

LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES MILITAIRES CANADIENS

par  
Sylviane Gratton

Mémoire déposé à  
l'école de service social  
en vue de l'obtention de la maîtrise en service social

sous la direction de  
Jean-Martin Deslauriers

Université d'Ottawa  
Septembre 2018

## **REMERCIEMENTS**

La rédaction de ce mémoire a été l'un des plus grands projets que j'ai entrepris, il a demandé beaucoup de patience, de rigueur, d'efforts et de sacrifices. Ainsi, je ne saurais débiter ce mémoire sans avoir préalablement remercié plusieurs personnes importantes qui ont contribué de façon directe ou indirecte à la rédaction de ce mémoire.

Dans un premier temps, j'aimerais remercier mon directeur de mémoire, monsieur Deslauriers, sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait pas pu être possible. Je me considère très privilégiée d'avoir pu bénéficier de son expertise professionnelle et académique. Ses précieux conseils ont guidé mes recherches, me permettant d'enrichir mes connaissances et de persévérer dans mes efforts pour me dépasser.

Ensuite, un remerciement chaleureux à mon amie Anick, pour son encouragement et sa compréhension dans les différentes étapes de cette grande aventure. Merci pour ta présence et ta disponibilité dans les moments difficiles. Ton grand cœur, ton écoute et tes judicieux conseils sur la vie au quotidien ont certes contribué à la réalisation de cette démarche. Merci d'être toujours présente et de m'accompagner vers de nouvelles aventures.

De plus, je désire également remercier mes amies et mes collègues de travail au CLSC d'Huntingdon pour leur partage d'expériences professionnelles et leur appui tout au long de ce projet. Je tiens également à souligner la contribution de tous les militaires qui ont participé à cette recherche, merci pour votre confiance et vos partages dans les moments les plus difficiles.

Enfin, mais non les moindres, je tiens à témoigner ma reconnaissance envers mes parents, Marcel et Diane, sans votre appui ce projet aurait été sans contredit difficile à réaliser. En me donnant l'exemple, vous m'avez démontré les bienfaits de la persévérance et de la volonté. À chaque instant de mon parcours universitaire, vous m'avez permis de cheminer là où je suis rendue aujourd'hui. Vous m'avez poussé à développer mes compétences et à atteindre mes objectifs. Bien que ce chapitre de ma vie se termine et qu'un nouveau commence, sachez qu'il y a un peu de vous dans chacune de ces pages.

## RÉSUMÉ

Le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique a été intégré au manuel des diagnostics et statistiques des troubles mentaux (DSM-III) en 1980. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) frappe certains militaires qui sont confrontés à des situations difficiles.

Le TSPT est le résultat de la rencontre avec une situation menaçante, au cours de laquelle la vie ou l'intégrité physique d'une personne ont été mises en jeu. Des symptômes tels que l'hypervigilance, l'anxiété, l'isolement, la colère, les flashbacks, les difficultés de sommeil peuvent survenir après l'événement traumatisant ou même plusieurs années après qu'il se soit produit.

La stigmatisation guette les militaires atteints de TSPT. Les stéréotypes, l'étiquetage et la discrimination prédisposent le soldat à cacher ses vulnérabilités étant donné la culture fondée sur la rudesse, le courage et la force physique. Selon la culture militaire, un guerrier ne peut être confronté à une faiblesse mentale. Toutefois, une prise en charge rapide s'avère nécessaire pour réduire les conséquences associées et ses nombreux symptômes, car plus le trouble se chronicise, plus la probabilité d'un rétablissement devient faible.

L'analyse des cinq entrevues nous a aidé à avoir un aperçu de la culture militaire sur le plan de la demande d'aide de militaires lorsqu'ils vivent des difficultés. Les militaires ne sont pas à l'aise avec les émotions de tristesse et de découragement qui sont associées aux situations difficiles vécues. Les efforts d'évitement et de régulation émotionnelle diminuent le bien-être du soldat au quotidien.

La recherche de soutien demeure primordiale si on veut éviter que les symptômes de stress post-traumatique s'accroissent. Néanmoins, les soldats associent la demande d'aide à un risque de mettre un terme à sa carrière et d'en subir plusieurs conséquences négatives telles que la perte du revenu, d'un emploi, d'une identité, d'un réseau social, etc. Pour le militaire libéré des Forces armées canadiennes, la fin de la carrière militaire signifie le début d'une crise identitaire. Ce changement s'avère déstabilisant. Ces individus sont mal préparés à la vie civile moderne qui valorise un esprit de compétition axé sur la réussite individuelle. S'ajoute à cette situation difficile la perte de soutien organisationnel et de la notion de famille issue de l'armée.

Des traitements sont disponibles pour traiter et atténuer les symptômes du trouble de stress post-traumatique tels que les thérapies cognitivo-comportementales ou la thérapie de l'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*). Redonner un sens à leur vie après le trauma s'avère primordial dans le processus de réhabilitation. Ces derniers doivent passer d'un état de victime à celui de survivant. Dans ce contexte, le rôle du travailleur social consiste à défendre les droits humains des soldats tout en visant un changement social et individuel qui permettra aux militaires d'obtenir des programmes mieux adaptés à leurs besoins. Le travailleur social doit également viser un changement des mentalités au sein des forces armées canadiennes afin de mieux identifier les enjeux et les conséquences pour les militaires atteints de TSPT. Les résultats de cette recherche permettent de mieux comprendre les significations que revêt un diagnostic de trouble de stress post-traumatique pour les militaires canadiens. Les enjeux associés à la recherche de demande d'aide par les soldats sont également soulevés.

## TABLE DE MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
RÉSUMÉ.....	iii
INTRODUCTION .....	1
1. PROBLÉMATIQUE .....	3
1.1 L’HISTORIQUE DU DIAGNOSTIC DE SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE .....	3
1.1.1 Blessure de stress opérationnel.....	7
1.2 CARACTÉRISTIQUES CONTRIBUANT AU DÉVELOPPEMENT DU TSPT.....	7
1.3 TROIS TYPES DE FACTEURS.....	10
1.3.1 Facteurs déclencheurs.....	10
1.3.2 Facteurs prétraumatiques.....	11
1.3.3 Facteurs de maintien.....	12
1.4 LES MODÈLES EXPLICATIFS .....	12
1.5 L’ENRÔLEMENT MILITAIRE .....	17
1.5.1 Le principe d’universalité de service.....	18
1.5.2 Les conditions de service.....	18
1.5.3 La libération .....	19
1.6 LA CONSTRUCTION DE L’IDENTITÉ AU SEIN DES FORCES ARMÉES CANADIENNES .....	20
1.7 LA CULTURE MILITAIRE .....	22
1.8 LES CONSÉQUENCES DU SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....	23
1.8.1 Les critères diagnostiques du syndrome de stress post-traumatique.....	23
1.8.2 L’hypervigilence .....	26
1.8.3 L’évitement et l’isolement.....	27
1.8.4 L’intolérance .....	28
1.8.5 La colère .....	29
1.9 LES STRATÉGIES DE DÉFENSE UTILISÉES PAR LES MILITAIRES .....	30
1.10 LES ENJEUX.....	31

1.10.1 Les enjeux associés au stress post-traumatique et au retour à la vie civile .....	33
1.10.2 Les enjeux familiaux et les difficultés liées à la vie militaire.....	33
1.11 LES DÉFIS À RELEVER.....	35
1.11.1 La non-reconnaissance de la problématique.....	35
1.11.2 Les attitudes et les préjugés.....	36
1.11.3 Le manque de connaissance et de sensibilisation sur le syndrome de stress post-traumatique.....	36
1.12 L'IMPORTANCE DU RÉSEAU SOCIAL.....	38
2. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	40
3. CADRE THÉORIQUE .....	41
4. MÉTHODOLOGIE .....	44
4.1 Profil de répondants.....	44
4.2 Collecte des données .....	45
4.3 Intégration de la chercheuse dans le milieu .....	46
4.4 Implications éthiques.....	47
4.5 Analyse des données.....	49
4.6 Limites de la méthode .....	50
5. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	52
5.1 LES MOTIVATIONS À S'ENRÔLER.....	52
5.1.1 L'envie d'adrénaline, de dépassement et de prestige.....	52
5.1.2 Les avantages financiers .....	53
5.1.3 Les conséquences du stress post-traumatique .....	54
5.2 LES STRATÉGIES POUR FAIRE FACE À L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....	56
5.2.1 L'évitement émotionnel .....	56
5.2.2 L'isolement .....	58
5.2.3 Le soutien du réseau social militaire ou civil .....	58
5.3 LES DÉFIS RENCONTRÉS PAR LES MILITAIRES DANS LEUR DEMANDE D'AIDE.....	60
5.3.1 Les préjugés.....	60
5.3.2 La banalisation du syndrome de stress post-traumatique.....	62
5.3.3 L'image de virilité.....	63
5.3.4 Le silence et la honte.....	63

5.4 LE SENTIMENT D'INCOMPRÉHENSION.....	64
5.4.1 La crainte d'être blâmé .....	65
5.4.2 Le manque de connaissance des militaires sur le trouble de stress post-traumatique.....	66
5.5 L'IMPORTANCE DES SERVICES OFFERTS .....	67
5.6 LES FRUSTRATIONS SOULEVÉES PAR LES MILITAIRES.....	69
5.6.1 Le manque de gratitude .....	69
5.6.2 L'évolution des mentalités au sein des Forces armées canadiennes.....	70
6. ANALYSE.....	72
6.1 LES OBSTACLES À LA PRESTATION DES SOINS .....	72
6.1.1 Connaissance sur le syndrome de stress post-traumatique au sein de l'armée .....	72
6.1.2 La stigmatisation au sein des Forces armées canadiennes .....	74
6.1.3 Le refus d'admettre un quelconque besoin d'aide .....	77
6.1.3.1 Similarités du trauma entre militaires et autres professionnels .....	79
6.1.4 La peur de nuire à sa carrière .....	81
6.1.5 La structure des indemnités .....	84
6.2 RETOUR DANS LA VIE CIVILE OU ARRIVÉE DANS LA VIE CIVILE .....	87
6.3 LE SOUTIEN SOCIAL .....	90
6.4 REDONNER UN SENS À SA VIE APRÈS LE TRAUMA .....	93
6.5 LES TRAITEMENTS DISPONIBLES AFIN DE TRAITER LE SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....	95
6.5.1 L'approche cognitivo-comportementale.....	96
6.5.2 L'EMDR(eye movement desensitization and reprocessing).....	98
6.6 LE TRAVAIL SOCIAL ET LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....	100
6.6.1 Le rôle de courtier .....	100
6.6.2 Le rôle d'advocatie .....	102
6.6.3 Rôle de facilitateur et mobilisateur .....	103
6.6.4 Retombées pour la pratique du travail soial .....	104
6.7. AVENUES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHES FUTURES.....	105
CONCLUSION.....	107
BIBLIOGRAPHIE .....	109

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1.1 Appellations attribuées aux répondants et catégories de rangs .....	53
Tableau 1.2 Données socio-démographiques des répondants .....	54

## **LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

FAC : Forces armées canadiennes

EMDR : Eye movement desensitization and reprocessing

ESPT : État de stress post-traumatique

TSO : Traumatisme lié au stress opérationnel

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

## **INTRODUCTION**

En ce début de 21<sup>e</sup> siècle, les soldats canadiens sont appelés à participer à différentes missions de paix et conflits armés à travers le monde. Notamment, au cours des douze dernières années, les militaires canadiens ont participé à diverses missions et plus de 40 000 membres des Forces armées canadiennes (FAC) ont été déployés en Afghanistan (Défense nationale, 2017). Cet engagement militaire canadien constitue le plus important déploiement des membres des FAC depuis la Deuxième Guerre mondiale (Défense nationale, 2017).

Lors des missions, les militaires interviennent dans différents contextes et dans des zones non sécuritaires où ils sont confrontés à des situations difficiles. Ces derniers participent parfois à des opérations de combat, de sécurité, de développement, de soutien et d'instruction (Défense nationale, 2017). Lors de leur retour de mission, leur réalité quotidienne est parfois chamboulée, notamment lorsque les militaires font face à certains traumatismes liés aux blessures de stress opérationnel (Services aux familles des militaires [SMF] 2016). Les militaires souffrant de blessures de stress opérationnel font face à différents symptômes. Ceux-ci varient d'un individu à l'autre et s'apparentent à des symptômes d'hypervigilance, d'anxiété, d'isolement, de colère, à des difficultés de sommeil, des flashbacks, etc. Bref, les militaires constituent des citoyens particulièrement vulnérables et nous désirons documenter, dans le cadre de ce mémoire, les répercussions qu'engendre un syndrome de stress post-traumatique sur le fonctionnement social d'un militaire canadien. La stigmatisation associée au trouble de stress post-traumatique au sein des FAC serait également abordée.

Ce mémoire sera divisé en différentes parties, sur le stress post-traumatique. L'historique du trouble de stress post-traumatique et ses caractéristiques seront présentés. La construction identitaire au sein des Forces armées canadiennes sera abordée ainsi que les conséquences qu'engendre un trouble de stress post-traumatique. Ensuite, nous présenterons le cadre théorique sur lequel s'appuie ce travail c'est-à-dire la théorie de la stigmatisation. Puis, nous présenterons la méthodologie qui a été utilisée dans le cadre de cette recherche. Nous présenterons par la suite les résultats de notre recherche en donnant la parole aux militaires que nous avons rencontrés. Une analyse sera par la suite effectuée afin de mettre en relief les obstacles à la prestation des soins et à la demande d'aide. Pour terminer, les traitements disponibles ainsi que le rôle du travailleur social dans un contexte militaire seront abordés.

## **1. PROBLÉMATIQUE**

### **1.1 L'Histoire du diagnostic de stress post-traumatique**

Le premier manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) fut publié en 1952 et comptait 106 catégories de diagnostics : il fut ensuite suivi, en 1968, par le DSM-II qui comptait 182 diagnostics. (Isabelle, 2000). L'histoire du diagnostic de stress post-traumatique remonte aux théories de John Eric Erichsen qui affirmait que le trauma dérivait de symptômes physiologiques (Isabelle, 2000). Selon sa perception, les individus ne souffraient pas de troubles émotionnels, mais plutôt de lésions en raison d'atteintes au niveau du système nerveux (Isabelle, 2000). Par la suite, Oppenheim, en 1889, adopta le terme de « névrose traumatique » qui, selon lui, provenait d'une source biologique (Isabelle, 2000). Oppenheim remarqua d'étranges symptômes chez les victimes d'accidents de chemin de fer tels que des perturbations du sommeil avec cauchemars, une grande irritabilité et des souvenirs terrifiants de l'accident (Brillon, 2005). À cette époque, selon lui, ces symptômes étaient principalement dus à des lésions cérébrales causées par des éclats de métal (Brillon, 2005). Celui-ci identifia des séquelles émotionnelles chez les hommes victimes d'un accident de chemin de fer, tels qu'une uniformité du contenu idéique (le souvenir de l'accident), une anxiété majeure déclenchée par tout ce qui rappelait l'accident, des troubles de sommeil avec cauchemars accompagnés de cris et d'agitation ainsi qu'une modification profonde de la sphère affective et d'une tendance au repli sur soi (Collin, 2010, p.23).

La théorie du psychiatre militaire britannique Myer changea la vision du diagnostic pour qui, le trauma n'était pas causé par des troubles biomédicaux, mais bien par des troubles émotionnels, qu'il désigna comme un « choc de tranchées » (Isabelle, 2000). La psychiatrie militaire avait alors remarqué chez des militaires des symptômes troublants tels que des cauchemars, des réactions de

sursaut exagérées, de l'impulsivité, la terreur du combat, une anxiété très forte qui rendait impossible l'affectation à du travail militaire (Brillon, 2005; p.39). Bien sûr, l'origine exacte de ces symptômes était méconnue et les soldats de l'époque qui en souffraient étaient considérés avec mépris par les autorités militaires et perçus comme des lâches voir des déserteurs (Brillon, 2005). À l'époque, plusieurs médecins avaient de la difficulté à différencier le « choc des tranchées » et la lâcheté de certains militaires (Van der Kolk et Collab; 1996). Pour cette raison, plus de deux cents soldats ont été exclus des Forces armées lors de la Deuxième Guerre mondiale (Isabelle, 2000). Au début de la Seconde Guerre mondiale, la pathologie psychiatrique de guerre était méconnue, voire même niée : « [...] la maladie psychique était considérée comme une faiblesse qu'il valait mieux éviter de montrer » (Collin, 2010; p.24).

Le 4 août 1964, date de l'engagement militaire américain contre le Vietnam, on instaura une politique de psychiatrie permettant d'octroyer des soins psychologiques aux militaires (Crocq, 1999). L'équipe de l'époque était munie d'un psychologue, d'un assistant social, d'auxiliaires du médecin afin de régler les cas les plus simples en quelques heures (Crocq, 1999). Le Mental Hygiene Consultation Service était pour sa part dirigé par un psychiatre afin de traiter les cas les plus sévères tandis qu'une équipe psychiatrique plus spécialisée composée de psychiatres, d'assistantes sociales, d'infirmières, de neurologues était disponible à l'hôpital et sur le navire-hôpital (Crocq, 1999; p.15). Le principe de base était de commencer l'action thérapeutique le plus tôt possible, avant que les symptômes ne s'accroissent et que le soldat en fasse un motif honorable pour être rapatrié : « [l]e principe d'espérance de guérison visait à convaincre le soldat qu'il allait vite retrouver son état psychique normal, qu'il n'était pas un malade mental, mais au contraire qu'il avait seulement présenté "une réaction normale à une situation anormale" [...] » (Crocq, 1999; p.16).

Aux États-Unis, à partir, des années 1975 et 1980, ce sont les séquelles psychiques tardives des vétérans de la guerre du Vietnam qui ont attiré l'attention des professionnels de la santé mentale ainsi que de l'administration des Vétérans (Crocq, 1999). Le collège des spécialistes chargé de mettre à jour la nosographie psychiatrique en vigueur aux États-Unis ajouta le diagnostic de « Post-Traumatic Disorders » dans son catalogue (Crocq, 1999). À cette époque, le diagnostic était applicable aux séquelles psychiques de guerre, de catastrophes, d'accidents et d'agressions de toutes sortes (Crocq, 1999). En fait, contrairement aux guerres précédentes, une véritable conscientisation sociale et scientifique a vu le jour, puisqu'on ne pouvait plus considérer ces vétérans comme des lâches, des faibles ou des anormaux compte tenu du nombre élevé de soldats présentant des symptômes de stress post-traumatique : « [L]es mouvements pacifistes américains contribuèrent à faire reconnaître socialement les conséquences dévastatrices des expériences de combat au Vietnam et, par conséquent, de toute expérience horrible sur la santé psychologique humaine » (Brillon, 2005; p.40).

Finalement, le diagnostic de l'état de stress post-traumatique a été intégré au manuel des diagnostics et statistiques des troubles mentaux (DSM-III) en 1980 (Choquette, 2000). En 1987, le DSM-III-R (APA 1987) proposa quatre critères pour diagnostiquer un trouble de stress post-traumatique (TSPT) : avoir vécu un événement hors du commun, revivre l'événement en images, cauchemars ou flashbacks, éviter fortement les éléments associés à l'événement ou se sentir émué émotionnellement, présenter des signes d'hyperactivité (Brillon, 2005; p.41). Cette reconnaissance nosologique a permis à la recherche sur le TSPT de prendre son véritable essor.

Au fil des années, de nombreuses études scientifiques ont porté sur le sujet et ont permis de mieux comprendre la réalité des personnes qui en étaient atteintes (Brillon, 2005).

À l'heure actuelle, le DSM est reconnu comme étant l'outil clé de plusieurs professionnels de la santé et des médecins, selon Kirk et Kutchins (1998) : en 1990, plus de 2300 articles scientifiques y faisaient officiellement référence (Isabelle, 2000). Bien sûr, le diagnostic que l'on pose pour certains individus tel que les militaires a un rôle très important à jouer sur le plan des compensations financières que certains d'entre eux peuvent recevoir, mais également en matière de justice lorsqu'on s'interroge sur les capacités mentales d'un individu (Isabelle, 2000).

Le TSPT est classé dans le DSM 5 parmi les troubles anxieux et est caractérisé par des souvenirs répétitifs et envahissants à la suite d'un événement traumatisant. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est défini comme :

Un trouble réactionnel qui peut apparaître à la suite d'un événement traumatique. Un événement est dit « traumatique » lorsqu'une personne est confrontée à la mort, à la peur de mourir ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne a pu être menacée. Cet événement doit également provoquer une peur intense, un sentiment d'impuissance ou un sentiment d'horreur. (Brunet, 2013; p.1)

Présentement, on distingue sept principaux critères dans le DSM 5 afin de diagnostiquer un état de stress post-traumatique, c'est-à-dire l'exposition à la mort, la présence de symptômes intrusifs, l'évitement, les perturbations sur les cognitions et l'humeur, les changements dans l'excitation et la réactivité, la durée de la perturbation et l'altération du fonctionnement social, professionnel ou familial (ACC, 2016). Ces critères tiennent compte des symptômes qui apparaissent chez une personne qui est témoin d'un événement de stress traumatique extrême (Isabelle, 2000). Certains aspects traumatisants auraient une incidence sur l'apparition des symptômes, tels que l'horreur, l'imprévisibilité et l'incontrôlabilité (ACC, 2016) :

Même si la définition précise du trouble de stress post-traumatique est contestée, la plupart des descriptions s'entendent généralement sur le fait qu'il y a une réponse, d'ordinaire différée, à un événement ou à une série d'événements

désastreux, réponse qui prend la forme de symptômes intrusifs répétitifs, tels que des hallucinations, des rêves, des pensées ou des comportements découlant de l'événement, accompagné d'une torpeur qui peut avoir commencé pendant ou après l'expérience, ainsi que d'une sensibilité accrue et des comportements d'évitement par rapport aux stimuli associés à l'événement. (Caruth, 1995 cité dans Parent, 2006; p.3)

### **1.1.1 Blessure de stress opérationnel**

L'expression « blessure de stress opérationnel » est un terme neutre qui vise à réduire la stigmatisation associée à la condition en mettant l'accent sur la « blessure » plutôt que sur la « maladie » (Anciens Combattants Canada, 2011; p.1). Les blessures de stress opérationnel (BSO) peuvent survenir à la suite de diverses situations telles qu'une expérience traumatisante, une exposition répétée à des atrocités humaines ou l'exposition soutenue à des opérations militaires intenses (Anciens Combattants Canada, 2011; p.1). Bien que les symptômes fassent généralement leur apparition après un événement traumatique, ces derniers peuvent également se manifester des mois ou même des années après l'événement (Anciens Combattants Canada, 2011). Les critères diagnostiques utilisés par le ministère des anciens combattants pour évaluer les militaires atteints d'une blessure de stress opérationnel sont les mêmes que ceux utilisés pour le TSPT. Certains écrits utilisent également l'appellation ESPT (état de stress post-traumatique) pour désigner ce trouble.

### **1.2 Caractéristiques contribuant au développement du trouble de stress post-traumatique**

Des facteurs prédisposants tels que des traits de personnalité particuliers ou des antécédents névrotiques peuvent favoriser l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique ou aggraver son évolution (Collin, 2010). Néanmoins, il s'avère important de comprendre que le TSPT ne survient pas quand on vit un traumatisme, mais survient plutôt quand on ne se remet pas d'un traumatisme (Paris et Macdonald, 2002). Le TSPT est le résultat de la rencontre avec une situation

menaçante, au cours de laquelle la vie ou l'intégrité physique d'une personne ont été mises en jeu (Collin, 2010; p.37). Les personnes dont la vie a été menacée, qui ont vu d'autres personnes être tuées, blessées ou menacées peuvent avoir vécu des émotions intenses telles que la peur, l'horreur et l'impuissance au moment de l'événement (Paris et Macdonlad, 2002). On regroupe en trois catégories les symptômes affectant les personnes souffrant de TSPT soit par la reviviscence, l'évitement ou la suractivation (Paris et Macdonald, 2002).

Les raisons qui expliquent pourquoi certaines personnes développent un TSPT plus que d'autres ne sont pas clairement définies. Bien que la gravité du traumatisme et le nombre d'événements traumatisants vécus constituent des facteurs de risque importants, bien qu'ils ne soient pas les seuls facteurs ayant une influence sur le développement d'un syndrome de stress post-traumatique, les raisons de l'apparition du problème ne sont pas encore claires de nos jours. Les facteurs de risque génétiques, les événements stressants antérieurs (traumatismes dans l'enfance, en particulier traumas sexuels précoces), la présence d'autres problèmes psychologiques ou psychiatriques, l'utilisation de drogues et le support social interviennent, mais la majorité des études démontrent que les déterminants principaux du TSPT sont liés à l'événement traumatique lui-même, et ce par sa proximité, son intensité et sa durée (Weber, 2008 cité dans Collin, 2010; p.33).

En fait, il s'avère primordial de comprendre que ce n'est pas le traumatisme qui cause le TSPT. La prévalence de TSPT auprès des victimes s'évalue à un taux variant entre 25 % et 35 % donc c'est-à-dire qu'environ 1/4 à 1/3 des victimes souffriront de TSPT à la suite de leur expérience traumatique (Brillon, 2005; p.33). De plus, certains événements sont plus dévastateurs que d'autres sur le plan psychologique, car ils entraînent une plus grande détresse et des séquelles

post-traumatiques chez les personnes les ayant vécues (Brillon, 2005). Les événements définis comme interpersonnels et ceux causés par les actes posés par l'humain sont généralement vécus comme étant plus traumatisants pour les victimes que ceux vécus, par exemple, lors de désastres naturels :

[L]'aspect intentionnel, arbitraire de ces événements bouleverse de façon particulièrement grave la conception du monde et de la nature humaine de la victime : [c]omment une telle méchanceté est-elle possible? Dire que cela aurait pu être évité, Comment un être humain peut-il faire cela à un autre? (Brillon, 2005; p.33).

L'expérience traumatisante s'avère être troublante puisqu'elle ne cadre pas avec la conception du monde que la personne possède et l'événement ne peut pas alors être intégré comme il le devrait. L'horreur présente lors de l'événement traumatique ainsi que les aspects imprévisibles et incontrôlables de l'événement se révèlent donc être des caractéristiques qui peuvent rendre l'événement dévastateur et créer de nombreuses séquelles post-traumatiques (Brillon, 2005). Ainsi, certains événements stressants conduisent fréquemment à des troubles (par exemple, la torture) tandis que d'autres ne les provoquent qu'occasionnellement (par exemple les accidents de voiture (Collin, 2000).

Les recherches démontrent que les femmes présentent presque le double de risques de développer un TSPT : les pourcentages se situent entre 13 % et 18 % (Breslau et Collab, 1997, cité dans Brillon, 2005). De plus, certaines personnes, en raison du métier qu'elles exercent, sont plus à risque de développer un TSPT (Brillon, 2005). Les professionnels tels que les soldats, les policiers, les ambulanciers, les chauffeurs d'autobus, les pompiers et les infirmières sont exposés dans le cadre de leur fonction à un fort potentiel de dangerosité et ont donc plus de chance de vivre un événement traumatique et de développer un TSPT (Brillon, 2005; p.34). Bien évidemment, les

soldats démontrent des prévalences de TSPT très élevées en raison des fonctions que leur service militaire leur impose (Brillon, 2005). Ces soldats sont préparés à affronter des situations de guerre, mais il n'en reste pas moins que certaines situations militaires sont bien au-delà de toute résistance humaine : « [a]insi, assister impuissant [...] à des massacres civils, voir un enfant tirer sur un autre à l'aide d'une arme à feu, être témoin de scènes horribles, morbides, sanguinolentes provoque souvent des symptômes post-traumatiques graves » (Brillon, 2005; p.34). Certaines actions posées en temps de guerre vont à l'encontre de nos principes moraux, nos conceptions fondamentales de la nature humaine et de la justice (Brillon, 2005).

### **1.3 Trois types de facteurs**

Les recherches montrent que les caractéristiques et l'intensité du trauma sont responsables uniquement d'une partie de la variabilité des symptômes post-traumatique (Brillon, 2005). Néanmoins, les réactions post-traumatiques découlent d'une conjugaison de trois types de facteurs et c'est cette conjugaison personnelle qui influence le nombre, la sévérité, et la durée des symptômes post-traumatique que ressentent les victimes (Brillon, 2005).

#### **1.3.1 Facteurs déclencheurs**

Le premier élément qui influence les réactions de la personne est l'événement lui-même : c'est-à-dire les facteurs déclencheurs et tous les éléments qui ont été en interaction pendant le traumatisme (Brillon, 2005). En fait, aucun événement traumatique n'est identique et certaines caractéristiques spécifiques de l'événement traumatique aggravent la sévérité et la chronicité des séquelles post-traumatiques telles que la violence de l'événement, la perception de menace à la vie, les aspects interpersonnels intrusifs déshumanisants, imprévisibles et incontrôlables ainsi que l'implication d'enfants (Brillon, 2005; p.83). Les émotions ressenties par la victime lors de

l'événement jouent également sur l'intensité de sa réaction post-traumatique (Brillon, 2005). Plusieurs études tendent à démontrer que plus la victime a ressenti des émotions telles que la peur, l'impuissance ou l'horreur pendant l'événement, plus ses symptômes post-traumatiques seront intenses par la suite (Resick, 1997 cité dans Brillon, 2005). Des séquelles pourront également être plus intenses et de longue durée, si des émotions comme la honte et la culpabilité étaient présentes lors de l'événement (Brillon, 2005).

### **1.3.2 Facteurs prétraumatiques**

Deuxièmement, même si les facteurs prédisposants, c'est-à-dire les éléments existant avant l'événement ne peuvent pas provoquer directement de TSPT, ceux-ci peuvent tout de même constituer des facteurs de risque ou de vulnérabilité au TSPT. Les événements de la vie tels une rupture, des tensions conjugales, un stress financier, une condition physique difficile, une perte d'emploi, un deuil, etc. s'avèrent être des facteurs de stress qui contribuent à affaiblir les mécanismes d'adaptation de la personne lorsque qu'un événement traumatique se produit (Brillon, 2005). Dans le même ordre d'idées, les traumatismes antérieurs tels que la violence familiale, l'inceste, les agressions sexuelles et les accidents de voiture peuvent également représenter des facteurs prédisposants aux symptômes post-traumatiques notamment si les événements ont eu lieu en bas âge (Brillon, 2005). Dans certains cas, le souvenir douloureux revient sous forme de cauchemars et de flashbacks dans l'espoir qu'il soit assimilé par l'esprit (Paris et Macdonald 2002). Bref, le TSPT est un trouble d'anxiété complexe qui peut suivre un événement traumatisant et est le résultat de la complication de la réponse normale au stress (Paris Macdonald, 2002).

### **1.3.3 Les facteurs de maintien**

Troisièmement, certains éléments présents après l'événement peuvent aggraver ou maintenir les conséquences du stress post-traumatique (Brillon, 2005). Le soutien de l'entourage représente une partie non négligeable dans les répercussions qu'engendrera le stress post-traumatique. À cet effet, une méta-analyse démontre que le manque de soutien social constitue l'un des prédicteurs les plus importants dans les symptômes post-traumatiques (Brewin, Andrews, Valentine, 2000 cités dans Brillon, 2005). De plus, la reconnaissance du traumatisme et la façon dont la société juge le traumatique affectent aussi les individus qui y font face (Brillon, 2005). Les préjugés véhiculés à l'endroit des victimes et la honte ressentie par les individus ont une grande incidence sur le syndrome de stress post-traumatique. Une étude démontre que les vétérans du Vietnam ont vécu, lors de leur retour aux États-Unis, un contexte social extrêmement critique à leur endroit, un jugement social important ainsi qu'une compassion moins soutenue de la part de la population : tous ces facteurs auraient nui à leur guérison de leurs traumatismes (Busuttil; 2004, Brillon; 2005).

### **1.4 Les modèles explicatifs**

Le stress post-traumatique est défini par différents courants de pensée notamment par le modèle biomédical, psychologique et socio-anthropologique. Premièrement, le courant biomédical est très présent dans les écrits sur le stress post-traumatique : on parle notamment dans la littérature de patients, de traitements, de thérapies et de diagnostics (Isabelle, 2000).

Jusqu'à maintenant, aucun traitement pharmacologique n'existe à lui seul pour améliorer de façon importante le TSPT, mais les antidépresseurs contribuent de façon significativement à diminuer certains symptômes. (Isabelle, 2000). Selon ce modèle, la dopamine constituerait un élément non négligeable à considérer dans les manifestations négatives comme l'hypervigilance (Isabelle,

2009). De ce fait, une baisse de sérotonine dans le système nerveux central chez une victime souffrant de TSPT entraînerait une croissance du risque suicidaire, une augmentation des comportements violents ainsi que des mouvements spontanés (Isabelle, 2009; p.25). Néanmoins, ce modèle amène de plus en plus de professionnels à médicaliser les comportements humains et, dès lors, les problèmes sociaux (Isabelle, 2009).

Deuxièmement, le courant psychologique considère, tout comme le modèle biomédical, que les difficultés d'adaptation, suite à un événement traumatisant, sont liées à l'incapacité pour l'individu de pouvoir y faire face : « [l'] ESPT est une incapacité à résoudre une expérience émotionnelle intense » (Brewin et Holmes, 2003 cité dans Collin, 2010; p.29). Selon cette théorie, l'exposition à une situation qui provoque un choc (trauma) cause de grandes réactions sur le plan moteur, cognitif, émotionnel et physiologique (Collin, 2010). Par la suite, le stimulus contextuel associé au trauma provoque des reviviscences aversives. La personne se met alors à éviter tout ce qui rappelle le trauma et une diminution éphémère de sa détresse survient. Malheureusement, l'évitement associé aux indices contextuels rappelant le trauma ne permet pas l'extinction des souvenirs et le risque est que les stimuli non associés au trauma réel deviennent des stimuli conditionnels (Collin, 2010).

L'intervention psychologique est basée sur la participation active de la victime, sa motivation et sur sa capacité à apporter des changements afin d'aboutir à un traitement efficace (Isabelle, 2009). La thérapie permet à la victime de revivre indirectement le trauma vécu et de trouver certaines stratégies et habiletés pour y faire face (Isabelle, 2009). Le but consiste à développer une meilleure maîtrise de soi et à contrer l'intrusion, l'évitement et l'activation neurovégétative qui représente la majorité des symptômes du TSPT (Isabelle, 2009). La Gestalt-thérapie, la désensibilisation et

l'intégration par les mouvements oculaires (EMDR), l'hypnose et la thérapie cognitivo-comportementale sont notamment utilisées et le rôle majeur du thérapeute est d'enseigner à la personne des stratégies pour mieux gérer ses symptômes.

Finalement, le modèle socio-anthropologique tient compte des variables de l'environnement social et de la culture pour analyser la situation à laquelle l'individu fait face (Isabelle, 2009). Ce modèle soutient que l'atmosphère psychologique d'une société compte pour beaucoup dans la capacité d'un individu à surmonter un événement traumatisant (Isabelle, 2009). Selon Kleber et Collab (1995), l'atmosphère psychologique d'une société peut faciliter ou diminuer les capacités d'une personne à surmonter un événement traumatisant. Ces auteurs vont même jusqu'à dire que le climat peut être le facteur déclencheur majeur dans l'apparition du trauma de la victime. À titre d'exemple, ces chercheurs expliquent que les vétérans du Vietnam ont gravement souffert de l'indifférence de leur patrie et de leur entourage lors de leur retour. Les vétérans ont dû faire face au mépris et au regard accusateur de leurs propres concitoyens. (Kleber et Collab, 1995). En effet, les controverses entourant la guerre du Vietnam ont amené les citoyens à remettre en question la décision du gouvernement (Kleber et Collab, 1995) et pour, certains citoyens, les vétérans étaient perçus comme des tueurs. Cette situation a créé un sentiment de méfiance chez les victimes qui avaient de la difficulté à partager ce qu'elles avaient vécu : « [...] l'indifférence [...] n'a pas facilité la guérison des traumatisés psychiques, avec un sentiment d'abandon au retour de la guerre « vécu comme une deuxième mort » (Barrois, 1988 cité dans Collin, 2000, p.32).

Les auteurs démontrent que nombre de militaires se sont isolées (Kleber et Collab, 1995 cités dans Isabelle, 2009). Selon le courant socio-anthropologique, les différents intervenants de la santé et des services sociaux devraient travailler ensemble afin de mieux comprendre les complexités

qu'entraîne un événement traumatisant sur la vie des individus : « [...] l'ESPT n'est pas juste un problème privé et individuel, mais aussi une mise en accusation du contexte social qui a provoqué l'événement » (Isabelle, 2000). Kleiman (1995), dans ses écrits, soutient qu'une crise psychologique ou un trouble psychiatrique considéré par les psychiatres et les psychologues, est perçu par un anthropologue ou un sociologue comme étant une crise ou un trouble dans l'éthique et les politiques de notre société (Kleinman, 1995 cité dans Isabelle, 2000). Selon ce courant de pensée, les vétérans du Vietnam ayant développé le TSPT ne sont pas des victimes d'un trouble de santé mentale, mais sont les victimes des décisions rendues par nos chefs politiques (Isabelle, 2000, p.31). Summerfield (1995), dans ses écrits, met l'emphase sur l'importance d'accorder une place de premier choix à l'analyse des facteurs sociaux, culturels et des autres déterminants sociaux dans le traitement de le TSPT puisque : « [l]a réaction de l'environnement (famille, amis, opinion publique...) au retour de la guerre serait un important facteur dans le développement et le maintien de l'ESPT » (McCranie et Hyer, 2000 cités dans Collin, 2010; p.32). Bref, le modèle anthropologique doit être privilégié si nous considérons que la notion d'abréaction précoce semble avoir un effet protecteur sur l'apparition d'un état de stress post-traumatique

### **1.5 L'enrôlement militaire**

L'enrôlement au sein des Forces armées canadiennes est un processus que l'on distingue en sous-étapes et qui se traduit par de la paperasse, des entrevues, des examens médicaux, des tests d'aptitudes physiques, etc. (Stokes, 2012). En fait, il est important de comprendre que les Forces armées canadiennes (FAC) ne constituent pas un service d'emploi public ou bien un organisme de bien-être public, mais plutôt une organisation qui a pour mandat la gestion de la défense du Canada (Stokes, 2012). Ainsi, les processus de sélection ont été mis sur pied afin de déterminer si le candidat choisi est profitable ou non pour les Forces armées canadiennes : « [c]haque formulaire

d'enrôlement, chaque question et chaque examen a pour but d'identifier les candidats utiles » (Stokes, 2012; p.10). Selon cette pensée, ceux qui se révèlent être inutiles ne devraient au grand jamais être engagés, car ils nuiraient au mandat même des FAC (Stokes, 2012).

Ainsi, on peut affirmer que l'aspect économique constitue une variable non négligeable qui distingue les FAC. Dans un milieu où les ressources sont limitées, la bienveillance et la rigueur sont de mise dans le processus de recrutement (Stokes, 2012). Il va de même pour les périodes de service obligatoire après les études, les forces armées canadiennes veulent obtenir un rendement sur le capital et l'énergie qu'ils ont fournis (Stoke, 2012).

Deuxièmement, l'enrôlement entraîne également une situation juridique dont il faut tenir compte, soit l'obligation de servir comme militaire jusqu'à la fin de sa libération légale (Stokes, 2014; p.10). Ce principe constitue en fait un élément important, car, par convention, le service militaire se révèle être un engagement unilatéral de la part du citoyen envers la Couronne (Stokes, 2012; p.10). Dans les faits, un militaire ne devrait jamais avoir d'attentes vis-à-vis la Couronne (Stokes, 2014). Selon ces mêmes principes, le militaire est dans l'obligation de servir la Couronne selon sa volonté et peut-être libéré au gré de celle-ci lorsqu'elle le décide (Stokes, 2012). Bien évidemment, cette façon de procéder remonte à l'époque coloniale et avantage réellement la Couronne.

Cependant, à l'heure actuelle, cette perspective n'est plus la même dans la société canadienne moderne (Stoke, 2014). Servir son pays, sans rien attendre en retour semble être un concept incompatible avec la notion d'attentes et de bénéfices que l'on tend à retrouver dans la société actuelle : « [u]n emploi dans une organisation publique n'est plus considéré comme une servitude

féodale. Ce genre d'emploi doit être encadré par une approche davantage contractuelle régie en totalité ou en partie par des lois » (Stoke, 2014; p.10). Ainsi, on pourrait dire que l'enrôlement au sein des FAC ne s'appuie plus sur l'essence même de la volonté de servir la Couronne. Les principes des valeurs antérieures se heurtent à des forces individualistes où chaque citoyen souhaite que son travail soit régi par des avantages, des lois et des bénéfices (Stoke, 2014).

L'enrôlement et le choix de l'élément ou du sous-élément constitutif déterminent la période où le militaire doit être disponible, c'est-à-dire prêt à accomplir une tâche et ainsi : « [...] prêt à recevoir l'ordre d'effectuer un travail quelconque » (Stoke, 2012; p.12). On distingue trois éléments constitutifs : la Force spéciale, la Force régulière et la Force de réserve (Stoke, 2014). Cette dernière se divise en quatre sous-éléments : la Première réserve, le Service d'administration et d'instruction des organisations des cadets (SAIOC) et les Rangers canadiens et la Réserve supplémentaire (Stoke, 2012). Ainsi, chaque élément et sous-élément se distinguent par une obligation de service qui lui est unique. À cet effet, on dénombre trois types d'obligations de service dans la loi : le service militaire continu à plein temps, le service militaire autre que le service militaire continu à plein temps lorsque le militaire n'est pas en service actif, c'est-à-dire le service à temps partiel et le service actif (Stoke, 2012, p.12). Le service actif engendre un service militaire continu à temps plein, mais prévoit des restrictions et des obligations légales supplémentaires. (Stoke, 2012; p.12).

### **1.5.1 Le principe d'universalité de service**

Le principe d'universalité de service prôné par la Défense nationale exige que le soldat puisse servir à tout endroit et en tout temps, au bon vouloir de l'armée (Noel, 2014). Trois critères minimaux d'efficacité personnelle guident le principe d'universalité de l'armée : le militaire doit

être en bonne forme physique, être apte au travail et être déployable. Plus précisément, celui-ci doit donc être capable d'atteindre les normes physiques exigées, être en mesure d'accomplir les tâches opérationnelles nécessaires à son poste et ne pas avoir de contraintes à l'emploi qui empêcheraient le déploiement (Gouvernement du Canada, 2017). À titre d'exemple, celui-ci doit être en mesure de travailler efficacement sans prendre de médicaments essentiels, de travailler selon un horaire irrégulier, d'accomplir des tâches dans différentes conditions météorologiques et de prendre des repas à des heures variables, etc. (Gouvernement du Canada, 2017). Ainsi, selon les écrits de la Défense nationale, un militaire atteint d'un syndrome de stress post-traumatique, qui se verrait en mesure de répondre aux critères d'universalité, pourrait conserver son poste.

### **1.5.2 Les conditions de service**

Les conditions de service (CS) établies entre le militaire et l'organisation déterminent la durée du mandat et sont régies par une entente signée entre les FC et le militaire. Néanmoins, on peut soulever le déséquilibre de pouvoir qui existe dans cette relation, car les deux parties n'ont pas exactement les mêmes moyens de faire respecter l'entente établie (Stoke, 2014). En fait, la Couronne dispose de grands pouvoirs surtout dans des cas de mutineries, de désertions et de désobéissance à un ordre légal (Stoke, 2014; p.11). Pour sa part, le militaire n'a qu'une seule option possible, celle de demander sa libération à la fin du mandat établi (Stoke, 2014). Certains militaires peuvent ressentir une frustration face à ce déséquilibre de pouvoir, qui apparaît injuste aux yeux de plusieurs membres de forces (Stoke, 2014).

### **1.5.3 La libération**

Comme tout citoyen, les militaires doivent un jour ou l'autre prendre leur retraite et être libérés des Forces armées canadiennes (Blackburn, 2016). Dans la Force régulière, la situation légale est claire, chaque militaire doit toujours être disponible afin d'accomplir tout travail prescrit (Stokes, 2012; p.13). Cela dit, plusieurs raisons peuvent conduire à une libération. Pour certains militaires, il s'agit d'une libération volontaire tandis que d'autres assisteront à une libération pour des raisons de santé, car leur état physique ou mental ne correspond plus aux critères d'universalité mis en place dans les Forces armées canadiennes (Blackburn, 2016). Pour qu'un militaire reste dans les rangs des Forces armées canadiennes, celui-ci doit faire preuve d'une bonne condition physique, être apte au travail et être déployable afin de pouvoir effectuer des tâches opérationnelles multiples (Blackburn, 2016). Le système de soins de santé des Forces armées canadiennes est fondé sur l'idée que les militaires doivent être en bonne forme physique et être prêts pour le service : « [l]'objectif consiste à reconnaître et traiter tout problème de santé que pourrait avoir un militaire afin qu'il puisse retourner au travail le plus rapidement possible ou qu'il soit libéré des Forces canadiennes. » (Défense nationale, 2007; p.8).

D'autres militaires obtiendront une libération, car ils ont terminé leur service et atteint le nombre d'années requis ou parce qu'ils ont atteint l'âge obligatoire de la retraite (Blackburn, 2016). Bien que, pour certains civils, la retraite soit considérée comme une période de réjouissance et de plaisir, il en est tout autrement pour un militaire de carrière dans sa démarche libératoire et transitoire au sein des Forces armées canadiennes. Pour plusieurs, cette démarche constitue une période extrêmement difficile, stressante et complexe en raison de plusieurs facteurs personnels, sociaux, familiaux, financiers et administratifs (Blackburn, 2016). Selon Coll et Weiss (2013), travailleurs sociaux militaires, « [l]a transition de la vie militaire à la vie civile peut être une tâche

ardue, et pour beaucoup de gens, il s'agit d'une période de confusion » (Coll et Weiss, 2013 cités dans Blackburn, 2016, p.3). Bien évidemment, cette expérience diffère d'une personne à une autre en fonction de plusieurs facteurs qu'on le pourrait classer en facteurs de risque ou de protection (Coll et Weiss, 2013).

### **1.6 La construction de l'identité au sein des Forces armées canadiennes**

Pour comprendre le syndrome de stress post-traumatique que vivent les militaires, il faut tout d'abord comprendre la culture organisationnelle qui caractérise le milieu militaire et le processus qui mène à la construction de leur identité. En fait, l'identité est entre autres définie comme « [l]e fruit des interprétations que nous faisons du regard de l'Autre sur nous » (Routhier, 2004, p.170). L'identité se construit petit à petit, dès notre naissance, au contact de personnes, de situations, de conditions et d'expériences que nous intériorisons et qui permettent de créer en nous le sens que nous accordons aux expériences que nous sommes susceptibles de vivre (Routhier, 2004).

Par la suite, nous sommes confrontés à des identités sociales à travers différents milieux fréquentés tels que l'école, le milieu de travail, le couple, la famille, les loisirs, etc. (Routhier, 2004). L'identité de chacun est de nature évolutive et elle est une œuvre continuée dont le produit est en transformation permanente (Baecheler, 2011). En fait, l'identité se construit à partir des dires de l'Autre en réponse à nos activités conditionnées par des buts implicites ou explicites que nous poursuivons (Routhier, 2004). L'Identité sociale se construit à partir sur des attentes normatives et sur les anticipations que les gens ont envers nous, en fonction de la catégorie sociale à laquelle nous appartenons (Lemire-Auclair, 2013). Bien évidemment, ces identités sont formées grâce à nos différents rôles : notre statut familial, notre travail, nos loisirs, notre statut marital, etc. (Lemire-Auclair, 2013; p.42). Dans les sociétés modernes, les rôles sont bien définis et chacun

subit la contrainte de devenir le personnage d'un rôle et finit par s'identifier à son personnage (Baecheler, 2011)

Selon Baecheler (2011) l'identité humaine est formée de trois niveaux de réalité c'est-à-dire le niveau humain, le niveau culturel et le niveau idiosyncrasique. Le niveau humain identifie quelqu'un comme appartenant à une espèce distincte et le niveau culturel identifie quelqu'un comme membre d'un cercle social et culturel particulier (p.5). Pour sa part le niveau idiosyncrasique définit un humain avec ce qu'il a de distinct tant dans l'espèce que dans les cercles fréquentés afin d'identifier ce qui le rend unique.

Pour les militaires, l'identité professionnelle, les valeurs, les mandats, et les doctrines de l'organisation qui l'accompagnent sont à la base de l'édification de leur identité : « [l]e soldat est un membre d'une culture organisationnelle particulière qui l'habite et qui s'est infiltrée en lui. Il compose avec une organisation particulière du travail et du pouvoir, une hiérarchie, un code d'éthique, un engagement, un langage, des symboles et des tâches [...] » (Routhier, 2004; p.171). Ainsi, la culture militaire est telle pour un soldat qu'elle guide ses activités et celui-ci s'y référera toujours pour légitimer ses actions et ses décisions (Routhier, 2004). Selon Ferret (1988) : « [l]'identité est la relation que tous les individus (particuliers et entités) entretiennent nécessairement avec eux-mêmes, tout au long de leur carrière, et qu'aucun autre individu n'entretient avec eux » (Ferret, 1988; p.162) La justice, la fidélité et l'intégrité seront des valeurs véhiculées par la culture militaire et le soldat sacrifiera et risquera beaucoup de choses dans le cadre de ses fonctions dont sa vie dans le but de protéger son pays et ses citoyens (Germain, Vaillancourt, Dauphin, 2016).

## 1.7 La culture militaire

Tout compte fait, il s'avère important de prendre conscience de la culture militaire pour comprendre les dimensions globales du stress post-traumatique et les impacts qu'elle engendre sur la vie militaire, car, pour plusieurs militaires, l'identité personnelle est teintée de l'identité professionnelle (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). La vie militaire entraîne une socialisation selon un schème particulier de valeurs, ainsi rappelons que la socialisation se définit comme étant : « [...] le processus par lequel la personne humaine apprend et intériorise tout au cours de sa vie les éléments socioculturels de son milieu, les intègre à la structure de sa personnalité sous l'influence d'expériences et d'agents sociaux significatifs et par là s'adapte à l'environnement social où elle doit vivre » (Rocher, 1992, p.132-133, cité dans Régimbald et Deslauriers, 2010; p.191-192). Pour Macé (2002), on peut également parler de resocialisation lorsque l'individu est soumis à une nouvelle institution, telle que l'armée, la prison, et l'asile, milieux où les normes et les principes acquis durant l'enfance sont totalement remis en cause.

Finalement, la culture militaire et l'organisation du travail prônent la cohésion des troupes, la primauté du service par rapport aux forces militaires avant tout intérêt ou besoin personnel. La socialisation secondaire issue de la vie militaire influence les perceptions que les soldats ont par rapport à leur rôle et leurs tâches en tant qu'homme, surtout lors de la qualification de base, appelé communément *camp des recrues* (Régimbald et Deslauriers, 2010). Pendant ces huit semaines d'entraînement, les aspirants échangent leur ancienne identité pour l'uniforme, la coupe de cheveux et les valeurs de l'organisation : « [i]ls sont humiliés, privés de leurs droits, et dépouillés des réalisations de leur vie antérieure en se faisant répéter continuellement que rien de ce qu'ils ont fait avant le camp d'entraînement n'est important » (Harrison, 1997; p.30). La conciliation de ces principes conduit à des contradictions difficiles à expliquer : « [I]es Forces canadiennes misent

sur l'agressivité, l'orgueil, la compétitivité et la force physique pour mener à bien leurs opérations. D'autres valeurs comme la force psychologique, l'endurance [...] sont appuyées par les Forces canadiennes. » (Ministère de la défense, 2008, cité dans Régimbald et Deslauriers, 2010, p.193).

## **1.8 Les conséquences du syndrome de stress post-traumatique**

Évidemment, les militaires atteints de blessures de stress opérationnel doivent faire face à différents symptômes reliés à leur état. Ces symptômes ainsi que leur intensité varient beaucoup d'un individu à l'autre et seront présentés brièvement ci-dessous. On peut observer que les militaires, ayant un stress post-traumatique, sont confrontés à divers symptômes tels que des insomnies importantes, de l'irritabilité, une humeur dépressive et qu'ils peuvent vivre des relations difficiles avec leur conjoint(e), leurs enfants, leur famille, bref avec leur entourage (Roberge, 2007). Plusieurs militaires vivent de la culpabilité face à la façon dont ils se comportent, et se sentent diminués du fait d'être atteints d'un état stress post-traumatique (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). La peur, la peine, la tristesse, l'anxiété, la colère, le découragement et bien d'autres sentiments s'intensifient et peuvent affecter l'équilibre psychologique du militaire, de même que son fonctionnement social (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). À ce tableau déjà lourd, on peut ajouter parfois certains symptômes dépressifs, gestes obsessionnels compulsifs, phobies et anxiété (Routhier, 2004). La souffrance personnelle que vit le militaire contribue à alimenter les difficultés supplémentaires.

### **1.8.1 Les critères diagnostiques du syndrome de stress post-traumatique**

Le diagnostic de stress post-traumatique ne peut être posé qu'un mois après l'exposition aux événements traumatiques. Voici les critères diagnostiques du syndrome de stress post-traumatique selon (DSM-5) le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (ACC, 2016) :

**Critère A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :**

A<sub>1</sub> : Vivre directement l'événement traumatique.

A<sub>2</sub> : Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.

A<sub>3</sub> : Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un proche (si mort d'un proche ou ami : mort accidentelle ou violente, les morts de cause « naturelle » sont exclues).

A<sub>4</sub> : un membre de la famille proche ou un ami proche. (si mort d'un proche ou ami : mort accidentelle).

A<sub>5</sub> : Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique dans le cadre de son travail.

**Critère B : L'événement est revécu (scène de mort)**

Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes intrusifs suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :

B<sub>1</sub> : Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique.

B<sub>2</sub> : Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect est lié à l'événement traumatique.

B<sub>3</sub> : Réactions dissociatives (flashbacks, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait.

B<sub>4</sub> : Détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblants à un aspect de l'événement traumatique.

B<sub>5</sub> : Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblants à un aspect de l'événement traumatique.

**Critère C : Évitement : Évitement de tout ce qui lié à l'événement**

C<sub>1</sub> : Évitement ou efforts pour éviter les stimuli internes (souvenirs, pensées, sentiments).

C<sub>2</sub> : Évitement ou efforts pour éviter les stimuli externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations).

**Critère D : Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :**

D<sub>1</sub> : Incapacité de se rappeler d'un aspect important.

D<sub>2</sub> : Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées envers soi-même, les autres ou le monde.

D<sub>3</sub> : Croyances déformées et persistantes qui poussent la victime à se blâmer ou à blâmer les autres.

D<sub>4</sub> : État émotionnel négatif persistant.

D<sub>5</sub> : Réduction nette d'intérêt pour des activités significatives ou réduction de la participation.

D<sub>6</sub> : Sentiment de détachement ou d'être étranger.

D<sub>7</sub> : Incapacité à ressentir des émotions positives.

**Critère E : Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes**

E<sub>1</sub>. Comportements irritables ou excès de colère.

E<sub>2</sub>. Comportements autodestructeurs ou imprudents.

E<sub>3</sub>. Hypervigilance.

E<sub>4</sub>. Réaction de sursaut exagérée.

E<sub>5</sub>. Difficultés de concentration.

E<sub>6</sub>. Difficultés de sommeil.

**Critère F : La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus qu'un mois.**

**Critère G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.**

**Critère H : La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale**

Évidemment, le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique doit être émis, par un médecin, un psychiatre ou même un psychologue agréé, et est fondé sur un examen clinique approfondi (ACC, 2016).

### **1.8.2 L'hypervigilance**

L'hypervigilance constitue un symptôme non négligeable du syndrome de stress post-traumatique. Les militaires ont reçu une formation les ayant préparés à distinguer et à observer les moindres détails de leur environnement afin d'assurer leur sécurité et celle de leurs coéquipiers. En raison de leur formation et des missions, les militaires ont entraîné leur système nerveux central à réagir au moindre bruit et changement. Cette hypersensibilité peut donc amener les militaires à sursauter pour un rien, à être toujours vigilants, constamment sur leurs gardes et à être en état d'alerte permanent (Brillon, 2005; p.165).

Cette hypersensibilité fait état d'un haut niveau d'anxiété et est épuisante pour le corps humain. Le corps humain est constamment dans un niveau d'alerte généralisé et aux aguets afin que le corps et l'esprit soit prêt à réagir à n'importe quel moment. Ce phénomène est aussi connu sous le nom d'instinct de survie, car il a pour but de protéger la vie du militaire et celle de ses collègues (Brillon, 2005). Le fait de scruter les lieux dans les moindres détails, d'observer les gens, d'analyser les possibilités, les irrégularités et les situations potentiellement dangereuses constitue un travail épuisant pour le militaire lors de son retour. Cette hypervigilance nuit également à la capacité de concentration, car lorsque l'on se concentre sur tout ce qui se passe aux alentours, il est impossible de se concentrer sur un seul élément (Brillon, 2005). Plusieurs militaires n'ont pas encore suffisamment confiance en leur environnement afin de se focaliser leur attention sur une seule chose et demeurent vigilants et extrêmement sensibles (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016).

Bien qu'il était nécessaire que le niveau de vigilance soit à son maximum lors des missions, il constitue un défi pour les militaires qui reviennent au pays et qui doivent apprendre à délaiss

automatisme qui leur permet de se sentir mieux : « [...] un certain niveau de protection et de vigilance est sain, mais lorsqu'il est exagéré, le bien-être de l'individu diminue de plus en plus et son fonctionnement s'altère progressivement (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016; p.80). L'hypervigilance crée un inconfort qui pousse plusieurs militaires à l'évitement de situations ou de lieux où il s'avère difficile de tout contrôler et de tout observer (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016; p.80). Plusieurs d'entre eux cherchent donc à rester dans des lieux qu'ils considèrent comme étant sécuritaires : par exemple, la maison, afin de ne pas se retrouver dans des lieux ou des situations qui provoqueraient un sentiment d'insécurité et d'hypervigilance (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). Bien que l'évitement diminue de façon temporaire le stress, celui-ci peut mener à l'évitement et peut ainsi créer de l'isolement.

### **1.8.3 L'évitement et l'isolement**

L'évitement systématique fait partie des symptômes post-traumatiques et agit comme indicateur afin de démontrer que le système de défense est fragile (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016; p.85). Le lien entre la peur et les éléments présents lors de mission est tellement intense que l'esprit tente d'éviter les contextes où la peur pourrait faire éruption (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). Ce réflexe constitue un mécanisme de défense hautement adaptatif. Il devient problématique lorsque l'évitement entretient la crainte de situations qui ne sont pas, en réalité, dangereuses : « éviter sert à quelque chose : c'est la fuite qui protège de la confrontation avec l'anxiété, avec la peur que le trauma se reproduise, avec le sentiment de vulnérabilité » (Brillon, 2005; p. 165). Le corps humain perçoit des similarités entre une situation où il n'y a pas de réel danger et une situation stressante passée et perpétue des pensées craintives (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). Le fait de fuir ou d'éviter une situation peut créer un soulagement, mais à long terme, cela perpétue le problème et accentue les croyances faussées que certaines situations sont

dangereuses : « [...] lorsque nous évitons les situations qui nous rendent anxieux, nous empêchons notre système nerveux de comprendre que le contexte ne présente pas de menace réelle » (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016; p.86). Bien que ce mécanisme ait eu un objectif sain à l'origine, celui-ci devient problématique et exagéré en raison du processus de généralisation qui s'effectue dans les pensées du militaire (Brillon, 2005).

#### **1.8.4 L'intolérance**

L'intolérance constitue un symptôme que l'on associe généralement au syndrome de stress post-traumatisme et lors du retour du déploiement du soldat. Les militaires rapportent régulièrement que de nombreux éléments leur aiguisaient les nerfs et qu'ils ne supportaient pas l'inefficacité, les erreurs, l'injustice et le manque de respect (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). Cette intolérance, de même que ce contrôle et cette rigidité sont souvent associés aux écarts entre les exigences de contexte de la mission et celles de la vie civile. L'incompétence et les erreurs peuvent coûter la vie aux militaires lorsqu'ils sont en mission et sont considérés comme des problématiques majeures en situation de guerre. Néanmoins, ceci n'est plus le cas une fois de retour au pays (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). Ainsi, le militaire, par exemple, doit se reconditionner et considérer que les erreurs et les imperfections qui sont commises par sa conjointe, ses enfants, la caissière et/ou le préposé d'épicerie ne sont pas aussi dramatiques qu'elles pourraient l'être en mission (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). Le corps et l'esprit du militaire doivent donc faire la transition et à réfléchir aux impacts réels de ces zones d'intolérance.

Les militaires ont appris à respecter l'autorité et la hiérarchie et les valeurs telles que la justice, la fidélité et l'intégrité étaient au centre des valeurs véhiculées par la culture militaire (Germain,

Vaillancourt et Dauphin, 2016). Dans les situations où les militaires ne perçoivent pas ces éléments et que les autres ne se comportent pas de manière à respecter les valeurs véhiculées par le milieu militaire, ceux-ci peuvent ressentir de la frustration : « [...] [L]es comportements qui étaient de la plus haute importance en mission ne revêtent plus le caractère essentiel qu'ils avaient à l'étranger. [Le militaire doit] lâcher prise sur ces habitudes et attitudes, malgré l'anxiété qui pourra initialement en découler » (Germain, Vaillancourt, Dauphin, 2016; p.131)

### **1.8.5 La colère**

La formation militaire a amené les militaires à utiliser la colère afin de faire face aux dangers, notamment en situation de guerre (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). La colère permet de réduire le sentiment de peur et de vulnérabilité et bloque les autres émotions qui pourraient nuire à l'efficacité du militaire comme la tristesse et le sentiment d'impuissance (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). Lorsque la colère devient envahissante et hors de contrôle, il est probable qu'elle fasse partie des symptômes de trouble de stress post-traumatique. L'amertume, le cynisme, la rage, l'agressivité que ressentent les militaires peuvent les autoconsumer dans une rage dévastatrice (Brillon, 2005; p.209). Pour l'organisme, un moyen de se protéger peut consister à combattre avec agressivité les situations perçues comme menaçantes (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). Pour certains militaires, le fait d'utiliser la colère représente un moyen de reprendre un certain contrôle sur leur vie (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). La colère peut donc envahir le quotidien de la vie d'un militaire et peut influencer la qualité de la relation qu'il entretient avec les gens et faire en sorte de repousser l'entourage du militaire (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). Cette colère peut pousser certaines personnes à prendre des décisions irrationnelles et créer des conflits d'envergure (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). La colère nécessite de grandes quantités d'énergie et peut mener le corps à ressentir de la fatigue et peut nuire au sommeil. La

tension véhiculée dans le corps en situation de colère peut également mener le corps à ressentir des douleurs physiques et des sensations douloureuses.

### **1.9 Les stratégies de défense utilisées par les militaires**

Pour plusieurs militaires, la première réaction, afin de se protéger des conséquences du syndrome de stress post-traumatique, sera de faire le vide de cette douleur et, par le fait même, de ses émotions, tout en souffrant de dissociation (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). En refoulant ses sentiments, le militaire s'imaginera faire disparaître la souffrance et camouflera à son entourage son désarroi : « [p]ersonne d'action plutôt que de relation, son rôle et son identité professionnelle de guerrier font de lui un individu [...] peu disponible pour la mentalisation ou [l'expression de ses sentiments] [...] » (Routhier, 2004; p.171). Selon Dulac (2001), l'image sociale du militaire est forte, surtout celle représentant le combat; ainsi l'expression des sentiments est perçue de façon négative et témoigne d'un signe de faiblesse dont il faut, à tout prix, s'éloigner.

Selon ces théories, les sentiments sont des « affaires de femmes » et il ne faut pas en parler afin de ne pas être perçu comme un faible (Dulac, 2001). L'idéal masculin est lié au courage, et être un homme se traduit pas la capacité à faire son devoir, à remplir les exigences attendues et à prendre les moyens nécessaires pour comprendre l'ennemi : « [l']homme est obligé de nier ses besoins émotionnels, de supporter la souffrance et éventuellement de faire le sacrifice de sa vie » (Dulac, 2003; p.12). Goffman décrit le stigmaté « [...] comme un attribut négatif qui détonne, qui nous rend différent de ce à quoi les autres seraient en droit de s'attendre de nous. Le repérage de ce stigmaté provoque une forme de « souillure » de l'identité sociale » (Lemire-Auclair, 2013; p.43). Dès lors, la personne est perçue sous un statut social moindre et une différence de traitement lui est accordée (Lemire-Auclair, 2013). Néanmoins, à court et moyen terme, les souffrances

psychologiques demeureront intenses pour le militaire. Pour un bon nombre, l'évitement demeura une façon habituelle de surmonter les émotions éprouvantes (Roberge, 2007). L'identité se construit à partir de la perception que celui-ci a vis-à-vis les interactions sociales qu'il entretient avec autrui (Lemire-Auclair, 2013). Pour Goffman, il s'avère primordial d'assurer une continuité entre notre identité personnelle et notre identité sociale, c'est-à-dire entre la façon dont nous nous percevons et la façon dont les autres nous perçoivent (Lemire-Auclair, 2013; p.44). Le recours à un tel mécanisme d'évitement aura pour objectif d'éliminer l'anxiété, la douleur, la peur, mais engendra de nombreux autres problèmes encore plus graves. Le déni s'associe à une forme d'évitement psychologique qui aide les victimes à effacer temporairement les souvenirs de leur mémoire (Roberge, 2007). Cependant, l'utilisation de cette stratégie, en phase aiguë, empêche de mobiliser les ressources nécessaires pour mieux composer avec la problématique à long terme (Routhier, 2004).

## **1.10 Les enjeux**

### **1.10.1 Les enjeux associés au stress post-traumatique et au retour à la vie civile**

Il s'avère important de prendre conscience de la culture militaire pour comprendre les dimensions globales du stress post-traumatique et les impacts qu'elle engendre sur la vie militaire. Pour plusieurs militaires, l'identité personnelle est teintée de l'identité professionnelle (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). La vie militaire entraîne une socialisation avec un schème de valeurs particulier, ainsi rappelons que la socialisation se définit comme étant :

Le processus par lequel la personne humaine apprend et intériorise tout au cours de sa vie les éléments socioculturels de son milieu, les intègre à la structure de sa personnalité sous l'influence d'expériences et d'agents sociaux significatifs et par là s'adapte à l'environnement social où elle doit vivre. (Rocher, 1992, p.132-133, cité dans Régimbald et Deslauriers, 2010; p.191-192).

Pour Macé (2002), on peut également parler de resocialisation lorsque l'individu est soumis à une nouvelle institution, telle que l'armée, la prison, et l'asile, milieux où les normes et les principes acquis durant l'enfance sont totalement remis en cause. Le militaire qui revient à la vie civile doit apprendre à renouer avec les différents rôles qu'il avait délaissés en se consacrant au rôle de militaire.

Le rétablissement propose une rupture avec son ancien rôle de soldat. Pour les militaires, l'identité professionnelle, les valeurs, les mandats, et les doctrines de l'organisation qui l'accompagnaient étaient à la base de l'édification de son identité : « [l]e soldat [était] un membre d'une culture organisationnelle particulière qui l'habit[ait] et qui s'est infiltrée en lui. Il compos[ait] avec une organisation particulière du travail et du pouvoir, une hiérarchie, un code d'éthique, un engagement, un langage, des symboles et des tâches [...] » (Routhier, 2004; p.171). Ainsi, la culture militaire était telle pour le soldat qu'elle guidait ses activités et celui-ci s'y référait toujours pour légitimer ses actions et ses décisions (Routhier, 2004). La perte de son rôle constitue en soi un deuil important pour le militaire, non seulement celui-ci doit composer avec cette perte de rôle social, mais également s'adapter à ses nouveaux rôles. Quitter l'armée peut signifier faire le deuil de sa carrière, d'une partie de son identité, de l'uniforme, mais également faire le deuil d'une famille (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016).

Il faut préciser que l'identité sociale est forgée par des attentes normatives et des anticipations que les gens ont à notre égard, en fonction de la catégorie sociale à laquelle nous appartenons (Lemire-Auclair, 2013, p.42). Le fait d'occuper un rôle, quel qu'il soit comme celui de conjoint, de père, d'ami implique également un certain nombre d'attentes : « ainsi ces affiliations et l'interprétation qui en découle jouent un rôle important lors des interactions » (Lemire-Auclair, 2013, p.42). Bien

que la réappropriation de ces différents rôles soit primordiale au bon rétablissement, une blessure de stress opérationnel peut créer un lot de défis dans l'exécution de certains rôles et la personne peut se voir incapable de remplir les obligations sociales qui sont attribuées à ses différents rôles (Lemire-Auclair, 2013).

### **1.10.2 Les enjeux familiaux et les difficultés liés à la vie militaire**

L'adaptation que requiert le retour, après une mission, nécessite une communication et une relation optimale avec l'entourage : particulièrement si le militaire est atteint d'un trouble de santé mentale. Il est important de mentionner que le départ et l'absence prolongée du militaire ont eu un impact significatif sur sa situation sociale et familiale. Le parent qui restait à la maison a appris à s'autogérer émotionnellement, en même temps que d'être responsable aux enfants dans la cellule familiale (Paris et Collab, 2010). Celui-ci a pris en charge les responsabilités des deux parents (Paris et Collab, 2010). Ainsi, durant l'absence du militaire, les proches ont appris à composer avec ce vide affectif et physique. Bref, certaines transformations déstabiliseront davantage un environnement fragilisé qui ne reviendra pas automatiquement à ce qu'il était au départ (Gouvernement du Canada, 2016).

Pour la famille, la sortie du militaire des Forces armées peut engendrer plusieurs conséquences sur l'organisation familiale telles que des conséquences monétaires, de gestion du temps, de présence dans la maison, d'intérêts et d'actions communes (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016; p.235). La réintégration dans le noyau familial peut sembler, a priori, un retour à la normale puisque cette étape représente la fin de la vie militaire et des déploiements, mais cette période peut également amener son lot de défis. Dans de telles circonstances, on assiste à une réorganisation

complète du mode de vie familiale. Le retour du militaire dans son milieu a des répercussions sur son quotidien, ses rôles et ses tâches (Services aux familles des militaires [SMF], 2016).

Tout d'abord, la réunion entre le parent militaire et sa famille peut être complexe. De plus, le parent qui retrouve son enfant peut être confronté à de nombreux changements sur le plan physique, développemental et émotionnel chez son enfant (Louie et Cromer, 2014 cités dans Paris et Collab, 2010). Le parent, qui a été absent durant de longues périodes, peut avoir manqué plusieurs étapes du développement de son enfant et les retrouvailles peuvent se vivre difficilement pour le père, notamment lorsqu'il constate que la vie familiale s'est organisée sans sa présence depuis de nombreuses années. Louie et Cromer (2014) ont rapporté que les familles militaires pouvaient vivre une période d'ajustement, c'est-à-dire de renégociation des rôles. Cette étape peut être marquée par un stress parental dû au retour difficile, au changement de routine et au manque de discipline que présentent certains parents lors de leur retour à la maison. Si le lien n'est pas rapidement recréé entre le parent et son enfant, un trouble de l'attachement peut alors se manifester (Paris et Collab, 2010). Une relation de confiance peut être difficile à bâtir entre le parent et l'enfant puisque celui-ci a généralement été absent lors des périodes critiques du développement. Certains enfants n'ont pas nécessairement intégré l'apprentissage de séparation du donneur de soin, alors voir un des parents réapparaître pour s'occuper de lui peut s'avérer difficile à accepter (Paris et Collab, 2010). La réunification, c'est-à-dire le retour du militaire dans sa famille, génère généralement de l'enthousiasme, de l'anticipation et du soulagement. Cependant, ses diverses émotions sont parfois suivies d'un conflit émotionnel lorsque le parent réintègre le quotidien familial (Rowan-Legg, 2017). L'enfant peut présenter des comportements d'évitement, de peur ou d'hésitation face à son parent militaire, ce qui peut également être vécu difficilement pour ce dernier (Barket et Boyer, 2013). Selon Pincus, House, Christenson et Alder (2001), pour

les trois quarts des familles militaires, les trois premiers mois suivants le retour du militaire constituent la partie du cycle de déploiement la plus stressante.

### **1.11 Les défis à relever**

Au milieu des années 1990, le nombre d'opérations destinées au combat militaire a augmenté dans les Forces canadiennes en raison de l'engagement du Canada en Bosnie, en Croatie, au Rwanda, en Somalie et lors de la première guerre du Golfe (Anciens Combattants Canada, 2011, p.10). Cette intensification s'est notamment poursuivie lors des nombreux déploiements des troupes canadiennes en Afghanistan. Néanmoins, ces missions étaient fort différentes des missions antérieures puisque les militaires étaient déployés pour de longues périodes et avaient beaucoup moins de temps pour récupérer (Anciens Combattants Canada, 2011, p.10).

#### **1.11.1 La non-reconnaissance de la problématique par les Forces armées canadiennes**

Certains enjeux demeurent, car les Forces armées canadiennes ont souvent sous-estimé la validité et les conséquences du syndrome de stress post-traumatique. Il est à noter que l'apparence de perfection dans l'armée est au centre des convictions de la culture militaire (Harrison, 1997). Selon cette logique, tout ce qui pourrait nuire à l'image sans faille de l'armée est, la plupart du temps, caché ou passé sous silence : « [l]a dissimulation en vue d'une perfection apparente débute [dès le] camp d'entraînement [...] et l'apparence d'infailibilité repose en majeure partie sur le secret » (Harrison, 1997; p.38-39). Cette situation fait en sorte que l'armée a longtemps passé sous silence les conséquences du stress post-traumatique et cette situation, bien qu'elle soit davantage exposée et documentée, est encore malheureusement trop peu reconnue et encore un tabou (Marin, 2001). Historiquement, le Collège des Forces armées canadiennes n'a jamais réellement été ouvert aux changements rapides (Foot, 2006; p.13). Foot (2006) précise que lorsqu'un changement doit

se produire dans une institution, les politiques, les lois et les mesures mises en place peuvent s'adapter relativement facilement. Néanmoins, la culture et les attitudes prennent généralement plus de temps à être modifiées. Tel est le cas dans l'armée canadienne, les changements de politiques et les discours tendent à être changés dans l'image populaire, mais les attitudes et les préjugés de fond semblent occuper encore une place dans l'esprit de certains membres.

### **1.11.2 Les attitudes et les préjugés**

Considérant la culture militaire, certains soldats, qui demandent de l'aide, sont perçus par leurs confrères comme des individus ayant une faiblesse de caractère ou un manque de volonté (Hudon, 2004). Comme conséquence, certains militaires hésitent à aller chercher l'aide dont ils ont besoin et dont ils bénéficieraient énormément (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016). Il est important de préciser que la mentalité patriarcale des forces armées canadiennes et sa politique d'universalité autorise les Forces canadiennes à congédier un militaire qui ne rencontre pas les normes physiques et mentales pour le combat (Isabelle, 2000; p.26). Pour certains militaires, demander de l'aide devient un aveu d'échec et donc une indication d'incompétence personnelle (Hudon, 2004). La culture militaire traditionnelle s'impose encore, car « [e]ntreprendre une carrière militaire, c'est accepter d'être formé et mobilisé [...] dans des lieux inconnus, hostiles et dangereux pour sa vie et celle de ses camarades. C'est accepter d'être blessé, tué, exposé à des situations émotionnellement éprouvantes et de devoir utiliser la puissance d'armes meurtrières pour tuer [...] » (Routhier, 2004; p.38). Bref, c'est endosser le rôle de l'homme fort et viril prêt à tout pour sauver son pays.

### **1.11.3 Le manque de sensibilisation et de connaissance sur le stress post-traumatique**

En 2001, un rapport de l'ombudsman précisait que le niveau de connaissance et de sensibilisation en ce qui concerne le syndrome de stress post-traumatique était inadéquat et que les membres qui en étaient atteints étaient souvent mis à l'écart, dépréciés et abandonnés par leur équipe (Marin, 2001). En fait, durant de nombreuses années, certains dirigeants et membres des forces armées sont restés sceptiques à l'égard du syndrome de stress post-traumatique et sur sa validité comme réelle maladie : « [certains] cro[yaient] même, tant chez les pairs que chez les dirigeants, que ceux qui [étaient] atteints du SSPT f[aisaient] semblant ou [étaient] tout simplement de mauvais soldats » (Marin, 2001; p.7). Cette situation démontre que la non-reconnaissance du syndrome de stress post-traumatique était bien souvent de mise et que l'humiliation et les stigmates, qui y étaient associés, étaient partagés à la base de l'organisation militaire. Néanmoins, il s'avère primordial de comprendre que le courage et la force morale d'un individu n'ont aucun lien avec le développement du TSPT (Paris et Macdonald, 2002). Même si un individu s'est comporté avec admiration et bravoure devant un danger, celui-ci n'est pas à l'abri du TSPT et peut bel et bien être troublé par des symptômes et ce bien après que le danger soit passé. La peur, une réaction naturelle humaine, ne peut être neutralisée par le courage (Paris et Macdonald, 2002). Ce paradoxe s'explique par le fait que les émotions et les comportements sont deux choses différentes. Le comportement peut être contrôlé, mais pas les sentiments : du moins pas directement. (Paris et Macdonald, 2002). L'expérience traumatisante peut s'avérer être si troublante qu'elle ne cadre pas avec la conception du monde du militaire et l'événement ne peut pas alors être intégré comme il le devrait. Dans certains cas, le souvenir douloureux revient sous forme de cauchemars et de flashbacks.

### **1.12 L'importance du réseau social**

Le soutien et l'aide obtenue influencent la manière dont une personne fait face au stress et l'efficacité de ses stratégies d'adaptation peut en être affectée. La présence et la disponibilité des individus avec lesquels le militaire peut échanger, à propos de ses difficultés, aident à la réhabilitation (Hudon, 2003). La quantité et la qualité des rapports de soutien qu'entretient la personne peuvent influencer positivement ou négativement le niveau de détresse et la qualité de vie (Guay, Marchand et Bilette, 2006).

Selon les résultats d'une méta-analyse récente regroupant 77 études ayant relevé les facteurs de risque associés au syndrome de stress post-traumatique, le manque de soutien social serait le facteur de risque le plus important qui favoriserait le maintien et le développement de l'ESPT (Brewin, Andrews et Valentine, 2000; p.370). Selon Guay, Marchand et Bilette (2006), le soutien social inadéquat pourrait précéder le développement du TSPT. Une étude rétrospective exécutée par Solomon, Mikukincer et Waysman (1991) et réalisée auprès d'anciens combattants révèle que, comparativement à ceux qui n'ont pas développé un syndrome de stress post-traumatique, les combattants ayant développé un TSPT percevaient que leur famille offrait un moins grand soutien (Guay, Marchand et Bilette, 2006; p.370). Dans bien des cas, le traumatisme qui touche un vétéran a également des répercussions sur toute la famille d'où l'importance d'impliquer la famille dans le plan de traitement : « [...] la famille est souvent la première source de soutien pour ceux qui sont aux prises avec un TSO. Lorsqu'un vétéran souffre d'un TSO, l'effort nécessaire pour le comprendre et le soutenir peut constituer un lourd fardeau pour la famille et mener à un conflit dans le couple [...] » (Anciens combattants Canada, 2011, p.32).

L'environnement social et l'atmosphère psychologique auront également un impact sur les capacités de l'individu à surmonter les symptômes reliés au stress opérationnel (Hudon, 2003). Lors du retour, après une expérience traumatisante, le manque de reconnaissance publique, l'indifférence des supérieurs, voire l'hostilité et le mépris, pourront également augmenter le sentiment de culpabilité que ressentiront certains militaires (Hudon, 2003)

## **2. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE**

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons pour objectif général d'analyser et de documenter l'expérience des hommes militaires canadiens atteints d'un syndrome de stress post-traumatique. La question de recherche que nous souhaitons dans le cadre est la suivante : dans quelle mesure un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT) influence-t-il le fonctionnement social des militaires canadiens? Les objectifs de cette recherche consisteront à comprendre les significations que revêt un diagnostic de santé mentale notamment un diagnostic de blessure de stress opérationnel sur le mode de vie des hommes militaires canadiens, à analyser les répercussions de ce diagnostic de santé mentale sur la vie des hommes militaires canadiens et à comprendre leurs besoins. Nous analyserons également les stratégies utilisées par les hommes militaires pour y faire face dans la vie quotidienne et leur trajectoire de demande d'aide. Nous évaluerons également les enjeux reliés au fait de demander de l'aide.

### 3. CADRE THÉORIQUE

Ce travail s'appuiera sur la théorie de stigmatisation qui est souvent le résultat d'un phénomène appelé étiquetage (Becker, 1985). Nous tenterons de documenter la perception de la trajectoire de demande d'aide des militaires canadiens en matière de santé mentale et de comprendre si la stigmatisation a un impact sur leur recours à l'aide. À l'heure actuelle, les changements qui se sont produits dans nos sociétés modernes nous amènent à pénaliser certains comportements et le processus de stigmatisation conduit parfois un groupe à exclure un individu : « le groupe de référence stigmatise le comportement déviant en marquant sa désapprobation par rapport à l'acte commis ou au comportement adopté » (Tenaerts, 2008; p.6).

La stigmatisation revêt une certaine forme de fabrication d'un déviant par rapport à l'organisation (Lacaze, 2008). Les différentes phases de cet étiquetage passent par une désorganisation dictée par l'ensemble du groupe auquel on appartient. Par la suite, le délinquant qu'on a créé passe par différentes phases difficiles à vivre. Ces phases se déclinent en phases d'étiquetage, de désignation, d'identification, d'assimilation, de désagrégation de description, d'accentuation, de conscientisation et d'autoconscientisation (Lacaze, 2008). Dès lors, l'individu s'identifie, par rapport à lui-même ou au milieu, à un sujet délinquant et cette victime devient celle qui est décrite (Lacaze, 2008). Cette définition fautive de la situation provoque un comportement nouveau qui rend véritable la conception biaisée, qui était fautive au départ. Cette définition va déterminer le comportement qui en résulte avec ses conséquences : « [l']acte social d'étiqueter une personne comme déviante tend à altérer l'autoconception de la personne stigmatisée, par incorporation de cette identification. Sous un effet d'attente comportementale, la personne devient ce qu'on a supposé et ce qu'on a dit qu'elle était » (Wells, 1978, cité dans Lacaze; 2008, p.3). Les

conséquences souvent irréversibles de l'étiquetage comportent, en outre, l'enfermement dans un cercle infernal (Lacaze, 2008). Cet étiquetage devient un corridor menant à la déviance et il s'avère difficile d'emprunter un chemin de retour lorsqu'on porte un stigmaté (Lacaze, 2008). Les personnes étiquetées subissent un certain nombre de discriminations dans le revenu, l'emploi, le logement, la santé et dans leur situation familiale et sociale. Les individus sont amenés à se blâmer eux-mêmes et à se dévaloriser, car ils appartiennent à une catégorie perçue de façon négative (Lacaze, 2008). Il en résulte des tensions dans l'interaction sociale et l'isolement se poursuit.

Nous pouvons conclure que les stéréotypes et les croyances culturelles des militaires ajoutent à la perte de statut, une séparation entre les corrects et les faibles (Lacaze, 2008). Ces malades dépendent du pouvoir social économique et politique. Le pouvoir s'avère un agent essentiel dans la production du stigmaté. Nous pouvons donc affirmer qu'en violant les règles de la culture militaire, le soldat visé devient déviant puisqu'il viole certaines règles émotionnelles et certains tabous du cadre militaire canadien.

Dans le cadre de ce mémoire, nous tenterons d'explorer si le militaire stigmatisé est souvent étiqueté comme un faible (Isabelle, 2009). L'objectif consistera à comprendre comment le militaire souffrant une blessure de stress opérationnel n'est plus perçu comme une personne avec un diagnostic de stress post-traumatique, mais plutôt comme un problème dans son entièreté (Isabelle, 2009).

Le mémoire utilisera ce cadre théorique et tentera de comprendre comment le soldat atteint d'un syndrome de stress post-traumatique devient un militaire perçu comme déviant, c'est-à-dire un soldat qui s'éloigne de la norme attendue (Isabelle, 2009). Nous tenterons de documenter les

réactions des autres militaires et des Forces armées canadiennes face à son problème de santé mentale. Nous verrons si l'affirmation suivante a vraiment cours : « [l']ignorance et le stigmate associé au syndrome de stress post-traumatique conduisent beaucoup de soldats à traiter leurs camarades d'unité atteints d'un syndrome de stress post-traumatique comme s'ils étaient atteints d'une maladie contagieuse, une lèpre des temps modernes » (Marin, 2001; p.71). La culpabilité et l'isolement social sont alors au cœur des sensations du soldat. Le sentiment est d'autant plus intense que le rejet provient de ses propres confrères de travail, surtout pour des hommes qui ont consacré l'ensemble de leur vie à l'armée (Isabelle, 2009). En fait, nous utiliserons ce cadre théorique, car le processus de stigmatisation est au cœur du mode de vie des militaires qui vivent un syndrome de stress post-traumatique. Un soldat, qui exprime ses émotions et qui fait part de ses difficultés psychologiques en dehors des rituels appropriés, tels que les cérémonies commémoratives, est perçu comme un soldat qui cause le déséquilibre dans son groupe (Régimbald et Deslauriers, 2010). Il est puni voire stigmatisé, car on dit qu'il risque sa vie et celle de ses confrères (Jelusic, 2005, cité dans Régimbald et Deslauriers, 2010).

## 4. MÉTHODOLOGIE

### 4.1 Profil des répondants

Dans cette recherche, uniquement des vétérans et des militaires actifs des forces armées canadiennes ont été rencontrés. Toutes les données fournies sont basées uniquement sur ce groupe. Parmi les répondants, quatre étaient diagnostiqués de TSPT, et un seul ne possédait pas de diagnostic. Quatre hommes étaient membres de la Force terrestre et un de la Force aérienne. Dans le cadre de cette recherche, les hommes rencontrés, dans leur ensemble, étaient des francophones de souche. Leur niveau de scolarité variait entre le 5<sup>e</sup> secondaire et le premier cycle universitaire.

L'encadré qui suit présente les appellations qui ont été attribuées aux répondants ainsi que leurs catégories de rangs.

**TABLEAU 1.1**

**Appellations attribuées aux répondants et catégories de rangs**

Militaire 1	Sergent
Militaire 2	Caporal
Militaire 3	Caporal-Chef
Militaire 4	Soldat
Militaire 5	Sergent

**TABLEAU 1.2****Données socio-démographiques des répondants**

Répondants	Âge actuel	Âge lors de leur entrée dans les FC	Scolarité	Enfants	Statut	Nombre de déploiements
Militaire 1	47 ans	17 ans	Baccalauréat	8	Séparé	1
Militaire 2	28 ans	21 ans	DEP	0	Célibataire	1
Militaire 3	64 ans	31 ans	Sec 5	2	Marié	4
Militaire 4	57 ans	45 ans	Baccalauréat	1	Séparé	0
Militaire 5	70 ans	20 ans	Technique	3	Marié	1

Le statut matrimonial est le suivant, 2 répondants sur 5 vivent en couple depuis plusieurs années. La plupart d'entre eux ont des enfants : ce qui représente une moyenne de 2,8 enfants par répondant. L'âge moyen des répondants est de 53,2 ans. Au cours de leur carrière militaire, ces militaires ont fait entre zéro et quatre missions : ce qui représente une moyenne de 1,4 missions par répondant. Ils sont entrés dans les FC en moyenne à l'âge de 26,8 ans. Ils ont consacré entre 4 ans et demi et 30 ans à la Force régulière, une moyenne de 22,8 ans. Parmi ces répondants, aucun d'entre eux ne provenait d'une famille militaire.

**4.2 Collecte de données**

Les recherches faites sur le TSPT sont généralement axées sur des entrevues de questions fermées ou des questionnaires écrits qui sont davantage médicaux ou psychologiques. De ce fait, nous avons décidé de donner une plus grande place aux militaires qui, selon nous, constituent les experts de leur situation. Dans le cadre de ce mémoire, nos données ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-dirigées, car elles permettent davantage de liberté dans les réponses données et

une certaine liberté en ce qui concerne les thèmes abordés (Gallant, 2015). Elle est décrite par Savoie-Zajc (1997) comme étant « une technique de collecte de données fréquemment utilisée dans la recherche associée aux paradigmes interprétatifs et constructivistes ». Selon cette théorie, les militaires étaient en mesure de raconter leur expérience relative au diagnostic et aux services sans que des réponses leur soient proposées (Gallant, 2015). Nous avions le désir de mieux comprendre la perception et les significations que donnaient les militaires à leurs récits de vie et à leurs expériences dans les Forces armées canadiennes. Avec cette méthode, nous avons pu obtenir des données qualitatives qui, à notre avis, étaient le plus susceptibles de nous aider à obtenir les informations nécessaires afin d'atteindre nos objectifs de recherche.

Une dizaine de questions ouvertes avait été préparée à l'avance afin qu'elles puissent être posées lors de l'entrevue. De cette façon, les répondants étaient amenés à formuler leurs propres réponses et à donner un sens à leur propre parcours militaire (Gallant, 2015). Cela dit, la population étudiée était constituée de militaires canadiens vétérans ou actifs, afin de faciliter le recrutement.

#### **4.3 Intégration de la chercheuse dans le milieu**

Comme il était impossible d'avoir accès au réseau formel de l'armée telle que les services de santé et/ou administratifs, les réseaux informels ont dû être utilisés afin de faciliter le recrutement. Le recrutement a été effectué par le biais des médias sociaux, les centres de ressources familiales, les centres de santé et de services sociaux, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux, les universités et la légion canadienne. Cette dernière constitue un service d'aide aux vétérans et à leurs familles. Nous avons apposé sur les babillards de ces divers établissements des affiches de recrutement en parlant avec les personnes responsables et en leur présentant notre projet. La stratégie de bouche à oreille a été utilisée dans les différents regroupements de vétérans afin que

l'effort de recrutement soit connu. Les militaires ont entendu parler de cette recherche par le biais de différents regroupements et les activités qui étaient encadrées par diverses organisations. Cela dit, tous les participants ont répondu par courriel et furent contactés avec eux afin de vérifier si leur profil correspondait aux critères d'inclusion présentés. Par la suite, une rencontre a été fixée à la date qui leur convenait.

#### **4.4 Implications éthiques**

Les cinq répondants ont été recrutés grâce au bouche-à-oreille et à la publicité diffusée dans le cadre de cette recherche. Tous les hommes qui ont manifesté de l'intérêt dans le cadre de cette recherche ont tous été rencontrés. Lors du premier contact avec les participants, les objectifs de la recherche ont été expliqués aux militaires. Par la suite, le lieu des entrevues a été choisi à la discrétion des militaires. Nous nous sommes déplacées aux endroits que ces derniers avaient choisis : « [c]e choix permett[ait] aux répondants d'être à l'aise, limit[ait] leurs déplacements et préserv[ait] leur anonymat » (Hudon, 2015; p.41). Nos données primaires sont donc issues des discours de militaires ou de vétérans, d'entrevues et de nos observations. L'anonymat et la confidentialité ont été préservés de façon rigoureuse afin que nul ne puisse identifier les répondants. De cette façon, les militaires pouvaient s'exprimer librement sans crainte de représailles. Les données et les enregistrements seront conservés dans le bureau de mon directeur de recherche, sous clé, pour une période de huit ans.

Avant de débiter l'entrevue, les militaires devaient signer un formulaire de consentement qui leur était vulgarisé et une copie du formulaire leur était remise. Ces derniers avaient le temps de le lire et de le signer. Nous leur avons expliqué comment la confidentialité et l'anonymat seraient respectés et nous leur avons précisé qu'ils étaient libres de mettre un terme à la rencontre en tout

temps. Puis, nous avons fait un retour sur le projet de recherche, ses objectifs, ses éléments éthiques ainsi que sur mes coordonnées et celle de l'université. J'ai pris les précautions et les dispositions nécessaires pour m'assurer que chaque répondant comprenait bien l'objectif de ma recherche et le type de questions qui allaient lui être demandées. Les militaires ont aussi été avisés qu'ils étaient libres de se retirer à n'importe quel moment lors de l'entrevue. Les entrevues ont été enregistrées avec l'accord du participant. À la suite des rencontres, nous avons avisé les militaires que nous allions écrire le verbatim de chaque entrevue réalisée dans le cadre de la recherche.

Finalement, il s'avère important de préciser qu'une entrevue portant sur la santé mentale peut comporter certains risques. Pour un militaire, ayant eu recours à certains services en lien avec la santé mentale, il peut s'avérer très difficile d'en parler et cela peut remémorer des événements douloureux et difficiles. Bien que le fait de partager son expérience constitue un moyen privilégié en thérapie pour aider le militaire à apprivoiser ses pensées, je devais agir avec précaution afin de ne pas ajouter un stress supplémentaire : ce qui aurait pu se traduire par de la culpabilité, de la honte ou de la colère. Lors de ces entrevues, j'avais conscience que certains individus pouvaient avoir vécu une détresse interne intense à un moment ou l'autre de leur vie et que le fait de parler de cette expérience constituait un défi en soi. Nous avons contourné cette problématique en assurant la confidentialité totale des éléments qui nous ont été rapportés et en laissant le choix aux militaires de nous raconter ce qu'ils désiraient. Les participants avaient également accès à la liste de questions avant le début de l'entrevue et étaient libres de ne pas répondre à certaines questions si cela leur posait un malaise. Nous avons également remis une liste de ressources diversifiées aux membres et nous leur avons laissé un espace pour ventiler s'ils le désiraient à la fin de la rencontre.

#### **4.5 Analyse des données**

L'approche phénoménologique a été utilisée dans le cadre de notre mémoire. Elle tire son origine dans la philosophie existentielle et qui tente de décrire les significations des expériences vécues (Noiseux, 2006). Les chercheurs se sont inspirés de cette approche selon laquelle le contexte social et physique dans lequel se produit un comportement et où on obtient sa signification est tout aussi primordial que l'évaluation des individus dans des contextes contrôlés de laboratoire (Bachelor et Joshi, 2002). Le cœur de la phénoménologie consiste à comprendre l'expérience humaine vécue par un groupe de personnes en particulier (Noiseux, 2006). La méthode phénoménologique s'avère intéressante notamment dans le cas de notre sujet, car elle permet de fournir une situation où il est possible d'observer l'interaction d'un grand nombre de facteurs entre eux en permettant de rendre justice à la compréhension et à la complexité du contexte de vie des militaires (Muchhielli, 2009).

L'approche phénoménologique permet l'observation et l'identification des déterminants d'un comportement : ce qui, dans notre cas, demeure le nœud de notre recherche. Nous croyons qu'en utilisant cette méthode, il nous a été possible d'y développer une image relativement complète du syndrome de stress post-traumatique et d'y refléter l'interrelation de phénomènes complexes tels que ceux de la culture militaire. L'utilisation de méthodes adaptées aux préoccupations et aux intérêts humains et réels constitue la clé de la compréhension de la personne et de la dynamique familiale. Les causes sont ainsi perçues comme le centre de l'interrogation.

Dans notre recherche, ces différents aspects ainsi que le côté humain constituaient une priorité. Cela dit, nous croyons que cette méthode s'agençait bien avec notre travail de recherche, car la perspective de cette recherche avait pour objectif de développer une image complète de la

dynamique de la vie militaire et cherche à refléter également l'interrelation des phénomènes complexes reliés au diagnostic de stress post-traumatique. L'analyse du syndrome de stress post-traumatique a été effectuée selon deux approches : la définition du syndrome de stress post-traumatique et la façon dont il est vécu ainsi que les répercussions qu'il engendre sur le fonctionnement social du militaire.

#### **4.6 Limites de la méthode**

Cette approche méthodologique quantitative soulève certaines limites, car elle est inévitablement subjective (Zihisire, 2011). Les données subjectives relèvent d'impressions plutôt que de confirmations factuelles. Il faut prendre conscience que toute situation de recherche est abordée selon une certaine vision, des perspectives et des connaissances préalables : « [a]ucune situation de recherche n'est jamais complètement indépendante du chercheur, même si celui-ci adopte une attitude neutre ou est absent physiquement, puisqu'elle est toujours interprétée par lui selon les bases de sa perception » (Bachelor et Joshi, 2002; p.77). De plus, il est important de préciser que la chercheuse a effectué un stage de quatre mois dans une clinique résidentielle de traitement des stress post-traumatiques et qu'elle a été amenée à travailler avec des militaires atteints de troubles de stress post-traumatique sévères.

Les études démontrent également une tendance qui pousse le chercheur à se fier davantage aux individus qui sont articulés, davantage instruits et intellectuellement habiles (Bachelor et Joshi, 2002; p.80). Il faut également mentionner que le chercheur peut lui-même adopter des comportements sociaux différents que ceux qu'il aurait habituellement et les individus peuvent, quant à eux, adopter des comportements différents pour plaire au chercheur ou projeter une image sensationnelle (Bachelor et Joshi, 2002; p.81). D'autre part, certains participants peuvent modifier

ou omettre de divulguer certaines informations au chercheur par crainte ou pour protéger leurs intérêts comme cela pourrait être le cas chez des militaires qui craignent des représailles de la part de leur organisation (Bachelor et Joshi, 2002; p.81). La phénoménologie s'avère intéressante notamment dans le cas de notre sujet, car elle permet de fournir une situation où il est possible d'observer l'interaction d'un grand nombre de facteurs entre eux permettant dès lors de rendre justice à la compréhension de la complexité du diagnostic de stress post-traumatique et au contexte de vie militaire (Mucchielli, 2004).

## **5. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

Cette partie présente les principaux faits saillants recueillis à la suite des entrevues réalisés auprès de cinq militaires des forces armées canadiennes. La première section traite des motivations qu'ont eues les hommes à s'enrôler dans les forces. La deuxième section présente les conséquences qu'a eues le stress post-traumatique dans leur vie. La troisième section documente les stratégies qui ont été utilisées par les hommes pour faire face au stress post-traumatique. La quatrième section expose les défis rencontrés par ces hommes afin de demander de l'aide. Finalement, les dernières sections traitent de l'incompréhension vécue par les militaires et des frustrations ressenties par certains et de l'importance d'offrir des services.

### **5.1 LES MOTIVATIONS À S'ENRÔLER**

#### **5.1.1 L'envie d'adrénaline, de dépassement et de prestige**

Quatre sur cinq des militaires, que nous avons rencontrés, ne provenaient pas d'une famille ou d'un environnement militaire. Trois militaires ont été motivés à s'enrôler dans l'armée en raison de leur goût pour l'aventure et le prestige associé au grade militaire : « L'uniforme veut dire la fierté et les parades. J'aimais beaucoup les parades, les amis et la chaleur humaine. » (Militaire 3) Par le sens de son discours, ce répondant voit l'armée comme une institution de haut prestige où le respect est mis en avant-plan.

Un autre militaire a exprimé son désir d'aventure et de fébrilité :

*C'est le trip. L'argent est là aussi, mais il y a bien d'autres manières de faire de l'argent. Mais le trip de partir et de vivre quelque chose d'unique que jamais au civil tu vas vivre. Je crois que c'est ça que le monde veule. (Militaire 2).*

Dans le même ordre d'idées, un militaire explique que l'entraînement physique et le dépassement de ses capacités était source de motivation : « Je me cherchais et je voulais continuer à m'entraîner, j'adorais ça. Le métier de fantassin c'est ça, c'est de l'entraînement et je trouvais ça cool d'aller essayer plein d'armes. » (Militaire 2)

### 5.1.2 Les avantages financiers

Si quatre militaires sur cinq disent ne pas avoir choisi ce métier pour l'argent et ses avantages sociaux, deux répondants expliquent que la sécurité financière et les postes de carrière se sont révélés à l'époque très intéressants :

*Quand c'est devenu sérieux [avec ma femme], j'avais besoin de me sentir dans quelque chose de solide. J'avais le besoin d'amener quelque chose de solide à mon couple et je suis rentré dans les Forces. [...] Les avions, ça m'intriguait et je me disais que si après 25-30 ans, je sortais du militaire, j'aurais un autre métier. (Militaire 5).*

Un autre répondant explique la situation en emploi que les Forces lui permettait d'atteindre :

*Ben j'ai comme été là par obligation vu que j'ai fait un cours en montage de structure aérospatiale. L'armée en 2008, avec la récession engageait. [...] Je n'allais pas bien non plus, j'étais dans une rupture fait que je me suis dit, je vais rentrer et je vais essayer l'infanterie. J'étais quand même en forme et je me suis dit : je vais l'essayer tant qu'à rien faire. (Militaire 2).*

Les militaires évoquent également la sécurité d'emploi comme motivation à s'enrôler : « C'était ça que je voulais avoir une sécurité d'emploi. Ils m'offraient un métier, la possibilité d'avoir une famille donc c'était la recherche de sécurité et de carrière. » (Militaire 5). La possibilité de gravir les échelons professionnels constitue un élément considéré comme positif par les militaires lorsqu'ils ont décidé de débiter une carrière au sein des Forces armées canadiennes. Les militaires reçoivent un salaire annuel fixe, même si ils prennent des congés de maladie ou des congés personnels et double leurs salaires lors des missions.

D'une façon générale, les militaires rencontrés croient que l'armée, par sa nature de discipline, est une entité respectable et digne pour laquelle ils sont fiers d'y avoir consacré leur vie. Plusieurs militaires (n=5) ont nommé, de manière différentes que l'armée était une institution de discipline : « J'étais conscient que l'armée était constituée de beaucoup de restrictions et de discipline. L'armée, c'est une ligne de discipline et on s'attendait à vivre dans de l'austérité. Il n'y a pas d'affectivité dans ce système, donc il n'y a pas de zones grises. » (Militaire 3)

La majorité d'entre eux mentionnent que l'armée leur a permis de devenir disciplinés et de se consacrer à une carrière stimulante, même si ces derniers ont vécu des événements difficiles : « La discipline j'aimais ça, j'aimais la façon de faire. » (Militaire 5)

Aucun militaire interrogé ne semble regretter sa carrière militaire. Au contraire, malgré les difficultés vécues par l'ensemble des répondants, tous ont été en mesure de nommer spontanément les aspects positifs que l'armée leur a apportés.

### **5.1.3 Les conséquences du stress post-traumatique**

Quatre répondants expliquent également que les symptômes du TSPT ont eu de graves répercussions sur leur famille et leur relation de couple. Ils rapportent que leurs comportements ont été difficiles à supporter pour leur épouse, mais qu'à ce moment, ces derniers n'en étaient aucunement conscients : « Le PTSD m'a coûté mon mariage. » (Militaire 1) Les militaires rencontrés mentionnent que leur relation de couple s'est avérée difficile à maintenir, car ils étaient moins affectueux, plus impatients et prompts.

Certains expliquent avoir tant bien que mal voulu démontrer aux membres de leur famille qu'il les aimaient, mais expliquent avoir été maladroits dans leur rôle de père et d'époux : « J'ai de la culpabilité envers moi qui n'a pas été capable de me prendre en main pendant très très longtemps, culpabilité de ce que j'ai fait à ma femme et mes enfants. J'ai fait des gaffes. » (Militaire 5)

Les militaires se sentent coupables vis-à-vis certains de leurs comportements. Les difficultés à dormir, l'isolement social, l'incapacité à travailler, l'impatience, la colère, etc. ont bouleversé les gens qui les entouraient : « C'est pas évident de vivre avec quelqu'un qui a un stress post-traumatique. » (Militaire 1) Par cette phrase, ce militaire explique que sa femme a dû faire plusieurs sacrifices pour lui et qu'elle s'est souvent privée de sorties pour lui tenir compagnie puisqu'il était incapable d'aller dans des événements familiaux ou culturels.

Ainsi, certains militaires semblent démontrer un sentiment de culpabilité et de honte et se blâment pour les conflits familiaux qui sont survenus ainsi que pour les bouleversements qu'ils ont créés dans la dynamique familiale : « Ça a des répercussions chez vous. Ta mère, tes parents ou ta femme ou ta blonde en subissent des conséquences. » (Militaire 4) Les répondants rencontrés ont éprouvé des difficultés et la mise en place d'une routine conjugale et familiale ne s'est pas faite sans heurts : « Mes enfants sont froids aujourd'hui et je les comprends. Je ne leur en veux pas. » (Militaire 5)

De plus, l'ensemble des répondants expliquent que leur entourage leur reprochait de ne plus être les mêmes et de changer leur comportement. Certains militaires faisaient régulièrement des sorties et participaient à des activités familiales et ils ont modifié leur comportement en clamant qu'ils préféreraient rester seuls et tranquilles. D'autres ont démontré des comportements agressifs qu'ils

n'avaient pas l'habitude d'avoir : « J'étais agressif, à un moment donné, je suis arrivé un matin et j'ai défoncé un mur de gyproc à coups de poing. Je ne rêvais pas à ça, mais mes parents m'ont dit que j'avais changé [...]. » (Militaire 2) Bref, certains, après le retour de missions, expliquent qu'ils n'étaient plus les mêmes, ils étaient violents, impatients et distants.

Les militaires expliquent que les différents symptômes du stress post-traumatique les ont amenés à s'isoler de plus en plus : « J'ai renié tout le monde de ma famille, mes frères, mes sœurs et mes amis. » (Militaire 5) Bref, leur vie familiale, sociale, professionnelle et conjugale a alors été chamboulée, ce qui les a amenés à faire face à des défis dans diverses sphères de leur vie.

## **5.2 Les stratégies pour faire face à l'état de stress post-traumatique**

Certains militaires ont utilisé diverses stratégies d'adaptation pour faire face aux situations qu'ils avaient vécues. Parmi celles-ci, on retrouve notamment l'évitement émotionnel, l'isolement et la recherche d'aide venant du réseau social. Ces différentes stratégies seront présentées en profondeur dans les pages qui suivent.

### **5.2.1 L'évitement émotionnel**

Quatre militaires rencontrés expliquent que, sans s'en rendre compte, beaucoup ont pris l'habitude au fil des années, de garder leurs émotions pour eux-mêmes et de les refouler. La mise à distance des autres et les efforts pour éviter de parler et de penser aux événements traumatisants sont rapportés par les participants. En réalité, les militaires expliquent dans leurs témoignages qu'ils ont tenté, tout au long de leur carrière, de se « blinder » afin de ne rien ressentir et de « rester forts ». Néanmoins, certains d'entre eux mentionnent que cette stratégie n'a été que temporaire et apaisante pour un certain laps de temps : « Je suis arrivé à bien gérer jusqu'à temps que je me

rende compte, qu'avec les rencontres et tout ça, ben que dans le fond, je ne gérais pas grand chose. J'étais comme la ville de Montréal, je faisais juste patcher des trous, mais je ne faisais pas une bonne job. » (Militaire 1)

Les militaires expliquent avoir mis en place diverses stratégies pour ne pas faire part de leur monde émotionnel, pour ne pas partager ce qu'ils vivaient avec leur entourage. Ces derniers ont trouvé diverses façons de gérer leurs émotions afin de ne pas être submergés par celles-ci. De cette façon, ils n'avaient pas à les considérer et n'avaient pas à les légitimer. Ces militaires estimaient qu'ils n'avaient pas nécessairement besoin de parler de ce qu'ils vivaient : « En parler, c'est affronter ses démons et ce n'est pas toujours évident. Tu ne veux pas revivre ça et ressortir ça. Tu penses que c'est caché en dedans de toi et que c'est enterré, mais c'est toujours là. » (Militaire 2)

Néanmoins, deux militaires expliquent avoir extériorisé leurs émotions et avoir parlé de ce qu'ils avaient vécu :

*Il faut que tu l'affrontes et que tu en parles. Si tu gardes ça en dedans de toi et que ça te dérange pis que c'est jamais mort, ben ça ne sera jamais mort. Moi, j'avais pas de honte de ce que j'avais vécu fait que j'en parlais des fois, même si ça ne me tentait pas, ben j'en parlais. Ça s'extériorisait. (Militaire 2).*

Un d'entre eux explique même que ses émotions sont toujours présentes et qu'il est nécessaire de prendre le temps de les vivre :

*Bah, les émotions vont rester les émotions, je veux dire que quand tu fais de la musique, tu n'es pas un robot et tu les laisses aller tes émotions. T'sais faut que tu vives dans le moment présent pis faut que tu fasses ta job pareil. Ces émotions-là doivent sortir. (Militaire 4).*

### **5.2.2 L'isolement**

Plusieurs des militaires rencontrés (n=4) ont également choisi consciemment de cacher ce qu'ils vivaient et d'ériger un mur entre eux et les autres. Plusieurs ont choisi l'isolement afin de fuir la vie quotidienne et pour ne pas parler de ce qui leur était arrivé durant leur parcours dans les forces. Un militaire explique avoir fait une croix sur sa vie sociale de façon volontaire : « Je n'ai plus de vie sociale. Moi, j'ai pu d'amis, ce n'est pas parce que je n'en ai pas, j'ai volontairement coupé contact avec eux autres. C'est vraiment moi qui s'est mis en retrait. » (Militaire 1)

Dans ce contexte, avoir un animal de compagnie aide à combler ce peu ou cette absence de contacts avec un réseau social : « Les chiens ont été mes compagnons de solitude. Moi j'ai toujours eu des chiens, moi je n'ai pas d'amis. » (Militaire 5)

Dans une autre situation, un militaire en est venu à être mal à l'aise s'il était entouré de plusieurs personnes à la fois. Celui-ci a mentionné : « Je ne suis pas à l'aise dans les foules. Et pas du tout, j'ai pratiquement perdu mon réseau social, pour ça. » (Militaire 1) Deux ont également eu tendance à se distancer de la routine ennuyeuse et répétitive de la vie civile pour se retrouver au cœur de l'action. Ils expliquent avoir entrepris plusieurs projets personnels ou professionnels afin d'occuper leur temps. Un d'entre eux a par exemple entrepris de gros travaux de construction.

### **5.2.3 Le soutien provenant du réseau social militaire ou civil**

Néanmoins, trois des militaires sur cinq rencontrés ont évoqué avoir gardé contact avec leur réseau social et s'être moins isolés. Ces derniers militaires ont témoigné de l'importance qu'ils accordaient au groupe et des bénéfices que l'effet de groupe avait pu avoir sur eux.

*Ben moi, ce qui m'a sauvé dans cette mission-là : je suis un gars de groupe, tant est aussi longtemps que tu restes en groupe, tu es protégé, mais du moment où tu laisses le groupe et que tu veux faire cavalier seul, tu deviens vulnérable. Moi, je sais que, dans des situations difficiles, j'ai toujours été dans un groupe et tout le monde se consolait. [...] Dans les moments difficiles, tu dois être en groupe et jamais seul. Le monde qui n'ont pas compris ça, ben ils capotent. Tu dois avoir ton petit groupe ou ta famille.* (Militaire 3).

Les autres militaires peuvent offrir un soutien précieux. Toutefois, ils peuvent aussi, à l'inverse devenir une source de pression ou de jugement face aux difficultés ressenties « J'ai commencé par le dire à mes chums militaires, car ils me comprenaient plus, surtout les gars avec qui j'étais parti en mission. Après ça, quand je suis revenu ici, j'ai défoncé le mur chez mes parents et j'en ai parlé à mes chums civils. » (Militaire 2)

Dans ce contexte, un des militaires mentionne que l'armée lui a enseigné l'importance de la notion d'équipe : « Au-delà de ça, on sait qu'on est pas tout seul. C'est ça que t'apprends dans l'armée, tu as de l'esprit de corps pis le monde autour, pis l'entourage c'est important. » (Militaire 4)

Dans un autre cas, un militaire mentionne que ses enfants ont été un facteur de protection important puisqu'ils lui ont permis de participer à des activités et de s'exposer à diverses situations sociales : « Si ça ne serait pas de mes enfants, probablement, que je finirais ermite dans ma maison et que je ne sortirais plus jamais. Mes enfants, c'est vraiment ma priorité dans la vie. » (Militaire 1)

## 5.3 Les défis rencontrés par les militaires dans leur demande d'aide

### 5.3.1 Les préjugés

Les militaires rencontrés s'entendent pour dire que l'armée est un milieu où les préjugés envers la santé mentale sont omniprésents. Le recours à l'aide est souvent associé à la faiblesse dans un milieu où la force de caractère est préconisée. Dès le processus d'embauche, le courage, la force, l'endurance et la rigueur sont sollicités : « Dans l'armée, il n'y en a pas gros qui rentre là en pâte molle. » (Militaire 4)

De plus, les militaires interrogés ont témoigné de l'enseignement militaire qu'ils ont reçu servant davantage à préparer et à endurcir moralement le soldat : « Dans le temps, l'armée était là pour briser le caractère et les émotions. » (Militaire 5)

Dans bien des situations, les militaires expliquent qu'ils craignent les jugements et les préjugés associés au TSPT. Pour les militaires, souffrir d'un TSPT était bien souvent un synonyme de faiblesse et la faiblesse n'est pas bien vue dans les métiers militaires :

*Oui, dans l'armée, c'est normal qui il y ait des préjugés et c'est normal, même naturel, parce que tu as pas le droit de faire des dépressions. On t'a entraîné à être fort et on t'a entraîné avec des couteaux édentelés pour pouvoir couper de la viande et égorger quelqu'un. Alors, ce n'est pas le temps d'avoir le cœur sensible. (Militaire 3).*

Par conséquent, les militaires n'osent souvent pas avouer à leurs pairs ce qu'ils ressentent véritablement et discutent encore moins de ce qu'ils vivent avec leurs supérieurs. Ainsi, plusieurs militaires dissimulent leurs symptômes tant et aussi longtemps qu'ils le peuvent. Avouer sa faiblesse, c'est prendre le risque d'être jugé ou d'être perçu comme un lâche qui profite des

avantages financiers d'un congé de maladie. Un militaire explique : « Ce que je ne voudrais pas, c'est être perçu comme quelqu'un qui profite du système. » (Militaire 1)

Deux participants craignent que le fait de parler des émotions qu'ils ressentent pourrait mettre un frein à leur carrière et aux promotions qu'ils pourraient obtenir : « Mais vous savez, dans ce temps-là, si on disait qu'on allait pas bien, bin on venait de mettre un frein à notre carrière et il n'y avait pas d'augmentation de salaire et il n'y avait pas de promotion. » (Militaire 1)

Ainsi, parler de ses émotions et du mal que l'on ressent, c'est prendre le risque d'être sanctionné par une exclusion et par un arrêt brutal dans l'avancement de sa carrière. Le militaire peut également se retrouver à l'écart du groupe ou de la chaîne de bataillons et les autres peuvent être amenés à le percevoir différemment. Un militaire explique sa perception de la façon de procéder lorsque quelqu'un est malade : « Je sais que quand tu files pas, ils te mettent à part et tu ne restes pas dans les rangs et tu ne vas pas en exercice. [...] C'est sûr que ça ne te valorise pas. » (Militaire 2)

La situation est telle que la crédibilité du soldat peut être minée. Un militaire explique que certains soldats ne veulent pas faire équipe avec des militaires qui sont atteints de syndrome de stress post-traumatique : « Je le suivrais pas lui parce qu'il est post-trau, comme on dit. » (Militaire 2)

Les participants ont rapporté que certains préjugés sont véhiculés au sein de l'organisation militaire. Les militaires parlent du couloir de la honte et même de l'escalier de la honte pour décrire les installations menant aux services de santé mentale au sein des différentes bases militaires. Un militaire explique qu'il était inconcevable pour lui d'aller chercher de l'aide au sein

des services de santé de la base militaire : « Je n'étais pas à l'aise, qu'on me voit passer dans le corridor de la honte, je ne voulais pas aller là. » (Militaire 1)

Finalement, un militaire explique que les appellations que l'on donne aux individus qui font face à des problèmes de santé physique ou psychologique sont parfois teintées de jugements et des préjugés. Un militaire témoigne de la situation : « Quand le gars est pas capable d'aller en exercice, ça veut dire que lui c'est une moumoune. Il a un p'tit mal de pattes ou de vie, et il n'est pas capable de faire l'exercice, ben voyons! » (Militaire 3)

### **5.3.2 La banalisation du syndrome de stress post-traumatique**

La banalisation des situations que vivent les militaires semble aussi être omniprésente.

Plusieurs personnes, comme ce militaire rencontré, ont de la difficulté à s'attribuer le diagnostic dans son entièreté : « C'est pas tellement un trauma, c'est un différent trauma... t'sais ça pas été, oui j'ai vu un événement, j'en ai vu un autre, puis un autre. Mais ça pas été un trauma dans le sens que je veux dire qu'il n'y a pas une auto qui m'a roulé dessus. » (Militaire 4)

Cette situation amène certains militaires à comparer leurs traumatismes entre eux et à les banaliser de cette façon :

*Moi, je n'acceptais pas d'avoir le statut de PTSD, mon frère est militaire aussi et lui il a fait quatre fois la Bosnie et une fois la Yougoslavie et une fois l'Afghanistan et il en a vécu des bien plus dures que les miennes. J'avais beaucoup de misère. Je trouvais que je ne méritais pas le titre de stress post-traumatique [...] et je trouve encore qu'il y a des gens qui ont vécu des choses bien plus graves que les miennes. (Militaire 1).*

Cette citation confirme que les militaires exercent eux-mêmes des jugements et des préjugés à leur égard. Les témoignages effectués nous permettent de dire que militaires ont rarement une attitude

indulgente envers leur propre santé physique et psychologique et qu'ils sont durs envers eux-mêmes.

### **5.3.3 L'image de virilité**

La situation particulière entourant l'image de combattants, d'hommes forts et virils est au centre des normes véhiculées parmi les hommes de combat sur le terrain. Les préjugés sont nombreux et une hiérarchisation entre les situations les plus graves et les moins graves. Comme de faire une comparaison entre les actions posées au combat et le syndrome de stress post-traumatique : « [j]e connais même du monde qui sont allés en Afghanistan, qui donnaient des bas à du monde et ça veut prendre le mérite des métiers de combat, qu'eux ils ont vécus des vraies affaires. T'sais je connais des gens qui sont PTSD et qui n'ont jamais tiré une cristi de balle. » (Militaire 2)

### **5.3.4 Le silence et la honte**

Un grand nombre de militaires (n=4) taisent ainsi leur souffrance ce qui complexifie l'octroi d'un diagnostic. Bien évidemment, différentes raisons justifient ce silence. Certains militaires ont honte de leur condition et de ce qui leur est arrivé et s'attribue la faute de l'ensemble des événements. Un sentiment de culpabilité s'ensuit alors et les victimes ont alors tendance à s'isoler et à se couper de leur entourage : « C'est mon problème, c'est ma vie à moi et c'est moi qui dois faire ce qu'il faut. » (Militaire 1)

Trois militaires ont même exprimé de n'avoir jamais dit à leur famille qu'ils étaient atteints d'un stress post-traumatique : « Mais, moi il n'y a personne qui est au courant de mes affaires même mes enfants. Ma fille, je ne lui ai jamais dit ça que je suis malade ou PTSD. J'ai jamais, jamais voulu, je ne veux pas. » (Militaire 3)

Dans les milieux militaires, on a appris au soldat que la peur faisait partie de la vie et qu'ils devaient la surmonter afin de donner le meilleur d'eux-mêmes et d'être au maximum de leur capacité. Ainsi, un militaire explique que peu de gens de sa famille sont au courant de sa situation : « Ils le savent pas [que j'ai un diagnostic de stress post-traumatique]. Dans mon entourage proche, il y a mon ex-conjointe et mes 4 enfants. [Mes autres enfants et mes parents le savent pas]. » (Militaire 1)

Dans un autre cas, un militaire précise qu'il perçoit ses problèmes d'un ordre privé et personnel exclusivement et que cela l'épuise parfois : « C'est mes problèmes et je n'ai pas à les imposer aux autres, c'est pour ça que des fois, je suis extrêmement brûlé parce que toute l'énergie que ça m'a pris pour avoir l'air normal, bin le soir, je n'ai pu de jus à donner. » (Militaire 1)

#### **5.4 Le sentiment d'incompréhension**

L'incompréhension est ressentie par trois militaires qui ont été interrogés. Ils ont parfois l'impression que leurs proches ne peuvent pas comprendre leur souffrance. Après un événement traumatique, certains militaires ressentent un vide intérieur, car leurs croyances fondamentales sont ébranlées. Leurs valeurs ont parfois été mises à l'épreuve et ceux-ci deviennent davantage conscients de celle-ci. Par exemple, pour un des militaires rencontrés, l'incompréhension dont les autres font état se traduit chez lui par un manque d'appartenance : « Tu as l'impression que tu ne cadres pas dans le monde. Du tout du tout. » (Militaire 3) Ce militaire explique qu'il a l'impression de ne plus se retrouver au travers les idées et les valeurs véhiculées par la communauté dans laquelle il habite.

En fait, un autre répondant explique que son retour de mission a été difficile, car la société semblait préoccupée par des aspects et des sujets qui, à ses yeux, paraissaient banals. Le fait de vouloir transmettre les éléments qui à ses yeux paraissaient importants soulevait une grande incompréhension dans son entourage :

*Quand on revient au Canada, dans une atmosphère complètement différente, c'est confrontant, avec les voitures, les gens bien habillés et le monde qui prenne leur crème glacée. Quand tout le monde est branché sur des banalités et que tout le monde écoute le procès d'O.J Simpson, c'est confrontant, surtout quand tu sais qui a plein de gens qui meurent partout dans le monde. On se dit qu'on est complètement hors temps et on se sent comme une plume dans le vent. (Militaire 3).*

Dans le même ordre d'idée un autre répondant partage également le sentiment de différence qu'il a vécu suite aux échanges vécus avec la société civile à son retour : Il témoigne d'une situation :

*Faut être conscient de ce qui se passe quand tu reviens à maison. Pis calvaire que t'essaies de dire au monde qu'on est chanceux, qu'on a l'eau chaude, l'électricité, le garde-mangé et le frigo plein. [...] Quand tu reviens, tu deals avec ça et t'essayes de rendre les gens autour de toi conscients. Mais on ne le fait pas toujours de la bonne façon t'sais, pis des fois, c'est ça qui fait, qui te regardent de travers et qui comprennent pas. (Militaire 4).*

#### **5.4.1 La crainte d'être blâmé**

D'autres militaires craignent également la réaction de leur entourage après un événement traumatique et mentionnent craindre que cet entourage les blâme pour les décisions qu'ils ont prises. À titre d'exemple, un militaire mentionne qu'il était conscient des risques qu'il encourait en s'enrôlant dans l'armée et mentionne qu'il ne souhaite pas avoir la pitié des gens : « Par la force des choses, on attire la sympathie et je ne voulais pas que ma situation... personne soit un peu teinté de ça. Je ne voulais pas que les gens aient pitié de moi. » (Militaire 1)

Les remarques désobligeantes sur les choix que les militaires ont eux-mêmes faits sont parfois lourdes à porter. Les reproches déguisés sous forme de questions et les remarques soulignant et

questionnant l'attitude ainsi que le comportement que le militaire a décidé d'adopter sont parfois source de frustration pour le militaire.

Dans une situation, un répondant explique que lorsqu'un militaire a l'impression que l'événement qu'il a vécu s'est produit par sa faute et qu'il s'en sent responsable. L'impression que personne ne le semble le comprendre, ne fait qu'accentuer les symptômes d'isolement : « L'incompréhension amène à l'isolement, pis l'isolement c'est définitivement le début de la fin. » (Militaire 3)

#### **5.4.2 Le manque de connaissance des militaires sur le trouble de stress post-traumatique**

De plus, dans cette recherche, il est étonnant de constater dans quelle mesure le TSPT était peu évoqué dans la formation militaire. Les militaires que j'ai rencontrés ignoraient tous les symptômes et les conséquences du stress post-traumatique (n=5). Plusieurs militaires mentionnent ne pas avoir reçu l'aide nécessaire à leur retour de mission puisque le TSPT était fort mal connu : « J'ai jamais su ce qui se passait dans ma tête. [...] Il n'y avait pas d'information sur ce qu'est-ce qu'on vivait et pourquoi on vivait ça. » (Militaire 1)

Un autre répondant explique ne pas avoir demandé d'aide, car sa méconnaissance vis-à-vis du TSPT ne lui permettait pas de régler son problème : « Les choses que tu connais pas, tu ne demandes pas. Je ne savais même pas que ça existait les stress post-traumatiques. J'ai appris cela en 2001. » (Militaire 5)

Puis, un autre militaire mentionne que la non-reconnaissance de la problématique amène les militaires à être peu conscients de leurs symptômes : « Je ne savais pas, c'est le monde qui me l'ont dit, car je fonctionnais à la manière que je pensais normale, jusqu'à ce que je fasse pleurer

mon entourage. Ma femme s'est mise à pleurer, car elle ne savait pas quoi faire avec moi parce que je n'étais pas normal dans la maison. Mais, pour moi, dans tout ça, j'étais normal. »

(Militaire 3)

Finalement, le militaire 2, quant à lui, souligne avoir reçu un peu d'information préparatoire avant de partir en mission, mais mentionne que la notion du TSPT avait été très peu abordée : « Il y avait des petits cours power-points cul-cul là qui préparaient au déploiement. Mais, tu n'es jamais assez préparé à ce que tu vas voir » (Militaire 2).

### **5.5 L'importance des services offerts**

Cette recherche visait à comprendre de quelle façon le processus de soutien s'était opéré pour les militaires rencontrés. Bien que les participants rencontrés, pour la majorité (n=4) ont mentionné ne pas avoir été chercher l'aide qui leur était nécessaire lorsqu'ils en éprouvaient le besoin, il n'en demeure pas moins que ceux-ci dans la totalité (n=5) s'entendent pour dire que le rôle des professionnels est primordial dans leur organisation. L'aide et le soutien que peuvent apporter les professionnels de la santé demeurent, selon eux, un moyen efficace pour mieux gérer les symptômes du syndrome de stress post-traumatique : « Même si tu penses que tu es le plus tough. Si tu le sais que tu as un problème, dis le peu importe la grosseur et la grandeur que tu as. »

(Militaire 2)

Un répondant explique que la santé mentale doit être traitée comme toute autre problématique par un professionnel : « Si tu te pètes un genou ou que tu te pètes une cheville, tu vas aller faire de la physiothérapie. Tu as mal aux dents, qu'est-ce que tu fais? Tu vas chez le dentiste. Mais là, tu as mal à l'âme, fais que tu dois aller travailler là-dessus avec le bon professionnel. » (Militaire 4)

À la lumière des énoncés des répondants rencontrés, il est possible de constater que ces derniers restent persuadés que l'armée a le devoir de faire de la prévention en ce qui concerne les problèmes de santé mentale notamment en ce qui a trait au syndrome de stress post-traumatique. Selon un répondant, la santé mentale devrait être abordée dès les premières années d'entrée en fonction du soldat :

*Une chose qui devrait être faite tout de suite en partant ben c'est de rencontrer un psychologue qui viendrait te parler de ce qui peut t'arriver et ce à quoi tu peux faire face si tu décides de faire une carrière militaire. Il y a des très bonnes choses, mais il y en a des moins bonnes. Si tu es au courant des choses qui peuvent t'arriver, ben tu risques de peut-être moins te blâmer. (Militaire 5).*

De plus, selon le point de vue d'un autre militaire, la prévention devrait être au centre même des formations données aux soldats : « Je pense que l'éducation gagne du terrain fait que je pense qui a de moins en moins de points négatifs qui laissent place à de plus en plus de points positifs. [...] On doit en parler à haute voix et continuer comme ça. » (Militaire 4)

Néanmoins, un répondant reste convaincu, dans son discours, que le rôle de l'armée n'est pas de faire de la prévention et de l'éducation vis-à-vis le stress post-traumatique. Selon lui, l'armée doit enseigner une panoplie d'autres choses beaucoup plus importantes :

*Ce n'est pas nécessaire de [faire de la prévention]. On fait du monde qui doivent être sans émotion, sans émotivité [...] sinon l'armée va perdre sa raison d'être. On n'a pas le temps d'en parler dans l'armée, sinon c'est plus de l'armée. [...] On fait du monde qui doivent être sans émotion, sans émotivité. (Militaire 3).*

## **5.6 Les frustrations soulevées par les militaires canadiens**

### **5.6.1 Le manque de gratitude**

Bien que les militaires interrogés parlent de reconnaissance et remercient l'armée pour les compétences et les valeurs que l'institution leur a inculquées, plusieurs militaires font état du manque de reconnaissance de l'armée à leur égard. Même si la totalité d'entre eux (n=5) affirme ne pas regretter leurs parcours au sein des Forces armées, ces derniers soulèvent plusieurs situations où ils ont eu l'impression qu'ils n'avaient pas été traités avec le respect qu'ils méritaient. Compte tenu des sacrifices qu'ils ont faits pour leur patrie, certains mentionnent avoir ressenti certaines frustrations lors de leurs parcours dans les Forces armées canadiennes.

Un militaire fait état d'une situation où il s'est senti délaissé : « La vieille, j'avais sauvé la vie d'une fille, une prostituée en Haïti et le lendemain, j'étais le pire hostie de trou de cul. Ça, ça m'a fait mal. J'étais rendu un numéro. Fais que j'ai dis ouin, ben je vais crisser mon camp et j'ai donné ma release. » (Militaire 2)

Le manque d'information et la bureaucratie sont également des éléments qui frustreront la majorité des militaires (n=5). Bien que ces derniers comprennent la raison d'être de la chaîne de commandement, plusieurs déplorent le fait que certaines décisions ne soient gérées que par une seule personne et qu'ils soient dans l'obligation de respecter cette hiérarchie. Un militaire témoigne de son mécontentement vis-à-vis un de ses supérieurs : « On avait un sergent qui était fou, il nous mettait à l'écart. Mon supérieur savait [ce qu'on faisait], mais quand ça s'est rendu en haut, c'était différent. Ça fait l'effet boule de neige dans l'armée, ça part petit et quand ça fesse en bas, ben la boule est grosse. » (Militaire 2)

De plus, plusieurs militaires soulèvent comme frustration la bureaucratie associée à certaines démarches afin d'obtenir des services. À titre d'exemple, un militaire déplore le fait de ne pas pouvoir parler rapidement à quelqu'un lorsqu'il téléphone à certains services du ministère. Un autre militaire mentionne qu'il est dans l'obligation de demander à son épouse faire ses appels téléphoniques compte tenu de cette situation. Puis, un autre répondant explique devoir ouvrir son courrier en compagnie d'une autre personne afin de mieux comprendre les avis et la documentation qu'il reçoit. Finalement, un autre répondant explique avoir attendu de nombreuses années avant d'avoir eu accès à un gestionnaire de cas.

### **5.6.2 L'évolution de mentalités au sein des Forces armées canadiennes**

Le changement des mentalités semble toutefois s'opérer dans l'armée et certains répondants soulèvent des changements dans les façons de faire et de penser au sein des Forces armées canadiennes. Les mentalités tendent à s'inscrire dans des vents de changements selon ce militaire : « Ben, il y avait une vieille mentalité dans l'armée d'hommes forts, virils et tout. Mais quand je suis parti, ça commençait à changer un peu. Avant, ça marchait à coups de pied dans le cul, mais maintenant tu ne peux plus faire ça. Tu ne peux quasiment plus crier après le monde. » (Militaire 2)

Plusieurs militaires mentionnent que, grâce aux médias et aux interventions effectuées par le Général Dallaire, les principes et les mentalités au sein de l'armée sont en voie d'évoluer : « Ça change pour le mieux [dans l'armée]. Les murs tombent, des portes ouvrent. Le jugement tombe, le courant de pensée tombe. Il y a de l'éducation, puis c'est l'éducation qui est la clé là-dedans, parce que tu apprends à mettre des mots sur des choses, ça s'améliore. » (Militaire 4)

Bref, tous les répondants s'entendent globalement pour dire que l'armée et ses institutions tendent à changer et que les mentalités qui les composent sont en vue de connaître des changements au cours des prochaines années

## **6. ANALYSE**

### **6.1 Les obstacles à la prestation de demande d'aide**

#### **6.1.1 Connaissance sur le syndrome de stress post-traumatique au sein de l'armée**

À la lumière des résultats obtenus, nous pouvons constater que le manque d'information vis-à-vis le stress post-traumatique est au cœur des problématiques que vivent les militaires. À cet effet, les militaires possèdent très peu de connaissances sur le stress post-traumatique et sur les conséquences qu'ils peuvent engendrer dans leur vie. Même si la totalité de l'échantillon estime avoir vécu des pertes personnelles et professionnelles en raison des sacrifices et des interventions qu'ils ont eu à faire, peu d'entre eux connaissent les symptômes du syndrome de stress post-traumatique. L'Ombudsman lors de son enquête initiale en 2002, a constaté que les militaires diagnostiqués d'un TSPT étaient souvent stigmatisés dû à une ignorance et à une méconnaissance fondamentale de la nature et de la gravité de la maladie » (McFayden, 2008; p.17). Le rapport de l'Ombudsman de 2008, précisait encore une fois cette réalité et a démontré que la stigmatisation associée au TSPT était bien présente dû à un manque de connaissance des militaires (McFayden, 2008).

De plus, précisons que, par ce manque d'information et de connaissances justes, les militaires font aussi face à des croyances fausses. Certains militaires aux prises avec des troubles de santé sont réticents à solliciter de l'aide puisqu'ils ont la conviction qu'un trouble de santé mentale n'est que temporaire et que leurs symptômes disparaîtront avec le temps (Brunet et collab., 2015). Dans un autre ordre d'idée, une partie des effectifs des échelons inférieurs des Forces armées canadiennes semblent croire que les symptômes du stress post-traumatique peuvent rarement être traités et que si un militaire est affecté à un centre intégré de soutien personnel, celui-ci a peu de chances voire quasi aucune chance de reprendre ses fonctions militaires ordinaires (Daigle, 2012). « Autrement

dit, certains estiment que l'affectation à un centre intégré de soutien du personnel représente le début de la fin pour ce qui est de la carrière. Tant qu'elle persistera, cette perception restera un véritable obstacle aux soins » (Daigle, 2012; p.29).

Selon Dufour (2018b), l'un des arguments les plus souvent évoqués par les militaires hauts placés est le suivant : « mieux vaut ne pas informer le personnel des risques de TSPT, car les recrues se mettront en arrêt de travail dès qu'elles présenteront le moindre symptôme » (Dufour, 2018b; p.38). Cette façon de percevoir les choses est souvent cautionnée par celles de militaires occupant des rangs assez élevés dans la hiérarchie et qui « sont passés par là et ne se sont pas mis en arrêt de maladie pour quelques bobos » (Dufour, 2018b; p. 38). Ces militaires d'expérience expliquent qu'ils se sont endurcis en faisant face à leurs problèmes.

Ce manque d'information et de connaissances véridiques influence donc non seulement les préjugés associés à la condition, mais également la recherche de recours à l'aide en cas de besoin. Les membres des services militaires sont réticents à dévoiler des événements stressants aigus survenus en mission et sont réticents à consulter pour un problème de santé mentale (Balderrama-Durbin et collab.,). L'étude de Brunet et collab., (2015), précise que le manque de confiance envers les services administratifs militaires de santé et de soutien social constituent les obstacles les plus importants à la demande d'aide et n'améliore en rien la situation ». Précisons également que certains militaires ne possèdent pas les connaissances afin reconnaître les signes et symptômes et sont donc incapables de l'identifier. Selon McFayden (2008), la meilleure façon de lutter contre la stigmatisation et les croyances erronées est de transformer la culture militaire et d'incorporer une formation appropriée, et ce dès le début des cours des recrues jusqu'à la formation spécialisée.

### **6.1.2 La stigmatisation au sein des Forces armées canadiennes**

La stigmatisation est une marque d'opprobre qui a pour effet d'écarter la personne qui en fait l'objet. Cette situation se produit lorsque les éléments suivants sont rassemblés : stéréotypes, étiquetage et discrimination. Un stigma se construit par un double mouvement soit par le fait de s'identifier à sa marque ou par le fait d'être identifié comme porteur d'une marque (Gargiulo, 2016). Selon Goffman, le mot stigmaté « sert à désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relation et non d'attributs qu'il convient de parler » (Goffman, 1975; p. 13 cité dans Gargiulo, 2016). Selon cette idée, le stigmaté serait une véritable co-construction (Gargiulo, 2016).

Les stéréotypes sont des croyances courantes à propos des traits ou des caractéristiques d'un groupe d'individus. La stigmatisation peut apparaître sous deux formes soit par la stigmatisation effective ou par la stigmatisation ressentie et perçue c'est-à-dire la stigmatisation intériorisée (Bouvet et Bouchoix, 2014). La stigmatisation effective concerne les expériences réelles de stigmatisation tandis que la stigmatisation ressentie fait appel aux perceptions et aux attentes concernant les réactions d'autrui face à la pathologie (Bouvet et Bouchoix, 2014).

La stigmatisation est l'un des problèmes les plus importants rencontrés par les militaires souffrant de TSPT et ces derniers sont souvent très affectés par les préjugés véhiculés à leur égard. L'étiquette selon laquelle les militaires atteints de TSPT sont lâches, paresseux et faibles s'avère difficile à gérer pour les membres des FAC. Non seulement, ces soldats vivent la contrainte de faire face à leur situation : ce qui s'avère déjà très difficile en soi, mais ils doivent aussi affronter les présomptions non fondées à l'endroit du TSPT. Toutes les étiquettes et les préjugés véhiculés à l'égard des militaires souffrant de TSPT ne font que renforcer la honte et l'humiliation d'en être

atteint et les militaires se sentent majoritairement perçus négativement par l'organisation militaire. Même si parfois les répercussions de la stigmatisation sont subtiles, directes ou indirectes, elles n'en demeurent pas moins importantes et dommageables pour les militaires. Le processus de stigmatisation se niche dans les différentes situations du quotidien et se construit autour du diagnostic de TSPT (Lovell et collab., 2011). Les conséquences de ces préjugés sont nombreuses et profondes, car les individus finissent par intérioriser les jugements négatifs que l'organisation militaire propage. La stigmatisation intériorisée fait en sorte que les militaires adhèrent à l'image négative que leurs collègues véhiculent à l'égard du TSPT : ils modifient les représentations positives qu'ils ont d'eux-mêmes, de leur force et de leur identité. L'auto-stigmatisation représente l'impact de l'internalisation du stigma de l'organisation (Corrigan, 2002 cité dans Gargiulo, 2016). Selon Cavayas, « une personne qui s'autostigmatise plaque les croyances discriminantes sur sa propre personne, la menant, ainsi à se dévaloriser et à perdre l'estime d'elle-même » (Cavayas et collab., 2012 cité dans Gargiulo, 2016, p.6).

Selon Daigle (2012), la stigmatisation effectuée par les pairs et les superviseurs doit de toute évidence faire l'objet d'une attention continue. Certains soldats sont dénigrés ouvertement en raison de leur blessure de stress opérationnel (Daigle, 2012). Les militaires interrogés lors de cette recherche ont rapporté que les appellations telles que la marche de la honte persistent dans certains milieux :

Il n'est donc pas étonnant que certains membres des FC se rendent aux cliniques de santé mentale des bases avec l'intention de consulter, restent dans leur véhicule à réfléchir, puis repartent sans mettre le pied à l'intérieur (Daigle, 2012, p.60).

Lors des entrevues, un militaire expliquait que son trouble de stress post-traumatique était très dur à porter notamment en raison du regard des autres. L'exposition aux regards accusateurs de ses collègues et aux jugements était insupportable. Néanmoins, ce qui le stigmatisait n'était pas tant son TSPT mais son identité de soldat. Cette identité était discréditée par la discordance entre les caractéristiques propres aux stéréotypes militaires et aux attentes normatives sociales du code militaire, le tout en relation avec les symptômes qu'il vivait (Gargiulo, 2016).

Selon les principes de l'armée, un militaire en opération doit être en mesure de se détacher émotionnellement de tout ce qui pourrait perturber sa capacité fonctionnelle, que ce soit ses préoccupations familiales, les désagréments ou les horreurs vécues en mission, et ce en incluant les blessures ou les pertes afin de pouvoir jouer pleinement de son rôle de soldat (Martineau, 2016). L'identité du soldat dans l'armée est créée par la négation des signes de faiblesse et le soldat qui dévie de ce principe est généralement stigmatisé. Bien évidemment, ce principe est soutenu par la conviction que la contribution efficace de tous les coéquipiers est cruciale afin d'assurer la sécurité de tous et de poursuivre ses fonctions. Les soldats se concentrent sur leurs tâches et sont conscients que des erreurs peuvent leur coûter la vie (Martineau, 2016).

Notre société valorise encore beaucoup le rôle de Rambo c'est-à-dire d'hommes forts et virils et cette mentalité est encore particulièrement bien ancrée dans les Forces armées canadiennes (Brillon, 2005). Bien évidemment, l'évolution de notre société et des principes moraux qui la guide reconnaît que les hommes ne sont plus des supermen et qu'ils peuvent vivre différents états émotionnels (Brillon, 2005). Dans certains milieux comme dans les Forces armées, les conceptions rigides sont encore de mise. La culture militaire peut inciter les soldats à maintenir une image de force et de contrôle imperturbable qui s'accordent mal avec l'acceptation d'un

trouble de santé mentale et l'action subséquente de demander de l'aide (Ellis, 2017; p.44). Le manque de respect et le mépris associé à la stigmatisation amènent le militaire à comprendre qu'il n'est plus des leurs : qu'il est anormal et faible : « [l']ignorance et le stigmate associé au syndrome de stress post-traumatique conduisent beaucoup de soldats à traiter leurs camarades d'unité atteints d'un syndrome de stress post-traumatique comme s'ils étaient atteints d'une maladie contagieuse, une lèpre des temps modernes » (Marin, 2001; p.71).

### **6.1.3 Le refus d'admettre un quelconque besoin d'aide**

Lors des entrevues, plusieurs membres des FAC avaient de la difficulté à s'attribuer le diagnostic dans son entièreté et ne considéraient pas que leur expérience avait le « mérite » de porter ce nom. Ces derniers se montraient détachés vis-à-vis leur trauma. Cette stratégie est utilisée par plusieurs militaire pour se dégager d'une situation difficile ou pour modifier le sens qu'elle peut prendre. (Dirkzwager, Bramsen et Vanderploeg, 2003; Monfort & Trehel, 2012). De plus, Calvez (1994) souligne que les personnes stigmatisées ont parfois recours à des stratégies de dissimulation pour éviter que les attributs considérés hors norme ne soient pas visibles aux yeux des autres. Ils évitent ainsi d'être stigmatisés et maintiennent une image et une estime de soi à l'abri du regard d'autrui; regard perçu parfois comme destructeur, blessant, étranger à l'image que la personne se faisait d'elle-même auparavant (Gargiulo, 2016).

Selon Ellis (2017), plusieurs membres des FAC ont de la difficulté à accepter pour eux-mêmes un diagnostic de stress post-traumatique, ou tout autre trouble de santé mentale. Le détachement consiste à faire des efforts cognitifs pour se détacher de la signification de la situation et pour minimiser la situation (Martineau, 2016). Cette stratégie peut servir à modifier complètement la conception de l'événement afin de détourner les aspects qui provoquent des émotions négatives

(Folkman & Lazarus, 1988b).

De plus, les traumas sont parfois comparés entre eux par les militaires et une certaine échelle de gravité semble faire office de repère pour évaluer les situations que les militaires ont vécues.

Les appels à la raison sont difficiles à effectuer : « tous ces questionnements et justifications sont l'œuvre du mental, qui fait tout pour nier le droit à la personne d'être la victime d'autres personnes ou d'un événement sur lequel elle n'a aucun pouvoir » (Dufour, 2018b; p.152). Il faut comprendre, qu'à la base, la formation militaire est fondée sur la participation à une mission. Ainsi développer un stress post-traumatique sans avoir fait de mission paraît impossible (Martineau, 2016). Pour certains militaires, l'image associée à la mission et le port de la médaille spécifique rattachée à la mission contribuent à la crédibilité du militaire : « [p]our plusieurs [militaires] la réalisation de la mission prime avant tout [...]. (Martineau, 2016; p.80). Ces derniers perçoivent leur participation à une mission comme importante puisqu'elle donne un sens et légitime leur carrière et leur identité professionnelle (Martineau, 2016).

Pourtant, les recherches tendent à démontrer que le fait de se couper de ses émotions, de s'isoler et d'éviter sont des signes précurseurs du TSPT. Un militaire témoigne de cette situation : « [...] [p]etit à petit, je me transformais en un être sans émotion, froid, distant et cynique. Je perdais ce qui fait la beauté d'un être humain : ses sentiments, sa chaleur, sa sensibilité et son humour » (Dufour, 2018b; p. 166). La présence d'un TSPT et une tendance soutenue à faire des efforts d'évitement et de régulation émotionnelle entraîne une diminution du bien-être au quotidien (Martineau, 2016). Les stratégies d'évitement tels que le fait de fuir, d'éviter de penser au problème, de faire appel à une pensée d'externalisation ou de se laisser aller à des illusions sont liées à des symptômes pathologiques beaucoup plus lourds (Bryant et Harvey, 1995; Dirkzwager,

bramsen et Vanderploeg, 2003; Sutker et collab., 1995 cité dans Martineau, 2016). Le fait de masquer une incapacité en tentant de la garder secrète et en la niant comporte un coût émotif important et les tentatives pour cacher la situation peuvent entraîner des sentiments d'isolement et une peur d'être découvert (Arrabito et Leung, 2014). En tentant de préserver leur secret, ces personnes peuvent être perturbées par des pensées quotidiennes obsédantes ce qui peut entraîner des effets nuisibles sur leur bien-être psychologique et physique (Arrabito et Leung, 2014). Les relations sociales peuvent alors parfois difficiles à maintenir pour les individus qui s'isolent (Arrabito et Leung, 2014).

Cette recherche permet également de constater que les militaires font face à de grandes souffrances et que le cheminement vers une nouvelle identité se révèle être difficile. Pour un militaire ayant vécu un traumatisme, s'accorder le droit de vivre des émotions et de les exprimer s'avère être un défi d'une envergure colossale, car faire ressortir ces émotions, c'est reconnaître qu'on peut être une victime (Dufour, 2018b). Les entrevues m'ont permis de constater que même après 10, 15 ou 20 ans, plusieurs victimes de traumatisme n'étaient pas à l'aise avec des émotions comme la tristesse et que les larmes n'avaient pas leur place. En fait, porter le statut de victime se révèle être très difficile, voire extrêmement difficile à porter pour les militaires ayant vécu un stress post-traumatique (Dufour, 2018b).

#### **6.1.3.1 Similarités du trauma entre militaires et autres professionnels**

Les travaux réalisés auprès d'autres professionnels qui font face au danger peuvent apporter un éclairage sur la question. Selon une étude menée auprès de 527 policiers en Nouvelle-Zélande, on révèle que ceux qui peuvent parler aisément au travail de leurs expériences traumatiques et de leurs émotions perçoivent une plus grande disponibilité de soutien de la part de leurs collègues et

superviseurs et présentent moins de symptômes de stress post-traumatiques (Stephen, 1997 cité dans Nadeau 2013). Les résultats d'une seconde étude menée auprès de 132 policiers québécois avançaient qu'un plus haut niveau de satisfaction du soutien reçu de la part des confrères de travail pendant et immédiatement après un événement traumatisant amènerait les policiers à être moins à risque de développer un TSPT (Martin et collab., 2009). L'étude de Stephens et Long (1999), qui distingue aussi la provenance du soutien, démontre qu'une attitude d'ouverture chez les policiers face à l'expression des émotions au travail ainsi que le soutien des confrères de travail modèrent la relation positive entre le trauma et les symptômes du TSPT (Nadeau, 2013).

Les conclusions de ces différentes études nous démontrent que la recherche de soutien est primordiale si l'on désire éviter que les symptômes de stress post-traumatique s'accroissent (Nadeau, 2013). Néanmoins, pour certains militaires, la recherche du soutien social ou professionnel peut être considérée comme un comportement incompatible avec le stéréotype de guerrier masculin (Martineau, 2016). Selon Fikretoglu (2007), la moitié des militaires aux prises avec un trouble de santé mentale n'utilisent pas les services de santé mentale qui leur sont offerts (Brunet, 2011). Néanmoins, Brunet (2011) défend l'idée que les militaires devraient être encouragés à utiliser les services dont ils ont besoin et ne devrait pas craindre d'exposer ce qui ne va pas à leurs supérieurs. La réalité sur le terrain est toutefois plus complexe et les idées défendues par les hauts dirigeants semblent être plus difficile à mettre en application par les militaires qui en sont touchés notamment lorsque le fait de ne pas parler semble comporter plus bénéfices que de désavantages.

#### **6.1.4 La peur de nuire à sa carrière**

Selon le colonel Downes, la meilleure façon de faire avancer sa carrière est de demander des soins rapidement puisque les chances de guérison seront meilleures (Ellis, 2017). Néanmoins, demander de l'aide c'est aussi renoncer à certains privilèges et prendre certains risques imprévisibles. Le choix est parfois difficile à faire, surtout lorsque les militaires perçoivent peu de bénéfices tangibles immédiats au fait demander de l'aide. Selon de nombreux membres des FAC, nommer son malaise et ses symptômes c'est prendre la décision de mettre un terme à sa carrière : « Quand j'ai finalement avoué à mes supérieurs que j'avais un problème [de santé mentale], j'ai été puni. C'est comme ça que je l'ai senti. L'armée m'a retiré le commandement de mon peloton » (Callaghan, cité dans Noël, 2014; p.2). Cet énoncé nous permet de comprendre que certains militaires considèrent cette approche comme une trahison absolue : les militaires ont l'impression qu'ils sont estimés jusqu'à ce qu'ils tombent malades ou subissent des blessures dans le cadre de leurs opérations (Daigle, 2012). « S'ils ne sont pas remis sur pied, puis aptes de nouveau au combat, on les « remercie et leur montre la porte » (Daigle, 2012, p.91).

Néanmoins, les représentants des Forces armées canadiennes se sont faits très rassurants sur cette question :

Les membres du Comité espèrent que de nombreux exemples de membres en service qui ont pu obtenir de l'aide pour un problème de santé mentale et continuer leur carrière seront un exemple positif pour d'autres qui se débattent avec la santé mentale. Il est essentiel que les Forces armées canadiennes restent vigilantes et évaluent régulièrement les stratégies mises en place pour aider les membres qui ont révélé leur problème de santé mentale. (Ellis, 2017; p.69).

Toutefois, la situation perçue réellement sur le terrain semble être en contradiction avec le discours dominant véhiculé par l'organisation militaire. Lorsque les soldats blessés ne correspondent plus au critère d'universalité du service, ceux-ci subissent généralement une

période d'attente moyenne de 6 mois à 1 an : soit le temps nécessaire pour faire les tests médicaux pour déterminer la présence de limitations temporaires ou permanentes (Noel, 2014). Dans les cas complexes de santé mentale, cette période s'échelonne sur trois ans. Le militaire est alors affecté à des tâches administratives dans l'Unité interarmée de soutien personnel (UISP), unité créée spécialement pour donner du travail temporaire aux militaires blessés (Noel, 2014).

Bien que le concept derrière l'UISP soit intéressant, le succès de cette unité reste mitigé. Le principal obstacle se révèle être le manque de postes vacants dans l'unité qui pourraient être destinés à ces militaires (McFadyen, 2008; p.52). Seulement 15 % des soldats reprennent un emploi dit normal, les autres militaires sont renvoyés de l'armée (Noel, 2014). Ainsi, selon ce député, il serait important de modifier cette notion d'universalité qui s'avère désuète à notre époque. La réalité de l'armée canadienne a changé et les diagnostics associés aux blessures de stress opérationnelles sont beaucoup plus nombreux qu'auparavant. On doit donc revoir la façon de faire et l'adapter à la nouvelle réalité (Noel, 2014).

Précisons que certains membres de la chaîne de commandement semblent être réticents aux idées véhiculées quant à l'approche de l'Unité interarmée du soutien du personnel pour les militaires gravement blessés ou malades :

Il existe une [...] source de préoccupations, à savoir la réticence de certains membres de la chaîne de commandement qui s'oppose à l'approche de l'Unité interarmées de soutien du personnel [...]. Si le leadership stratégique des FC ne règle pas rapidement ce désaccord, il n'est certain que l'approche actuelle soit une réussite au niveau institutionnel. (Daigle, 2012; p.29).

Les commandants d'unité hésitent régulièrement à maintenir en service les soldats qui ne sont pas entièrement aptes à participer à des déploiements (McFayden, 2008). Bref, la façon d'appliquer ce

principe d'universalité ne pousse pas les militaires à demander de l'aide, car ils sont conscients qu'ils peuvent être mis à la porte de leur institution lorsqu'ils ne répondent plus aux critères propres à l'organisation. Selon Callaghan, ancien lieutenant, la façon dont les militaires sont traités « envoie un message très clair aux autres soldats : si vous demandez de l'aide en santé mentale, votre carrière est terminée, finie. On ne vous tolère plus dans l'armée, on vous jette comme un jouet brisé » (Noel, 2014; p.1).

Ce principe d'universalité fait en sorte que le soldat n'atteint plus le rôle social attendu vis-à-vis son organisation : soit celui d'être fort et de participer aux missions avec dévouement (Isabelle, 2009; p.72). La stigmatisation s'ensuit, car le militaire intériorise les préjugés véhiculés et demander de l'aide devient un aveu d'échec et donc une indication d'incompétence personnelle (Hudon, 2004). Dans la culture militaire, l'image sociale du militaire est forte, surtout celle représentant le combattant. Ainsi l'expression des sentiments est perçue de façon négative et témoigne d'un signe de faiblesse dont il faut, à tout prix, s'éloigner. Les militaires ont été entraînés à être performants et efficaces : « [l]e système militaire impose un rythme et des exigences élevés en plus d'inculquer une intolérance à l'erreur » (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016; p.233). Finalement, il est possible de prétendre qu'il existe une contradiction entre les principes fondamentaux et institutionnels de l'armée canadienne. La tension est palpable entre l'obligation de respecter le principe de l'universalité de service et l'obligation morale des Forces armées Canadienne de prendre soin des personnes dont elles mettent la vie en danger (Daigle, 2012).

De plus, précisons qu'en tentant de dissimuler les symptômes et les problèmes découlant d'un trouble de santé mentale par peur de mettre fin à sa carrière, on ne fait qu'exacerber le problème

qui fera surface tôt au tard : « [L]es problèmes de santé mentale ne sont pas comme le bon vin, ils ne vieillissent pas bien s'ils ne sont pas traités » (Cousineau, 2014; p.1). Il faut comprendre que ce n'est pas le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique qui fait en sorte qu'un soldat est considéré comme inapte au déploiement. Il s'agit plutôt des signes et des symptômes associés à son diagnostic qui font en sorte qu'il ne correspond plus à la norme d'universalité de service : « La maladie mentale n'entraîne pas automatiquement une libération des Forces armées canadiennes » (Ellis, 2017; p.55). Selon le colonel Downes, la meilleure façon de faire avancer une carrière est de demander rapidement des soins puisque les chances de guérison sont meilleures (Ellis, 2017). Néanmoins, les croyances anciennes militaires sont durables et c'est ce qui en sorte que les personnes attendent encore trop longtemps avant de demander du soutien, or plus on attend, plus ces blessures deviennent difficiles à définir et à guérir (Ellis, 2017). Bref, la stigmatisation associée au TSPT est préoccupante notamment pour les militaires qui craignent l'impact du diagnostic sur leur carrière (Arrabito et Leung, 2014).

### **6.1.5 La structure des indemnités**

En fait, plusieurs militaires redoutent de nommer leurs symptômes et leurs malaises par crainte de se faire retirer leur poste et leurs tâches. Dans de telles circonstances, l'aspect financier entre en ligne de compte, car le fait de faire une demande de soins en santé mentale et d'être affecté à l'Unité interarmées de soutien (UISP) du personnel, et ce même provisoirement, entraîne une perte de salaire (Daigle, 2012). Le militaire se voit retirer plusieurs indemnités, il assiste à une perte du droit à l'indemnité de service en campagne, à l'indemnité du personnel navigant, à l'indemnité de service en mer ou à toute autre indemnité de ce type (Daigle, 2012). Bien évidemment, il s'agit là d'un facteur dissuasif pour demander de l'aide et il est primordial d'en tenir compte puisqu'il entraîne une diminution du revenu de la famille et du militaire (Daigle, 2012). Rappelons que lors

de nos entrevues plusieurs militaires ont expliqué que leur motivation à s'enrôler était basée sur les avantages financiers que l'institution militaire offrait.

De plus, il faut comprendre que les militaires sont libérés des FAC avant l'établissement de leurs prestations médicales et financières (Walbourne, 2016). Ainsi, il s'avère difficile de demander de l'aide ou de se concentrer sur son rétablissement quand on s'inquiète d'une baisse ou d'une interruption possible de son revenu : « une incertitude se crée quand un militaire est libéré des FAC avant que tous ses services et prestations aient été confirmés et établis » (Walbourne, 2016; p.12).

Cela dit, plusieurs soldats sont réticents à demander de l'aide, car bien que la période de transition soit de trois ans (pour les militaires admissibles), plusieurs soldats ne peuvent être maintenus en poste au sein de la force régulière. Cette nouvelle période d'attente de 3 ans, en vigueur depuis 2011, ne fait que retarder une constatation inévitable et une situation toujours non désirée : « la libération des FC en raison d'une blessure ou d'une maladie et, par conséquent, la fin d'une carrière et la perte éventuelle d'un moyen de subsistance » (Daigle, 2012; p.25). Selon des témoignages recensés par l'Ombusman, le fait d'écarter des militaires blessés ou malades de la « structure familiale militaire » au cours d'une période où les soldats sont particulièrement vulnérable et dans laquelle ils ont besoin de soutien entre en contradiction avec l'un des principes fondamental de leardship de l'armée : celui qui veut que chacun prenne soin des leurs (Daigle, 2012). La structure de l'unité militaire est fondée sur la notion de famille :

Soit l'obligation du premier d'assurer le bien-être du second et de veiller à ce que celui-ci reçoive les soins dont il a besoin. [Néanmoins ce principe semble être] en train de disparaître en raison des politiques liées au personnel et aux soins médicaux qui ne tiennent pas suffisamment compte des principes fondamentaux du leadership militaire. (Daigle, 2012; p.89).

Les militaires dans les Forces, ont été entraînés à ne pas laisser tomber leurs camarades sur le champ de bataille ainsi ce principe devrait également s'appliquer lorsqu'un de leurs membres fait face à des troubles de santé mentale (Ellis, 2017). À l'heure actuelle, au sein de la structure militaire, il n'existe aucune option possible qui permette de transférer d'un groupe professionnel à un autre, les militaires malades ou blessés qui ne sont plus en mesure de se soumettre au principe d'universalité de service (Daigle, 2012, p.28). Pourtant, le général Dallaire a fortement recommandé que les militaires libérés pour des raisons médicales soient intégrés à des emplois civils au sein des FAC :

« Pourquoi essayer de changer complètement une personne de domaine alors que nous pouvons tirer parti de son expérience? Pourquoi ne pas trouver à ces gens un emploi ou des contrats dans un secteur d'activités qu'ils connaissent et dans un milieu auquel ils ont prêté allégeance, à savoir les forces armées? (Ellis, 2017; p.19)

De plus, le rapport de l'ombudsman McFadyen (2008) recommandait que les Forces armées canadiennes proposent des emplois intéressants aux militaires qui souffrent d'un TSPT et qui ne sont plus en mesure d'effectuer leurs tâches principales. L'armée devrait chercher à améliorer l'embauche des vétérans dans la fonction publique et considérer les soldats comme des ressources non négligeables : « les membres blessés ou malades des Forces armées canadiennes ont beaucoup à gagner en ayant plus rapidement accès à des emplois dans la fonction publique. » (Walbourne, 2015). Cette façon de faire est d'ailleurs déjà mise de l'avant dans divers ministères. Néanmoins, l'enquête de l'Ombudsman (2008) a révélé que l'inflexibilité et la lenteur du processus de reclassement des FAC causaient des problèmes et que les FAC perdaient du personnel qualifié, compétent et expérimenté qui aurait été en mesure de continuer à servir s'ils avaient été autorisés à changer de groupe professionnel (McFayden, 2008).

## 6.2 Retour à la vie civile ou arrivée dans la vie civile?

L'expression *retour à la vie civile* est souvent employée par de nombreux dirigeants et politiciens. L'appellation varie, selon les chercheurs, pour décrire la période où les militaires sont libérés des forces. Cependant, selon Daigle (2012), cette appellation dévalorise et dénature complètement la réalité à laquelle font face les militaires atteints d'une blessure de stress opérationnel qui ne sont plus considérés aptes au service. Pour une grande majorité de soldats, leur engagement dans l'armée canadienne s'est fait dès le début de leur âge adulte et leur métier comme marin, soldat ou aviateur est tout ce qu'ils connaissent (Daigle, 2012). Dans bien des cas, leur carrière dans le milieu militaire est la seule carrière qu'ils ont à leur actif et elle constitue une part non négligeable de leur identité. Ainsi l'appellation « retour à la vie civile » peut être critiquée :

La notion de « *retour à la vie civile* » est toujours plus complexe et cathartique que l'expression le laisse entendre. La plupart du temps, il s'agit plutôt d'une *arrivée* dans la vie civile adulte que d'un *retour*, avec toutes les incertitudes et les appréhensions que cela entraîne. (Daigle, 2012; p.27).

Une libération des Forces armées canadiennes ne représente pas la fin d'un emploi, mais plutôt le début d'une crise identitaire (Ellis, 2017). Le fait d'être un militaire est un aspect central de l'identité et la vie de ces hommes gravite essentiellement autour de cette appartenance (Ellis, 2017). Pour le militaire, le fait de quitter cette culture, son logement, sa base militaire, ses réseaux sociaux, ses revenus et bien d'autres éléments créent un débalancement important. Plusieurs militaires mentionnent un sentiment de perte d'utilité et dans un sens une perte d'estime de soi : « Lentement, nous sommes mis à l'écart. [...] Nous sommes placés en isolement et oubliés d'une certaine façon par le système qui nous a édifiés. Nous vivons la lourdeur de notre souffrance, en plus de sentir la lourdeur de ce rejet » (Ellis, 2017; p.16). La dimension de devoir collectif qu'impliquait la vie militaire disparaît et les militaires sont alors confrontés à l'isolement

individualiste de notre société capitaliste actuelle. Les vétérans sont souvent mal préparés à la vie moderne qui promeut un esprit de compétition axé sur la réussite individualiste (Ellis, 2017)

À cet effet, les militaires qui sont démis de leur fonction vivent un nouveau processus de construction identitaire qui se poursuit à travers un processus d'adaptation. Ces individus sont confrontés à différents obstacles et vivent de la discrimination ainsi que diverses oppressions qui les amènent à développer une nouvelle identité qui leur est propre et qui leur permet une meilleure croissance personnelle et une meilleure affirmation de soi (Fougeyrollas et Dumont, 2010). Dans le concret, le besoin de s'identifier à la majorité en place s'effrite et la résilience que ces militaires développent leur permet de surmonter certains obstacles avec moins de difficulté (Fougeyrollas et Dumont, 2010). Il est important de préciser que cette construction identitaire est un processus auquel participe le militaire et le milieu qui l'entoure. Cette construction identitaire varie selon l'histoire personnelle de chaque individu : interaction avec ses parents, l'apprentissage des rôles liés à son genre, l'éducation reçue dans son milieu et la culture (Davis, 2006). Dans son ensemble, les nouvelles habitudes de vie et les activités (travail, loisirs, occupation sociale), c'est-à-dire l'occupation, deviendront des éléments majeurs qui contribueront à l'édification de l'identité. En résumé, la nouvelle identité du militaire se construit au contact de son environnement physique, social, culturel ainsi qu'autour d'événements entourant l'ensemble de ses activités et habitudes (Fougeyrollas et Dumont, 2010).

Le changement de vie et de rôle peut alors s'avérer déstabilisant pour le militaire et celui-ci peut avoir l'impression de se retrouver seul : le changement est profond lorsque l'on passe d'un mode de vie actif, ponctué de défis et d'obligations et de responsabilité à une vie où tout est encore à

déterminer et à mettre en place (Germain, Vaillancourt et Daupuin, 2016; p.231). L'identité constitue un aspect non négligeable pour les militaires :

Les vétérans qui ont témoigné avec courage des difficultés qu'ils ont vécues après avoir dû quitter ce qui était, pour nombre d'entre eux, une composante fondamentale de leur identité, ont presque tous et toutes rattaché l'origine de leurs problèmes de santé mentale à cette perte du sentiment de contribuer à une mission importante par leur service militaire. (Ellis, 2017; p.68).

Pour plusieurs militaires, la question concernant ce qu'ils sont maintenant reste en suspens et s'avère difficile à définir. Pour les membres des FAC, la vie militaire représentait une vocation qui engageait leur personnalité tout entière : « la perte [...] de l'esprit de solidarité et de camaraderie qui est perçue par les vétérans comme l'arrachement en eux-mêmes [...] Ils ont fréquemment le sentiment [...] de ne plus pouvoir être utiles, comme si, en quittant la vie militaire, on avait sectionné ce qui les rattachait à leur [identité] [...] (Ellis, 2017 ; p.68).

La période entourant la transition vers la vie civile peut constituer l'un des facteurs de risque pour le développement d'un trouble de santé mentale (Ellis, 2017). Pour de nombreux militaires, la transition vers la vie civile signifie aussi la perte du soutien social et organisationnel qui leur était offert au sein des Forces (Ellis 2017). De nombreux militaires ont témoigné de la perte de leur raison d'être lors de leur transition vers la vie civile :

Des gens s'enrôlent dans l'armée parce qu'ils croient en quelque chose. Ils ont une identité qui est reconnaissable. Les gens peuvent vous voir en uniforme, et cela a une signification pour eux quant à qui vous êtes et à ce que vous devez endurer jour après jour. Mais si vous êtes uniquement en tenue civile, vous pouvez occuper différents emplois ou contribuer de façon différente à la société. Vous n'avez pas la même reconnaissance quant à votre identité. Votre sentiment quant à votre signification, votre identité et votre raison d'être est peut-être compromis. Vous pouvez avoir de la difficulté à structurer votre temps, et votre sentiment d'appartenance est aussi passablement perturbé (Ellis, 2017 ; p.15).

De plus, selon Ehlers et Clark (2000), le modèle cognitif du TSPT serait associé à une quasi-absence de poursuite de buts importants dans la vie qui serait secondaire à l'événement traumatique lui-même. « Le TSPT serait associé à un abandon dans la poursuite d'importants buts dans la vie qui dépendrait de l'évaluation négative que le militaire fait de l'événement traumatique ou encore des séquelles qui [lui sont associées] » (Martineau, 2016; p. 27). Bref, la sortie des Forces armées canadiennes entraîne des conséquences sur l'autoperception que les militaires ont d'eux-mêmes et sur la place qu'ils occupent au sein de la société (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016, p.232). Le soldat doit apprendre à porter de nouveaux vêtements dont il détermine les caractéristiques plutôt que de porter l'uniforme qui reflétait une partie de son identité, voir de sa fierté : « [L]eur implication au sein des Forces et le sentiment de faire partie d'un groupe étaient valorisants, et le fait de quitter tout cela peut laisser un grand vide » (Germain, Vaillancourt et Dauphin, 2016; p.233).

### **6.3 Le soutien social**

Pour les militaires atteints de stress post-traumatique, le soutien social s'avère être un élément crucial. Plusieurs soldats interrogés ont expliqué que les membres de leur famille et de l'entourage jouaient un rôle crucial dans leur vie. Le soutien social réfère habituellement à des interactions positives, qui apportent des retombées positives chez l'individu. Les liens sociaux et le soutien social sont liés positivement et causalement à la santé mentale, physique, à la longévité; ils diminuent les effets du stress sur la santé mentale (Thoits, 2012). Selon une étude réalisée par Phillips et Collab (2014), plus le soutien social perçu par le militaire est important, moins le militaire fait face à des symptômes de dépression, de détresse et de dépendance. Le soutien social favoriserait ainsi le rétablissement des vétérans atteints de TSPT et pourrait aider à promouvoir leur engagement dans les services de santé mentale (Bird, 2015; Hundt et Collab, 2015; Jain,

Hernandez et Lindley, 2014; Jain et Collab, 2016; Jain, McLean et Rosen, 2012; Laffaye et Collab, 2008 cité dans Martineau, 2016).

Le soutien social peut parfois s'avérer néfaste malgré les bonnes intentions des proches qui souhaitent apporter leur aide (Nadeau, 2013). Lorsque les proches essaient de raisonner le militaire et qu'ils emploient diverses formules logiques pour expliquer la situation, celui-ci peut se sentir incompris puisque, les pensées irrationnelles sont toujours présentes et les remords ne cessent de faire irruption dans l'esprit du militaire (Nadeau, 2013). On parle alors d'interactions sociales négatives qui peuvent se manifester par des critiques, de l'évitement, de l'impatience ou en banalisant ce que le militaire vit. (Nadeau, 2013).

Selon plusieurs études, les interactions sociales négatives sont plus fortement liées à la sévérité des symptômes du TSPT que le soutien social positif de ceux qui tentent d'apporter de l'aide (Nadeau, 2013 cité dans Andrews, Brewin & Rose, 2003; Farnsworth & Sewell, 2011). On parle alors d'interactions sociales négatives (ISN) qui peuvent se traduire par des critiques, de l'évitement, de l'impatience ou en banalisant de ce que la personne vit (Nadeau, 2013). Il apparaît que les ISN soient plus fortement liées que le soutien positif à la sévérité des symptômes du TSPT (Nadeau, 2013 cité dans Andrews, Brewin & Rose, 2003; Farnsworth & Sewell, 2011).

Les résultats d'une étude réalisée par Brewin, MacCarty et FurrnHam (1989) indiquent que plus les victimes se blâment pour les actions inadéquates reliées à l'événement traumatique, plus elles ont tendance à se retirer socialement et moins elles ont l'habitude d'aller chercher du soutien auprès de leur famille et de leurs amis (Guay, Marchand, Bilette, 2006). Si l'on analyse les résultats de manière plus approfondie, on constate que l'évitement émotif serait davantage relié au

TSPT que l'évitement cognitif et comportemental (Joseph et collab., 1997 cités dans Guay, Marchand, Bilette, 2006; p.371). De ce fait, moins une personne se confierait à ses proches, plus elle serait à risque de développer un TSPT et moins elle assimilerait l'événement (Guay, Marchand, Bilette, 2006). En contrepartie, le fait de partager l'événement traumatique avec des personnes de confiance contribuerait au processus d'intégration émotionnel et cognitif des victimes et aurait un impact positif sur le traitement de l'ESPT (Foa et Kozal, 1986, Pennebaker, Kiecolt-Glaser et Glaser, 1988 cité dans Guay, Marchand, Bilette, 2006).

On peut conclure que le soutien provenant de la famille, des amis et du réseau social est relié positivement à l'espoir de réhabilitation (Irving, Telfer et Blake, 1997 cité dans Guay, Marchand, Bilette, 2006) et en lien négatif avec le risque suicidaire chez les anciens combattants (Kotler, Iancu, Efroni et Amir, 2001 cités dans Guay, Marchand, Bilette, 2006). Bref, le lien entre le soutien social et le TSPT est non négligeable. Le soutien social a certes une influence sur le développement du trouble : « [le TSPT] nuit à la qualité de vie en raison de la détresse reliée à l'expérience de l'anxiété en elle-même, mais également à cause des comportements d'évitement qui accompagnent fréquemment l'anxiété et de la stigmatisation associée au fait d'avoir un problème de santé mentale » (Guay, Marchand et Bilette, 2006; p.372).

Tout compte fait, offrir un soutien adéquat comme proche significatif constitue un défi de taille. Cibler les besoins des militaires ne se révèle pas toujours être un travail facile. Plusieurs comportements peuvent être contre-productifs lorsqu'ils contribuent au développement et au maintien de trouble en renforçant l'évitement et l'anxiété (Guay, Marchand et Bilette, 2006; p.376). Certains proches ont tendance à s'adapter aux diverses manifestations du TSPT en modifiant leurs tâches et les rôles qu'ils assument en s'ajustant aux besoins même de la victime

(Guay, Marchand et Bilette, 2006; p.372). À long terme, des conflits et de la frustration de la part des proches peuvent surgir notamment lorsque les proches deviennent de moins en moins conciliants avec les manifestations d'anxiété et d'évitement et qu'ils doivent constamment s'y adapter (Guay, Marchand et Bilette, 2006; p.376).

#### **6.4 Redonner un sens à sa vie après le trauma**

Les événements traumatiques laissent des séquelles et des symptômes qui interfèrent sur la vie des individus et leur quotidien (Brillon, 2005). Malheureusement, il reste en effet souvent des cicatrices, comme le souligne Barrois : « [u]n être qui a presque traversé le miroir, qui a passé la limite entre la vie et la mort n'en revient jamais absolument indemne. Même si sa cicatrice est de bonne texture, elle demeure indélébile » (Barrois, 1988 cité dans Collin, 2010; p.54). Au fil du temps, les individus qui ont vécu un trauma passent d'un état de victime à celui de survivant grâce à des éléments comme l'espoir, la résilience et l'acceptation du trauma (Brillon, 2004).

L'espoir constitue une arme puissante dans le combat contre la maladie mentale (Cousineau, 2014). Les personnes atteintes de stress post-traumatique doivent avoir espoir en l'aide qu'ils iront chercher et croire qu'elle pourra se révéler profitable d'une quelconque façon, car « [...] souffrir seul, isolé et en silence [se révèle] être une voie qui ne mène nulle part (Cousineau, 2014; p.2). De plus, selon Dufour (2018), il faut absolument atteindre notre mental et nous retrouver dans le moment présent afin de nous permettre de ne plus subir notre vie, mais la créer selon nos désirs, nos valeurs et nos objectifs. Le militaire se doit de prendre en main son traitement avec l'aide de thérapeutes qui lui propose une voie, mais cette voie doit être définie par la personne elle-même et non par les professionnels (Dufour, 2018). Le militaire doit devenir un acteur qui maîtrise la situation et non pas seulement une victime, un individu qui reçoit de l'aide. Ainsi, le soldat peut

reprendre le contrôle de son développement après un événement majeur déstabilisant (Chevance, 2002). Cet événement déstabilisant, tout en conservant en mémoire la catastrophe, aide à la réorganisation de la personne face à cet incident. Le militaire peut ainsi convertir une perte en une richesse, une carence en une force, des facteurs limitatifs en un ensemble de possibilités autant sociales qu'interpersonnelles, bref faire preuve de résilience (Lionnet, 2014).

La résilience permet à chaque individu de faire face à différentes situations problématiques tout au long de la vie. En fait, certains spécialistes vont même jusqu'à affirmer que « la résilience, c'est ce qui se met en branle quand on n'est pas mort, que ce soit physiologiquement, psychologiquement ou symboliquement. Quelque chose qui fait que l'on vit et que l'on désire vivre » (Fougeyrollas et Dumont, 2010; p.2). La résilience se veut être le résultat de l'interaction de ces éléments de manière à les renforcer mutuellement et à permettre le développement d'une identité cohérente offrant une possibilité de faire face à l'adversité. (Fougeyrollas et Dumont, 2010; p.2). Bien évidemment, la résilience se place quelque part dans l'interaction des facteurs environnementaux avec des facteurs personnels et sociaux. Plus la nouvelle construction identitaire du militaire s'avèrera forte et complète, plus la résilience pourra s'édifier de façon sure et solide. Ce développement sera aussi influencé par l'interaction des facteurs personnels de l'identité, des systèmes organiques et des aptitudes personnelles, des éléments environnementaux, personnels, communautaires et de la société en général (Dufour, 2015). L'identité demeure la pierre angulaire sur laquelle repose la résilience. Cette résilience s'améliore quand la personne vit un processus de construction identitaire favorable malgré des obstacles et des cassures. La résilience fait appel à l'idée de souplesse et d'adaptation et elle devient une forme de résistance face à l'adversité, mais sans rigidité. La personne sait s'adapter sans être victime et apprend de cette expérience.

Les étapes de rétablissement impliquent également l'acceptation du trauma. Cela ne veut pas dire accepter et cautionner ce qui s'est passé, mais plutôt reconnaître et accepter que l'événement en question a eu lieu et accepter la détresse qu'il a créé en soi. En fait, pour Brillon (2004), redonner un sens à un trauma s'est accepter que les événements traumatisants que l'on a vécus existent et que, malheureusement, ils existeront encore et ce peut importe s'ils sont injustes, cruels et horribles. Être un survivant signifie que nous n'avons pas choisi de vivre un tel événement, mais que nous avons cependant choisi ce que nous allons en faire (Brillon, 2004). La douleur vécue peut également permettre à certaines personnes de devenir plus sensibles à la douleur des autres et moins dures face aux autres, à la vie et à soi-même : « [...] chaque fois qu'[une personne atteinte de TSPT] s'accorde le droit d'éteindre son mental, elle se donne une parcelle d'amour et celui-ci est l'ouverture. [...]. Si elle continue à exprimer ses émotions bloquées, l'ouverture ira en grandissant, ce qui lui permettra de rayonner à nouveau » (Dufour, 2018b; p.163).

### **6.5 Les traitements disponibles afin de traiter le syndrome de stress post-traumatique**

Plusieurs approches de traitement existent afin de traiter et d'atténuer les symptômes du syndrome de stress post-traumatique chez les militaires canadiens. Depuis que le diagnostic d'état de stress post-traumatique a été introduit dans le DSM-III en 1980, une multitude d'approches psychothérapeutiques ont été mises en place afin d'outiller les soldats traumatisés (Schnyder, 2005). L'efficacité de jumelage des approches pharmacologiques et psychothérapeutiques dans le traitement du TSPT a été démontrée empiriquement depuis plusieurs années (Shalev, Bonne et Eth, 1996; Solomon, Gerrity et Muff, 1992 cité dans Schnyder, 2005). Selon Sherman (1998), il ne fait aucun doute que la psychothérapie est une composante non négligeable dans le traitement des patients ayant un TSPT. Les thérapies existantes sont basées sur la participation active de la victime et ont pour but de trouver certaines stratégies et habiletés pour faire face au trauma

(Isabelle 2009). Ces différentes méthodes de traitement ont toutes un but commun : améliorer la qualité de vie du militaire et diminuer la détresse psychologique des personnes qui sont atteintes d'un TSPT (Teasdale et collab., 2002 cité dans Boucher, 2011).

### **6.5.1 L'approche cognitivo comportementale**

Les thérapies cognitivo comportementales (TCC) constituent un des traitements indiqués pour le stress post-traumatique. Plusieurs méta-analyses démontrent que l'approche cognitivo comportementale est particulièrement efficace pour le traitement du TSPT (Derubeis et Crits-Christoph, 1998; BPSCore, 2001; Inserm, 2004 cité dans Boucher 2011). Les erreurs cognitives en lien avec la reviviscence mentale de l'événement, la perception du danger peut être infirmée lors d'exposition cognitive issue de cette thérapie (Boucher, 2011). Cette approche est décrite comme une thérapie axée sur la modification des pensées et des comportements problématiques. Ajoutons qu'elle utilise des techniques précises basées sur des recherches scientifiques qui ont pour but de soulager les problèmes que vit l'individu (Ngô, 2013). Le but central des thérapies cognitivo comportementales est de découvrir les pensées automatiques négatives qui engendrent les comportements. Selon cette thérapie, en aidant la personne à formuler des pensées et des croyances plus réalistes, on modifie également les émotions et les comportements qui leur sont associés (Ngô, 2013).

En fait, les nouvelles thérapies cognitivo comportementales proposent des stratégies comme la pleine conscience et optent pour une attitude d'acceptation afin d'améliorer le bien-être des individus (Ngô, 2013). La thérapie cognitivo comportementale enseigne au client à faire un lien entre ses cognitions dysfonctionnelles et ses comportements en utilisant diverses stratégies telles que le questionnement socratique (Ngô, 2013). Sur le plan comportemental, les techniques

d'exposition en imagination *in vivo* permettent un travail cognitif visant une restructuration cognitive c'est-à-dire un travail sur les distorsions cognitives et les schémas dysfonctionnels.

La stratégie thérapeutique vise à aider les victimes à s'exposer aux éléments qui sont associés à l'événement traumatique, éléments qui génèrent habituellement une grande détresse, de l'anxiété et qui les poussent à fuir (Brillon, 2005). L'exposition graduelle *in vivo* consiste à affronter de manière très graduelle et contrôlée les éléments anxiogènes et vise à ce que les individus n'aient pas recours à des comportements d'évitement (Brillon, 2005). Les individus sont amenés à confronter les situations anxiogènes de façon graduée. Situation dans laquelle ils sont préparés à se laisser envahir par une vague émotionnelle provoquée et où ils sont invités à observer leurs sensations physiques (Sabouraud-Séguin, 2002). Cette stratégie thérapeutique s'appuie sur le fait qu'après un événement traumatique, les victimes évitent les situations qui sont susceptibles de leur faire ressentir les mêmes émotions que pendant le traumatisme.

De ce fait, l'exposition graduelle *in vivo* permet à la victime de diminuer les symptômes d'évitement post-traumatique, de diminuer les réactions physiologiques de détresse en présence d'éléments associés au trauma et favorise la reprise d'activités évitées, ce qui améliore les contacts sociaux et l'estime de soi (Brillon, 2005, p.313). Bien évidemment, l'exposition graduelle *in vivo* doit se faire graduellement et on doit exposer la personne aux situations qu'elle a elle-même hiérarchisées vis-à-vis son niveau d'anxiété. Le niveau de difficulté des situations d'exposition ne doit être augmenté que lorsque la situation précédente expérimentée se révèle facile (Brillon, 2005).

Le but consiste à exposer graduellement la personne à une situation où son niveau d'anxiété se révèle relativement élevé, mais non à son maximum. En fait, la séance doit être relativement

longue soit de 30 à 40 minutes afin que le niveau d'anxiété puisse être abaissé au fil de la séance en favorisant un processus d'habituation (Sabouraud-Séguin, 2002). Par la suite, les différentes séances d'exposition doivent être répétées afin de modifier la présence de certains liens dans la structure de peur : « l'exposition graduelle in vivo permet de diminuer la force entre les stimuli conditionnels et les réponses de panique. Elle permet une remise en question de la signification de danger qui est maintenant attribuée à des éléments pourtant sécuritaires, mais [...] associés au trauma. » (Brillon, 2005; p.314). Selon les études, le maintien des résultats acquis en fin traitement va jusqu'à 5 ans pour les thérapies cognitivo comportementales (TARRIER et Sommerfield, 2004).

### **6.5.2 L'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*)**

L'EMDR (*eye movement désensitisation and reprocessing*) est une méthode thérapeutique qui consiste à utiliser les mouvements oculaires contrôlés pour libérer la conscience de ses effets pathologiques (Collin, 2010). La psychothérapie EDMR a été soumise pendant plus de 25 ans aux processus d'évaluation et a atteint le plus haut niveau de validation scientifique pour le traitement des états de stress post-traumatique (Chen et Collab, 2014 cités dans Meignant, Zara-Jouillat et Haour, 2014). Cette technique est maintenant en investigation pour d'autres types de troubles mentaux dans lesquels les mémoires reliées à des expériences difficiles interviennent tels que l'anxiété, la dépression, la phobie et les troubles alimentaires, etc. (Meignant, Zara-Jouillat et Haour, 2014).

Les mouvements oculaires, qui sont associés au rappel d'un événement traumatique, permettraient une restructuration de la mémoire et la création de nouvelles cognitions qui modifieraient les effets liés au souvenir traumatique (Collin, 2010). Le principe fondamental de cette technique est de créer une alternance de stimulus droite\gauche à un endroit précis du corps en posant des

questions afin que le client puisse se rappeler avec détails l'événement traumatisant. À titre d'exemple, cette technique pour se faire à l'aide de toute autre forme de stimulation bilatérale comme à l'aide d'un casque d'écoute transmettant des sons. Les mouvements oculaires déclenchent une activité cérébrale spécifique. Selon certains chercheurs, le mouvement associé des yeux aurait le même effet chez les patients que la phase active du sommeil (Collin, 2010). Cela permettrait donc au cerveau d'assimiler et de traiter les informations reliées au stress et aux expériences négatives qui ont eu lieu.

La thérapie EMDR permettrait de débloquer les informations traumatisantes qui ont été figées dans le temps et le cerveau. Lors de ces séances, le thérapeute cible un événement précis troublant du passé qui a toujours un impact négatif dans le passé (Meignant et Collab, 2014). Cette technique comporte un protocole structuré faisant intervenir les différentes composantes de la mémoire telles que les informations sensorielles, cognitives, émotionnelles et physiologiques, de même que des stimulations bilatérales (Meignant, Zara-Jouillet et Haour, 2014). Bien évidemment, le nombre de séances est spécifique à chacun en fonction de la gravité du traumatisme et des symptômes qui lui sont associés. La thérapie EMDR permet des résultats positifs puisqu'elle permet de confronter l'évitement et d'affronter le traumatisme (Meignant, 2014). Cette psychothérapie doit être pratiquée par des professionnels qualifiés, bien formés et qui sont constamment à l'afflux des meilleures pratiques (Meignant et Collab, 2014).

## **6.6 LE TRAVAIL SOCIAL ET LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE**

En 2013, on estimait qu'environ un membre à temps plein sur six des Forces armées canadiennes avait éprouvé des symptômes s'apparentant à un stress post-traumatique, un trouble d'anxiété ou à un épisode dépressif (Pearson, Zamorski et Janz, 2014). Les travailleurs sociaux œuvrant auprès des personnes atteintes de stress post-traumatique sont nombreux. Quel est le rôle du travail social, dans cette pathologie issue et créée par un courant médical? Quels rôles jouent les travailleurs sociaux auprès de ses individus? Selon la revue *American Academy of Social Work and Social Welfare* publié en 2013, les accomplissements réalisés par les travailleurs sociaux aux États-Unis depuis la fin du 19<sup>e</sup> siècle sont nombreux (Sherraden et Youngdahl, 2013). Le travail social a notamment influencé les accomplissements en ce qui concerne les services destinés aux vétérans et aux militaires (Sherraden et Youngdahl, 2013).

### **6.6.1 Rôle de courtier**

Premièrement, le travailleur social a comme rôle celui de courtier afin de mettre en contact le militaire avec son environnement et les ressources qui le composent. Il doit non seulement donner de l'information à au client, mais également bien préparer celui-ci à utiliser les ressources qui l'entourent :

Les travailleurs sociaux sont en quelque sorte les gardiens des membres des Forces canadiennes qui demandent des soins à cause de problèmes de santé mentale, et à ce titre, ils sont la pierre angulaire du système de santé mentale. La charge de travail énorme qui leur est imposée ne cesse d'augmenter [...] (McFadyen, 2008; p.50).

Les militaires ont souvent vécu différents déménagements et ne sont pas toujours familiers avec les ressources qui peuvent leur venir en aide. Le travailleur social doit alors développer une connaissance suffisante des ressources et de leur fonctionnement : « [...] [l]es intervenants doivent

bien connaître les ressources du milieu, pour être en mesure de référer les personnes et les groupes accompagnés, mais aussi pour faciliter l'établissement de collaboration et de coalition » (Lapierre et Levesque, 2013; p.59).

Selon Brunet (2011), les militaires devraient être encouragés à utiliser les services de santé mentale dont ils ont besoin. En fait, les résultats d'une étude révèlent que « les institutions militaires devraient continuer à mener des campagnes d'éducation pour démystifier les problèmes de santé mentale et apporter les changements nécessaires aux systèmes de prestation des soins afin de gagner la confiance des militaires » (Brunet, 2011, p.2) Ainsi, les travailleurs sociaux se doivent de connaître les ressources qui s'entrecroisent et les réalités que vivent ses clients (Fournier et Gervais, 2010). De plus, celui-ci doit comprendre les enjeux associés au stress post-traumatique et au fait de demander de l'aide. Il doit être familier avec le contexte et les particularités qui le caractérisent.

En fait, le travailleur social qui œuvre auprès des militaires atteints de stress post-traumatique doit prendre le temps de faire des références personnalisées et de référer un client directement à une personne et non seulement à un organisme, or cela s'avère parfois difficile : « [p]our la majorité des travailleurs sociaux des Forces armées canadiennes, le temps est la ressource la plus rare » (McFadyen, 2008; p.48). Ce professionnel doit être en mesure, si cela s'avère nécessaire, de faire des appels téléphoniques avec son client aux divers ministères tels qu'au ministère des anciens Combattants ou au ministère de la Défense nationale.

### **6.6.2 Rôle d'advocatie**

Dans le domaine militaire, le rôle du travailleur social s'avère plus que nécessaire afin de redonner du pouvoir aux militaires qui en possèdent parfois peu dans les sphères de leur vie et qui font trop souvent partie d'une structure cloisonnée et rigide (Cloutier, 2018). Les travailleurs sociaux ont également comme rôle de défendre les droits humains afin que tous les militaires puissent vivre dans une collectivité sans discrimination ainsi qu'en toute liberté d'expression et d'opinion. Le respect des droits fondamentaux reconnus dans les politiques nationales et internationales ainsi que la dignité de la personne humaine doivent primer (Lapierre et Levesque, 2013). Le travailleur social a pour mandat de faire comprendre aux militaires que ceux-ci ont le pouvoir de choisir le traitement, les services et les médicaments qui, selon eux, sont les plus susceptibles de les aider. Contrairement, à ce qui leur a été enseigné, ces derniers peuvent choisir ou refuser une offre de services ou les recommandations d'un professionnel. L'autorité des médecins et des professionnels de la santé ne doit plus primer sur leurs propres droits citoyens.

Le professionnel doit intervenir au nom du vétéran et défendre ses intérêts. Lorsque celui-ci ne possède pas les habiletés nécessaires pour le faire seul ou que la complexité de la structure organisationnelle nécessite l'intervention d'un professionnel, le travailleur social devient un allié irremplaçable. En fait, le travailleur social doit donc agir à titre de militant et faire valoir les intérêts du vétéran ou du militaire (Hurtubise et Deslauriers, 2010; p.321). À titre d'exemple, le travailleur social peut lutter avec un militaire ou en son nom pour l'obtention d'une prestation à laquelle il a droit et qui lui a été refusée. Celui-ci peut également aider le client à déterminer quelle organisation est la plus susceptible de lui venir en aide et faciliter le processus d'inscription. Il peut également accompagner le client et lui prêter main-forte pour remplir des formulaires ou effectuer des appels téléphoniques afin d'améliorer le processus menant à l'obtention de services.

Les travailleurs sociaux doivent non seulement défendre les droits individuels, mais également les droits collectifs et ils peuvent donc, par le fait même, regrouper des militaires vivant les mêmes injustices et les soutenir dans leur lutte (Lapierre et Levesque, 2013).

### **6.6.3 Rôle de facilitateur et mobilisateur**

Les travailleurs sociaux ont également pour rôle de promouvoir la justice sociale, une valeur inhérente à la profession. Ces derniers ont pour rôle de promouvoir un changement individuel et social afin que les militaires puissent atteindre leur plein potentiel (Brodeur et Berteau, 2010). Ceux-ci doivent viser une juste répartition de la richesse et provoquer des changements dans les politiques et les législations mises en place. Certains travailleurs sociaux pourraient mettre en place différents projets afin que les programmes destinés aux vétérans soient davantage ajustés aux besoins de ceux-ci. Le professionnel doit en mesure de définir la situation que le militaire vit en termes collectifs plutôt d'individuels; le tout en lien avec les axes d'oppression et les structures politiques et économiques auxquelles cette problématique est soumise, notamment celle de l'armée (Lapierre et Levesque, 2013). Le travailleur social doit reconnaître que des préjugés envers la santé mentale sont véhiculés au sein des militaires et doit être en mesure d'effectuer un travail de longue haleine visant une meilleure compréhension de la problématique et doit tenter d'atténuer les préjugés qui sont véhiculés.

Ce professionnel doit considérer la personne atteinte d'un trouble de stress post-traumatique comme un être à part entière, expert de sa situation. Comme le dit si bien Dufour (2018b), [...], [l]es études médicales [enseignent] à observer la maladie, à y accoler un nom plus ou moins compliqué, puis à lutter contre elle, mais [il faut] considérer le patient comme un être à part entière, parfaitement capable de trouver par lui-même les moyens de guérir » (Dufour, 2018b;

p.6). Les travailleurs sociaux ont également le devoir de croire en la capacité et au potentiel de chaque individu et de développer une vision positive face à l'avenir (Brodeur et Berneau, 2010). Ces derniers doivent permettre aux individus d'utiliser leurs propres capacités et forces personnelles afin d'atteindre leurs objectifs. Bref, ces professionnels doivent avoir à cœur le bien d'autrui et doivent tenter de rassembler les vétérans afin de forger une identité collective et de promouvoir les droits de chacun (Brodeur et Berneau, 2010).

#### **6.6.4 Retombées pour la pratique du travail social**

Les connaissances issues de ce mémoire pourront être utiles aux professionnels qui œuvrent auprès de militaires ou auprès de leurs familles. Ces données pourront améliorer la compréhension de la problématique et permettre de parfaire les interventions effectuées auprès de cette clientèle. De plus, pour les intervenants œuvrant directement sur le terrain, tels que les intervenants sociaux sur les bases militaires, ces données pourront permettre de sensibiliser les nouveaux militaires aux signes et symptômes du stress post-traumatique.

Un élément crucial de ce mémoire était de mieux saisir l'impact du stress post-traumatique sur le fonctionnement social des militaires et la stigmatisation associée au syndrome de stress post-traumatique. À ce sujet, cette recherche démontre l'importance de bien sensibiliser les intervenants à la problématique ainsi que les dirigeants de l'organisation militaire :

Les Forces canadiennes [doivent] fourni[r] les ressources supplémentaires suffisantes pour permettre à tous les membres du personnel soignant en santé mentale, y compris les aumôniers militaires et les travailleurs sociaux, d'avoir accès à la formation dont ils ont besoin pour traiter les problèmes de santé mentale. (McFadyen, 2008; p.47).

Il s'avère primordial de bien renseigner les recrues, les militaires et le personnel soignant afin de permettre une meilleure connaissance de la situation. Les stratégies d'adaptation apprises dans un contexte d'apprentissage comme l'entraînement peuvent également se généraliser à d'autres contextes incluant les opérations militaires (Driskeel, Johnston et Sals, 2001; Lane et collab., 2012; Riolli et Savicki, 2010 cités dans Martineau, 2016). De ce fait, il semble que les soldats auraient intérêt à bénéficier d'une formation qui leur permettrait de mieux comprendre en quoi consiste le syndrome de stress post-traumatique, mais également d'une formation qui leur permettrait de mieux identifier les ressources potentielles de leur environnement (Cohn et Pakenham, 2008; Riolli et Savicki, 2010 cités dans Martineau, 2016).

Finalement, cette recherche permet de dresser un portrait d'ensemble de la situation entourant le stress post-traumatique au sein des Forces armées canadiennes et des besoins véhiculés. Il serait intéressant de créer davantage de groupes d'information et de sensibilisation afin d'identifier cet enjeu dès l'entrée des recrues. On doit également viser un changement des mentalités au sein des rangs et laisser place à de nouvelles bases permettant une expression plus appropriée des émotions

### **6.7 Avenues et perspectives de recherche**

Dans une visée de recherche future, il pourrait s'avérer pertinent de mener une étude sur la réalité des femmes militaires et l'impact du stress post-traumatique afin de bien cerner la différence entre les genres. Il serait intéressant de comprendre comment les symptômes et les conséquences du stress post-traumatique sont vécus par les femmes et de bien analyser les ressemblances et les différences si tel est le cas. Une analyse davantage poussée permettrait de mieux saisir les enjeux et les besoins de ces femmes, qui se retrouvent en minorité dans les forces armées canadiennes. De

plus, il serait intéressant de comprendre comment un diagnostic de santé mentale intervient sur la notion d'identité des femmes militaires.

## CONCLUSION

Plusieurs arguments indiquent que le stress post-traumatique a des incidences sur le fonctionnement social des militaires canadiens. De plus, ils attendent longtemps avant de consulter pour un stress post-traumatique : ce qui fait en sorte que leur état se détériore et que les manifestations du stress post-traumatique se transforment peu à peu en symptômes beaucoup plus prononcés. Les militaires sont craintifs face à la possibilité de demander de l'aide, car la stigmatisation associée au TSPT est omniprésente et que les conséquences sur leur vie et leur carrière sont non-négligeables.

Nous espérons que ce mémoire a pu contribuer à mieux comprendre les répercussions qu'engendre un syndrome de stress post-traumatique. Nous souhaitons que celui-ci ait permis de mieux comprendre le lien entre un militaire souffrant de TSPT, les répercussions d'une telle condition sur son fonctionnement social et le processus de stigmatisation. Les préjugés envers la santé mentale au sein des Forces armées canadiennes sont encore bien présents. La culture organisationnelle des FAC ne peut pas se transformer en une génération et les croyances sont durables ce qui fait en sorte que les militaires attendent encore trop longtemps avant de demander de l'aide (Ellis, 2017). L'intervention rapide et la prise en charge efficace s'avèrent primordiales, mais les croyances soutenant les résistances sont profondes (Ellis, 2017). Même si la lutte contre la stigmatisation n'est manifestement pas terminée et il est important de souligner le changement positif qui s'est produit au sein de la culture des FAC (Arrabito et Leung, 2014). Des changements ont vu le jour et des initiatives ont été mises en place afin d'améliorer la situation (Ellis, 2017).

Nous espérons que les Forces armées canadiennes, au fil des prochaines années, déploieront des efforts pour élargir la portée du soutien offert aux militaires et à leurs familles. Les militaires atteints de stress post-traumatique doivent comprendre que ce leurs symptômes sont légitimes. Dans les années à venir, nous désirons que les jeunes militaires qui subiront des atrocités reliées à la guerre puissent parler davantage de ce qu'ils vivent. La maladie mentale n'est pas un signe de manque de volonté ou de sens moral et peut-être aussi dévastatrice que la maladie physique (Frank et Kupfer, 1993).

La diminution de la stigmatisation dépend grandement des mesures prises par les FAC, mais une chose demeure certaine, les militaires ont plus de chances de traverser avec succès les différentes phases du rétablissement si l'on parvient à réduire la stigmatisation associée au TSPT. Selon Daigle (2013), il existe actuellement un grand nombre de militaires qui souffrent de de TSPT et on prévoit qu'un nombre encore plus grand de personnes en souffriront éventuellement : [à] bien des égards, ce sera un défi générationnel pour le Ministère, les Forces canadiennes et le gouvernement du Canada dans son ensemble » (McFayden, 2008; p.5).

Le combat contre la stigmatisation doit être poursuivi, car les membres des FAC continueront à effectuer des missions périlleuses au Canada et dans divers pays du monde. Plus vite on décèle un problème de santé mentale, plus rapide est l'intervention et meilleures sont les chances de réadaptation (Arrabito et Leung, 2014). La souffrance silencieuse des militaires atteints de TSPT mine leur existence et à des impacts considération sur leur mode de vie et leur efficacité militaire (Arrabito et Leung, 2014).

## BIBLIOGRAPHIE

- ANCIENS COMBATTANTS CANADA [ACC] (2011). « Évaluation de la Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel (TSO) – Hôpital Sainte-Anne », *Gouvernement du Canada*, réf du 16 avril 2018, [http://www.veterans.gc.ca/pdf/deptReports/2011-st-annes/2011-st-annes-evaluation\\_f.pdf](http://www.veterans.gc.ca/pdf/deptReports/2011-st-annes/2011-st-annes-evaluation_f.pdf)
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA [ACC] (2016). « État de stress post-traumatique », *Gouvernement du Canada*, réf du 14 avril 2018, [http://www.veterans.gc.ca/pdf/dispen/eeg/ptsd-mar2016\\_f.pdf](http://www.veterans.gc.ca/pdf/dispen/eeg/ptsd-mar2016_f.pdf)
- ARRABITO, Robert, et Anna LEUNG. (2014). « Combattre l'effet de la stigmatisation sur les membres des Forces armées canadiennes (FAC) souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux », *Revue militaire canadienne*, Vol 14, No. 2, p.25-35.
- ALLEN, English. (2000). « Leadership et stress opérationnel dans les forces canadiennes », *Revue militaire canadienne*, p.33-38.
- ANDREWS, Bernice, Chris BREWIN et Suzanna ROSE (2003). Gender, social support and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, Vol 16, p. 421-427.
- BACHELOR, Alexandra, et Purushottan JOSHI (2002). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 123p.
- BAILEY, Lcol Suzanne, et collab., (2017). « Les conseillers et conseillères en milieu soilaire travaillant auprès des familles des militaires et des vétérans », *Association canadienne de conseling et de psychothérapie* », 12p, réf. du 23 février 2018, <https://www.ccpa-accp.ca/fr/school-counsellors-working-military-veteran-families/>
- BALDERRAMA-DURBIN Christina, et collab., (2013). « Combat disclosure in intimate relationships: Mediating the impact of partner support on posttraumatic stress. *Journal of Family Psychology*, Vol 27, p. 560-568.
- BARROIS, Claude (1988). *Les névroses traumatiques*. Gauthier Villars, Paris, 248p.
- BEACHLER, Jean (2011). « Le concept de l'identité », *Cairn info*, Vol 1, No. 133, p.87-96.
- BECKER, Howard (1985). *Outsiders*, Paris, Éditions Métailié, 245p. Éditions originales 1963.
- BIRD, Kendall. (2015). « Research evaluation of an australian peer outdoor support therapy program for contemporary veterans' wellbeing » *International Journal of Mental Health*, Vol 44, p. 46-79.

- BLACKBURN, Dave. (2015). « La travail social en contexte militaire – Réflexion sur un champ de pratique à renouveler », *Revue militaire canadienne*, Vol 16, No. 1, 43p.
- BLACKBURN, Dave. (2016). « Transition de la vie militaire à la vie civile : regard sur la dernière étape de la carrière militaire », *Revue militaire canadienne*, Vol 16, No.4, 53-61p.
- BLACKBURN, Dave et V. MARCEAU. (2013). « Le travail social au sein des Forces armées canadiennes », *Bulletin du Chef personnel militaire*, 3p.
- BLAIS, Louise. (1995). « Éthiologie sociale et santé mentale : Ouverture et fermeture des modèles explicatifs dominants », *Reflets*, Vol 1. No.2 p.138-162.
- BOUCHER, Maxime. (2011). « L'exposition cognitive pour l'anxiété généralisée, le stress post-traumatique, le trouble obsessionnel-compulsif et l'hypochondrie », *Université du Québec à Trois-Rivières*, 130p.
- BRAKER, Lisa-Hains, et Katty BERRY. (2009). « Developmental issues impacting military families with young children during single and multiple deployments, *Military medicine*, Vol 174, 8p.
- BRESLAU, Naomi et collab., (1997). « Psychiatric sequelae of posttraumatic disorder in woman », *Archives of General Psychiatry*, Vol 4, p.53-53.
- BREWIN, Chris, et Emily HOLMES. (2003). « Psychological theories of posttraumatic stress disorder », *Clin Psychol Rev.* Vol 23, no. 3, p.339-376.
- BREWIN, Chris, Bernice ANDREWS et John VALENTINE. (2000). « Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.68, no.5, p.748-766.
- BRODEUR, Normand, et Ginette BERTEAU. (2010). « La réflexion éthique : une dimension essentielle dans la pratique du travail social dans Jean-Pierre Deslauriers et Yves Hurtubise, *Introduction au travail social*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p.241-265.
- BRUNET, Alain (2011). « Trouble de stress post-traumatique », *Douglas institut*, réf du 15 décembre 2017, <http://www.douglas.qc.ca/info/trouble-stress-post-traumatique>
- BRUNET, Alain, et collab., (2015). « Trauma exposure and posttraumatic disorder in the Canadian Military », *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol.60, no.11), p.488-496
- BRILLON, Pasclae (2004). « Se relever d'un traumatisme », Québec, Les éditions Quebecor, 277p.
- BRILLON, Pascale. (2005). « Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique », Québec, Les éditions Quebecor, 447p.

- BRITT Thomas, et collab., (2008). « Perceived stigma and barriers to care for psychological treatment: Implications for reactions to stressors in different contexts », *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol 27, p.317-335.
- BUSUTTIL, Walter. (2004) « Presentations and management of Post Traumatic Stress Disorder and the elderly: A need for investigation », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol 19, No. 5, p.429-439.
- BRYANT Richard et Allison HARVEY. (1995). « Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents », *Behaviour Research and Therapy*, Vol 33, p.631-635.
- CALVEZ, Marcel. (1994). « Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité », *Sciences sociales et santé*, No. 12, p. 61-88.
- CARUTH, Cathy. (dir.) (1995): *Trauma : Explorations in Memory*, Baltimore, *The Johns Hopkins University Press*.
- CAVAYS, M et collab., (2012). « Stigmatisation dans la maladie d’Alzheimer, une revue de la question », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, N. 10, p. 297-305.
- CHEN Ying-Ren et collab., (2014). « Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for Patients with Posttraumatic-Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. » *Plos One*, Vol 9, No 8, p.
- CHEVANCE, Jean-Pierre. (2002). *Handicap à vivre : le point de vue de la personne handicapée, Déficiences motrices et situations de handicaps*, p.63-69.
- CHOQUETTE, Sylvie. (2000). « L’état de stress post-traumatique : quelques enjeux socio-politiques », *Université d’Ottawa*, 62p.
- CLOUTIER, Geneviève (2018). « Comment se porte le travail social », *Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*, réf du 20 juin 2018, <https://beta.otstcfq.org/l-ordre/evenements-et-campagnes/le-travail-social-dans-tous-ses-etats/le-travail-social-ici-et-ailleurs/comment-se-porte-le-travail-social>
- COHN, Andrew et Ken PAKENHAM. (2008). « Efficacy of a cognitive-behavioral program to improve psychological adjustment among soldiers in recruit training », *Military Medicine*, Vol 173, p.1151-1157
- COLLIN, Xavier. (2010). « Hypothèse sur les relations entre états démentiels et états de stress post-traumatiques », *Université Henri Poincaré*, 212p.
- COLL, Jose et WEISS Eugenia (2013). *Caring for the Military: A Guide for Helping Professionals*, New York, Joan Beder éditeur, 258p.

- CORRIGAN, Patrick et Amy WATSON. 2002. « The paradox of self-stigma and mental illness », *Clinical Psychology : Science and Practice*, No. 9, p. 35-53.
- COUSINEAU, Medric. « L'iceberg de la maladie mentale », *Gouvernement du Canada – Défense nationale et Forces armées canadiennes* », 2p.
- CROCQ, Louis (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Les éditions Odile Jacob. 422p.
- DAIGLE, Pierre (2012). « Tenacité dans l'adversité : évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des forces canadiennes souffrant de traumatismes liées au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit », *Rapport spécial au ministère de la défense*, 120p.
- DAVIDSON, G.F (2013) « Division des services spéciaux du ministère de la Défense nationale », *Bien-être social Canada*, Vol. 18, no 2.
- DAVIS, Lennard (2010). *Constructing Normalcy*, Dans *The Disability Studies Reader*, p.3-19. New York, Routledge.
- DÉFENSE NATIONALE (2007). « Rapport de la vérificatrice générale du Canada – Chapitre 4 – Les soins de santé fournis aux militaires », *Gouvernement du Canada*, 15p, réf du 8 mai 2018, [http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl\\_oag\\_200710\\_04\\_f\\_23828.html](http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_200710_04_f_23828.html)
- DÉFENSE NATIONALE (2017). « L'héritage des Forces armées canadiennes en Afghanistan », *Gouvernement du Canada*, réf du 8 août 2018, <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-politiques-normes-directives-ordonnances-administratives-defense-5000/5023-1.page#ref>
- DUFOUR, Daniel (2018a). *J'ai failli y laisser mon âme*, Montréal, Les éditions de l'homme, 217p.
- DUFOUR, Daniel (2018b). *Le bout du tunnel*, Montréal, Les éditions de l'homme, 193p
- DUFOUR, Joelle (2015). *Intégration scolaire et construction identitaire*, *Université Laval*, 119p.
- DULAC, Germain (2001). *Aider les hommes... aussi*, Montréal, VLB éditeur.
- DULAC, Germain. (2003). « Masculinité et intimité », *Les Presses de l'Université de Montréal*, Vol 35, No.2, p.9-34.
- DERUBEIS Robert et Paul CRITS-CHRISTOPHER, (1998). « Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 66, p.37-52.
- DIRKSWAGER, Amja, Inge BRAMSEN et Henk VANDERPLOEG. (2003). « Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers : a prospective study » *Personality and Individual Differences*, Vol 34, p.1545-1559.

- DRISKELL, James, Joan JOHNSTON et Eduardo SALAS. (2001). « Does stress training generalize to novel settings? » *Human Factors*, Vol 43, p.99-110
- EHLERS Anke et David CLARK. (2000). « A cognitive model of post-traumatic stress disorder », *Behavior Research and Therapy*, Vol 38, p. 319-345.
- ELLIS, Neil. (2017). « La santé mentale chez les vétérans canadiens : une mission de famille - Rapport du comité permanent des anciens combattants », *Chambre des communes du Canada*, 108p.
- FAMSWORTH, Jacob et SEWELL, Kenneth. (2011). « Fear of emotion as a moderator between PTSD and firefighter social interactions » *Journal of Traumatic Stress*, Vol 24, no 4, p. 444-450.
- FERRET, Stéphane (1988). « Le concept d'identité », *La cahier*, No. 6, p.162-165.
- FIKRETOGLU, Deniz. (2007). « Mental health Treatment Seeking by Military Members with posttraumatic stress disorder : Findings on rates, Characteristics, and Predictors From Nationnaly Representative Canadian Milatry Sample », *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 52, No. 2, p.103-110.
- FOA, Edna et Michael KOZAL. (1986). « Emotional processing of fear: Exposure to corrective information », *Psychological Bulletin*, Vol 99, p. 20-35.
- FOLKMAN, Susan, et Richard LAZARUS (1988b). *Ways of coping questionnaire*. Palo Alto, Consulting Psychologist Press.
- FOOT, Peter. (2006). « L'éducation militaire et le transformation des forces canadiennes », *Revue militaire canadienne* », p.13-20.
- FOUGEYROLLAS, Patrick et Claire DUMONT. (2010). « Construction identitaire et résilience en réadaptation », *Frontières*, Vol 22, No 1-2, p. 22-26.
- FRANK, Ellen et David KUPFER. (1993). « Depression as a mental illness », *Perspectives on Disability*, Mark Nagler (ed.), p.379-384.
- GAGNÉ, Louis. (2014). « Détresse des militaires », *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, Vol. 11, No. 5, p.32-34, réf du 25 février 2018, <https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol11no5/11-sante-mentale.pdf>
- GALLANT, Audrey. (2015). « Étude des perceptions du trouble de stress post-traumatique parmi les militaires canadiens et leur conjointe », *Université de Montréal*, 87p.
- GARGIULO, Marcela. (2016). « Handicap, figures et stigmatisation », *Cliniques méditerranéennes*, Vol 2, no. 94, p. 125-138p.

- GERMAIN, Vanessa, Line VAILLANCOURT et Marc DAUPHIN (2016). *La voie du retour*, Éditions au carré, 244p.
- GOFFMAN, Erving (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 175p.
- GOUL Matthew, et collab., (2010). « Do stigma and other perceived barriers to mental health care differ across Armed Forces? » *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol 103, p. 148-156.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. (2016). « Soldats à temps partiel, blessures à temps plein », *Rapport au ministre de la défense nationale*, Gouvernement du Canada, 52p.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. (2017). « Critères minimaux d'efficacité opérationnelle liés à l'universalité de service, *Défense nationale et Forces armées canadiennes*, 7p. réf du 8 août 2018, <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-politiques-normes-directives-ordonnances-administratives-defense-5000/5023-1.page#ref>
- GREACEN, Tim et JOUET Emmanuelle (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Éditions Érès, 341p.
- GREEN, Bonnie. (1994). « Post-traumatic stress disorder in victims of disasters », *Psychiatry clinics of North America*, Vol 17, No. 2, p.301-309.
- GUAY, Stéphanie et André MARCHAND (2007). *Les troubles liés aux événements traumatiques : dépistage, évaluation et traitement*. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal, 372p.
- GUAY, Stéphanie, André MARCHAND et Valérie BILLETTE. (2006). « Impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique : Données empiriques, aspects étiologiques et stratégies d'intervention » dans Stéphanie Guay et André Marchand, *Les troubles liés aux événements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitements*. Montreal, Quebec, Les Presses de l'Université de Montréal, p.369-384.
- HARRISON, Deborah (1997). « La violence dans la communauté militaire », *Les Presses de l'Université de Montréal* », Vol 30, No2, p.27-45.
- HUDON, Audrey (2004). « L'état de stress post-traumatique : où le traumatisme prend tout son sens », *Université d'Ottawa*, 111p.
- HUNDT, Nathalie et collab., (2015). « Veterans' perspectives on benefits and drawbacks of peer support for posttraumatic stress disorder », *Military Medicine*, Vol 180, no.8, p. 851-856.
- HURTUBISE, Yves, et Jean-Pierre DESLAURIERS (2010). « Le travail social, entre la discipline et la profession » dans Jean-Pierre Deslauriers et Yves Hurtubise, *Introduction au travail social*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p.319-331.

- INSTITUT VANIER DE LA FAMILLE. (2016). « Les familles des militaires et des vétérans au Canada : collaboration et partenariat », *Service Canada*, 49p. réf du 25 février 2018, <http://institutvanier.ca/ressources/recueil-familles-militaires-veterans/>
- IRVING, Lori, Leslie TELFER et Dudley BLAKE. (1997). « Hope, coping, and social support in combat-related posttraumatic stress disorder », *Journal of Traumatic Stress*, Vol.10, No.3, p.465-479.
- ISABELLE, Johanne. (2000). « L'état de stress post-traumatique et son impact sur la famille militaire », *Université d'Ottawa*, 59p.
- JAIN, Shaili, Caitlin MCLEAN et Rosen CRAIG. (2012). « Is there a role for peer support delivered interventions in the treatment of veterans with post-traumatic stress disorder? » *Military Medicine*, Vol 177, no 5, p.481-483.
- JAIN, Shaili et collab., (2016). « Peer support and outcome for veterans with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in a residential rehabilitation program » *Community Mental Health Journal*, Vol 52, no. 8, p. 1089-1092.
- JAIN, Shaili, Julia HERNANDEZ et Steven LINDLEY. (2014). « Peer support program for veterans in rural areas » *Psychiatric Services*, Vol 65, no 9, p.1177-1177
- JELUSIC, Ljubica. (2005). « Ritualization of Emotions in Military Organization », *Military Sociology*, Eric Ouellet (Ed.), Whitby, Ontario : de Sitter Publications, Chapter 8, p.230-254.
- JOSEPH, Stephen et collab., (1997) « Understanding post-traumatic stress : a psychosocial perspective on PTSD and treatment », *British journal of clinical psychology*, Vol.37, No. 2, p.242-243
- KIRK, Stuart et Herb KUTCHINS. (1998) (1992), *Aimez-vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, traduit de l'anglais par Oliver Ralet et Didier Gille, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- KLEBER, Rolf et collab. (1995). « Introduction », *Beyond trauma. Cultural and societal dynamics*, New York, Plenum publishing corporation, p.1-9.
- KLEINMAN, Arthur (1995). « Anthropology of bioethics », *Writing at the margin*, Los Angeles, Universitu of California press, p.41-67.
- KOENAN, Karestan, Jeanne Major STELLMAN et Johan SOMMER. (2003). « Risk factors for course of post-traumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14 year follow-up of American Legionnaires ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 71, No.6, p.980-986

- KOTLER, Moshe et collab., (2001). « Anger, impulsivity, social support, and suicide risk in patients with posttraumatic stress disorder » *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol.189, No.3, p.162-167
- LACAZE, Lionel. (2008). « La théorie de l'étiquetage modifiée, où l'analyse stigmatisante » revisitée, *Nouvelle revue de psychosociologie*, Vol.1 No.5, 18p.
- LAFFAYE et collab., (2008). « Relationships among PTSD symptoms, social support, and support source in veterans with chronic PTSD », *Journal of Traumatic Stress*, Vol 21, no.4, p.394-401.
- LANE , Andrews et collab., (2012). « Emotions and emotion regulation among novice military parachutists », *Military Psychology*, Vol 24, p.331-345
- LAPIERRE, Simon, et Joscelyne LEVESQUE. (2013). « 25 ans plus tard... et toujours nécessaires! Les approches structurelles dans le champs de l'intervention sociale », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, Vol. 19, No 1, p.38-64.
- LEIBOWITZ Ruth, et collab., (2008). « Veterans' disclosure of trauma to healthcare providers », *General Hospital Psychiatry*, Vol 30, p. 100–103.
- LEMAN, Kara (2016). « Au bord du précipice – Un membre des Forces armées canadiennes parle de sa dépression et de la façon dont il s'en est sorti », *Revue militaire canadienne*, Vol 16, No.2, 64-68p.
- LIONNET, Anne-Hélène (2014). Rôles des pairs dans le processus de construction identitaire des personnes vivant en situation de handicap : un long chemin vers la reconnaissance, *École des hautes études en santé publique, Université de Rennes*, 2, 102p.
- LOUIE, Ashley et Lisa Demarin CROMER. (2014). « Parent–child attachment during the deployment cycle : Impact on reintegration parenting stress » *Professional Psychology Research and Practice*, Vol. 45, No. 6, 496-503p.
- LOVELL, Anne (2011). « Sur quelques mauvais jeux de mots : classifications psychiatriques et stigmatisation », *John Libbey Eurotext*, Vol 87, No.3 p.175-183.
- MACÉ, Éric. (2002). « L'exigence de sécurité, une question politique », *État, société et délinquance : Cahiers français*, N° 308, p. 1-5.
- MALONEY, Sean. (2013). « Le jeu en valait-il la chandelle? – L'intervention du Canada en Afghanistan et les perceptions de succès et d'échec », *Revue militaire canadienne*, Vol 14, No.1, 19-31p.
- MARIN, André (2001). *Rapport spécial. Traitement systémique des membres des FC atteints du SSPT, Plaignant : Christian McEachern*, Canada, Ombudsman, Défense nationale et Forces canadiennes, 243p.

- MARTIN, Mélissa et collab., (2009). « Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers. *Journal of Trauma and Dissociation*, Vol 10, No. 4, p.451-468.
- MARTINEAU, Yves. (2016). « Militaires canadiens de retour de mission : une analyse qualitative secondaire de l'adaptation au stress opérationnel », *Université de Sherbrooke*, 212p.
- MCCRANIE, Edward, et Leon HYER. (2000) « Posttraumatic stress disorder symptoms in Korean conflict and World War II combat veterans seeking outpatient treatment », *Journal Trauma Stress*, Vol 13, No 3, p.427-439.
- MCFAYDEN, Mary. (2008). « Un long chemin vers la guérison : Le combat contre les traumatismes liés au stress opérationnel », Deuxième examen des mesures du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel », *Défense nationale et Forces canadiennes*, 68p.
- MEIGNANT, Isabelle, Eugénie ZARA-JOUILLAT et France HAOUR (2014). « Évaluation scientifique de la psychothérapie EMDR pour le traitement des traumatismes psychiques », *European Psychiatry*, Vol.29, No. 8, p.657-657.
- MINISTÈRE DE LA DÉFENSE (2008). « Formation des recrues », réf du 15 décembre 2017, <http://www.forces.ca/#fr>.
- MONFORT, Emmanuel et Gilles TREHEL (2012). Classification des styles de coping dans une population d'anciens combattants âgés, *Annales médico-psychologiques*, Vol 170, p.636-641.
- MUCCHIELLI, Alex (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, Paris, 2<sup>ème</sup> édition, Les éditions Armand Collin, 303 p.
- NADEAU, Céline. (2013). « L'impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers : une étude longitudinale », *Université du Québec à Montréal*, 274p.
- NGÔ, Thanh-Lan. (2013). « Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience », *Santé mentale au Québec*, Vol. 38, No 2, p. 35-63.
- NATYNCZYK, Walt. (2011). « Les forces canadiennes en 2010 et 2011 – Regard sur le passé, regard sur l'avenir », *Revue militaire canadienne*, Vol 11, No.2, p.7-11.
- NOËL, Christian. (2014). « Santé mentale : des soldats se taisent par peur de rejet de l'armée », Radio-Canada, réf du 3 août 2018, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/684829/suicides-armee-syndrome-post-traumatique-temoignage-walter-callaghan>
- NOISEAUX, Sylvie. (2006). « Le devis de recherche qualitative », dans M-F Fortin, *Fondements et étapes de processus de recherche*, Montréal, Chenelière Éducation, p.267-286.

- OSORIO, Carlos et collab., (2013). « Perceptions of stigma and barriers to care among UK military personnel deployed to Afghanistan and Iraq », *Anxiety, Stress & Coping*, Vol 26, p.539-557.
- PARENT, Anne-Martine. (2006). « Trauma, témoignage et récit », *Revue Portée*, 17p.
- PARIS et collab., (2010). « When a parent goes to war : Effets of parental deployment on very young children and implications for intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 80, No.4, 610p.
- PARIS, Céline, et Stéphanie MACDONAL (2002). *Le TSPT en images*, Ottawa, Ministère des Anciens Combattants, 86p.
- PENNEBAKER, James, Janice KIECOLT-GLASER et Ronald GLASER. (1998). « Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.56, No. 2, p. 239-245.
- PERSON, Caryn, Mark ZAMORSKI et Teresa JANK. (2014). « Santé mentale dans les Forces armées canadiennes », *Gouvernement du Canada*, réf du 7 décembre 2017, <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2014001/article/14121-fra.pdf>
- PHILLIPS, Carlie, et collab., (2014). « Mental health of OEF and OIF veterans : Influence of coping strategies, social support, and resilience » *American Psychological Association's 122nd Annual Convention*, Washington, D.C
- PINCUS, S, R HOUSE, J. CHRISTENSON et L.E ALDER. (2001). The emotional cycle of deployment : A military family perspective, *US Army Dep*, p.15-23
- RÉGIMBALD, Karine et Jean-Marti DESLAURIERS. (2010). « Vie militaire et paternité », *Reflets*, 211p.
- RESICK, Patricia. (1997). « Objective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators », *American Journal of Psychiatry*, Vol.154, No.8, p.1081-1088
- RIOLLI, Laura, et Victor SAVICKI. (2010). « Coping effectiveness and coping diversity under traumatic stress », *International Journal of Stress Management*, Vol 17, p. 97-113.
- ROBERGE, Julie. (2007). « Les stratégies de coping utilisées par les militaires ou ex-militaires masculins atteints de stress post-traumatique suite au retour d'une mission de paix », *Université Laval*, 206p.
- ROCHER, Guy (1992). Introduction à la sociologie générale : 1 L'action sociale, Lassale, Qc, Hurtubise HMN, 190P.
- ROUTHIER, Christiane (2004). *Évaluation psychologique des traumatismes militaires*, Les Presses de l'Université Laval, 448p.

- ROWAN-LEGG, Ann. (2010). « Les soins aux enfants et aux adolescents des familles militaires canadiens : les considérations particulières », *Société canadienne de pédiatrie*, réf. du 7 décembre 2017, <http://www.cps.ca/fr/documents/position/familles-des-militaires>
- SABOURAUD-SÉGUIN, Aurore. (2002). « Traitement cognitivo-comportemental du stress post-traumatique » dans LOPEZ, Gérard, et Aurore Sabouraud-Séguin et Collab., *Psychothérapie des victimes*, Paris, Les éditions Dunod, p.92-134.
- SARTRE, Jean-Paul (1946). *Réflexions sur la question juive*, Paris, Gallimard.
- SARTRE, Jean-Paul (1952.). *Saint Genet, comédien et martyr*, Paris, Gallimard.
- SAVOIE-ZAJC, Lorraine (1997), L'entrevue semi-dirigée, in B. Gauthier (éd.), Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données (3<sup>e</sup> éd., pp. 263-285). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- SCHNYDER, Ulrich. (2005). « Psychothérapie pour les PTSD – une vue d'ensemble », *Département de psychiatrie – Hôpital Cantonal Universitaire*, Vol 25, no.1, p.39-52.
- SERVICES AUX FAMILLES DES MILITAIRES [SMF] (2016 – 2<sup>ième</sup> édition). « L'expérience militaire : un guide pour la famille », *Gouvernement du Canada*, 105p, réf. du 8 décembre 2017, <https://www.connexionfac.ca/getmedia/1d0bebf915-4d56-b7fc-ff96cb89ec44/A-Family-Guide-F.aspx>
- SHALEV, Arieh, Omer BONN et Spencer ETH. (1996). « Treatment of posttraumatic stress disorder », *Psychosom. Med*, Vol 58, No.2, p.165-182.
- SHERRADEN, Michael et Benjamin YOUNDDAHL (2013). « Grand accomplishments in social work », *American Academy of Social Work and Social Welfare (AASWSW)*, 23p, réf du 20 jui2018, <http://aasws.org/wp-content/uploads/2013/12/FINAL-Grand-Accomplishments-sb-12-9-13-Final.pdf>
- SOLOMON, Susan, Gerrity ELLEN et Alyson MUFF. (1992) « Efficacy of treatments for post traumatic stress disorder. An empirical review » *J. Amer. Med. Assn*, Vol 268, no.5, p. 633-638.
- SOLOMON, Zahava, Mario MIKULINER et Mark WAYSMAN. « Delayed and immediate onset posttraumatic stress disorder : II. The role of battle experiences and personal resources », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol 26, no.1, p. 8-13.
- STEPHEN, Christine. (1997). « Debriefing social support and PTSD in the New Zeland Police : Testing a multidimensional model of organisational traumatic stress, *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, Vol 1, No 1.

- STOKES, Rob. (2012). « Les nombres problèmes liés aux lois et politiques sur le personnel militaire », *Revue militaire canadienne*, Vol 12, No 2, p.9-17.
- SUMMERFIELD. Derek. (1995). « Addressing human response and atrocity : Major challenges in research and practice and the limitation of western models » dans Rolf Kleber et collab., *Beyond trauma. Cultural and societal dynamics*, New York, Plenum publishing corporation, p.17-28.
- SUTKER, Patricia et collab., (1995). « War zone stress, personal resources, and PTSD in Persian Gulf War returnees », *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 104, p. 444-452.
- TARRIER, Nicholas, et Claire SOMMERFIELD. (2004). « Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure : a 5 years followup. *Behavior Therapy*. Vol. 35, No 2, p.231-246.
- TEASDALE et collab., (2002). « Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 70, p.278-287.
- TENAERTS, Marie-Noelle. (2008). « Approches sociologiques de la déviance », *UFAPEC*, 6p.
- TURGEON, Manon. (2011). « La philosophie et les militaires », *Revue militaire canadienne*, Vol 11, No. 2, p.60-62.
- VAN DER KOLK, Bessel A., MCFARLANE, Alexander C., WEISAETH, Lars (1996), *Traumatic stress. The effect of overwhelming experience on mind, body, and society*, New York, London, The Guilford
- WALBOURNE, Gary. (2015). « Les Forces armées canadiennes sont les mieux placées pour déterminer l'accès prioritaire des militaires libérés à des postes dans la fonction publique », *Défense nationale et Forces armées canadiennes*, 23p.
- WALBOURNE, Gary. (2016). « Simplification du modèle de prestation des services pour les membres des forces armées canadiennes en voie d'être libérées pour des raisons médicales », *Défense nationale et Forces canadiennes*, 29p.
- WELLS, Edward. (1978). « Theories of deviance and the self-concept », *Social Psychology (ex-Sociometry)*, Vol. 41, p.189-204.
- WEBER, Deeren. (2008). « Information Processing Bias in Post-traumatic Stress Disorder », *Open Neuroimag Journal*. Vol.2, p. 29-51.
- ZIHISRE, Modeste Mulke. (2011). « La recherche en sciences sociales et humaines », Paris, Les éditions l'Harmattant, 417p.