



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

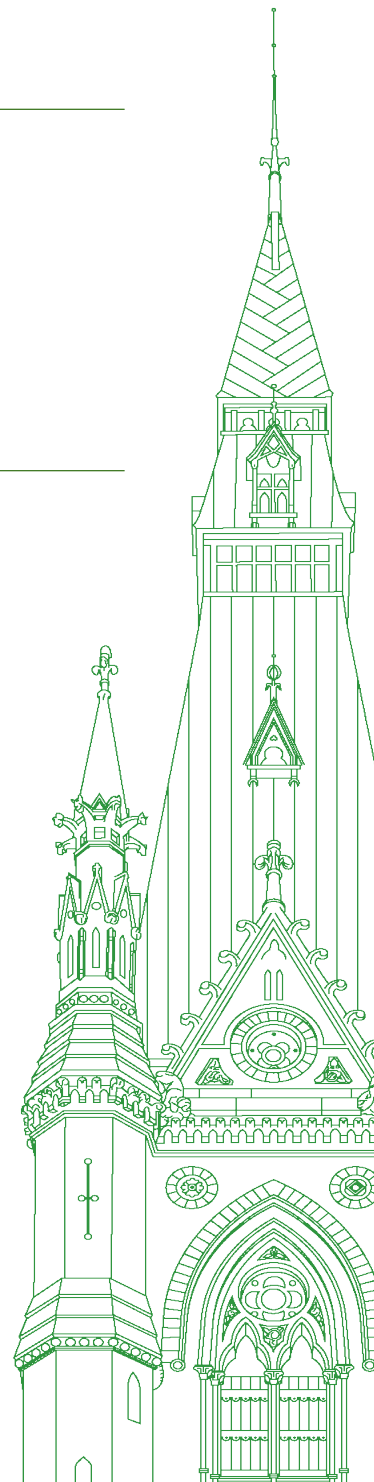
Comité permanent des anciens combattants

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 008

Le jeudi 23 octobre 2025

Présidente : Marie-France Lalonde



Comité permanent des anciens combattants

Le jeudi 23 octobre 2025

• (0820)

[Français]

La présidente (Marie-France Lalonde (Orléans, Lib.)): Bonjour à tous.

[Traduction]

Je déclare la séance ouverte.

Je vous souhaite la bienvenue à la cinquième réunion du Comité permanent des anciens combattants de la Chambre des communes.

Conformément à la motion adoptée le 18 septembre, le Comité se réunit pour reprendre son étude sur la prévention du suicide chez les vétérans.

Avant d'accueillir nos témoins, j'aimerais faire une mise en garde à l'intention des gens qui suivent nos délibérations. Nous allons discuter d'expériences liées au suicide et au deuil, qui peuvent être un élément déclencheur pour des personnes ayant vécu une expérience semblable. Si vous vous sentez bouleversés ou si vous avez besoin d'aide, veuillez en informer notre greffier. Pour tous les témoins et tous les députés, il est important de reconnaître que ce sont des discussions difficiles. Je m'adresse maintenant à notre témoin: si, à un moment donné, vous ne vous sentez pas à l'aise, veuillez nous en faire part. Nous pouvons suspendre la séance pour vous.

Je veux simplement m'assurer que tout le monde est au courant.

Merci beaucoup.

[Français]

Avant d'aller plus loin, j'aimerais demander à tous les participants en personne de consulter les lignes directrices inscrites sur les cartes qui se trouvent sur la table devant eux. 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 celle des interprètes. Vous remarquerez également qu'un code QR figure sur la carte et renvoie à une courte vidéo de sensibilisation.

[Traduction]

J'aimerais souhaiter la bienvenue à notre premier groupe de témoins ce matin.

[Français]

Nous accueillons Mme Noémie Veilleux, qui est sexologue agréée et consultante en politique publique.

[Traduction]

Nous accueillons aussi Mme Jessica Ruth.

Merci beaucoup du service que vous avez rendu au Canada. Je vous remercie de tout ce que vous faites, madame Ruth.

[Français]

Chaque témoin disposera de cinq minutes pour faire sa présentation. Nous procéderons ensuite à une série de questions et de réponses avec les membres du Comité.

Madame Veilleux, vous avez la parole pour cinq minutes.

Noémie Veilleux (sexologue agréée et consultante en politique publique, à titre personnel): Madame la présidente, membres du Comité, bonjour.

Je vous remercie de me recevoir aujourd'hui.

Je m'appelle Noémie et je suis sexologue spécialisée en violence sexuelle. Je compare devant vous aujourd'hui non pas en tant que vétérane, mais comme alliée.

En partenariat avec les cliniques Pembroke Psychological Services et Valhalla Visions Counselling Clinic, j'ai coécrit un rapport intitulé « *Veterans First* ». Dans ce rapport, nous nous sommes intéressés à l'état actuel de nos politiques publiques sur la santé mentale pour les vétérans du Canada. En discutant avec des vétérans d'ici et d'ailleurs, nous avons abordé certains éléments très importants, qui constituent en ce moment des failles de notre système.

Je suis ici aujourd'hui pour trois raisons.

D'abord, je suis ici pour discuter avec vous du fait que la violence sexuelle n'est pas seulement un concept abstrait dans les Forces armées pour les vétérans, mais c'est une réalité. C'est une réalité souffrante.

Ensuite, j'aimerais aborder le grand problème dont personne ne parle, à savoir la culture du silence, tant au sein des Forces armées qu'au moment de la transition vers la vie civile.

Enfin, je voudrais aborder la question de la qualité des soins.

À quoi peut ressembler cette violence sexuelle envers les membres des Forces armées en service? Elle n'est pas toujours spectaculaire. Elle se niche dans des gestes quotidiens, dans des remarques dégradantes ou des blagues sur le corps ou sur la tenue; cela va du chantage au silence lors de commentaires ou à la mise à l'écart des personnes qui disent « non ». Cela peut même aller jusqu'à des agressions physiques répétées, que ce soit par des supérieurs ou des collègues.

Ces violences sont destructrices, parce qu'elles ont lieu dans un environnement où priment la loyauté et la confiance et l'obéissance absolues. Lorsque cette confiance est trahie, il n'en résulte pas seulement une blessure psychologique, mais aussi une blessure identitaire.

À mon avis, il est difficile de concevoir la violence sexuelle, parce qu'elle se glisse dans une certaine normalité. Elle se camoufle sous le couvert de l'humour ou de la camaraderie. Elle est difficile à nommer dans un endroit où on ne veut pas nécessairement déranger, surtout en tant que femme.

Malheureusement, cette violence sexuelle s'impose comme le prix que doit payer une femme sur trois pour servir. Il est important de ne pas oublier non plus les hommes au sein des Forces armées, car ils peuvent également être victimes de violence sexuelle.

Pourquoi n'en parle-t-on pas davantage? Les femmes ont tendance à se taire pour survivre, pour garder leur emploi et pour ne pas être désignées comme instables ou incapables de servir. On ne les croit pas. On les étiquette comme étant inadéquates ou incapables de protéger la nation ou de s'intégrer à leur corps. Elles tentent d'éviter de compromettre leur carrière. C'est une stratégie de survie qui devient ensuite un facteur de risque, lequel contribue à perpétuer cette violence encore et encore.

Ce silence amplifie la honte, coupe les gens du réseau et transforme la douleur en isolement. Lorsqu'il y a une blessure et silence, on tend à développer un traumatisme institutionnel, celui qui consiste à avoir été blessé, pas seulement par une personne, mais également par une structure censée nous protéger, mais qui ne le fait pas.

Quel est le lien entre le traumatisme sexuel et le suicide? Les données sont claires à ce sujet. Les femmes ayant subi de la violence sexuelle au sein des Forces armées sont de trois à quatre fois plus susceptibles de développer des symptômes de dépression sévère, de troubles anxieux et d'idéation suicidaire. Le traumatisme sexuel crée une rupture entre le corps, le sentiment de sécurité et la dignité physique. À ce traumatisme subi dans les Forces armées, on peut ajouter une blessure morale et institutionnelle très forte.

Vivre une agression sexuelle pendant le service dans les Forces équivalait à subir un contrôle constant. Pour se mettre dans la peau d'une personne qui aurait pu vivre ce genre d'agression, il faut s'imaginer que, tous les jours, il faut gérer ses émotions pour ne pas paraître fragile. Il faut éviter d'agir de manière à attirer l'attention ou de dire des choses susceptibles de nous mettre en danger. Il faut se rendre au travail et entrer dans le milieu même où l'agression sexuelle a lieu jour après jour et ne rien pouvoir dire. C'est croiser son agresseur, obéir à ses ordres et vivre dans un état d'hypervigilance constant.

Après le service, cette stratégie de protection devient une source d'isolement. Quand on est vétéran, on n'a plus ni cadre, ni mission ni équipe. On le sait très bien: on est laissé à soi-même. Le traumatisme continue d'habiter les vétérans.

● (0825)

Il affecte le sommeil, la santé sexuelle, les relations avec les proches et la capacité de demander de l'aide. Il y a parfois, également, une certaine difficulté à tolérer le contact physique, à se sentir en sécurité constamment, y compris à la maison, et à maintenir un emploi. Il y a donc des conséquences vraiment très importantes. Certaines vétérans développent des symptômes de stress post-traumatique, des douleurs chroniques, des troubles anxieux et dépressifs, une perte de sens, de la honte, et même des pensées suicidaires. C'est pour parler de ça que nous sommes ici aujourd'hui.

En quoi la qualité des soins va-t-elle jouer un rôle là-dedans?

D'abord, si on reconnaît que le traumatisme sexuel est un déterminant de la santé mentale, un bout de chemin est déjà fait. On réalise qu'il n'y a pas nécessairement de bonne formation professionnelle sensible au traumatisme disponible dans le cadre des programmes de santé mentale offerts aux vétérans ici, au Canada. Anciens Combattants Canada dit que les professionnels sont tous formés et qu'il y a quand même un minimum de services, mais, en vérité, ce n'est pas nécessairement le cas sur le terrain. Quand on a essayé de changer le système, il y a quelques années, on a négligé la qualité des soins et mis de côté des professionnels qui offraient déjà des services sensibles au traumatisme et adaptés à la culture militaire.

Ensuite, il faut penser à un autre aspect qui est ressorti du rapport, à savoir la collaboration interprofessionnelle. Compte tenu du système actuel et des infrastructures en place, c'est très difficile de faciliter la collaboration avec les professionnels qui vont soutenir les vétérans.

Finalement, le dernier aspect important à ne pas négliger en matière d'offre de soins est l'accès aux soins en personne pour les vétérans qui ont vécu de la violence sexuelle et qui, tous les jours, vivent avec un traumatisme, sexuel ou non. Cette proximité avec les soignants et le personnel de première ligne crée une connexion nécessaire à la guérison.

Pour conclure, je dirai que c'est beaucoup demander que d'exiger des vétérans qu'elles prouvent leur courage encore et encore en gardant le silence. Nous avons besoin de travailler à la reconnaissance et de bâtir autour d'elles un système qui honore leur résilience sans leur imposer de souffrir en silence.

La présidente: Merci beaucoup, madame Veilleux.

[Traduction]

J'aimerais maintenant céder la parole à Mme Ruth pour cinq minutes.

Encore une fois, merci beaucoup, madame Ruth, de votre présence ce matin.

Jessica Ruth (à titre personnel): Bonjour. Je m'appelle Jessica Ruth. Je suis la veuve de l'agent de la GRC Lee Ruth. Lee et moi nous connaissions depuis notre enfance et étions en couple avant qu'il ne commence à travailler à la GRC à l'âge de 23 ans. Lee a obtenu son premier poste en 2006 et a pris sa retraite pour des raisons médicales en 2022.

Au cours de sa carrière, Lee a été confronté à des gens et à des incidents qui ne quitteraient jamais son esprit, malgré tous ses efforts pour les oublier.

En 2014-2015, Lee a commencé à voir un psychologue, puis un psychiatre. Il a reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique, d'anxiété, de dépression et de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Pendant ses années dans la police, mon mari a changé, petit à petit. Il a commencé à avoir un comportement d'hypervigilance, est devenu irritable, colérique, triste et distant avec sa famille. Il repoussait les autres alors qu'il voulait manifestement être en contact avec eux et en avait besoin. Lee était déterminé à aller mieux. Il a obtenu les services de son médecin, de trois psychologues différents à différents moments, d'un psychiatre et de divers gestionnaires de cas et gestionnaires de soins cliniques d'Anciens Combattants Canada.

De 2014 à 2025, Lee s'est vu prescrire environ 37 types de médicaments différents pour traiter ses problèmes de santé mentale. Bon nombre ont fait l'objet de plusieurs changements de posologie. Lee a suivi un traitement de sept semaines dans un centre de soins résidentiel spécialisé dans les traumatismes et a suivi un traitement à la kétamine. Après avoir lutté pendant de nombreuses années pour améliorer sa santé mentale sans obtenir de résultats concrets, il a décidé qu'il ne pouvait plus se battre.

Le 4 juin dernier, mon mari s'est suicidé, nous laissant dans le deuil, moi, nos enfants, ses parents, son frère et d'innombrables autres personnes qui l'aimaient.

Aujourd'hui, je vais aborder deux questions importantes: la prévention et l'intervention, ainsi que l'accès aux ressources.

Je pense qu'il est important de discuter de la prévention des traumatismes liés au stress opérationnel. Souvent, les policiers — c'était le cas pour mon mari — travaillent seuls. Très souvent, les renforts se trouvaient à une heure de route, ce qui exposait les agents à des dangers inutiles et contribuait à détériorer leur santé mentale. Lorsque des agents s'absentent pour des raisons de santé, cela entraîne souvent un manque de personnel dans l'unité ou l'équipe d'un quart de travail. Cela crée aussi un climat de tension au travail, et les gens se sentent coupables de prendre des congés ou de prendre du temps pour s'occuper de leur famille.

À ma connaissance, les agents de la GRC ne sont pas tenus de suivre régulièrement des séances de counseling. Une réunion pour faire le rapport d'un événement traumatisant est une excellente chose, mais, d'après mes observations, bon nombre d'agents ne ressentent les répercussions d'un événement que plus tard, lorsqu'ils commencent à éprouver des difficultés.

Avant notre déménagement à Iqaluit, Lee et moi avons dû effectuer des évaluations psychologiques. Aucun test psychologique n'a été exigé lorsque nous avons quitté le Nord. Je pense que si un psychologue expérimenté avait procédé à un examen psychologique approfondi, il aurait détecté des signes indiquant que la santé mentale de mon mari était vulnérable.

J'ajoute un mot au sujet de l'accès aux ressources. La plupart des anciens combattants qui ont la chance d'avoir un gestionnaire de cas n'obtiennent pas le numéro de téléphone de ce dernier. S'ils veulent lui parler, ils doivent envoyer un courriel ou naviguer dans les menus téléphoniques. Si une personne a d'importants problèmes de santé mentale et qu'elle a des questions légitimes au sujet d'un service, mais qu'elle ne peut pas téléphoner à son gestionnaire de cas, cela peut avoir des conséquences négatives. Lee a finalement obtenu le numéro de téléphone de son dernier gestionnaire de cas.

Après que Lee a été libéré de la GRC pour des raisons médicales, nous sommes retournés dans l'ouest de Terre-Neuve pour nous rapprocher de notre famille. Cette transition n'a pas été facile pour lui, et sa santé mentale a commencé à décliner encore davantage. Lee en était très conscient et cherchait activement des traitements et des ressources, mais c'était à lui qu'il incombait de trouver ces ressources. Un jour, Lee m'a donné son consentement pour que je puisse parler à son gestionnaire de cas. C'est à ce moment-là que j'ai découvert que les connaissances du gestionnaire de cas au sujet des ressources, des groupes et des organisations provenaient des informations que lui avaient données d'autres anciens combattants ou de conversations qu'il avait eues avec des collègues. Il n'existait aucune liste ni base de données répertoriant les ressources disponibles dans les différentes régions et localités. S'il fallait payer pour avoir

accès à une ressource, mon mari devait demander à son médecin de famille ou à son psychologue de rédiger une lettre expliquant en quoi cette ressource aiderait sa santé mentale.

Souvent, mon conjoint parlait du traumatisme du sanctuaire, un type de traumatisme psychologique qui survient lorsqu'une personne ayant déjà vécu un événement stressant subit un préjudice supplémentaire de la part du lieu ou de l'institution de laquelle elle s'attendait à recevoir de l'aide. Après avoir servi son pays pendant des années en tant que membre de confiance de la GRC chargé de faire respecter la loi, il avait l'impression que ses besoins étaient souvent remis en question et qu'il devait prouver qu'ils étaient bien réels. La quantité de paperasse complexe et de justifications nécessaires pour obtenir les prestations auxquelles il avait droit était très décourageante. Cela peut empêcher un ancien combattant d'obtenir des services.

Grâce à des membres des Forces armées canadiennes et de la GRC, Lee a appris qu'il y avait des gestionnaires de soins cliniques à Anciens Combattants Canada qui aidaient les clients ayant des besoins de santé complexes à élaborer des plans d'intervention afin de mettre en place des mesures de soutien et d'accéder à des programmes et à des services. Au début, Anciens Combattants Canada a refusé qu'il ait accès à ce service, affirmant qu'il ne répondait pas aux critères requis. Lee dirait que même s'il était considéré comme ayant une invalidité totale, il n'était pas suffisamment malade pour se prévaloir de ce service.

● (0830)

Après de nombreuses interventions de son psychologue, Lee a fait l'objet d'une nouvelle évaluation et a pu avoir accès aux services offerts par un gestionnaire de soins cliniques. On lui a rappelé à plusieurs reprises que ces services n'étaient que temporaires et que s'il n'était pas capable d'accomplir certaines tâches, on pourrait les lui retirer. Il ne pouvait pas mener à bien de nombreuses tâches en raison de son état de santé mentale, ce qui l'a rendu encore plus désespéré et lui a fait craindre qu'on ne mette fin aux services qu'il recevait.

La gestionnaire de soins cliniques de Lee prévoyait prendre un congé prolongé cet été. Lee a donc demandé s'il pouvait voir un autre gestionnaire de soins cliniques jusqu'à ce qu'elle revienne. On lui a répondu qu'il était désormais trop malade pour avoir accès aux services d'un autre gestionnaire de soins cliniques et qu'il devait envisager de faire appel à un préposé local aux soins à domicile. Je ne saurais exprimer l'incidence négative que cela a eue sur Lee. Il avait l'impression que les gens renonçaient à l'aider à guérir et à se rétablir. Au moment où il était le plus malade, Anciens Combattants Canada voulait qu'il voie un préposé aux soins à domicile généraliste, plutôt qu'un professionnel formé, titulaire d'une maîtrise et spécialisé en santé mentale. Même si Lee avait un psychiatre, un psychologue, un gestionnaire de cas d'Anciens Combattants Canada et un gestionnaire de soins cliniques, ceux-ci ont surtout travaillé en vase clore, jusqu'à ce que Lee devienne très malade. Ce n'est qu'à ce moment-là qu'ils ont commencé à se réunir en tant qu'équipe soignante.

À deux reprises, il s'est rendu à l'hôpital local. Lors de la première visite, nous avons attendu huit heures avant de pouvoir parler à un psychiatre, qui nous a dit qu'il n'y avait pas de lits disponibles et que, comme il avait déjà un psychiatre, ils ne pouvaient pas faire grand-chose de plus pour lui. La deuxième fois, mon mari s'est entretenu en privé avec un médecin traitant et a été admis volontairement dans l'unité psychiatrique. À 3 heures du matin, il a quitté l'hôpital de son propre chef. Il a dit qu'ils refusaient de lui donner les somnifères qu'on lui avait prescrits et qu'ils ne lui proposaient rien d'autre. Lee a communiqué avec sa psychiatre et lui a suggéré qu'il pourrait aller dans un autre hôpital de la province. Sa psychiatre lui a répondu qu'ils ne pouvaient rien faire de plus à l'hôpital qu'elle ne faisait déjà pour lui en consultation externe. C'est à ce moment-là qu'il a juré de ne plus jamais se rendre à l'hôpital pour obtenir de l'aide en santé mentale; à quoi cela servirait-il?

Lorsque je m'inquiétais pour la sécurité de mon mari et que je lui suggérais d'aller à l'hôpital ou d'appeler une ambulance, il me répondait qu'il n'irait pas et disait qu'il se suiciderait avant l'arrivée des secours. J'ai fait part de cette crainte aux membres de son équipe. Ils m'ont répondu qu'ils ne faisaient pas partie d'un service d'urgence et que si je craignais pour sa sécurité, je devais appeler les services d'urgence. Notre famille a vécu dans un cycle insupportable de douleur et d'incertitude.

Lee a continué à chercher d'autres fournisseurs de services et d'autres services susceptibles de l'aider. Il a aussi consulté divers membres de son équipe de soins. Un jour, on lui a dit qu'il recevait trop de services. Une fois de plus, il était désespéré. Il recevait peut-être trop de services de l'avis d'Anciens Combattants Canada, mais, mon point de vue de veuve dont le mari s'est suicidé est qu'il ne recevait pas les services ou les soins appropriés.

Les répercussions du syndrome de stress post-traumatique sur une unité familiale sont considérables. On m'a suggéré d'obtenir, moi aussi, des services de counseling couverts par Anciens Combattants Canada. Une demande à cet effet ne pourrait être approuvée que si le psychologue de mon mari expliquait en quoi le fait de traiter ma santé mentale aiderait la sienne. Encore une fois, c'était à Lee qu'il incomrait de communiquer avec les personnes concernées et d'intervenir pour que j'obtienne ce traitement, ce qui nous en mettait encore plus sur les épaules.

Les familles devraient avoir droit à des prestations de santé mentale, sans que celles-ci doivent dépendre du vétéran. Cela leur donnerait les compétences nécessaires pour faire face à un état de stress post-traumatique complexe, renforçant ainsi leur capacité à soutenir leur vétéran. Dans des cas comme le nôtre, où le pire scénario se produit, il est essentiel d'obtenir des soins de santé mentale et de conserver le lien avec le thérapeute. J'ai dû m'adresser au Bureau de l'ombudsman des vétérans pour pouvoir continuer à voir mon thérapeute après le décès de Lee. On nous a accordé six mois. Le fait de devoir me battre pour conserver mes prestations est déjà lourd.

Depuis que j'ai perdu l'amour de ma vie et que mes enfants ont perdu leur père, nous vivons chaque jour, un moment à la fois. Je vous assure que le cheminement vers la guérison et le rétablissement après le traumatisme que j'ai vécu sera bien long. Je passerai le reste de ma vie à me demander ce que j'aurais pu faire différemment pour sauver mon mari.

Nos enfants sont jeunes et ont beaucoup à assimiler: non seulement la mort de leur père, mais aussi les années passées avec un parent atteint d'un syndrome de stress post-traumatique. Ce cheminement ne sera pas de courte durée. Les enfants ont besoin de plu-

sieurs années. Ils ont besoin de temps pour établir des liens avec des thérapeutes, pour parler de ce qu'ils ressentent et de ce qu'ils pensent. Souvent, les enfants ne sont pas capables de faire le lien entre leurs sentiments et leur deuil. Cette période est cruciale: il faut les aider à apprendre et à mettre en pratique des techniques d'adaptation positives afin de protéger leur propre santé mentale.

• (0835)

Après avoir raconté à un groupe de conjointes de membres de la GRC de partout au pays que nous n'avions plus accès aux services de santé mentale, l'une d'entre elles a mis sur pied une pétition et m'a mis en contact avec la conjointe d'un membre des Forces armées canadiennes; son mari était décédé pendant son déploiement. L'objectif de la pétition e-6654 est de permettre aux familles et aux survivants d'avoir accès à des services de santé mentale pour des troubles attribuables au service. Ensemble, elles ont créé un groupe Facebook qui se consacre à la défense des intérêts des familles et des survivants afin qu'ils obtiennent des services de santé mentale. À la fin, la pétition avait recueilli 5 420 signatures de personnes de partout au Canada.

Tous ceux qui connaissaient mon mari, Lee, savent qu'il aurait été le premier à se battre pour défendre ce qui est juste. Il avait la capacité d'établir des liens étroits avec beaucoup de gens. Il aimait l'authenticité chez les gens et voulait leur « redonner du vent dans les voiles ». C'était une expression qu'il utilisait pour dire qu'il voulait aider les gens à se sentir bien dans leur peau.

Avant que Lee ne tombe malade, c'était une personne heureuse qui aimait la vie, sa famille et ses amis. Lee aimait nos enfants plus que tout au monde. Je crois qu'il a fait le sacrifice ultime par crainte des répercussions que l'exposition prolongée à son état de stress post-traumatique complexe aurait pu avoir sur nos enfants et moi-même. Lee avait plus de courage et de résilience que quiconque que je n'ai jamais connu.

Maintenant qu'il ne peut plus se battre, j'estime que c'est à moi de poursuivre son combat et de militer pour l'amélioration des services de santé mentale destinés à la communauté des anciens combattants. Je dois le faire pour honorer la mémoire de mon mari. J'espère que l'héritage de Lee se traduira par de meilleurs services de santé mentale offerts aux membres de la GRC et des Forces armées canadiennes, et que les familles et les survivants obtiendront des prestations pour des traitements en santé mentale pour des troubles attribuables au service.

Je vous remercie d'avoir écouté mon histoire.

• (0840)

La présidente: Merci beaucoup, madame Ruth, de nous avoir fait connaître Lee ce matin et de nous avoir raconté une partie de ce que vous avez vécu. Au nom de notre comité, je tiens à vous présenter, ainsi qu'à votre famille et à vos amis, nos sincères condoléances.

Nous allons maintenant commencer une série de questions avec Mme Anstey, qui dispose de six minutes.

Carol Anstey (Long Range Mountains, PCC): Bonjour, madame Ruth.

Je tiens simplement à vous remercier du courage dont vous faites preuve en participant à notre réunion. Nous souhaitons tous, une fois de plus, vous offrir nos sincères condoléances.

Madame Ruth, vous avez communiqué avec notre bureau. L'une des choses qui m'ont frappée lors de notre conversation, c'est le fait que vous vous sentiez méprisée et abandonnée dans ce processus. Les anciens combattants ressentent souvent cela lorsqu'ils effectuent ces démarches. Si vous le pouvez, je pense simplement qu'il serait important que vous nous en disiez un peu plus sur ce point, afin d'aider notre comité dans le cadre de son travail sur ces mesures de soutien.

Jessica Ruth: Quelques jours après le décès de mon mari, j'ai communiqué avec Anciens Combattants Canada pour savoir ce qu'il fallait faire maintenant, après ce qui s'était passé.

Ma priorité absolue était de veiller à ce que mes enfants et moi puissions continuer à recevoir des services de counselling. C'est à ce moment-là qu'on m'a informée que nous n'étions plus admissibles à cette prestation couverte par Anciens Combattants Canada. Nous ne recevons des services de counselling que si cela est dans l'intérêt de l'ancien combattant; autrement, nous n'en recevons pas.

Je n'en croyais pas mes oreilles. En cette période d'immense chagrin où j'avais du mal à aligner deux mots, je réfléchissais à ce que je devais faire pour continuer à avoir accès aux services de counselling avec notre thérapeute. On m'a dit qu'il y avait la ligne d'aide d'Anciens Combattants. Or, cela n'a rien à voir avec du counselling en santé mentale continu et de longue durée, avec une personne avec laquelle vous avez déjà établi un lien.

J'ai dû commencer à réfléchir à la possibilité de présenter une demande pour que mes enfants soient couverts par mes avantages sociaux ou de refaire une demande pour me prévaloir des prestations de Lee. Cela peut sembler insignifiant pour certaines personnes, mais lorsque vous êtes en proie à un immense chagrin et que vous devez réfléchir à ces choses en plus de tout ce qui doit être fait, c'est une montagne. C'est énorme.

J'avais juste l'impression qu'après tout ce qu'il avait fait pour son pays, nous, en tant que famille... Vous savez, on dit que lorsqu'un membre de la GRC sert, sa famille sert aussi. Je n'ai pas l'impression qu'ils pensaient que c'était le cas.

Carol Anstey: Je vous remercie.

J'aimerais rebondir sur ce point. Nous sommes toutes les deux mères. Nos enfants jouent au hockey ensemble. Pouvez-vous nous décrire un peu plus en détail ce que vos enfants ont vécu, ce qu'ils ont ressenti alors que sa santé mentale se détériorait et aussi ce qu'ils ressentent aujourd'hui? Je sais que c'est difficile, mais je pense qu'il est important que nous comprenions également cet aspect.

Jessica Ruth: À mesure que sa santé mentale se détériorait, mes enfants et notre famille souffraient. Les enfants s'en rendaient compte. Ils me demandaient: « Pourquoi papa est-il en colère? », « Pourquoi papa pleure-t-il? », « Pourquoi papa ne peut-il pas faire ces choses avec nous? ».

Il était très difficile de leur expliquer ce qui se passait. Nous avons fait de notre mieux, mais nous vivions dans un foyer où régnait le syndrome de stress post-traumatique. Nous avons fait une demande de services de counselling pour notre aîné. Anciens Combattants Canada a couvert les frais, car il était dans l'intérêt de mon mari et de nos enfants — notre plus jeune ne recevait pas de services de counselling à l'époque — d'essayer d'aider notre aîné à composer avec son environnement, l'état de santé mentale de son père et ce qui se passait à la maison.

• (0845)

Carol Anstey: Merci.

Je veux vous donner une occasion... Lorsque nous accompagnons des personnes dans le deuil, il arrive souvent que le fait de voir quelque chose de positif émerger d'une situation extrêmement douloureuse les aide à vivre leur deuil.

Qu'aimeriez-vous que l'on change dans tout cela afin d'améliorer la vie d'autres personnes qui pourraient se trouver dans la même situation que vous?

Jessica Ruth: J'ai quelques suggestions.

J'ai notamment dit que les familles, ceux qui survivent, devraient avoir droit à des services de santé mentale qui ne dépendent pas de l'ancien combattant. Certains anciens combattants ne veulent pas entreprendre un traitement, sont malades et ne se sentent pas capables de le faire, ou sont divorcés. Dans mon cas, il s'agissait d'un décès. Dans ces situations, le soutien ne peut pas dépendre de l'ancien combattant.

J'aimerais également que les gestionnaires de cas d'Anciens Combattants Canada jouent un rôle plus actif. À l'heure actuelle, si les anciens combattants sont atteints d'une maladie mentale ou physique, ce sont les membres de leur famille qui doivent trouver les ressources disponibles dans leur région. Les anciens combattants dépendent de leur famille pour obtenir des billets de leurs médecins, remplir des formulaires et essayer de déterminer à quoi ils ont droit. Un gestionnaire de cas devrait s'occuper davantage de ces tâches. Les anciens combattants devraient avoir plus facilement accès à leur gestionnaire de cas.

Toutes ces ressources devraient être accessibles dès le départ. Les anciens combattants ne devraient pas être obligés de saisir leurs données, leurs renseignements protégés, d'envoyer un courriel pour que quelqu'un les rappelle ou d'utiliser un menu vocal. Ces démarches n'aident aucunement lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie mentale grave.

La présidente: Merci beaucoup, madame Ruth.

J'aimerais maintenant donner la parole à M. Clark pour six minutes.

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

Madame Ruth, je vous remercie d'être parmi nous ce matin. Merci d'avoir raconté votre histoire et celle de Lee. Je tiens également à vous présenter mes sincères condoléances.

[Français]

Madame Veilleux, pardonnez-moi de poser mes questions en anglais, mais je veux être vraiment clair.

[Traduction]

Tout d'abord, dans votre déclaration liminaire, vous avez évoqué la culture du silence, pour reprendre vos paroles. Nous en avons entendu parler lors de réunions antérieures consacrées à cette étude. D'autres témoins ont parlé d'une culture stoïque, mais il s'agit du même concept général, qui pose problème, comme vous le soulignez à juste titre.

Comme vous l'avez dit, il peut également exister une culture du silence pendant le service. D'après votre expérience, cette culture persiste-t-elle lorsqu'un agent en service actif passe au statut de vétéran? Si oui, comment persiste-t-elle, et comment pouvons-nous briser un peu ce cercle vicieux et surmonter ce problème que vous avez eu raison de souligner?

Noémie Veilleux: Je vais poursuivre dans ma langue. C'est bien de pouvoir utiliser une langue ou l'autre.

Votre question sur la culture du silence soulève un point très important, à savoir que cette culture n'existe pas seulement dans les forces armées. Elle est présente partout, à l'intérieur comme à l'extérieur des forces armées. Je vois cela comme une série de strates. Lorsqu'on est dans les forces armées, on est soumis à une certaine strate de cette culture, et lorsqu'on passe à la vie civile, on est également soumis à toutes les autres strates que l'on retrouve dans la population générale.

Cette culture persiste parce que le corps s'habitue tellement à ces mécanismes de protection, si je peux les appeler ainsi, que lorsqu'une personne quitte son travail, tant de choses changent dans sa vie que cela devient son point d'ancrage et sa nouvelle normalité. La personne essaie de s'accrocher à la façon dont son système nerveux fonctionne, c'est-à-dire en restant silencieuse et en gérant ses émotions, le plus souvent par des moyens malsains.

Comment briser ce cercle vicieux? Tout d'abord, je pense que l'autre témoignage était très émouvant et qu'il a montré à quel point la prévention est importante. Nous devons comprendre que même s'il est difficile de quantifier les politiques de prévention, il faut adopter des politiques robustes, solides et holistiques qui tiennent compte des traumatismes sexuels, mais aussi des traumatismes du sanctuaire, et nous devons comprendre que ce silence que nous portons en nous devient simplement une partie de ce que nous sommes. C'est un tel gaspillage de notre identité. En travaillant avec des victimes de violences sexuelles, on comprend que la perte du sens de soi devient la nouvelle normalité, et c'est ce que nous voulons éviter à tout prix dans le cadre de notre politique.

Nous sommes censés être des chefs de file mondiaux en matière de santé mentale des anciens combattants. En théorie, nos politiques sont parmi les plus adéquates au monde. C'est dans la mise en œuvre de ces politiques que nous nous laissons emporter, et nous pouvons donc certainement faire mieux dans ce domaine. Il ne s'agit pas de tout reprendre à zéro ou de tout construire à partir de rien. Il s'agit plutôt de construire correctement sur les fondements déjà en place et de comprendre que les indicateurs que nous utilisons pour évaluer les politiques ne sont pas nécessairement appropriés.

Je me souviens d'avoir entendu le sous-ministre délégué, M. Harris, parler du fait que les temps d'attente ont été réduits de moitié depuis la mise en place de la nouvelle politique. Si la période d'attente habituelle est de trois ans et qu'on la réduit à un an et demi pour obtenir des services et un soutien psychologique adéquats — s'ils sont adéquats —, c'est là un autre problème. En effet, quel type de service et de qualité offrons-nous à nos anciens combattants? Il existe des moyens de bien faire les choses, même s'il est impossible de résoudre ce problème d'un coup de baguette magique. Au Royaume-Uni, par exemple, il existe un excellent système de soutien par les pairs qui peut avoir des effets réels. Il est prouvé qu'une bonne infrastructure de soutien par les pairs, de mentorat et d'aide peut faciliter la transition des anciens combattants vers la vie civile. Cela permet également d'offrir un espace de gué-

risson aux victimes de violence sexuelle. Nous devons cesser de médicaliser les traumatismes. Nous devons plutôt comprendre que nous travaillons avec des êtres humains qui ont vécu des expériences très difficiles.

En matière de politiques, nous commençons à nous orienter davantage vers une politique axée sur les personnes plutôt que sur les processus. Les propos de Mme Ruth illustrent bien la façon dont nous accordons la priorité aux processus dans nos politiques. Il n'est pas normal qu'une personne au bord de la dépression nerveuse doive passer par un système de menus téléphoniques pour obtenir de l'aide. Comment notre pays peut-il mieux aider les anciens combattants et les victimes de violence sexuelle dans les forces armées? Il revient à notre communauté de relever ce défi et vous êtes ici aujourd'hui pour tenter de trouver des solutions.

• (0850)

J'aimerais conclure sur la question suivante. Combien d'histoires de suicide devons-nous entendre pour faire avancer ce dossier? Nous ne devrions pas avoir à écouter une seule autre histoire. Nous devrions comprendre que la situation est bien réelle et que les raisons de ces suicides sont ancrées dans des situations et des expériences de vie différentes, mais, en conclusion, la violence sexuelle en fait partie.

[Français]

La présidente: Merci beaucoup, madame Veilleux.

Je suis vraiment désolée, mais j'ai la tâche de gérer les temps de parole.

Madame Gaudreau, vous avez la parole pour six minutes.

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

Au sujet de la prévention, le sous-ministre nous disait qu'il était difficile de déceler les causes et que c'était intangible. Ces souffrances sont difficiles à mettre en corrélation avec un geste. Je vous offre mes plus sincères condoléances.

Serait-il possible de faire une revue de la littérature, dans le cadre de votre recherche, pour démontrer qu'il y a un lien direct de cause à effet entre les agressions sexuelles ou d'autres événements traumatiques et le suicide chez les vétérans? On nous dit que c'est difficile à déceler.

• (0855)

Noémie Veilleux: La santé mentale est l'excuse facile pour se dégager de ses responsabilités: on dit qu'il n'y a pas de lien de cause à effet assez clair pour agir et qu'il n'y a pas suffisamment de preuves.

Or j'ai l'impression que vous avez entendu des histoires qui constituent des preuves. Je suis ici aujourd'hui pour vous rappeler que la violence sexuelle est quelque chose d'insidieux et de très douloureux. Si on voulait vraiment colliger ces données, on le ferait.

Marie-Hélène Gaudreau: Elle existe.

Noémie Veilleux: Oui, cette violence existe. La première étape, de votre côté, serait de reconnaître collectivement non seulement son existence, ce qui va de soi, mais aussi les difficultés qu'elle cause plus tard dans la vie. La violence sexuelle et les traumatismes sont des choses que l'on traîne avec soi toute sa vie. Il n'y a pas un moment où l'on peut décréter qu'on est guéri. Certaines politiques publiques voudraient qu'on puisse apposer un sceau sur un document déclarant que telle ou telle personne est guérie et qu'il n'y aura pas de rechute sur le plan de la santé mentale. Or ce n'est pas possible.

En tant que société, si nous voulons accompagner les vétérans convenablement, nous pouvons commencer par reconnaître que la violence sexuelle fait partie des causes des problèmes de santé mentale qu'ils vivent.

C'est un choix sociétal qui ne coûte pas grand-chose. On peut être réticent et ne pas savoir comment procéder, parce que les données probantes ne sont pas suffisamment complètes, mais reconnaître la présence de la violence sexuelle dans les Forces armées canadiennes, c'est s'offrir le cadeau, comme pays, de mettre en place des mesures robustes de prévention du suicide qui nous rendent fiers et qui nous font rayonner sur la scène internationale. En effet, nous avons encore du travail à faire pour mériter le titre de chef de file en matière de politique publique sur la santé mentale des vétérans.

Marie-Hélène Gaudreau: Les intervenants travaillent de bonne foi, alors peut-on penser qu'il y a une usure de la compassion ou qu'ils n'ont pas l'expertise nécessaire?

Noémie Veilleux: Pour répondre à cette question, je vous dirai que personne ne se lève le matin pour aller travailler en se disant qu'aujourd'hui, son travail sera mauvais.

En ce moment, la responsabilité de l'embauche de professionnels de la santé pour les vétérans repose sur un programme qui ne met pas nécessairement le vétéran ou la vétérane en avant. Certes, ces professionnels ont reçu une formation. Or, quand on regarde leurs conditions de travail, on se rend vite compte que ce qui est offert est adapté aux personnes qui commencent dans le milieu. C'est adapté aux personnes qui sont encore dans une certaine généralisation en matière de santé mentale.

Par ailleurs, on se rend compte que les personnes qui étaient, à proprement parler, bien formées pour faire ce travail ne se sont pas fait offrir des conditions de travail qui ressemblaient à ce qui existait avant la nouvelle politique publique. Elles n'ont donc pas pu sauter dans le train en marche.

Cette situation crée un certain ressentiment sur le terrain. Ainsi, des cliniciens et des cliniciennes ayant reçu une formation pouraient faire du mentorat auprès de nouveaux cliniciens, mais ils ne le font pas, parce que le système les a mis de côté.

Malheureusement, la nouvelle politique publique n'a pas pris en compte leur désir d'être inclus. C'est vraiment dommage.

Cela dit, il est possible de revenir en arrière et de ramener ces personnes à bord, avec nous, pour qu'il y ait des changements réels et importants.

Marie-Hélène Gaudreau: Il ne me reste vraiment pas beaucoup de temps, et j'aimerais qu'on parle d'une autre chose.

Vous avez mentionné qu'une femme sur trois était victime de violence sexuelle. Qu'en est-il de la violence sexuelle de la commu-

nauté LGBTQ2+? Je cherche des données. Parle-t-on d'une plus grande culture du silence ou est-ce inexistant?

La présidente: Madame Veilleux, vous avez 20 secondes.

Noémie Veilleux: C'est encore plus prévalent. Quand on examine les données, on remarque que la violence sexuelle existe au sein de la population générale, mais, dans ce sous-groupe, la prévalence plafonne. De plus, c'est encore plus difficile de dénoncer quelqu'un quand ça implique de dévoiler son orientation sexuelle.

● (0900)

Marie-Hélène Gaudreau: Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci beaucoup, madame Veilleux.

[Traduction]

La parole est maintenant à M. Richards. Il a cinq minutes.

Blake Richards (Airdrie—Cochrane, PCC): Je vous remercie toutes les deux d'être ici aujourd'hui.

Je tiens à vous remercier tout particulièrement, madame Ruth, de votre courage. Je sais qu'il n'a pas été facile pour vous de raconter votre histoire personnelle et celle de votre famille. C'est toutefois important parce que c'est la seule façon d'apporter des changements. Je sais que vous le savez et que c'est la raison pour laquelle vous le faites.

J'aimerais d'abord m'adresser à vous parce que vous avez mentionné un certain nombre de choses.

Vous avez exprimé très clairement que les familles ont besoin de services de counselling en santé mentale. Je suis d'accord avec vous. En fait, cela faisait partie de la plateforme des conservateurs aux dernières élections, et j'espère certainement qu'il y aura une recommandation à cet égard dans le rapport.

Je voulais parler un peu des anciens combattants eux-mêmes. De toute évidence, vous avez beaucoup d'expérience dans ce domaine. Vous avez mentionné un certain nombre de choses. Vous avez dit que les divers professionnels avec lesquels M. Ruth travaillait œuvraient tous en vase clos. Vous avez mentionné qu'il trouvait lui-même les ressources disponibles ou que les seuls renseignements sur les ressources offertes que possédaient les gestionnaires de cas d'Anciens Combattants Canada avec lesquels il travaillait semblaient provenir d'autres anciens combattants.

Il me semble qu'on peut probablement en tirer une bonne suggestion. En effet, Anciens Combattants Canada doit mieux travailler avec ses partenaires et veiller à accroître l'accès à un plus grand nombre d'options de services, de counseling et de diverses autres ressources pour nos anciens combattants.

Tout d'abord, j'aimerais avoir votre avis sur le sujet. De plus, y a-t-il d'autres choses qu'Anciens Combattants Canada aurait pu faire différemment pour fournir un meilleur soutien à votre mari ou à d'autres personnes?

Jessica Ruth: Notre famille est très reconnaissante envers le soutien et les services fournis par les gestionnaires de cas et par Anciens Combattants Canada. Cependant, il y a des lacunes. L'une d'entre elles, c'est que même si les gens sont admissibles à ces services en raison de leur trouble de santé mentale et de leur service, il incombe à l'ancien combattant de trouver ces ressources et de les demander.

Par exemple, la première fois que j'ai entendu parler de cette situation, j'avais parlé à l'un des gestionnaires de cas et j'avais trouvé cela très surprenant. Je lui avais demandé s'il pouvait me donner une liste de toutes les ressources auxquelles il était admissible. Je ne parlais pas d'argent, mais de soutien. C'est à ce moment-là qu'on m'a répondu qu'il n'y avait ni liste ni base de données à cet égard.

Blake Richards: Si vous me permettez de vous interrompre, j'ai été stupéfaite lorsque j'ai entendu cela pour la première fois. Je l'ai entendu ensuite à plusieurs reprises de la part de nombreux anciens combattants et membres de leur famille.

Dans quelle mesure cela vous a-t-il paru surprenant? Est-ce clairement quelque chose qui doit changer?

Jessica Ruth: Oui. J'étais extrêmement surprise. J'ai lui ai demandé comment il pouvait être au courant de ces ressources dans ce cas, et il m'a répondu qu'il connaissait certaines ressources soit parce qu'un ancien combattant dont il s'occupait avait déjà utilisé un certain service, soit parce qu'un autre travailleur social ou un autre gestionnaire de cas lui avaient parlé d'un service utilisé par l'un des anciens combattants dont il s'occupait. J'aimerais toutefois savoir combien d'anciens combattants atteints de troubles mentaux graves et leur famille sont en mesure de trouver ces ressources et savent comment y avoir accès, car cela me préoccupe. Tout le monde n'a pas la capacité de trouver ces ressources.

Blake Richards: C'est un excellent point. La responsabilité de trouver ces ressources ne devrait pas incomber aux anciens combattants ou aux membres de leur famille. J'entends si souvent dire que lorsque les anciens combattants finissent par obtenir de l'aide, c'est parce qu'ils ont rencontré par hasard un autre ancien combattant qui leur a recommandé un certain service. Il me semble tout simplement incroyablement qu'Anciens Combattants Canada n'ait pas de liste de services auxquels ils peuvent avoir accès ou un répertoire de prestataires de services.

Je vous remercie d'avoir soulevé ce point. Je pense que c'est une recommandation importante dont nous avons besoin.

Il ne me reste plus beaucoup de temps, mais vous avez toutes les deux mentionné le « traumatisme du sanctuaire ». Pouvez-vous toutes les deux parler brièvement du traumatisme du sanctuaire que vous avez vécu ou que les anciens combattants vivent lorsqu'ils doivent traiter avec Anciens Combattants Canada? Qu'est-ce qui est à l'origine de ce traumatisme? Que pouvons-nous faire pour y remédier?

• (0905)

La présidente: Madame Ruth et madame Veilleux, je suis sincèrement désolée, mais vous avez 10 secondes pour répondre.

Monsieur Richards, je pense que nous devrions peut-être revenir sur le sujet lors de la prochaine série de questions.

Vous avez cinq minutes, madame Hirtle.

Alana Hirtle (Cumberland—Colchester, Lib.): Je vous remercie, madame la présidente.

Madame Ruth, je vous remercie de nous avoir raconté votre histoire aujourd'hui. Je vous offre toutes mes condoléances.

Mes questions s'adressent à Mme Veilleux. Mme Ruth nous a parlé des difficultés auxquelles font face les familles qui tentent d'avoir accès aux services offerts. J'ai également entendu plusieurs membres de la Légion, dans ma circonscription, affirmer qu'on avait trouvé des lacunes dans la continuité des soins prodigués aux

familles des militaires. D'après votre expérience, et compte tenu de facteurs tels que le traumatisme du sanctuaire et le traumatisme institutionnel, comment des organismes comme la Légion peuvent-ils aider au mieux les anciens combattants ou leur famille lorsqu'ils font face à une crise?

Noémie Veilleux: Tout d'abord, je pense que ces organismes sont en quelque sorte responsables de créer un espace où il est acceptable de parler des problèmes de santé mentale. À l'heure actuelle, ce sujet est touché par une telle stigmatisation qu'il est très difficile pour les anciens combattants d'en parler. Lorsqu'ils abordent cette question, on se moque d'eux et on ne les prend pas au sérieux. On leur dit d'être forts, de se ressaisir, de surmonter leurs difficultés et que tout ira bien.

Si nous pouvons créer un espace où il est acceptable de dire que nous n'allons pas bien et que nous avons besoin d'aide, et où cela n'est pas considéré comme quelque chose de déplorable ou quelque chose qui nous rend moins bons ou moins compétents, nous réaliserons alors d'énormes progrès vers la guérison et la prévention du suicide. J'ai parlé un peu plus tôt du soutien par les pairs. C'est ce que je veux dire. L'histoire que vous venez de raconter à propos de l'absence d'une liste des ressources ne me surprend pas du tout. Ces anciens combattants se comprennent entre eux. Ils ont vécu des expériences similaires. Et si nous créons ces espaces, afin qu'ils puissent partager leurs histoires et obtenir du soutien, au moins dans une certaine mesure, pendant qu'ils attendent d'avoir accès aux services appropriés?

Alana Hirtle: Je vous remercie.

Pour changer un peu de sujet, notre nouveau gouvernement a créé un nouveau poste ministériel dédié à l'intelligence artificielle. J'ai remarqué que dans votre rapport, vous faites référence à l'intelligence artificielle en relation avec les soutiens en matière de santé mentale. Pourriez-vous nous en dire plus sur les façons dont, selon vous, l'intelligence artificielle peut être utilisée dans les services en matière de santé mentale destinés aux anciens combattants?

Noémie Veilleux: Nous devons rester prudents quant à la place occupée par l'intelligence artificielle, mais nous ne devons pas non plus fermer les yeux sur l'espace qu'elle commence à occuper dans les soins et, de manière générale, dans les milieux de travail.

À titre de cliniciens, nous devons nous demander comment tirer parti de cet outil pour améliorer les soins. Il pourrait s'agir de principes directeurs cliniques ou d'un soutien clinique, par exemple, ou d'un système qui pourrait signaler que nous avons manqué quelque chose, comme un signe de suicide ou de traumatisme.

Si nous devons faire preuve de prudence à l'égard de l'intelligence artificielle et ne pas remplacer les cliniciens par des robots et des machines, nous pouvons néanmoins l'utiliser comme un outil qui nous permet de devenir de meilleurs cliniciens et de partager nos connaissances entre nous.

On peut aussi avoir recours à l'intelligence artificielle pour faciliter la collaboration interprofessionnelle au sein de l'infrastructure des soins. Nous ne devons pas nier son utilité lorsqu'elle est utilisée à bon escient.

En résumé, la diabolisation de l'intelligence artificielle ne nous mènera nulle part. Si nous voulons rester à l'avant-garde dans ce domaine et continuer à réfléchir à des politiques novatrices et à des moyens de soutenir nos communautés, nous devons l'exploiter au mieux de nos capacités.

La présidente: Vous avez 30 secondes.

Alana Hirtle: Rapidement, comment la ministre des Anciens Combattants peut-elle collaborer avec le nouveau ministre de l'Intelligence artificielle en vue d'adopter des mesures de soutien qui tiennent compte des traumatismes, afin d'avoir une incidence positive sur la santé mentale?

● (0910)

Noémie Veilleux: Il faut parler de deux notions dans ce cas-ci. Tout d'abord, il faut avoir des discussions sur le sujet, et commencer à comprendre ce que représente une approche qui tient compte des traumatismes. En effet, il est facile de dire qu'une pratique tient compte des traumatismes, mais est-ce vraiment le cas ou est-ce qu'on veut seulement pouvoir cocher la case appropriée?

C'est en étant en mesure de créer ce processus itératif et de nous poser des questions pertinentes sur ce qu'est une approche qui tient compte des traumatismes — par exemple, quelles mesures devons-nous mettre en place et comment ces mesures peuvent-elles évoluer avec la situation mondiale — que nous pourrions offrir des services de qualité à nos anciens combattants et tirer parti des technologies existantes.

[Français]

La présidente: Merci beaucoup, madame Veilleux,

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

Marie-Hélène Gaudreau: Merci beaucoup, madame la présidente.

Madame Veilleux, je vous remercie d'avoir insisté sur la stigmatisation.

Penchons-nous sur les mots. Nous parlons des « forces » quand il est question des Forces armées canadiennes. Or, ici, nous parlons de la faiblesse, qui est différente selon la période de notre vie. Il peut s'agir d'une blessure, par exemple. Dans ce système, j'ai l'impression qu'utiliser certains mots revient à être faible alors qu'on ne peut pas l'être. Cette culture du silence selon laquelle on est fait fort me touche beaucoup dans le processus de prise de conscience.

Je vais ouvrir une parenthèse. Je ne sais pas si vous avez vu le film *Seule au front*, madame Veilleux. J'invite tout le monde à le visionner et à lire ensuite le rapport de Mme Veilleux. J'ai l'impression que toutes les remarques qui ont été faites et toutes les réponses aux questions nous permettent de pénétrer un peu dans cet univers.

Qu'est-ce qui fait nous fait si peur et nous empêche d'agir?

Noémie Veilleux: On a peur d'échouer. On a peur du coût politique d'une mesure qui ne rapporte pas assez. On a peur de mettre en place des politiques qui vont empirer la situation. On a peur de reconnaître le problème.

Quand s'intéresse aux services de santé mentale offerts aux vétérans, on s'inquiète seulement d'avoir exécuté la liste des choses qu'on devait faire, puis on se dit qu'on a fait son travail. Ensuite, on a peur de regarder les résultats. On a peur de faire face aux choses qu'on doit améliorer et aux failles du système parce que, travailler dans ce domaine ressemble parfois à gravir une montagne infranchissable.

Pourtant, au lieu de regarder la montagne sans avoir le courage de la gravir, il faudrait simplement commencer par mettre un pas

devant l'autre, et puis un autre, et encore un autre. Quelques années plus tard, on pourra se rendre compte que chacun de ces pas aura mené vers un système plus équitable qui reconnaît la souffrance. Ces pas auront vraiment fait la différence.

Marie-Hélène Gaudreau: Merci.

La présidente: Merci beaucoup, madame Veilleux.

[Traduction]

Monsieur Richards, vous avez la parole.

Blake Richards: Je constate qu'il nous reste quelques minutes.

Puis-je obtenir le consentement unanime pour permettre aux témoins de répondre à la question sur le traumatisme du sanctuaire?

La présidente: Avons-nous le consentement unanime?

Des députés: D'accord.

La présidente: C'est très bien.

Blake Richards: Je vous remercie.

Dans vos déclarations préliminaires, vous avez toutes deux mentionné le traumatisme du sanctuaire. J'aimerais vous poser une question qui concerne expressément Anciens Combattants Canada. Quels changements ce ministère pourrait-il apporter pour réduire le traumatisme du sanctuaire que les anciens combattants et les membres de leur famille subissent lorsqu'ils doivent traiter avec le ministère?

J'aimerais que vous répondiez toutes les deux, si possible.

Jessica Ruth: Dans mon cas, à titre de membre de la famille d'une personne qui reçoit ces services, une grande partie du problème réside dans le fardeau de la preuve, c'est-à-dire le fait de devoir raconter notre histoire encore et encore. En effet, il faut prouver, chaque année, notre handicap, notre maladie ou notre diagnostic.

Nous parlons de stigmatisation et des services et des ressources en santé mentale qui pourraient nous aider à nous sentir mieux. Par exemple, on peut refuser notre demande de couverture lestée ou notre demande de consultation d'une nutritionniste pour aider à comprendre l'incidence de l'état de stress post-traumatique sur l'alimentation.

Il faut prouver beaucoup de choses chaque fois. On ne nous croit pas sur parole ou... C'est difficile à expliquer.

● (0915)

Blake Richards: Je pense que vous avez très bien expliqué la situation. Vous devez raconter votre histoire et fournir des preuves chaque fois... C'est une chose que nous entendons constamment de la part des anciens combattants. Vous avez bien expliqué la situation et je vous remercie.

Madame Veilleux, pouvez-vous répondre à la question?

[Français]

Noémie Veilleux: J'aimerais ajouter quelque chose.

La présidente: Madame Veilleux, veuillez conclure brièvement.

Noémie Veilleux: D'accord, je vais essayer d'être brève, même si ce n'est pas ma force.

Les gestes doivent correspondre aux promesses. Quand on invite les gens à intégrer les Forces canadiennes, on leur promet de les soutenir à vie. Or, étrangement, on oublie ces promesses au cours de leur service. Une fois vétérans, les gens sont laissés derrière à eux-mêmes et ils ne reçoivent pas les services dont ils ont besoin.

D'abord, pour prévenir ce traumatisme du sanctuaire, il faut s'assurer que les soins sont mis en place et qu'ils sont adaptés. Mme Ruth a bien illustré le rythme du soutien en matière de santé mentale. Si on veut tout faire en trois rencontres, alors ce traumatisme va rester. Il y aura même des risques de créer un nouveau traumatisme.

Combien de fois doit-on raconter son histoire avant d'être pris au sérieux et de passer d'un palier de soins à un autre? En matière de violence sexuelle, par exemple, il faudra prouver encore et encore que c'est vraiment arrivé.

Si on est capable d'aborder ces différents points, je pense qu'on est alors sur la bonne voie pour prévenir le traumatisme du sanctuaire.

La présidente: Merci, madame Veilleux.

[Traduction]

Encore une fois, madame Ruth, veuillez accepter nos plus sincères condoléances. Nous vous remercions de votre courage et nous vous remercions d'avoir comparu aujourd'hui.

[Français]

Madame Veilleux, nous sommes heureux de vous avoir rencontrée.

[Traduction]

Nous allons suspendre la séance afin d'accueillir le prochain groupe de témoins.

[Français]

Merci beaucoup.

• (0915)

(Pause)

• (0920)

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup de votre service, madame Hills.

De l'Association canadienne pour la santé mentale, nous accueillons SM Sansouci, responsable nationale des relations gouvernementales, et Robert Olson, bibliothécaire de recherche.

J'invite Mme Hills à prendre la parole en premier. Elle a cinq minutes. Ensuite, M. Olson et Mme Sansouci auront la parole pour le reste du temps imparti.

[Français]

Je vous remercie.

• (0925)

[Traduction]

Judith Hills (caporale et technicienne en aéronautique, Forces armées canadiennes, à titre personnel): Je tiens à vous remercier de me permettre de m'exprimer devant le Comité au nom de mon fils Sam.

Je m'appelle Judith Hills. Je suis caporale de l'Aviation royale canadienne à Comox, mais je serai toutefois libérée pour des raisons médicales en janvier. Je suis également mère de quatre enfants. Mon plus jeune fils, le caporal Samuel James Hills, servait dans les Forces armées canadiennes en tant que signaleur à la Base des Forces canadiennes Trenton lorsqu'il s'est suicidé le 19 août 2021.

Sam avait obtenu de l'aide en santé mentale et en gestion de la colère à Petawawa. On lui a alors immédiatement prescrit du Prozac. Après quelques semaines, le Wellbutrin a été ajouté à son ordonnance. En 2020, il a quitté Petawawa après avoir été affecté à Trenton alors qu'il prenait les deux médicaments. Pendant qu'il était à Trenton, on a continué d'ajuster les médicaments. J'ignore s'il était traité pour la dépression, l'anxiété ou la colère, mais il me semblait bien se porter. Alors qu'il s'habitua au célibat après une rupture, je n'avais jamais soupçonné qu'il avait des pensées suicidaires au moment de sa mort.

À la fin de juillet ou au début d'août 2021, il m'a avoué qu'il avait peur de commencer à sombrer dans la psychose. Il avait de la difficulté à faire la différence entre ce qui était réel ou non. Il n'a pas donné beaucoup de détails à ce moment, mais il a parlé le matin suivant aux professionnels de la salle d'examen médical, ou SEM, qui lui ont prescrit un médicament antipsychotique du nom de Latuda, en plus du Wellbutrin et du Prozac. Or, ces médicaments ne devraient jamais être prescrits simultanément. Je vous en dirai plus à ce sujet dans un instant. Quelques semaines plus tard, il a mis fin à ses jours par pendaison.

Environ une heure avant sa mort, il m'a appelé. Il m'a parlé d'un cauchemar récurrent qui le hantait depuis des semaines. Dans le rêve, il était pourchassé par un chien de l'enfer. À son dernier rêve, le chien était vieux et fatigué. Il l'a maîtrisé en faisant preuve de compassion et d'empathie. Le chien s'est alors lové sur ses genoux. Mon fils est décédé peu après notre discussion. Le rapport du coronar indique qu'il est mort le 19 août, mais je pense qu'il est parti la nuit du 18, dans l'heure qui a suivi notre appel. Je savais qu'il avait une nuit difficile, mais je n'avais aucune idée qu'il envisageait de se suicider, sans quoi j'aurais demandé aux médecins de vérifier son état. Je vis tellement de culpabilité. En tant que mère, j'estime que j'aurais dû le savoir. Dans sa note d'adieu de deux pages, il parle en détail de ce cauchemar. Je fais maintenant des cauchemars, et je ne peux pas dire s'ils sont réels ou non, alors je pense comprendre ce qu'il voulait dire.

Lorsque Sam a été affecté à Trenton, une adjudante a aussitôt commencé à le harceler. L'horaire de travail était impitoyable et laissait très peu de temps pour une vie sociale ou du repos. Un collègue et lui ont proposé quelques options à l'adjudante et en ont discuté avec elle. Mon fils m'a dit qu'elle était fâchée qu'un changement soit proposé et qu'elle ne ferait rien. Le capitaine de l'unité a toutefois modifié l'horaire à titre d'essai. Cette décision l'a choquée, et la relation de travail s'est détériorée par la suite. Il m'appelait souvent en colère, voire en larmes après avoir eu une journée difficile au travail à cause de cette relation. Je lui ai dit qu'il devait parler à un conseiller en harcèlement, mais il ne voulait pas faire des vagues et passer pour une personne qui se plaint.

Un jour après son décès, mon fils aîné, qui avait également été signaleur, a reçu un appel d'un ami commun de lui et de Sam, lui aussi signaleur. Il a dit à mon fils qu'il fallait vérifier si l'adjudante de Sam l'avait harcelé avant sa mort. Apparemment, l'adjudante a demandé à être libérée le matin de sa mort, lorsque son unité a appris la nouvelle. Elle a également retenu les services d'un avocat pour la représenter à la commission d'enquête. Les allégations de harcèlement et d'intimidation ont été soulevées lors de son témoignage, auquel j'ai assisté. Elle a nié s'être livrée à toute forme de harcèlement, et a dit qu'elle et Sam s'entendaient bien. Elle rejetait tout acte répréhensible.

À la fin de la commission d'enquête, une fois que les conclusions ont été présentées à Winnipeg, on a dit au président de caviarder tout élément concernant le harcèlement présumé à la lumière du témoignage de l'adjudante. Il a refusé, car il estimait qu'il y avait du vrai dans les allégations. Ils ont plutôt écrit dans leur rapport qu'il n'y avait aucune preuve de harcèlement. Mon fils, évidemment, n'a pas eu l'occasion de donner sa version des faits, parce qu'il était mort.

Les médicaments qui avaient été prescrits à Sam n'ont même pas été mentionnés à la commission d'enquête. On sait depuis longtemps que le Wellbutrin peut causer à la fois des cauchemars et des hallucinations. Plutôt que de le sevrer, on lui a prescrit l'antipsychotique Latuda, en plus des deux antidépresseurs qu'il prenait déjà. Le psychiatre qui a vu Sam quelques jours avant son décès n'a pas prescrit le médicament. C'est quelqu'un à la SEM qui l'a fait, sans toutefois prendre en compte les contre-indications du mélange de ces trois médicaments.

Après son décès, j'ai demandé à un pharmacien s'il était sécuritaire de prescrire les trois médicaments en même temps. Il m'a répondu par la négative, à moins que le patient soit à l'hôpital et en observation. Sam n'était même pas en congé de maladie, et encore moins en observation. On sait que la combinaison de Latuda et de Wellbutrin entraîne une confusion. Associer des antidépresseurs et des médicaments antipsychotiques peut également augmenter le risque d'idées et de comportements suicidaires. C'est un risque bien documenté, mais qui n'avait pas été pris en compte avant le décès de mon fils.

• (0930)

La commission d'enquête a conclu que l'armée n'est pas à blâmer dans la mort de Sam. Les responsables n'ont pas considéré que le harcèlement était un problème. Ils n'ont même pas enquêté sur les médicaments qui lui avaient été prescrits. Le président de la commission d'enquête a pris l'avion de Trenton à Comox pour me remettre les conclusions en personne. Il a avoué qu'il les trouvait injustes. Dans les mois qui ont suivi le décès de Sam, j'ai communiqué avec le bureau de Winnipeg pour demander la réouverture de la commission d'enquête, puisque les médicaments prescrits n'ont pas fait l'objet de l'enquête. J'ai reçu une lettre d'un général du bureau de la commission d'enquête. Il m'offrait ses condoléances, mais il a dit qu'il ne revient pas sur les conclusions d'une commission d'enquête.

Sam était l'ami de tous, surtout de ceux qui n'avaient pas beaucoup d'amis. Il était empathique et compatissant. Il m'a appris à porter moins de jugements et à faire preuve de patience. Il était drôle et charmant. C'était un talentueux guitariste autodidacte. Il était gentil. C'était un fils, un frère, un oncle, un neveu et un cousin. Il aimait ses deux chiens, Buddy et Theo: c'étaient ses garçons.

Il était fier de servir son pays, mais son service n'était pas reconnu. Mon ancien mari et moi n'avons même pas reçu la Croix du Souvenir, parce que l'armée a dit que son décès n'était pas lié à son service. Je ne suis pas d'accord. Sam n'était pas un chiffre, et ne l'est toujours pas. Il était bien plus que cela. Au cours des quatre années qui ont suivi sa mort, j'ai également perdu mes parents et le chien de Sam, Buddy. Dans quelques mois à peine, j'arriverai à la fin de ma carrière parce que ma santé mentale ne correspond plus au critère d'universalité du service. Je vis dans un labyrinthe de deuils qui n'en finissent plus.

Entre 2021 et 2023, il y a eu plus de 40 suicides dans les Forces armées canadiennes. Les chiffres pour 2024-2025 n'ont pas été publiés officiellement, mais je sais qu'ils ne diminuent pas. J'ai perdu plusieurs amis qui se sont suicidés dans les FAC.

J'occupe une fonction secondaire de sentinelle dans les FAC. Un de mes collègues est venu me parler parce qu'il était allé consulter les services de santé mentale en raison de pensées suicidaires. Sur la base, on lui a répondu que personne ne pouvait le voir avant au moins deux semaines. Il vivait dans des casernes qui ont été détruites par l'explosion d'une fuite de gaz à Comox, ce qui lui a causé des problèmes de santé mentale. Je l'ai laissé parler. Je lui ai donné le numéro du Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes. Je faisais régulièrement un suivi auprès de lui. J'ai également raconté à notre chaîne de commandement ce qui s'était passé du côté de la santé mentale. Rien n'a été fait jusqu'à ce que je parle à quelqu'un de plus haut placé quelques semaines plus tard.

J'ai un autre ami qui s'est fait répondre d'aller aux urgences civiles alors qu'il était suicidaire. Là-bas, on a voulu le renvoyer à la SEM quelques heures plus tard parce qu'il était militaire. Heureusement, sa femme a milité pour son bien-être. Il a été admis dans une aile psychiatrique après une attente de 72 heures.

Je ne connais pas la réponse. Je ne sais pas comment régler le problème. Mais je sais qu'il faut faire quelque chose. Je ne souhaiterais pas ce que ma famille a vécu à mon pire ennemi. Je souhaite qu'aucun parent, aucune mère ni aucun père, ne reçoive jamais l'appel que j'ai reçu le matin du 19 août 2021.

Merci.

La présidente: Merci, madame Hills.

Monsieur Olson, vous avez cinq minutes.

Robert Olson (bibliothécaire de recherche, Association canadienne pour la santé mentale): Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour votre témoignage, madame Hills. Nous vous offrons nos plus sincères condoléances.

Merci, madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du Comité. Je m'appelle Robert Olson. Je suis bibliothécaire de recherche à la division de l'Alberta de l'Association canadienne pour la santé mentale, ou ACSM, et au Centre de prévention du suicide.

Nous sommes à l'avant-garde de la santé mentale communautaire en Alberta et de la prévention du suicide au Canada. Nous le faisons en rassemblant les gens, en les éduquant, en favorisant l'incubation, en finançant les initiatives et en favorisant le changement des systèmes avec une myriade de partenaires dans l'ensemble de notre province et du Canada.

Je suis accompagné aujourd'hui de mon collègue SM Sansouci, du volet national de l'ACSM. Je vous remercie de nous avoir invités à comparaître devant votre comité pour parler du suicide chez les vétérans.

Le suicide chez les vétérans demeure alarmant et persistant. C'est pourquoi il est si important d'offrir aux vétérans et à leur famille un soutien complet, ciblé et soutenu en matière de santé mentale. Le fardeau du suicide au sein de cette population atteint des niveaux de crise.

Comme les membres du Comité l'ont appris lors de témoignages précédents, notre organisation a élaboré, en collaboration avec l'Institut Atlas, une série de ressources pour lutter contre le suicide chez les vétérans. Ces ressources s'appuient sur des recherches fondées sur des données probantes et éclairées par un groupe consultatif de vétérans qui ont vécu la situation et de membres de leur famille.

Vous êtes aussi au courant des efforts qui ont été faits pour prévenir le suicide chez les vétérans et les membres actifs des Forces armées canadiennes. La Stratégie conjointe de prévention du suicide des FAC et d'ACC, avec ses sept axes d'effort, qui a été publiée pour la première fois en 2017, témoigne de la détermination des deux organismes à prévenir le suicide chez leurs membres. Il convient de saluer et de multiplier ces efforts, tout comme ceux déployés dans le cadre fédéral et le Plan d'action national pour la prévention du suicide, en particulier la mise en œuvre du 988, la ligne d'aide en cas de crise de suicide.

Un travail efficace de prévention du suicide, comme tout changement social, repose sur un équilibre d'approches universelles et ciblées. N'importe qui peut avoir des pensées suicidaires; cependant, certains groupes de personnes sont touchés de façon disproportionnée. Nous appelons ces groupes des « populations prioritaires ».

Des initiatives universelles ou pour l'ensemble de la population sont nécessaires pour réduire la stigmatisation, accroître la sensibilisation et s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé plus larges. Cependant, les approches universelles à elles seules ne servent pas suffisamment les populations prioritaires, comme les anciens combattants. Les populations prioritaires bénéficient d'approches ciblées conçues en fonction de leurs facteurs précipitants uniques, et ces efforts sont mieux mis en œuvre lorsqu'ils reposent sur le travail d'une stratégie universelle. Bref, nous avons besoin d'une stratégie pancanadienne de prévention du suicide qui tienne compte de toutes les personnes au Canada et des populations les plus touchées par le suicide.

Le Canada est l'un des rares pays industrialisés à ne pas avoir de stratégie nationale. La recherche montre que des stratégies nationales à volets multiples, qui ont des ressources adéquates et sont bien mises en œuvre, réduisent les taux de suicide et de tentatives. Les stratégies nationales sont globales. Elles réduisent la stigmatisation, favorisent la sensibilisation et s'attaquent à des problèmes tels que les déterminants généraux de la santé qui contribuent au suicide, comme le logement et l'itinérance. Ces éléments sont extrêmement importants pour les anciens combattants, mais ils ne sont actuellement pas pris en compte de manière coordonnée. Une stra-

tégie nationale comporte des résultats attendus clairs et des cibles qui sont régulièrement mesurés et évalués.

Comme la santé est une responsabilité provinciale et territoriale, la coopération et la collaboration à la table fédérale-provinciale-territoriale sont cruciales. Une stratégie doit être élaborée conjointement à cette table si nous voulons qu'elle soit adoptée et mise en œuvre à grande échelle par les provinces et les territoires. En fin de compte, ce serait coordonné au fédéral, mais un financement réservé, mais flexible, serait versé aux provinces et aux territoires pour s'assurer qu'ils sont en mesure de répondre à leurs propres priorités connexes, en fonction de l'état de préparation et de la capacité locale.

Des efforts interministériels complets sont également essentiels. Un large éventail de ministères dont les compétences sont liées au suicide et à sa prévention doivent être inclus dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation.

● (0935)

Le Comité a entendu des témoignages selon lesquels, malgré les mesures prises dans le cadre de la stratégie conjointe des FAC et d'ACC, il subsiste des lacunes importantes et un manque de ressources pour les vétérans. Parmi les initiatives qui doivent être renforcées, il y a les mesures de soutien par les pairs, comme le programme OSI-CAN de l'ACSM, qui offre aux vétérans un soutien communautaire adapté à la culture.

Il faut aussi renforcer l'accès à des soins coordonnés dans des délais raisonnables et former les fournisseurs de soins de santé à être sensibles aux différences culturelles et à comprendre les réalités uniques de la communauté des anciens combattants. Nous devons également améliorer les mesures de soutien pendant la période de transition de la vie militaire à la vie civile.

L'ACSM de l'Alberta et le Centre de prévention du suicide félicitent le Comité de chercher à prévenir le suicide chez les vétérans. Nous vous exhortons à accroître les efforts ciblés auprès de cette population prioritaire essentielle et à vous joindre à nous pour réclamer une stratégie nationale au service de tous les Canadiens. Les démarches universelles bonifient les approches ciblées: la prévention du suicide nous concerne tous.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Olson.

Voilà qui met fin aux témoignages.

Madame Hills, au nom du Comité, je tiens à vous offrir nos plus sincères condoléances. Merci de votre courage. Si vous avez besoin de temps à tout moment, veuillez nous le faire savoir. Je peux suspendre la séance sans problème. Je veux simplement m'assurer que tout va bien.

● (0940)

Judith Hills: D'accord.

La présidente: Il y aura maintenant des séries de questions à l'intention de nos témoins. Je tiens à vous dire qu'il se peut que je doive vous interrompre à l'occasion; je m'en excuse sincèrement. Les députés savent de combien de temps ils disposent. Nous allons commencer par des interventions de six minutes.

Madame Wagantall, vous avez six minutes.

Cathay Wagantall (Yorkton—Melville, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je tiens à remercier nos deux témoins d'être ici aujourd'hui.

Puis-je vous appeler Judith?

Judith Hills: Vous pouvez employer Judy ou Judith.

Cathay Wagantall: Je vous remercie.

Je ne peux pas imaginer votre chagrin, ou le problème que votre fils a vécu et essayé désespérément de surmonter.

Nous sommes au service des anciens combattants ici. Cependant, il m'apparaît de plus en plus clair que ces derniers arrivent avec beaucoup de blessures, qui sont souvent liées à leur service, mais qui sont très difficiles à expliquer, à prouver ou à traiter. Des histoires comme la vôtre ne sont malheureusement pas rares.

On vous a dit que son décès n'était pas attribuable à son service. Pouvez-vous nous expliquer un peu mieux la raison pour laquelle cette affirmation dépasse l'entendement? Qu'est-ce qui motive véritablement, selon vous, une déclaration comme celle-là au sujet d'un jeune homme qui était en service et qui s'est enlevé la vie?

Judith Hills: J'aimerais connaître les réponses.

Quiconque a connu Sam ou travaillé avec lui peut confirmer qu'il était très fier de son service. Il en tirait une grande fierté.

Ce qu'il a vécu avec son adjudante à son arrivée à Trenton était infernal pour lui. D'emblée, dès qu'il a essayé de discuter de modifier l'horaire afin que ce soit mieux pour tout le monde... Ils travaillaient 12 heures, puis avaient 12 heures de repos. Il n'avait pas le temps d'avoir une vie sociale, surtout pour un jeune homme dont le mariage venait de prendre fin. En raison du fonctionnement de son unité, il a dû s'isoler pendant la COVID-19. Les gens savaient ce qu'il vivait.

À la commission d'enquête, j'étais assis derrière l'adjudante pendant son témoignage. Elle était incroyablement nerveuse, se tordait les mains sous la table, et ainsi de suite. On pouvait voir qu'elle mentait. De toute évidence, j'ai un parti pris puisque je suis la mère de Sam, mais après avoir entendu ce que d'autres personnes avaient dit au sujet de ce qu'il avait enduré au travail, puis de l'entendre dire: « Non, Sam et moi nous nous entendions merveilleusement bien... »

Lorsqu'il a fait ajuster ses médicaments et qu'on lui a demandé de ne travailler que le jour, elle s'est fâchée contre lui en lui disant: « Comment suis-je censée faire cela dans mon unité, alors que tout le monde doit travailler 12 heures? Comment suis-je censée vous accorder un traitement de faveur? » Elle a nié avoir tenu ces propos.

Certaines personnes subissent du harcèlement, et l'armée dit, surtout dans le cas de Sam: « Non, non. Ce n'est pas arrivé. La situation ne s'est pas produite du tout. » On fait essentiellement en sorte qu'il soit acceptable qu'une telle chose se répète.

Cathay Wagantall: Merci. Je sais qu'il est difficile de répondre à cette question.

Ce que je comprends ici, c'est que, de votre point de vue, il y a eu du harcèlement, et je serais honnêtement portée à être d'accord, mais la chaîne de commandement semble être problématique au sein des Forces armées canadiennes. Le harcèlement pourrait très bien être un problème qui touche tous les échelons, du niveau supérieur jusqu'au niveau de service de votre fils. Le fait de ne pas pouvoir affirmer avec certitude que c'est dû au service a une incidence considérable sur les anciens combattants, même en ce qui concerne

la relation de votre fils avec son épouse et la part que les circonstances de son service ont joué dans cette relation.

En ce qui concerne la Croix du souvenir, d'autres personnes sont venues me voir, complètement dévastées parce qu'on leur a dit qu'elles n'étaient pas admissibles, que le décès n'était pas lié au service. Je tiens à vous dire que cela peut changer et qu'on peut se battre pour vous.

Je ne sais pas qui est votre député, mais je vous encourage vivement, si vous n'avez pas encore fait de démarches en ce sens, à m'appeler. Cette situation est inacceptable, et nous devons apporter ce changement en votre nom.

● (0945)

Judith Hills: Je vous remercie.

Cathay Wagantall: Je vous en prie.

Aux témoins de l'Association canadienne pour la santé mentale, je vous remercie de tout le travail que vous faites dans vos recherches et des efforts que vous déployez pour prévenir le suicide.

Nous avons entendu le témoignage d'une femme qui a perdu son mari très récemment. Il travaillait à la GRC, et l'une des premières choses qu'elle a mentionnées, c'est qu'il travaillait seul. Je sais que même dans ma circonscription, les membres de la GRC travaillent dans des régions rurales et éloignées. Ils couvrent 200 kilomètres, et si un incident se produit, il est impossible que les secours arrivent à temps.

Il y a beaucoup d'éléments pratiques comme celui-ci. Comment les intégrer dans le processus visant à prévenir le suicide? On l'a évalué, et...

La présidente: Madame Wagantall, je suis désolée. Votre temps est écoulé.

Cathay Wagantall: Je m'excuse. Vous pourrez peut-être répondre plus tard.

[Français]

La présidente: Madame Auguste, vous disposez de six minutes.

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

Madame Hills, j'aimerais vous offrir toutes mes condoléances. Je ne peux qu'imaginer ce que vous ressentez.

Mes questions vont s'adresser à M. Olson.

Si vous le permettez, j'aimerais parler de l'organisme Operational Stress Injury-Canada, ou OSI-Canada et du Centre de prévention du suicide de Québec.

D'abord, pouvez-vous nous nommer les éléments que ce Comité devrait prendre en considération lorsqu'il délibère sur les recommandations à adresser au gouvernement?

Comment tradiriez-vous votre expérience et celle de l'Association canadienne pour la santé mentale, l'ACSM, en conseils pour ce comité?

[Traduction]

Robert Olson: Je ne suis pas certain de comprendre la question.

[Français]

Tatiana Auguste: Je vais la répéter.

Quelles recommandations ce comité pourrait-il adresser au gouvernement en lien avec votre expérience et celle de l'Association canadienne de santé mentale visant à répondre aux besoins des vétérans?

[Traduction]

Robert Olson: Du point de vue de la division de l'Alberta de l'Association canadienne pour la santé mentale, l'ACSM, nous avons le programme OSI-CAN, qui offre du soutien par les pairs. Nous savons qu'il y a des lacunes en matière de soutien par les pairs pour les anciens combattants. Si les programmes de ce genre que d'autres et nous offrons étaient renforcés, cela améliorerait le sentiment des anciens combattants face aux problèmes de santé mentale, car nous entendons souvent dire que les anciens combattants préfèrent se tourner vers leurs pairs. Ils préfèrent se confier à d'autres qui ont connu des difficultés semblables.

Le soutien par les pairs est certainement une solution pour améliorer les choses.

[Français]

Tatiana Auguste: En ce qui concerne le Centre de prévention du suicide de Québec, l'ACSM a-t-elle suivi d'autres approches innovantes de prévention du suicide, plus précisément en ce qui concerne les difficultés qu'ont eues les anciens combattants et les anciens premiers intervenants?

[Traduction]

Robert Olson: Je suis désolé, mais j'ai du mal à entendre la question.

[Français]

La présidente: Pouvez-vous répéter votre question, s'il vous plaît, madame Auguste?

Tatiana Auguste: D'accord. Je vais la poser plus lentement.

En ce qui concerne le Centre pour la prévention du suicide, l'Association canadienne pour la santé mentale a-t-elle suivi ou surveillé, d'une manière ou d'une autre, des approches nouvelles ou innovantes en matière de prévention du suicide visant spécifiquement à remédier aux difficultés rencontrées par les anciens combattants et les anciens premiers répondants?

• (0950)

[Traduction]

Robert Olson: Compte tenu que nous avons intégré les expériences vécues dans bon nombre de nos initiatives et ressources élaborées avec Atlas, ainsi que les familles, je pense que ce sont là deux éléments qui n'avaient pas été étudiés de manière approfondie et qui n'avaient pas été ajoutés dans le passé. C'est une innovation que nous avons, selon moi, ajoutée dans le cadre de notre travail avec Atlas.

[Français]

La présidente: Merci beaucoup.

Madame Gaudreau, vous avez la parole pour six minutes.

Marie-Hélène Gaudreau: Merci, madame la présidente.

Je vais parler en français.

[Traduction]

Robert Olson: D'accord.

La présidente: Le son est-il bon?

[Français]

La présidente: D'accord.

Madame Gaudreau, vous avez la parole.

Marie-Hélène Gaudreau: Merci.

J'aimerais tout simplement vous donner le temps d'expliquer pourquoi vous estimez que les sept lignes d'effort mises en place en 2017 sont insuffisantes, à moins que j'aie mal compris.

[Traduction]

Robert Olson: Oh, je n'ai pas... J'ai dit qu'il s'agit des sept objectifs qui figuraient dans la stratégie initiale des FAC et d'ACC de 2017. Je n'ai pas dit qu'ils étaient inadéquats. Ils ont accompli un certain travail. Je crois que 50 % de ces sous-mesures dans les sept lignes ont été mises en œuvre. Ce n'est pas rien.

On nous dit cependant qu'il existe encore des lacunes à combler concernant les anciens combattants. La stratégie des FAC et d'ACC bénéficierait d'une stratégie nationale qui renforcerait cette stratégie prioritaire ou la compléterait par d'autres mesures destinées aux anciens combattants. Elle est efficace; elle a simplement besoin d'être renforcée.

[Français]

Marie-Hélène Gaudreau: Avez-vous entendu le témoignage de Mme Veilleux, qui expliquait le fonctionnement global du système et ses lacunes en ce qui a trait aux interventions et à la prise en charge des vétérans et des vétéranes qui ont de la difficulté à continuer de remplir leurs fonctions et à entrevoir un après?

[Traduction]

Robert Olson: Était-ce dans la dernière série de questions? Non, je n'en ai pas entendu parler. Toutefois, je suis tout à fait d'accord pour dire que nous attendons...

[Français]

Marie-Hélène Gaudreau: Parfait.

Avez-vous vu le film *Seule au front*?

[Traduction]

Robert Olson: Pas encore. Je n'en ai pas encore entendu parler.

[Français]

Marie-Hélène Gaudreau: D'accord.

• (0955)

[Traduction]

Robert Olson: Je vais essayer de le voir.

[Français]

Marie-Hélène Gaudreau: C'est bien.

J'ai une autre question à vous poser. Avez-vous des données probantes sur ce qui peut se passer dans le cas des données intersectorielles sur le genre. Je suis à la recherche d'informations sur les enjeux en matière de prévention du suicide chez les femmes, chez les Autochtones et chez les personnes LGBTQ2+.

Y a-t-il des données publiques là-dessus?

[Traduction]

Robert Olson: Vous demandez s'il existe des données sur les décès par suicide pour ces cas?

Malheureusement, nous n'analysons pas les détails au Canada, et c'est l'une des suggestions que nous avons formulées, soit d'obtenir des données plus détaillées sur les décès, car elles ne sont actuellement pas ventilées par origine ethnique ou profession. La diversité sexuelle peut être un peu plus difficile à déterminer au moment du décès. Tout effort visant à clarifier la situation d'une personne qui se suicide, ainsi que les circonstances précises entourant le suicide, est toujours bien accueilli. Nous accusons un retard au Canada dans ce domaine.

[Français]

Marie-Hélène Gaudreau: D'accord. Merci.

Pouvez-vous nous parler de la culture du silence dans les Forces armées canadiennes, à la Gendarmerie royale du Canada, ainsi que chez nos vétérans et nos vétérans?

[Traduction]

SM Sansouci (responsable nationale des relations gouvernementales, Association canadienne pour la santé mentale): Je vais répondre à cette question.

En tant qu'épouse d'un ancien combattant et d'un membre des forces armées en service actif, je tiens à remercier ce comité de cette importante étude.

Le Centre de prévention du suicide de l'Association canadienne pour la santé mentale n'est pas directement lié aux Forces armées canadiennes ou à Anciens Combattants. Il ne serait donc pas approprié pour nous de parler de cette culture que vous avez mentionnée.

[Français]

Marie-Hélène Gaudreau: Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci beaucoup, madame Gaudreau.

[Traduction]

Pour la dernière série de questions, nous commencerons avec cinq minutes.

Monsieur Viersen, allez-y, je vous prie.

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

Madame Hills, vous avez déclaré que votre fils prenait trois types de médicaments différents. J'ai essayé de les noter pendant que vous parliez. Pouvez-vous me les rappeler?

Judith Hills: Il prenait du Latuda, qui est un antipsychotique, du Wellbutrin et du Prozac.

Arnold Viersen: Ma collègue, madame Wagantall, a encore quelques questions à poser, alors je vais lui céder mon temps de parole.

Merci.

Cathay Wagantall: Je vous remercie.

Merci, monsieur le président.

Madame Hills, vous avez mentionné que vous saviez qu'entre 2021 et 2023, 40 suicides ont eu lieu dans les Forces armées canadiennes. Dans la communauté des anciens combattants et les FAC, nous avons du mal à obtenir ces données. Comment avez-vous pris connaissance de ce chiffre? Pouvez-vous me l'expliquer?

Judith Hills: Ces données sont facilement accessibles en ligne. J'ai également assisté à une cérémonie de dépôt de couronnes hier

pour rendre hommage aux Canadiens décédés sur le territoire canadien, y compris ceux qui sont décédés du syndrome de stress post-traumatique ou qui se sont suicidés. Les chiffres sont là. Ce sont les chiffres des personnes qui se manifestent, des familles qui sont à l'aise de divulguer que leur proche s'est suicidé.

J'ai pris une photo. J'aimerais pouvoir vous la montrer. En 2021, 2022 et 2023, sur cette photo, il y a beaucoup de rubans noirs. Ils représentent les personnes décédées dont la famille ne souhaite pas que leur nom soit divulgué.

Je pense qu'ils obtiennent ces statistiques auprès du ministère des Anciens Combattants.

● (1000)

Cathay Wagantall: Pourriez-vous envoyer ce document au Comité?

Judith Hills: Oui, je peux aller en ligne et l'envoyer.

À qui dois-je l'envoyer?

Cathay Wagantall: Je vous en serais reconnaissante. Je vous remercie. Vous pouvez l'envoyer au greffier.

L'avez-vous ici?

La présidente: L'analyste peut le récupérer.

Cathay Wagantall: Oh, je vois. Bien, notre formidable analyste peut l'obtenir pour moi.

Mon adjointe administrative n'est pas avec moi, et c'est terrible.

Vous nous fournissez des données qui dépassent ce que nous avons entendu ici au Comité. Il y a un nouveau rapport, qui devrait être publié sous peu, et qui, d'après ce qu'on nous a dit, sera probablement très préoccupant.

Vous avez également mentionné que vos chiffres s'appliquent jusqu'en 2023 et que vous vous attendez à ce qu'ils continuent d'augmenter. Ayant vécu cette horrible situation, avez-vous une idée de la raison pour laquelle ces chiffres sont si élevés?

Judith Hills: J'aimerais bien le savoir. Je ne sais pas pourquoi les chiffres augmentent.

J'ai mentionné que ma collègue a demandé des soins en santé mentale et qu'on lui a dit, même si elle était suicidaire, « Nous sommes désolés, mais revenez dans deux semaines et nous vous aiderons ».

Lorsqu'un autre ami risquait de mettre fin à ses jours ce matin-là, on lui a dit de se rendre aux urgences civiles, où on lui a répondu, « Non, retournez à la salle d'examen médical, car vous n'êtes pas l'un de nos patients ».

Quelqu'un a simplement besoin d'aide à ce stade-là. Quelqu'un ne fait que demander de l'aide, mais les services se le renvoient comme une balle de tennis. Quand une personne est en crise, elle ressent une frustration de ne pas savoir vers qui se tourner ou d'être aiguillée de gauche à droite comme si elle n'avait aucune importance.

Cathay Wagantall: Je comprends. Merci.

Je pense qu'il y a désormais une prise de conscience qui n'existait pas auparavant — peut-être parce que le public est plus sensibilisé —, à savoir que nous n'avons pas fait du bon travail au Canada pour prendre soin de la santé mentale de nos membres actifs, ce qui a évidemment des répercussions sur la situation à laquelle sont confrontés nos anciens combattants.

Je vous remercie d'avoir accepté de nous faire part de ce que vous traversez actuellement et de nous parler aussi de la perte de votre fils. Nous vous sommes vraiment reconnaissants de votre témoignage aujourd'hui. Rien n'est plus important que les témoignages que nous entendons à ce comité et qui sont pris en compte de façon significative lorsque nous formulons nos recommandations.

Avez-vous une suggestion précise à nous faire de mesures que nous devrions prendre immédiatement pour changer la situation d'autres personnes comme votre fils, qui a beaucoup souffert?

Judith Hills: C'est une question difficile. J'aimerais bien le savoir. Nous devons peut-être faire en sorte que les gens aient moins peur de faire appel aux services de santé mentale.

On me libère de l'armée. Je ne le veux pas, mais puisque j'ai besoin de soins de santé mentale... Quand j'ai arrêté d'aller aux services de santé mentale, ils m'ont dit que je devais continuer, puis ils ont fait volte-face et me libèrent pour raisons médicales, pour cause de syndrome de stress post-traumatique ou de troubles mentaux. Je sais qu'au moins cinq personnes avec lesquelles je travaille cette année, certains des meilleurs soldats avec lesquels j'ai servi, sont libérés, et devinez quoi? Ils ont tous recours aux services de santé mentale.

Je ne le sais pas. J'aimerais bien connaître les réponses.

Cathay Wagantall: C'est utile. Merci.

La présidente: La parole est à vous pour cinq minutes, monsieur Casey.

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

Caporale Hills, je tiens tout d'abord à vous remercier de votre témoignage et de votre service.

Avant de présenter ma candidature comme député, j'étais avocat spécialisé dans les erreurs médicales. Avec les témoignages que nous avons entendus aujourd'hui, vous pouvez imaginer ce qui me passe par la tête quand je pense à réintégrer mes anciennes fonctions avant mon arrivée au Parlement.

Votre témoignage a soulevé de nombreuses questions qui m'intéressent particulièrement en raison de mes antécédents. Nous n'avons pas le temps, et ce ne serait pas approprié dans cette enceinte, d'approfondir ces questions autant que je le souhaiterais, si bien que je vais commencer par vous lancer une invitation. Si vous pensez qu'il pourrait vous être utile de discuter avec un avocat à la retraite qui possède une certaine expérience en matière d'erreurs médicales, je me tiens à votre disposition après cette réunion et je vous fournirai mes coordonnées. Plusieurs choses que vous avez dites dans votre témoignage portent à croire qu'il pourrait y avoir d'autres solutions, si vous le souhaitez.

Je ne pense pas qu'une tribune publique soit un endroit pour tenir cette discussion et je crains qu'il y ait un risque de revivre le traumatisme, mais je vous l'offre.

• (1005)

Judith Hills: Merci.

Sean Casey: Je tiens d'abord à remercier nos amis de l'ACSM de leur témoignage.

Vous avez parlé d'une stratégie pancanadienne et mentionné que le Canada est l'un des rares pays qui n'en a pas. Quel est le modèle d'excellence à suivre pour ne pas avoir à réinventer la roue? Quelles sont les pratiques exemplaires dans le monde?

Robert Olson: Le modèle d'excellence est... La trajectoire normale consiste à avoir un cadre, ce que nous avons, puis une stratégie assortie d'un accord contraignant, d'engagements en matière de ressources, de délais et de résultats attendus clairement définis. Le plan d'action est la mise en œuvre de la stratégie.

Nous sommes passés d'un cadre à un plan d'action. Malgré le bon travail accompli, nous pensons que nous devrions prendre le temps et déployer les efforts nécessaires pour repartir à zéro avec une nouvelle stratégie. Ne jetez pas tout ce qui a été fait; intégrez-le dans le plan d'action renouvelé sur la stratégie exhaustive que nous avons élaborée. Nous le demandons depuis 2004, et nous continuons à le demander.

En 2021, l'Association internationale pour la prévention du suicide a lancé un appel intitulé « Partenariats pour la vie » afin que tous les pays disposent d'une stratégie nationale. L'appel est encore en vigueur. Je pense qu'à l'heure actuelle, en 2025, plus de 40 pays en ont une.

Sean Casey: Nous avons entendu plus tôt aujourd'hui un exemple d'un réseau de soutien par les pairs qui est parmi les meilleurs au monde et qui se trouve au Royaume-Uni. C'est Mme Veilleux qui nous en a parlé. Connaissez-vous ce réseau? Je sais que vous avez également fait référence à des programmes de soutien par les pairs dans votre témoignage. Connaissez-vous les programmes qui sont offerts au Royaume-Uni? Y a-t-il des leçons à tirer de cette expérience, plus particulièrement en ce qui concerne le soutien par les pairs?

Robert Olson: Nous analysons constamment les programmes de soutien par les pairs mis en œuvre à l'échelle mondiale et nous nous informons à leur sujet. Il y a toujours des leçons à tirer. Je ne sais pas si les autres témoins ont quelque chose à ajouter.

Pour répondre à cette question de manière plus réfléchie, j'examinerai ce programme en profondeur. Je peux vous fournir une réponse plus tard, si vous le souhaitez.

Sean Casey: Je vous en serais reconnaissant.

C'est la dernière question, très rapidement. Nous avons entendu plus tôt aujourd'hui que lorsqu'une personne communique avec le ministère des Anciens Combattants, elle ne reçoit pas nécessairement une liste des programmes disponibles.

Vous avez commencé votre témoignage en disant que vous disposez d'une série de ressources à l'ACSM conjointement avec Atlas. Est-ce une liste qui pourrait être utile aux gestionnaires de cas du ministère des Anciens Combattants lorsqu'ils traitent avec des anciens combattants?

Robert Olson: Oui. Des ressources sont énumérées dans deux des trois guides qui offrent d'autres solutions pour les personnes à risque ou leur famille.

La présidente: Je vous remercie.

[Français]

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

Marie-Hélène Gaudreau: Merci, madame la présidente.

Caporale Hills, je veux d'abord m'assurer que l'interprétation fonctionne de votre côté. Vous me faites signe que oui.

Permettez-moi de vous présenter mes sincères condoléances. J'ai l'impression que vous vivez plus qu'un double traumatisme. C'est digne de mention. Je salue la résilience et le courage dont vous faites preuve en venant témoigner devant le Comité.

Pour cette raison, je veux vous offrir les deux minutes qui me restent. La ministre McKnight ainsi que les sous-ministres qui sont venus nous rencontrer cette semaine nous regardent.

S'ils étaient devant vous, que leur diriez-vous? Qu'est-ce qui est le plus fondamental?

• (1010)

[Traduction]

Judith Hills: Je ne le sais pas. Cela entraînerait peut-être un changement dans l'armée, où les gens n'auraient plus peur de recourir à des soins de santé mentale et où ils n'auraient plus peur que leur carrière en soit affectée s'ils le faisaient. D'une manière ou d'une autre, nous devons mettre fin aux préjugés entourant la santé mentale. Je sais que nous sommes tous censés être forts et partir à la guerre. C'est ce pour quoi nous nous entraînons, mais au final, nous sommes tous des êtres humains qui ressentent des émotions.

Nos vies sont difficiles. Nous sommes souvent éloignés de notre famille. Nous savons que nous pouvons être déployés à tout moment. Cependant, on doit nous accorder le respect nécessaire pour ne pas craindre pour notre carrière lorsque nous avons besoin d'aide. C'est une situation que nous avons vue dans des vidéos. On a soulevé le fait que si vous avez besoin d'aide, vous l'obtenez. Nous sommes là pour vous soutenir. Quand vous vous tournez vers ces ressources, vous avez l'impression qu'elles sont utilisées contre vous. Comme je l'ai mentionné précédemment, parmi les personnes qui ont été libérées au cours de la dernière année, nous avons tous eu besoin de l'aide de ressources en santé mentale. Quelque chose ne fonctionne pas. Quelque chose ne va vraiment pas.

[Français]

Marie-Hélène Gaudreau: Merci beaucoup, caporale Hills.

Merci, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Il reste environ deux minutes avant la fin de la réunion.

Nous pourrions peut-être demander à M. Olson et à Mme Hills de nous faire une recommandation, quelque chose de très concret que nous pourrions retenir pour l'instant.

Robert Olson: Je voudrais réitérer ce que nous avons dit au début: continuons de renforcer les efforts que nous déployons pour aider les anciens combattants et n'écartons pas l'idée de réunir les groupes intéressés à élaborer une stratégie nationale. Cela vaut la

peine de faire cet effort pour bien faire les choses. Je tiens à le souligner à nouveau.

La présidente: Merci.

Caporale Hills.

Judith Hills: Je tiens tout d'abord à préciser que, dans le cadre de mon métier, je répare des avions, mais je ne sais pas comment réparer la santé mentale. Je sais que je ne sais pas ce qu'il faut faire. Comme je l'ai dit, j'ai de l'expertise dans les avions, pas dans l'esprit humain. Je veux simplement voir des changements. Il est trop tard pour mon fils, et il est trop tard pour les nombreux amis que j'ai perdus, mais je veux que des changements soient apportés d'une manière ou d'une autre.

Quand je vois les informations, j'ai appris le langage et je peux toujours dire si quelqu'un s'est suicidé, même si le mot n'est pas utilisé. C'est arrivé trop souvent. Chaque fois qu'un suicide se produit, une autre partie de mon cœur s'envole. J'aimerais vraiment que des mesures soient prises pour remédier à cela.

• (1015)

La présidente: Je vous remercie, caporale Hills.

Encore une fois, merci de votre service et de votre courage aujourd'hui.

Monsieur Olson, merci à vous également.

Madame Sansouci, merci.

C'est presque la fin de notre réunion.

J'ai seulement un point d'ordre administratif à mentionner.

[Français]

Cela concerne l'étude sur la prévention du suicide chez les vétérans.

[Traduction]

Je vais garder cela pour la prochaine fois.

Je tiens vraiment à vous communiquer ce message. Vous avez tous partagé le même sentiment, alors nous discuterons peut-être en dehors de ce comité pour savoir si vous avez des remarques à formuler. Je vais m'abstenir pour l'instant, monsieur le greffier.

[Français]

Notre prochaine réunion aura lieu le mardi 28 octobre 2025. Nous reprendrons l'étude sur la prévention du suicide chez les vétérans.

Avant de lever la séance, j'aimerais rappeler au Comité que la date limite pour soumettre les listes de témoins pour l'étude des obstacles à l'entrepreneuriat chez les vétérans est vendredi prochain, c'est-à-dire le 31 octobre 2025, à 16 heures. Comme vous le savez tous, chers collègues, vous pouvez envoyer votre liste à notre greffier.

Sur ce, le comité souhaite-t-il lever la séance?

Puisque personne n'a d'objection, 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>