



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES VÉTÉRAN.E.S CANADIEN.NE.S

Rapport du Comité permanent des anciens combattants

Marie-France Lalonde, présidente

AVRIL 2026
45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

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.

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 : www.noscommunes.ca

**LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES
VÉTÉRAN.E.S CANADIEN.NE.S**

**Rapport du Comité permanent
des anciens combattants**

**La présidente
Marie-France Lalonde**

AVRIL 2026

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

AVIS AU LECTEUR

Rapports de comités présentés à la Chambre des communes

C'est en déposant un rapport à la Chambre des communes qu'un comité rend publiques ses conclusions et recommandations sur un sujet particulier. Les rapports de fond portant sur une question particulière contiennent un sommaire des témoignages entendus, les recommandations formulées par le comité et les motifs à l'appui de ces recommandations.

*Je m'ennuie de ton rire, qui résonne encore dans ma tête
De tes blagues, de ta bonne humeur
Si je pouvais t'avoir un jour de plus
Je te supplierais de rester
Je voudrais que tu reviennes, mais sans la souffrance
Je voudrais un arc-en-ciel, mais sans la pluie.

Peu importe, pour toujours¹.*

À la mémoire honorable de ceux dont les proches ont participé à cette étude :

Shawn Hatcher

Jason Renato Simon

Stuart Langridge

Brad Elms

Jordan Anderson

Lee Brent Ruth

George Hohl

Samuel James Hills

Michael Scott Bush

Et à celle de tou.te.s les autres qui, en nous quittant, ont trouvé leur paix, et protégé
la nôtre.

1 ACVA, *Témoignages*, 9 octobre 2025, [Margit Simon \(formatrice de transition, Groupe de transition des Forces armées canadiennes, à titre personnel\)](#), 0850.

AVERTISSEMENT DE CONTENU – DISCUSSION DU SUICIDE ET DE LA SUICIDALITÉ

Ce rapport porte sur le suicide et la suicidalité chez les vétérán.e.s et les militaires en service des Forces armées canadiennes. Certains passages peuvent être difficiles à lire ou déclencheurs. Si vous êtes affecté.e, songez à en parler à une personne de confiance ou à chercher du soutien professionnel. Nous avons abordé ces sujets de façon sécuritaire, responsable, non stigmatisante et tenant compte des traumatismes. Comme nous citons des sources externes, certaines formulations peuvent ne pas refléter les meilleures pratiques actuelles.

En cas d'urgence, composez le **9-1-1** ou rendez-vous au service des urgences le plus proche.

COMITÉ PERMANENT DES ANCIENS COMBATTANTS

PRÉSIDENTE

Marie-France Lalonde

VICE-PRÉSIDENTS

Blake Richards

Marie-Hélène Gaudreau

MEMBRES

Tatiana Auguste

Sean Casey

Chris d'Entremont

Alana Hirtle

Fraser Tolmie

Arnold Viersen

Cathay Wagantall

AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

Ziad Aboultaif

Sima Acan

Carol Anstey

Jaime Battiste

Braedon Clark

Dave Epp

Ted Falk

Tamara Jansen

Linda Lapointe

Jeremy Patzer

Jonathan Rowe

Zoe Royer

Alex Ruff

Sonia Sidhu
Eric St-Pierre

GREFFIER DU COMITÉ

Eric Glavin

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Jean-Rodrigue Paré, analyste

LE COMITÉ PERMANENT DES ANCIENS COMBATTANTS

a l'honneur de présenter son

QUATRIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié la prévention du suicide chez les vétérans et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES RECOMMANDATIONS	1
LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES VÉTÉRAN.E.S CANADIEN.NE.S	5
Introduction	5
Statistiques chez les militaires	6
Statistiques chez les vétéran.e.s	9
Facteurs de risque	15
Les traumatismes	16
Traumatismes opérationnels	16
Blessures morales	17
Traumatismes sexuels	18
Santé mentale	20
Douleur chronique	24
Changement d'identité après la transition	25
Traumatisme du sanctuaire et trahison institutionnelle	28
Les médicaments comme facteur de risque	32
Facteurs de protection	34
Les proches	34
Les services de santé mentale pour les membres de la famille	36
La prévention	40
Rétablir la continuité des soins	42
Préparer la transition	46
Diversifier les options de traitement	48
Le point sur la thérapie assistée par les psychédéliques	51
La Stratégie canadienne de prévention du suicide chez les militaires et les vétéran.e.s	52
Conclusion	58

ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS	63
ANNEXE B : LISTE DES MÉMOIRES	67
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	69
OPINION COMPLÉMENTAIRE DU PARTI CONSERVATEUR DU CANADA	71

LISTE DES RECOMMANDATIONS

À l'issue de leurs délibérations, les comités peuvent faire des recommandations à la Chambre des communes ou au gouvernement et les inclure dans leurs rapports. Les recommandations relatives à la présente étude se trouvent énumérées ci-après.

Recommandation 1

Qu'Anciens Combattants Canada :

- **publie un rapport annuel sur le décès par suicide des vétérans.e.s;**
 - **examine comment les conclusions et l'approche utilisées en Australie par la Commission royale d'enquête sur la défense et les vétérans peuvent être appliquées au contexte canadien, et en présente les conclusions au Comité dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport.**
- 14**

Recommandation 2

Que le ministère de la Défense nationale, dans son Rapport annuel sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes, inclut les décès par suicide des membres de la Force de réserve.

15

Recommandation 3

Que le ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes :

- **Développent un protocole d'intervention précoce auquel doivent se soumettre tous les militaires qui, durant leur service, ont été exposés à des circonstances tragiques impliquant des enfants.**
 - **Documentent les événements auxquels ont été exposés les militaires.**
 - **Collaborent avec Anciens Combattants Canada afin de faciliter le partage d'informations pertinentes.**
- 18**

Recommandation 4

Que les recherches de pointe sur les traumatismes sexuels en contexte militaire (TSCM) disponibles au Canada et à l'échelle internationale soient utilisées pour mettre à jour les politiques et les pratiques du ministère de la Défense nationale, des Forces armées canadiennes et d'Anciens Combattants Canada afin de reconnaître les TSCM comme l'un des principaux facteurs de risque identifiables de décès par suicide chez les militaires et les vétérans. 20

Recommandation 5

Qu'en l'absence de preuves contraires convaincantes, Anciens Combattants Canada reconnaisse tous les décès par suicide survenus durant le service militaire comme étant reliés au service. 22

Recommandation 6

Que la ministre des Anciens Combattants détermine le mécanisme le plus approprié dans le but de fournir l'accès aux services de soutien en santé mentale aux membres de la famille des vétérans tout en respectant les compétences provinciales et territoriales. 40

Recommandation 7

Qu'Anciens Combattants Canada détermine la voie la plus appropriée pour permettre aux survivants des vétérans qui le souhaitent d'avoir accès aux services de santé mentale du Régime de soins de santé de la fonction publique. 40

Recommandation 8

Que le ministère de la Défense nationale rende obligatoire la participation régulière des membres des Forces armées canadiennes (FAC) à des programmes de soutien à la résilience qui contribuent à prévenir et à atténuer les conséquences néfastes des traumatismes sur la santé mentale des militaires et des vétérans des FAC. 41

Recommandation 9

Que le gouvernement du Canada veuille à ce que la ligne d'urgence 988 comprenne une option dédiée aux vétérans. 42

Recommandation 10

Qu’Anciens Combattants Canada évite de retraumatiser les vétérans en éliminant l’obligation de raconter à nouveau les circonstances des événements traumatisants ayant mené aux conditions médicales pour lesquelles une demande d’indemnisation a été déposée, lorsque ces informations ont déjà été recueillies par un organisme professionnel reconnu et transmises avec le consentement explicite de l’individu. 44

Recommandation 11

Qu’Anciens Combattants Canada collabore avec le fournisseur de son programme de réadaptation afin de déterminer comment les soins préexistants peuvent être intégrés au plan de réadaptation des vétérans. 45

Recommandation 12

Qu’Anciens Combattants Canada détermine, en consultation avec le ministère de la Défense nationale, la faisabilité d’une approche d’adhésion ou de désengagement pour partager le statut de vétérans, avec leur consentement éclairé écrit, auprès des autorités provinciales et territoriales de la santé afin que les identifiants des vétérans soient inclus dans leurs dossiers de santé provinciaux ou territoriaux lors de la transition. 46

Recommandation 13

Que les Forces armées canadiennes travaillent avec les autorités de santé provinciales et territoriales afin de s’assurer que les militaires qui ne répondent plus aux exigences d’universalité du service et qui souffrent d’une condition constituant un facteur de risque pour la santé mentale ne soient pas libérés tant que la disponibilité d’un médecin de famille n’aura pas été confirmée. 48

Recommandation 14

Qu’Anciens Combattants Canada instaure un processus d’approbation accéléré lorsque des organismes agréés par le ministère doivent fournir rapidement des services à des vétérans ayant un besoin urgent en santé mentale. 50

Recommandation 15

Qu’Anciens Combattants Canada et le ministère de la Défense nationale élaborent une nouvelle stratégie conjointe de prévention du suicide chez les militaires et les vétérans, y compris ceux de la Force de réserve, contenant des objectifs mesurables et s’inspirant de celle qui a découlé des travaux de la Commission royale australienne sur le suicide chez les militaires et les vétérans.

56

Recommandation 16

Que, si le gouvernement du Canada devait élaborer une stratégie nationale globale de prévention du suicide, celle-ci devrait inclure un volet consacré aux vétérans.

57



LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES VÉTÉRAN.E.S CANADIEN.NE.S

INTRODUCTION

Tous les neuf jours, un.e vétér.an.e de la Force régulière meurt par suicide au Canada. Si on savait quelque chose sur le taux de suicide des vétér.an.e.s de la Réserve, le taux combiné pour l'ensemble des vétér.an.e.s serait probablement supérieur à un.e par semaine. 50 à 60 par année, c'est-à-dire que 2 500 à 3 000 vétér.an.e.s sont morts par suicide depuis une cinquantaine d'années, soit aussi longtemps en arrière que le gouvernement du Canada peut l'estimer¹. C'est presque 50 % de plus que si on avait pris un échantillon comparable de la population générale du Canada. Et c'est sans compter les 20 militaires en service qui meurent par suicide en moyenne chaque année.

Ces chiffres sont alarmants et autant que nous puissions le savoir, ils ne changent pas d'une année à l'autre. Autrement dit, tout ce qui a été fait depuis que nous avons pris conscience de cette tragédie n'a donné aucun résultat. Contrairement à la plupart des pays de l'OCDE, le Canada n'a pas de stratégie nationale de prévention du suicide. En ce qui touche plus particulièrement les militaires et les vétér.an.e.s, les Forces armées canadiennes (FAC) et Anciens Combattants Canada (ACC) ont élaboré une stratégie conjointe de prévention du suicide, mais comme nous le verrons plus loin dans ce rapport, il s'agit plutôt d'une liste d'actions susceptibles de contribuer à la prévention du suicide que d'une véritable stratégie.

Comme l'a mis en lumière le mémoire déposé au Comité par Le Sentier, un organisme qui vient en aide aux vétér.an.e.s, « cette stagnation statistique doit donc être interprétée non pas comme un signe de stabilité rassurante, mais comme le symptôme d'un problème structurel. Elle révèle une insuffisance des mesures actuelles pour contrer un phénomène profondément enraciné, où les dimensions sociales, psychologiques, identitaires et institutionnelles s'entrecroisent². »

L'Australie, confrontée à une situation similaire d'absence de résultats après avoir mis en œuvre de nombreux plans d'action, a décidé que la gravité du problème exigeait une action plus urgente, énergique et coordonnée. Une réflexion échelonnée sur plusieurs

1 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Amy Hall (épidémiologiste principale, ministère des Anciens Combattants), 0920.

2 Le Sentier, mémoire déposé au Comité le 5 décembre 2025, p. 6.



années a débouché sur une stratégie complète assortie d'objectifs mesurables. Une institution indépendante a également été chargée d'en surveiller la mise en œuvre et d'en évaluer les résultats. L'ampleur de cette initiative, d'abord limitée aux militaires et aux vétérans, a déclenché une réflexion plus globale qui a permis à l'Australie de se doter d'une véritable stratégie nationale de prévention du suicide. Aux États-Unis, une stratégie élaborée il y a une dizaine d'années a commencé à donner des résultats. Le taux de suicide chez les militaires et les vétérans a commencé à y diminuer au cours des dernières années.

La prévention du suicide constitue une problématique complexe qui exige une mobilisation importante de personnes, de ressources et de temps. C'est ce que l'Australie a choisi de faire. En comparaison, les efforts du Canada paraissent bien timides. La portée limitée des moyens que peut mettre en œuvre le Comité fait que le présent rapport ne peut que soulever certains enjeux portés à son attention.

Les membres du Comité souhaitent remercier les 54 personnes qui ont témoigné durant cette étude, et la vingtaine d'autres personnes ou organisations qui ont soumis un mémoire. Nous saluons tout particulièrement le courage des conjoints et parents qui ont voulu honorer la mémoire d'un.e proche qui s'est enlevé la vie.

STATISTIQUES CHEZ LES MILITAIRES

Les « ratios standardisés de mortalité » (RSM) comparent les taux de suicide d'une population donnée à ceux de la population générale canadienne.

Chez les hommes de la Force régulière :

- Les RSM ont été inférieurs à ceux de la population générale entre 1995 et 2007³;
- Depuis 2007, les RSM sont demeurés supérieurs à ceux de la population générale si on les calcule sur une période de cinq ans;

Cela indique que la situation s'est empirée depuis une quinzaine d'années chez les hommes militaires de la Force régulière.

Chez les femmes de la Force régulière :

3 Ministère de la Défense nationale, [*Rapport de 2024 sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes*](#), figure 2.

- « De 2001 à 2022, les femmes de la Force régulière affichaient un taux de suicide 71 % plus élevé que celui des Canadiennes en général⁴. »

Si on examine l'évolution des données statistiques en comparaison des taux de mortalité par suicide de la population générale, la situation s'est détériorée chez les hommes de la Force régulière, et le taux est demeuré stable chez les femmes militaires, mais nettement plus élevé que celui des femmes de la population générale.

Face à ces constats, les remarques du major-général Scott Malcolm, médecin-général des FAC, ne semblent pas refléter quelque urgence d'agir que ce soit :

Bien que le nombre de suicides puisse fluctuer légèrement d'une année à l'autre, il est généralement stable. En moyenne, c'est environ 15 suicides par année. Dans le dernier rapport publié, nous en avons dénombré 21, 17 dans les forces régulières et 4 dans la réserve⁵.

De plus, selon lui, les facteurs déclencheurs identifiés semblent n'avoir rien à voir avec la vie militaire :

Nous avons constaté que bon nombre d'entre eux souffraient de problèmes de santé mentale, notamment de dépression ou de toxicomanie. Les facteurs déclencheurs peuvent être une rupture amoureuse, des problèmes financiers, des démêlés avec la justice ou des difficultés générales liées au rendement au travail⁶.

Le rapport ne présente pas de statistiques comparables pour les réservistes :

Les données de la Force de réserve présentent des problèmes au sujet de l'intégralité des données, en plus de ceux concernant la divulgation de l'identité et d'attributs. Comme de nombreux membres de la Force de réserve reçoivent leurs soins de santé dans le cadre du système de santé provincial, les cas de suicides ne sont pas toujours signalés de façon intégrale et les dossiers sont parfois incomplets⁷.

Le rapport indique toutefois qu'il y a eu 4 décès par suicide chez les réservistes en 2023, alors que ces chiffres ne figuraient pas aux rapports sur les années précédentes. La difficulté de recueillir des statistiques touchant les réservistes sont les mêmes que celles

4 Dr. Karen Breeck, Mémoire déposé au Comité le 5 décembre 2025, p. 1.

5 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Major-général Scott Malcolm (médecin général, Forces armées canadiennes, ministère de la Défense nationale), 0940.

6 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Major-général Scott Malcolm (médecin général, Forces armées canadiennes, ministère de la Défense nationale), 0940.

7 Ministère de la Défense nationale, [*Rapport de 2024 sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes*](#), figure 2.



qui affectent les données sur les vétérans, mais les FAC ont un lien d'emploi avec les réservistes. Cela devrait leur permettre d'assurer un meilleur suivi.

Aux États-Unis, le rapport annuel sur la mortalité par suicide⁸ inclut les décès par suicide de la Force active, de la *Reserve*, de la *National Guard*, ainsi que la mortalité par suicide des membres de la famille des militaires.

- Pour la Force active, les RSM sont comparables à ceux de la population civile générale;
- Pour la Reserve et la National Guard, les RSM sont inférieurs à ceux de la population civile générale;
- Pour les membres de la famille, les RSM sont nettement supérieurs à ceux de la population civile générale.

En Australie, les travaux de la [Commission royale sur le suicide chez les militaires et les vétérans](#) incluent également les décès par suicide des réservistes. De plus, pour les membres des forces régulières, le taux de décès a été comparé non pas à la population générale, mais à la population de même âge, sexe et occupant un emploi. Ce choix a été pris afin de tenir compte du facteur de risque connu lorsqu'une personne est sans emploi. La différence entre les taux est donc moindre qu'elle l'aurait été si elle avait été établie avec la population générale de même âge et sexe, comme c'est le cas pour les statistiques canadiennes. Les principaux constats sont les suivants pour les militaires australiens :

- Pour l'ensemble des militaires masculins en service dans la force régulière, le taux de suicide RSM est 30 % plus élevé que dans la population australienne de même sexe, âge, et occupant un emploi⁹.
- Les hommes qui ont servi dans des postes de combat et de sécurité ont un taux de décès par suicide 100 % plus élevé que dans la population australienne de même sexe, âge, et occupant un emploi;

8 U.S. Department of Defense, [Annual Report on Suicide in the Military, Calendar Year 2023](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

9 Gouvernement de l'Australie, [Rapport de la Commission royale sur le suicide chez les militaires et les vétérans, Vol. 7](#), p. 66 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

- Les hommes ayant servi comme carabiniers dans les unités d'infanterie ont un taux de décès par suicide 253 % plus élevé que dans la population australienne de même sexe, âge, et occupant un emploi;
- Les résultats concernant les femmes en service ont été supprimés du rapport en raison de leur faible nombre¹⁰, et aucun décès par suicide n'a été enregistré chez les femmes servant dans les forces régulières dans des rôles de combat et de sécurité entre 2011 et 2020¹¹;
- Les hommes servant dans les forces de réserve qui n'ont jamais servi dans les forces régulières ont 62 % moins de risques de mourir par suicide que les autres hommes civils australiens, peu importe leur situation d'emploi¹².

STATISTIQUES CHEZ LES VÉTÉRAN.E.S

Les statistiques touchant les décès par suicide chez les vétérán.e.s sont établies en comparant les taux à ceux de la population générale de même âge et de même sexe. Pour le Canada, les données sur le suicide des vétérán.e.s proviennent de l'[étude sur la mortalité par suicide chez les vétérans](#) publiée par Anciens Combattants Canada (ACC) en 2021. Celle-ci a suivi une cohorte de 253 645 vétérán.e.s de la Force régulière¹³ ayant quitté les Forces armées canadiennes (FAC) sur une période de 41 ans, soit entre 1975 et 2016.

Les hommes composent 89,3 % (226 415) des membres de la cohorte. Étant donné la faible proportion de femmes (27 230 ou 10,7 %), les données portant sur les vétéranes comportent un écart de confiance beaucoup plus élevé, et, dans certains cas, ne permettent pas d'établir des pourcentages fiables.

Les dossiers militaires ont pu être couplés statistiquement avec les actes de décès recueillis par Statistique Canada lorsque les rapports des coroners provinciaux et territoriaux indiquaient que le suicide était la cause du décès. Ces données ont été

10 Gouvernement de l'Australie, *Rapport de la Commission royale sur le suicide chez les militaires et les vétérans*, [Vol. 7](#), p. 65 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

11 Gouvernement de l'Australie, *Rapport de la Commission royale sur le suicide chez les militaires et les vétérans*, [Vol. 7](#), p. 75 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

12 Gouvernement de l'Australie, *Rapport de la Commission royale sur le suicide chez les militaires et les vétérans*, [Vol. 7](#), p. 93 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

13 Les réservistes en service de classe C ont été inclus dans les statistiques puisqu'ils étaient actifs au sein d'une unité de la Force régulière. Ils composent respectivement 5 % de la cohorte de vétérans masculins et 8 % de la cohorte des vétéranes.



ajustées pour être comparables selon l'âge aux données portant sur la population canadienne en général.

Voici les principaux constats de cette étude :

- Mille huit cent cinquante-cinq (1 855) vétérans masculins sont décédés par suicide durant cette période de 41 ans, soit environ un à tous les neuf jours;
- Quatre-vingt-quinze (95) vétéranes sont décédées par suicide durant la période allant de 1975 à 2016;
- Pour toute la période, le taux de décès par suicide pour les vétérans masculins était de 47 % plus élevé que pour les hommes de la population canadienne en général du même âge;
- Chez les hommes de 29 ans et moins, le taux est de 146 % plus élevé;
- Pour les vétérans de 60 ans et plus, le taux de mortalité par suicide est plus faible que celui de la population générale;
- Pour toute la période, le taux de décès par suicide pour les vétéranes était de 115 % plus élevé que pour les femmes de la population canadienne en général du même âge;
- Le taux de suicide est 157 % plus élevé chez les vétéranes de 34 ans et moins.

Ces statistiques ne tiennent pas compte des risques accrus liés à certaines occupations militaires durant le service. Par exemple, selon Karen Breeck, « les médecins présentent une mortalité par suicide considérablement élevée : environ 40 % plus élevée pour les hommes et plus du double pour les femmes. Les femmes médecins demeurent à un risque de 24 % à 70 % plus élevé que celui des femmes de la population générale¹⁴. » Comme il est noté plus loin, les données australiennes permettent de distinguer beaucoup plus précisément les risques associés à certaines professions.

Les données canadiennes ne permettent pas non plus d'identifier certaines populations chez qui le risque serait accru. Par exemple, l'Assemblée des Premières Nations affirme

14 Dr. Karen Breeck, Mémoire déposé au Comité le 5 décembre 2025, p. 2. Elle indique toute une série de recommandations que les FAC pourraient mettre en place pour diminuer ce risque.

que « les anciens combattants des Premières Nations sont exposés à un risque accru en raison de la convergence de multiples sources de traumatismes¹⁵ ».

Il est difficile de comparer les pays à partir de ces pourcentages en raison du mode de collecte des données et du contexte institutionnel et opérationnel particulier de ces pays. On peut toutefois comparer les tendances de ces statistiques sur de longues périodes dans le même pays afin de noter les progrès et les reculs.

Les principaux constats pour l’Australie sont les suivants :

- Chez les vétérans masculins ayant servi dans les forces régulières, le taux de décès par suicide est 37 % plus élevé que chez les hommes australiens du même âge¹⁶. Les taux sont les plus élevés chez ceux qui ont servi :
 - dans des postes de combat et de sécurité en général au sein de l’armée (112 %).
 - Pour ceux ayant servi dans des unités de commando, le taux est 364 % plus élevé;
 - Pour ceux ayant servi dans des unités d’infanterie, le taux est 120 % plus élevé;
 - Pour les chauffeurs de véhicules spécialisés, le taux est 95 % plus élevé;
 - Pour les responsables de la logistique dans la marine, le taux est 174 % plus élevé.
 - dans des postes logistiques (+69 %);
 - dans l’armée pendant leur formation initiale dans des fonctions de combat et de sécurité (+170 %);

15 Assemblée des Premières Nations, Mémoire déposé au Comité le 28 novembre 2025, p. 5.

16 Gouvernement de l’Australie, *Rapport de la Commission royale sur le suicide chez les militaires et les vétérans*, [Vol. 7](#), p. 121 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].



- dans les forces régulières et ont été libérées pour raisons médicales ou parce que leur service ne fut pas jugé « dans l'intérêt du service », les taux sont respectivement plus élevés de 202 % et 187 %¹⁷.
- et ont été reconnus coupables de non-conformité, de conduite insatisfaisante ou d'absences non autorisées;
 - Pour absence non autorisée (+426 %);
 - Pour refus d'obéir à un ordre (+487 %);
 - Pour mauvaise conduite (+1144 %).
- Les vétérans masculins qui ont servi uniquement dans les forces de réserve ne sont ni plus ni moins susceptibles de mourir par suicide que les hommes australiens du même âge.
- Chez les femmes ayant servi dans les forces régulières, le taux de décès par suicide est 110 % plus élevé que les femmes australiennes.
- Chez les femmes ayant servi exclusivement dans les forces de réserve, le taux est 89 % plus élevé, alors que chez les hommes ayant servi exclusivement dans les forces de réserve, le taux était le même que chez les hommes australiens. Chez les femmes, les taux sont également plus élevés chez :
 - Les vétéranes qui ont servi dans les forces régulières dans des postes de combat et de sécurité (+452 %), ou de santé (+212 %);
 - Les vétéranes qui se sont enrôlées quand elles étaient mineures et n'ont servi que dans les forces de réserve (+189 %)¹⁸.
 - Plus particulièrement :
 - Chez les vétéranes qui ont servi dans les forces régulières et ont été libérées pour raisons médicales ou parce que leur service ne

17 Gouvernement de l'Australie, *Rapport de la Commission royale sur le suicide chez les militaires et les vétérans*, [Vol. 7](#), p. 135 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

18 Gouvernement de l'Australie, *Rapport de la Commission royale sur le suicide chez les militaires et les vétérans*, [Vol. 7](#), p. 114 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

fut pas jugé « dans l'intérêt du service », les taux sont respectivement plus élevés de 388 % et 245 %.

- Tant chez les hommes que chez les femmes qui ont servi dans les forces régulières, les vétéran.e.s qui ont subi une blessure traumatique à une articulation, un ligament, un muscle ou un tendon pendant le service, ont un taux de décès par suicide plus élevé de 335 % chez les hommes et 578 % chez les femmes¹⁹.

La quantité, la richesse et le raffinement des données recueillies en Australie tranchent avec la rareté et le peu de détails que nous offrent les analyses gouvernementales comparables au Canada. Comme l'ont déploré des témoins²⁰, les données canadiennes sur les suicides des vétéran.e.s datent de 2016 et ne portent que sur les vétéran.e.s de la Force régulière. Nous ne savons rien à propos du décès par suicide des réservistes, même s'ils représentaient plus du tiers des effectifs déployés en Afghanistan²¹. Amy Hall, épidémiologiste principale à ACC, a annoncé qu'une nouvelle version du rapport sera publiée en 2026²².

Il est évidemment plus facile de suivre la situation auprès des membres actifs de la Force régulière puisque les FAC sont leur employeur et sont en charge de leurs dossiers médicaux. Cela ne justifie cependant pas le peu de cas qu'on a fait de la collecte de données chez nous. La situation qu'a décrite Jonathan Lane, psychiatre en chef au ministère australien des anciens combattants, est tout à fait similaire aux défis que rencontre le Canada en termes de confidentialité des dossiers médicaux et de suivi des vétéran.e.s²³. Comme l'a raconté Ben Wadham, professeur à l'Université Flinders, cela ne les a pas empêchés de colliger les informations cruciales pour élaborer leur stratégie puisque les membres de la Commission royale australienne se sont aperçus en cours de route que les analyses antérieures avaient grandement sous-estimé le nombre de décès

19 Gouvernement de l'Australie, *Rapport de la Commission royale sur le suicide chez les militaires et les vétérans*, Vol. 7, p. 116 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

20 Voir par exemple : ACVA, *Témoignages*, 28 octobre 2025, Kelsie Sheren (experte en résilience mentale, à titre personnel), 1550.

21 Voir par exemple : ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Captv Philip Ralph (commandant (à la retraite), directeur, Services cliniques, Wounded Warriors Canada), 1720; Le Sentier, mémoire déposé au Comité le 5 décembre 2025, p. 2.

22 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Amy Hall (épidémiologiste principale, ministère des Anciens Combattants), 0950.

23 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Jonathan Lane (psychiatre en chef, Department of Veterans' Affairs, Government of Australia), 0830.



par suicide²⁴. Les recommandations que le gouvernement australien a accepté de mettre en œuvre par la suite visent à garantir qu'il sera possible d'évaluer la stratégie.

Comme on le verra plus loin dans ce rapport, il est difficile de comprendre comment il serait possible d'élaborer une stratégie de prévention du suicide chez les militaires et les vétérans sans d'abord avoir un portrait clair de la situation actuelle et le comparer ensuite à la situation prévalant quelques années après la mise en œuvre de la stratégie. Une telle comparaison est présentement impossible au Canada.

Dans son mémoire, Karen Breeck a relevé ces lacunes :

La recherche australienne sur le suicide suit des variables que le Canada ne suit pas, notamment le motif de la libération, les années écoulées depuis la séparation, le grade et le type de service. Cela permet de définir des profils à risque élevé : les anciennes militaires sont près de deux fois plus susceptibles de mourir par suicide que les femmes civiles; les libérations pour raisons médicales augmentent considérablement le risque global; les membres plus jeunes sont les plus vulnérables. Le Canada ne peut effectuer d'analyse équivalente, car ses systèmes de surveillance du suicide omettent de recueillir plusieurs de ces variables clés²⁵.

Étant donné les lacunes des données statistiques sur le décès par suicide chez les vétérans au Canada, le Comité recommande :

Recommandation 1

Qu'Anciens Combattants Canada :

- **publie un rapport annuel sur le décès par suicide des vétérans;**
- **examine comment les conclusions et l'approche utilisées en Australie par la Commission royale d'enquête sur la défense et les vétérans peuvent être appliquées au contexte canadien, et en présente les conclusions au Comité dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport.**

24 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Ben Wadham (professeur, Flinders University et directeur, Open Door Initiative, à titre personnel), 0855.

25 Dr. Karen Breeck, Mémoire déposé au Comité le 5 décembre 2025, p. 2.

Recommandation 2

Que le ministère de la Défense nationale, dans son Rapport annuel sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes, inclut les décès par suicide des membres de la Force de réserve.

FACTEURS DE RISQUE

Lorsqu'on tente d'expliquer le décès par suicide, on ne peut utiliser que des probabilités raisonnables. Il n'est pas possible d'établir des causes dont la présence permettrait de prédire le suicide d'une personne en particulier. Il en va de même dans le domaine de la santé en général puisqu'on sait que, par exemple, fumer augmente les probabilités de souffrir du cancer sans que l'on puisse prédire qui en particulier en souffrira. Il ne s'agit donc pas d'une cause au sens strict, mais d'un facteur de risque sur lequel il est possible d'agir si on est capable de l'identifier.

Selon Oliver Thorne, directeur du Réseau de transition des vétérans :

Bien que le suicide soit extrêmement difficile à prédire au niveau individuel, des recherches menées par les Forces armées canadiennes et Anciens Combattants Canada ont permis de cerner plusieurs facteurs de risque systématiquement associés au suicide chez les anciens combattants. Le service dans les rangs subalternes, dans l'armée et dans des rôles de combat expose les vétérans à un risque plus élevé. Pour bon nombre d'entre eux, ce risque atteint son paroxysme dans les quatre années suivant leur départ du service. Une transition difficile à la vie civile, des problèmes de santé mentale, une perte d'identité et de raison d'être, l'isolement social et la déconnexion sont autant de facteurs associés à un risque accru de suicide chez les vétérans canadiens. [...] Ces facteurs de risque s'enchaînent souvent comme une série de dominos pouvant mener au suicide²⁶.

26 ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Oliver Thorne (directeur général, Réseau de transition des vétérans), 1555.



Les traumatismes

« Si l'on ne s'occupe pas des traumatismes, rien d'autre n'a d'importance²⁷. »

Captv Philip Ralph, commandant (à la retraite), directeur,
Services cliniques, Wounded Warriors Canada

L'un des facteurs de risque les plus déterminants du suicide est l'expérience d'un traumatisme important. Comme l'a dit Ernie Wouters, de Seven Edge Success, « le traumatisme est une atteinte à l'âme. Il dégrade l'estime de soi et déshumanise²⁸. »

Avoir participé, comme spectateur ou acteur, à des violences extrêmes lors d'un déploiement ou avoir été victime d'une agression sexuelle constituent deux types de traumatismes dont la fréquence est disproportionnée chez les militaires comparativement à la population générale. Le premier est lié à la vocation militaire comme telle, alors que le second est lié à la culture militaire.

Traumatismes opérationnels

Les traumatismes vécus lors des déploiements militaires causent ce qu'il est désormais convenu d'appeler des « blessures de stress opérationnel ». Ce terme, qui comprend le trouble de stress post-traumatique, englobe les problèmes de santé mentale les plus fréquemment engendrés après des déploiements militaires. Christopher Banks, dans son mémoire, a raconté les circonstances de son déploiement à Kandahar :

Nous sortions tous les jours, même les jours où ce n'était pas prévu. Habituellement, le matin, la force d'intervention rapide était débordée par le nombre d'appels, et le groupement tactique venait en renfort. Nous étions traqués, traqués par des gens qui savaient ce qu'ils faisaient. Les tireurs d'élite et les dispositifs explosifs de circonstance étaient monnaie courante. Il n'y avait presque pas une journée sans explosions, tirs de canon, avions de chasse ou véhicules aériens sans pilote. Nous étions pris pour cible presque chaque jour, généralement pour nous avertir de ne pas avancer davantage. Nous appelions cette tactique « tire et détale ». Certaines journées ont été particulièrement marquantes : nous avons subi des pertes dès notre toute première patrouille; nous avons été pris pour cible par des tirs d'artillerie amis tombés

27 ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Captv Philip Ralph (commandant (à la retraite), directeur, Services cliniques, Wounded Warriors Canada), 1605. Voir également : ACVA, *Témoignages*, 18 novembre 2025, Ernie Wouters (spécialiste et consultant international en traumatologie, Seven Edge Success Inc.), 1640.

28 ACVA, *Témoignages*, 18 novembre 2025, Ernie Wouters (spécialiste et consultant international en traumatologie, Seven Edge Success Inc.), 1605.

dangereusement près. On nous a envoyés ramasser les restes de quatre Américains et d'un Afghan tués par un dispositif explosif de circonstance. J'ai vu un engin exploser sous le véhicule blindé léger devant moi. Notre peloton devait partir en patrouille, mais a été remplacé à la dernière minute par un autre, et le véhicule qui aurait été le mien a roulé sur un dispositif explosif de circonstance, ce qui a tué le conducteur. Quatre d'entre nous ont été isolés et pris entre les insurgés et l'armée nationale afghane lors d'un échange de tirs. Et, lors de notre dernière patrouille, nous avons subi des pertes : deux Canadiens et un Afghan ont été tués, et notre commandant de compagnie a été blessé²⁹.

De telles expériences, qui sont le lot des militaires déployés en situation de conflit, dépassent en intensité et en profondeur ce que la plupart des Canadiens et Canadiennes éprouveront durant une vie normale.

Blessures morales

Les blessures morales sont une catégorie particulière de traumatismes qui affectent les militaires qui sont confrontés à des horreurs ou à des transgressions qui dépassent le contexte traditionnel des déploiements militaires. Comme l'a expliqué Shelly Whitman, de l'Institut Dallaire pour les enfants, la paix et la sécurité, ces événements impliquent fréquemment des enfants et les militaires n'y ont pas été préparés :

Les blessures morales surviennent quand le personnel fait face à des événements qui vont à l'encontre de ses croyances profondes concernant le bien et le mal. Les contacts avec des enfants créent un conflit moral profond qui persiste longtemps après le déploiement. La blessure morale est distincte du trouble de stress post-traumatique, mais les deux sont liés. Elle se manifeste souvent par un sentiment de culpabilité, une honte, une détresse existentielle, une perte de confiance et le retrait social. Les blessures morales persistantes sans soutien sont fortement associées à un risque accru de suicide³⁰.

La blessure morale a été bien décrite dans le mémoire d'un vétéran ayant préféré garder l'anonymat :

J'ai été le témoin direct de la profondeur de la cruauté humaine sur les théâtres de guerre. De l'ex-Yougoslavie à la Somalie, en passant par le Rwanda, l'Irak et l'Afghanistan, les expériences que j'ai vécues ne peuvent être immortalisées par une caméra ou décrites dans un rapport, mais sont de longues ombres qui s'étendent sur la vie d'un vétéran longtemps après que ce dernier ait raccroché l'uniforme. J'ai été

29 Christopher Banks, Mémoire déposé au Comité le 1 décembre 2025.

30 ACVA, *Témoignages*, 4 décembre 2025, Shelly Whitman (directrice générale, Institut Dallaire pour les enfants, la paix et la sécurité), 0835. Voir aussi: Anna-Lisa Rovak, Mémoire déposé au Comité le 12 décembre 2025.



témoin, aux premières loges, des niveaux de haine indéfectible et irresponsable dont on est capable. Les séquences d'un nettoyage ethnique sur un écran de télévision ne rendent pas justice à la situation, peu importe le talent derrière l'objectif. [...] J'ai pleuré hier soir en pensant au fait que je devrais vous écrire. Ce matin, j'ai pleuré en me cachant dans mon garage en essayant de fumer une cigarette, et même maintenant, j'ai des larmes plein les yeux. C'est comme si chacune d'elles était censée améliorer la situation. La honte que vous ne pouvez pas saisir correspond à la faiblesse que je porte en moi. Ma guerre intérieure me rappelle une fois de plus qu'elle est toujours là, qu'elle ne disparaîtra jamais. Parfois, j'ai simplement envie de dormir. Je veux simplement le silence. Je veux simplement que ça s'arrête. J'avais l'habitude de réfléchir à la façon dont d'autres avaient trouvé le courage de trouver ce silence. Je me souviens d'avoir planifié la façon dont j'allais m'y prendre pour y arriver et je me souviens que l'alcool m'aidait toujours à concocter les meilleurs plans³¹.

Comme il est clairement documenté dans le mémoire de l'Institut Dallaire, la blessure morale constitue un risque très élevé de comportements suicidaires³². Étant donné que la prévention de telles blessures ne semble pas avoir fait l'objet d'une attention soutenue et qu'elle n'apparaît pas dans la Stratégie conjointe de prévention du suicide des FAC et d'ACC, le Comité recommande :

Recommandation 3

Que le ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes :

- **Développent un protocole d'intervention précoce auquel doivent se soumettre tous les militaires qui, durant leur service, ont été exposés à des circonstances tragiques impliquant des enfants.**
- **Documentent les événements auxquels ont été exposés les militaires.**
- **Collaborent avec Anciens Combattants Canada afin de faciliter le partage d'informations pertinentes.**

Traumatismes sexuels

Comme l'a analysé le Comité dans son rapport de juin 2024, [Plus jamais invisibles](#), les traumatismes sexuels subis en contexte militaire sont un risque majeur pour l'existence d'un problème de santé mentale chez les femmes militaires et les vétéranes. Plusieurs

31 Vétéran anonyme, Mémoire déposé au Comité le 10 novembre 2025, p. 2.

32 Institut Dallaire pour les enfants, la paix et la sécurité, Mémoire déposé au Comité le 12 décembre 2025, p. 1-2.

témoins l'ont rappelé³³. Le département américain des anciens combattants a récemment colligé les données d'un grand nombre d'études portant sur cette corrélation entre un traumatisme sexuel et le risque de décès par suicide, et en est arrivé à la conclusion qu'un traumatisme sexuel en contexte militaire constituait « un facteur de risque significatif pour l'idéation suicidaire, pour les plans suicidaires, pour la tentative de suicide et pour le suicide complété³⁴ », et ce, tant pour les victimes féminines que masculines³⁵. La Commission royale australienne a confirmé ces affirmations à partir d'une recherche indépendante menée par le professeur Ben Wadham³⁶ et plusieurs recommandations en ont découlé.

Lors de leurs témoignages du 2 octobre 2025, aucun des représentant.e.s des FAC et d'ACC n'a mentionné le traumatisme sexuel. Le général Malcolm a semblé minimiser le problème :

En ce qui concerne le taux de mortalité chez les femmes, particulièrement dans le cas des suicides, c'est un peu difficile à expliquer.

Même si un suicide en est un de trop, on parle du suicide chez les femmes l'année dernière. Selon les données, c'est très peu, mais cela a quand même fait augmenter le taux. Mes collègues d'Anciens combattants Canada et moi continuons de suivre la situation et d'essayer de trouver la raison derrière tout cela. Toutefois, comme on en a déjà discuté, le problème est multifactoriel. Des membres des Forces armées canadiennes ou des vétérans se sont suicidés, mais cela ne veut pas dire que tous leurs problèmes à ce moment-là avaient commencé dans les Forces. On sait très bien que la moitié de nos membres ont subi des traumatismes avant de s'enrôler dans les Forces armées canadiennes³⁷.

Ces propos ont fait réagir. Selon Christine Wood :

Les témoignages publics du médecin général des FAC et de la médecin chef d'ACC, recueillis dans le cadre de l'étude du comité ACVA sur la prévention du suicide, reposaient sur peu de données éclairées. Tous deux semblaient ignorer le lien entre les traumatismes sexuels militaires (TSM) et les idées suicidaires et la suicidalité. J'ai du mal

33 ACVA, *Témoignages*, 23 octobre 2025, Noémie Veilleux (sexologue agréée et consultante en politique publique, à titre personnel), 0820. Voir également : Dre Karen Breeck, Mémoire déposé au Comité le 5 décembre 2025, section 3.0; Jennifer Smith, mémoire déposé au Comité le 19 décembre 2025, section 5.1.

34 US Department of Veterans Affairs, [From Science to Practice: Military Sexual Trauma, A Risk Factor for Suicide](#), "Overview," mai 2025 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

35 Voir à cet effet : ACVA, *Témoignages*, 18 novembre 2025, Justin McKay (vétérans, à titre personnel), 1550.

36 Gouvernement de l'Australie, *Rapport de la Commission royale sur le suicide chez les militaires et les vétérans*, Vol. 1, par. 161.

37 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Major-général Scott Malcolm (médecin général, Forces armées canadiennes, ministère de la Défense nationale), 0855.



à accepter que le médecin général puisse laisser entendre que les abus sexuels subis avant le service militaire soient la cause probable de l'augmentation du risque de suicide chez les femmes³⁸.

On pourra bien chercher toutes les explications « multifactorielles » et complexes qu'on voudra, on sait déjà que : bien que les risques avant l'enrôlement soient les mêmes pour les recrues que pour la population générale, les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés pendant et après le service militaire. Il s'est donc passé quelque chose pendant le service militaire. La corrélation entre traumatisme sexuel et risque suicidaire est bien établie. Elle est donc moins « difficile à expliquer » et elle semble bien être « la raison derrière tout cela » la plus vraisemblable. Le Comité recommande donc :

Recommandation 4

Que les recherches de pointe sur les traumatismes sexuels en contexte militaire (TSCM) disponibles au Canada et à l'échelle internationale soient utilisées pour mettre à jour les politiques et les pratiques du ministère de la Défense nationale, des Forces armées canadiennes et d'Anciens Combattants Canada afin de reconnaître les TSCM comme l'un des principaux facteurs de risque identifiables de décès par suicide chez les militaires et les vétérans.

Santé mentale

Les traumatismes causent des problèmes de santé mentale, et, comme l'ont expliqué plusieurs témoins, le risque le plus important de décès par suicide est un problème de santé mentale. Steven Harris, pour l'illustrer, a dû utiliser les analyses portant sur le décès des militaires puisque ces données n'existent pas au Canada pour les vétérans : « Parmi les personnes qui sont décédées par suicide, 65 % présentaient au moins un trouble mental, et beaucoup en avaient plus d'un. Les troubles les plus courants étaient la toxicomanie ou les dépendances, les troubles dépressifs, ainsi que les troubles liés aux traumatismes et au stress³⁹. »

M. Harris a ajouté que la prévalence des problèmes de santé mentale est nettement plus élevée chez les vétérans que dans la population générale :

38 Christine Wood, Mémoire déposé au Comité le 12 décembre 2025. Voir également : Jennifer Smith, mémoire déposé au Comité le 19 décembre 2025. Dre Karen Breeck, Mémoire déposé au Comité le 5 décembre 2025.

39 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Steven Harris (sous-ministre adjoint principal, Prestation des services, ministère des Anciens Combattants), 0820.

Ce que l'on appelle souvent les traumatismes liés au stress opérationnel, ou TSO, témoignent des défis persistants associés au service. Les TSO peuvent inclure le TSPT, la dépression, l'anxiété, les traumatismes et les blessures morales, et peuvent perturber les activités quotidiennes, le travail et les relations sociales.

Le TSPT est particulièrement prévalent chez les vétérans qui reçoivent des prestations d'invalidité. Plus de 48 000 anciens combattants reçoivent actuellement une pension d'invalidité pour le TSPT. Depuis la fin de la mission du Canada en Afghanistan, en 2014, nous avons observé une augmentation constante pour ce type de demandes. Environ 29 % des anciens combattants qui reçoivent des prestations d'invalidité pour le TSPT Environ 29 % des anciens combattants qui reçoivent des prestations d'invalidité pour le TSPT ont servi en Afghanistan, ce qui souligne l'impact durable de la mission⁴⁰.

De tels chiffres illustrent clairement que le service militaire par lui-même constitue un risque important pour la santé mentale. Un problème de santé mentale assez grave pour constituer un risque de suicide est la résultante des événements et des expériences des militaires durant leur service. Un problème de santé mentale n'est pas un facteur de risque comme les autres. Il est la conséquence des autres facteurs de risque. Les personnes qui n'ont pas de problème de santé mentale meurent rarement par suicide.

Certaines remarques du général Malcolm, qui ont été faites en relation avec les traumatismes sexuels, semblent également minimiser le risque que constitue le service militaire de manière générale pour la santé mentale et le suicide :

Le problème est multifactoriel. Des membres des Forces armées canadiennes ou des vétérans se sont suicidés, mais cela ne veut pas dire que tous leurs problèmes à ce moment-là avaient commencé dans les Forces. On sait très bien que la moitié de nos membres ont subi des traumatismes avant de s'enrôler dans les Forces armées canadiennes.

Le suicide est vraiment un problème sociétal dont il faut s'occuper à la source. Le pays doit s'occuper de cela pour prévenir le taux de suicide non seulement dans les Forces, mais aussi dans la population canadienne⁴¹.

On ne peut ici que reprendre l'argument fait plus tôt au sujet des traumatismes sexuels. Si le problème du suicide dans les FAC résultait d'un « problème sociétal », on s'attendrait alors à ce que le taux de décès par suicide soit comparable à celui de la population canadienne, et même plus bas puisque les militaires doivent se soumettre à des évaluations physiques et psychologiques initiales qui excluraient une proportion

40 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Steven Harris (sous-ministre adjoint principal, Prestation des services, ministère des Anciens Combattants), 0820.

41 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Major-général Scott Malcolm (médecin général, Forces armées canadiennes, ministère de la Défense nationale), 0855.



importante de la population canadienne. Or, le taux est nettement plus élevé. Il s'est donc passé quelque chose pendant le service militaire.

Ashley Thompson, dont le mari est décédé par suicide quand il servait encore dans les FAC, a affirmé que « Anciens Combattants Canada classe toujours son décès dans la catégorie des décès non liés au service⁴² ».

Il faut accepter que jusqu'à preuve du contraire il y a une dimension intrinsèque du service militaire qui constitue un risque assez grave pour que la santé mentale des militaires et des vétérans soit affectée au point d'entraîner une proportion de décès par suicide plus importante que chez les non-militaires. Comme si la noblesse de la vocation portait en elle-même sa propre malédiction.

Le Comité recommande donc :

Recommandation 5

Qu'en l'absence de preuves contraires convaincantes, Anciens Combattants Canada reconnaisse tous les décès par suicide survenus durant le service militaire comme étant reliés au service.

Dans son témoignage, Marc-André Bernard a fait ressortir les risques spécifiques du sacrifice de soi-même qu'implique le service militaire :

Un engagement dans l'armée canadienne constitue un engagement professionnel comme peu d'autres, qui implique la formation d'une identité personnelle qui se fusionne avec l'identité professionnelle. Des idéaux de service public, de bien commun, de défense de valeurs communes et de forte camaraderie sont mis de l'avant, et les militaires acceptent de laisser derrière eux une part de leur autodétermination et de leur individualité pour prioriser la collectivité, et ce, au risque de leur vie dans certains cas. Nécessairement, ces choix de carrière impliquent des sacrifices individuels et ce sont précisément ces sacrifices, que nous leur demandons, qui viennent plus tard nourrir le risque suicidaire⁴³.

Durant leur service, les militaires doivent endurer les privations physiques et la douleur. Ils ne peuvent pas se permettre de s'abandonner à leurs états intérieurs négatifs qui

42 ACVA, *Témoignages*, 9 octobre 2025, Ashley Thompson (à titre personnel), 0935. Voir aussi : ACVA, *Témoignages*, 23 octobre 2025, Judith Hills (caporale et technicienne en aéronautique, Forces armées canadiennes, à titre personnel), 0925-0930. ACVA, *Témoignages*, 28 octobre 2025, Shaun Fynes (chef de la sécurité du gouvernement de la Colombie-Britannique à la retraite, à titre personnel), 1600-1605.

43 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Marc-André Bernard (psychologue, Institut Alpha, à titre personnel), 0815.

seront fréquemment interprétés comme un signe de faiblesse. Comme expliqué dans le mémoire du Sentier :

La culture organisationnelle des FAC, historiquement centrée sur la force, la résilience, la performance et le contrôle émotionnel, constitue un atout en contexte opérationnel, mais devient un obstacle majeur à la demande d'aide lorsqu'apparaissent des symptômes de détresse psychologique. [...] Plusieurs militaires hésitent à consulter par crainte d'être écartés du service actif ou libérés pour raison médicale, ce qui est souvent perçu comme une forme de mise à l'écart ou de stigmatisation professionnelle. Cette peur, bien ancrée dans les rangs, pousse de nombreux membres à taire leurs symptômes ou à minimiser leur détresse, jusqu'à ce que la situation devienne critique. Ce phénomène est amplifié chez les militaires qui n'ont jamais été déployés: plusieurs d'entre eux croient que leur souffrance n'est pas « légitime »⁴⁴.

Ashley Thompson, dont le mari est décédé par suicide, a décrit la détresse sourde qu'il a vécue :

Les blessures invisibles qu'il portait — le traumatisme, le stress opérationnel et la douleur persistante d'une agression sexuelle subie pendant son service — l'ont changé. Au fil du temps, ces blessures sont devenues plus profondes au point de devenir trop lourdes à porter. Il avait peur de parler de sa santé mentale, car il craignait de perdre son emploi, son identité et sa fierté d'être un soldat. Il grinçait des dents chaque fois que l'idée de demander de l'aide était évoquée. À mesure que sa santé mentale déclinait, le sentiment d'utilité et d'appartenance qui le caractérisaient autrefois s'est également estompé⁴⁵.

Le mémoire du Sentier note également que cette culture nuit à l'intégration des femmes :

Si les femmes passent moins souvent à l'acte, leur souffrance psychologique est fréquemment sous-estimée. Les études récentes mettent en lumière des facteurs propres à l'expérience féminine en milieu militaire : sentiment d'isolement dans un environnement encore majoritairement masculin, exposition à des comportements discriminatoires ou à des traumatismes sexuels militaires, et difficultés à se reconnaître dans les modèles de soutien traditionnellement conçus par et pour des hommes⁴⁶.

Cette carapace de stoïcisme, que doivent porter tant les hommes que les femmes militaires, est nécessaire à la vie militaire, mais peut nuire à des relations familiales, sociales et professionnelles harmonieuses hors du réseau militaire. « Lorsque des blessures surgissent en cours de carrière et que le militaire ne peut plus, pour une raison

44 Le Sentier, mémoire déposé au Comité le 5 décembre 2025, p. 16.

45 ACVA, *Témoignages*, 9 octobre 2025, Ashley Thompson (à titre personnel), 0935.

46 Le Sentier, mémoire déposé au Comité le 5 décembre 2025, p. 10.



ou pour une autre, agir au sein du groupe de la même façon, c'est souvent là que la détresse commence⁴⁷. »

Douleur chronique

Les liens entre la douleur chronique, les problèmes de santé mentale et le risque de suicide sont bien documentés. Comme en a témoigné le sergent (à la retraite) Cameron Kowalski, du Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens, « [i]l existe un lien profond entre la suicidalité et la douleur chronique⁴⁸ ». Le Centre a choisi comme axe prioritaire de recherche les liens entre suicidalité et douleur chronique⁴⁹. Le vétéran Shane Nedohin en a décrit les effets au quotidien :

Quiconque a jamais eu des douleurs chroniques sait qu'elles ont un effet sur le mental. Elles agissent sur l'humeur, avivent l'irritabilité. Connaissez-vous quelqu'un qui a une rage de dents? Il devient irascible et irritable. Si on conjugue la douleur physique, le traumatisme cérébral et tout le reste... J'ai des vertiges et des étourdissements. Certains jours, je suis plutôt bien et d'autres non. Il faut vivre avec et les conséquences sont lourdes. On se débrouille⁵⁰.

Le vétéran Stephen La Salle vit au quotidien les effets de la douleur chronique sur la santé mentale :

En 2018, une blessure survenue à l'entraînement m'a causé de graves lésions ligamentaires et un syndrome douloureux régional complexe, l'une des affections les plus douloureuses qui soient. Malgré des traitements intensifs, mon état s'est détérioré et, à l'été 2021, j'étais cloué au lit.

J'étais alors dans un état d'esprit très sombre. Je me sentais comme un fardeau pour tout le monde, en particulier pour ma famille. J'avais perdu mon identité en tant que

47 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Marc-André Bernard (psychologue, Institut Alpha, à titre personnel), 0815.

48 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Cameron Kowalski (sergent (à la retraite), directeur des opérations, Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens), 0935. Voir également : Le Sentier, mémoire déposé au Comité le 5 décembre 2025, p. 9; et ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Nicholas Held (directeur scientifique par intérim, Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans), 0935. ACVA, *Témoignages*, 9 octobre 2025, Hélène Le Scelleur (capitaine (à la retraite), vice-présidente, Conseil consultatif pour les vétérans du Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens), 1015.

49 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Cameron Kowalski (sergent (à la retraite), directeur des opérations, Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens), 1010.

50 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Shane Nedohin (fermier, à titre personnel), 0935.

membre des Forces armées canadiennes ainsi que mon indépendance en tant qu'individu.

[...]

Une amputation sous le genou effectuée en octobre 2021 a ralenti la progression, mais des lésions nerveuses inopérables m'empêchent d'utiliser une prothèse. Aujourd'hui, comme vous pouvez le voir, je me déplace en fauteuil roulant⁵¹.

Selon le Dr Ramesh Zacharias, président directeur général du Centre, 20 % des civils souffrent de douleurs chroniques, alors que cette proportion passe à 40 % chez les vétérans.e.s. Chez les vétérans, c'est 50 % qui souffrent de douleurs chroniques après avoir quitté les FAC⁵². Le Dr Zacharias a également affirmé que « le traitement de la douleur chronique peut réduire et réduit effectivement le risque de suicide chez les vétérans canadiens, hommes et femmes⁵³ ».

Comme nous le verrons plus loin, il est étonnant que ce lien bien établi entre la douleur chronique et la suicidalité n'ait pas fait l'objet d'une préoccupation particulière dans la Stratégie conjointe de prévention du suicide des FAC et d'ACC.

Changement d'identité après la transition

« Lorsque les choses tournent mal, nous sommes ces personnes étranges qui, comme vous le savez, courent vers le danger tandis que tous les gens intelligents le fuient⁵⁴. »

Captv Philip Ralph, commandant (à la retraite), directeur, Services cliniques, Wounded Warriors Canada

51 ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Stephen La Salle (à titre individuel), 0825.

52 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Ramesh Zacharias (président-directeur général, Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens), 0945.

53 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Ramesh Zacharias (président-directeur général, Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens), 0935.

54 ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Captv Philip Ralph (commandant (à la retraite), directeur, Services cliniques, Wounded Warriors Canada), 1605.



« J'ai besoin de stress, j'ai besoin de danger. C'est trop de confort, dans la vie civile⁵⁵. »

Michel Marceau, à titre personnel

Pour une proportion importante de militaires, les risques pour la santé mentale sont atténués par le réseau de soutien que forme la collectivité militaire. Comme l'a expliqué le général Malcolm :

Il ne s'agit pas seulement de reconnaître qu'une personne a des pensées suicidaires, mais de reconnaître si quelque chose ne va pas. Il est rare qu'une personne passe directement à des pensées suicidaires. Il y a des signes qui indiquent qu'elle ne va peut-être pas bien. Ce sont les camarades et les officiers de la chaîne de commandement qui les voient tous les jours et qui sont les mieux placés, y compris leur famille, pour remarquer s'il y a quelque chose qui a changé chez eux⁵⁶.

Lorsque les militaires quittent le service, ce réseau n'existe plus. Comme l'organisme Le Sentier l'a décrit dans son mémoire :

Cette transition qui est souvent vécue comme un choc identitaire, confronte la personne vétérane à une réalité radicalement différente : la structure militaire, qui a encadré chaque aspect de sa vie pendant des années, laisse soudain place à une autonomie brutale, parfois déstabilisante. Plusieurs membres de la communauté vétérane témoignent d'un profond sentiment de vide, d'isolement et de déracinement, aggravé par la perte du lien de camaraderie qui constituait jusqu'alors une source essentielle de soutien émotionnel. [...] De nombreux vétérans et vétéranes associent leur valeur personnelle à leur rôle militaire. Leur départ des Forces peut donc être vécu comme une forme de perte existentielle, une rupture avec le sens, la mission et la fraternité qui donnaient direction et fierté à leur vie⁵⁷.

Le vétéran Gordon Hurley a bien décrit ce sentiment de perte de valeur après la transition :

Vous entrez dans les forces spéciales et on vous dit que vous êtes le meilleur. Puis, tout à coup, vous êtes réformé pour raisons médicales et, boum, tout le monde s'en fiche. Vous êtes exclu. Vous devez comprendre que, pour ces gars-là, il est plus important de

55 ACVA, *Témoignages*, 25 novembre 2025, Michel Marceau (à titre personnel), 1545.

56 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Major-général Scott Malcolm (médecin général, Forces armées canadiennes, ministère de la Défense nationale), 0845.

57 Le Sentier, mémoire déposé au Comité le 5 décembre 2025, p. 6. Voir également : ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Ben Wadham (professeur, Flinders University et directeur, Open Door Initiative, à titre personnel), 0905.

se concentrer sur la mission, donc ce n'est pas la peine pour vous de vous engager et d'en faire partie, mais cela vous détruit vraiment comme personne. C'est une simple demande de libération pour raisons médicales. Tout à coup, on vous met à l'écart, vous obtenez une libération pour raisons médicales et vos deux premières années appartiennent à une compagnie d'assurances, Manulife. À la fin de cette période, on vous fait passer une évaluation d'adaptation à l'emploi⁵⁸.

Toutes les données actuelles indiquent que les premières années de la transition entre la vie militaire et la vie civile constituent la période critique. Comme l'a dit Marc-André Bernard, « le moment où les militaires sortent des Forces armées représente une étape à haut risque d'épisodes dépressifs, comme je le constate en clinique. Cela peut favoriser l'émergence des pensées suicidaires⁵⁹. »

Le tiers des clients d'ACC affirment avoir de la difficulté à faire cette transition. « De ce nombre, 64 % attribuent ces difficultés à des problèmes de santé, tandis que 60 % estimaient avoir perdu le sentiment d'être utiles⁶⁰. » Ces difficultés semblent affecter plus particulièrement les jeunes hommes durant les premières années de la transition⁶¹. Chez les vétéranes, les risques semblent se développer sur une période plus longue⁶².

Comme l'a expliqué Philip Ralph, de Wounded Warriors, au moment de la transition, les vétérane.s sont confrontés à un monde qu'ils ont l'impression de ne pas comprendre, et en retour, ils se sentent incompris par les personnes qui devraient les aider, mais qui ne semblent pas parler le même langage :

Nous venons d'une culture dans laquelle on nous apprend que lorsqu'un événement survient, il y a une instruction permanente d'opérations à suivre. Vous faites ceci, puis vous faites cela. Ces gens veulent un plan. Ils veulent voir quelque chose de logique et un objectif. Quand tout devient trop poussé et compliqué, ils se disent « ce civil ne me comprend pas ». [...]

Le problème que pose le stoïcisme c'est que, bien sûr, lorsque vous sortez quelque chose du contexte « s'acquitter de sa tâche » pour l'introduire dans votre vie privée et

58 ACVA, *Témoignages*, 18 novembre 2025, Gordon Hurley (défenseur de la santé mentale des anciens combattants, à titre personnel), 1700.

59 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Marc-André Bernard (psychologue, Institut Alpha, à titre personnel), 0815.

60 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Steven Harris (sous-ministre adjoint principal, Prestation des services, ministère des Anciens Combattants), 0820.

61 Association canadienne pour la santé mentale Alberta et Centre for Suicide Prevention, Mémoire déposé au Comité le 12 novembre 2025, p. 3.

62 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Cyd Courchesne (directrice générale, Professionnels de la santé et médecin chef, ministère des Anciens Combattants), 0835.



dans la société en général, premièrement, les gens ne le comprennent pas, et deuxièmement, cela ne fonctionne pas vraiment bien dans d'autres situations⁶³.

Comme l'expliquait Marc-André Bernard, les attentes sociales sont irréalistes quant à la capacité des nouveaux vétérans d'avoir la même autonomie que des civils alors qu'ils ont passé toute leur vie adulte à servir leur pays au sein des FAC. Il peut en découler un sentiment d'inadéquation et d'ingratitude qui amène les vétérans à s'isoler.

Le vétéran Michel Marceau a décrit ce décalage :

J'ai appelé Anciens combattants Canada 10 ou 20 fois. Curieusement, je suis le même gars qui a servi dans les Forces armées canadiennes. J'avais de cotes de sécurité, j'étais une personne de grande confiance. Je sors de l'armée, je passe de héros à zéro, et zéro avec une barre. Pas seulement moi, mes amis aussi, tout le monde. Quand tu sors des forces armées, ce n'est pas compliqué, prend tes pilules, encaisse ton chèque, ferme ta gueule. On ne veut plus entendre parler de l'expérience de l'Afghanistan⁶⁴.

Là, on arrive à l'épicerie, on est le huitième dans la file. Ça, c'est un problème que les vétérans rencontrent. Les civils ne le comprennent pas. Quand tu es dans une file d'attente, ça reproduit exactement quand on était à Kandahar, à côté de Candy Lane. On appelle ça « Candy Lane ». C'est une affaire de barrières en plastique pour séparer les deux voies. Là, on est dans le RG31, il fait 45-47 degrés Celsius. Curieusement, l'air climatisé ne marche pas. Là, on serre les dents, et on attend d'exploser. Dans une file d'attente, c'est exactement ça, ce qui se passe⁶⁵.

Ce sentiment d'isolement social et d'incompréhension peut rapidement devenir un sentiment de trahison si les militaires et les vétérans se sentent rejetés par ceux et celles qui leur ont appris le langage de la culture militaire et qui servent encore au sein des FAC. Il deviendra intolérable si ce langage militaire semble incompris par ACC, par ceux et celles à qui les vétérans, surmontant leurs résistances, ont osé demander de l'aide.

Traumatisme du sanctuaire et trahison institutionnelle

Les notions de « traumatismes du sanctuaire » et de « trahison institutionnelle » sont fréquemment utilisées comme synonymes. Dans son mémoire, Anna-Lisa Rovak établit des distinctions importantes entre les deux :

63 ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Captv Philip Ralph (commandant (à la retraite), directeur, Services cliniques, Wounded Warriors Canada), 1610.

64 ACVA, *Témoignages*, 25 novembre 2025, Michel Marceau (à titre personnel), 1540.

65 ACVA, *Témoignages*, 25 novembre 2025, Michel Marceau (à titre personnel), 1610.

Le traumatisme du sanctuaire survient lorsqu'une personne qui a subi un stress intense se retrouve dans un environnement censé être favorable et protecteur, mais qui ne lui apporte que davantage de traumatismes. Trahison institutionnelle : Un préjudice moral ou un épuisement professionnel lorsque l'institution (et ses responsables) ne parvient pas à intervenir et à prévenir ou à répondre de manière solidaire aux défis au sein de l'institution, alors qu'un individu s'attend à un certain degré de traitement équitable ou de protection. La différence entre les deux concepts réside dans le fait que la trahison institutionnelle se concentre sur l'échec de l'institution, tandis que le traumatisme du sanctuaire se concentre sur l'expérience de l'individu qui s'attendait à ce que l'institution soit un lieu sûr ou un sanctuaire⁶⁶.

Todd Hisey, fondateur de Veteran Hunters Canada, a résumé son expérience d'une trahison institutionnelle :

C'est aussi en attendant ma libération volontaire que j'ai pensé au suicide. Je continuais à me sentir seul et j'avais l'impression que mes 10 années de service et mes multiples déploiements ne me valaient aucune estime et que mes compétences étaient sous-utilisées. J'étais coupé des autres, abandonné et trahi par les autres officiers et par la chaîne de commandement. Mon départ a à peine été mentionné au café du matin lors de ma dernière journée de service en 2001⁶⁷.

L'exemple le plus clair d'un traumatisme du sanctuaire est une agression sexuelle. De nombreux témoignages consignés dans le rapport [Plus jamais invisibles](#) illustrent clairement ce traumatisme. D'autres témoignages se sont ajoutés durant la présente étude⁶⁸.

Le traumatisme du sanctuaire peut se produire dans des circonstances très variées. Jessica Ruth a raconté la détresse de son mari, le commandant Lee Ruth de la Gendarmerie royale du Canada, avant qu'il décède par suicide en juin 2025 :

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

66 Anna-Lisa Rovak, Mémoire déposé au Comité le 12 décembre 2025. Voir aussi les remarques de : ACVA, *Témoignages*, 9 octobre 2025, Hélène Le Scelleur (capitaine (à la retraite), vice-présidente, Conseil consultatif pour les vétérans du Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens), 0940.

67 ACVA, *Témoignages*, 4 décembre 2025, Todd Hisey (directeur général et fondateur, The Veteran Hunters Canada Ltd.), 0825-0830. Voir aussi les commentaires de : Capitaine (à la retraite) Edward Kamps, Mémoire déposé au Comité le 27 octobre 2025.

68 Entre autres : Anna-Lisa Rovak, Mémoire déposé au Comité le 12 décembre 2025. Voir la spirale affolante de frustrations racontée par la Dre Karen Breeck, Mémoire déposé au Comité le 5 décembre 2025, p. 7-8. Voir également les commentaires de : ACVA, *Témoignages*, 23 octobre 2025, Noémie Veilleux (sexologue agréée et consultante en politique publique, à titre personnel), 0820.



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 services⁶⁹.

Steven Harris s'est dit conscient que « le traumatisme du sanctuaire est une réalité pour les vétérans et que cela a une incidence sur leur désir de communiquer et travailler avec le ministère pour obtenir les services dont ils ont besoin⁷⁰ ». La principale mesure permettant de prévenir ce traumatisme consiste à former adéquatement les personnes qui agissent au sein de l'institution. M. Harris a réitéré l'importance qu'ACC accordait à une telle formation en prévention du suicide, tant auprès des employés d'ACC que de ses sous-traitants, en particulier ceux et celles qui sont inscrits auprès de Partenaires des services de réadaptation pour les vétérans canadiens (PSRVC)⁷¹. Comme l'a dit M. Hosseiny :

Lorsque des vétérans décident de se faire soigner, c'est une démarche courageuse. Ils finissent par dire qu'ils ont besoin d'aide. Mais lorsque vous tombez sur un fournisseur de services qui ne comprend pas votre réalité, votre univers ou votre culture, vous ne reviendrez jamais. Si c'est votre première expérience, cela signifie malheureusement que vous ne recevez pas les soins que vous méritez⁷².

Selon Denise M. Brend, de l'Université Laval, cela doit aller plus loin que la formation du personnel :

Je dirais que pour que le ministère des Anciens Combattants tienne compte des traumatismes, il doit se regarder dans le miroir et examiner systématiquement toutes ses activités. Il doit se demander si ce qu'il fait et la façon dont il le fait sont conformes à sa mission très importante, et si le tout tient compte des traumatismes. Il doit aussi se

69 ACVA, *Témoignages*, 23 octobre 2025, Jessica Ruth (à titre personnel), 0825. Voir également : ACVA, *Témoignages*, 23 octobre 2025, Judith Hills (caporale et technicienne en aéronautique, Forces armées canadiennes, à titre personnel), 1010. ACVA, *Témoignages*, 28 octobre 2025, Christine Gauthier (caporale (à la retraite), à titre personnel), 1540.

70 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Steven Harris (sous-ministre adjoint principal, Prestation des services, ministère des Anciens Combattants), 0825.

71 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Steven Harris (sous-ministre adjoint principal, Prestation des services, ministère des Anciens Combattants), 0925.

72 ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Fardous Hosseiny (président-directeur général, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille), 1615. Voir également : ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Gabrielle Dupuis (directrice, Partenariats de recherche et affaires gouvernementales, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille), 1655.

demander quels seront les effets sur les personnes qui bénéficieront de ses services, et s'ils contribuent à la réalisation de ses objectifs⁷³.

Les temps d'attente sont un élément de frustration que le Comité a entendu depuis de nombreuses années. M. Harris l'a clairement reconnu : « Dans tous les cas, qu'il soit question de santé physique ou de santé mentale de façon particulière, nous savons que si un ancien combattant doit attendre plus longtemps, il va souffrir et sa situation va probablement empirer avant qu'il puisse aller mieux⁷⁴. » Il a également souligné les efforts qu'ACC a consacrés à favoriser une meilleure santé mentale chez les vétérán.e.s :

- La couverture automatique des frais de traitement en santé mentale pendant qu'une demande de prestation d'invalidité est en traitement;
- Le réseau de 21 cliniques en santé mentale et les professionnels en santé mentale auxquels les vétérán.e.s peuvent avoir accès en personne ou à distance;
- Le soutien par les pairs offert aux militaires, aux vétérán.e.s et aux membres de leur famille par l'intermédiaire du Programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel;
- L'ajout de psychologues et de psychiatres aux équipes de soins de santé du ministère⁷⁵.

73 ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Denise M Brend (Professeure, Université Laval, à titre personnel), 0935. Voir également les remarques de Sergente (retraîtée) Vicky-Lynn Cox, Mémoire déposé au Comité le 10 novembre 2025.

74 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Steven Harris (sous-ministre adjoint principal, Prestation des services, ministère des Anciens Combattants), 0850.

75 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Steven Harris (sous-ministre adjoint principal, Prestation des services, ministère des Anciens Combattants), 0850.



Il demeure tout de même une impression persistante chez les vétérane.s que le ministère contribue au problème plus qu'il n'aide à le résoudre⁷⁶. La solution préconisée par ceux et celles qui déplorent la dépersonnalisation des services d'ACC est simple dans son objectif, mais extrêmement difficile à mettre en œuvre par une institution gouvernementale : mettre les processus au service des vétérane.s, et non l'inverse, adapter les programmes aux personnes plutôt que de forcer les personnes à se mouler aux programmes. Bruno Plourde, du Sentier, a parlé de l'importance de l'écoute en personne : « L'humain va toujours sauver des vies par-dessus le processus⁷⁷. »

Les médicaments comme facteur de risque

Les médicaments sous ordonnance sont utilisés pour atténuer les effets des autres facteurs de risque. Toutefois, lors des témoignages, ils ont été mentionnés à de si nombreuses reprises comme pouvant nuire à la santé mentale que le Comité a choisi de les traiter comme facteur de risque en soi.

Les discussions ont porté particulièrement sur les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS). Nicholas Held, directeur scientifique par intérim de l'Institut canadien de recherches sur la santé des militaires et des vétérans, a affirmé :

Le suicide est un effet secondaire potentiel du médicament, ce qui fait d'autant ressortir la nécessité de disposer de données probantes nous permettant de savoir pour qui le médicament fonctionne, mais aussi chez qui il risque de causer des préjudices. Nous pourrions parler de nombreux cas où il fonctionne, mais pour ce qui est de la pratique

76 Voir par exemple les commentaires de : ACVA, *Témoignages*, 18 novembre 2025, David Bona (à titre personnel), 1615. ACVA, *Témoignages*, 9 octobre 2025, Hélène Le Scelleur (capitaine (à la retraite), vice-présidente, Conseil consultatif pour les vétérans du Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens), 0940. ACVA, *Témoignages*, 18 novembre 2025, Darren Simons (à titre personnel), 1700. ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Mark Meincke (caporal (à la retraite) et hôte, Operation Tango Romeo, Trauma Recovery Podcast for Military, Veterans, First Responders, and Their Families, à titre personnel), 0925. ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Stephen La Salle (As an Individual), 0825. ACVA, *Témoignages*, 4 décembre 2025, Todd Hisey (Chief Executive Officer and Founder, The Veteran Hunters Canada Ltd.), 0830. Christopher E. Richardson, Mémoire déposé au Comité le 12 décembre 2025, p. 1. ACVA, *Témoignages*, 28 octobre 2025, Diane Hill Rose (défenseure de soutien par les pairs, United Federation of Canadian Veterans), 1710. ACVA, *Témoignages*, 28 octobre 2025, Brendan Hynes (à titre personnel), 1720. ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Samara Symonds (à titre personnel), 0825. ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Chloé Deraiche (directrice générale, Le Sentier - Maison De Transition Inc.), 0845. ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Denise M Brend (Assistant Professor, Université Laval, As an Individual), 0945. ACVA, *Témoignages*, 18 novembre 2025, Darren Simons (à titre personnel), 1555-1600.

77 ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Bruno Plourde (CD, fondateur et administrateur, Le Sentier - Maison De Transition Inc.), 0850.

courante en soins de santé, nous devons aussi savoir pour qui il risque de ne pas fonctionner, et y consacrer du temps également⁷⁸.

Le vétéran Michel Marceau a décrit son expérience avec les antidépresseurs :

J'ai fait ma première réaction aux antidépresseurs sur la base militaire de Valcartier. [...] Dans mon cas, ce sont les antidépresseurs qui m'ont rendu comme je suis. J'ai tellement touché le fond que je n'ai pas eu le choix de me prendre en main. Autrement, je ne serais plus ici aujourd'hui. Donc, dans mon cas, les antidépresseurs ont failli être fatals. Puis, la raison pour laquelle je suis amer, c'est que c'est arrivé trois fois.

[...] Puis, je ne suis pas contre les médicaments, mais ils ne sont pas la seule solution. Dans mon cas, ils m'ont amené où je suis aujourd'hui⁷⁹.

Le Dr Lane a confirmé les inquiétudes similaires en Australie dans le cas des militaires et vétéran.e.s qui appelaient les services d'urgence :

Les taux de polypharmacie chez les vétérans étaient considérables. Environ 80 % des vétérans prenaient trois médicaments, dont des psychotropes et des sédatifs tels que des benzodiazépines et des opiacés, ce type de médicaments. Nous observons actuellement le même genre de tendance avec le cannabis médicinal. Il rend les gens impulsifs et désinhibés, et ils sont donc plus susceptibles de prendre des risques à un moment donné, ce qui augmente considérablement le risque de conséquences négatives pour eux⁸⁰.

78 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Nicholas Held (directeur scientifique par intérim, Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans), 0950. Voir également : ACVA, *Témoignages*, 18 novembre 2025, Ernie Wouters (spécialiste et consultant international en traumatologie, Seven Edge Success Inc.), 1640. ACVA, *Témoignages*, 23 octobre 2025, Jessica Ruth (à titre personnel), 0825. ACVA, *Témoignages*, 23 octobre 2025, Judith Hills (caporale et technicienne en aéronautique, Forces armées canadiennes, à titre personnel), 0925. ACVA, *Témoignages*, 28 octobre 2025, Shaun Fynes (chef de la sécurité du gouvernement de la Colombie-Britannique à la retraite, à titre personnel), 1600-1605.

79 ACVA, *Témoignages*, 25 novembre 2025, Michel Marceau (à titre personnel), 1635.

80 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Jonathan Lane (psychiatre en chef, Department of Veterans' Affairs, Government of Australia), 0855.



FACTEURS DE PROTECTION

« Pour suivre un traitement, il faut du courage. Pour avoir du courage, il faut se rendre compte qu'on en vaut la peine⁸¹. »

Marie-Noël Duhaime, vétérane

Les proches

Les facteurs de protection les plus importants peuvent se regrouper sous ce que, en français, on appelle « les proches » : famille, amis, pairs et services de proximité. Au fond, tout ce qui brise la solitude et l'isolement. Comme l'a dit Bruno Plourde, du Sentier : « Pour réduire les idéations suicidaires, il y a juste la prévention et le travail d'équipe de proximité qui fonctionnent. Ce n'est pas cool, ce n'est pas photogénique, ça n'apporte pas de clics, ce n'est pas bon pour les statistiques, parce qu'on ne peut pas comptabiliser le succès de la prévention et parce qu'il n'est rien arrivé⁸². »

Comme l'a affirmé Marc-André Bernard, « la famille est la première ligne de soutien du vétérane. C'est souvent grâce au conjoint ou à la conjointe que le vétérane va aller chercher de l'aide ou qu'il sera soutenu⁸³. »

On a évoqué comment le changement d'identité après la transition prive les vétérane.e.s du lien social de la vie militaire. Il est difficile de retrouver une telle communauté de destins communs dans la vie civile quotidienne. Il peut donc être crucial pour les vétérane.e.s de s'intégrer à un autre type de communauté. Le Dr Lane, du ministère australien des anciens combattants, a évoqué les sports adaptés comme exemple⁸⁴.

Le soutien par les pairs est une autre forme de soutien qui permet de retrouver un sentiment de communauté. Comme l'a écrit la Société pour les troubles de l'humeur du Canada dans son mémoire :

81 ACVA, *Témoignages*, 18 novembre 2025, Marie-Noël Duhaime (à titre personnel), 1710.

82 ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Bruno Plourde (CD, fondateur et administrateur, Le Sentier - Maison De Transition Inc.), 0830.

83 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Marc-André Bernard (psychologue, Institut Alpha, à titre personnel), 0845. Voir également : Robert Olivier, Mémoire déposé au Comité le 4 décembre 2025, p. 2.

84 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Jonathan Lane (psychiatre en chef, Department of Veterans' Affairs, Government of Australia), 0910.

Le soutien par les pairs mise sur le pouvoir de l'expérience vécue commune pour favoriser un sentiment de communauté, nourrir l'espoir et renforcer la résilience en reliant les individus aux communautés de soutien et en leur présentant des mécanismes d'adaptation pratiques. Cette approche réduit activement la stigmatisation et élimine les obstacles, ce qui facilite l'ouverture et l'accès au soutien dont les personnes ont besoin pour se rétablir⁸⁵.

Comme plusieurs autres témoins, Marie Blackburn, qui dirige une banque alimentaire pour les vétérans.e.s, a rappelé l'importance des organismes communautaires. Elle a raconté comment, lors d'une chaude journée d'été, elle avait accueilli un vétéran qui hésitait à demander de l'aide :

Il est venu me voir et m'a demandé s'il pouvait me parler. Je lui ai répondu que c'était tout à fait possible. Nous sommes retournés dans la chaleur de l'édifice, et il s'est effondré en me disant qu'il était en voie de perdre tout ce qu'il avait — sa femme, ses enfants, sa maison — et qu'il était vraiment au bout du rouleau.

Je lui ai demandé ce qui l'aiderait le plus. Nous avons fini par payer toutes ses factures et lui donner un panier de nourriture. À la fin de notre échange, son état s'était stabilisé et il se sentait mieux. Nous sommes alors rentrés à la maison, chacun de notre côté. Environ six mois plus tard, [il] m'a dit: « Sérieusement, si vous n'aviez pas fait cela, cela aurait été le dernier jour de ma vie. » Il a ajouté: « J'attendais que vous partiez, et si vous étiez partie sans me parler, je me serais arrêté dans le stationnement et je me serais fait éclater la cervelle. J'avais une arme de poing chargée sous le siège de ma voiture⁸⁶.

L'un des rôles essentiels joués par ces organismes est d'aiguiller les vétérans.e.s. :

Les anciens combattants savent peut-être ce dont ils ont besoin, mais ils ne savent pas nécessairement comment obtenir les services.

Dans mon cas, la Légion a été en mesure d'intervenir. Il est regrettable de devoir faire appel à un tiers pour défendre nos intérêts et s'occuper des formalités administratives, soit parce que le système est trop complexe à naviguer, soit parce que c'est très stressant, comme l'ont également mentionné d'autres témoins⁸⁷.

Comme l'a expliqué le Sentier dans son mémoire, la plupart de ces organismes agissent d'une manière ou d'une autre comme une forme de soutien par les pairs et peuvent agir en prévention comme aucune institution gouvernementale ne pourrait le faire :

85 Société pour les troubles de l'humeur du Canada, Mémoire déposé au Comité le 3 décembre 2025, p. 4.

86 ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Marie Blackburn (directrice exécutive, Banque alimentaire de l'Association des anciens combattants), 1600.

87 ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Stephen La Salle (à titre personnel), 0900.



Les vétérans arrivent à nos portes après avoir épuisé leurs démarches auprès des institutions fédérales ou après des mois d'attente pour obtenir une réponse. Certains rapportent avoir été renvoyés d'un service à l'autre, sans orientation claire ni accompagnement continu. [...] Cette fragmentation institutionnelle reflète une culture organisationnelle encore cloisonnée, où les responsabilités sont morcelées entre différents ministères et paliers d'intervention. Or, la prévention du suicide et le soutien psychosocial nécessitent une approche intégrée, dans laquelle les FAC, ACC et les organismes communautaires travaillent en continuité plutôt qu'en silos. Les organismes de terrain comme Le Sentier, qui entretiennent un lien de proximité et de confiance avec les vétérans, jouent un rôle complémentaire indispensable : ils permettent de combler les angles morts du système et d'offrir un accompagnement humain lorsque les mécanismes institutionnels s'essoufflent⁸⁸.

Cependant, comme l'a rappelé Marc-André Bernard, certains vétérans ne voudront pas demander de l'aide auprès de ces organismes :

Certains vont sentir qu'ils ont besoin d'être soutenus par des gens qui peuvent absolument comprendre leur situation. Ils vont donc beaucoup bénéficier de soutien par les pairs, par des gens à qui ils n'ont pas besoin d'expliquer plein de choses. C'est un réseau protecteur. Par contre, d'autres vétérans, à leur sortie des Forces, ressentent le besoin de se distancier de l'armée et de leurs frères d'armes. Dans leur cas, le soutien serait vraiment différent, et il s'agirait plutôt de les aider à créer un réseau dans le monde civil, qui leur apporterait un soutien⁸⁹.

Il faut donc s'assurer que du soutien individualisé leur soit aisément accessible.

Les services de santé mentale pour les membres de la famille

Dans le [rapport de juin 2021 sur les aidants](#) du Comité, on pouvait lire :

L'étendue des programmes auxquels sont admissibles les membres de la famille soulève des ambiguïtés depuis plusieurs années. En 2009, ACC, dans son évaluation des programmes de la Nouvelle Charte des anciens combattants, avait noté que « les membres de la famille ne sont pas admissibles au soutien direct d'ACC dès le départ, de plein droit ». Dès 2010, le Comité avait abordé cet enjeu dans son rapport intitulé [La Nouvelle Charte vivante des anciens combattants à l'heure de la mise au point](#) et avait recommandé : « Que les membres de la famille des vétérans puissent avoir accès aux programmes de réadaptation d'ACC de manière indépendante ».

Le Comité avait à nouveau soulevé cette lacune dans son rapport de mai 2012 intitulé [De meilleurs services pour une meilleure qualité de vie des vétérans et de leur famille](#), puis dans son rapport de juin 2014 intitulé [La Nouvelle Charte des anciens](#)

88 Le Sentier, mémoire déposé au Comité le 5 décembre 2025, p. 14.

89 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Marc-André Bernard (psychologue, Institut Alpha, à titre personnel), 0900.

combattants : allons de l'avant, et dans son rapport de décembre 2016 intitulé *Aller vers les vétérans pour améliorer la prestation des services*.

En août 2016, le Bureau de l'ombudsman des vétérans, sur son blogue, a recommandé que les avantages pour soins de santé mentale soient offerts aux membres de la famille en fonction de leurs propres besoins ainsi que la création d'une allocation pour aidant.

La recommandation principale du Comité avait alors été :

Que le gouvernement du Canada veuille à ce que les conjoints et les enfants à charge des vétérans qui seraient admissibles au programme de réadaptation d'ACC puissent avoir accès à d'autres programmes d'ACC, y compris du soutien financier et des services de santé mentale, de plein droit et avec un numéro de client individuel.

Cet enjeu avait fait l'objet d'un *rapport du Bureau de l'ombud des vétérans en janvier 2021*. Selon la *mise à jour annuelle sur l'état d'implémentation de ses recommandations*, le Bureau de l'ombud des vétérans affirme que le gouvernement s'est déclaré en accord avec cette recommandation. Elle n'a toutefois pas été mise en œuvre. Comme l'a confirmé M. Harris :

Il n'y a aucune autorité législative qui nous permet d'offrir ces services aux membres de la famille. Plusieurs autres services leur sont offerts, comme le service d'aide d'Anciens Combattants Canada, auquel peuvent avoir accès les membres de la famille en cas de problème de santé mentale ou de crise. Le service leur donne droit à 20 séances avec un fournisseur de soins de santé mentale, qu'ils peuvent utiliser à tout moment. Il y a aussi le Programme pour les familles des vétérans qui est offert par l'entremise des Centres de ressources pour les familles des militaires⁹⁰.

Selon le rapport du Bureau de l'ombud, cette incapacité à fournir des soins aux membres de la famille proviendrait d'une distinction byzantine que l'on retrouverait dans la *Loi sur le ministère des anciens combattants* :

Le sous-alinéa 4a)(ii) de la Loi sur le ministère des Anciens Combattants précise qu'ACC a le pouvoir de fournir des soins et des traitements aux vétérans, mais uniquement des soins (et non des traitements) aux personnes à charge et aux survivants. Les termes « Soins » et « Traitements » ne sont pas clairement définis ou différenciés dans la législation. Le fait que le Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants ne

90 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Steven Harris (sous-ministre adjoint principal, Prestation des services, ministère des Anciens Combattants), 0900.



prévoit pas la prestation de traitements aux membres de la famille aggrave encore la situation⁹¹.

Cette distinction est incompréhensible. Aucune définition ne distingue ces deux termes dans le *Règlement sur les soins de santé* et la distinction n'existe pas non plus dans la *Loi canadienne sur la santé*. Le Comité est donc d'avis que la ministre des Anciens Combattants, en vertu de l'article 4(a)(ii) de la [Loi sur le ministère des anciens combattants](#), peut décréter par règlement qui a droit à quels services.

Cette recommandation du Comité et de l'ombud des vétérans prend une dimension encore plus profonde dans le cas des membres de la famille des vétérans qui sont décédés par suicide. Amanda Hatcher a décrit l'abandon qu'elle a ressenti lorsque les services dont elle avait besoin ont cessé après le décès de son mari :

Mon mari étant décédé, je n'ai pas droit aux thérapies ou aux traitements offerts par le ministère des Anciens Combattants⁹².

On m'a dit que nous étions censées recevoir quatre appels téléphoniques par an, essentiellement pour faire le point. [...] Puis on m'a dit: « Eh bien, il est en congé pour raisons de santé mentale, alors maintenant, c'est une dame qui s'occupe de vous. » J'ai reçu un courriel de cette femme me disant: « Non, non, je ne m'occupe pas de vous. »

[...] Elle me dit qu'elle ne s'occupe pas de moi et que je dois appeler le numéro 1-800 si j'ai besoin de quoi que ce soit... J'ai utilisé le numéro 1-800, la ligne d'aide psychologique, pour la première fois lorsque mon mari est décédé. C'était la nuit et on m'a dit: « À moins que vous ne soyez suicidaire... Nous ne prenons que les clients suicidaires la nuit, et je n'ai pas le temps de vous parler, seulement 15 minutes. »⁹³.

Comme l'a expliqué Amanda Anderson, veuve d'un vétéran, les politiques d'avantages médicaux en santé mentale et d'accès aux services de réadaptation d'ACC dépendent de la participation active des vétérans. Les membres de la famille seront invités à participer au programme de réadaptation si on juge que cela contribuera à la santé mentale des vétérans. « Mais que se passe-t-il lorsque l'ancien combattant ne peut pas participer à une thérapie parce qu'il est mort⁹⁴? » Les survivants n'ont alors accès qu'au Service d'aide d'ACC qui offre jusqu'à 20 heures de counseling en santé mentale, mais « il n'y a

91 Bureau de l'ombud des vétérans, [Rapport sur les Avantages pour Soins de Santé Mentale Destinés Aux Membres des Familles, de Plein Droit, pour des Problèmes de Santé Mentale Liés au Service Militaire - Le 19 janvier 2021](#), note 46.

92 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Amanda Hatcher (à titre personnel), 0920.

93 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Amanda Hatcher (à titre personnel), 1005.

94 ACVA, *Témoignages*, 25 novembre 2025, Amanda Anderson (As an Individual), 1535. Voir également : ACVA, *Témoignages*, 23 octobre 2025, Jessica Ruth (à titre personnel), 0830.

aucune garantie d'obtenir les services d'un psychologue agréé ou d'un expert en matière de deuil et de traumatisme⁹⁵ ». Ou comme l'a dit Sherri Elms, dont le mari est décédé par suicide : « Si je compose le numéro 1-888, je suis certaine que j'aurai 10 séances téléphoniques avec un thérapeute merveilleux, mais ce ne serait pas le mien⁹⁶. » Jessica Ruth a vécu une situation similaire :

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 [...]

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 lien⁹⁷.

Étant vétérane, Samara Symonds a pu obtenir des soins de santé mentale indépendamment de son conjoint vétérane :

Je reçois un traitement dont beaucoup d'autres membres des familles ont besoin et qu'ils méritent. Des séances régulières avec un psychologue qui a l'expérience du TSPT et qui connaît les services de police m'ont permis de traverser des situations incroyables. J'ai eu accès à des conseillers par l'entremise du Service d'aide d'ACC, qui décrivent ma famille comme étant en crise et ne savent pas comment nous aider, alors que nous sommes simplement en mode survie⁹⁸.

Les membres du Comité souhaitent pouvoir un jour écouter les témoignages des enfants des vétérane.e.s aux prises avec des problèmes de santé mentale⁹⁹. Sachant que la famille constitue le facteur de protection le plus important contre l'aggravation des problèmes de santé mentale, le Comité recommande une fois de plus :

95 ACVA, *Témoignages*, 25 novembre 2025, Amanda Anderson (As an Individual), 1535. Voir également : Christopher Banks, Mémoire déposé au Comité le 1 décembre 2025, p. 6.

96 ACVA, *Témoignages*, 9 octobre 2025, Sherri Elms (à titre personnel), 0920.

97 ACVA, *Témoignages*, 23 octobre 2025, Jessica Ruth (à titre personnel), 0840.

98 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Samara Symonds (à titre personnel), 0825.

99 Voir à ce sujet les remarques de : ACVA, *Témoignages*, 4 décembre 2025, Kathryn Reeves (Dallaire Institute for Children, Peace and Security), 0905.



Recommandation 6

Que la ministre des Anciens Combattants détermine le mécanisme le plus approprié dans le but de fournir l'accès aux services de soutien en santé mentale aux membres de la famille des vétérans tout en respectant les compétences provinciales et territoriales.

Recommandation 7

Qu'Anciens Combattants Canada détermine la voie la plus appropriée pour permettre aux survivants des vétérans qui le souhaitent d'avoir accès aux services de santé mentale du Régime de soins de santé de la fonction publique.

La prévention

Philip Ralph fut aumônier dans les FAC durant 26 ans et est aujourd'hui directeur des services cliniques de Wounded Warriors Canada. Selon lui, puisque les traumatismes non traités sont la cause principale de la suicidalité des militaires et des vétérans, il faut donc agir en amont. Il faut prévenir les traumatismes en préparant mieux les militaires à affronter les situations qui pourraient les causer.

C'est dans cette optique que l'organisme a développé Warrior Health, une formation qui vise à préparer les personnes qui pourraient être exposées à des situations traumatisantes : « Ces mesures doivent être prises en amont pour que les gens comprennent ce à quoi ils vont faire face. Cela n'empêchera pas les blessures, mais les gens seront certainement sensibilisés. Ils chercheront de l'aide au moment opportun. Ils recevront les soins dont ils ont besoin¹⁰⁰. »

L'Institut Atlas pour les vétérans et leur famille, un organisme indépendant financé par ACC, a également développé toute une panoplie d'outils et de ressources fondés sur des données probantes, en collaboration avec l'Association canadienne pour la santé mentale Alberta et le *Centre for Suicide Prevention*¹⁰¹. Gabrielle Dupuis, la directrice des Partenariats de recherche de l'Institut, en a présenté quelques-uns, dont la « boîte à outils des vétérans » qui les aide à reconnaître les signes avant-coureurs et à agir rapidement, et la « boîte à outils pour les familles » qui aide les membres de la famille à soutenir les

100 ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Captv Philip Ralph (commandant (à la retraite), directeur, Services cliniques, Wounded Warriors Canada), 1620.

101 Association canadienne pour la santé mentale Alberta et Centre for Suicide Prevention, Mémoire déposé au Comité le 12 novembre 2025, p. 2. Voir également : ACVA, *Témoignages*, 4 décembre 2025, Allison Crawford (Psychiatrist and Chief Medical Officer, 9-8-8 Suicide Crisis Helpline, Centre for Addiction and Mental Health), 0820.

vétérán.e.s tout en prenant soin d'eux-mêmes¹⁰². L'Institut a également créé des guides de conversation pour faciliter les discussions sur le suicide ainsi que des lignes directrices pour les médias visant à réduire la stigmatisation et à réduire le risque de contagion.

Recommandation 8

Que le ministère de la Défense nationale rende obligatoire la participation régulière des membres des Forces armées canadiennes (FAC) à des programmes de soutien à la résilience qui contribuent à prévenir et à atténuer les conséquences néfastes des traumatismes sur la santé mentale des militaires et des vétérán.e.s des FAC.

Un autre élément de cette prévention touche les services en situation de crise. Plusieurs témoins, dont Aaron Dale, du Service de police de Toronto, ont recommandé que la ligne d'urgence nationale 988 soit modifiée afin d'y inclure une option dédiée aux vétérans¹⁰³. Cela existe déjà aux États-Unis et la Dre Allison Crawford, de la Ligne d'urgence 988, en a également reconnu les avantages :

De 2021 à 2024, environ 3,8 millions de personnes ont interagi avec la ligne d'aide en cas de crise pour les anciens combattants, que ce soit au moyen d'appels, de messages textes ou du clavardage, ce qui représente environ 2 600 interactions par jour. Ce chiffre a augmenté chaque année, et il a connu une croissance de 30 % au cours des trois dernières années. C'est l'intégration au service du 9-8-8 qui est en grande partie responsable de cette croissance.

[...] L'évaluation du service a démontré que ce dernier avait une incidence sur la participation des anciens combattants aux services de santé mentale, qu'il augmentait l'adoption des mesures de sécurité et qu'il réduisait la détresse¹⁰⁴.

Le 16 janvier 2026, la ministre des Anciens Combattants et ministre associée de la Défense nationale, l'honorable Jill McKnight, a publié un [communiqué de presse](#) en soutien à l'expansion de ligne d'urgence annoncée par la ministre de la Santé, l'honorable Marjorie Michel. Il n'y était toutefois pas fait mention des vétérán.e.s. Le Comité recommande donc :

102 ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Gabrielle Dupuis (directrice, Partenariats de recherche et affaires gouvernementales, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille), 1535.

103 ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Aaron Dale (Program Coordinator, Military Veterans Wellness Program, Toronto Police Service), 0835-0840.

104 ACVA, *Témoignages*, 4 décembre 2025, Allison Crawford (psychiatre et médecin hygiéniste en chef, 9-8-8 : Ligne d'aide en cas de crise de suicide, Centre de toxicomanie et de santé mentale), 0820.



Recommandation 9

Que le gouvernement du Canada veuille à ce que la ligne d'urgence 988 comprenne une option dédiée aux vétérans.e.s.

Rétablir la continuité des soins

Dans l'Introduction à son [rapport d'octobre 2024 sur la transition](#), le Comité avait écrit : « [L]es principales difficultés liées à la transition des militaires à la vie civile sont liées à la capacité des provinces et territoires à offrir des services de santé en temps opportun, notamment l'accès à un médecin de famille. » Toute une section du rapport y avait été consacrée. Le même enjeu avait fait l'objet de la [Recommandation 3 d'un rapport de 2017](#) qui comparait les services offerts aux vétérans.e.s dans d'autres pays, et dans un [rapport de 2016 sur la prestation des services](#).

Il ne fut donc pas surprenant de voir réapparaître ce thème récurrent : « Je vous dirais de nous donner moins d'argent, mais de nous donner plutôt un médecin¹⁰⁵ », a supplié Bruno Plourde, du Sentier :

Anciens combattants Canada offre des services aux vétérans, mais la clé pour y avoir accès est dans les mains d'une personne qui ne sait même pas qu'elle a cette clé dans son trousseau. C'est le médecin. Le vétéran doit partir en quête pour trouver cette clé, parfois au péril de sa santé, et même de sa vie.

Pendant le processus, c'est le moment où le vétéran ou la vétérane sont les plus vulnérables. Ils doivent prendre des décisions ou rédiger des documents qui vont avoir un impact significatif sur leur vie¹⁰⁶.

Le vétéran Michel Marceau a renchéri :

Je suis sorti de l'armée depuis 12 ans. Je n'ai même pas de médecin de famille. J'ai passé l'hiver à me faire dire par la dame des Anciens combattants, qui est très polie, que j'avais un médecin de famille. Je l'ai appelé 12 fois dans sept ans et on me disait : « Monsieur, rappelez dans un an ». Je finis au privé à coup de 2 000 \$ par année. Pas de médecin de famille¹⁰⁷.

105 ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Bruno Plourde (CD, fondateur et administrateur, Le Sentier - Maison De Transition Inc.), 0900.

106 ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Bruno Plourde (CD, fondateur et administrateur, Le Sentier - Maison De Transition Inc.), 0830.

107 ACVA, *Témoignages*, 25 novembre 2025, Michel Marceau (à titre personnel), 1540.

Nous revenons de l'Afghanistan, j'ai 14 conditions médicales reconnues et je n'ai pas de médecin. Cela n'a aucun sens.

Dans l'armée, j'allais juste voir un médecin pour des cassures et des déchirures. Je ne suis pas un abuseur de médecin. Comme tout le monde, j'ai besoin d'une prescription et d'un bilan de santé de temps en temps. Va-t-il falloir que je devienne astronaute pour demander à voir un médecin? Que vais-je devoir faire pour le pays? Que va-t-il falloir que mes amis fassent¹⁰⁸?

L'accès à un médecin de famille n'est qu'un des éléments qui rompent la continuité des soins. La séquence répétitive des examens, des évaluations et des formulaires peut faire « augmenter l'humiliation et la honte de devoir aborder leurs failles ou bien alors faire s'intensifier la rage de constater que leur parcours est devenu banal et bureaucratisé¹⁰⁹ ».

Les vétérán.e.s qui sont parvenus à surmonter les démarches pour accéder à des soins de santé, doivent se soumettre à des processus répétitifs d'examen et d'évaluations selon l'institution auprès de laquelle ils ont déposé une demande. Comme l'a expliqué Marc-André Bernard :

Ces vétérans étaient évalués en bonne et due forme dans les Forces. Ils sont réévalués au complet à leur sortie des Forces, comme si les évaluations des Forces n'étaient pas prises en compte. Souvent, ils doivent se battre avec les intervenants pour que je puisse faire l'évaluation, parce qu'ils veulent que ce soit quelqu'un d'autre qui la fasse. Il n'y a pas un souci de continuité. Je sais que, pour les vétérans, il est extrêmement humiliant de devoir raconter leur histoire encore et encore¹¹⁰.

Cette question avait été abordée entre autres dans le rapport de juin 2024, [Plus jamais invisibles](#), et avait fait l'objet de la Recommandation 30. Dans sa [Réponse](#), ACC s'était déclaré en accord avec la recommandation lorsqu'elle impliquait des problèmes de santé mentale découlant d'une agression sexuelle :

ACC acceptera que l'incident s'est produit et était lié au service sur la base de la déclaration de l'ancien combattant, sans avoir besoin d'un récit détaillé des événements traumatisants et sans avoir besoin de preuves corroborantes. Les décideurs s'appuient ensuite sur les informations disponibles dans les rapports médicaux et d'autres documents tels que les questionnaires médicaux, qui peuvent être fournis directement

108 ACVA, *Témoignages*, 25 novembre 2025, Michel Marceau (à titre personnel), 1555.

109 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Marc-André Bernard (psychologue, Institut Alpha, à titre personnel), 0815.

110 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Marc-André Bernard (psychologue, Institut Alpha, à titre personnel), 0845. Voir également : ACVA, *Témoignages*, 9 octobre 2025, Sherri Elms (à titre personnel), 0910.



par les professionnels de la santé à ACC avec le consentement du vétéran, pour compléter leur évaluation de l'admissibilité et de l'étendue du handicap.

Les membres du Comité sont d'avis que la recommandation est valable dans tous les cas où un problème de santé mentale a été reconnu par ACC comme étant lié au service militaire. Le Comité souhaite donc la réitérer :

Recommandation 10

Qu'Anciens Combattants Canada évite de retraumatiser les vétéran.e.s en éliminant l'obligation raconter à nouveau les circonstances des événements traumatisants ayant mené aux conditions médicales pour lesquelles une demande d'indemnisation a été déposée, lorsque ces informations ont déjà été recueillies par un organisme professionnel reconnu et transmis avec le consentement explicite de l'individu.

Un autre enjeu lié à cette continuité des soins concerne l'obligation, pour les vétéran.e.s qui participent à un programme de réadaptation, d'obtenir leurs soins auprès des sous-traitants que leur assigne PSRVC, même si ces mêmes vétéran.e.s sont déjà suivis par d'autres professionnel.le.s de la santé. Shane Nedohin a été libéré pour raisons médicales après 22 ans de service. Il a vertement critiqué cette approche :

PSRVC s'apparente plus à un système de libération conditionnelle qu'à un programme de soutien. Il prend les vétérans en otage en menaçant de leur retirer rémunération et avantages s'ils refusent de se conformer à ses conditions. Il ne leur permet pas de recevoir leurs soins de fournisseurs non rattachés à Lifemark. [...] J'ai été obligé de faire mon évaluation physiologique en ergothérapie en mode virtuel devant mon ordinateur portable, en levant les bras et en me déplaçant pendant que le type à l'autre bout essayait d'évaluer l'amplitude de mes mouvements au moyen d'images vidéo granuleuses. Tout cela même si je vois actuellement un physiothérapeute grâce à ma couverture de la Croix-Bleue, et même si j'avais subi la semaine précédente une évaluation correcte. Mais elle n'a pas été acceptée parce qu'il était impossible d'avoir une évaluation réalisée par un service non rattaché à Lifemark¹¹¹.

M. Bernard a souligné que, malgré toutes les bonnes intentions qui pouvaient animer ces programmes, « les services de réadaptation uniformisés qui leur sont offerts actuellement par les Partenaires des services de réadaptation aux vétérans canadiens m'apparaissent essentiellement peu adaptés aux vétérans et ne permettent pas

111 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Shane Nedohin (fermier, à titre personnel), 0915. Voir également : ACVA, *Témoignages*, 18 novembre 2025, Darren Simons (à titre personnel), 1635. ACVA, *Témoignages*, 28 octobre 2025, Christine Gauthier (caporale (à la retraite), à titre personnel), 1640.

d'ajuster le tir pour ceux d'entre eux qui sont vulnérables et dont l'identité militaire était tout ce qu'ils avaient¹¹² ». Le Comité recommande donc :

Recommandation 11

Qu'Anciens Combattants Canada collabore avec le fournisseur de son programme de réadaptation afin de déterminer comment les soins préexistants peuvent être intégrés au plan de réadaptation des vétérans.e.s.

Puisque l'une des difficultés importantes liées à la continuité des soins vient de la division constitutionnelle des pouvoirs qui confère aux provinces celui de légiférer sur les soins de santé, il est crucial de pouvoir identifier les vétérans.e.s une fois qu'ils ne sont plus sous la responsabilité fédérale des FAC. Cela faciliterait la fourniture des soins ainsi que la compilation des statistiques.

Plusieurs témoins, dont Bruno Plourde du Sentier, ont recommandé de donner un identifiant unique à toute personne qui quitte les FAC et que cet identifiant soit reconnu par les autorités provinciales et territoriales¹¹³. Cela permettrait à ACC de mettre en place un système de suivi périodique des vétérans.e.s et lui permettrait d'être proactif, d'aller à leur rencontre et de leur proposer leurs services avant que les problèmes deviennent graves. Comme l'a dit Chloé Daraïche, du Sentier :

Les problématiques vont souvent sortir après le service, donc peut-être qu'au moment de la libération, des choses ne sont pas nécessairement bien identifiées. Après, au quotidien, on va voir des problématiques émerger et on ne fait pas toujours tout de suite le lien avec le service militaire. Donc, je pense qu'avoir un suivi qui dure dans le temps serait vraiment important¹¹⁴.

Le Comité recommande donc :

112 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Marc-André Bernard (psychologue, Institut Alpha, à titre personnel), 0815.

113 ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Bruno Plourde (CD, fondateur et administrateur, Le Sentier - Maison De Transition Inc.), 0830. Voir également : ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Jonathan Lane (psychiatre en chef, Department of Veterans' Affairs, Government of Australia), 0835. ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Chloé Daraïche (directrice générale, Le Sentier - Maison De Transition Inc.), 0850. Dre Karen Breeck, Mémoire déposé au Comité le 5 décembre 2025. Christopher Banks, Mémoire déposé au Comité le 1 décembre 2025, p. 5.

114 ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Chloé Daraïche (directrice générale, Le Sentier - Maison De Transition Inc.), 0850.



Recommandation 12

Qu’Anciens Combattants Canada détermine, en consultation avec le ministère de la Défense nationale, la faisabilité d’une approche d’adhésion ou de désengagement pour partager le statut de vétéran.e.s, avec leur consentement éclairé écrit, auprès des autorités provinciales et territoriales de la santé afin que les identifiants des vétéran.e.s soient inclus dans leurs dossiers de santé provinciaux ou territoriaux lors de la transition.

Préparer la transition

Depuis la création du programme de réadaptation en 2006, cet enjeu de la continuité des soins n’a pas cessé d’être au cœur des défis que doivent relever les FAC et ACC afin de favoriser la transition harmonieuse des militaires à la vie civile. En ce qui touche la santé mentale et la prévention du suicide, malgré des efforts et des investissements importants, il n’y a pas eu de résultats. Les taux de décès par suicide des vétéran.e.s n’ont pas bougé.

Ce que l’on sait, c’est que la vie militaire constitue un facteur de protection important qui disparaît au moment de la transition. Tous les services mis en place pour faciliter la transition ne réussissent pas à compenser cette perte. Les témoignages des vétéran.e.s et les analyses d’experts convergent vers trois problèmes principaux : 1. la nécessité de recréer un environnement social enrichissant qui vienne compenser la fin de l’appartenance à la communauté militaire; 2. L’abandon qui découle du bris dans la continuité des soins et qui remet en question le sentiment d’honneur qu’éprouvent les vétéran.e.s face à la valeur sociale de leur service militaire; 3. Les démarches bureaucratiques complexes qui sous-entendent que les vétéran.e.s ne sont pas dignes de confiance et que c’est à eux et elles de trouver ce à quoi ils ont droit, et de prouver qu’ils méritent ce qui leur est offert.

Les vétéran.e.s doivent au moins avoir une confiance raisonnable que ces trois défis pourront être relevés au moment où ils et elles feront le saut dans la vie civile. Cela signifie : 1. Avoir élaboré un plan de vie enthousiasmant, tant sur le plan personnel que professionnel, et avoir complété les démarches nécessaires pour y accéder; 2. Avoir accès à un médecin de famille dans un délai raisonnable puisque là est la clé qui ouvre l’accès à tout le reste; 3. Avoir obtenu au moins une première réponse aux demandes d’indemnisation financière déposées auprès d’ACC, de manière à pouvoir anticiper de manière réaliste les ressources qui seront à leur disposition.

Ces discussions nous ramènent à une recommandation que le Comité a formulée à maintes reprises et que le gouvernement a toujours rejeté : celle de ne pas libérer les

militaires avant que les démarches nécessaires à une transition réussie soient complétées. Comme on l'a vu, les militaires n'ont pas eu l'occasion de développer les habiletés d'autonomie que les civils prennent pour acquises. C'est pourquoi toutes les démarches importantes devraient avoir été complétées avant la libération, alors que, présentement, même avec le renforcement des centres de transition, une grande part des services de transition ne sont offerts qu'après la libération¹¹⁵.

Plusieurs témoins, dont Marc-André Bernard, ont rappelé cette nécessité de préparer la transition :

Dans l'un des rapports de ce comité sur la libération des Forces armées canadiennes, j'ai lu qu'on recommandait qu'Anciens Combattants Canada puisse traiter toutes les demandes des vétérans et que ces derniers se voient assigner un médecin de famille au civil avant que leur sortie soit permise. Je pense qu'il s'agit d'un très bon exemple de ce qui pourrait vraiment changer la donne dans le parcours de certains anciens militaires et réduire leur sentiment d'impuissance, d'humiliation et de frustration dans le processus de deuil identitaire très profond auquel ils doivent faire face. Il demeure notre responsabilité de nous occuper de ces gens, qui ont sacrifié une partie de leur santé au service public¹¹⁶.

Il faut saluer les efforts qu'a faits le gouvernement pour expliquer clairement son désaccord dans sa [Réponse au rapport de 2024 sur la transition](#) :

Le gouvernement considère que la proposition du Comité de conditionner la libération d'un militaire à son accès à un médecin de famille n'est pas réaliste, étant donné l'absence de leviers juridiques pour garantir l'affectation en temps voulu des fournisseurs de soins par les autorités provinciales et territoriales. Compte tenu de la pénurie nationale de fournisseurs de soins de santé et de l'incertitude qui entoure les délais d'accès des vétérans à un médecin de famille, la mise en œuvre de la politique recommandée risque d'entraîner des coûts et des problèmes logistiques considérables.

Autrement dit, une fois que les vétérans ne font plus partie des FAC, ils deviennent la responsabilité des provinces et de continuer de leur offrir des soins nuitrait aux priorités opérationnelles des FAC :

Il peut s'agir de goulets d'étranglement dans le processus de libération des militaires, de retards de transition pour d'autres personnels, de perturbations dans la planification des effectifs et d'une charge financière accrue liée au maintien des soldes, des

115 Voir à cet effet les remarques de : ACVA, *Témoignages*, 9 octobre 2025, Brad Field (président, Homes For Heroes Foundation), 0910.

116 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Marc-André Bernard (psychologue, Institut Alpha, à titre personnel), 0815-0820. Voir également : ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Jonathan Lane (psychiatre en chef, Department of Veterans' Affairs, Government of Australia), 0905. ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Aaron Dale (Program Coordinator, Military Veterans Wellness Program, Toronto Police Service), 0905.



avantages et du soutien pour les militaires dont la libération a été reportée. De plus, l'augmentation des capacités en matière de soins de santé pour accueillir les vétérans en transition nécessiterait de nouveaux investissements importants dans les services de santé gérés par les Forces armées canadiennes (FAC). Bien que les initiatives prévues par la Défense nationale visent à combler les lacunes critiques immédiates en matière de services de santé, elles ne tiennent pas compte des coûts supplémentaires liés au soutien des libérations reportées. Ces derniers risqueraient de détourner les fonds et l'attention d'autres missions essentielles contribuant à la sécurité nationale, ainsi que des initiatives de recrutement et de maintien des effectifs.

On peut comprendre que les FAC veuillent privilégier leurs besoins opérationnels, mais il devient alors difficile de croire qu'elles considèrent la prévention du suicide chez les vétérans.e.s comme une priorité puisqu'elles affirment clairement se laver les mains d'un de ses aspects clés. Cela remet également en question la contribution des FAC à ce qui devrait être une responsabilité du gouvernement du Canada dans son ensemble. C'est pourquoi le Comité recommande une fois de plus :

Recommandation 13

Que les Forces armées canadiennes travaillent avec les autorités de santé provinciales et territoriales afin de s'assurer que les militaires qui ne répondent plus aux exigences d'universalité du service et qui souffrent d'une condition constituant un facteur de risque pour la santé mentale ne soient pas libérés tant que la disponibilité d'un médecin de famille n'aura pas été confirmée.

Diversifier les options de traitement

Comme l'a expliqué M. Bernard, la combinaison d'une thérapie par la parole ou d'une autre forme de psychothérapie avec un médicament est indiquée dans de nombreux traitements pour des problèmes de santé mentale¹¹⁷. Les risques liés aux médicaments ont été évoqués plus haut et doivent continuer de faire l'objet d'un encadrement soutenu. Samara Symonds a mentionné que les traitements alternatifs, comme la thérapie équine ou canine, sont des traitements :

... que ceux d'entre nous qui sont habiles dans les dédales bureaucratiques chercheront à obtenir, mais il faut alors citer des recherches, apporter une justification. Il faut faire appel à un médecin, à un psychologue, à un ergothérapeute, à toutes sortes de spécialistes pour vérifier la validité de ce que nous demandons. Par contre, si je propose

117 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Marc-André Bernard (psychologue, Institut Alpha, à titre personnel), 0845.

des ordonnances pour de nombreux médicaments, l'autorisation est donnée sans hésitation¹¹⁸.

Pour les traitements en psychothérapie, les « traitements modèles », comme l'a dit le Dr Hosseiny, de l'Institut Atlas, sont « l'exposition prolongée et la thérapie par le traitement cognitif. Des éléments du soutien par les pairs se sont aussi révélés très bénéfiques¹¹⁹. »

Cette reconnaissance de certains traitements ne devrait cependant pas entraîner l'exclusion d'autres approches. M. Bernard a rappelé que les parcours des vétérans.e.s étaient très diversifiés et pourraient ne pas correspondre aux approches utilisées auprès de la population civile. Il a évoqué la thérapie équine, l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires, la thérapie narrative : « L'un des principaux problèmes liés au TSPT est l'acceptation du bagage émotionnel, et il touche beaucoup de gens. Tout ce qui aidera la personne à établir un lien avec ses émotions et à apprendre à gérer ses émotions empêchera le TSPT d'empirer¹²⁰. »

Il ne suffit toutefois pas de rendre ces traitements accessibles. Il faut également qu'ils le soient en temps opportun. L'intervention précoce constitue un aspect clé pour favoriser le traitement après un traumatisme.

C'est pourquoi des programmes comme ceux offerts par le Réseau de transition des vétérans, qui mettent en œuvre une approche d'exposition au traumatisme, mais en groupe, doivent être accessibles le plus tôt possible après qu'un traumatisme a eu lieu, ou dès qu'un.e vétéran.e manifeste le désir de s'en prévaloir :

Nous travaillons avec de nombreux vétérans qui présentent le plus haut risque de suicide. Notre objectif est de leur offrir les soins, les liens humains et l'espoir nécessaires pour prévenir cette issue tragique.

Les évaluations de nos programmes montrent que plus des deux tiers des vétérans qui y participent ont déjà eu des pensées suicidaires, la plupart au cours de la dernière année. Ces mêmes évaluations révèlent également une diminution considérable et durable des

118 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Samara Symonds (à titre personnel), 0905.

119 ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Fardous Hosseiny (président-directeur général, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille), 1715.

120 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Marc-André Bernard (psychologue, Institut Alpha, à titre personnel), 0840.



idées suicidaires chez les anciens combattants qui ont participé à nos programmes et répondu à nos suivis¹²¹.

Comme l'a dit M. Ralph à propos des programmes du Réseau de transition des vétérans et de ceux de Wounded Warriors Canada :

Il est triste de constater que de tels programmes, qui sont essentiels au rétablissement des vétérans, sont financés en grande partie par des ventes de pâtisseries, des randonnées à vélo et d'autres collectes de fonds communautaires.

Bien qu'ils ne soient pas bon marché, ces programmes sont abordables si l'on considère les autres options, comme les établissements de soins de longue durée, car on y traite spécifiquement les traumatismes. Ce n'est pas différent d'une blessure physique. Plus les soins sont prodigués tôt, meilleurs sont les résultats¹²².

M. Thorne a déploré que le processus d'approbation d'ACC pour les services comme ceux du Réseau de transition soit devenu de plus en plus laborieux et lent. Cela a entraîné une diminution importante du taux d'approbation. Lorsqu'il y a risque de suicide, l'organisme n'attend pas l'approbation, mais le ministère ne couvrira pas les services s'ils ont été utilisés avant l'obtention de l'autorisation. Selon lui, un processus d'approbation automatique pour les programmes spécialisés de transition basés sur les causes profondes et les programmes de prise en charge des traumatismes assurerait « que les anciens combattants les plus à risque obtiennent rapidement les soins et le soutien communautaire dont ils ont besoin avant que les effets dominos menant au suicide ne commencent à se faire sentir¹²³ ». Le Comité recommande donc :

Recommandation 14

Qu'Anciens Combattants Canada instaure un processus d'approbation accéléré lorsque des organismes agréés par le ministère doivent fournir rapidement des services à des vétérans ayant un besoin urgent en santé mentale.

-
- 121 ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Oliver Thorne (directeur général, Réseau de transition des vétérans), 1555.
- 122 ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Captiv Philip Ralph (commandant (à la retraite), directeur, Services cliniques, Wounded Warriors Canada), 1620. Voir également : ACVA, *Témoignages*, 28 octobre 2025, Diane Hill Rose (défenseuse de soutien par les pairs, United Federation of Canadian Veterans), 1715.
- 123 ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Oliver Thorne (directeur général, Réseau de transition des vétérans), 1555-1600.

Le point sur la thérapie assistée par les psychédéliques

Des témoins ont demandé une meilleure reconnaissance par ACC des résultats fragmentaires, mais prometteurs, qui soutenaient les bénéfices de la thérapie assistée par les psychédéliques. La vétérane Kelsie Sheren a affirmé qu'il existait « une étude évaluée par des pairs et un traitement éprouvé pour traiter l'état de stress post-traumatique et la dépression¹²⁴ ». Le vétéran Gordon Hurley a invoqué des décisions prises récemment en Australie et aux États-Unis afin de proposer un cadre qui permettrait à Santé Canada d'élargir l'accès au traitement¹²⁵. Or, les études prometteuses auxquelles il est fait référence demeurent préliminaires et certains risques importants du traitement ont été avérés. De plus, comme l'a précisé le Dr Lane, du ministère australien des anciens combattants, l'accès demeure limité aux essais cliniques comme traitement de dernier recours et dans des conditions strictes qui rendent le traitement coûteux¹²⁶. Selon lui :

Malheureusement, les données probantes ne sont pas à la hauteur des attentes du public. En tant que cliniciens, nous parlons de traitements très coûteux qui sont subventionnés. Les preuves ne sont pas nécessairement suffisantes pour dire qu'ils fonctionnent aussi bien qu'on le souhaiterait. On le voit aux demandes adressées à la Federal Drug Administration des États-Unis et au fait que cette approche n'a toujours pas vraiment gagné en popularité auprès des Américains¹²⁷.

Cela ne signifie pas que ce traitement ne puisse pas être bénéfique pour certaines personnes. Les vétérans Shane Nedohin et Paul Farell, par exemple, affirment en avoir grandement bénéficié¹²⁸. Mais, comme l'a expliqué Nicholas Held, de l'Institut canadien de recherches sur la santé des militaires et des vétérans, ce bénéfice demeure imprévisible et l'idéation suicidaire a été identifiée comme l'un des effets secondaires possibles¹²⁹.

124 ACVA, *Témoignages*, 28 octobre 2025, Kelsie Sheren (experte en résilience mentale, à titre personnel), 1550. Voir aussi : ACVA, *Témoignages*, 18 novembre 2025, Gordon Hurley (défenseur de la santé mentale des anciens combattants, à titre personnel), 1540.

125 ACVA, *Témoignages*, 18 novembre 2025, Gordon Hurley (défenseur de la santé mentale des anciens combattants, à titre personnel), 1540. Voir également : Project Life Spark, Mémoire déposé au Comité le 21 novembre 2025.

126 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Jonathan Lane (psychiatre en chef, Department of Veterans' Affairs, Government of Australia), 0835.

127 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Jonathan Lane (psychiatre en chef, Department of Veterans' Affairs, Government of Australia), 0835.

128 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Shane Nedohin (fermier, à titre personnel), 0950. Paul Farell, Mémoire déposé au Comité le 31 octobre 2025.

129 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Nicholas Held (directeur scientifique par intérim, Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans), 0955.



Sur cette question, le Sous-Comité sénatorial des Anciens Combattants a déposé en novembre 2023 un [rapport prudent](#) qui concluait que l'état embryonnaire des recherches ne justifiait pas d'élargir dès aujourd'hui l'accès à ces thérapies. Le rapport ne contenait qu'une seule recommandation demandant que soit lancé un programme de recherche robuste qui permettrait d'infirmer ou de confirmer les données fragmentaires existantes. Dans sa [Réponse au rapport](#), le gouvernement s'est dit en accord avec ces conclusions :

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer l'innocuité et l'efficacité à court et à long terme de l'utilisation de la [psychothérapie assistée par les psychédéliques] pour traiter les troubles de santé mentale. Santé Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) jouent un rôle dans le mandat du gouvernement du Canada d'aider la population canadienne à maintenir et à améliorer sa santé, soit Santé Canada en tant qu'organisme de réglementation des médicaments thérapeutiques des médicaments et des essais cliniques, et les IRSC en tant qu'organisme de financement de recherche.

Le Comité demeurera attentif à toute avancée scientifique qui permettrait de remettre en question ces conclusions.

LA STRATÉGIE CANADIENNE DE PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES MILITAIRES ET LES VÉTÉRAN.E.S

Les travaux de la Commission royale australienne sur le suicide chez les militaires et les vétérans a révélé ce à quoi pouvait ressembler une démarche systématique visant à mobiliser toutes les personnes et les organisations pertinentes dans le but précis d'agir de manière à atténuer les conséquences néfastes d'un problème complexe. Comme l'a dit Fardous Hosseiny, de l'Institut Atlas pour les vétérans et leur famille :

La Commission royale australienne sur le suicide chez les militaires et les vétérans est un excellent modèle d'enquête systémique. Elle a recueilli des milliers de témoignages, y compris celui d'Atlas, entendus directement des vétérans, des membres de leur famille et formulé plus de 100 recommandations. Ses conclusions mettent l'accent sur la responsabilité et la surveillance, les soins longitudinaux et l'importance centrale de l'expérience vécue et de données solides¹³⁰.

Comme on l'a déjà vu, il a été bien établi et documenté que l'expérience d'un traumatisme constitue le principal facteur de risque pour la santé mentale des militaires et des vétérans.e.s. Tout le travail de la Commission royale australienne sur le suicide chez les militaires et les vétérans.e.s s'est effectué conformément à une « approche axée sur les

130 ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Fardous Hosseiny (président-directeur général, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille), 1535. Voir également : ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Ben Wadham (professeur, Flinders University et directeur, Open Door Initiative, à titre personnel), 0815.

traumatismes » (*trauma-informed approach*). Cela comprend les traumatismes liés au stress opérationnel, les blessures morales découlant d'expériences traumatisantes, les traumatismes sexuels, les traumatismes physiques susceptibles de provoquer des douleurs chroniques, ainsi que toute une panoplie de facteurs physiques, psychologiques, institutionnels et culturels qui pourraient constituer un facteur de risque ou un facteur de protection. Comme on pouvait s'y attendre, chacun de ces risques a fait l'objet d'une ou plusieurs des 122 recommandations de la Commission.

Dans la [Stratégie conjointe de prévention du suicide des FAC et ACC](#) publiée en 2022, le facteur de risque lié aux traumatismes est assimilé aux « événements indésirables dans l'histoire personnelle » (p. 18) qui ne sont eux-mêmes que l'un des 17 facteurs de risque énumérés. Ce choix de privilégier la dimension « multifactorielle » du risque de décès par suicide semble avoir créé un sentiment d'impuissance face à la capacité d'intervenir de manière efficace sur au moins ceux des facteurs de risque qui sont bien connus. Comme l'a dit le général Malcolm : « Je voudrais juste vous rappeler qu'étant donné la nature multifactorielle du suicide, il est difficile de mettre le doigt sur les causes précises¹³¹. » Selon la Dre Courchesne :

C'est ça, le grand défi. Il faut trouver une tendance et des causes. Nous savons que les causes de suicide sont multifactorielles. Il n'y a pas qu'un seul facteur, il y en a plusieurs.

Bien que nous ayons ces chiffres, nous ne pouvons pas fouiller les causes exactes, parce qu'il peut s'agir de vétérans qui ne sont pas des clients d'Anciens Combattants Canada. Ces gens vivent dans leur communauté, et c'est grâce à Statistique Canada que nous pouvons faire cette triangulation.

Cela dit, je peux vous assurer que ce taux n'a pas augmenté entre 1975 et 2016, la dernière année où nous avons obtenu des chiffres, je crois¹³².

La lacune la plus frappante qui a découlé de ce choix de diluer les causes les mieux documentées dans une complexité multifactorielle est que le traumatisme sexuel est totalement absent de la Stratégie, bien qu'il constitue l'un des facteurs de risque les mieux documentés. Il n'y en a pas une seule mention.

Ce sentiment d'impuissance qui découle de l'absence d'objectifs et d'une approche multifactorielle tranche avec l'optimisme qui se dégage de la démarche australienne. Comme l'a dit le Dr Ben Wadham :

131 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Major-général Scott Malcolm (médecin général, Forces armées canadiennes, ministère de la Défense nationale), 0925.

132 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Cyd Courchesne (directrice générale, Professionnels de la santé et médecin chef, ministère des Anciens Combattants), 0840.



Il peut y avoir des problèmes de santé mentale, mais si nous parvenons à régler la question de l'emploi, de l'éducation, du logement, de la mobilité, de l'identité, de la raison d'être et de l'appartenance, nous aurons résolu les principaux problèmes de la prévention du suicide chez les vétérans.

Je dirai, d'après mes recherches, et maintenant plus de 300 entretiens, que la déconnexion sociale est, à mon sens, le problème le plus important. C'est un problème que nous pouvons parfaitement éviter, simplement en entourant les vétérans de services, de connaissances, de sagesse, d'expérience et d'empathie lorsqu'ils sont membres des forces armées, lorsqu'ils les quittent et même des années plus tard, lorsqu'ils sont retournés à la vie civile¹³³.

Nous disposons maintenant d'une liste complète à partir de laquelle nous attaquer aux problèmes, et les choses commencent à bouger. [...] Je pense que l'avenir est prometteur¹³⁴...

Au Canada, la [stratégie initiale](#) a été lancée en octobre 2017 et [mise à jour en 2022](#). Elle découle d'un engagement énoncé dans les lettres de mandat de 2015 du ministre de la Défense nationale et du ministre des Anciens Combattants et ministre associé de la Défense nationale. La stratégie comprend sept « lignes d'effort » qui sont arrimées aux sept « domaines du mieux-être »¹³⁵. Il en a découlé 160 initiatives que l'on retrouve à [l'annexe du Plan de 2017](#). 63 relèvent d'ACC et l'échéance de mise en œuvre s'échelonnait initialement de 2017 à 2020. En octobre 2022, la mise à jour précisait que 52 % de ces 63 mesures avaient été réalisées. Selon la Dre Cyd Courchesne, la réalisation du plan ne s'est pas poursuivie après 2022 puisqu'elle a affirmé, lors de son témoignage du 2 octobre 2025, que « à ce jour, 50 % des initiatives ont été mises en place de façon permanente¹³⁶ ».

Selon Steven Harris, l'une des retombées positives de la Stratégie est d'avoir permis l'ajout de psychologues et de psychiatres aux équipes de soins de santé, ce qui a facilité les consultations à distance¹³⁷. Selon Oliver Thorne, du Réseau de transition pour les vétérans :

133 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Ben Wadham (professeur, Flinders University et directeur, Open Door Initiative, à titre personnel), 0815.

134 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Ben Wadham (professeur, Flinders University et directeur, Open Door Initiative, à titre personnel), 0850.

135 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Brigadier-général Serge Ménard (commandant, Groupe de transition des Forces armées canadiennes, Forces armées canadiennes, ministère de la Défense nationale), 0905.

136 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Cyd Courchesne (directrice générale, Professionnels de la santé et médecin chef, ministère des Anciens Combattants), 0915.

137 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Steven Harris (sous-ministre adjoint principal, Prestation des services, ministère des Anciens Combattants), 0825.

Anciens Combattants Canada et les Forces armées canadiennes ont pris des mesures pour réduire le risque de suicide en améliorant la formation en vue de la transition, en facilitant l'accès à du counselling individuel et en investissant dans des programmes de soutien par des pairs, mais nous ne savons pas encore si ces efforts produisent les résultats escomptés¹³⁸.

La Stratégie ne comporte aucun objectif mesurable quant à l'efficacité de ces 160 initiatives mises en œuvre. Il s'agit donc plutôt d'une liste de tâches que d'une véritable stratégie. Puisque le décès par suicide est un phénomène « multifactoriel », on tire à l'aveugle dans toutes les directions en espérant obtenir des résultats qu'on ne croit même pas être en mesure de vérifier. Comme si le ministère avait abdiqué sa capacité d'agir sur ce phénomène. Comme l'a dit la Dre Courchesne :

Souvent, ce n'est pas nécessairement le problème de santé mentale qui a mené à ces actes. Il est donc difficile de mettre des mesures en place quand on ne connaît pas exactement les causes. Nous pouvons présumer bien des choses et baser nos programmes sur ces présomptions¹³⁹.

Nous avons la Stratégie conjointe de prévention du suicide des Forces armées canadiennes et d'Anciens Combattants Canada. Or, la difficulté que posent les stratégies de prévention, c'est qu'on ne peut pas évaluer ce qui n'est pas arrivé. On ne peut que se fier aux taux que nous continuons de surveiller¹⁴⁰.

Même si nous ne pouvons pas connaître les causes profondes ou les déclencheurs, nous recueillons d'autres renseignements, en plus des chiffres. [...] Nous allons recueillir d'autres renseignements du genre jusqu'à ce que nous puissions résoudre le casse-tête. Nous en apprenons plus grâce à la recherche continue sur le sujet¹⁴¹.

Pour l'instant, nous avons pris connaissance des taux jusqu'en 2016. Nous devons attendre d'obtenir les taux pour la première période de cinq ans pour voir si la stratégie a eu un effet. Quoi qu'il en soit, nous savons que toutes les mesures que nous avons mises en place étaient de bonnes mesures et constituaient une amélioration par rapport à ce que nous avons fait dans le passé¹⁴².

138 ACVA, *Témoignages*, 7 octobre 2025, Oliver Thorne (directeur général, Réseau de transition des vétérans), 1555.

139 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Cyd Courchesne (directrice générale, Professionnels de la santé et médecin chef, ministère des Anciens Combattants), 0840.

140 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Cyd Courchesne (directrice générale, Professionnels de la santé et médecin chef, ministère des Anciens Combattants), 0840.

141 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Cyd Courchesne (directrice générale, Professionnels de la santé et médecin chef, ministère des Anciens Combattants), 0850.

142 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Cyd Courchesne (directrice générale, Professionnels de la santé et médecin chef, ministère des Anciens Combattants), 0955.



Amy Hall, épidémiologiste principale au ministère, espère que, peut-être, dans l'avenir, des sondages nous en diront plus.

[Le Sondage sur la santé des vétérans canadiens] a été réalisé pour la première fois en 2022. Il porte sur les anciens combattants qui se sont identifiés comme tels lors du recensement de 2021. Ce sondage recueille des renseignements sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide, ce qui pourrait constituer une autre source d'informations que nous pourrions utiliser pour comprendre ce qui se passe chez les anciens combattants¹⁴³.

Comme des témoins l'ont rappelé, le premier objectif d'une stratégie de prévention devrait être tout simplement que le nombre de décès par suicide diminue. En Australie, depuis le début des travaux de la Commission royale en avril 2021 : « [L]a tendance est à la baisse, ce qui donne à penser que notre travail porte¹⁴⁴. » Selon Nicholas Held :

C'est une chose d'établir des programmes, mais c'en est une autre de comprendre s'ils ont l'effet escompté. Si ce n'est pas le cas, comment les modifier?

[...] Si nous investissons dans la recherche longitudinale, le temps aidant, nous pourrions constater à différents moments que quelque chose de ce genre s'est produit, et nous espérons que des mesures concrètes seront prises et que le nombre de suicides de vétérans diminuera au fil du temps. Si nous n'avons que ces petites études sur une période d'un an, sans un véritable investissement dans de grands ensembles de données, nous ne saurons pas vraiment quel sera l'impact au fil du temps¹⁴⁵.

Étant donné les lacunes de la Stratégie conjointe de prévention du suicide des FAC et d'ACC, le Comité recommande :

Recommandation 15

Qu'Anciens Combattants Canada et le ministère de la Défense nationale élaborent une nouvelle stratégie conjointe de prévention du suicide chez les militaires et les vétérans, y compris ceux de la Force de réserve, contenant des objectifs mesurables et

143 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Amy Hall (épidémiologiste principale, ministère des Anciens Combattants), 0950.

144 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Jonathan Lane (psychiatre en chef, Department of Veterans' Affairs, Government of Australia), 0820.

145 ACVA, *Témoignages*, 30 octobre 2025, Nicholas Held (directeur scientifique par intérim, Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans), 1010. Voir également : ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Bruno Plourde (CD, fondateur et administrateur, Le Sentier - Maison De Transition Inc.), 0940. ACVA, *Témoignages*, 27 novembre 2025, Aaron Dale (Program Coordinator, Military Veterans Wellness Program, Toronto Police Service), 0940.

s’inspirant de celle qui a découlé des travaux de la Commission royale australienne sur le suicide chez les militaires et les vétéran.e.s.

Dans son mémoire, l’Association canadienne pour la santé mentale Alberta a rappelé que « [l]e Canada est l’un des rares pays industrialisés sans stratégie nationale dans ce domaine¹⁴⁶ ». Comme cela a été fait en Australie, plusieurs témoins ont souhaité que la stratégie de prévention du suicide chez les vétéran.e.s devienne une composante particulière d’une stratégie nationale globale de prévention du suicide¹⁴⁷.

Le Dr Lane, du ministère australien des anciens combattants, espère d’ailleurs que la stratégie nationale développée en Australie contribuera à la prévention du suicide chez les vétéran.e.s puisque « [e]nviron 70 % des personnes qui se sont suicidées n’étaient pas engagées ou ne recevaient pas des services de notre ministère des Anciens combattants¹⁴⁸ ». Il est vraisemblable qu’un contexte similaire existe au Canada, mais nous n’avons aucun moyen de le savoir puisque les données sur les vétéran.e.s ne sont pas recueillies systématiquement et excluent les réservistes.

M. Harris a souligné les efforts de dépistage qui sont faits lors des entrevues de transition qui sont réalisées auprès des militaires sur le point d’être libérés pour raisons médicales¹⁴⁹. Il s’agit là certes d’une démarche nécessaire, mais une fois de plus, elle ne concerne que les membres de la Force régulière qui sont libérés pour raisons médicales.

Le Comité recommande donc :

Recommandation 16

Que, si le gouvernement du Canada devait élaborer une stratégie nationale globale de prévention du suicide, celle-ci devrait inclure un volet consacré aux vétéran.e.s.

146 Association canadienne pour la santé mentale Alberta et Centre for Suicide Prevention, Mémoire déposé au Comité le 12 novembre 2025, p. 4.

147 ACVA, *Témoignages*, 23 octobre 2025, Robert Olson (bibliothécaire de recherche, Association canadienne pour la santé mentale), 1010. Voir également : Association canadienne pour la santé mentale Alberta et Centre for Suicide Prevention, Mémoire déposé au Comité le 12 novembre 2025, p. 3.

148 ACVA, *Témoignages*, 20 novembre 2025, Jonathan Lane (psychiatre en chef, Department of Veterans' Affairs, Government of Australia), 0905. Voir à ce sujet le témoignage d’un vétérán libéré volontairement : ACVA, *Témoignages*, 4 décembre 2025, Todd Hisey (Chief Executive Officer and Founder, The Veteran Hunters Canada Ltd.), 0825.

149 ACVA, *Témoignages*, 2 octobre 2025, Steven Harris (sous-ministre adjoint principal, Prestation des services, ministère des Anciens Combattants), 0935.



CONCLUSION

Les données sur le décès par suicide chez les militaires et les vétérans sont préoccupantes. Chez les militaires, le taux de décès par suicide chez les hommes de la Force régulière s'est détérioré et demeure supérieur à celui de la population générale, tandis que le taux chez les femmes militaires est stable mais nettement plus élevé que celui des femmes canadiennes. Les données concernant les réservistes présentent des lacunes qui limitent toute analyse approfondie. En comparaison avec l'Australie et les États-Unis, le Canada doit améliorer la collecte de données et reconnaître l'urgence d'agir face à une situation qui se détériore.

Chez les vétérans, les difficultés quant à la collecte de données sont critiques. Les enseignements tirés de la Commission royale australienne d'enquête sur le suicide chez les militaires et les vétérans démontrent qu'une compréhension détaillée et nuancée de l'épidémiologie du suicide est essentielle pour élaborer des stratégies de prévention efficaces.

Les données australiennes révèlent des disparités alarmantes dans les taux de suicide selon le sexe, le type de service, les motifs de libération et les blessures subies pendant le service. Ces informations permettent d'identifier les populations à risque élevé et d'adapter les interventions en conséquence. Au Canada, l'absence de telles données granulaires, notamment concernant les réservistes qui ont représenté plus du tiers des effectifs déployés en Afghanistan, constitue un obstacle majeur à l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide fondée sur des données probantes.

Il est bien sûr impossible de prédire des cas particuliers de décès par suicide. En revanche, les principaux facteurs de risque sont connus. Le principal facteur de risque est le traumatisme. Il peut prendre de multiples formes. Les traumatismes opérationnels peuvent découler de situations de combat, d'opérations humanitaires difficiles, ou d'autres expériences profondément marquantes vécues dans le cadre des fonctions militaires. Les blessures morales, particulièrement celles résultant d'événements tragiques impliquant des enfants, constituent un risque très élevé de comportements suicidaires. Les traumatismes sexuels en contexte militaire constituent l'un des facteurs de risque les plus significatifs et identifiables pour le suicide, particulièrement chez les femmes militaires et les vétérans. La minimisation de ce facteur de risque par les représentants des FAC et d'ACC lors de leurs témoignages est préoccupante.

L'analyse des témoignages et des données présentées dans cette étude révèle que le suicide parmi les militaires et les vétérans ne peut être réduit à un simple « problème sociétal ». Le taux de décès par suicide significativement plus élevé dans les Forces armées canadiennes comparativement à la population générale démontre qu'il existe

une dimension intrinsèque au service militaire qui constitue un facteur de risque majeur pour la santé mentale.

Le service militaire exige des sacrifices profonds : la fusion de l'identité personnelle avec l'identité professionnelle, l'acceptation de la privation physique et émotionnelle, et la culture du stoïcisme qui, bien qu'essentielle en contexte opérationnel, devient un obstacle majeur à la demande d'aide. Cette culture organisationnelle, centrée sur la force et la résilience, pousse de nombreux militaires à taire leur détresse jusqu'à ce que la situation devienne critique.

Il est donc impératif de considérer que tous les décès par suicide survenus durant le service militaire sont des décès reliés au service. Cette reconnaissance constitue non seulement un acte de justice envers les personnes décédées et leurs familles, mais également un pas essentiel vers une transformation culturelle nécessaire au sein des Forces armées canadiennes.

La douleur chronique est fortement corrélée aux problèmes de santé mentale et au risque de suicide chez les vétérans. Alors que 20 % des civils souffrent de douleurs chroniques, cette proportion atteint 40 % chez les vétérans et 50 % chez les vétéranes. Le traitement de la douleur chronique peut effectivement réduire le risque de suicide, mais demeure absent de la Stratégie conjointe de prévention du suicide des FAC et d'ACC.

La transition de la vie militaire à la vie civile constitue une période critique qui expose les vétérans.e.s à des risques accrus de détresse psychologique et de comportements suicidaires. D'abord, les vétérans.e.s font face à un décalage culturel profond. Après avoir vécu dans un environnement structuré où chaque situation dispose d'une procédure claire, ils se retrouvent dans un monde civil qu'ils peinent à comprendre et qui, en retour, ne les comprend pas. Le stoïcisme militaire qui était une force devient un handicap dans la vie civile et les attentes sociales quant à une autonomie dont les vétérans.e.s devraient faire preuve de manière immédiate sont irréalistes.

Ce décalage social peut provoquer un isolement qui sera ressenti comme une trahison. Les vétérans.e.s passent « de héros à zéro ». Ceux qui ont servi avec confiance et dévouement se sentent abandonnés par l'institution qu'ils ont servie et incompris par programmes et le personnel d'ACC qui devraient les soutenir. Les deux premières années suivant la libération sont particulièrement critiques pour les jeunes hommes, tandis que les risques pour les vétéranes semblent se développer sur une période plus longue.

Il n'y a pas de formule magique : l'écoute et le contact humain demeurent irremplaçables. Les écueils identifiés tout au long de cette étude — lourdeur administrative, manque de personnalisation des services, frustrations face aux processus



bureaucratiques — doivent s'adoucir si on veut espérer qu'ACC puisse un jour être considéré comme un facteur de protection.

Les médicaments sous ordonnance, particulièrement les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), ont également été identifiés comme un facteur de risque pour la santé mentale des militaires et vétérans. En Australie, on a observé des taux élevés de polypharmacie chez les vétérans.

Les facteurs de protection contre le suicide chez les vétérans se regroupent principalement autour du concept des « proches » : famille, amis, pairs et services de proximité. Ces liens sociaux brisent la solitude et l'isolement, qui sont des facteurs de risque majeurs. La famille constitue souvent la première ligne de soutien, et le conjoint ou la conjointe joue fréquemment un rôle crucial pour encourager le vétéran à chercher de l'aide.

La transition de la vie militaire à la vie civile prive les vétérans du lien social fort qu'ils avaient dans les Forces. Il est donc essentiel qu'ils puissent s'intégrer à de nouvelles communautés. Le soutien par les pairs est particulièrement efficace. Dans ce rôle de proximité, les organismes communautaires jouent un rôle essentiel et complémentaire aux institutions gouvernementales. Ils offrent un accompagnement humain, aiguillent les vétérans dans le système complexe de services, et peuvent intervenir en prévention d'une manière qu'aucune institution ne pourrait faire.

L'accès aux services de santé mentale pour les membres de la famille des vétérans demeure restrictif, ce qui s'avère particulièrement éprouvant après le décès d'un vétéran par suicide. Les conjoints et enfants de vétérans décédés par suicide se voient refuser l'accès aux thérapeutes avec lesquels ils avaient établi un lien de confiance, et sont plutôt dirigés vers la ligne d'aide 1-800 d'ACC sans garantie d'expertise spécialisée en deuil et traumatisme. Cette discontinuité des soins survient précisément au moment où ces familles traversent un deuil traumatique et ont le plus besoin de soutien professionnel continu. Cette exclusion va à l'encontre des recommandations répétées du Comité et du Bureau de l'ombud des vétérans, et néglige le fait que la famille constitue le facteur de protection le plus important contre l'aggravation des problèmes de santé mentale.

La prévention du suicide chez les militaires et les vétérans nécessite une approche multidimensionnelle qui agit en amont des traumatismes. Les traumatismes non traités constituent la cause principale de la suicidalité chez les vétérans. Il est donc essentiel de préparer adéquatement les militaires aux situations potentiellement traumatisantes. Plusieurs organisations ont développé des ressources précieuses qui contribuent à réduire la stigmatisation et favoriser l'intervention précoce.

La continuité des soins pour les vétérán.e.s demeure un enjeu majeur pour favoriser une transition harmonieuse de la vie militaire à la vie civile. La fragmentation des services entre les FAC), ACC et les Partenaires des services de réadaptation pour les vétérans canadiens (PSRVC) nuit à cette continuité. Elle oblige les vétérán.e.s à répéter leurs récits traumatiques, ce qui peut les retraumatiser inutilement et compromettre leur guérison. La création d'un identifiant unique reconnu par les autorités provinciales et territoriales permettrait à ACC d'effectuer un suivi proactif et périodique des vétérán.e.s.

Les témoignages et analyses révèlent trois problèmes principaux liés à la transition : la perte de l'appartenance à la communauté militaire, le bris dans la continuité des soins qui remet en question le sentiment d'honneur des vétérán.e.s, et la complexité bureaucratique qui leur impose un fardeau de preuve. Pour répondre à ces trois défis, les vétérán.e.s doivent avoir : un plan de vie personnel et professionnel enthousiasmant, l'accès à un médecin de famille, et une réponse rapides aux demandes déposées à ACC.

Le Comité réitère donc sa recommandation maintes fois formulée de ne pas libérer les militaires avant que ces conditions soient remplies. Le gouvernement a rejeté cette proposition, invoquant des contraintes juridictionnelles provinciales et des coûts logistiques. Les FAC affirment privilégier ainsi leurs besoins opérationnels. Le gouvernement du Canada devra forcer les institutions concernées à adopter une approche globale à cette impasse qui, si elle n'est pas résolue, rendra inutile tout autre effort de prévention du suicide chez les militaires et les vétérán.e.s.

Il n'existe pas présentement au Canada de stratégie de prévention du suicide chez les militaires et les vétérán.e.s. Ce qui est présenté comme la stratégie conjointe des FAC et d'ACC est au mieux une liste de cases à cocher sans objectifs mesurables. Les représentant.e.s d'ACC et des FAC ont décrit toute une panoplie de mesures en place. Ces efforts, bien qu'essentiels, ne constituent pas un cadre intégré capable de répondre à l'ampleur et à la complexité du problème.

Les exemples internationaux, particulièrement l'expérience australienne, démontrent qu'une approche nationale coordonnée peut produire des résultats tangibles en matière de prévention du suicide. Face à ces constats, le Comité recommande que le gouvernement du Canada élabore une véritable Stratégie de prévention du suicide chez les militaires et les vétérán.e.s. Celle-ci pourrait prendre place dans une Stratégie nationale globale de prévention du suicide au Canada. L'adoption d'une telle stratégie représenterait un engagement significatif envers celles et ceux qui ont servi notre pays, reconnaissant leurs sacrifices et leur offrant le soutien dont ils et elles ont besoin.

C'est dans le recueillement et le respect que les membres du Comité, au nom du Parlement, souhaitent exprimer leur profonde gratitude envers les personnes qui,



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

malgré les souffrances ravivées par leurs témoignages, ont trouvé la force et la générosité de les partager avec les Canadiennes et les Canadiens, contribuant ainsi à éclairer notre compréhension et les actions qui découleront du présent rapport.

ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS

Le tableau ci-dessous présente les témoins qui ont comparu devant le Comité lors des réunions se rapportant au présent rapport. Les transcriptions de toutes les séances publiques reliées à ce rapport sont affichées sur la [page Web du Comité sur cette étude](#).

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>Ministère des Anciens Combattants</p> <p>Cyd Courchesne, directrice générale, professionnels de la santé et médecin chef</p> <p>Amy Hall, épidémiologiste principale</p> <p>Steven Harris, sous-ministre adjoint principal, Prestation des services</p>	2025/10/02	4
<p>Ministère de la Défense nationale</p> <p>Mgén Scott Malcolm, médecin général, Forces armées canadiennes</p> <p>Bgén Serge Ménard, commandant, Groupe de transition des Forces armées canadiennes, Forces armées canadiennes</p>	2025/10/02	4
<p>Banque alimentaire de l'Association des anciens combattants</p> <p>Marie Blackburn, directrice exécutive</p>	2025/10/07	5
<p>Institut Atlas pour les vétérans et leur famille</p> <p>Gabrielle Dupuis, directrice, Partenariats de recherche et affaires gouvernementales</p> <p>Fardous Hosseiny, président-directeur général</p>	2025/10/07	5
<p>Wounded Warriors Canada</p> <p>Philip Ralph, commandant (à la retraite), directeur, Services cliniques</p>	2025/10/07	5
<p>Réseau de transition des vétérans</p> <p>Oliver Thorne, directeur général</p>	2025/10/07	5

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>À titre personnel</p> <p>Sherri Elms</p> <p>Margit Simon, formatrice de transition, Groupe de transition des Forces armées canadiennes</p> <p>Ashley Thompson</p>	2025/10/09	6
<p>Homes for Heroes Foundation</p> <p>Brad Field, président</p>	2025/10/09	6
<p>Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens</p> <p>Hélène Le Scelleur, capitaine (à la retraite), vice-présidente, Conseil consultatif pour les vétérans du Centre d'excellence</p>	2025/10/09	6
<p>À titre personnel</p> <p>Judith Hills, caporale et technicienne en aéronautique, Forces armées canadiennes</p> <p>Jessica Ruth</p> <p>Noémie Veilleux, sexologue agréée et consultante en politique publique</p>	2025/10/23	8
<p>Association canadienne pour la santé mentale - Division de l'Alberta</p> <p>Robert Olson, bibliothécaire de recherche</p> <p>SM Sansouci, responsable nationale des relations gouvernementales</p>	2025/10/23	8
<p>À titre personnel</p> <p>Kenneth Bennett, adjudant (à la retraite)</p> <p>Shaun Fynes, chef de la sécurité du gouvernement de la Colombie-Britannique à la retraite</p> <p>Christine Gauthier, caporale (à la retraite)</p> <p>Brendan Hynes</p> <p>Kelsie Sheren, experte en résilience mentale</p>	2025/10/28	9
<p>United Federation of Canadian Veterans</p> <p>Diane Hill Rose, défenseuse de soutien par les pairs</p>	2025/10/28	9

Organismes et individus	Date	Réunion
À titre personnel Marc-André Bernard, psychologue, Institut Alpha Shane Nedohin, fermier Samara Symonds	2025/10/30	10
Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans Nicholas Held, directeur scientifique par intérim	2025/10/30	10
À titre personnel David Bona Marie-Noël Duhaime Gordon Hurley, défenseur de la santé mentale des anciens combattants Justin McKay, vétéran Darren Simons	2025/11/18	12
Seven Edge Success Inc. Ernie Wouters, spécialiste et consultant international en traumatologie	2025/11/18	12
À titre personnel Amanda Hatcher Mark Meincke, caporal (à la retraite) et hôte, operation tango romeo, trauma recovery podcast for military, veterans, first responders, and their families Ben Wadham, professeur, flinders university et directeur, Open Door Initiative	2025/11/20	13
Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens Cameron Kowalski, sergent (à la retraite), directeur des opérations Dr Ramesh Zacharias, président-directeur général	2025/11/20	13
Department of Veterans' Affairs, Government of Australia Jonathan Lane, psychiatre en chef	2025/11/20	13

Organismes et individus	Date	Réunion
À titre personnel Amanda Anderson Michel Marceau	2025/11/25	14
À titre personnel Denise M Brend, professeure adjointe, Université Laval Stephen La Salle	2025/11/27	15
Le Sentier - Maison De Transition Inc. Chloé Deraiche, directrice générale Lcol (à la retraite) Bruno Plourde, CD, fondateur et administrateur	2025/11/27	15
Toronto Police Service Agent Aaron Dale, coordonnateur de programme, Programme d'aide aux vétérans	2025/11/27	15
À titre personnel James Grant, répondant médical d'urgence	2025/12/04	17
The Veteran Hunters Canada Ltd. Todd Hisey, directeur général et fondateur	2025/12/04	17
Institut Dallaire pour les enfants, la paix et la sécurité Kathryn Reeves Shelly Whitman, directrice générale	2025/12/04	17
Centre de toxicomanie et de santé mentale Dre Allison Crawford, psychiatre et médecin hygiéniste en chef, 9-8-8 : Ligne d'aide en cas de crise de suicide	2025/12/04	17

ANNEXE B : LISTE DES MÉMOIRES

Ce qui suit est une liste alphabétique des organisations et des personnes qui ont présenté au Comité des mémoires reliés au présent rapport. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter la [page Web du Comité sur cette étude](#).

AfterGlo Wellness Society Ltd.

Anderson, Amanda

Assemblée des Premières Nations

Association canadienne pour la santé mentale - Division de l'Alberta

Auteur-e anonyme

Banks, Christopher

Bernard, Marc-André

Breck, Karen

Cox, Vicky-Lynn

Institut Dallaire pour les enfants, la paix et la sécurité

Le Sentier - Maison De Transition Inc.

Olivier, Robert

Project Life Spark Inc.

Richardson, Christopher

Rovak, Anna-Lisa

Seven Edge Success Inc.

Smith, Jennifer

Société pour les troubles de l'humeur du Canada

Veilleux, Noémie

Wood, Christine

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des *procès-verbaux* pertinents (réunions n^{os} 4 à 6, 8 à 10, 12 à 15, 17, 24, 25 et 29) est déposé.

Respectueusement soumis,

La présidente,
Marie-France Lalonde

Rapport supplémentaire : Les conservateurs appellent à agir pour soutenir les anciens combattants et leurs familles dans le cadre de la prévention du suicide

Au cours de l'étude sur la prévention du suicide menée par le Comité permanent des anciens combattants, de nombreux thèmes récurrents ont été soulevés par les survivants, les membres des familles et les experts quant à la manière de lutter contre l'épidémie de suicide qui touche nos anciens combattants. Bien que le rapport du comité aborde plusieurs de ces aspects, les conservateurs auraient souhaité voir des recommandations plus précises adressées au gouvernement, fondées sur les témoignages recueillis au cours de l'étude.

De plus, de nombreux témoins ont contacté le comité pour exprimer leur déception de ne pas avoir eu l'occasion de comparaître ou de contribuer à l'étude, et bon nombre d'entre eux avaient des points de vue et des expériences précieux à partager, que nous souhaitons refléter dans ce rapport supplémentaire.

Peu d'autres enjeux touchant la communauté des anciens combattants sont aussi graves que le suicide et sa prévention ; il incombe donc au gouvernement libéral de prendre au sérieux les recommandations du rapport du comité et des rapports supplémentaires qui l'accompagnent, et non pas de se contenter d'un accord de principe, mais de prendre des mesures concrètes pour mettre en œuvre les changements qui permettront littéralement de sauver des vies.

Traumatisme du sanctuaire

Le thème récurrent le plus fréquent tout au long de l'étude était celui du « traumatisme du sanctuaire ». Bien qu'il ait été mentionné dans le rapport du comité à la Chambre, les conservateurs tiennent à attirer l'attention sur ce facteur influant sur les taux de suicide, car il est tout à fait évitable. Cette forme unique de traumatisme est causée par une trahison institutionnelle, perçue ou réelle, lorsqu'un ancien combattant ou sa famille cherche de l'aide mais n'en reçoit pas. Le plus souvent, cela se traduisait par le refus d'Anciens Combattants Canada d'approuver des demandes d'aide en santé mentale ou par la cessation brutale du soutien aux anciens combattants et à leurs familles, même au moment où ils en avaient le plus besoin.

Il existe des mesures concrètes qu'Anciens Combattants Canada peut prendre pour minimiser le risque d'infliger un traumatisme du sanctuaire aux anciens combattants et aux membres de leur famille. Au minimum, le ministère peut prendre des mesures pour s'attaquer à l'arriéré croissant de demandes, dont le volume a presque doublé depuis mars 2025. Le processus fastidieux consistant à se frayer un chemin au sein d'ACC pour obtenir de l'aide ou du soutien contribue directement au sentiment de désespoir et de trahison durant les moments où

ils sont les plus vulnérables, et peut parfois suffire à pousser un ancien combattant vers des pensées suicidaires et de désespoir. Non seulement cela est tout à fait inacceptable, mais c'est aussi tout à fait évitable.

Lorsqu'une personne est en proie à la dépression et à des pensées suicidaires, elle a besoin d'un accès à des soins immédiats et bienveillants, et non à de longs processus bureaucratiques et à des questionnaires indifférents. De nombreux témoignages tragiques ont été partagés par d'anciens combattants qui, au moment où ils en avaient le plus besoin, se sont perdus dans un océan de paperasse et de procédures avant de perdre leur combat contre le suicide.

Soutien indépendant pour les familles

Une autre question mentionnée dans le rapport du comité concernait le soutien indépendant pour les familles. Le rapport souligne à juste titre combien de fois, au fil des ans, le Comité permanent des anciens combattants a recommandé un soutien accru pour les familles des anciens combattants et comment, à chaque fois, ces recommandations ont été ignorées par le gouvernement libéral, y compris plusieurs rapports du Comité contenant des recommandations spécifiques pour agir dans ce domaine. C'est pour cette raison que les conservateurs attirent davantage l'attention sur cette question cruciale, car le gouvernement libéral ignore depuis trop longtemps les demandes du Comité, des anciens combattants et de leurs familles.

Des témoignages tragiques ont été entendus de la part de conjoints et de membres de la famille de militaires qui bénéficiaient d'un soutien en santé mentale en tant que famille immédiate d'un ancien combattant, mais qui se sont vu retirer ce soutien après avoir perdu leur être cher à la suite d'un suicide.

Cette pratique cruelle illustre parfaitement le pire de l'« État administratif », où les bureaucrates traitent froidement les tragédies humaines en appliquant rigoureusement les politiques. Ce processus privilégie les politiques et les économies de coûts au détriment des anciens combattants et de leurs familles, ce qui entraîne des conséquences désastreuses.

Par conséquent, comme le Comité l'a reconnu à plusieurs reprises auparavant, les membres de la famille des militaires sont essentiels au soutien et au bien-être de ceux qui ont servi, et leur apporter un soutien adéquat a un impact direct sur le bien-être d'un ancien combattant. Il est donc d'une importance vitale que ces sentiments soient soutenus par plus que de simples platitudes, mais par des actions, par une politique qui permette aux membres de la famille immédiate des anciens combattants d'accéder à un soutien en santé mentale indépendamment de leur conjoint, parent ou enfant ancien combattant. Remédier à cette situation permettrait d'éviter que des conjoints et des membres de la famille, comme ceux dont les cas ont été présentés au Comité, ne reçoivent un appel d'ACC au lendemain de leur perte dévastatrice pour s'entendre dire qu'ils ne bénéficieront plus d'aucune aide.

Un soutien accru en matière de soins de longue durée et une approbation accélérée des soins prolongés

Il semblerait, d'après les différents témoins qui ont contribué à l'étude du Comité, que des progrès notables aient été réalisés en matière de sensibilisation et de prévention du suicide à un niveau immédiat. Nous avons parcouru un long chemin au cours des dernières décennies pour sensibiliser le public au suicide et à ce qu'il est possible de faire lorsqu'une personne est en proie à des pensées suicidaires. De nombreux programmes, lignes d'assistance et organisations ont ainsi vu le jour, ce qui signifie qu'une personne qui lance un appel à l'aide concernant le suicide peut souvent être jointe et mise en sécurité rapidement.

Le problème est qu'au-delà de ce premier contact, il n'existe pratiquement rien pour poursuivre le processus de guérison. De nombreux témoignages ont été recueillis concernant d'anciens combattants qui ont demandé de l'aide à plusieurs reprises et ont été immédiatement pris en charge et emmenés à l'hôpital, mais qui ont ensuite été renvoyés chez eux – parfois sans même avoir vu un médecin – et invités à prendre eux-mêmes rendez-vous avec un professionnel de la santé mentale. Cela s'est parfois produit jusqu'à une douzaine de fois avant que l'ancien combattant ne se suicide.

Ces cas mettent en évidence une lacune au-delà des premiers soins ou de la réaction initiale, où la plupart des gens sont capables de faire le premier pas pour aider, mais où, par la suite, l'ancien combattant et sa famille se retrouvent souvent à la case départ dans la même semaine. Bien que la réaction initiale se soit améliorée au fil des ans, elle ne suffit pas à stabiliser une personne et à l'aider à répondre à ses besoins.

Les anciens combattants qui ont besoin de soins psychiatriques prolongés doivent souvent attendre plusieurs mois de paperasse, d'évaluations et d'approbations avant que leur demande ne soit prise en considération. C'est beaucoup trop long pour une personne ayant des tendances suicidaires, et tragiquement, beaucoup n'ont pas plusieurs mois à attendre que les formalités et les questionnaires soient traités.

ACC doit mettre en place de meilleurs processus pour permettre aux anciens combattants qui ont besoin de soins prolongés pour des raisons de santé mentale d'accéder aux soins dont ils ont désespérément besoin lorsqu'ils sont le plus vulnérables.

Aide médicale à mourir (AMM)

Le plus choquant est sans doute le fait que, au cours de l'étude sur la prévention du suicide, de nombreux anciens combattants ont fait part de leurs inquiétudes et raconté des anecdotes selon lesquelles Anciens Combattants Canada continuait à proposer l'aide médicale à mourir à d'anciens combattants, y compris à ceux qui cherchaient de l'aide et non la mort.

Compte tenu du nombre de témoins évoquant le fait que l'AMM continue d'être proposée aux anciens combattants, nous estimons que le rapport aurait dû indiquer que cet enjeu ne semble pas être réglé, et que l'examen interne et l'enquête menés par le gouvernement libéral sur la situation n'ont pas convaincu les anciens combattants, d'autant plus que de nouvelles révélations concernant des indemnisations et des poursuites judiciaires ont vu le jour depuis le scandale. De plus, alors qu'on prétendait qu'une seule employée du ministère a proposé l'AMM, de nombreux témoins ont affirmé que l'AMM leur avait été proposée par des gestionnaires de cas ou des membres du personnel d'ACC de sexe masculin.

Ces témoignages d'anciens combattants méritent d'être pris au sérieux et doivent faire l'objet d'un examen approfondi, comme l'a mentionné le secrétaire parlementaire des Anciens Combattants :

« Je suppose que vous savez que conseiller l'aide médicale à mourir n'est pas, n'a jamais été et ne sera jamais une pratique ou une politique du gouvernement du Canada. Vous avez dit que vous connaissez six personnes à qui on a offert l'aide médicale à mourir. Le gouvernement du Canada veut enquêter là-dessus et s'assurer que, dans la mesure où ces cas sont corroborés, des mesures sont prises, parce que c'est totalement contraire à la politique du gouvernement. Si vous pouvez faire quoi que ce soit, monsieur, pour exhorter les sources de ces informations à se manifester auprès de n'importe quel membre du Comité, au cabinet du ministre ou au bureau de l'ombud, je vous prie de le faire. Nous voulons savoir. Nous voulons enquêter. Nous voulons tirer ça au clair. S'il s'agit d'un indice de l'existence d'un problème plus systémique que ceux que nous connaissons, nous voulons nous en occuper. »

Les conservateurs partagent ce sentiment selon lequel la question de l'AMM proposée aux anciens combattants – en particulier à la lumière de tous les dommages causés par le traumatisme du sanctuaire – doit être poursuivie et faire l'objet d'une enquête sans relâche afin de garantir qu'aucun ancien combattant ne subisse de préjudice de la part du gouvernement du Canada. En fait, des initiatives législatives sont en cours, telles que les projets de loi C-219 et C-260, qui visent à répondre aux graves préoccupations entourant l'AMM dans la société canadienne, car il s'agit toujours d'un sujet de préoccupation pour tous les anciens combattants et les Canadiens en général.

Aider les anciens combattants en crise

De nombreux témoins ont mentionné que le sujet du suicide doit être abordé de manière holistique, en tenant compte d'autres comorbidités. Par exemple, il est difficile de traiter une personne en crise de santé mentale lorsqu'elle souffre également de problèmes de dépendance ou d'itinérance. Il faut aller bien plus loin pour stabiliser les aspects fondamentaux de sa vie, notamment en matière d'alimentation et de logement, avant qu'elle puisse être traitée correctement. Nous estimons que le rapport devrait refléter le fait que d'autres problèmes de la

société canadienne aggravent la crise du suicide chez les anciens combattants ; des problèmes tels que l'itinérance/la crise du logement, l'insécurité alimentaire, la toxicomanie, etc.

Cela a été reflété dans des citations telles que celle du témoin expert Ben Wadham, qui a déclaré :

« ... Il peut y avoir des problèmes de santé mentale, mais si nous parvenons à régler la question de l'emploi, de l'éducation, du logement, de la mobilité, de l'identité, de la raison d'être et de l'appartenance, nous aurons résolu les principaux problèmes de la prévention du suicide chez les vétérans. »

Il est de bon sens que tout programme visant à prévenir le suicide ne sera pas efficace si les anciens combattants qu'il cherche à aider vivent dans la rue, sont dépendants aux drogues ou vivent dans une situation précaire, incapables de se nourrir ou de se loger convenablement. Le traitement nécessite de la stabilité, et l'enjeu examiné dans cette étude du Comité l'a clairement démontré : la prévention du suicide doit être envisagée de manière holistique.

Un autre aspect révélé par les témoignages concerne des cas où un ancien combattant en crise et en difficulté s'est vu prescrire un large éventail de médicaments, y compris des ISRS, qui provoquaient souvent des effets secondaires aggravés lorsqu'ils étaient combinés. Cela s'explique en partie par le manque de continuité des soins, les politiques d'ACC obligeant dans certains cas les anciens combattants à changer de prestataire de services, ainsi que par un recours excessif à des « remèdes rapides », tels que la prescription hâtive de médicaments aux anciens combattants souffrant de TSPT, de dépression ou de tendances suicidaires, sans suivi approfondi ni examen de leurs antécédents médicaux.

La témoin Judith Hills a donné un exemple de cette situation en déclarant :

« 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. »

C'est pourquoi les conservateurs estiment qu'il aurait fallu faire davantage pour mettre en lumière les problèmes liés à un système qui manque de diligence raisonnable pour garantir que les anciens combattants en crise reçoivent réellement des soins appropriés et non pas

simplement des solutions temporaires qui peuvent s'avérer plus dangereuses à terme lorsqu'elles sont mal administrées.

Recommandations

Compte tenu de ces enjeux insuffisamment traités que sont le traumatisme du sanctuaire, le soutien indépendant pour les familles et les soins à plus long terme, ainsi que l'aide médicale à mourir, les membres conservateurs du Comité permanent des anciens combattants proposent les recommandations suivantes :

- Que le gouvernement reconnaisse que ses pratiques et ses procédures lourdes entraînent un traumatisme du sanctuaire chez les anciens combattants qu'il est censé servir, et qu'il doit faire davantage pour s'assurer que les anciens combattants reçoivent l'aide dont ils ont besoin.
- Que le ministère des Anciens Combattants présente des excuses officielles à la communauté des anciens combattants du Canada pour avoir causé un stress et un préjudice injustifiés par le biais du traumatisme du sanctuaire, et s'engage à faire davantage pour les anciens combattants.
- Que ce Comité demande au gouvernement d'adopter le Programme de bien-être des anciens combattants à l'échelle nationale afin de garantir que les anciens combattants en crise puissent être pris en charge là où ils se trouvent par des personnes formées pour travailler avec eux en période de crise.
- Que le ministère Anciens Combattants Canada mette en place des gestionnaires de cas chargés spécifiquement de servir les membres de la famille des anciens combattants.
- Que le ministère Anciens Combattants Canada s'engage à fournir aux membres de la famille des anciens combattants des prestations et un soutien en matière de santé mentale qui ne dépendent pas de l'ancien combattant lui-même.
- Que le ministère des Anciens Combattants et le ministère de la Défense nationale s'efforcent d'assurer la continuité des soins afin que les anciens combattants et les membres de leur famille n'aient pas à changer de prestataire de soins de santé lors de leur sortie de l'armée.
- Que le gouvernement fasse davantage pour garantir un processus d'approbation immédiat des soins de santé mentale à moyen et long terme pour les anciens combattants en crise de santé mentale.
- Recommander que tous les membres de la Première réserve, y compris les membres à temps partiel, puissent accéder à un soutien complet en matière de santé mentale.
- Que ce comité exprime à la Chambre l'importance de soutenir le projet de loi C-260, qui vise à légiférer sur des mesures de protection contre le fait que des fonctionnaires continuent d'offrir l'AMM aux anciens combattants et aux Canadiens qui sollicitent des soins.

- Que le gouvernement collabore avec les partis d'opposition pour mettre en place une enquête extra-gouvernementale au sein du ministère des Anciens Combattants afin d'évaluer si des fonctionnaires continuent ou non à proposer l'AMM à mourir aux anciens combattants.
- Que le gouvernement communique des conséquences claires et strictes à tout fonctionnaire proposant l'AMM à mourir à d'anciens combattants qui sollicitent l'aide du ministère des Anciens Combattants.
- Que le gouvernement fasse davantage pour lutter contre l'itinérance au sein de la communauté des anciens combattants et s'engage à recenser les anciens combattants sans domicile fixe afin de s'assurer qu'ils puissent bénéficier des prestations et des services auxquels ils ont droit.
- Que ce Comité demande au gouvernement de mettre fin à ses politiques favorables aux drogues qui nuisent aux anciens combattants et coûtent des vies de Canadiens en fournissant des opioïdes et du matériel de consommation de drogue plutôt qu'un soutien en santé mentale aux anciens combattants aux prises avec une dépendance.
- Que ce gouvernement s'engage à garantir aux anciens combattants un meilleur accès au logement et aux programmes de soutien par les pairs, plutôt que de se contenter de leur prescrire des médicaments sans suivi ni plan pour traiter leur santé mentale.
- Que ce Comité dénonce la modification de l'indexation des pensions des anciens combattants, qui les rendra plus vulnérables à la crise du coût de la vie.
- Que ce Comité dénonce les coupes budgétaires imposées au Bureau de services juridiques des pensions, qui retarderont de plusieurs années le traitement des dossiers des anciens combattants et contribueront directement à aggraver leur traumatisme.
- Que le gouvernement du Canada ordonne à Santé Canada de réexaminer la sécurité et la surveillance de la prescription de médicaments psychotropes (ISRS) aux membres des Forces armées canadiennes et aux anciens combattants, y compris la prévalence des traitements à plusieurs médicaments, les liens potentiels avec le risque de suicide, ainsi que l'adéquation du suivi et des enquêtes menées à la suite d'effets indésirables.
- Que ce Comité condamne les agissements hypocrites du gouvernement libéral, qui utilise la législation pour redéfinir rétroactivement les définitions juridiques afin d'éviter de rembourser aux anciens combattants résidant dans des établissements de soins de longue durée les sommes qu'il leur a facturées en trop, tout en envoyant simultanément des centaines de lettres de remboursement aux anciens combattants.

Conclusion

Les membres conservateurs du Comité permanent des anciens combattants tiennent à remercier toutes ces personnes courageuses qui ont eu la bravoure de se manifester et de partager leurs expériences douloureuses. Ce sont ces actes courageux qui nous fournissent les connaissances nécessaires pour combler les lacunes qui ont changé vos vies à jamais. Nous

reconnaissons la difficulté de revivre ces jours déchirants de perte et de chagrin, mais grâce à ces témoignages et à ces connaissances, nous entendons mettre en œuvre des changements afin que les futurs anciens combattants et leurs familles puissent obtenir l'aide dont ils ont besoin en temps opportun. Votre témoignage et vos contributions n'ont pas été vains, et nous vous remercions sincèrement d'avoir fait cet effort pour aider les autres.

C'est pour cette raison que nous sommes fermement convaincus que l'étude sur la prévention du suicide aurait dû approfondir davantage les thèmes susmentionnés et que les voix et les expériences de ceux qui n'ont pas eu la chance de participer à l'étude devraient également être prises en compte et partagées.

L'objectif de ce rapport supplémentaire est de combler les lacunes du rapport du Comité et de donner la parole à tous ceux qui ont contribué ou proposé leur expérience et leurs solutions, car chacune d'entre elles contenait des informations précieuses qui pourraient un jour sauver une vie et une famille.

Il y a beaucoup à faire sur cet enjeu, mais pour commencer, le ministère des Anciens Combattants et le gouvernement du Canada doivent travailler sérieusement à rétablir la confiance brisée entre eux et les anciens combattants. Après avoir réduit de plusieurs milliards le financement destiné aux anciens combattants, modifié rétroactivement la législation pour éviter d'indemniser les anciens combattants handicapés qu'ils ont surfacturés, ou réduit les pensions d'invalidité, le gouvernement libéral a un bilan médiocre en matière d'établissement d'une relation de confiance avec nos héros nationaux.

Pour commencer à remédier à cette situation, ACC doit s'attaquer à ses systèmes obsolètes et inefficaces qui causent du stress et des traumatismes aux anciens combattants vulnérables, laissés à eux-mêmes pour se débrouiller dans ce chaos bureaucratique. ACC doit immédiatement enquêter et donner suite à toute allégation selon laquelle son personnel proposerait l'AMM aux anciens combattants, et le gouvernement du Canada doit mettre un frein à ses politiques inflationnistes qui poussent plus d'anciens combattants que jamais à attendre en file devant les banques alimentaires et à vivre dans leur voiture.

Ces changements répondent à certaines des préoccupations fondamentales qui affectent tous les anciens combattants, mais ils pourraient faire toute la différence pour un ancien combattant poussé à bout et souffrant de pensées suicidaires. Les politiques entraînent des répercussions concrètes sur des personnes réelles, et en ce moment même, celles-ci souffrent. Ce sont également les familles des anciens combattants qui souffrent de ces mauvaises politiques et de ces difficultés ; par conséquent, le gouvernement libéral DOIT prendre des mesures immédiates pour garantir que la famille immédiate des anciens combattants puisse bénéficier d'un soutien en santé mentale indépendamment de l'ancien combattant, afin qu'il n'y ait plus d'expériences cruelles où une famille en deuil est appelée quelques jours seulement après avoir perdu un être cher pour s'entendre dire que son aide est

suspendue. Nous sommes Canadiens et nous valons mieux que cette tyrannie bureaucratique, froide et rigide.

Enfin, bien que des progrès significatifs aient été réalisés en matière de réaction immédiate et d'intervention auprès d'une personne suicidaire, il reste encore beaucoup à faire pour garantir que des soins psychiatriques de longue durée soient disponibles pour toute personne souffrant de tendances suicidaires ou ayant tenté de mettre fin à ses jours. Il est inexcusable d'entendre des histoires d'anciens combattants qui se font admettre à l'hôpital une douzaine de fois pour n'y être retenus que 48 heures avant d'être renvoyés chez eux sans aucun soutien. Il est inacceptable que ces personnes qui implorent de l'aide soient soumises à des procédures administratives qui prennent des mois avant d'être approuvées par ACC pour des soins prolongés. Nous savons que ces anciens combattants avaient besoin d'aide, ils nous l'ont dit, il est temps de commencer à les croire.

