



BIBLIOTHÈQUE du PARLEMENT

LIBRARY of PARLIAMENT

ÉTUDE GÉNÉRALE



Trouble de stress post-traumatique et santé mentale du personnel militaire et des vétérans

Publication n° 2011-97-F
Le 14 octobre 2011
Révisée le 3 septembre 2013

Jean-Rodrigue Paré

Division des affaires juridiques et sociales
Service d'information et de recherche parlementaires

Les **études générales** de la Bibliothèque du Parlement sont des analyses approfondies de questions stratégiques. Elles présentent notamment le contexte historique, des informations à jour et des références, et abordent souvent les questions avant même qu'elles deviennent actuelles. Les études générales sont préparées par le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque, qui effectue des recherches et fournit des informations et des analyses aux parlementaires ainsi qu'aux comités du Sénat et de la Chambre des communes et aux associations parlementaires, et ce, de façon objective et impartiale.

© Bibliothèque du Parlement, Ottawa, Canada, 2013

*Trouble de stress post-traumatique et santé mentale
du personnel militaire et des vétérans*

(Étude générale)

Publication n° 2011-97-F

This publication is also available in English.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION.....	1
1.1	Le coût humain des opérations militaires.....	1
1.2	L'enjeu social et public.....	1
2	QU'EST-CE QUE LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE?	2
2.1	Nature du trouble et diagnostic.....	2
2.2	Du « traumatisme dû au bombardement » au trouble de stress post-traumatique	4
2.3	Le trouble de stress post-traumatique aujourd'hui.....	5
2.4	Les causes du TSPT.....	6
2.5	Le lien entre le TSPT et le suicide	6
2.6	La prévalence du trouble de stress post-traumatique chez les militaires et les vétérans	7
2.6.1	États-Unis.....	7
2.6.2	Australie.....	8
2.6.3	Royaume-Uni.....	8
3	LES BLESSURES DE STRESS OPÉRATIONNEL CHEZ LES MILITAIRES ET LES VÉTÉRANS CANADIENS	8
3.1	De militaire à vétéran : la division des responsabilités	8
3.2	Le stress opérationnel chez les militaires	9
3.3	Le stress post-opérationnel chez les vétérans	10
3.4	Les risques associés aux blessures de stress opérationnel : de l'absentéisme au suicide.....	11
4	REGARD SUR L'AVENIR	12
4.1	L'envergure du problème	12
4.2	Les capacités actuelles d'Anciens Combattants Canada.....	12
4.3	Le suivi des vétérans	13
5	CONCLUSION	13

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET SANTÉ MENTALE DU PERSONNEL MILITAIRE ET DES VÉTÉRANS

1 INTRODUCTION

1.1 LE COÛT HUMAIN DES OPÉRATIONS MILITAIRES

Le 7 juillet 2011, après une présence de neuf ans et demi, le Canada a officiellement mis un terme à ses opérations militaires de combat en Afghanistan. Environ 1 000 membres des Forces canadiennes (FC) demeureront toutefois sur place jusqu'en 2014 afin d'appuyer la formation des forces de sécurité afghanes.

En tout, quelque 30 000 militaires canadiens ont été déployés en Afghanistan, ce qui, en termes d'effectifs, dépasse la participation à la guerre de Corée, entre 1950 et 1953, et en fait donc la plus importante opération militaire canadienne depuis la Deuxième Guerre mondiale. Cent cinquante-huit militaires et quatre civils y ont perdu la vie et, à la fin de 2010, on dénombrait un total de 1 859 militaires blessés¹.

La participation canadienne au conflit en Afghanistan a été au cœur des débats politiques sur la redéfinition du rôle du Canada dans le monde après les événements du 11 septembre 2001. Ces débats ont résonné de manière constante dans les deux Chambres du Parlement et reçu une couverture médiatique soutenue. Le visage humain de la mission en Afghanistan s'est fréquemment manifesté dans les drames bouleversants vécus par certains représentants de cette nouvelle génération de militaires, qui ont parfois dû payer de leur santé mentale l'expérience des souffrances de la guerre.

Les séquelles psychologiques auxquelles peut donner lieu la participation aux opérations militaires sont habituellement désignées au moyen du terme médical « trouble de stress post-traumatique » (TSPT), ou encore du terme militaire et policier de « blessure de stress opérationnel ». Ces séquelles sont plus difficiles à prévoir que celles des blessures physiques, et ce, à cause de leur nature moins visible, de la réticence de ceux qui en souffrent à les déclarer et du fait que leurs symptômes peuvent n'apparaître que des années après l'événement traumatisant. Nos connaissances sur le sujet sont donc fragiles et les certitudes inexistantes, si ce n'est celle de la souffrance des personnes touchées.

1.2 L'ENJEU SOCIAL ET PUBLIC

La proportion de militaires en service qui souffrent du TSPT tend, initialement, à se comparer à celle de la population en général, mais elle devient nettement plus élevée à mesure qu'augmente l'exposition au combat ou à des atrocités.

La proportion des vétérans qui souffrent du TSPT est plus élevée que celle des militaires en service. La proportion la plus élevée – 42,5 % – se retrouve chez les

vétérans qui reçoivent des services d'Anciens Combattants Canada depuis l'entrée en vigueur de la Nouvelle Charte des anciens combattants, le 1^{er} avril 2006.

Compte tenu de la fin des opérations de combat en Afghanistan, entre 25 000 et 35 000 militaires des FC quitteront le service entre 2011 et 2016. On s'attend à ce qu'au moins 2 750 d'entre eux souffrent d'une forme sévère du TSPT et au moins 5 900 souffrent d'un problème de santé mentale diagnostiqué par un professionnel de la santé.

Pour répondre aux besoins prévus des milliers de militaires qui deviendront des vétérans au cours des prochaines années, les services mis en place au cours des dix dernières années devront être offerts sur une échelle encore plus grande.

C'est dans ce contexte que le présent document aborde les trois grands points suivants :

- ce qu'il est possible d'affirmer avec une certaine confiance scientifique concernant le diagnostic du TSPT lui-même;
- ce que nous savons de la prévalence du TSPT et des autres problèmes de santé mentale chez les membres des FC et les vétérans;
- ce qu'il est possible de conclure quant aux défis pour l'avenir.

2 QU'EST-CE QUE LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE?

2.1 NATURE DU TROUBLE ET DIAGNOSTIC

On peut d'ores et déjà affirmer que le diagnostic du TSPT est en voie de devenir bien établi dans la communauté psychiatrique, ce qui entraîne une uniformisation salutaire des critères permettant de le poser.

Aujourd'hui, en Amérique du Nord, un diagnostic de TSPT repose habituellement sur les critères établis par l'American Psychiatric Association (APA) dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM)².

Depuis la publication en 2013 de la cinquième édition du DSM (DSM-5), le TSPT n'est plus classifié comme un trouble de l'anxiété, mais se retrouve désormais sous l'un des cinq « troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress » (« *Trauma- and Stressor-Related Disorders* »)³.

Le diagnostic se fonde sur huit critères ou groupes de critères :

- A. Exposition à la mort, à une menace de mort, à une blessure grave ou à de la violence sexuelle, soit en tant que victime, soit comme témoin immédiat, soit en apprenant qu'un tel événement traumatisant s'est produit envers une personne chère, soit en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horrifiants d'un événement.

- B. Présence récurrente et involontaire de souvenirs envahissants, de rêves troublants, ou de réminiscences (*flashbacks*) liés à l'événement traumatique, ou encore détresse psychologique intense et prolongée ou réactions physiologiques marquées à des déclencheurs qui rappellent l'événement.
- C. Comportements d'évitement face aux souvenirs, pensées, sentiments et situations qui peuvent rappeler l'événement traumatique.
- D. Altération des pensées et de l'humeur comprenant au moins deux des sept symptômes suivants :
 - a. perte de mémoire face à certains éléments importants de l'événement;
 - b. persistance de croyances négatives ou d'attentes exagérées face à soi-même, aux autres, ou au monde en général;
 - c. pensées déformées sur la cause et les conséquences de l'événement amenant la personne à se blâmer ou à blâmer les autres;
 - d. persistance d'un état émotionnel négatif;
 - e. diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives;
 - f. sentiment de détachement et d'aliénation des autres;
 - g. incapacité persistante à éprouver des émotions positives.
- E. Changements marqués dans l'excitation et la réactivité comprenant au moins deux des six symptômes suivants :
 - a. comportement irritable et accès de colère non provoqués s'exprimant par des agressions verbales ou physiques envers d'autres;
 - b. comportement imprudent ou autodestructeur;
 - c. hypervigilance;
 - d. réactions de surprise exagérées;
 - e. problèmes de concentration;
 - f. perturbation du sommeil.
- F. « La durée des perturbations liées aux critères B, C, D et E est de plus d'un mois ».
- G. « La perturbation entraîne, sur le plan clinique, une détresse ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement. »
- H. « La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance [...] ou d'un autre état pathologique⁴. »

Le diagnostic peut également inclure des symptômes de dissociation (sentiment d'être détaché de soi-même ou de vivre dans un rêve, ou que le monde environnant est irréel)⁵. L'un des aspects du TSPT qui rend les conséquences difficiles à prédire, tant pour les professionnels de la santé que pour les décideurs, est qu'il peut « exister un délai de plusieurs mois ou même de plusieurs années avant que les critères du diagnostic soient remplis⁶ ». Si au moins six mois s'écoulent entre l'événement traumatique et l'apparition de symptômes suffisants pour que tous les critères diagnostiques soient remplis, il s'agit d'un TSPT à « expression différée ». Les symptômes disparaissent en trois mois ou moins dans la moitié des cas chez les adultes, tandis que certains individus continuent d'éprouver des symptômes plus

de 50 ans après l'événement. Les symptômes peuvent également s'aggraver lorsque la personne atteint un âge avancé⁷.

Si les médecins praticiens et les chercheurs canadiens appliquent généralement les critères de diagnostic du TSPT établis par l'APA, ceux d'autres pays s'en tiennent à la définition donnée par l'Organisation mondiale de la Santé dans la *Classification internationale des maladies* :

une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus⁸.

2.2 DU « TRAUMATISME DÛ AU BOMBARDEMENT » AU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Durant la Première Guerre mondiale, l'expression « traumatisme dû au bombardement » (« *shell shock* ») était interprétée comme un traumatisme crânien provoqué par un barrage d'artillerie. Quand on a découvert que des militaires qui n'avaient pas été exposés à cette situation pouvaient présenter les mêmes symptômes, on a peu à peu délaissé les explications physiologiques au profit du diagnostic général de « névrose de guerre ». Dans la toute première édition du DSM, en 1952, la névrose de guerre est devenue la « réaction aiguë de stress ».

Au cours de la Deuxième Guerre mondiale, le gouvernement américain a ordonné aux bureaux de recrutement de déterminer quelles personnes présentaient un risque sur le plan psychologique : un million d'hommes ont ainsi été déclarés inaptes. Malgré ces critères de sélection stricts, environ 10 % des effectifs américains déployés en Europe ont été rangés parmi les « pertes psychiatriques⁹ ». En 1944, les Américains ont rétabli un programme utilisé peu de temps après la Première Guerre mondiale pour le traitement des pertes psychiatriques sur le terrain, et le taux de ces pertes a reculé à 3 %. On a jugé ce programme de traitement – le programme Salmon – si fructueux qu'on l'a mis en œuvre dès le début de la guerre du Vietnam, et on lui attribue le taux relativement faible de pertes psychiatriques de 5 % pour la période 1965-1967.

En raison du succès qu'ont connu les programmes de traitement militaire durant les premières années de la guerre du Vietnam, on n'a pas décelé de « réaction aiguë de stress », et ce trouble a été supprimé de la deuxième édition du DSM (DSM-II), parue en 1968. Les psychiatres ne disposaient donc plus d'un diagnostic officiel. Ils devaient tout de même traiter un nombre élevé de vétérans du Vietnam qui semblaient souffrir d'une « névrose de guerre » à retardement. Et ces vétérans avaient également plus de mal à obtenir des soins et des prestations pour des troubles psychiatriques liés au service.

L'opinion publique a été alertée en 1971 par l'histoire de Dwight Johnson, héros de la guerre du Vietnam, qui a été tué par balle au cours d'une tentative de vol à main armée dont il était l'auteur dans un magasin de boissons – à peine un an après avoir reçu la Médaille d'honneur. Cet événement a amené le D^r C.F. Shatan, qui avait étudié la psychiatrie à l'Université McGill à Montréal, à parler du « syndrome post-

Vietnam ». Avec le soutien de psychiatres, des groupes de vétérans ont mis en œuvre des projets de recherche pour recueillir des données, en espérant qu'une nouvelle version de la « réaction aiguë de stress » figurerait dans la troisième édition prévue du DSM (DSM-III).

À l'assemblée annuelle de l'APA en 1977, à Toronto, un groupe d'experts s'est penché sur le diagnostic proposé de « trouble de stress catastrophique », qui comportait la sous-catégorie « réaction de stress consécutive au combat ». En janvier 1978, un groupe de travail qui préparait l'édition du DSM-III a remplacé ce diagnostic par celui de « trouble de stress post-traumatique ¹⁰ ».

2.3 LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE AUJOURD'HUI

L'expression « trouble de stress post-traumatique » a été officiellement adoptée par l'APA en 1980 pour le DSM-III. Des modifications y ont été apportées dans la quatrième édition (DSM-IV), notamment pour préciser que l'expression pouvait s'appliquer aux populations civiles.

Selon le DSM-5, les personnes qui souffrent du TSPT ont 80 % plus de chances que les autres de souffrir d'un autre trouble mental, par exemple la dépression, l'anxiété, la consommation abusive d'alcool ou de drogues et les idées suicidaires ¹¹. La présence concomitante du TSPT et d'une dépression majeure est signalée dans de nombreux documents : le risque de TSPT après exposition à un événement traumatique est deux ou trois fois plus élevé en présence d'une dépression majeure préexistante, et le TSPT accroît dans la même proportion le risque d'une première dépression majeure ¹². Il existe aussi un lien significatif avec d'autres troubles mentaux, notamment l'anxiété et la consommation abusive d'alcool.

L'utilisation du terme « trouble » a été l'objet de vives discussions pendant la préparation du DSM-5. L'APA a rejeté catégoriquement les arguments défendus par les autorités militaires, qui souhaitaient le remplacement du terme « trouble » par « blessure » :

Certains chefs militaires, aussi bien actifs qu'à la retraite, croient que le mot « trouble » provoque chez de nombreux soldats qui éprouvent les symptômes du TSPT une réticence à demander de l'aide. Ils ont demandé qu'on renomme le trouble « blessure de stress post-traumatique », une description qui, à leur avis, cadre mieux avec le vocabulaire militaire et atténuerait le jugement moral négatif.

D'autres, cependant, croient que c'est l'environnement militaire qui doit changer, et non le nom du trouble, de façon à ce que les soins de santé mentale soient plus faciles à obtenir et que les soldats soient encouragés à s'en prévaloir sans tarder. Certains participants à l'assemblée annuelle de 2012 de l'APA, où une session portait sur la question, ont mis en doute la précision du mot blessure pour l'établissement d'un diagnostic médical.

Le DSM-5 continue de traiter le TSPT comme un trouble ¹³.

Afin de désigner « toute difficulté psychologique persistante attribuable aux fonctions exécutées [...] dans le cadre d'une opération », le ministère de la Défense nationale,

Anciens Combattants Canada et la Gendarmerie royale du Canada emploient l'expression « blessure de stress opérationnel¹⁴ ».

2.4 LES CAUSES DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

De nombreuses études scientifiques ont tenté de préciser les facteurs qui permettraient d'anticiper l'apparition du TSPT chez les membres du personnel militaire. Les résultats de ces études semblent de plus en plus converger vers l'intensité de l'exposition au combat comme principal facteur de risque¹⁵. Il est important de distinguer cette exposition au combat du déploiement militaire comme tel. En effet, le fait d'être déployé à l'étranger dans le cadre d'opérations militaires ne suffit pas à augmenter le risque de développer le TSPT. Il faut également que la personne, au cours de ces déploiements, ait été soumise à un événement traumatique. À l'inverse, un militaire peut avoir été soumis à un événement traumatique sans avoir été déployé à l'étranger.

À part l'existence de problèmes de santé mentale préalables à l'événement traumatisant – en particulier une dépression majeure – l'importance des autres facteurs possibles de prédisposition (sexe, âge, enfance difficile, rang, déploiement, etc.) n'a pas été clairement établie.

Par ailleurs, la prévalence plus importante du TSPT chez les personnes qui ont quitté les forces armées pourrait donner à penser que plusieurs étaient plus hésitantes à révéler leurs symptômes lorsqu'elles faisaient encore partie du personnel militaire, ou encore que plusieurs ont été libérées du service pour raisons médicales, ce qui les a exclues des statistiques sur le personnel militaire, et fait augmenter du même coup la prévalence chez les vétérans¹⁶.

Il existe également un lien entre les facteurs de stress dans la vie civile (décès ou maladie dans la famille, naissance d'un enfant, rupture ou problèmes financiers) et la prévalence d'autres problèmes de santé mentale¹⁷.

2.5 LE LIEN ENTRE LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET LE SUICIDE

Si le lien est bien établi entre l'exposition à des opérations de combat et le risque de développer le TSPT, le lien entre le TSPT et le risque de suicide n'a pas été aussi clairement mis en évidence¹⁸ et demeure un sujet de débat. Selon le DSM-5 :

Le TSPT est associé à des idées suicidaires et des tentatives de suicide, et la présence du trouble peut indiquer quels individus qui ont des idées suicidaires finiront par élaborer des projets de suicide ou tenteront vraiment de se suicider¹⁹.

Chez le personnel militaire et les vétérans, le risque de suicide semble être davantage le résultat cumulatif d'événements traumatiques préalables (traumatismes infantiles et agression sexuelle en particulier) et de l'existence d'un trouble de santé mentale, en particulier la dépression, au moment où la personne est exposée à des événements traumatiques durant son service militaire²⁰. Autrement dit, l'exposition à des événements traumatiques lors d'opérations de combat est suffisante pour

expliquer l'apparition d'un TSPT, mais il faut d'autres facteurs de prédisposition pour établir un lien entre le TSPT développé durant le service militaire et le suicide. Le lien serait donc indirect. Si une personne développe un TSPT après avoir été exposée à un événement traumatisant lors d'opérations de combat, elle devient plus à risque d'avoir des pensées suicidaires advenant une dépression ou une nouvelle participation ou exposition à des opérations de combat.

2.6 LA PRÉVALENCE DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES MILITAIRES ET LES VÉTÉRANS

Il existe deux principales mesures utilisées par les chercheurs pour déterminer la prévalence – c'est-à-dire la proportion sans distinction des cas nouveaux et des cas anciens – du TSPT²¹ :

- la mesure de la présence des symptômes chez l'individu au moment de la collecte d'informations, c'est-à-dire la « prévalence actuelle »;
- la mesure de la présence des symptômes à n'importe quel moment de la vie de l'individu, c'est-à-dire la « prévalence vie entière ».

La prévalence vie entière tend à être de deux à quatre fois plus élevée que la prévalence actuelle. Selon le DSM-5, la projection de prévalence vie entière du TSPT aux États-Unis est de 8,7 %, et la prévalence actuelle est de 3,5 %. Ailleurs qu'en Amérique du Nord, la prévalence actuelle est beaucoup plus faible, variant entre 0,5 et 1 %²². Une analyse de 29 études scientifiques portant sur le personnel militaire américain ou britannique déployé en Afghanistan, en Iraq ou aux deux endroits a révélé une prévalence actuelle se situant, dans la plupart des études, entre 5 et 20 %. Les variations s'expliquent surtout par des différences dans les échelles servant à établir si les symptômes sont suffisamment graves pour justifier un diagnostic de TSPT²³.

Divers pays s'intéressent à la prévalence du TSPT chez leurs militaires et vétérans. À titre comparatif, avant d'aborder la situation canadienne, nous donnerons certains chiffres concernant trois pays.

2.6.1 ÉTATS-UNIS

Une étude portant sur le personnel militaire américain déployé en Afghanistan en 2009 fait état d'une prévalence actuelle de 21 % pour des « symptômes importants de troubles mentaux²⁴ ».

Chez les vétérans américains de tous les conflits depuis la guerre du Vietnam, les études rapportent pour le TSPT une prévalence vie entière variant entre 6 et 31 % et une prévalence actuelle variant entre 2 et 17 %²⁵.

Une étude américaine sur le conflit en Afghanistan entre 2001 et 2004 faisait état d'une prévalence actuelle de 11,5 %, si l'on tient compte de la seule présence de symptômes, ou de 6,2 %, si l'on ne retient que les symptômes « graves ». Parmi les vétérans américains qui utilisent les services de santé offerts par le gouvernement, 27 % ont fait l'objet d'un diagnostic de TSPT²⁶.

En appliquant aux populations civiles les mêmes critères de recherche, les études américaines ont démontré que la prévalence, tant actuelle que vie entière, est de deux à quatre fois plus élevée chez les vétérans qui ont été déployés en situation de combat que dans la population en général.

2.6.2 AUSTRALIE

Une étude portant sur le personnel militaire australien en service en 2010 a révélé une prévalence actuelle de 8,3 % pour le TSPT, comparativement à 5,2 % pour l'ensemble de la population australienne partageant les mêmes caractéristiques démographiques²⁷. La même étude révélait la présence de troubles affectifs chez 9,5 % du personnel militaire, comparativement à 5,9 % pour la population.

Les études australiennes sur les vétérans de la guerre du Vietnam font état d'une prévalence vie entière de 21 %. Chez les quelque 1 800 militaires australiens qui ont participé à la guerre du Golfe, la prévalence actuelle atteignait encore 5,4 %, et ce, plus de dix ans après la fin du conflit. Il n'y a pas encore de données publiques sur le conflit en Afghanistan²⁸.

2.6.3 ROYAUME-UNI

Les études portant sur le personnel militaire britannique ont tendance à démontrer une prévalence actuelle plus faible, variant entre 2,5 à 6 %²⁹. L'étude la plus récente fait état d'une prévalence actuelle de 4,2 % chez les militaires déployés en Afghanistan ou en Iraq³⁰.

3 LES BLESSURES DE STRESS OPÉRATIONNEL CHEZ LES MILITAIRES ET LES VÉTÉRANS CANADIENS

Au Canada, les soins de santé offerts aux vétérans sont organisés d'une manière qui permet d'établir une séparation nette entre les militaires en service et les vétérans. De fait, puisque l'environnement militaire et les services offerts par les FC diffèrent de la vie civile des vétérans et des services offerts par Anciens Combattants Canada (ACC), les résultats des études portant sur les uns ne se prêtent pas à une extrapolation aux autres. De manière générale, la prévalence des troubles de santé mentale semble nettement plus élevée chez les vétérans que chez les militaires en service.

3.1 DE MILITAIRE À VÉTÉRAN : LA DIVISION DES RESPONSABILITÉS

Lorsqu'un militaire souffre d'une blessure liée à son service et que cette blessure, physique ou mentale, entraîne une incapacité permanente, ACC verse une indemnité en un ou en plusieurs versements, qui varie en fonction de la gravité de l'incapacité. L'indemnité peut être versée au militaire encore en service ou au vétéran. Dans la majorité des cas, l'incapacité n'empêche pas la personne de poursuivre sa carrière au sein des FC.

Par contre, si l'incapacité est grave, la personne devra quitter les FC pour raisons médicales. Une décision quant à la nécessité de cette mesure ne sera prise que

lorsque la blessure sera dite « stabilisée ». Tant que la personne fait partie du personnel militaire, les FC sont responsables de ses soins de santé et de sa réadaptation. Une fois la décision prise de la libérer pour raisons médicales, il s'écoulera habituellement entre deux et trois ans avant que la personne ne fasse définitivement plus partie des FC. Une fois ce délai écoulé, et non avant, ACC pourra commencer à offrir ses programmes de réadaptation et ses services médicaux.

3.2 LE STRESS OPÉRATIONNEL CHEZ LES MILITAIRES

Une étude publiée en 2012 et portant sur le personnel militaire canadien déployé dans la province de Kandahar (Afghanistan) en 2010 a révélé que 8,5 % des répondants « dépassaient les critères appliqués aux civils pour les symptômes de stress traumatique aigu, de dépression majeure ou d'anxiété généralisée³¹ ». Si l'on utilise des critères plus stricts, ce taux tombe à 5,5 %. À titre de comparaison, les mêmes critères stricts ont donné une prévalence actuelle de 21 % chez le personnel militaire américain déployé en Afghanistan :

La différence peut s'expliquer, du côté américain, par la durée beaucoup plus longue du déploiement, par la période plus courte entre les déploiements et par une plus grande exposition aux combats, autant de facteurs associés aux troubles mentaux durant les déploiements³².

Une autre étude, publiée en 2013 et portant sur les quelque 30 000 membres du personnel militaire canadien déployé en Afghanistan entre 2001 et 2008, révèle que, sur une période de huit ans après leur premier déploiement, environ 20 % de ces militaires ont fait l'objet d'un diagnostic de trouble de santé mentale attribuable à leur service en Afghanistan³³. Comme ce taux tend à se stabiliser après environ six ans après le premier déploiement, il donne une bonne approximation de la prévalence vie entière. Dans le cas particulier du personnel militaire déployé à Kandahar, où les risques étaient plus élevés, la prévalence sur huit ans passe à 28 %.

Cette prévalence du TSPT est plus élevée que celle qui existait chez les militaires canadiens avant le début du conflit en Afghanistan, mais il faut savoir que la prévalence après déploiement des autres troubles de santé mentale est similaire. Une étude scientifique d'envergure s'appuyant sur un échantillonnage spécial élaboré par Statistique Canada lors du recensement de 2001 portait sur 8 441 militaires en service³⁴. Pour le diagnostic spécifique de TSPT, l'étude rapporte une prévalence actuelle de 2,3 %. Si l'on tient compte de tout l'éventail des troubles de santé mentale, la prévalence actuelle passe à 14,9 %, dont 6,9 % pour la seule dépression majeure.

Le personnel militaire est recruté en fonction de critères de santé physique et mentale qui en font une population moins à risque que la population en général. En contrepartie, les militaires sont beaucoup plus exposés à des risques de traumatisme que la population. Ces deux facteurs s'annulent l'un l'autre et font que la prévalence de troubles psychiatriques chez les militaires en service a tendance à se comparer à celle de la population en général.

Par contre, les taux augmentent si l'on ne considère que les militaires qui ont participé à des opérations de combat ou ceux qui ont été témoins d'atrocités. La

prévalence du TSPT de 2,3 % double chez les premiers, alors qu'elle quadruple chez les seconds pour atteindre presque 10 %. Pour la dépression majeure, la prévalence passe à 9,7 % chez ceux qui ont participé à des opérations de combat, et à 12,5 % chez ceux qui ont été témoins d'atrocités³⁵.

L'étude démontre également que près de 20 % des militaires canadiens en service en 2001 qui ont participé à des opérations de combat au cours de leur carrière ont souffert des conséquences d'une blessure de stress opérationnel au cours de la seule année 2001 (prévalence actuelle). Si l'on ne retient que le TSPT et la dépression majeure, on atteint une prévalence actuelle d'un peu moins de 15 %.

Puisque la prévalence vie entière tend à être de deux à quatre fois plus importante que la prévalence actuelle, ces chiffres donnent à penser qu'au moins 30 % des militaires qui ont participé à des opérations de combat risquent de souffrir du TSPT ou de dépression majeure au cours de leur vie.

Ces résultats ont été obtenus avant le conflit en Afghanistan, mais sont similaires à ceux obtenus chez le personnel militaire qui a participé à des opérations de combat dans ce pays. Cela tend à confirmer que l'exposition au combat constitue le principal facteur de risque du développement d'un trouble de santé mentale chez les militaires et les vétérans.

3.3 LE STRESS POST-OPÉRATIONNEL CHEZ LES VÉTÉRANS

Dès qu'un militaire est libéré des FC, il devient un « vétéran », et la responsabilité des soins de santé nécessaires par suite de blessures ou de maladies liées au service incombe à ACC, de même que les prestations financières connexes. Si l'on exclut les vétérans de la Deuxième Guerre mondiale et ceux de la guerre de Corée, on estime qu'en juin 2010, environ 592 000 vétérans vivaient toujours. De ce nombre, 313 000 étaient d'anciens membres de la Force régulière et 279 000 étaient d'anciens membres de la Force de réserve; 91 % de ces vétérans ne recevaient aucun service d'ACC.

En janvier 2011, ACC et le ministère de la Défense nationale ont publié un rapport d'envergure portant sur la santé, tant physique que mentale, et les conditions de vie des vétérans de la Force régulière libérés entre le 1^{er} janvier 1998 et le 31 décembre 2007³⁶. Il s'agit de la toute première étude qui porte sur l'ensemble des vétérans, et non exclusivement sur ceux qui reçoivent des services d'ACC.

Pour les symptômes chroniques d'un TSPT diagnostiqué par un professionnel de la santé, les chiffres pour la prévalence actuelle sont les suivants :

- pour l'ensemble des vétérans de la Force régulière libérés du service entre 1998 et 2007 : 11 %;
- pour les vétérans recevant des prestations d'invalidité dont la demande a été approuvée avant 2006 (*Loi sur les pensions*) : 24,5 %;
- pour les vétérans recevant des prestations d'invalidité dont la demande a été approuvée après 2006 (Nouvelle Charte des anciens combattants) : 42,5 %.

Si l'on inclut tous les troubles de santé mentale les plus fréquents correspondant à ce que le gouvernement du Canada comprend sous le terme de « blessures de stress opérationnel » (TSPT, dépression, anxiété, manie, dysthymie, trouble bipolaire), les chiffres pour la prévalence actuelle sont les suivants :

- pour l'ensemble des vétérans de la Force régulière libérés du service entre 1998 et 2007 : 23,6 %;
- pour les vétérans recevant des prestations d'invalidité dont la demande a été approuvée avant 2006 (*Loi sur les pensions*) : 40,2 %;
- pour les vétérans recevant des prestations d'invalidité dont la demande a été approuvée après 2006 (Nouvelle Charte des anciens combattants) : 59,9 %.

Ces taux sont nettement supérieurs aussi bien à ceux révélés par les études portant sur les militaires encore en service qu'à ceux de la population en général. Ils indiquent que les vétérans sont une population beaucoup plus à risque que les militaires en service. Ils font également ressortir une prévalence plus élevée chez les vétérans qui reçoivent des prestations ou des services d'ACC que chez les vétérans en général.

3.4 LES RISQUES ASSOCIÉS AUX BLESSURES DE STRESS OPÉRATIONNEL : DE L'ABSENTÉISME AU SUICIDE

Lorsque les conséquences d'une blessure de stress opérationnel sont traitées à temps et de manière adéquate, le taux de rémission complète peut atteindre une proportion se situant entre 30 et 50 %³⁷. Lorsque les symptômes deviennent chroniques, il y a une augmentation importante des risques d'une spirale dans la gravité des symptômes : absentéisme au travail, chômage, problèmes relationnels et familiaux, alcoolisme et toxicomanie, démêlés avec la justice, itinérance et suicide³⁸. De plus, comme pour la maladie mentale en général, il existe fréquemment un sentiment de honte qui nuit à l'intervention précoce et augmente les risques de souffrir de symptômes chroniques.

Une étude récente permet d'en apprendre davantage sur les motifs qui poussent les vétérans à l'itinérance, c'est-à-dire essentiellement la spirale des risques évoqués plus haut³⁹. L'envergure du problème demeure toutefois difficile à cerner, puisqu'il n'existe aucune procédure de suivi des militaires libérés des FC, exception faite des clients d'ACC.

Le risque de suicide demeure une préoccupation majeure lorsqu'il est question des blessures de stress opérationnel. Une étude récente sur les causes de mortalité des personnes qui ont été membres des FC a permis d'en obtenir une première estimation chiffrée⁴⁰. Les données sont les suivantes pour les personnes qui se sont enrôlées dans la Force régulière après 1972 et qui ont été libérées du service avant le 31 décembre 2007 :

- chez les hommes (96 786 en tout), 2 620 sont décédés, dont 696 (26,6 %) par suicide;

- chez les femmes (15 439 en tout), 204 sont décédées, dont 29 (14 %) par suicide.

Chez les vétérans, la proportion de décès attribuable au suicide est de 45 % plus élevée que dans la population en général et que chez les militaires en service⁴¹.

Une étude australienne ouvre peut-être une première piste d'explication qui pourrait finir par mener à des mesures de prévention. Même si son nombre de suicides est comparable à celui de la population australienne, le personnel militaire est deux fois plus à risque d'avoir des idées suicidaires ou de préparer un plan de suicide que la population australienne comparable⁴². Le taux plus élevé de suicide chez les vétérans que chez les militaires pourrait donc être la conséquence d'idées suicidaires apparues durant le service militaire, mais à la suite desquelles les personnes ne sont passées à l'acte qu'après avoir quitté les forces armées.

4 REGARD SUR L'AVENIR

4.1 L'ENVERGURE DU PROBLÈME

Avec la fin de la mission de combat en Afghanistan, le premier défi à relever pour ce qui est de la santé mentale des militaires et des vétérans sera d'évaluer l'envergure du problème pour faire en sorte que les services appropriés soient mis en place.

ACC s'attend à ce que plus de 34 000 militaires ou vétérans reçoivent une indemnité d'invalidité entre 2011 et 2016⁴³. Une grande partie de ces bénéficiaires ne souffriront pas d'invalidité grave et poursuivront leur carrière au sein des FC. Comme il a été mentionné précédemment, on s'attend également à ce qu'entre 25 000 et 35 000 militaires soient libérés du service au cours de la même période, dont entre 6 000 et 10 000 pour des raisons médicales.

Si l'on applique les taux les moins élevés des études canadiennes récentes pour ce qui est de la prévalence actuelle⁴⁴, au moins 5 900 (23,6 %) de ces nouveaux vétérans souffriront d'un trouble de santé mentale dans l'année qui suivra leur libération, et au moins 2 750 (11 %) souffriront d'une forme sévère du TSPT. Ces taux seront plus élevés pour les personnes qui souffriront de ces symptômes à un moment ou l'autre de leur vie.

Actuellement, près des trois quarts des vétérans qui participent à un programme de réadaptation d'ACC après leur libération pour raisons médicales souffrent d'un trouble de santé mentale⁴⁵.

4.2 LES CAPACITÉS ACTUELLES D'ANCIENS COMBATTANTS CANADA

À l'heure actuelle, environ 4 000 vétérans sont inscrits aux programmes de réadaptation médicale et psychosociale d'ACC. Environ la moitié d'entre eux souffrent d'une invalidité psychiatrique liée à leur service et, comme nous l'avons mentionné, plus de 70 % ont des besoins sur le plan de la santé mentale⁴⁶. Malgré les efforts considérables déployés depuis dix ans, en particulier la mise sur pied d'un réseau de

cliniques externes spécialisées et d'un regroupement de professionnels affiliés auxquels les vétérans peuvent être adressés au besoin, le gouvernement peine à répondre à la demande.

Selon les scénarios les plus optimistes, ces besoins doubleront au cours des cinq prochaines années. De plus, puisqu'il s'agit de services de santé, la coordination avec les ressources provinciales sera cruciale afin de préparer les professionnels de la santé à traiter cette problématique toute particulière. La capacité qu'a ACC de répondre à la croissance de la demande de services au cours des prochaines années constitue donc un défi important pour le gouvernement du Canada.

4.3 LE SUIVI DES VÉTÉRANS

La majorité des militaires qui sont libérés des FC pour raisons médicales le sont contre leur gré. Ils auraient préféré poursuivre leur carrière au sein des FC⁴⁷. La transition vers la vie civile représente donc une étape douloureuse pour un grand nombre. Les bouleversements liés à cette transition, ainsi que la perte d'un environnement professionnel et social structuré, constituent un risque supplémentaire sur le plan de la santé mentale.

Tant qu'elles demeurent au sein des FC, les personnes à risque font l'objet d'un suivi médical rigoureux. Une fois devenues des vétérans, seules celles qui décideront de demander l'aide d'ACC pourront bénéficier des services auxquels elles ont droit.

Comme l'isolement et la réticence à demander de l'aide sont communs chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale, il est possible que de nombreux vétérans qui auraient besoin de services spécialisés ne les obtiennent pas. Cette situation accroît les risques pour leur santé, puisque l'intervention précoce est le facteur de guérison le plus important. De plus, dans le cas du TSPT, les symptômes peuvent apparaître plusieurs années après l'événement qui a donné lieu au traumatisme, c'est-à-dire longtemps après que la personne a quitté les FC.

C'est au gouvernement du Canada qu'incombe la responsabilité de garantir l'accès aux meilleurs soins possible aux vétérans dont la santé mentale a été affectée par leur service militaire. La croissance anticipée des besoins dans ce domaine au cours des prochaines années exigera donc du gouvernement du Canada qu'il possède l'information nécessaire à la meilleure prise de décision.

5 CONCLUSION

Le trouble de stress post-traumatique et les troubles de santé mentale liés au service militaire constituent un problème complexe au sujet duquel les connaissances scientifiques demeurent encore limitées. Il y a toutefois convergence graduelle dans la manière de poser le diagnostic et, par conséquent, nette amélioration de la capacité à circonscrire l'ampleur du problème. Cela permet d'éliminer aussi bien les scénarios catastrophistes que les scénarios niant l'existence même d'un problème.

En faisant preuve de toutes les précautions voulues au sujet de la certitude scientifique, on peut qualifier de prudentes et raisonnables les affirmations suivantes en ce qui concerne le personnel militaire :

- Les militaires en général sont en meilleure santé que la population en général, mais ils sont plus exposés à des événements traumatisants, ce qui fait que le risque que les militaires en général souffrent de problèmes de santé mentale est comparable à celui de la population en général.
- Cette proportion augmente chez les militaires déployés en zone de combat. Dans l'année qui suit leur déploiement, on peut s'attendre à ce qu'environ 15 % souffrent d'un trouble de santé mentale, et 5 %, d'une forme sévère du TSPT.
- Environ 30 % des militaires déployés en zone de combat souffriront d'un trouble de santé mentale au cours de leur vie, et environ 10 % souffriront d'une forme sévère du TSPT. Une exposition répétée à des opérations de combat fera augmenter cette proportion.

Chez les vétérans, peu importe le motif de leur libération, le risque augmente de manière nette :

- On peut s'attendre à ce que plus de 20 % de l'ensemble des vétérans souffrent présentement d'un trouble de santé mentale et, dans la moitié des cas, d'une forme sévère du TSPT.
- Cette proportion sera le double chez les vétérans qui sont clients d'ACC : chaque année, environ 40 % d'entre eux souffriront d'un trouble de santé mentale et, dans la moitié des cas, d'une forme sévère du TSPT.

Puisque environ 30 000 militaires canadiens ont été déployés en Afghanistan, et que plus de 5 000 seront libérés du service chaque année au cours des cinq prochaines années, on peut s'attendre à ce que la demande de services en santé mentale pour les vétérans augmente de manière importante et mette à l'épreuve la capacité qu'a le gouvernement du Canada d'assumer sa responsabilité de garantir les meilleurs soins de santé possible à ses vétérans.

NOTES

1. Défense nationale, [Statistiques sur les morts et les blessés des Forces canadiennes \(Afghanistan\)](#), 12 janvier 2011.
2. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*, American Psychiatric Publishing, 2013. La version française de la quatrième édition est disponible sous le titre de *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*, 4^e éd., Masson, 1996.
3. DSM-5, p. 265 à 290.
4. *Ibid.*, p. 271 à 272 (la numérotation est tirée du DSM-5, mais le texte est un résumé des critères, sauf certaines citations, qui sont traduites).
5. La distinction qui existait dans le DSM-IV entre les formes « chronique » et « aiguë » du TSPT a été abandonnée dans le DSM-5.

6. DSM-5, p. 276 [TRADUCTION].
7. *Ibid.*, p. 277.
8. Organisation mondiale de la santé, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10^e révision, version pour 2007, F43.1 :

Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flashbacks »), des rêves ou des cauchemars; ils surviennent dans un contexte durable d'anesthésie psychique « et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité.
9. Pour un aperçu historique depuis la Première Guerre mondiale, voir Wilbur J. Scott, « PTSD in DSM-II: A Case in the Politics of Diagnosis and Disease », *Social Problems*, vol. 37, n° 3, août 1990.
10. *Ibid.*, p. 307.
11. DSM-5, p. 280.
12. Naomi Breslau *et al.*, « A Second Look at Comorbidity in Victims of Trauma: The Posttraumatic Stress Disorder-Major Depression Connection », *Biological Psychiatry*, vol. 48, n° 9, novembre 2000.
13. American Psychiatric Association, [*Posttraumatic Stress Disorder*](#) [TRADUCTION].
14. Soutien social Blessures Stress Opérationnel, « [Définition officielle d'une BSO](#) », *Les blessures invisibles*.
15. R. Ramchand *et al.*, « Disparate Prevalence Estimates of PTSD Among Service Members Who Served in Iraq and Afghanistan: Possible Explanations », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 23, n° 1, février 2010. Ces résultats ont été confirmés dans le contexte canadien par Bryan G. Garber *et al.*, « [Mental Health of Canadian Forces Members While on Deployment to Afghanistan](#) », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 57, n° 12, décembre 2012.
16. M. Jones *et al.*, « What explains post-traumatic stress disorder (PTSD) in UK service personnel: deployment or something else? », *Psychological Medicine*, vol. 43, 2013, p. 1710.
17. Garber *et al.* (2012), p. 739.
18. Shay-Lee Belik *et al.*, « Relations Between Traumatic Events and Suicide Attempts in Canadian Military Personnel », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 54, n° 2, février 2009.
19. DSM-5, p. 278 [TRADUCTION].
20. Cynthia A. LeardMann *et al.*, « Risk Factors Associated With Suicide in Current and Former US Military Personnel », *Journal of the American Medical Association*, 2013, vol. 310, n° 5.

21. Il est important de distinguer les études qui portent sur la santé mentale des militaires en service de celles qui portent sur la santé mentale des vétérans. En effet, puisque l'environnement militaire diffère de la vie civile des vétérans, les résultats des études portant sur les uns ne se prêtent pas à une extrapolation aux autres.
22. DSM-5, p. 276.
23. Ramchand *et al.* (2010).
24. Cité dans Garber *et al.* (2012) p. 737 [TRADUCTION].
25. Lisa K. Richardson *et al.*, « Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical Review », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 44, n° 1, janvier 2010.
26. Erin Bagalman, *Suicide, PTSD, and Substance Use Among OEF/OIF Veterans Using VA Health Care: Facts and Figures*, Congressional Research Service Report for Congress, 18 juillet 2011.
27. A.C. McFarlane *et al.*, *Mental health in the Australian Defence Force: 2010 ADF Mental Health and Wellbeing Study: Full report*, Canberra, Department of Defence, 2011, p. xix.
28. Richardson *et al.* (2010).
29. *Ibid.*
30. Jones *et al.* (2013), p. 1705.
31. Garber *et al.* (2012), p. 736 [TRADUCTION].
32. *Ibid.*, p. 741 [TRADUCTION].
33. David Boulos et Mark A. Zamorski, « [Deployment-related mental disorders among Canadian Forces personnel deployed in support of the mission in Afghanistan, 2001–2008](#) », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 185, n° 11, 6 août 2013.
34. Jitender Sareen *et al.*, « [Combat and Peacekeeping Operations in Relation to Prevalence of Mental Disorders and Perceived Need for Mental Health Care: Findings from a Large Representative Sample of Military Personnel](#) », *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, n° 7, 2007.
35. *Ibid.*
36. Anciens Combattants Canada et Défense nationale, [Survey on Transition to Civilian Life: Report on Regular Force Veterans](#), janvier 2011. Ce document est publié en anglais seulement; il existe toutefois un [sommaire](#) en français.
37. Chambre des communes, Comité permanent des anciens combattants (ACVA), [Témoignages](#), 3^e session, 40^e législature, 25 novembre 2010, 1530 (Don Richardson, psychiatre consultant, Parkwood Operational Stress Injury Clinic).
38. ACVA, [Témoignages](#), 3^e session, 40^e législature, 16 novembre 2010, 1530 (Janice Burke, directrice, Santé mentale, Ministère des Anciens Combattants).
39. Susan L. Ray et Cheryl Forchuk, *The Experience of Homelessness among Canadian Forces and Allied Forces Veterans*, 2011.
40. Statistique Canada, [Étude du cancer et de la mortalité chez les membres des Forces canadiennes : causes de décès](#), n° 82-584-XWF au catalogue de Statistique Canada, 31 mai 2011. Selon la description sur le site Web de Statistique Canada, ce rapport :

examine les causes de décès au sein d'une cohorte d'individus ayant un historique de service au sein des Forces armées régulières entre 1972 et 2006. Des analyses séparées ont été menées pour la cohorte [de l'*Étude du cancer et de la mortalité chez les membres des Forces canadiennes*] entière et pour les individus dont la libération des Forces canadiennes a eu lieu entre 1972 et 2006.

41. *Ibid.*, calcul basé sur les données du tableau 4, p. 9.
42. McFarlane *et al.* (2011), p. xxi.
43. Anciens Combattants Canada, « [Résumé de l'étude d'impact de la réglementation](#) », *Règlement modifiant le Règlement sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes*, 9 juillet 2011.
44. Anciens Combattants Canada et Défense nationale (2011), tableau 12, p. 47.
45. Anciens Combattants Canada, « Présentation au Comité permanent des anciens combattants (ACVA) sur la nouvelle Charte des anciens combattants », 13 mai 2010.
46. ACVA, [Témoignages](#), 3^e session, 40^e législature, 16 novembre 2010, 1640 (Janice Burke, directrice, Santé mentale, Ministère des Anciens Combattants).
47. Voir les nombreux témoignages exprimant cette préférence entendus au cours des réunions du Comité permanent des anciens combattants de la Chambre des communes consacrées à l'examen de la Nouvelle Charte des anciens combattants au printemps 2010.