un mécanisme différent, mais il est essentiel que nous tirions parti des atouts des pays du Groupe des cinq et de nous assurer que nous collaborons avec différents programmes au sein de la recherche et à l'extérieur.

La présidente: Merci.

[Français]

Madame Gaudreau, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

Marie-Hélène Gaudreau: Merci, madame la présidente.

Monsieur Nedohin, j'aimerais avoir votre impression. Compte tenu de ce qui a été vécu dans les dernières décennies, j'ai une préoccupation au sujet de l'augmentation de la défense et aussi de ce qui se passe avec des crises mondiales, économiques ou autres. Si on parle de l'engagement et de la fierté de s'enrôler, est-ce qu'un vétéran comme vous pense que la relève sera plus difficile?

[Traduction]

Shane Nedohin: Excusez-moi, avez-vous parlé de « financer la relève »?

[Français]

Marie-Hélène Gaudreau: Non.

[Traduction]

Shane Nedohin: Désolé, c'est ce que j'ai entendu de l'interprétation; vous auriez dit: « Croyez-vous qu'il sera plus difficile de financer la relève? »

Marie-Hélène Gaudreau: Je voulais parler de « trouver la relève ».

Shane Nedohin: D'accord.

Je ne sais pas. Quand j'ai quitté l'armée, j'ai laissé un navire en perdition. Je ne sais pas ce qu'il en est. Je n'y suis plus depuis un certain temps.

[Français]

Marie-Hélène Gaudreau: Je n'ai pas d'interprétation, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Donnez-moi un instant.

[Français]

Je crois que nous pouvons essayer de nouveau.

[Traduction]

Allez-y, monsieur Nedohin.

Shane Nedohin: Si j'ai bien compris votre question, vous me demandez essentiellement où s'en va l'armée et s'il sera difficile de trouver des gens pour en faire partie, compte tenu... Je dis aux gens de ne pas se joindre à l'armée compte tenu de son état actuel. Nous avons négligé voire détruit nos forces armées au cours des... Depuis qu'elles se sont retirées d'Afghanistan dans leur rôle de combat les forces armées ont essentiellement perdu leur financement, enfin, pas vraiment, mais elles n'ont pas reçu les fonds dont elles avaient besoin. Nous sommes en train de faire du rattrapage. C'est comme un étudiant qui n'aurait pas étudié durant toute une session et qui croulerait maintenant sous la tâche pour se préparer à un test à la dernière minute.

Nous n'avons pas tenu compte du fait qu'une guerre mondiale pourrait éclater. Les gens crient haut et fort que nous devons investir dans nos forces armées. Pourquoi quelqu'un voudrait-il s'engager tandis qu'on manque de logements militaires, que nous avons le pire équipement qui soit et qu'on est plutôt mal traités et mal rémunérés?

Je ne sais pas ce qu'il en est maintenant. J'ai entendu dire que les choses se passent plutôt bien, alors je ne sais pas.

Les gens veulent s'enrôler pour être des guerriers et se battre.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous disposerons de trois minutes, puis d'une autre période de trois minutes jusqu'à la fin de la séance.

Nous allons passer à Mme Wagantall pour trois minutes. Je vous en prie, madame.

Cathay Wagantall: Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci à vous deux pour votre présence.

Monsieur Nedohin, vous avez subi un traumatisme cérébral, ou TCC. Il est indéniable que les commotions cérébrales, comme tous les anciens combattants le savent, peuvent causer ce type de blessure, tout comme certains produits pharmaceutiques. Nous savons que la méfloquine cause des lésions du tronc cérébral que l'on confond avec les blessures de stress post-traumatique, ou BSPT, ce que je ne comprends pas. Je sais qu'il y a des ressemblances, mais certaines caractéristiques sont très différentes.

Monsieur Held, je ne comprends pas pourquoi nous n'insistons pas sur le fait que nous savons ce que sont un TCC et des BSPT. Nous sommes parfois très sélectifs lorsque nous disons que le Canada ne peut pas faire cela tout seul et qu'il a besoin de l'aide d'autres pays pour étudier la question. D'autres fois, on nous dit que ces autres pays savent, mais pas nous. Il faut donc étudier la question. Cela cause beaucoup de difficultés à nos anciens combattants.

Pouvez-vous faire la différence entre un TCC et des BSPT?

• (1005)

Nicholas Held: Encore une fois, je ne suis pas médecin, et il m'est difficile de me prononcer. Je dirais que nous devons parler... Certes, la symptomatologie est commune, mais il existe de très grandes différences entre un syndrome de stress post-traumatique et un traumatisme cérébral. C'est certain. C'est le passage de la recherche à l'action qui compte le plus. Quand on consulte son prestataire de soins de santé, est-on invité à dire si l'on a déjà eu une commotion cérébrale? Encore une fois, vous savez ce que doit faire un ouvrier de brèche ou un spécialiste de ce type qui est souvent exposé à des explosions. Ce sont des indicateurs importants en matière de soins de santé. Je ne sais pas si cette question est posée ou pas, mais c'est une information importante dans le traitement de n'importe quel patient, ainsi que des anciens combattants.

Cathay Wagantall: On se serait attendu à ce qu'ACC le comprenne. Je vous pose une question à laquelle vous préférerez peut-être ne pas...

Nicholas Held: Je pense qu'il y a des moments où la recherche est au rendez-vous. Je crois effectivement important d'appliquer un code médical distinct ou de faire la part des choses.

Cathay Wagantall: Allez-y, monsieur Nedohin.

Shane Nedohin: Je ne sais pas s'il en a été question dans les témoignages, mais il existe ce qu'on appelle le « syndrome de l'opérateur », soit un trouble de stress post-traumatique complexe. Je ne sais pas si quelqu'un dans cette salle en a entendu parler. J'ai entendu dire que ce diagnostic est officiel aux États-Unis, mais je ne peux pas le confirmer. Je ne sais pas dans quelle mesure l'expression est utilisée plus librement là-bas. Elle décrit un concept très large, surtout pour les membres des forces spéciales, les FOS, qui sont exposées à davantage de combats impliquant des ouvertures de

brèches et de multiples traumatismes. Les probabilités de souffrir de BSPT, de TCC, d'abuser de substances pour atténuer la douleur et d'être atteint de maladies musculosquelettiques sont plus grandes chez ces gens-là. Il faut commencer à tenir compte de tous les facteurs dont nous avons discuté ici aujourd'hui, parce qu'on ne peut pas vraiment mettre le doigt sur le bobo et dire: « Dans ce cas, c'est un SSPT et dans tel autre cas, c'est un TCC. » Le distinguo n'est pas facile à établir. Pour reprendre votre référence à la mécanique, on pourrait dire qu'un véhicule est une entité complète, et si une seule pièce n'est plus synchronisée avec le reste, elle peut bloquer toute la machine.

Le syndrome de l'opérateur est un problème auquel nous devons vraiment nous attaquer avec nos alliés américains. Je sais qu'en ce moment, au Canada, nous avons une forte tendance à prendre nos distances par rapport aux États-Unis, mais nous ne nous éloignons jamais de cet allié qu'est l'Amérique. Les États-Unis sont indéniablement notre allié le plus proche et nous devons travailler avec ce pays. Les Américains sont nos frères d'armes, et ils ont trouvé des solutions parce qu'ils ont l'armée la plus puissante au monde.

Cathay Wagantall: Merci beaucoup.

La présidente: Merci beaucoup.

Vous avez trois minutes, madame Hirtle.

Alana Hirtle: Merci.

Monsieur Held, j'ai entendu des membres de la légion dans ma circonscription parler des avantages que présentent les réseaux de soutien par les pairs, mais les anciens combattants des guerres d'hier et les vétérans des conflits modernes ne réagissent pas de la même manière. Je me demande si vous l'avez constaté ou vécu, et quelles réflexions cela vous a inspirées.

Nicholas Held: Les réseaux de soutien par des pairs sont en vogue, ce qui est tout à fait important et formidable. Il y aurait lieu de rendre plus accessibles les divers volets de cette forme de soutien par les pairs.

Nous constatons effectivement des différences entre les vétérans des conflits modernes et les anciens combattants d'antan — la Légion en est un excellent exemple — et cela aurait mérité qu'on s'en remette un peu plus à la Légion pour ce genre de soutien par les pairs.

Je vais vous faire part d'une réflexion personnelle. Je trouve toujours très difficile d'entendre parler des difficultés que connaissent les vétérans, un peu comme nous le faisons aujourd'hui. En tant que membre d'un réseau de soutien par les pairs, j'estime que nous devons garder cela à l'esprit. Nous devons offrir à tous ces gens-là un soutien par les pairs — c'est important —, car ce sont tous des traumatisés, peu importe la forme de cette aide.

Alana Hirtle: Merci.

Je cède le reste de mon temps à M. Casey.

Sean Casey: Je vais poursuivre avec M. Held.

Vous nous avez livré énormément d'informations dans votre déclaration liminaire. J'ai pris frénétiquement des notes qui ne sont pas très bonnes. Avant de parler de la collaboration avec l'Australie, vous avez évoqué ce qui semble avoir été un sommet, en 2018, auquel ont participé le ministère des Anciens Combattants et un universitaire en particulier. Pouvez-vous revenir là-dessus? J'ai noté deux thèmes au passage: la formation pédagogique et le défi identitaire.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur cet événement de 2018?

Nicholas Held: Oui. Je ne faisais pas partie de l'organisation de l'événement de 2018. Il existe tout un document sur notre site Web à ce propos, qui en donne un résumé. Je vais vous le distribuer. Des travaux menés par Jitender Sareen en 2018 et 2019, grâce à un financement de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, l'ICRSMV, ont mené à la table ronde à laquelle ont participé le ministère des Anciens Combattants et les services de santé des Forces canadiennes.

J'ai passé en revue les points saillants des domaines les plus importants méritant d'être mentionnés, et j'ai insisté sur le fait que nous sommes au courant de toutes ces choses depuis un certain temps, soit depuis 2018. Il est bon de voir que nous prenons des mesures à leur égard, mais nous devons aller plus loin.

• (1010)

Sean Casey: Juste avant cela, vous avez mentionné que l'investissement dans la prévention du suicide était une solution viable. C'est ainsi, je crois, que vous en avez parlé. Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

Nicholas Held: Je pense que cela mérite notre attention. Le suicide est un sujet important et, pour nous, le suicide d'un vétéran est un suicide de trop.

À mon avis, nous devons trouver des façons de faire deux choses importantes. Premièrement, nous devons continuer de financer des programmes efficaces qui aident les vétérans et répondent à leurs besoins. Et puis, il faut les évaluer. C'est une chose d'établir des programmes, mais c'en est une autre de comprendre s'ils ont l'effet escompté. Si ce n'est pas le cas, comment les modifier?

Deuxièmement, les stratégies de prévention du suicide sont difficiles à appliquer. Dans un certain sens, elles sont aussi difficiles à évaluer parce qu'elles font intervenir de grands ensembles de données, mais elles sont très importantes. Si l'on raisonne sur de petits ensembles de données, comment va-t-on signaler les cas de personnes n'étant pas allé jusqu'au bout? Comme on ne parle alors pas de suicide, il est difficile de penser à ces stratégies. Si nous investissons dans la recherche longitudinale, le temps aidant, nous pourrions constater à différents moments que quelque chose de ce genre s'est produit, et nous espérons que des mesures concrètes seront prises et que le nombre de suicides de vétérans diminuera au fil du temps. Si nous n'avons que ces petites études sur une période d'un an, sans un véritable investissement dans de grands ensembles de données, nous ne saurons pas vraiment quel sera l'impact au fil du temps.

Sean Casey: Merci.

La présidente: Merci beaucoup à vous deux de vous être déplacés.

Je sais que vos enfants sont ici, monsieur, et c'est un plaisir de vous accueillir à Ottawa.

[Français]

Notre prochaine réunion aura lieu le jeudi 6 novembre 2025. Nous commencerons l'examen du projet de rapport sur l'expérience des vétérans autochtones.

La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la Loi sur le droit d'auteur. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre des communes.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la Loi sur le droit d'auteur.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the Copyright Act. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the Copyright Act.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>