

VICKY LAVOIE

**DÉTERMINANTS PSYCHOSOCIAUX DE
L'AJUSTEMENT PSYCHOLOGIQUE
CHEZ LES MILITAIRES SOUFFRANT D'UN
ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE**

Thèse présentée
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval
dans le cadre du programme de doctorat en psychologie
pour l'obtention du grade de Philosophiae doctor (Ph.D.)

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

2011

© Vicky Lavoie, 2011

Avant-propos

La réalisation de cette thèse a été rendue possible grâce à l'octroi d'une bourse d'études doctorales provenant du Fonds Québécois pour la Recherche sur la Société et la Culture (FQRSC) de même que d'une bourse d'études complémentaire du Centre Interuniversitaire Québécois de Statistique Sociale (CIQSS). Le soutien financier de ces organismes a contribué de façon significative à la concrétisation de ce projet.

L'auteure de la thèse a participé à toutes les étapes de l'élaboration des différents chapitres inclus dans ce manuscrit. Les deux articles empiriques compris dans cette thèse sont destinés à la publication. L'article 1 sera soumis pour publication à la revue *Journal of Traumatic Stress* et l'article 2 a été publié en 2008 dans le *Journal International de Victimologie* (volume 19).

Je désire souligner le courage des militaires qui ont généreusement accepté de partager certains souvenirs douloureux de leur histoire dans le cadre de ces études. Sans eux, cette thèse n'existerait pas. Leur volonté de faire avancer les connaissances dans le but d'apporter des changements positifs pour leurs pairs blessés a été remarquable et a constitué pour moi une véritable source d'inspiration.

Cet ouvrage marque l'aboutissement d'une étape importante dans mon cheminement. Plusieurs personnes ont contribué par leur soutien à ce que cette thèse voit le jour et je tiens ici à leur exprimer ma reconnaissance. Je remercie mon directeur, Dr Jean-Marie Boisvert, pour les conseils prodigués, la confiance témoignée, le sens de la rigueur démontré, de même que la passion communiquée envers le métier de praticien scientifique au fil des ans. Jean-Marie, tu m'as donné le goût de poursuivre ma formation en recherche et ce fut un honneur pour moi d'évoluer au sein de ton laboratoire au cours de mes années de maîtrise et de doctorat. Je tiens également à exprimer toute ma gratitude envers le Dr Stéphane Guay, qui a assuré la codirection de cette thèse. Merci sincère pour les nombreuses formes de soutien procurées (informationnel, tangible, émotionnel), les occasions d'apprentissage procurées, le goût de la recherche et de la communication scientifique partagé et le renforcement positif effectué. Mon passage au Centre d'Études sur

le Trauma a été déterminant dans mon cheminement professionnel et je me considère privilégiée d'avoir été formée sous ta direction.

Je souhaite également souligner l'apport de mes collègues de laboratoire. Merci particulier à François Grimard, Pascale Tremblay, Marie-Eve Monfette et Marie-Claude Blais, qui m'ont chacun(e) à leur façon épaulée à un moment ou l'autre au cours de cette aventure. Vous avez contribué à rendre l'ambiance du laboratoire agréable et stimulante. Merci à mes amies Karine, Katia, Marie-Claire et Dominique pour leur soutien moral, les rires partagés, de même que les occasions de distraction procurées. Je remercie d'une façon particulière Geneviève Belleville et Émilie Jetté pour m'avoir stimulée directement en lien avec ma thèse. Vous m'avez encouragée et écoutée dans les moments plus difficiles, compris et normalisé mes états d'âme, relativisé mes inquiétudes et poussé à achever le travail. J'ai été choyé de vous avoir à mes côtés!

Je tiens bien entendu à remercier ceux qui ont été présents du début à la fin de ce projet et qui m'ont offert un soutien incommensurable à chacune des étapes, soit mes parents ainsi que ma sœur Marie-Noël. Vous avez toujours cru en mes capacités, vous m'avez encouragée à m'actualiser dans ce que j'aimais et vous m'avez accompagnée dans ce que je vivais. Je vous en suis extrêmement reconnaissante. Merci à ma tante Rita et mon oncle René envers qui j'ai beaucoup d'affection et qui ont fait preuve d'une grande générosité à mon égard. Sachez que vous m'avez aidée de façon significative dans ce projet.

Enfin, à mon conjoint Frédéric, pour tout l'amour qu'il fait rejaillir dans ma vie. Merci pour ton soutien dans ce que j'entreprends et pour l'affection dont tu m'entoures. Nous pourrons désormais embrasser pleinement d'autres projets en commun. Puis à notre fille Éliane, véritable rayon de soleil quotidien. Mon trésor, tu représentes indiscutablement à ce jour ma plus grande réalisation. Fred et Élie, votre présence à mes côtés me donnent des ailes! Je vous aime tendrement.

Je dédie cette thèse...

À mes parents, qui m'ont encouragée à la commencer.

À ma fille, qui m'a insufflé la motivation nécessaire pour la terminer.

Résumé général

Le stress opérationnel militaire accru auquel les membres des forces canadiennes (FC) sont exposés depuis les deux dernières décennies engendre des conséquences importantes. Ainsi, l'État de stress post-traumatique (ÉSPT) s'avère une des pathologies les plus fréquemment observées dans cette population. Bien que des différences aient été relevées chez ceux qui présentent un ÉSPT en ce qui a trait à leur niveau d'adaptation psychologique, peu de données sont disponibles quant aux corrélats de cette variation. L'objectif général de cette thèse vise à combler des lacunes dans le domaine en s'intéressant aux déterminants psychosociaux de l'ajustement psychologique auprès d'une population de militaires canadiens souffrant d'un ÉSPT. À cette fin, deux études ont été mises sur pied. L'étude présentée dans le premier article évalue les relations entre diverses dimensions du soutien social et le niveau de satisfaction face à la vie et de détresse psychologique de militaires ayant répondu aux critères d'un ÉSPT dans la dernière année. Cette étude est réalisée à l'aide des données provenant d'une enquête populationnelle menée par Statistique Canada auprès de 8441 membres des FC. La deuxième étude, présentée dans le second article, vise à préciser les relations entre les divers types de comportements de soutien (positifs et négatifs) que les militaires perçoivent recevoir de leur entourage, les stratégies d'adaptation utilisées et les symptômes concomitants à l'ÉSPT (dépression, inquiétudes) chez une population clinique de militaires souffrant d'un ÉSPT. L'ensemble de ce travail permet de mettre en évidence les diverses dimensions du soutien social (positives et négatives) et des stratégies d'adaptation qui sont associées à l'ajustement psychologique des militaires qui présentent un ÉSPT, tout en dégageant des pistes d'intervention pour mieux aider cette population.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	i
RÉSUMÉ GÉNÉRAL.....	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	VIII
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1.1 Historique de la problématique et contexte politico-militaire associé.....	2
1.2 Description de l'ÉSPT et des difficultés concomitantes	4
1.3 Facteurs psychosociaux associés à l'ajustement psychologique	8
1.3.1 Soutien social et santé psychologique	9
1.3.2 Stratégies d'adaptation et santé psychologique	15
1.4 Limites des connaissances actuelles	18
1.5 Objectifs de la thèse	19
1.6 Structure de la thèse	21
Références.....	23
CHAPITRE II	
ARTICLE EMPIRIQUE 1: SATISFACTION À L'ÉGARD DE LA VIE ET DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES MILITAIRES SOUFFRANT D'UN ÉSPT: CONTRIBUTION DU SOUTIEN SOCIAL	32
Remerciements	34
Résumé.....	35
2.1 Introduction.....	36
2.2 Objectif et hypothèse	41
2.3 Méthode	41
2.4 Analyse des données	45
2.5 Résultats	48
2.6 Discussion	53
Références.....	61

CHAPITRE III

ARTICLE EMPIRIQUE II: ÉSPT CHEZ LES MILITAIRES: RELATIONS ENTRE LE SOUTIEN SOCIAL, LES STRATÉGIES D'ADAPTATION ET LES SYMPTÔMES CONCOMITANTS À L'ÉSPT	72
---	----

Remerciements.....	74
--------------------	----

Résumé	75
--------------	----

3.1 Introduction	76
------------------	----

3.2 Objectif général et hypothèses	82
------------------------------------	----

3.3 Méthode	82
-------------	----

3.4 Résultats	86
---------------	----

3.5 Discussion	88
----------------	----

Note des auteurs.....	93
-----------------------	----

Références.....	94
-----------------	----

CHAPITRE IV

CONCLUSION GÉNÉRALE.....	105
--------------------------	-----

4.1 Résultats sommaires	106
-------------------------------	-----

4.2 Contribution théorique de la thèse	109
--	-----

4.3 Limites de la thèse et avenues futures de la recherche	114
--	-----

4.4 Implications cliniques.....	116
---------------------------------	-----

Références.....	120
-----------------	-----

APPENDICE A

Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique.....	123
---	-----

APPENDICE B

Inventaire de dépression de Beck II.....	127
--	-----

APPENDICE C

Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State	130
---	-----

APPENDICE D

Inventaire de soutien social en situation d'anxiété.....133

APPENDICE E

Questionnaire sur les stratégies d'adaptation137

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE II (ARTICLE EMPIRIQUE 1)

Tableau 1. Comparaison des variables d'intérêt chez les hommes et les femmes	66
Tableau 2. Analyses de corrélations de Pearson entre les variables prédictrices et les variables contrôles puis chacune des variables dépendantes, soit la satisfaction face à la vie et la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un ÉSPT	67
Tableau 3. Régressions hiérarchiques pour la prédiction de la satisfaction face à la vie avec pour variables prédictrices les variables confondantes, les variables cliniques et les variables de soutien chez les hommes et les femmes présentant un ÉSPT	68
Tableau 4. Régressions hiérarchiques pour la prédiction de la détresse psychologique avec pour variables prédictrices les variables confondantes, les variables cliniques et les variables de soutien chez les hommes et les femmes présentant un ÉSPT	70

CHAPITRE III (ARTICLE EMPIRIQUE 2)

Tableau 1. Données sociodémographiques	100
Tableau 2. Analyse de covariance multivariée (MANCOVA) comparant les groupes en ce qui a trait aux mesures de stratégies d'adaptation	102
Tableau 3. Corrélations entre le soutien social, les stratégies d'adaptation et l'ajustement psychologique chez les militaires avec un ÉSPT	103
Tableau 4. Prédiction des symptômes concomitants à l'ÉSPT avec pour variables prédictrices les comportements de soutien dans le groupe présentant un ÉSPT	104

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

« Le nombre de soldats victimes de la guerre est connu. Celui des idées et des croyances détruites par elle reste encore ignoré. »

- Gustave Le Bon

1.1 Historique de la problématique et contexte politico-militaire associé

Les membres des Forces canadiennes (FC) représentent une population à haut risque d'être exposée à des événements traumatiques. À cet égard, il convient de mentionner que le Canada a accru sa présence militaire sur la scène internationale de façon colossale au cours des vingt dernières années, soit à la suite de son engagement envers les Nations Unies et ses alliés de l'OTAN à la fin de la guerre froide (Comité sénatorial permanent de la défense et de la sécurité, 2003). À titre indicatif, les FC ont pris part à 25 opérations internationales (missions de paix et interventions humanitaires) dans la période couvrant les années 1948 à 1989, alors qu'elles ont participé à plus de 65 opérations depuis la chute du mur de Berlin en 1989 (Ministère de la Défense nationale, 2000). Qui plus est, le Canada déploie depuis 2002 une Force opérationnelle interarmées en Afghanistan, qui comprend actuellement un effectif confirmé de 2830 personnes (Ministère de la défense nationale, 2010). Lors de ces déploiements visant à maintenir ou à rétablir la paix et la sécurité, les militaires canadiens doivent souvent faire face à des théâtres de guerre où la mort, la maladie et la destruction s'avèrent omniprésentes. L'exposition à de tels traumatismes peut entraîner des séquelles psychologiques importantes, maintenant reconnues par les autorités politiques et militaires sous le vocable de traumatismes liés au stress opérationnel (Comité sénatorial permanent de la défense et de la sécurité, 2003).

La multiplication des opérations, conjuguée à une baisse significative de l'effectif total de la force régulière à la même époque, a assujéti le personnel à d'énormes pressions, les rendant plus susceptibles d'éprouver une fatigue opérationnelle, voire de développer un Traumatisme lié au Stress Opérationnel (TSO) (Anciens Combattants Canada, 2008). Par conséquent, le Ministère de la Défense nationale de même que le Ministère des Anciens Combattants Canada ont fait l'annonce conjointe en 2002 d'une stratégie en santé mentale visant à bonifier les services et le soutien offerts aux membres des FC ainsi qu'aux anciens combattants. Or, il appert que la mise sur pied de stratégies d'intervention efficaces repose en large partie sur une meilleure compréhension des déterminants de l'ajustement psychologique à la suite de traumatismes liés au stress opérationnel. C'est dans cette perspective que prend racine le présent projet de recherche.

Définition d'un TSO. Un traumatisme lié au stress opérationnel (TSO) se définit comme « tout trouble psychologique persistant découlant des tâches opérationnelles accomplies au cours du service militaire ». Ce terme générique englobe donc tout un éventail de troubles psychologiques ou émotionnels, tel que l'État de Stress Post-Traumatique (ÉSPT), la dépression majeure, les troubles anxieux ou les troubles liés à l'utilisation de substances. Il ne s'agit pas d'une appellation médicale ou juridique, mais plutôt d'un terme militaire utilisé strictement par le Canada et par l'OTAN afin de reconnaître l'existence des blessures psychologiques pouvant résulter des opérations (Ministère de la Défense nationale et les forces canadiennes, 2009).

Parmi l'ensemble des difficultés psychologiques comprises sous l'appellation des traumatismes liés au stress opérationnel militaire, l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) figure comme une des pathologies les plus fréquemment observées (Anciens Combattants Canada, 2008; Kulka et al., 1990; Solomon, Weisemberg, Schwarwald, & Mikulincer, 1987; Statistique Canada, 2003). Les manifestations cliniques de ce syndrome, initialement étudiées dans le contexte de la psychiatrie militaire, ont été relevées et désignées sous différents vocables au cours du XX^e siècle, tels que « névrose traumatique », « choc des tranchées » ou « fatigue de guerre » (American Psychiatric Association, 1968; Keiser, 1968; World Health Organization, 1969). L'intérêt accru des chercheurs et des cliniciens envers l'étude des symptômes post-traumatiques et la reconnaissance grandissante d'une convergence entre les symptômes rapportés chez les victimes de traumatismes variés (par exemple, agression sexuelle, viol) ont mené à l'introduction de l'ÉSPT au sein de la nomenclature du *Manuel Statistique et Diagnostic des troubles mentaux* en 1980 (*DSM-III*, American Psychiatric Association, 1980). Ce terme visait à désigner un ensemble de symptômes anxieux susceptibles de survenir chez une personne après que cette dernière a été exposée à un stress alors jugé hors de la gamme des expériences communes. Or, les données provenant de diverses études épidémiologiques réalisées auprès de la population générale ont par la suite révélé que la probabilité qu'un individu soit un jour exposé à un événement traumatique s'avère relativement élevée. Ces recherches indiquent qu'entre 50 % à 90 % des gens interrogés rapportent avoir vécu au moins une situation traumatique au cours de leur vie (Breslau et al., 1998 ; Kessler, Sonnega, Bromet, Hugues, & Nelson, 1995; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993). Par conséquent, le caractère

« hors du commun » de l'événement est maintenant jugé non pertinent à l'établissement du diagnostic.

1.2 Description de l'ÉSPT et des difficultés concomitantes

À l'heure actuelle, tel qu'il est défini dans le *DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th Edition-Text revised; American Psychiatric Association, 2000)*, l'ÉSPT se distingue des autres troubles psychiatriques, puisque son développement repose au préalable sur une composante étiologique connue, soit le fait d'avoir été exposé ou confronté à une situation traumatique où il y a eu menace à sa vie ou à son intégrité physique (ou encore celle d'autrui). Cet événement doit avoir suscité chez la personne une réponse émotionnelle se caractérisant par une peur intense, de l'horreur ou de l'impuissance (Critère A de l'ÉSPT selon le *DSM-IV-TR*). Qui plus est, la personne souffrant d'un ÉSPT est affectée par un ensemble de manifestations symptomatiques anxieuses reliées à chacun des domaines suivants : (B) réexpérience persistante de l'événement traumatique vécu (p. ex., « flashbacks », cauchemars); (C) évitement des stimuli associés au traumatisme (p. ex., pensées, conversations ou activités pouvant amener une réactualisation des souvenirs de l'événement) et émoussement de la réactivité au monde extérieur; puis (D) symptômes persistants d'activation neurovégétative (p. ex., irritabilité, hypervigilance, réaction de sursaut). Les symptômes perdurent pendant plus d'un mois et entraînent une souffrance cliniquement significative chez la personne ou engendrent une altération de son fonctionnement. Tel qu'il a été spécifié dans le *DSM-IV-TR*, l'ÉSPT est considéré comme chronique lorsque les symptômes persistent pendant trois mois ou plus.

1.2.1 Prévalence.

L'ÉSPT est un des troubles anxieux les plus répandus au sein de la population générale, présentant des taux de prévalence à vie variant entre 1,3 % et 37,4 % (p.ex., Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Kessler et al., 2005 ; Kessler, Sonnega, Bromet, Hugues, & Nelson, 1995; Van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008) selon les critères diagnostiques utilisés, les méthodes d'évaluation employées et les populations étudiées. Une étude épidémiologique récente réalisée auprès d'un échantillon

représentatif au niveau national de l'ensemble de la population canadienne (n=2991) estime un taux de prévalence à vie de l'ÉSPT à 9,2% (Van Ameringen et al., 2008). Cette condition psychiatrique semble affecter les femmes dans une proportion au moins deux fois plus élevée que les hommes (Kessler et al., 1995 ; Van Amerigan et al., 2008), et ce, en dépit du fait que les taux d'exposition à un trauma soient sensiblement les mêmes pour les deux sexes, voire légèrement supérieurs pour les hommes (60 % versus 51 %). Il convient également de souligner que la nature, la durée et la complexité des traumatismes vécus influencent la probabilité qu'un individu développe un trouble psychiatrique subséquent (Ballenger et al., 2000 ; Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002). À cet égard, notons que les traumatismes causés volontairement par la main de l'homme (p. ex., agression physique, viol) sont plus susceptibles d'engendrer une réponse de stress post-traumatique grave ou prolongée. Tel qu'il a été souligné par Marchand et Brillon (1999), ce type d'événement peut sembler particulièrement bouleversant, car il possède la propriété d'ébranler de façon importante les conceptions fondamentales qu'entretenait auparavant la victime d'un monde bienveillant et juste, ainsi que sa conception de la nature humaine.

Conséquemment, la population militaire peut s'avérer particulièrement à risque de développer un ÉSPT, en raison du type d'événements auquel celle-ci est amenée à faire face lors des déploiements. Une étude épidémiologique d'envergure réalisée auprès de vétérans du Vietnam (*National Vietnam Veterans Readjustment Study* ; Kulka et al., 1990) indique que 30,9 % des hommes et 26 % des femmes ayant desservi sur le théâtre de guerre du Vietnam ont déjà répondu aux critères de l'ÉSPT à un moment ou l'autre depuis la fin de leur service. Plus récemment, des études menées auprès de soldats actifs américains ayant desservi en Afghanistan ou en Irak dans un contexte de mission de combat indiquent que respectivement 11,5% et 18% d'entre eux répondraient aux critères de l'ÉSPT tel qu'évalué trois à quatre mois après leur retour de mission (Hoge, Castro, Messer, McGurk, Cotting, & Koffman, 2004). Après douze mois, ce taux atteindrait 23,7% chez les soldats ayant servi en théâtre Irakien (Thomas, Wilk, Riviere, McGurk, Castro & Hoge, 2010).

En ce qui concerne les taux de prévalence à vie de l'ÉSPT chez les membres des FC, les résultats d'une enquête nationale réalisée par Statistique Canada (2003) révèlent

que l'ÉSPT atteindrait 7,2 % des membres de la force régulière au cours d'une vie, alors qu'il toucherait 4,7 % des réservistes. À noter que cette enquête ne tient pas compte des membres ayant été libérés des FC pour des raisons médicales tributaires à un stress opérationnel, ces derniers perdant leur statut de militaire actif pour celui d'ancien combattant. En 2008, Anciens Combattants Canada (ACC) publiait un rapport indiquant que le nombre de clients d'ACC ayant un TSO est passé de 3 500 à plus de 11 000 dans les 5 dernières années. L'ÉSPT est le problème de santé mentale le plus répandu chez cette population : près de 60 % des clients ayant obtenu une décision favorable aux fins de prestations d'invalidité en raison d'un état de santé mentale souffrait d'un ÉSPT (Anciens Combattants Canada, 2008).

Bien qu'une proportion considérable de militaires soit sujette à développer un ÉSPT, il apparaît que la majorité des membres ne développent pas de réactions de stress pathologiques après avoir été confrontés à des situations bouleversantes en cours de déploiement. L'exposition à un trauma s'avère donc une condition insuffisante à elle seule pour expliquer l'apparition de séquelles psychologiques chez la personne concernée. Les données relatives au cours de l'ÉSPT indiquent que la majorité des individus victimes de trauma présente une réponse de stress accru normale à la suite de l'événement, qui se résorbe avec le temps. Par ailleurs, les symptômes perdurent de façon chronique chez une proportion considérable de gens qui souffrent d'un ÉSPT. En effet, il semble que 47 % à 70 % des gens de la population générale ayant développé un ÉSPT continuent d'éprouver des symptômes un an après l'événement, alors que 33 % présentent toujours des symptômes après une période de dix ans (Helzer, Robins, & McEvoy, 1987 ; Kessler et al., 1995).

1.2.2 Comorbidité.

L'ÉSPT s'avère une condition à comorbidité élevée, puisque près de 80 % des personnes répondant à ce diagnostic rapportent avoir eu au moins un autre trouble mental concomitant. La dépression majeure, le trouble de dépendance à l'alcool et les autres troubles anxieux s'avèrent les pathologies présentant respectivement les taux de

cooccurrence les plus élevés (Kessler et al., 1995; Van Ameringen et al., 2008). Bien que la présence d'un trouble comorbide puisse agir à titre de facteur de risque dans le développement d'un ÉSPT à la suite d'un trauma, il semble que dans la majorité des cas, l'ÉSPT survient en premier (Engdahl, Dikel, Eberly, Blank, 1998). Il apparaît notamment que les individus qui en souffrent sont plus enclins à sombrer dans la dépression, à entretenir des inquiétudes et à abuser d'alcool ou de drogue dans l'espoir de diminuer leur sentiment de détresse. La présence de comorbidité a d'importantes répercussions sur le plan clinique, notamment en ce qui a trait à l'efficacité des traitements offerts (Ballenger et al., 2000; Campbell et al., 2007). Bien que plusieurs études aient documenté la présence élevée de comorbidité chez les individus souffrant d'un ÉSPT, la nature de la relation entre l'ÉSPT et les différents symptômes concomitants y étant associés demeure à clarifier.

1.2.3 Impact sur le fonctionnement, la détresse psychologique et la satisfaction face à la vie

L'ÉSPT engendre une kyrielle d'impacts sur l'ajustement psychologique et le fonctionnement de la personne. Il appert que ce trouble est associé à une élévation de la détresse émotionnelle, à des problèmes occupationnels, une limitation d'avancement de carrière, des difficultés conjugales, des problèmes de santé physique accrus, de même qu'une augmentation de l'utilisation des services de santé (Deykin et al., 2001; Green & Kimmerling, 2004; Kessler, 2000; Mendlowicz & Stein, 2000; Nielsen, 2003; Richardson, Long Mary, Pedlar & al, 2008). Qui plus est, l'ÉSPT a été évalué comme l'un des troubles anxieux les plus fortement liés à un appauvrissement de la qualité de vie et de la satisfaction face à la vie (Hansson, 2002; Quilty, Van Ameringen, Mancini, Oakman, & Farvolden, 2001; Rapaport, Clary, Fayyad, & Endicott, 2005; Warshaw, 1993), soient des indicateurs reconnus de la dimension dite « positive » de la santé mentale (Canadian Institute for Health Information, 2009). Cette dimension paraît importante à considérer en terme d'évaluation globale de l'ajustement psychologique de ceux qui souffrent d'un ÉSPT. À cet effet, il convient de souligner que l'Organisation mondiale de la santé (2001) définit le concept de santé comme étant un « état complet de bien-être physique, mental et social, et non pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité ». Soulignons ici que la dimension positive de la santé mentale ne représente pas nécessairement le pôle opposé

de la maladie. Ainsi, une personne présentant un ÉSPT pourrait tout de même évaluer favorablement son niveau de satisfaction à l'égard de sa vie, et ce, en dépit des symptômes propres au trouble.

Bien que plusieurs études aient mis l'accent sur les variables associées aux symptômes de stress post-traumatique chez les militaires et les anciens combattants, un nombre beaucoup plus restreint s'est intéressé aux facteurs permettant de discriminer le niveau d'ajustement psychologique chez les militaires actifs qui présentent un ÉSPT. Cette population peut présenter des caractéristiques particulières, notamment en terme d'intensité de la symptomatologie et des conséquences qui s'y rattachent. À cet égard, notons que le fait de souffrir d'un trouble de stress opérationnel au sein de l'armée peut être perçu négativement par les pairs et influencer en retour divers aspects de la santé mentale, ces derniers gravitant à l'intérieur d'une culture organisationnelle qui valorise la « force » de ses membres. En outre, une meilleure compréhension des facteurs psychosociaux associés à l'ajustement psychologique des militaires actifs canadiens qui souffrent d'un ÉSPT pourrait nous éclairer quant aux interventions susceptibles de venir diminuer l'intensité des symptômes cliniques concomitants à l'ÉSPT (ex., dépression, détresse émotionnelle) et d'optimiser la satisfaction face à la vie chez cette population spécifique. L'objectif général de cette thèse s'inscrit dans cette voie.

1.3 Facteurs psychosociaux associés à l'ajustement psychologique

Les ressources sociales et personnelles dont une personne dispose pour faire face au stress ont été étroitement liées au maintien d'une bonne santé mentale (Caron & Guay, 2005). Certains stipulent que les stratégies d'adaptation que la personne utilise de même que le soutien dont elle bénéficie exercent une influence plus importante sur son niveau d'ajustement psychologique que les stressors vécus (Aldwin & Yancura, 2004). Les différents modèles théoriques mis de l'avant pour comprendre les effets potentiels du soutien social et des stratégies d'adaptation sur la santé mentale seront exposés dans la prochaine section. Une attention particulière sera accordée à la façon dont ces modèles

peuvent nous éclairer quant aux variables potentiellement associées à l'ajustement psychologique des militaires ayant développé un ÉSPT.

1.3.1 Soutien social et santé psychologique.

Le terme « soutien social » est communément utilisé pour désigner l'influence des relations sociales sur la santé et le bien-être. Il englobe diverses composantes qu'il convient de distinguer dans le but de mieux apprécier leur contribution respective à la santé.

1.3.1.1 Définition du concept de soutien.

D'abord, l'ensemble des liens sociaux stables qu'entretient un individu réfère au concept de *réseau social personnel* (Caron & Guay, 2005). Le réseau social est souvent mesuré en terme de taille (nombre de personnes comprises à l'intérieur de ce réseau, nombre de confidents disponibles) et de densité (nombre d'interconnexions à l'intérieur du réseau). L'appellation *soutien social* renvoie pour sa part aux diverses ressources qu'une personne perçoit recevoir de son entourage lorsqu'elle en ressent le besoin. Ces ressources peuvent prendre la forme de soutien émotionnel, instrumental ou informationnel et font exclusion des ressources reçues par des professionnels (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000). De façon plus spécifique, le *soutien émotionnel* réfère à l'ensemble des attitudes et des comportements (p.ex., écoute, compréhension empathique) qui permettent à une personne d'exprimer ses émotions et ses pensées en lien avec l'expérience qu'elle vit. Les manifestations d'amour, d'attachement et de respect sont englobées dans cette forme de soutien. Le *soutien instrumental* renvoie pour sa part aux services et à l'aide matérielle concrète apportés dans le but de modifier la source de détresse (p.ex., proposer du repos, faire des commissions, préparer des repas). En ce qui a trait au *soutien informationnel*, il peut se manifester sous forme de conseils et d'informations visant à aider la personne à prendre du recul par rapport à ce qu'elle vit, à envisager la situation sous un autre angle et ainsi modifier sa perception de la situation et faciliter le processus de résolution de problème. En somme, les mesures de soutien reposent généralement sur la perception qu'a l'individu de la disponibilité de ressources en cas de besoin, alors que les mesures de réseau constituent davantage une mesure quantitative des relations interpersonnelles.

1.3.1.2 Modèles théoriques explicatifs des effets du soutien sur la santé.

Bien que plusieurs explications théoriques aient été mises de l'avant pour étayer les effets du soutien sur la santé (pour une revue, voir Lakey & Cohen, 2000), deux modèles théoriques principaux ont émergé. Le *modèle des effets directs* avance que le soutien constitue une variable fondamentale à l'adaptation de tout être humain et exerce à ce titre un effet direct et positif sur la santé et le bien-être des individus (Caron & Guay, 2005). Cet effet bénéfique s'observerait indépendamment de la présence ou de l'absence de conditions de stress et découlerait de l'accès aux ressources (p. ex. matérielles ou socio-affectives) que procure le réseau social. Il est notamment avancé que le fait de jouir de relations stables avec son entourage assure un sentiment de sécurité tout en favorisant l'obtention d'affects positifs réguliers, ce qui concourt à alimenter un sentiment de bien-être général (Thoits, 1985). Les relations interpersonnelles peuvent également contribuer à rehausser l'estime personnelle d'un individu par la reconnaissance sociale de sa valeur personnelle (Lakey & Cassady, 1990). En outre, les membres du réseau influenceraient l'adoption de comportements sains, agissant ainsi directement sur le maintien de la santé et du bien-être (Cohen & Syme, 1985).

Le *modèle d'atténuation du stress* suggère pour sa part que les effets positifs du soutien s'observeraient principalement en situation de stress. Le soutien social agirait ainsi à titre de variable tampon, qui protégerait contre les effets du stress et préviendrait le développement d'une symptomatologie (Cohen & Wills, 1985). Comme décrit dans l'article de Caron et Guay (2005), le soutien peut influencer la perception que l'individu a de sa propre capacité à faire face aux événements difficiles. Il peut aussi agir sur la croyance selon laquelle les autres vont fournir de l'aide en cas de besoin. D'autre part, les proches peuvent aider la personne à réévaluer les conséquences possibles d'un événement stressant tout en lui offrant des solutions pour mieux faire face à cette situation. Le soutien contribuerait ainsi à diminuer l'intensité de la réponse émotionnelle liée à l'événement stressant en favorisant l'adoption de cognitions rationnelles, puis en prévenant les réponses comportementales inadéquates.

1.3.1.3 Soutien social et ÉSPT.

L'ÉSPT représente le trouble anxieux ayant fait l'objet du plus grand nombre d'études empiriques en relation avec le soutien social. Les résultats de deux méta-analyses révèlent que le manque de soutien serait un des trois facteurs de risque les plus importants de développement et de maintien de l'ÉSPT (Brewin, Andrews & Valentine, 2000 ; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Qui plus est, cette relation serait plus forte chez les populations militaires que chez les populations civiles (Ozer et al., 2003). Plusieurs études empiriques transversales réalisées auprès de vétérans de combat, notamment ceux ayant servis récemment en Irak et en Afghanistan, indiquent qu'un faible niveau de soutien social est significativement relié à la sévérité des symptômes de l'ÉSPT (Barrett & Mizes, 1988; King, King, Fairbank, Keane, & Adams, 1998; Pietrzak, Johnson, Goldstein, Malley, & Southwick, 2009; Solomon, Waysman, & Mikulincer, 1990). D'autres données provenant d'études longitudinales indiquent que la présence de soutien inadéquat précéderait le développement du trouble (Andrews, Brewin, & Rose, 2003; Buckley, Blanchard, & Hickling, 1996; Zoellner, Foa, & Bartholomew, 1999). Joseph, Williams et Yule (1997) ont défini avec davantage de précision les processus par lequel le soutien pourrait être relié à l'ÉSPT dans leur modèle étiologique du trouble. Ils avancent globalement que le soutien social agirait à titre de variable intermédiaire pouvant influencer les stratégies de gestion du stress à la suite d'un événement traumatique, ce qui affecterait par le fait même le développement différentiel du trouble (le lecteur trouvera une description plus détaillée de ce modèle à l'intérieur du chapitre 3). La façon dont les différentes composantes de soutien sont reliées aux stratégies de gestion du stress chez les militaires présentant un ÉSPT demeure néanmoins à vérifier à l'aide de données empiriques.

D'autre part, il existe une variabilité significative dans le niveau d'ajustement psychologique des personnes qui présentent un ÉSPT (Schnurr, Lunney, Bovin, & Marx, 2009). Plusieurs vont développer des symptômes comorbides importants (p. ex., dépression) et présenter un niveau de détresse élevée pouvant venir interférer grandement avec le fonctionnement et la qualité de vie de ceux qui en souffrent. Par ailleurs, certains

peuvent exprimer un niveau de satisfaction global élevé à l'égard de leur vie en dépit de la présence d'un ÉSPT. Nous disposons toutefois de peu de données sur les facteurs permettant de discriminer l'ajustement différentiel des personnes qui en souffrent. Il est possible de concevoir la survenue d'un ÉSPT et des symptômes qui s'y rattachent (p. ex., reviviscences, cauchemars) comme un événement générant une source de stress en soi. Dans l'optique du modèle d'atténuation du stress, la réponse des proches quant aux difficultés inhérentes à l'ÉSPT est susceptible d'influencer l'ajustement psychologique subséquent du militaire qui en est affecté (p. ex., niveau de détresse, développement de symptômes comorbides), bien que cela demeure à vérifier.

1.3.1.4 Aspects à considérer dans l'étude de la relation entre soutien et santé psychologique.

Effet négatif du réseau social. Bien que le modèle d'atténuation du stress soit un des plus utilisés pour rendre compte des effets du soutien sur la santé, il nous apparaît comporter une limite importante, soit le fait d'ignorer les effets délétères du contrôle social et des interactions négatives pouvant émerger du réseau interpersonnel. Les sociologues, tel que Émile Durkheim, avancent depuis longtemps l'idée selon laquelle l'appartenance à un réseau social expose les individus qui en font partie à une forme de contrôle social. Celui-ci aurait pour fonction de réguler les actions individuelles de façon à éviter l'adoption de comportements déviants de la norme du groupe. Tel qu'il a été décrit par Rook et Underwood (2000), le contrôle social peut ainsi exercer un effet bénéfique sur la santé en décourageant l'adoption de comportements jugés à risque pour le bien-être. À titre d'exemple, la famille peut mettre de la pression sur un de ses membres afin que ce dernier cesse de consommer des substances de façon excessive. Le contrôle social peut alors s'opérer sous forme de menaces et de sanctions à l'égard de la personne qui consomme. Dans cet exemple, les efforts déployés par les membres du réseau pour contrôler les comportements à risque engendrent potentiellement un effet bénéfique sur la santé physique, mais peuvent aussi par la même occasion affecter négativement l'état psychologique de la personne concernée en faisant naître chez-elle des sentiments d'irritation, de ressentiment et de détresse (Lewis & Rook, 1999). Qui plus est, de

nombreuses évidences indiquent que le réseau interpersonnel exerce parfois un contrôle social négatif en encourageant et en renforçant l'adoption de comportements indésirables, voire incompatibles avec la santé et le bien-être (Cohen, 1988; Rook & Underwood, 2000). Par exemple, une consommation élevée d'alcool constitue dans certains milieux la norme plutôt que l'exception, comme c'est souvent le cas chez les jeunes militaires, ce qui incite potentiellement à une consommation abusive afin de favoriser le sentiment d'appartenance au groupe. Parallèlement, l'inhibition des réactions de stress et de l'expression émotionnelle est un comportement encouragé chez les militaires afin d'assurer la force morale de la troupe en zone opérationnelle (Nash, 2007). Or, le fait d'exhorter les membres à ne pas exprimer leurs émotions négatives contribue fort probablement à alimenter les symptômes anxieux du militaire qui souffre d'un ÉSPT, tout en l'exposant à l'exclusion de ses pairs en cas de partage de ses manifestations anxieuses, ce qui accroît sa détresse.

En somme, les relations entretenues avec l'entourage s'avèrent parfois une source de conflits et de tension. Les proches des militaires qui présentent un ÉSPT peuvent éprouver de la difficulté à gérer les changements qu'entraînent les symptômes de stress post-traumatique, ce qui est susceptible d'interférer avec leur capacité à fournir un soutien adéquat (Guay, Billette, St-Jean Trudel, Marchand, & Mainguy, 2004). Les comportements négatifs qui en découlent (p. ex., critiques, évitement) risquent d'influencer négativement le militaire concerné et de contribuer au maintien des symptômes de l'ÉSPT (Guay, Billette, & Marchand, 2006). Il est également possible de croire que les interactions négatives puissent favoriser le développement de difficultés d'ajustement psychologique supplémentaires chez les personnes aux prises avec un ÉSPT (p. ex., symptômes dépressifs, inquiétudes, détresse élevée), bien que cet aspect demeure actuellement peu documenté. En outre, l'aspect négatif du soutien social paraît important à considérer dans le cadre de l'étude de la relation entre le soutien social et l'ajustement psychologique de ceux qui présentent un ÉSPT.

Effet du sexe. Le sexe des individus représente un autre aspect important dans la compréhension de la relation entre le soutien et la santé psychologique. Les femmes semblent disposer d'un plus grand réseau social que les hommes (Coventry, Gillespie,

Heath, & Martin, 2004; St-Jean Trudel, Guay & Marchand, 2009). Certaines données indiquent également qu'elles bénéficieraient davantage du soutien social (St-Jean Trudel et al., 2009 ; Taylor et al., 2000) et demanderaient plus fréquemment de l'aide pour gérer leurs difficultés psychologiques que leurs homologues masculins (Addis et Mahalik, 2003). Ces derniers seraient moins enclins à se confier et à partager leurs émotions, ce qui pourrait expliquer qu'ils bénéficient moins de l'effet potentiel du soutien sur la santé psychologique que les femmes (Caron & Guay, 2005). Par ailleurs, cette affirmation se doit d'être nuancée par plusieurs données de recherches empiriques qui démontrent que bien que les hommes se confient à un moins grand nombre d'individus que les femmes, ils exprimeraient aussi souvent leurs expériences émotionnelles que ces dernières, mais le ferait principalement auprès d'une seule personne, soit leur conjointe (Rimé [a], 2009). Ainsi, la source de soutien semble différer chez les hommes et les femmes et paraît à ce titre une dimension importante à considérer.

Effet de la culture organisationnelle militaire. La perception du stress opérationnel au sein de la culture militaire peut exercer une influence sur le soutien que reçoivent les soldats présentant un TSO dans leur milieu de travail, ce qui peut par la suite influencer l'ajustement psychologique chez ceux ayant développé un ÉSPT. Dans une perspective de psychologie sociale, la guerre représente pour plusieurs cultures un rite d'initiation chez les hommes, permettant de prouver leur bravoure et leur force (Goldstein, 2001). Partant du principe que la participation à une opération constitue un « test » de la compétence personnelle pour le soldat, le fait d'être en présence de stress élevé s'avère indispensable pour faire foi de sa capacité à maîtriser le stress et ainsi témoigner de sa valeur comme combattant. Dans la mesure où la participation à une opération est perçue par les membres comme un test de leur force et de leur courage, le fait de développer des symptômes anxieux est souvent interprété comme étant un signe de faiblesse. Il est alors difficile pour les militaires affectés d'admettre la présence d'un ÉSPT sans ressentir un sentiment d'échec personnel relativement au test de la guerre, comme relevé par Nash (2007) dans son ouvrage traitant de la nature du stress opérationnel militaire. Dans cette optique, le soutien (ou l'absence de soutien) que les membres blessés psychologiquement perçoivent recevoir de leurs frères d'armes est susceptible d'influencer leur niveau d'ajustement psychologique.

Considérant l'importance du contexte organisationnel chez cette population, il importe de tenir compte des interactions avec les collègues en milieu de travail dans l'étude du lien entre le soutien social et la santé psychologique des militaires aux prises avec un ÉSPT.

1.3.2 Stratégies d'adaptation et santé psychologique.

Les humains utilisent différents moyens pour composer avec les situations stressantes auxquelles ils sont exposés au cours de leur vie. Le choix des stratégies employées en pareil contexte peut exercer une influence considérable sur les difficultés qu'ils vont éprouver (ou non) à s'adapter aux dites situations.

1.3.2.1 Définition du concept de « stratégies d'adaptation ».

Tel que défini par Lazarus et Folkman (1984), les stratégies d'adaptation consistent en l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux déployés par un individu dans le but de composer avec des situations perçues comme menaçantes pour son bien-être ou excédant ses ressources personnelles pour y faire face. Deux conceptualisations principales des diverses stratégies d'adaptation observées ont émergé de la littérature. Ces dernières ont été identifiées sur la base de leur fonction respective, soit les stratégies centrées sur le problème et les stratégies centrées sur les émotions. Il est néanmoins à noter que ces modes de gestion du stress ne sont pas mutuellement exclusifs, ces derniers pouvant être utilisés de façon combinée pour faire face à une même situation (Aldwin & Yancura, 2004). Les *stratégies centrées sur le problème* réfèrent à l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux visant à résoudre ou à diminuer le problème. À titre d'exemple, la personne peut fragmenter le problème en différentes composantes afin d'en faciliter la gestion, établir un plan d'action ou encore aller chercher des informations ou des conseils dans le but de l'aider à faire face aux difficultés qu'elle vit. Ces moyens sont également parfois désignés dans la littérature sous le vocable de stratégies actives, puisqu'elles abordent directement le problème. Les *stratégies centrées sur les émotions* (parfois présentées sous le terme stratégies passives) visent quant à elles à diminuer la détresse émotionnelle qui découle de l'événement stressant. Le retrait, l'expression émotionnelle, la

réévaluation positive du problème, l'utilisation de substances, la distraction de même que l'évitement en sont quelques exemples.

Les effets du recours à la stratégie d'évitement en ce qui a trait à la gestion de l'anxiété ont été bien documentés et méritent qu'on s'y attarde de façon plus détaillée. L'individu confronté à une situation ou à des pensées qui suscitent de l'anxiété peut utiliser un mode de réponse évitant dans le but de réduire le malaise généré par le stimulus anxiogène. Par exemple, une personne qui présente des souvenirs bouleversants et envahissants à la suite d'un événement traumatique peut tenter de supprimer activement ses souvenirs en rapport avec l'événement et ainsi diminuer sa détresse émotionnelle. Or, bien que cette réaction amène un soulagement temporaire de l'anxiété, elle conduit à moyen terme à une résurgence des pensées liés à l'événement traumatique, voire à une augmentation de leur occurrence. Ce phénomène, désigné « effet rebond de la pensée » à la suite d'une période de suppression, a été mis en évidence pour la première fois par Wegner et ses collaborateurs (1987) en conditions de laboratoires soigneusement standardisées. Il a par la suite été répliqué à de nombreuses reprises en contexte de situations émotionnelles ou de manifestations psychopathologiques anxieuses et dépressives (p.ex., pour une revue, voir Luminet, 2008). En somme, ces travaux ont mis en évidence que l'engagement (ou non) dans une stratégie d'évitement comme mode de gestion de l'anxiété exerce un rôle déterminant en ce qui a trait au niveau d'adaptation ultérieur chez une personne qui fait face à une situation de stress.

1.3.2.2 Stratégies d'adaptation, trauma et ÉSPT.

Il existe une quantité substantielle d'évidences empiriques venant appuyer l'idée selon laquelle la façon dont un individu s'adapte à la suite d'un événement traumatique exerce un impact plus important sur le développement d'un ÉSPT que le trauma lui-même (voir Aldwin, 1999). Les résultats d'une méta-analyse récente (Littleton, Horsley, John, & Nelson, 2007) ayant porté sur les relations entre les stratégies d'adaptation et la détresse psychologique suivant la survenue d'un événement traumatique font ressortir une association constante entre les stratégies d'évitement et la détresse psychologique ($r_{global} = ,37$). Par ailleurs, aucune association n'est observée entre les stratégies d'approche (ou

centrées sur la résolution de problème) et la détresse ($r_{global} = -.03$). Bien que ces résultats soient intéressants, il semble difficile de les généraliser à une population de militaires actifs. À cet égard, notons qu'un examen des caractéristiques des 39 études incluses dans cette méta-analyse nous révèle qu'aucune d'entre elles n'a été effectuée auprès d'une population victime de trauma militaire.

Dans le champ de recherche relatif au stress relié au combat, un usage élevé de stratégies centrées sur les émotions (p. ex., évitement, distanciation, recours à la pensée magique) a été positivement associé à la fréquence et à la sévérité des symptômes d'ÉSPT, puis inversement associé à la qualité de vie, telle qu'évaluée dans des études transversales (Aldwin, Levenson, & Spiro, 1994; Fairbank, Hansen, & Fitterling, 1991) et longitudinales (Dirkzwager, Bramsen, & Ploeg, 2003; Johnsen, Eid, Laberg, & Thayer, 2002; Solomon, Mikulincer, & Avitzur, 1988). Par ailleurs, certains travaux suggèrent que l'utilisation de stratégies de résolution de problème et de réévaluation positive favorise un meilleur ajustement chez les victimes de traumatismes (Dirkzwager et al. 2003; Moore, Varra, Michael & Simpson, 2010; Tsay, Halstead, & McCrone, 2001).

Enfin, bien que la recherche de soutien social ait été majoritairement associée à un faible ajustement psychologique dans le cadre de l'adaptation aux stressors quotidiens (Monroe & Steiner, 1986), il semble que le fait de se confier aux autres constitue un prédicteur important de la santé psychologique chez les victimes de traumatismes (Dirkzwager et al., 2003; Lee, Vaillant, Torrey, & Elder, 1995; Smyth, 1998). Les données de plusieurs études expérimentales indiquent que lorsque les gens vivent une expérience émotionnelle intense, ils tendent à traduire celle-ci en parole et à la partager socialement (Rimé [a], 2009). Ce partage social jouerait un rôle capital dans la production de sens à la suite d'un événement traumatique. Les expériences traumatiques créent souvent un inconfort cognitif, puisqu'elles ébranlent les croyances fondamentales que la personne entretenait par rapport à elle-même et au monde qui l'entoure (p.ex., croyance en un monde juste et bon). Le fait de mettre des mots sur l'événement bouleversant et de parler aux proches des difficultés vécues aiderait à mieux comprendre ce qui s'est passé, réduirait l'inconfort cognitif en rétablissant l'ordre (Rimé [b], 2009), puis favoriserait l'intégration émotionnelle des

victimes (Foa & Kozac, 1986), ce qui serait thérapeutique en soi. Toutefois, il est possible que les réactions de l'entourage quant aux comportements de recherche de soutien émis par la victime ne soient pas aidantes pour la personne concernée. Mentionnons à cet égard que le partage social d'une expérience émotionnelle négative engendre souvent un malaise chez l'auditeur, tel qu'il a été observé dans plusieurs études expérimentales (Rimé [c], 2009). La psychologie sociale s'intéresse depuis longtemps aux réponses inappropriées pouvant survenir lors de la rencontre d'une personne en détresse. Bernard Rimé, dans son ouvrage traitant du partage social des émotions, expose une liste des réactions dites « malvenues » qui sont fréquemment observées en présence d'une personne en détresse. Ces réactions peuvent prendre différentes formes, telle que l'évitement physique, le découragement de la libre expression, le recours à des comportements d'aide stéréotypés (p.ex., il faut que tu passes à autre chose), les critiques ou le jugement. En somme, les réactions de l'entourage face au partage social de l'émotion de la victime peuvent venir modérer l'impact de la stratégie de recherche de soutien sur le niveau d'ajustement observé (Aldwin & Yancura, 2004). Davantage de recherches s'avèrent nécessaires afin de clarifier cette question.

1.4 Limites des connaissances actuelles

En résumé, plusieurs recherches empiriques documentent le fait que les ressources sociales dont une personne dispose et les stratégies d'adaptation qu'elle utilise pour faire face à un événement traumatique s'avèrent reliées aux symptômes d'ÉSPT. Par ailleurs, la très grande majorité des études mentionnées précédemment ont été réalisées auprès de populations non cliniques ou ne présentant pas nécessairement d'ÉSPT. Par conséquent, ces données nous éclairent peu sur la façon dont ces variables individuelles et sociales peuvent contribuer à l'ajustement psychologique des militaires présentant un diagnostic d'ÉSPT. Les symptômes inhérents à l'ÉSPT, tels que les « *flashbacks* » et les cauchemars, peuvent constituer une source de stress considérable, en raison de leur nature fort intrusive et envahissante. Le soutien social dont la personne affectée par l'ÉSPT dispose de même que les stratégies qu'elle emploie pour s'adapter à cette maladie sont susceptibles d'être associés à son niveau subséquent de détresse psychologique de même qu'au développement de symptômes concomitants au trouble (p.ex., dépression). À cet égard, il importe de souligner que le niveau d'ajustement psychologique observé chez ceux et celles qui

présentent un ÉSPT varie d'une personne à l'autre. Néanmoins, les facteurs psychosociaux reliés à cette variabilité s'avèrent peu connus. De telles informations s'avèreraient fort utiles d'un point de vue clinique, considérant que l'ÉSPT demeure pour plusieurs personnes une condition chronique, et ce, particulièrement chez les militaires (Creamer & Forbes, 2004; Institute of Medicine, 2008). Dans cette optique, il apparaît d'autant plus important d'identifier les éléments favorisant un meilleur ajustement psychologique, et ce, en dépit de la présence de symptômes de stress post-traumatique.

Soulignons également que la majorité des études antérieures ayant porté sur le soutien et les stratégies d'adaptation se sont intéressées exclusivement à la présence de symptômes cliniques pathologiques à la suite d'un événement traumatique, ignorant par conséquent d'autres paramètres importants dans l'évaluation de la santé globale de l'individu exposé. Dans cette optique, une évaluation de la dimension positive de la santé mentale nous paraît importante pour mieux tenir compte des différents paramètres de l'ajustement psychologique. La satisfaction face à la vie, soit un construit central du bien-être et de la qualité de vie (Koury & Rapaport, 2007), ressort ici comme un indicateur pertinent de la dimension positive de la santé mentale.

En outre, comme il a été souligné précédemment, peu d'études ont porté sur les militaires actifs canadiens qui présentent un ÉSPT, soit une population présentant des caractéristiques particulières, notamment en terme d'intensité de la symptomatologie, de même qu'en terme de culture organisationnelle au sein de laquelle les membres des FC gravitent. Une meilleure connaissance des déterminants de l'ajustement psychologique propres aux militaires actifs canadiens s'impose afin de répondre de façon plus optimale aux besoins spécifiques de cette population.

1.5 Objectifs de la thèse

1.5.1 Objectif général.

Cette thèse s'intéresse à combler certaines lacunes dans les connaissances actuelles en ce qui a trait aux facteurs reliés à l'ajustement psychologique des militaires qui présentent un ÉSPT. Elle propose plus particulièrement d'examiner les liens entre diverses dimensions du soutien social, des stratégies d'adaptation et l'ajustement psychologique

(symptômes concomitants à l'ÉSPT, détresse psychologique, satisfaction face à la vie) des militaires aux prises avec un ÉSPT. Cet objectif est réalisé au moyen de deux études qui s'avèrent à la fois distinctes et complémentaires en terme de dimensions du soutien et de stratégies d'adaptation évaluées, d'indicateurs d'ajustement psychologique considérés et de populations étudiées.

1.5.2 Objectif de l'étude 1

La première étude vise à préciser, chez une population de militaires qui présentent un ÉSPT, les composantes du réseau de soutien social qui apparaissent reliées à leur niveau perçu de satisfaction face à la vie et de détresse psychologique. Cette étude est réalisée au moyen des données provenant d'une enquête populationnelle réalisée par Statistique Canada auprès de 8441 militaires. Elle offre l'avantage d'une représentativité exceptionnelle de la population d'intérêt. Elle prend en considération diverses dimensions du réseau de soutien pouvant être associées à l'ajustement psychologique, en intégrant notamment des variables de stress et de soutien reliées à l'environnement de travail au sein des variables prédictives, ce qui innove par rapport aux études précédentes dans le domaine. Qui plus est, la contribution du soutien est également examinée en prenant en considération le sexe du répondant, ce qui permet de mieux nuancer les différentes relations avec le soutien chez les hommes et les femmes.

1.5.3 Objectif de l'étude 2

La deuxième étude de cette thèse a été mise sur pied dans une optique de complémentarité avec la première. L'Enquête sur la santé mentale dans les FC mentionnée ci-haut offre l'avantage de mesurer diverses dimensions du soutien social (p.ex., nombre de confidents, soutien émotionnel, tangible, informationnel, soutien au travail). Par ailleurs, ces mesures de soutien n'évaluent pas spécifiquement sur les comportements d'aide reçus en situation d'anxiété. Qui plus est, aucune mesure validée des interactions sociales négatives pouvant émaner du réseau de soutien de même que des stratégies d'adaptation utilisées pour faire face au stress ne sont incluses dans l'enquête, soit des paramètres importants à considérer en terme d'ajustement psychologique. En outre, bien que l'enquête

présente l'avantage d'une excellente représentativité de l'ensemble des membres des FC ayant répondu aux critères de l'ÉSPT, l'échantillon peut se distinguer d'une population clinique de militaires en traitement pour traumatismes liés au stress opérationnel, notamment en ce qui a trait à l'intensité de la symptomatologie et des conséquences observées sur le niveau d'ajustement. Dans ce contexte, l'élaboration de la seconde étude, effectuée auprès d'une population clinique de militaires, a permis une évaluation complémentaire des facteurs sociaux et individuels reliés au concept d'ajustement psychologique, assurant ainsi une réponse plus complète à l'objectif général de la thèse.

Ainsi, le deuxième article empirique vise à clarifier les relations entre les divers types de comportements de soutien (positifs et négatifs) que les militaires aux prises avec un ÉSPT perçoivent recevoir de leur entourage en situation d'anxiété, les stratégies d'adaptation qu'ils utilisent pour faire face au stress et leur niveau d'ajustement psychologique, tel qu'évalué par l'intensité des symptômes dépressifs et des inquiétudes. Les données sont recueillies auprès d'un échantillon clinique de militaires ($n = 33$) recevant des services d'un centre médical des FC pour des difficultés en lien avec un stress opérationnel de même qu'auprès d'un échantillon non clinique ($n = 20$) de militaires ayant été exposés également à un stress opérationnel. Une attention particulière est portée aux interrelations entre les divers types de comportements de soutien que les participants rapportent avoir reçus et les stratégies d'adaptation qu'ils utilisent, ces facteurs psychosociaux ayant plus traditionnellement été étudiés de façon distincte dans les recherches précédentes. De plus, la valeur prédictive des stratégies d'adaptation et des comportements de soutien en ce qui a trait à l'intensité des symptômes dépressifs et des inquiétudes chez les militaires souffrant d'un ÉSPT chronique est examinée, ce qui permettra une meilleure compréhension des facteurs associés aux symptômes concomitants à l'ÉSPT, soit une question fort importante dans une perspective de traitement chez une population clinique.

1.6 Structure de la thèse

En somme, la présente thèse est divisée en quatre chapitres. Le premier chapitre, soit l'introduction générale, visait à exposer le contexte théorique ayant mené à l'élaboration des études incluses dans cet ouvrage doctoral. Le deuxième chapitre présente les résultats de l'article empirique 1. Ce dernier a pour objectif de préciser le pouvoir prédictif de diverses dimensions du réseau de soutien social en ce qui a trait au niveau perçu de satisfaction face à la vie et de détresse psychologique des militaires ayant répondu aux critères d'un ÉSPT au cours de la dernière année. Le troisième chapitre expose les résultats de l'article empirique 2, qui vise à préciser les relations entre les divers types de comportements de soutien (positifs et négatifs) que les militaires aux prises avec un ÉSPT perçoivent recevoir de leur entourage, les stratégies d'adaptation qu'ils utilisent et les symptômes concomitants à l'ÉSPT (intensité des symptômes dépressifs et des inquiétudes). Enfin, le quatrième chapitre est constitué de la conclusion générale, qui résume les principaux résultats obtenus en lien avec les objectifs de la thèse. Les implications théoriques et cliniques de ces résultats sont ensuite discutés dans l'optique de proposer des pistes d'interventions visant à optimiser l'ajustement psychologique des militaires qui présentent un ÉSPT.

Références

- Addis, M.E. & Mahalik, J.R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist, 58*, 5-14.
- Aldwin, C.M. (1999). *Stress, coping, and development: An integrative approach*. New York: Guilford.
- Aldwin, C.M., Levenson, M.R., & Spiro, A. (1994). Vulnerability and resilience to combat exposure: Can stress have lifelong effects? *Psychology and Aging, 9*, 33-44.
- Aldwin, & Yancura (2004). Coping and health: A comparison of the stress and trauma literatures. In Schnurr, P. P., & Green B.L. *Trauma and Health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 99-125). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (3rd ed.) Washington: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-Text revised* (4th TR ed.) Washington: Author.
- Anciens Combattants Canada (2002). ACC et le MDN dévoilent une stratégie pour le traitement du SSPT. *Salut*, Été 2002, article consulté à l'adresse suivante : <http://www.vac-acc.gc.ca/clientele/sub.cfm?source=salut/ete2002/sspt>.
- Anciens Combattants Canada (2008). Évaluation du réseau des cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel. Rapport consulté sur internet à l'adresse suivante : <http://www.vacacc.gc.ca/renseignements/sub.cfm?source=ministere/rapports/verification/tso-oct08>
- Andrews, B., Brewin, C.R., & Rose, S. (July 2001). *The role of social support in the prediction of PTSD in victims of violent crime*. Symposium presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Vancouver, Canada.
- Andrews, B., Brewin, C.R., Rose, S. (2003). Gender, social support and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 16* (4), 421-427.
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Foa, E.B., Kessler, R.C., McFarlane, A.C., & al. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress

- disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 60-66.
- Barrett, T.W., & Mizes, J.S. (1988). Combat level and social support in the development of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior modification*, 12 (1), 100-115.
- Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H., Schultz, L., Davis, G., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analyses of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 68 (5), 748-766.
- Buckley, T.C., Blanchard, E.B., & Hickling, E.J. (1996). A prospective examination of delayed onset PTSD secondary to motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 617-625.
- Campbell, D.G., Felker, B. L., Liu, C.-F., Yano, E.M., Kirchner, J.E., Chan, D., Rubenstein, L.V. & Chaney, F. (2007). Prevalence of depression-PTSD comorbidity: Implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 711-718.
- Canadian Institute for Health Information (2009). Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health. Ottawa: CIMH, ISBN 978-1-55465-490-1 (PDF).
- Caron, J. & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale: Concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Revue Santé Mentale au Québec*, 30 (2): 15-41.
- Cohen, S., Gottlieb, B.H., & Underwood, L.G. (2000). Social relationships and health. In Cohen, S., Underwood, L.G., Gottlieb, B.H., eds. *Social Support Measurement and Intervention*, New York, Oxford University Press, 3-25.
- Cohen, S. & Syme, S.L. (1985). Issues in the study and application of social support. In Cohen, S. & Syme, S.L., eds., *Social Support and Health*, New York, Academic Press, 3-22.
- Cohen, S., & Wills, A.T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.

- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 7*, 269-297.
- Comité sénatorial permanent de la défense et de la sécurité (2003). *Traumatismes liés au stress : Le besoin de compréhension*. Rapport du Sous-comité des anciens combattants, Canada, juin 2003.
- Coventry, W. L., Gillespie, N. A., Heath, A. C., & Martin, N. G. (2004). Perceived Social Support in a Large Community Sample : Age and Sex Differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 625-636.
- Creamer, M. & Forbes, D. (2004). Military Populations. In *Advances in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Cognitive-Behavioral Perspectives*. Springer Publishing Company, pp. 153-173.
- Deykin, E.Y., Keane, T.M., Kaloupek, E.Y., Fincke, G., Rothendler, J., Siegfried, M., & Craemer, K. (2001). Posttraumatic stress disorder and the use of health services. *Psychosomatic Medicine, 63*, 835-841.
- Dirkzwager, A., Bramsen, I., & Ploeg, H. M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences, 34*, 1545-1559.
- Engdahl, B., Dikel, T.N., Eberly, R., Blank, A. (1998). Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *American Journal of Psychiatry, 155* (12), 1740-1745.
- Fairbank, J.A., Hansen, D.J., & Fitterling, J.M. (1991). Patterns of Appraisal and Coping Across Different Stressor Conditions Among Former Prisoners of War With and Without Posttraumatic Stress Disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59* (2), 274-281.
- Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychology Bulletin, 99*, 20-35.
- Goldstein, J.S. (2001). *War and Gender*. Cambridge press.
- Green, B.L. & Kimerling, R. (2004). Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Health Status. In Schnurr, P. P., & Green B.L. *Trauma and Health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp.13-42). Washington, DC.

- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2002). Soutien social et trouble de stress post-traumatique: Théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue Québécoise de Psychologie, 23*, 165-184.
- Guay, S., Billette, V. & Marchand, A. (2006). Exploring the links between post-traumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 327-338.
- Guay, S., Billette, V., Saint-Jean Trudel, E., Marchand, A., & Mainguy, N. (2004). Thérapie de couple et TSPT. *Stress et Trauma, 4* (2), 81-88.
- Hansson, L. (2002). Quality of life in depression and anxiety. *International review of Psychiatry, 14*, 185-189.
- Helzer, J.E., Robins, L.N., & McEvoy, L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine, 317*, 1630-1634.
- Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer, S.C., McGurk, D., Cotting, D.I., & Koffman, R.L. (2004). Combat duty in Irak and Afghanistan, mental health problems and barriers to care. *The New England Journal of Medicine, 351* (1), pp. 13-22.
- Institute of Medicine - Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (2008). *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An assessment of the Evidence*. The National Academy Press, Washington DC., 224 p.
- Johnsen, B.H., Eid, J., Laberg, J.C., & Thayer, J.F. (2002). The effect of sensitization and coping style on post-traumatic stress symptoms and quality of life: Two longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Psychology, 43*, 181-188.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding Post-Traumatic Stress: A Psychosocial Perspective on PTSD and Treatment*. Chichester, England: Wiley.
- Keiser, L. (1968). *The Traumatic neurosis*. Philadelphia: Lippincott.
- Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society. *Journal of clinical psychiatry, 61*, suppl. 5, 4-12.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hugues, M., & Nelson, C.B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- King, L.A., King, D.W., Fairbank, J.A., Keane, T.M., & Adams, G.A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam

- veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (2), 420-434.
- Koury, M.A. & Rapaport, M.H. (2007). Quality of Life Impairment in Anxiety Disorders. In Ritsner M.S. & Awad A.G. *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders*, Springer, 275-291.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., & Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation: Report on the findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Lakey, B. & Cassady, P.B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 337-343.
- Lakey, B. & Cohen, S. (2000). Social Support theory and measurement. In Cohen, S., Underwood, L.G., Gottlieb, B.H., eds. *Social Support measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*, New York, Oxford University Press, 29-52.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lee, K.A., Vaillant, G.E., Torrey, W.C., & Elder, G.H. (1995). A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat. *American Journal of Psychiatry*, 152, 516-522.
- Lewis, M.A. & Rook, K.S. (1999). Social control in personal relationships: Impact on health behaviors and psychological distress. *Health Psychology*, 18, 63-71.
- Littleton, H., Horsley, S., John, S., Nelson, D.V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (6), 977-988.
- Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions: confrontation et évitement*. Éditions de Boeck Université, Bruxelles, 256p.
- Marchand, A. & Brillion, P. (1999). Le trouble de stress post-traumatique. Dans Ladouceur, R., Marchand, R., & Boisvert, J.-M. *Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale* (pp. 149-182), Montréal : gaëtan morin éditeur.

- Mendlowicz, M.V., & Stein, M.B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.
- Ministère de la Défense nationale (2000). *Réalisations de la Défense et perspectives 2000 : la contribution de la Défense au Canada et à l'étranger*, Ottawa, Canada.
- Ministère de la Défense nationale (2000). *Rapport sur les plans et priorités de 2000-2001*, Ottawa, Canada.
- Ministère de la Défense nationale (2010). Force opérationnelle interarmées en Afghanistan : composition en date du 6 mai 2010. Document électronique disponible à l'adresse suivante : <http://www.comfec-cefcom.forces.gc.ca/pa-ap/ops/fs-fr/jtfa-foia-fra.asp>
- Ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes (2009). *Documentation – Stress opérationnel*, 19 février 2009. Document électronique disponible à l'adresse suivante : <http://www.admpa.forces.gc.ca/site/news-nouvelles/news-nouvelles-fra.asp?cat=03&id=2871>
- Monroe, S.M. & Steiner, S.C. (1986). Social support and psychopathology: Interrrelations with preexisting disorder, stress, and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 29-39.
- Moore, S.A., Varra, A.A., Michael, S.T., & Simpson, T.L. (2010). Stress-related growth, positive reframing, and emotional processing in the prediction of post-trauma functioning among veterans in mental health treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2 (2), 93-96.
- Nash, W.P. (2007). The stressors of war. In Figley, C. R. & Nash, W.P. *Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management*. Edited by Figley & Nash, pp.11-31.
- Nielsen, M.S. (2003). Post-traumatic stress disorder and emotional distress in persons with spinal cord lesion. *Spinal Cord*, 41, 296-318.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *World Health Report 2001: Mental Health. New Understanding New Hope*, Genève, 178 p.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (1), 52-73.

- Quilty, L.C., Van Ameringen, M., Mancini, C., Oakman, J., & Farvolden, P. (2001). Quality of life and the anxiety disorders. *Anxiety Disorders, 17*, 405-426.
- Rapaport, M.H., Clary, C., Fayyad, R., Endicott, J. (2005). Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1171-1178.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E., & Best, C.L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 984-991.
- Richardson, J.D., Long Mary E., Pedlar, D., & al. (2008). Posttraumatic stress disorder and health related quality of life (HRQOL) among a sample of treatment- and pension-seeking deployed Canadian Forces peacekeeping veterans. *Canadian Journal of Psychiatry, 53*(9):594-600.
- Rimé, B. [a] (2009). Le partage social de l'émotion. Dans Rimé, B. (2009). *Le partage social des émotions*. Quadrige, Paris, pp.85-110.
- Rimé, B. [b] (2009). Émotion et production de sens. Dans Rimé, B. (2009). *Le partage social des émotions*. Quadrige, Paris, pp. 309-334.
- Rimé, B. [c] (2009). Réponses bienvenues, réponses malvenues. Dans Rimé, B. (2009). *Le partage social des émotions*. Quadrige, Paris, pp.181-200.
- Rook, K.S. & Underwood, L.G. (2000). Social support measurement and interventions: comments and future directions. In Cohen, S., Underwood, L.G. & Gottlieb, B.H. (Eds). *Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press, New York, pp. 311-334.
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Bernardy, N.C. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: epidemiology, pathophysiology, and assessment. *Psychotherapy in Practice, 58* (8), 877-889.
- Schnurr P.P., Lunney C.A., Bovin M.J., Marx B.P. (2009). Posttraumatic stress disorder and quality of life: Extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. *Clinical Psychology Review, 29*(8):727-735.
- Smyth, J.M. (1998). Written Emotional Expression : Effect Sizes, Outcome Types, and Moderating Variables, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66* (1), 174-184.

- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder : A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 55* (2), 279-285.
- Solomon, Z., Waysman, M., & Mikulincer, M. (1990). Family functioning, perceived social support, and combat-related psychopathology: The moderating role of loneliness. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9*, 456-472.
- Solomon, Z., Weisemberg, M., Schwarzwald, J., & Mikulincer, M. (1987). Post-traumatic stress disorder among soldiers with combat-stress reaction: The 1982 Israeli experience. *American Journal of Psychiatry, 144*, 448-454.
- Statistique Canada (2003). Le supplément pour les Forces Canadiennes de l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes de 2002, rapporté dans : *L'Enquête de Statistique Canada sur la santé mentale dans les FC : une « étape clé »* document procuré en août 2005 à l'adresse électronique suivante : www.forces.gc.ca/health/news_pubs/frgraph/stats_can2003_f.asp
- St-Jean Trudel, E., Guay, S. & Marchand, A. (2009). Les relations entre le soutien social, le bien-être et la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux : résultats d'une enquête nationale. *Canadian Journal of Public Health, 100*, 148-152.
- Pietrzack, R.H., Johnson, D.C., Goldstein, M.B., Malley, J.C., & Southwick, S.M. (2009). Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from operations enduring freedom and Iraqi freedom. *Depression and Anxiety, 0*, pp. 1-7.
- Taylor, S.E., Cousino, K., L., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females : Tend-and-befriend, not fight-to-flight. *Psychological Review, 107* (3), 411-429.
- Thoits, P.A. (1985). Social support processes and psychological well-being: Theoretical possibilities. In Sarason, I.G., Sarason, B., eds. *Social Support: Theory, Research and Applications*. The Hague, Martinus Nijhoff, 51-72.
- Thomas, J.L., Wilk, J.E., Riviere, L.A., McGurk, D., Castro, C.A., & Hoge, C.W. (2010). Prevalence of mental health problems and functional impairment among active

- component and national guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq. *Archives of General Psychiatry*, 67 (6), 614-623.
- Tsay, S.-L., Halstead, M.T., McCrone, S. (2001). Predictors of coping efficacy, negative moods and post-traumatic stress syndrome following major trauma, *International Journal of Nursing Practice*, 7, 74-83.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14, 171-181.
- Warshaw, M.G., Fierman, E., Pratt, L., Hunt, M., Yonkers, K.A., Massion, A.O., & Keller, M.B. (1993). Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1512-1516.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., & White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thoughts suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- World Health Organization (1969). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of death* (8th ed.). Geneva, Switzerland: Author.
- Zoellner, L.A., Foa, E.B., & Bartolomew, D.B. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and non sexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 689-700.

CHAPITRE II

ARTICLE EMPIRIQUE 1

*Satisfaction face à la vie et détresse psychologique chez les militaires souffrant d'un
ÉSPT : contribution du soutien social*

**Satisfaction face à la vie et détresse psychologique chez les militaires souffrant d'un
ÉSPT : contribution du soutien social**

Vicky Lavoie, M.Ps.^{1,2}, Stéphane Guay, Ph.D.^{3,4} et Jean-Marie Boisvert, Ph.D.¹

1. École de psychologie, Université Laval.
2. Centre hospitalier universitaire de Québec.
3. École de criminologie, Université de Montréal.
4. Centre de Recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Remerciements

La réalisation de cette étude a été facilitée par le soutien financier du Fonds Québécois pour la Recherche sur la Société et la Culture (bourse d'études doctorale décernée à la première auteure) de même que le Centre Interuniversitaire Québécois de Statistique Sociale (bourse d'études complémentaire octroyée à la première auteure).

Résumé

Objectif : Le soutien social représente un des facteurs de risque les plus importants associés à l'ÉSPT, et ce, particulièrement chez les vétérans. La façon dont le soutien peut affecter la sphère positive et négative de la santé des militaires avec un ÉSPT demeure à clarifier. Cette étude a pour objectif d'identifier les dimensions du soutien associées à la satisfaction face à la vie et la détresse émotionnelle des militaires avec un ÉSPT.

Méthode : Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 1.2)-Supplément pour les Forces canadiennes (FC), réalisée auprès de 8441 membres représentatifs des FC. De ce nombre, seuls ceux ayant répondu aux critères pour un ÉSPT dans les douze mois précédant l'enquête ont été inclus dans les analyses (n=179).

Résultats : Les analyses de régression hiérarchiques effectuées indiquent que les variables de soutien (nombre de confidents, perception globale de disponibilité de soutien, soutien des collègues et hostilité des collègues) permettent de prédire la satisfaction face à la vie et la détresse psychologique de façon supérieure au hasard, et ce, même en contrôlant pour la présence d'un épisode dépressif majeur de même que pour la durée des symptômes d'ÉSPT. Ces résultats sont observés à la fois chez les femmes et chez les hommes.

Discussion : Ces données soulignent l'importance d'évaluer la qualité du soutien provenant des proches et des collègues de travail lors de l'établissement d'un plan d'intervention visant à bonifier la satisfaction face à la vie et à diminuer la détresse émotionnelle des militaires souffrant d'un ÉSPT. Les nuances à apporter selon le sexe sont également discutées.

Mots-clés : ÉSPT, soutien social, satisfaction face à la vie, détresse psychologique, militaires.

Satisfaction face à la vie et détresse psychologique chez les militaires souffrant d'un ÉSPT : contribution du soutien social

2.1 Introduction

Les militaires canadiens sont exposés à un niveau de stress opérationnel élevé dans l'exercice des fonctions qui leur sont dévolues, ce qui peut mener au développement de diverses manifestations cliniques pathologiques. L'État de stress post-traumatique (ÉSPT) constitue un des troubles anxieux les plus fréquents pouvant en résulter, touchant 7,2 % des membres des Forces Canadiennes (FC) (Statistique Canada, 2003). L'ÉSPT est associé à une détérioration du fonctionnement de même qu'à un appauvrissement de la qualité de vie (Besser & Neria, 2009; Koury & Rapaport, 2007; Lavoie, Guay, Fikretoglu, Brunet & Jetly, 2005; Mueser, Essock, Haines & et al, 2004; Richardson, 2008; Schnurr & Green, 2004; Warshaw, Fierman, Pratt & al., 1993). Par ailleurs, les symptômes inhérents à l'ÉSPT ne contribueraient que partiellement à déterminer le niveau de satisfaction subjectif des gens face à la vie de même que leur niveau de détresse psychologique (Rapaport, Clary, Fayyad, & Endicott, 2005). Ce constat pose donc la question suivante : quels facteurs (positif et négatif) peuvent contribuer à expliquer les variations individuelles observées quant au niveau de l'ajustement psychologique des militaires qui souffrent d'un ÉSPT, au-delà des symptômes diagnostiques traditionnellement considérés? À l'heure actuelle, les données empiriques permettant de répondre à cette question s'avèrent restreintes. La présente étude propose d'apporter un éclairage sur le sujet en précisant les relations entre la satisfaction face à la vie, la détresse psychologique et le soutien social chez les militaires qui présentent un ÉSPT.

2.1.1 Distinction entre les dimensions positives et négatives de la santé psychologique

La majorité des études ayant porté sur la santé mentale se sont intéressées à des mesures de symptômes spécifiques (p.ex., symptômes de stress post-traumatique, symptômes dépressifs), omettant souvent de considérer d'autres aspects moins pathologiques de la santé mentale, tel que la satisfaction face à la vie. Or, l'Organisation mondiale de la santé reconnaît depuis plusieurs décennies que la santé se définit non seulement par l'absence d'une maladie, mais par « un état complet de bien-être physique, mental et social » (Organisation mondiale de la santé, 2001). Dans cette optique, la notion

de satisfaction des gens face à la vie, soit un construit central du bien-être, émerge comme un indicateur important à considérer (Koury & Rapaport, 2007; Mendlowicz & Stein, 2000; Patrick & Erickson, 1988). La santé mentale et la maladie ne représentent pas des pôles opposés d'un même continuum, comme en témoignent les faibles associations observées entre les mesures de psychopathologie et de santé mentale (Drapeau, Rousseau & Boivin, 2005; Rapaport et al., 2005; Stephens, Dulberg & Joubert, 1999). Ainsi, comme il est suggéré par Drapeau et ses collaborateurs (2005), une personne présentant une psychopathologie pourrait tout de même être globalement satisfaite face à sa vie, soit parce que son fonctionnement n'est pas grandement altéré, soit parce qu'elle bénéficie d'un bon soutien social.

Parallèlement, les principaux indicateurs de la dimension souvent nommée « négative » de la santé mentale sont les troubles mentaux (définis par des critères standardisés et classifiés dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux et dans le Manuel de la classification internationale des maladies) et la détresse émotionnelle. La détresse réfère à des symptômes anxieux et dépressifs qui traduisent un sentiment de malaise généralisé plutôt qu'une psychopathologie précise. La détresse peut être temporaire et adaptative, notamment lorsqu'elle fait suite à un événement stressant (Organisation mondiale de la santé, 2001), mais peut aussi constituer un indicateur d'un trouble psychiatrique lorsqu'elle perdure.

2.1.2 Déterminants de la détresse et de la satisfaction face à la vie

Les résultats provenant d'études épidémiologiques et d'enquêtes populationnelles, menées au Canada et aux États-Unis, ont démontré des associations entre la santé mentale et plusieurs facteurs sociodémographiques. De façon générale, les femmes rapportent un niveau moyen de détresse émotionnelle plus élevé de même qu'un niveau de bien-être plus faible que les hommes (Burdine, Felix, Abel, Wiltraut & Musselman, 2000; McDonough & Walters, 2001; Stephens et al., 1999). L'âge serait également associé à la santé mentale. Plus les gens avancent en âge, plus la probabilité de présenter une détresse élevée diminuerait (Stephens et al., 1999). Le niveau de scolarité de même que le revenu seraient

pour leur part positivement associés au bien-être et négativement associés à la détresse (Stephens & al, 1999).

De nombreuses études ont documenté les relations significatives entre le réseau de soutien social et divers indicateurs de la santé mentale (Caron & Guay, 2005; Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999; Kaniasty, 2005; Lepore et al., 1996; Stephens et al., 1999). Le fait de disposer d'un réseau social peut être une source de soutien et de plaisir qui contribue à rehausser le sentiment de satisfaction face à la vie. Les interactions avec l'entourage peuvent aussi aider à résoudre des problèmes. Elles agissent ainsi à titre de variable intermédiaire pouvant contribuer à diminuer la détresse émotionnelle et prévenir le développement et le maintien des troubles mentaux. À cet égard, soulignons que la qualité du soutien des proches serait un des trois facteurs de risque les plus importants associés à l'ÉSPT (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Ozer, Best & Lipsey, 2003). Qui plus est, la force de l'association entre le soutien social et l'ÉSPT s'avère plus marquée auprès de populations de vétérans qu'auprès de populations civiles (Ozer et al., 2003). Néanmoins, la population des militaires actifs peut différer des vétérans à certains égards, notamment en ce qui a trait à l'exposition quotidienne aux interactions avec leurs confrères d'armes. Au sein d'une culture organisationnelle qui valorise la force de ses membres (Nash, 2007), il est possible que le fait de présenter des difficultés psychologiques soit perçu négativement par les collègues. Cet aspect peut influencer le niveau de détresse et de satisfaction face à la vie des militaires qui présentent un ÉSPT, bien que cela demeure à vérifier.

En somme, bien que plusieurs facteurs démographiques et sociaux aient été associés à divers indicateurs de la santé mentale (satisfaction face à la vie, détresse) dans la population générale (de même que chez les vétérans), les études ayant examiné les facteurs associés à une bonne ou une moins bonne satisfaction face à la vie chez ceux présentant un ÉSPT s'avèrent plus restreintes. Certaines recherches ont toutefois porté leur attention sur les variables reliées à la qualité de vie chez des populations cliniques, soit un indicateur de la dimension positive de la santé mentale qui se rapproche étroitement de la notion de satisfaction à l'égard de la vie. À ce chapitre, soulignons que la mesure de satisfaction

représente un des construits centraux du concept global de qualité de vie (Koury & Rapaport, 2007; Mendlowicz & Stein, 2000).

Rapaport et ses collègues (2005) se sont intéressés au concept intégré de qualité de vie et de satisfaction face à la vie ainsi qu'aux corrélats démographiques et cliniques associés chez différentes populations cliniques d'individus en traitement pour un trouble anxieux (ÉSPT, trouble panique, trouble obsessionnel-compulsif, phobie sociale) ou un trouble de l'humeur (dépression majeure, dysthymie). Pour chacun des groupes étudiés (soit un groupe pour chacun des troubles susmentionnés), les mesures de symptômes cliniques propres à la maladie offraient une contribution modeste à la prédiction des scores de qualité de vie et de satisfaction face à la vie. Ainsi, chez ceux présentant un ÉSPT, les symptômes cliniques caractéristiques du trouble expliquaient uniquement 23 % de la variance des scores de qualité de vie et de satisfaction. Par ailleurs, dans cette étude, les individus aux prises avec un ÉSPT exprimaient les taux les plus élevés d'atteinte à la qualité de vie. Comme il est suggéré par les auteurs, des facteurs autres que la sévérité des symptômes semblent venir affecter la qualité de vie et la satisfaction face à cette dernière. Il est notamment possible que la présence de revenus confortables ou encore la disponibilité d'un bon réseau de soutien facilitent l'atteinte des objectifs de vie et concourent à une meilleure satisfaction, bien que ces facteurs n'aient pas été examinés dans cette étude. À cet égard, notons que la relation entre le manque de soutien social (Hollifield, Katon, Skipper, Chapman, Ballenger, Mannuzza & Fyer, 1997; Katerndahl & Realini, 1997), l'éducation (Rubin, Rapaport, Levine, Gladsjo, Rabin, Auerbach et al., 2000) et la qualité de vie s'est vue confirmée dans des études réalisées auprès d'individus présentant un trouble panique.

Une étude récente effectuée à l'aide des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (St-Jean Trudel, Guay & Marchand, 2009) s'est intéressée plus particulièrement au rôle du soutien social dans la prédiction du bien-être et de la détresse psychologique chez les individus aux prises avec un trouble anxieux (trouble panique, trouble d'anxiété généralisée ou phobie sociale; n=1803). Les résultats indiquent que les ressources sociales dont les gens anxieux estiment disposer en cas de besoin exercent un effet différentiel sur le bien-être selon le sexe du répondant. Chez les femmes, la dépression majeure de même que certaines composantes du soutien (informationnel et

affectif) se sont avérées être des prédicteurs du bien-être psychologique. Or, chez les hommes, seule la dépression s'est révélée être négativement et significativement corrélée au bien-être. Par ailleurs, aucune variable de soutien n'a été reliée à la détresse (seule la dépression y a été associée), et ce, indépendamment du sexe du répondant. Bien que cette étude ait mis en lumière certains liens entre le sexe, le soutien social et le bien-être des individus aux prises avec un trouble anxieux, cette enquête n'évaluait pas l'ÉSPT. L'intérêt d'étudier le soutien social chez ceux présentant un ÉSPT ressort clairement lorsqu'on considère la force de l'association entre l'ÉSPT et le soutien. Qui plus est, cette étude a été effectuée auprès d'une population civile, ce qui appelle à la prudence quant à la généralisation possible des résultats à une population militaire.

2.1.3 Limites des études précédentes

Bien que certaines variables cliniques et sociales aient été associées à la satisfaction face à la vie et au bien-être des individus aux prises avec un trouble anxieux, peu d'études se sont intéressées à la prédiction de la variation des scores d'ajustement positif et négatif de la santé mentale chez ceux présentant spécifiquement un ÉSPT, et aucune à notre connaissance n'a été effectuée auprès de militaires actifs. Il est possible que certaines variables propres au contexte militaire soient reliées à des aspects de la satisfaction face à la vie des membres souffrant d'un ÉSPT. Qui plus est, plusieurs dimensions de l'association entre le réseau de soutien et la santé mentale restent à explorer. À cet égard, soulignons que les relations différentielles observées entre le soutien et l'ajustement psychologique des hommes et des femmes demeurent à préciser. En outre, la majorité des études négligent d'évaluer l'aspect parfois délétère du réseau social, notamment l'exposition aux conflits et à l'hostilité. Cet aspect paraît d'autant plus important à considérer au sein d'une culture militaire où les difficultés psychologiques peuvent être perçues négativement par les collègues.

Une meilleure compréhension des facteurs militaires, cliniques et sociaux qui sont associés à l'ajustement psychologique positif et négatif de ceux qui souffrent d'un ÉSPT

pourrait aider à préciser des cibles d'intervention en vue d'améliorer la satisfaction face à la vie et diminuer la détresse émotionnelle des militaires.

2.2 Objectif et Hypothèse

Cette étude vise à préciser les relations entre le réseau de soutien social et les niveaux de satisfaction face à la vie et de détresse émotionnelle des militaires qui présentent un ÉSPT. Il est attendu que les variables associées au réseau et au soutien social offriront une contribution significative à la prédiction des niveaux de satisfaction face à la vie et de détresse, et ce, au-delà de la contribution inhérente aux facteurs cliniques et démographiques traditionnellement considérés. Une attention particulière sera accordée aux diverses composantes du réseau de soutien pouvant être associées aux dimensions positive et négative de l'ajustement psychologique. Cette étude intègre notamment des variables de stress et de soutien reliées à l'environnement de travail au sein des variables prédictives, ce qui innove par rapport aux études précédentes dans le domaine. À titre exploratoire, les associations avec le soutien seront également examinées en prenant en considération le sexe du répondant.

2.3 Méthode

La présente étude est réalisée à partir du fichier de microdonnées à grande diffusion du *Supplément pour les FC de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC): santé mentale et bien-être (cycle 1.2)*. Cette enquête populationnelle, réalisée par Statistique Canada (2003), a été mise sur pied dans le but de combler d'importantes lacunes statistiques en ce qui concerne l'état mental des membres des FC.

2.3.1 Participants

La population cible est entièrement composée de membres à temps complet de la Force régulière, de même que de membres Réservistes ayant participé à au moins un exercice militaire au cours des six mois qui ont précédé le début de l'enquête. L'échantillon est stratifié selon le sexe et le grade, puis sélectionné aléatoirement afin d'obtenir les résultats les plus représentatifs possible de la population d'intérêt à l'échelle nationale. Au total, 5155 membres de la Force régulière, puis 3286 membres de la Réserve ont été

interviewés, pour un taux de réponse respectif de 79,5 % et 83,5 %. Les entrevues ont été menées en personne dans des pièces privées sur les bases militaires, réservées par le Ministère de la Défense nationale pour les besoins de l'enquête. Les données ont été recueillies mensuellement de mai à décembre 2002.

Critères d'inclusion. Dans le cadre de la présente étude, seuls les militaires ayant répondu aux critères de l'ÉSPT tels qu'évalués en référence à l'année précédant l'enquête (ÉSPT 12 mois) sont considérés aux fins des analyses (n=179; soit 72 femmes et 107 hommes).

2.3.2 Élaboration du questionnaire de l'Enquête

La conception du questionnaire est fondée sur une série de critères établis par un groupe d'experts en santé mentale. Pour l'évaluation des troubles de santé mentale, les questions ont été élaborées à partir de la version américaine du questionnaire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2000), version 2.1, intitulé *Composite international Diagnostic Interview* (CIDI). L'utilisation de ce questionnaire, déjà testé et dûment validé, permet la comparaison des résultats canadiens à ceux obtenus d'autres pays. Les questions relatives aux autres indicateurs de la santé (satisfaction face à la vie, détresse psychologique) et aux déterminants de l'ajustement psychologique (p.ex., soutien social) ont quant à elles été développées à partir du CIDI et d'autres sources (cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Enquête nationale sur la santé de la population, Santé Québec, Supplément sur la santé en Ontario, etc.).

2.3.3 Description des mesures utilisées

2.3.3.1 Variables indépendantes.

2.3.3.1.1 Variables cliniques.

État de stress post-traumatique et Épisode dépressif majeur. La présence d'un état de stress post-traumatique (ÉSPT) de même que la présence d'un épisode dépressif majeur (ÉDM) est évaluée à l'aide du CIDI (Organisation mondiale de la santé, 2000), soit un outil d'évaluation diagnostique basé sur les critères nosographiques établis par l'Organisation mondiale de la santé. Cette classification est très proche de celle établie dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). La présence ou l'absence du trouble (variable

dichotomique) est évaluée en référence aux douze mois précédant l'enquête (ÉSPT 12 mois et EDM 12 mois).

En ce qui a trait à l'évaluation de l'ÉSPT, il était demandé aux militaires ayant vécu au moins un événement traumatique de répondre aux questions du module sur l'ÉSPT en fonction du pire événement vécu, soit celui ayant amené le plus de réactions. Il a été choisi de ne pas limiter notre échantillon aux gens ayant vécu leur pire événement en cours de déploiement afin de ne pas exclure une proportion importante de militaires ayant pu développer un ÉSPT consécutif à un stress opérationnel militaire (p.ex., blessure physique sévère lors d'un exercice militaire), bien que celui-ci ait été vécu hors déploiement. Cette stratégie assure ainsi une meilleure représentativité de l'ensemble des militaires qui présentent un ÉSPT et s'inscrit en conformité avec les politiques du Ministère de la Défense Nationale qui reconnaissent que les tâches opérationnelles exercées hors déploiement peuvent générer des événements traumatiques susceptibles d'engendrer un ÉSPT (Ministère de la défense nationale et des forces canadiennes, 2009).

Durée des symptômes de l'ÉSPT. Une variable dérivée calculée par Statistique Canada permet d'évaluer la durée de persistance de l'ÉSPT en année (variable continue). Cette variable est calculée en fonction de la réponse donnée à la question suivante suite au module sur l'ÉSPT: « Pendant combien de temps avez-vous continué à avoir l'une ou l'autre de ces réactions? »

2.3.3.1.2 Variables reliées au réseau de soutien social.

Nombre de confidents. Une variable continue a été créée à partir d'une question concernant le nombre d'amis ou de proches avec qui le répondant se sent à l'aise de se confier.

Perception de disponibilité de soutien social global. Ce concept est mesuré au moyen de 19 items tirés du Medical Outcomes Study Social Support Survey (échelle MOS, voir Sherbourne & Stewart, 1991). Pour chaque question, le participant doit indiquer sur une échelle en cinq points (1=Jamais; 5=Tout le temps) dans quelle mesure il perçoit avoir accès à différents types de soutien (p. ex. : une personne qui vous écoute quand vous avez

besoin de parler). Quatre variables ont ensuite été dérivées par Statistique Canada pour refléter la perception du répondant en ce qui concerne l'accès à différentes dimensions du soutien en cas de besoin : le soutien concret, l'affection, les interactions sociales positives et le soutien émotionnel ou informationnel. Les sous-échelles ont été calculées en fonction du score moyen obtenu par item. Afin d'éviter d'utiliser un nombre élevé de mesures de soutien hautement corrélées entre elles à l'intérieur du modèle, nous avons créé un index global de soutien en effectuant la moyenne des scores obtenus aux quatre sous-échelles. La validité interne de cet index global a été vérifiée en effectuant un alpha de Cronbach. La valeur de l'alpha obtenu est de 0,89, ce qui indique une excellente consistance interne. Par ailleurs, compte tenu de sa distribution très asymptomatique, cette variable a été dichotomisée de la façon suivante : perception de disponibilité de soutien *faible à modérée* versus *élevée*. L'utilisation d'une méthode de dichotomisation est évaluée comme une transformation appropriée dans le cas de variables à distribution extrêmement asymptomatique (MacCallum, Zhang, Preacher & Rucker, 2002; Streiner, 2002). En outre, dans un souci de parcimonie du modèle, seule cette dernière variable catégorielle du soutien social global est retenue aux fins des analyses.

Soutien au travail. Ce concept est mesuré à l'aide d'une question évaluant jusqu'à quel point le répondant juge que ses collègues facilitaient l'exécution de son travail dans la dernière année. Le participant doit répondre sur une échelle en cinq points (1=Tout à fait d'accord; 5=Entièrement en désaccord). Plus le score est élevé, plus la personne estime que ses collègues facilitaient l'exécution du travail.

Hostilité au travail. Ce concept est mesuré à l'aide d'une question évaluant jusqu'à quel point le répondant perçoit avoir été exposé à l'hostilité ou aux conflits de ses collègues sur une échelle en cinq points (1=Tout à fait d'accord; 5=Entièrement en désaccord). Plus le score est élevé, plus la personne perçoit avoir été exposée à de l'hostilité.

2.3.3.1.3 Autres facteurs considérés.

Certaines variables sociodémographiques (statut conjugal, revenus annuels, niveau d'éducation, âge) et militaires (rang occupé au sein des FC, nombre de déploiements de

plus de 3 mois auxquels le participant a pris part au cours de sa carrière) sont également retenues afin de contrôler pour leur effet sur les variables dépendantes d'intérêt.

2.3.3.2 Variables dépendantes.

Satisfaction face à la vie. La première variable dépendante sélectionnée est le niveau de satisfaction face à la vie. Ce concept est évalué à l'aide d'un item mesurant la satisfaction du participant face à la vie de façon générale, auquel le participant doit répondre sur une échelle en 5 points. Plus le score est élevé, plus la personne présente un niveau élevé de satisfaction face à la vie. Il est à noter que l'autoévaluation de la satisfaction face à la vie représente une mesure courante de l'aptitude à jouir de la vie, soit une dimension reconnue de la santé mentale positive (Canadian Institute for Health Information, 2009). Qui plus est, la mesure de satisfaction face à la vie présente une bonne validité convergente avec des mesures subjectives de bien-être (Pavot & Diener, 2009).

La détresse psychologique. Ce concept est mesuré à l'aide d'une variable nommée « Échelle de détresse K6 », qui est calculée par Statistique Canada et qui repose sur 6 questions mesurant la fréquence de divers sentiments négatifs (p. ex., être triste, nerveux, agité, désespéré, etc.) sur une échelle de type Likert en 5 points. Les scores totaux, représentés sur une échelle de 0 à 24, sont utilisés dans le cadre de cette étude. Plus le score est élevé, plus le niveau de détresse psychologique rapporté est élevé. Les questions et les cotes utilisées pour calculer cette échelle de détresse s'appuient sur les travaux de Kessler et Mroczek (1994). L'échelle de détresse K6 possède de très bonnes propriétés psychométriques et est largement utilisée dans les enquêtes populationnelles sur la santé (Kessler et al., 2002).

2.4 Analyse des données

2.4.1 Poids

Afin que les estimations produites à partir des données de l'enquête soient représentatives de l'ensemble de la population des FC, et non uniquement de l'échantillon, un poids d'enquête créé par Statistique Canada a été attribué à chaque personne comprise dans l'échantillon final, c'est-à-dire dans l'échantillon de personnes ayant répondu à

l'enquête. Ce poids correspond au nombre de personnes représentées par le répondant dans l'ensemble de la population. La stratégie de pondération comprend quatre niveaux d'ajustements appliqués au poids initial : le poids initial de sélection, la réduction de l'échantillon, le retrait des unités hors champ et la non-réponse. Le premier niveau d'ajustement qui est appliqué sur l'échantillon initial prend en considération la probabilité différentielle de sélection à l'intérieur de chacune des strates suivantes : hommes-femmes et soldat-sergent-officier. Le deuxième niveau d'ajustement réfère à une réduction de la taille cible de l'échantillon lors de la seconde phase de collecte de données, soit une stratégie appliquée consécutivement à un taux de réponse plus élevé qu'anticipé lors de la première phase de collecte. Le retrait des unités hors champ réfère à l'exclusion des individus ne faisant plus partie des FC lors de la période de collecte de données. Enfin, le niveau d'ajustement apporté sur la non-réponse prend en considération le fait que certains participants n'ont pu être rejoints pour une entrevue, ont fourni des données non stables ou encore ont refusé de participer. L'ensemble des analyses a donc été effectué en incorporant les facteurs de pondération du poids final de l'enquête, et ce, afin de représenter l'ensemble de la population des militaires présentant un ÉSPT du point de vue national. Il est à noter qu'en utilisant le poids de l'enquête, la taille de l'échantillon passe de 179 à 1808, et ce, afin de représenter l'ensemble de la population des militaires présentant un ÉSPT (et non uniquement l'échantillon).

2.4.2 Stratégie analytique.

Dans un premier temps, des analyses descriptives (moyennes, écart-type, fréquence) sont effectuées pour décrire les caractéristiques démographiques, sociales et cliniques de l'échantillon. Des tests de chi-carré pour les variables dichotomiques et des analyses de variance univariée (ANOVA) pour les variables continues sont également réalisés pour vérifier s'il existe des différences entre les hommes et les femmes quant aux variables d'intérêt. Par la suite, des coefficients de corrélation de Pearson sont calculés pour examiner la présence ou l'absence d'une relation entre les variables prédictrices préalablement sélectionnées sur une base théorique et les variables dépendantes de l'étude. Afin de privilégier la parcimonie du modèle de régression étudiée, les variables initialement ciblées comme potentiellement confondantes (variables démographiques et militaires) qui

s'avèrent non significativement reliées ou très faiblement reliées ($r < ,10$) à l'une ou l'autre des variables dépendantes n'ont pas été incluses comme variables contrôles à l'intérieur du modèle de régression correspondant.

Finalement, afin d'évaluer le pouvoir prédictif des variables de réseau et de soutien social (variables prédictrices) sur le niveau de satisfaction face à la vie de même que sur le niveau de détresse psychologique (variables dépendantes) des militaires répondant aux critères de l'ÉSPT au cours des douze derniers mois, des analyses de régression linéaire hiérarchique distinctes ont été effectuées pour chacune des variables dépendantes. À l'intérieur du modèle, les prédicteurs ont été entrés en 3 blocs différents. Les variables sociodémographiques et militaires (statut conjugal, éducation, rang militaire, nombre de missions) ont été entrées dans un premier bloc afin de contrôler pour leur effet sur la variable dépendante. Les variables cliniques (présence d'une dépression majeure, durée des symptômes d'ÉSPT) ont été entrées dans un deuxième bloc, suivies des variables reliées au réseau de soutien — qui constituent les principales variables d'intérêt dans cette étude (nombre de confidents, perception de soutien global, soutien des collègues, hostilité au travail) — dans un troisième bloc. La contribution additive de chacun des blocs de prédicteurs à l'ensemble du modèle est examinée par le calcul du changement de R^2 .

Afin de tenir compte des associations distinctes possibles entre les variables de soutien et l'ajustement psychologique des hommes et des femmes, l'effet modérateur du sexe dans la relation entre le soutien et les indicateurs de santé ciblés a été évalué dans un premier temps. Pour ce faire, les analyses de régression préalablement décrites ont été conduites chez l'ensemble des militaires (hommes et femmes) ayant répondu aux critères d'ÉSPT 12 mois. Suivant la procédure statistique recommandée par Baron et Kenny (1986) pour tester une hypothèse modérationnelle, l'analyse de régression a été effectuée en entrant dans l'équation de régression la variable modératrice (le sexe) au sein du bloc de variables démographiques, les variables prédictrices cliniques, les variables de soutien, puis les scores d'interactions entre les variables de soutien et la variable modératrice. Il est apparu que l'ajout des scores d'interaction entre les variables de soutien et le sexe (variable modératrice) contribuait de façon significative à la prédiction des scores de satisfaction face la vie (variation de la valeur $F=13,07$; $p < ,00$) et de détresse psychologique (variation de

la valeur $F=16,97$; $p < ,00$), et ce, même lorsque la contribution associée à la variable modératrice (sexe) et l'ensemble des variables prédictrices prises isolément était contrôlée. Il semble donc y avoir un effet modérateur du sexe dans la relation entre les variables de soutien et les indicateurs de satisfaction face à la vie et de détresse psychologique. Conséquemment, il a été décidé de conduire les analyses séparément selon le sexe afin de mieux comprendre les nuances respectives dans les facteurs associés aux dimensions positive et négative de la santé mentale des hommes et des femmes militaires souffrant d'un ÉSPT.

2.5 Résultats

2.5.1 Description des caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques démographiques et cliniques de l'échantillon sont présentées au Tableau 1, de même que les résultats des analyses comparatives selon le sexe pour l'ensemble des variables d'intérêt.

Insérer Tableau 1

Les résultats indiquent des différences entre les hommes et les femmes quant aux principales variables d'intérêt. Les femmes rapportent un niveau de détresse psychologique significativement plus élevé que les hommes. Par ailleurs, moins de femmes que d'hommes expriment percevoir un niveau de disponibilité de soutien élevé. De plus, les femmes perçoivent être exposées à davantage d'hostilité au travail et recevoir moins de soutien de leurs collègues dans l'exécution de leurs tâches que leurs homologues masculins.

Des différences sont également observées en ce qui a trait aux variables sociodémographiques. Les hommes présentent un niveau de revenus de même qu'un niveau de scolarité plus élevé que les femmes. Par ailleurs, la proportion de femmes appartenant au rang des officiers (en comparaison au rang des non-officiers) est supérieure à celle des hommes. En ce qui a trait au statut conjugal, la majorité des femmes de l'échantillon rapportent être célibataires, alors que la majorité des hommes mentionnent être en couple.

2.5.2 Relations entre les variables prédictrices, la satisfaction face à la vie et la détresse psychologique

Des coefficients de corrélation de Pearson sont calculés pour chacune des variables prédictrices potentielles en lien avec la satisfaction face à la vie et la détresse psychologique. Le seuil de signification est fixé à ,05. Les résultats sont présentés séparément pour les hommes et les femmes au Tableau 2.

Insérer Tableau 2

Les résultats indiquent des corrélations significatives allant de faibles à fortes entre les variables relatives au réseau de soutien social et les variables dépendantes (satisfaction face à la vie et détresse psychologique). Parmi les variables démographiques et militaires, seules celles qui s'avèrent significativement reliées à l'une ou l'autre des variables dépendantes (et qui présentent un coefficient de corrélation r égal ou supérieur à ,10) sont incluses à l'intérieur des modèles de régression subséquents.

Afin d'évaluer si les hommes et les femmes se distinguent en ce qui a trait à la force des associations observées entre chacune des variables de soutien (variables d'intérêt) et les indicateurs d'ajustement psychologique, un test d'équivalence des coefficients de corrélations entre deux populations indépendantes est effectué à posteriori. Une statistique basée sur la transformation de chacun des coefficients de corrélations en score Z de Fisher est calculée, afin d'assurer une distribution normale des scores et ainsi permettre une comparaison entre la population des hommes et des femmes (la formule de calcul utilisée est décrite dans Howell, 1997). À noter que le test de Fisher est considéré comme une méthode conservatrice pour évaluer l'équivalence entre 2 corrélations (Paul, 1989), ce qui assure de ne pas surestimer la probabilité de conclure à une différence entre les hommes et les femmes qui serait due au hasard. Pour chacun des coefficients de corrélations examinés entre les variables de soutien et les indicateurs d'ajustement psychologique (à l'exception des coefficients entre la variable « soutien des collègues » et les indicateurs d'ajustement psychologique), la valeur Z obtenue s'avère supérieure à 1,96 ($p < ,05$), ce qui suggère que les coefficients de corrélations observés entre les dimensions du soutien et l'ajustement

psychologique des hommes et des femmes proviennent de populations distinctes. De façon plus spécifique, la force de la relation entre la perception globale de soutien et l'ajustement psychologique (satisfaction face à la vie et détresse psychologique), de même qu'entre le nombre de confidents et la détresse psychologique s'avère significativement plus importante chez les femmes que chez les hommes. Par opposition, la magnitude de l'association entre le nombre de confidents et la satisfaction face à la vie, ainsi qu'entre l'hostilité des collègues et chacun des indicateurs d'ajustement psychologique est significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

2.5.3 Prédiction de la satisfaction face à la vie

Afin d'évaluer la valeur prédictive des variables de soutien en ce qui a trait à la satisfaction face à la vie (variable critère) chez les militaires ayant souffert d'un ÉSPT 12 mois, deux analyses de régression hiérarchique ont été effectuées, soit une pour les hommes et une pour les femmes. Les résultats sont présentés au Tableau 3.

Insérer Tableau 3

Les données indiquent que les combinaisons linéaires des diverses variables indépendantes permettent de prédire les scores de satisfaction face à la vie chez les hommes et les femmes de façon supérieure au hasard ($p = ,000$). Le tableau 3 présente les résultats de ces analyses. À l'intérieur de ces modèles, les variables démographiques et militaires ont été entrées dans un premier temps, suivies des variables cliniques, puis des variables de soutien social. L'ajout de chacun de ces blocs de variables est associé à un changement significatif du pourcentage de variance expliqué par le modèle ($p < ,01$), et ce, à la fois chez les hommes et les femmes. Le soutien social augmente donc le pouvoir prédictif de la satisfaction face à la vie, au-delà des variables cliniques et démographiques/militaires considérées seules.

Chez les hommes, l'examen des carrés ajustés des coefficients de corrélation multiple (R^2 ajusté) indique que 11 % de la variance des scores de satisfaction face à la vie sont explicables par les variables démographiques et militaires. L'ajout des variables

cliniques puis des variables de soutien augmente le pouvoir prédictif de l'ensemble des variables du modèle à 23 %, puis à 29 % respectivement. Parallèlement, chez les femmes, 22 % de la variance des scores de satisfaction face à la vie sont explicables par les variables démographiques et militaires. Ce pourcentage augmente respectivement à 43 %, puis à 55 % lorsque les variables cliniques et les variables de soutien social sont considérées. Ainsi, le pourcentage de variance supplémentaire qui est apporté par l'inclusion des variables de soutien dans le modèle semble plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

À l'intérieur de ce modèle, diverses variables offrent une contribution unique significative à la prédiction des scores de satisfaction face à la vie. Chez les hommes, le nombre de déploiements de plus de trois mois auxquels ils ont pris part, le fait d'appartenir au rang des officiers, d'être en couple et de ne pas présenter d'épisode dépressif majeur dans les douze mois précédant l'enquête est positivement associé au score de satisfaction face à la vie, alors que la durée de persistance des symptômes de stress post-traumatique de même que l'âge sont négativement associés. En ce qui a trait aux variables reliées au réseau de soutien, le nombre de confidents, une perception élevée de soutien global de même qu'une perception de soutien de la part des collègues au travail sont positivement et significativement associés au score de satisfaction face à la vie.

Chez les femmes, le fait de présenter un niveau de scolarité plus élevé et d'être en couple et de ne pas présenter d'épisode dépressif majeur dans les douze mois précédant l'enquête est également positivement associé à la satisfaction face à la vie. Par ailleurs, le nombre de déploiements auxquels elles ont pris part est négativement relié à leur niveau de satisfaction face à la vie, ce qui s'avère à l'opposé de ce qui est observé chez les hommes. En outre, parmi les variables incluses à l'intérieur du bloc réseau de soutien, une seule offre une contribution unique significative au score de satisfaction face à la vie chez les femmes, soit le fait de présenter une perception de soutien global disponible élevée.

2.5.4 Prédiction de la détresse psychologique

Afin d'évaluer la valeur prédictive des variables de soutien dans la variation des scores de détresse psychologique (variable critère), deux autres analyses de régression

hiérarchique ont été effectuées (une pour les hommes et une pour les femmes). Les résultats sont présentés au Tableau 4.

Insérer Tableau 4

Les combinaisons linéaires des diverses variables du modèle permettent de prédire les scores de détresse psychologique chez les hommes et les femmes de façon supérieure au hasard ($p = ,000$). Qui plus est, l'ajout de chacun des blocs de variables (variables démographiques/militaires, variables cliniques, variables reliées au réseau social) est associé à un changement significatif du pourcentage de variance expliqué par le modèle ($p < ,01$). Le soutien social offre donc une contribution unique à la variance de la détresse psychologique, et ce même en considérant la part exercée par les variables cliniques, démographiques et militaires.

Chez les hommes, l'examen des carrés ajustés des coefficients de corrélation multiple (R^2 ajusté) indique que 8 % de la variance des scores de détresse psychologique sont reliés aux variables démographiques et militaires. L'ajout des variables cliniques puis des variables de soutien augmente le pourcentage de variance expliquée par l'ensemble des variables du modèle à 20 %, puis à 30 % respectivement. Parallèlement, chez les femmes, 12 % de la variance des scores de détresse psychologique sont reliés aux variables démographiques et militaires. Ce pourcentage augmente respectivement à 36 %, puis à 54 % lorsque les variables cliniques et les variables de soutien social sont incluses dans le modèle. Encore une fois, le pourcentage de variance supplémentaire qui est apporté par l'inclusion des variables de soutien dans le modèle semble plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

À l'intérieur de ces modèles, plusieurs variables démographiques, militaires et cliniques offrent une contribution unique significative à la prédiction des scores de détresse psychologique. Chez les hommes, l'âge de même que la présence d'un épisode dépressif majeur (ÉDM) dans les douze mois précédant l'enquête sont positivement associés à la variation des scores de détresse psychologique, alors que le rang militaire ainsi que la durée des symptômes de stress post-traumatique sont négativement associés. Chez les femmes, le

nombre de déploiements de même que la présence d'un EDM s'avèrent positivement associés, alors que le niveau d'éducation et le rang militaire se révèlent négativement reliés.

L'examen des principales variables d'intérêt à l'intérieur du modèle indique que plusieurs composantes du soutien exercent une contribution unique significative à la variation des scores de détresse psychologique. Pour les hommes, le fait de percevoir un niveau élevé de soutien global disponible au quotidien de même que le fait de rapporter se sentir soutenu dans leurs tâches par les collègues au travail est négativement associé à leur niveau de détresse psychologique, alors que le fait d'être exposés à l'hostilité et aux conflits de leurs collègues est positivement associé. En ce qui concerne les femmes, le nombre de confidents, une perception de soutien global élevé de même que le soutien des collègues au travail apparaissent négativement reliés au score de détresse psychologique.

2.6 Discussion

Les données confirment l'hypothèse avancée, à savoir que les variables reliées au soutien social permettent de prédire les niveaux de satisfaction face à la vie et de détresse psychologique des militaires ayant répondu aux critères d'un ÉSPT dans les douze mois précédant l'enquête. L'apport des variables sociales dans la variation des scores de ces deux indicateurs d'ajustement psychologique est significatif même après avoir contrôlé pour la part de variance attribuable aux variables cliniques (présence d'un EDM comorbide et durée des symptômes de stress post-traumatique) et aux variables contrôles (démographiques et militaires). À notre connaissance, il s'agit de la première étude à mettre en évidence l'association entre le soutien social et des aspects positif et négatif de l'ajustement psychologique des militaires actifs qui présentent un ÉSPT. De surcroît, elle précise les diverses composantes du réseau de soutien qui sont reliées aux indicateurs de satisfaction et de détresse psychologique (nombre de confidents, perception globale de disponibilité de soutien, soutien des collègues, hostilité des collègues), tout en apportant un éclairage sur les nuances à apporter selon le sexe.

2.6.1 Prédiction de la satisfaction face à la vie

Les associations observées entre les variables de soutien social et la satisfaction face à la vie s'inscrivent dans le même sens que les résultats obtenus auprès d'autres populations, notamment celles présentant un trouble anxieux (St-Jean Trudel et al., 2009) ou celles atteintes d'un cancer (Manne, Taylor, Dougherty, Kemeny, 1997). Diverses composantes du soutien ressortent comme des indicateurs positifs de l'ajustement psychologique des militaires aux prises avec un ÉSPT. Pour les hommes et les femmes, le fait de percevoir une disponibilité élevée de soutien social (tangibles, interactions sociales positives, émotionnel et affectif) est positivement associé à la satisfaction face à la vie. Les résultats de plusieurs études corroborent l'association entre la perception d'une bonne disponibilité de ressources en cas de besoin et une bonne santé psychologique (Caron & Gauy, 2005 ; Kaniasty, 2005; Lepore et al., 1996).

Qui plus est, le nombre de confidents de même que la perception que les collègues facilitent leur travail sont positivement associés à la satisfaction face à la vie chez les hommes. Ce résultat diffère de ceux de certaines études n'ayant relevé aucune association entre l'aspect structurel du soutien (nombre de confidents) et le bien-être (Manne et al., 1997; St-Jean Trudel et al., 2009). L'importance du groupe dans un contexte militaire peut expliquer cette différence. Le fait de demeurer bien intégré à l'intérieur d'un réseau social peut procurer un sentiment d'appartenance et de sécurité chez le militaire souffrant d'un ÉSPT, tout en confirmant son sentiment de valeur personnelle, ce qui est susceptible de rehausser son sentiment de satisfaction et de bien-être. En somme, ces données appuient la théorie voulant que les affects positifs qui émanent des interactions sociales puissent exercer un effet direct sur le bien-être (Caron & Gauy, 2005; Cohen et al., 2000).

2.6.2 Prédiction de la détresse psychologique

Diverses composantes du soutien (perception de disponibilité élevée de soutien et soutien des collègues) permettent de prédire négativement le niveau de détresse psychologique des militaires (hommes ou femmes) ayant eu un ÉSPT au cours des douze derniers mois. De plus, chez les femmes, plus le nombre de confidents rapporté est élevé, moins elles expriment un niveau de détresse psychologique important. Ces résultats convergent avec plusieurs études ayant observé un lien entre une faible disponibilité de

soutien social et divers symptômes potentiellement indicateurs de trouble de santé mentale (p.ex., symptômes de stress post-traumatique, détresse) chez ceux ayant été exposés à des événements traumatiques (Brewin et al., 2000; Kaniasty, 2005). Le fait de percevoir que l'entourage et les collègues vont procurer les ressources d'aide nécessaires en cas de besoin peut modifier l'évaluation du danger potentiel que le militaire fait dans une situation donnée et ainsi prévenir une élévation de sa détresse psychologique (Cohen et al., 2000). Avoir quelqu'un à qui se confier peut aussi aider à diminuer les sentiments de honte et de culpabilité parfois éprouvés face aux symptômes de stress post-traumatique et prévenir des modes de réactions inadaptés (p. ex., isolement) risquant d'alimenter la détresse. Néanmoins, la réaction de l'entourage face aux difficultés émotionnelles n'est pas automatiquement aidante et peut même être nuisible, particulièrement si le militaire fait face aux critiques négatives de ses pairs. À cet égard, notons que cette étude relève une association significative entre la perception d'être exposé à l'hostilité des collègues et le niveau de détresse psychologique chez les hommes. Il est probable que la mesure d'hostilité des collègues utilisée dans cette étude reflète en partie les interactions sociales négatives vécues avec les proches, puisque la solidarité des liens entre frères d'armes qui est préconisée au sein de l'armée favorise le chevauchement du réseau d'amis avec celui des collègues. Ce résultat s'inscrit donc dans le même sens que plusieurs études ayant démontré une relation entre les interactions négatives avec l'entourage et l'ajustement psychologique auprès de diverses populations victimes d'événements traumatiques (Andrews, Brewin, & Rose, 2001; Zoellner, Foa, & Bartholomew, 1999). Le fait que cette étude intègre un aspect négatif du réseau social dans la prédiction de la détresse psychologique apporte des précisions par rapport aux résultats obtenus auprès de la population générale présentant un trouble anxieux (St-Jean Trudel et al., 2009). Soulignons à cet effet que l'enquête utilisée dans l'étude de St-Jean Trudel et ses collaborateurs n'incluait aucune variable d'interactions négatives, ce qui peut expliquer l'absence de relation observée dans leur étude entre le soutien et la détresse psychologique.

Les variables cliniques incluses dans le modèle permettent également de prédire une part importante des scores de détresse psychologique. Conformément à ce qui était attendu, le fait de présenter un épisode dépressif majeur est associé à une détresse psychologique plus élevée. La durée des symptômes d'ÉSPT est pour sa part inversement corrélée au

niveau de détresse rapportée. Il est probable que l'apparition des symptômes de reviviscences et d'hyperactivation propres à l'ÉSPT plonge la personne dans une période de crise aiguë et provoque une période d'adaptation qui concourt à une élévation accrue de sa détresse émotionnelle. Un parallèle pourrait ici être effectué avec les phases d'adaptation à une maladie physique importante, comme le cancer, où un pic de détresse émotionnelle est souvent observé lors de l'annonce du diagnostic (Razavi, Delvaux & Farvacques, 2008). Les personnes pour qui les symptômes d'ÉSPT perdurent sur une longue période sont ensuite susceptibles de développer diverses stratégies d'adaptation visant à atténuer leur niveau de détresse. Par exemple, il pourrait modifier leur mode de vie de façon à éviter systématiquement toute situation pouvant déclencher des reviviscences. L'évitement implique souvent une limitation importante des activités venant affecter la qualité de vie, ce qui pourrait expliquer la relation inverse observée dans cette étude entre la durée des symptômes d'ÉSPT et la satisfaction face à la vie.

2.6.3 Différences observées entre les hommes et les femmes

Dans cette étude, plusieurs résultats convergent vers le fait qu'il existe des distinctions entre les hommes et les femmes quant aux relations entre le soutien social et la santé mentale. D'abord, des différences significatives ont été observées entre les hommes et les femmes quant à la force des coefficients de corrélation relevés entre les composantes du soutien (nombre de confidents, perception global de la qualité du soutien, hostilité des collègues), puis la satisfaction face à la vie et la détresse psychologique. La magnitude de l'association paraît tantôt plus importante chez les femmes, tantôt plus importante chez les hommes, et ce, dépendant du type de composante de soutien évaluée et de l'indicateur d'ajustement psychologique considéré.

L'idée d'apporter des nuances entre les hommes et les femmes se voit renforcé par les résultats d'analyses subséquentes. À ce chapitre, mentionnons qu'un effet d'interaction significatif du sexe a été observé dans la relation entre l'ensemble des variables de soutien et les indicateurs positif et négatif d'ajustement psychologique. Ceci suggère que le sexe vient modérer la force de la relation entre les variables sociales, puis la satisfaction face à la vie et la détresse psychologique. Par la suite, un examen séparé de la contribution additive

amenée par l'introduction du bloc « variables de soutien » à l'explication des scores d'ajustement psychologique semble globalement plus importante chez les femmes que chez les hommes (bien que nous ne puissions statuer si cette différence entre les genres est statistiquement significative). Ce résultat converge avec ceux d'études réalisées auprès d'autres populations, qui mettent en évidence une association entre le bien-être et le soutien uniquement chez les femmes (Acitelli & Antonucci, 1994; Manne et al., 1997; St-Jean Trudel et al., 2009). Il est possible que les femmes soient plus réceptives au soutien disponible (affectif, informationnel, concret) que les hommes et en bénéficient davantage en ce qui a trait à leur santé mentale. L'apprentissage de rôles sociaux différents selon le sexe pourrait notamment expliquer que les femmes aient une réponse plus favorable au soutien (Cason, Grubaugh & Resick, 2002), ces dernières tendant à avoir des relations interpersonnelles plus intimes au niveau émotionnel que leurs homologues masculins (Burda & Vaux, 1987; Turk-Charles, Rose, & Gatz, 1996). Dans un autre ordre d'idées, cette distinction pourrait s'expliquer non pas par le fait que les femmes soient plus réceptives au soutien, mais plutôt par le fait qu'elles soient davantage affectées que les hommes lorsqu'il y a érosion de leur réseau social et diminution de la qualité des interactions qui en émergent, comme cela peut être le cas en contexte d'apparition d'un trouble de santé mentale. Ces différentes hypothèses explicatives demeurent à vérifier.

En somme, des nuances paraissent importantes à apporter dans la relation entre les diverses dimensions du soutien social et la santé mentale des hommes et des femmes militaires qui présentent un ÉSPT. Soulignons notamment que dans cette étude, une relation a été observée entre les variables de soutien et les indicateurs d'ajustement psychologique chez les hommes, contrairement aux résultats rapportés dans l'étude de St-Jean Trudel et ses collaborateurs, qui n'avaient relevé aucune relation entre ces deux concepts auprès d'individus aux prises avec un trouble anxieux. Cette différence peut s'expliquer par l'inclusion de variables de soutien reliées à l'environnement de travail à l'intérieur de l'ensemble des composantes de soutien que nous avons évaluées. L'importance accordée à la solidarité et à l'entraide entre frères d'armes au sein des forces peut accentuer la valeur que revêt la présence ou l'absence de soutien chez les militaires qui présentent un ÉSPT. À cet égard, rappelons que chez les hommes, la perception que les collègues facilitent l'exécution de leurs tâches est positivement associée à la satisfaction face à la vie des

militaires et négativement associée à leur niveau de détresse psychologique, ces variables apportant une contribution unique significative à l'ensemble du modèle. Qui plus est, rappelons que l'exposition à l'hostilité des collègues est positivement reliée à leur niveau de détresse psychologique. La force de l'association entre l'exposition à l'hostilité des collègues et la détresse ressort d'ailleurs comme étant significativement plus importante chez les hommes que chez les femmes, soulignant ici l'importance de considérer diverses facettes des interactions sociales. En outre, ces résultats démontrent que les comportements de soutien (positifs et négatifs) qui émanent des collègues de travail sont reliés à l'ajustement psychologique chez ceux qui présentent un ÉSPT. Ainsi, il est possible que les réactions des pairs par rapport aux symptômes de stress post-traumatique contribuent à nourrir (ou atténuer) les sentiments de honte et d'échec qu'ils éprouvent face à leur condition, ce qui influencerait en retour leur niveau de détresse psychologique.

2.6.4 Limites et avenues futures de la recherche

Les résultats doivent être interprétés en tenant compte de certaines limites inhérentes à l'étude. Mentionnons dans un premier temps que la participation à l'enquête s'est faite sur une base volontaire. Il est possible que les militaires les plus sévèrement touchés par les symptômes de stress post-traumatique se soient avérés moins enclins à participer à l'étude. Qui plus est, notons que les militaires souffrant d'un ÉSPT chronique qui interfère de façon importante avec le fonctionnement sont souvent libérés des FC pour raison médicale et perdent leur statut de militaire pour celui d'ancien combattant. Cette population, qui peut présenter des caractéristiques particulières en ce qui concerne l'intensité de la symptomatologie, est exclue par définition de cette étude. Par ailleurs, la méthode d'échantillonnage de l'enquête et le nombre élevé de répondants assurent une excellente représentativité de la population active des forces canadiennes, et ce, à travers l'ensemble des provinces et des corps de métiers. Ceci constitue une force substantielle en regard de la généralisation possible des résultats à l'ensemble des militaires canadiens.

Il est également à noter que les données recueillies reposent entièrement sur la perception subjective des répondants en ce qui a trait au soutien dont ils estiment disposer et au niveau d'ajustement psychologique qu'ils rapportent. Qui plus est, les informations

reliées au concept de soutien en milieu de travail étaient posées sans tenir compte du contexte associé aux réponses données par les participants. Il serait fort intéressant d'approfondir, dans une étude future, les circonstances qui entourent les comportements de soutien reçu (ou non reçu) dans le milieu de travail afin de mieux cibler l'influence du soutien relié au stress opérationnel dans l'ajustement psychologique des militaires.

Enfin, soulignons que le devis corrélationnel et transversal employé ne permet en aucune façon d'inférer un lien de causalité entre le soutien social, la satisfaction face à la vie et la détresse émotionnelle des militaires aux prises avec un ÉSPT. Néanmoins, l'idée selon laquelle le soutien exercerait une influence sur l'ajustement psychologique s'inscrit dans une perspective théorique et se voit appuyée d'un point de vue empirique. À cet effet, notons que la nature causale de la relation entre les attentes (positives et négatives) de soutien et l'affect ressenti en situation de stress a été éprouvé par Pierce et ses collaborateurs (1998). Leurs travaux, réalisés en conditions contrôlées de laboratoire, ont démontré que le fait d'activer par le biais de manipulations expérimentales des attentes positives ou négatives concernant le soutien interpersonnel exerce une influence sur l'état affectif rapporté en situation de stress. Ces résultats donnent du poids à l'hypothèse suggérant que les diverses dimensions du soutien (positives et négatives) viennent affecter la satisfaction face à la vie de même que la détresse psychologique des militaires qui souffrent d'un ÉSPT, bien que ceci demeure à vérifier au moyen d'études prospectives.

2.6.5 Implications cliniques

Cette étude met en lumière les associations entre divers aspects du soutien social (nombre de confidents, perception globale de disponibilité de soutien, soutien des collègues, hostilité des collègues), la satisfaction face à la vie et la détresse psychologique des militaires actifs qui présentent un ÉSPT. Cette information peut s'avérer fort utile d'un point de vue clinique pour orienter la mise sur pied d'interventions visant non seulement la résorption des symptômes cliniques, mais également le rétablissement de certains aspects de la qualité de vie au sens plus large. Ces résultats soulignent notamment l'importance d'évaluer la qualité du soutien des proches, mais également la qualité du soutien provenant du milieu de travail lors de l'établissement d'un plan d'intervention visant à bonifier la

satisfaction face à la vie et à diminuer la détresse émotionnelle des militaires souffrant d'un ÉSPT. À un niveau organisationnel, des interventions psychoéducatives pourraient être développées afin de diminuer l'hostilité et augmenter le soutien envers les collègues affectés par un ÉSPT. D'autre part, les résultats laissent suggérer qu'une attention prépondérante différentielle devrait être accordée à certaines dimensions du soutien chez les femmes et les hommes militaires présentant un ÉSPT.

Références

- Acitelli, L., & Antonucci, T. (1994). Gender differences in the link between marital support and satisfaction in older couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 688-698.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (4rd ed.) Washington: Author.
- Andrews, B., Brewin, C.R., & Rose, S. (July 2001). *The role of social support in the prediction of PTSD in victims of violent crime*. Symposium presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Vancouver, Canada.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychology research : Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Besser, A. & Neria, Y. (2009). PTSD Symptoms, Satisfaction With Life, and Prejudicial Attitudes Toward the Adversary Among Israeli Civilians Exposed to Ongoing Missile Attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 268-275.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analyses of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 68 (5), 748-766.
- Burda, P.C. & Vaux, A.C. (1987). The Social Support Process in Men : Overcoming Sex-Role Obstacles. *Human Relations*, 40, 31-43.
- Burdine J.N., Felix, M.R.J., Abel, A.L., Wiltraut, C.J., Musselman, Y.J. (2000). The SF-12 as a Population Health Measure : An Exploratory Examination of Potential for Application. *Health Services Research*, 35, 885-904.
- Canadian Institute for Health Information (2009). Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health. Ottawa: CIMH, ISBN 978-1-55465-490-1 (PDF).
- Caron, J. & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Revue Santé Mentale au Québec*, 30 (2), 15-41.

- Cason, D., Grubauch, A., & Resick, P. (2002). Gender and PTSD Treatment. Efficacy and Effectiveness. In Kimerling, R., Ouimette, P., & Wolfe, J. (Eds.). *Gender and PTSD*. The Guilford Press, pp. 305-334.
- Cohen, S., Underwood, L. G., et Gottlieb, B. H. (2000). *Social Support Measurement and Intervention*. New York: Oxford University Press.
- Comité consultatif Fédéral-Provincial-Territorial sur la santé de la population (1999). *Pour un avenir en santé. Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada, 230 p.
- Drapeau, A., Rousseau, C., Boivin, J.-F. (2005). Mesure de la santé mentale dans une enquête longitudinale populationnelle. Dans *Connaître, Débattre et Décider : la Contribution d'une Enquête Socio-Économique et de Santé Intégrée et Longitudinale*. Québec : Institut de la statistique du Québec, pp. 89-120.
- Hollifield, M., Katon, W., Skipper, B., Chapman, T., Ballenger, J.C., Mannuzza, S., Fyer, A.J. (1997). Panic Disorder and Quality of Life: Variables Predictive of Functional Impairment. *American Journal of Psychiatry*, 154, 766-772.
- Howell, D.C. (1997). Correlation and regression. In *Statistical Methods for Psychology*. Fourth Edition., Duxbury Press, pp.230-277.
- Kaniasty, K. (2005). Social support and traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 16, 1-3.
- Katerndahl, D.A., Realini, J.P. (1997). Quality of Life and Panic-Related Work Disability in Subjects with Infrequent Panic and Panic Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 153-158.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L.T. et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.
- Kessler, R. & Mroczek, D. (1994). *Final Versions of our Non-Specific Psychological Distress Scale* [Written communication]. Ann Arbor, MI, Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan.
- Koury, M.A. & Rapaport, M.H. (2007). Quality of Life Impairment in Anxiety Disorders. In Ritsner M.S. & Awad A.G. *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders*, Springer, 275-291.

- Lavoie, V.; Guay, S.; Fikretoglu, D., Brunet, A., Jetly, R. (2005). *Trouble de stress post-traumatique (TSPT) et qualité de vie chez les militaires : évaluation du rôle des interactions sociales négatives comme variable médiatrice potentielle*. Poster presented at the 66th Annual Meeting of the Canadian Psychological Association, Montreal, June 2005.
- Lepore, S.J., Cohen, S.R., Wortman, C.B. & Wayment, H.A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 271-282.
- McCallum, R.C., Zhang, S., Preacher, K.J., & Rucker, D.D. (2002). On the practice of dichotomization of quantitative variables. *Psychological Methods*, 7, 19-40.
- McDonough, P. & Walters, V. (2001). Gender and Health: Reassessing Patterns and Explanations. *Social Science and Medicine*, 54, 11-21.
- Manne SL, Taylor KL, Dougherty J, Kemeny N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavior Medicine*, 20, 101-125.
- Mendlowicz, M.V., & Stein, M.B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.
- Muesser, K.T., Essock, S.M., Haines, M., Wolfe, R. & Xie, H., Posttraumatic Stress Disorder, Supported Employment, and Outcomes in People with Severe Mental Illness. *CNS Spectrum*, 9, 913-925.
- Nash W.P. (2007). The Stressors of War. In Figley C.R. & Nash W.P. *Combat Stress Injury: Theory, Research and Management*, Edited by Figley & Nash, New York, pp. 11-32.
- Organisation Mondiale de la Santé (2000). Composite International Diagnostic Interview, version 2.1, Division de la santé mentale, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *World Health Report 2001: Mental Health. New Understanding New Hope*, Genève, 178 p.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (1), 52-73.

- Patrick D.L., Erickson, P. (1988). What Constitutes Quality of Life? Concepts and Dimensions. *Clinical Nutrition*, 7, 53-63.
- Paul, S.R. (1989). Test for equality of several correlation coefficients. *The Canadian Journal of Statistics*, 17 (2), 217-227.
- Pavot, W. & Diener, E. (2009). Review of the Satisfaction with Life Scale. In E. Diener (ed.), *Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener*. Social Indicators Series, 39, DOI 10.1007/978-90-481-2354-4_5.
- Pierce, T. & Lydon, J. (1998). Priming relational schemas: effects of contextually activated and chronically accessible interpersonal expectations on responses to a stressful event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (6), 1441-1448.
- Rapaport, M.H., Clary, C., Fayyad, R., Endicott, J. (2005). Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1171-1178.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques (2008). Adaptation psychologique : généralités. Dans Razavi, D. & Delavaux, N. *Précis de Psycho-Oncologie de l'Adulte*. Éditions Masson, France, pp. 65-84.
- Richardson, J.D., Long, M.E., Pedlar, D., Elhai, J.D. (2008). Posttraumatic Stress Disorder and Health-Related Quality of Life Among a Sample of Treatment and Pension-Seeking Deployed Canadian Forces Peacekeeping Veterans. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 594-600.
- Rubin, H.C., Rapaport, M.H., Levine, B., Gladsjo, J.K., Rabin, A., Auerbach, M., Judd, L.L., Kaplan, R. Quality of Well Being in Panic Disorder: the Assessment of Psychiatric and General Disability. *Journal of Affective Disorders*, 57, 217-221.
- Schnurr P.P., Green, B.L. (2004). Understanding Relationships Among Trauma, Post-Traumatic Stress Disorder and Health Outcomes. *Advances in Mind-Body Medicine*, 20, 18-29.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32, 705-714.
- Statistique Canada (2003). Le supplément pour les Forces Canadiennes de l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes de 2002, rapporté dans : *L'Enquête de Statistique Canada sur la santé mentale dans les FC : une « étape clé »* document

procuré en août 2005 à l'adresse électronique suivante:
www.forces.gc.ca/health/news_pubs/frgraph/stats_can2003_f.asp

- Stephens, T., Dulberg, C., & Joubert, N. (1999). La santé mentale de la population canadienne. Une analyse exhaustive. *Maladies Chroniques au Canada*, 20, 131-140.
- Streiner, D.L. (2002). Breaking up is hard to do: The heartbreak of dichotomizing continuous data. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 262-266.
- St-Jean Trudel, E., Guay, S. & Marchand, A. (2009). Les relations entre le soutien social, le bien-être et la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux : résultats d'une enquête nationale. *Canadian Journal of Public Health*, 100, 148-152.
- Turk-Charles, S., Rose, T., & Gatz, M. (1996). The Significance of Gender in the Treatment of Older Adults. In Carstensen, L.L., Edelstein, B.A., & Dornbrand, L. (Eds.), *The Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 107-128.
- Warshaw, M.G., Fierman, E., Pratt, L., Hunt, M., Yonkers, K.A., Massion, A.O., & Keller, M.B. (1993). Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1512-1516.
- Zoellner, L.A., Foa, E.B., & Bartolomew, D.B. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and non sexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 689/733.

Tableau 1

Comparaison des variables d'intérêt chez les hommes et les femmes (n = 1808)

Variables	Femmes		Hommes		F
	M	É-T	M	É-T	
Satisfaction face à la vie	3,42	1,00	3,43	1,03	,07
Détresse psychologique	8,14	5,64	7,54	4,66	4,48*
Nombre de déploiements	0,63	0,94	2,13	1,57	309,58**
Durée des symptômes de TSPT	4,99	7,82	5,16	6,31	,21
Nombre d'amis proches	6,02	7,44	5,73	5,22	,75
Hostilité des collègues	3,19	1,29	2,96	1,18	10,41**
Soutien des collègues	3,76	0,95	3,87	0,87	4,49*
Niveau de revenus	3,34	1,37	3,48	0,79	6,45*
		N (%)		N(%)	χ^2
Statut conjugal					45,89**
Célibataire		218 (58,4)		559 (39,0)	
En couple		155 (41,6)		876 (61,0)	
Niveau de scolarité					6,65**
Secondaire V ou moins		161 (43,2)		515 (35,9)	
Études post-secondaires		212 (56,8)		919 (64,1)	
Rang militaire					4,65*
Non officier		321 (86,1)		1290 (90,0)	
Officier		52 (13,9)		144 (10,0)	
Épisode dépressif majeur					2,81
Non		174 (46,7)		726 (51,53)	
Oui		199 (53,3)		683 (48,5)	
Perception de soutien global					5,87*
Faible à modéré		158 (43,0)		499 (36,2)	
Élevé		209 (57,0)		881 (63,8)	

Tableau 2

Analyses de corrélations de Pearson entre les variables prédictrices et les variables contrôles puis chacune des variables dépendantes, soit la satisfaction face à la vie et la détresse psychologique, chez les hommes et les femmes avec un ÉSPT (n = 1808)

Variables	Satisfaction face à la		Détresse	
	vie		psychologique	
	Femmes (n = 373)	Hommes (n = 1435)	Femmes (n = 373)	Hommes (n = 1435)
Variabes confondantes				
Âge	-,10	-,18**	,17**	,10**
Statut conjugal (0=célibataire; 1=En couple)	,26**	,17**	-,07	-,01
Niveau de scolarité (0=Sec. V ou moins; 1=Études post-sec.)	,24**	,02	-,14**	-,02
Rang militaire (0=Non officier; 1=Officier)	,03	,18**	-,13**	-,21**
Nombre de déploiements	-,28**	,05*	,28**	,14**
Variabes cliniques				
Épisode dépressif majeur (12 mois) (0=Non ; 1=Oui)	-,52**	-,32**	,59**	,42**
Durée ÉSPT	,06	-,19**	-,12*	-,10**
Variabes reliées au soutien				
Nombre d'amis proches	,18**	,28**	-,33**	-,10**
Perception de soutien global	,50**	,25**	-,41**	-,25**
Soutien des collègues	,16**	,11**	-,27**	-,25**
Hostilité des collègues	,10	-,07*	,01	,25**

Note. * $p < ,05$. ** $p < ,01$. Toutes les analyses sont faites selon le poids pondéré par Statistique Canada.

Tableau 3

Régressions hiérarchiques pour la prédiction de la satisfaction face à la vie avec pour variables prédictrices les variables confondantes, les variables cliniques et les variables de soutien chez les hommes et les femmes présentant un ÉSPT (n = 1808).

Variables prédictives	Variable critère = satisfaction face à la vie					
	Femmes (n = 373)			Hommes (n = 1435)		
	Modèle 1 β	Modèle 2 β	Modèle 3 β	Modèle 1 β	Modèle 2 β	Modèle 3 β
Variables confondantes						
Âge	--	--	--	-,29**	-,22**	-,18**
Statut conjugal	,30**	,33**	,13**	,21**	,18**	,16**
Niveau d'éducation	,17**	,17**	,19**	--	--	--
Rang militaire	--	--	--	,20**	,12**	,14**
Nombre de déploiements	-,35**	-,22**	-,20**	,09**	,10**	,13**
Variables cliniques						
Durée ÉSPT		,00	,02		-,20**	-,17**
Épisode dépressif majeur		-,49**	-,42**		-,29**	-,24**

Variables de soutien	
Nombre d'amis proches	,01 ,18**
Perception soutien global	,38** ,12**
Soutien des collègues	,06 ,06*
Hostilité des collègues	,05 -,00
R^2	,22 ,44 ,56 ,11 ,23 ,29
R^2 Ajusté	,22 ,43 ,55 ,11 ,23 ,29
Variation de F	34,51** 69,58** 23,87** 41,43** 104,21** 28,64**

Note. * $p < ,05$, ** $p < ,01$. Les analyses sont effectuées en utilisant le poids de pondération par Statistique Canada.

Tableau 4

Régressions hiérarchiques pour la prédiction de la détresse psychologique avec pour variables prédictrices les variables confondantes, les variables cliniques et les variables de soutien chez les hommes et les femmes présentant un ÉSPT (n = 1808).

Variables prédictives	Variable critère = détresse psychologique					
	Femmes (n = 373)			Hommes (n = 1435)		
	Modèle 1 β	Modèle 2 β	Modèle 3 β	Modèle 1 β	Modèle 2 β	Modèle 3 β
Variables confondantes						
Âge	,08	,01	,02	,14**	,11**	,14**
Niveau d'éducation	-,12*	-,12**	-,09*	--	--	--
Rang militaire	-,04	-,02	,05	-,23**	-,17**	-,19**
Nombre de déploiements	,30**	,17**	,23**	,08**	,03	-,01
Variables cliniques						
Durée ÉSPT		-,05	-,10*		-,11**	-,11**
Épisode dépressif majeur		,51**	,39**		,36**	,27**

Variables de soutien	
Nombre d'amis proches	,04
Perception soutien global	-,18**
Soutien des collègues	-,30**
Hostilité des collègues	-,22**
	-,06
R^2	,13
	,37
	,55
	,08
	,21
	,31
R^2 Ajusté	,12
	,36
	,54
	,08
	,20
	,30
Variation de F	12,97**
	69,17**
	34,73**
	39,09**
	107,23**
	47,47**

Note. * $p < ,05$, ** $p < ,01$. Les analyses sont effectuées en utilisant le poids de pondération par Statistique Canada.

CHAPITRE III

ARTICLE EMPIRIQUE 2

*État de Stress Post-Traumatique (ÉSPT) chez les militaires : relations entre le soutien social,
les stratégies d'adaptation et les symptômes concomitants à l'ÉSPT*

**Cet article a été publié en 2008 dans le Journal International de Victimologie
(<http://www.jidv.com>), numéro 19**

**État de Stress Post-traumatique chez les militaires : relations entre le soutien social,
les stratégies d'adaptation et les symptômes concomitants à l'ÉSPT**

Vicky Lavoie, M.Ps.^{1,2}, Stéphane Guay, Ph.D.^{3,4}, Deniz Fikretoglu, Ph.D.⁵ Alain Brunet,
Ph.D.⁶ et Jean-Marie Boisvert, Ph.D.¹

1. École de psychologie, Université Laval.
2. Centre hospitalier universitaire de Québec.
3. École de criminologie, Université de Montréal.
4. Centre de Recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
5. Anciens Combattants Canada.
6. Département de psychiatrie, Université McGill ; Centre de recherche de l'hôpital Douglas.

Remerciements

Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention du Ministère de la Défense Nationale du Canada octroyée à Stéphane Guay, Deniz Fikretoglu & Alain Brunet, de même qu'une bourse de recherche doctorale du Fonds Québécois pour la Recherche sur la Société et la Culture décernée à la première auteure.

Résumé

Les stratégies d'adaptation déployées à la suite d'un trauma militaire de même que le soutien social semblent constituer des prédicteurs des symptômes d'ÉSPT. Toutefois, peu d'informations sont disponibles en ce qui concerne la façon dont ces variables interagissent pour prédire la présence de symptômes concomitants à l'ÉSPT. La présente étude vise à préciser les relations entre les comportements de soutien perçus, les stratégies d'adaptation au stress et l'ajustement psychologique chez des militaires exposés à au moins un événement traumatique et présentant ou non un État de Stress Post-traumatique (ÉSPT). Cinquante-trois participants dont 33 avaient un ÉSPT ont pris part à une entrevue diagnostique, puis ont complété un ensemble de questionnaires. Les résultats suggèrent l'existence d'une interrelation entre les comportements de soutien qu'ils perçoivent avoir reçus de leurs proches et les stratégies d'adaptation qu'ils utilisent pour faire face au stress. En outre, les stratégies d'adaptation de type *réévaluation positive et de résolution de problème* prédisent la présence de symptômes dépressifs comorbides à l'ÉSPT, alors que les stratégies de type *distanciation/évitement* prédisent l'intensité des inquiétudes. Sur le plan clinique, ces informations suggèrent de traiter les symptômes dépressifs et les inquiétudes avec des stratégies d'interventions distinctes.

Mots-clés : ÉSPT, symptômes dépressifs, inquiétudes, soutien social, stratégies d'adaptation.

État de Stress Post-traumatique chez les militaires : relations entre le soutien social, les stratégies d'adaptation et les symptômes concomitants

3.1 Introduction

Le nombre de déploiements auxquels ont pris part les membres des Forces canadiennes (FC) sur la scène internationale s'est fortement accru au cours des dernières années (Comité sénatorial permanent de la défense et de la sécurité, 2003). Bien qu'une grande variabilité individuelle soit observée, il est maintenant reconnu que les déploiements peuvent entraîner des difficultés psychiatriques chez une proportion significative d'individus, l'État de stress post-traumatique (ÉSPT) étant un des troubles les plus fréquemment observés (Statistique Canada, 2003). Quels sont les facteurs permettant de distinguer les militaires qui présenteront des difficultés d'ajustement de ceux qui n'en présenteront pas? Il semble que les ressources personnelles (p. ex., répertoire de stratégies d'adaptation) et sociales (p. ex., type de soutien reçu) dont une personne dispose exercent une influence déterminante sur son niveau de détresse en situation de stress (Cohen & Wills, 1985; Coyne & Downey, 1991). La façon dont ces variables interagissent pour prédire l'ajustement psychologique à la suite d'un trauma demeure toutefois à clarifier. La présente étude vise donc à préciser les relations entre le soutien social, les stratégies d'adaptation et l'ajustement psychologique chez les membres des FC exposés à un événement traumatique en milieu de travail (stress opérationnel). Qui plus est, la relation entretenue entre ces facteurs psychosociaux et la présence de symptômes concomitants (dépressifs et anxieux) à l'ÉSPT dans un échantillon clinique de militaires sera examinée, cette question demeurant inexplorée.

3.1.1 Soutien social et ÉSPT

Une littérature abondante met en évidence la relation entre ÉSPT et soutien social chez des victimes d'événements traumatiques (Andrykowsky & Cordova, 1998; Beiser, Turner, & Ganesan, 1989; Guay, Billette, & Marchand, 2006; Kimerling & Calhoun, 1994). Selon deux méta-analyses récentes, la qualité du soutien des proches serait un des trois facteurs de risque les plus importants associés à l'ÉSPT ou à ses symptômes (Brewin, Andrews, &

Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003), les deux autres étant des facteurs péri-traumatiques (sévérité de l'événement traumatique lui-même et présence de dissociation). Qui plus est, la force de l'association entre le soutien social et l'ÉSPT s'avère plus marquée auprès d'anciens combattants qu'auprès de populations civiles (Ozer et al., 2003). Plusieurs études transversales réalisées auprès d'anciens combattants indiquent qu'un faible niveau de soutien social est relié à une plus grande sévérité des symptômes d'ÉSPT (p. ex., Barrett & Mizes, 1988; King, King, Fairbank, Keane, & Adams, 1998; Solomon, Waysman, & Mikulincer, 1990). Par ailleurs, le soutien social est corrélé avec l'amélioration du trouble (Irving, Telfer, & Blake, 1997). La nature transversale de ces études ne permet cependant pas de statuer sur la direction causale de ce lien. Néanmoins, d'autres études au devis longitudinal indiquent qu'un soutien inadéquat précéderait le développement du trouble (Andrews, Brewin, & Rose, 2001; Buckley, Blanchard, & Hickling, 1996; Zoellner, Foa, & Bartholomew, 1999). En somme, bien que l'influence exercée par les ressources environnementales sur l'ÉSPT soit bien établie chez les anciens combattants, cette question demeure peu étudiée auprès des militaires actifs. Ces derniers constituent une population pouvant différer de la précédente à certains égards, notamment en termes d'exposition quotidienne à des stimuli susceptibles de rappeler le contexte du trauma (p. ex., manipulation du matériel d'armements, participation régulière à des camps d'exercices, etc.). D'autre part, les processus par lesquels le soutien engendre un impact sur l'ajustement psychologique des militaires aux prises avec un ÉSPT demeurent à préciser.

Définition du concept de soutien social. Le « soutien social » désigne les comportements des proches vis-à-vis d'un individu devant composer avec une situation stressante (Guay, Billette, & Marchand, 2002). On distingue généralement deux mesures du soutien, soit celles référant au nombre de personnes disponibles dans le réseau de l'individu (p. ex., état matrimonial, nombre de confidents) et celles se rapportant à la qualité perçue des ressources que les gens de l'entourage procurent à l'individu (Guay et al., 2002; Helgeson, 2003). L'aspect négatif des relations interpersonnelles constitue un autre point important à considérer dans l'étude de l'influence du réseau social sur l'ÉSPT (Andrews et al., 2001; Zoellner et al., 1999). Les proches peuvent éprouver de la difficulté à gérer les changements qu'entraîne l'ÉSPT de la victime, ce qui est susceptible d'interférer avec leur

capacité à fournir un soutien adéquat (Guay, Billete, St-Jean Trudel, Marchand, & Mainguy, 2004). Les comportements négatifs qui peuvent en découler (p. ex., critiques, évitement) risquent d'influencer négativement la victime et de contribuer au maintien des symptômes d'ÉSPT (Guay et al., 2006). La majorité des recherches ont à ce jour mis l'accent sur la dimension positive du soutien, négligeant souvent d'évaluer l'influence des comportements négatifs des proches.

Rôle du soutien sur la santé et l'ÉSPT. Selon Cohen et Wills (1985) le nombre de personnes-ressources aurait un *effet direct* et positif sur la santé, en procurant un sentiment de sécurité de même qu'en permettant l'obtention d'affects positifs qui favoriseraient le bien-être (Cohen & Wills, 1985; Helgeson, 2003). Les ressources dispensées par l'entourage exerceraient un *effet indirect* sur la santé en atténuant l'impact du stress en situation de tension élevée (« stress buffering effect »). Toutefois, tel que souligné par Guay et al. (2002), ce modèle ne tient pas compte de l'influence du soutien social négatif.

Les principaux modèles étiologiques d'ÉSPT suggèrent que le soutien social agit à titre de variable intermédiaire pouvant influencer les stratégies de gestion du stress, ce qui affecterait le développement du trouble (Jones & Barlow, 1990; Joseph, Williams, & Yule, 1997). Joseph et al. (1997) postulent que le soutien reçu ou perçu, de même que les interactions avec les proches, constituent des facteurs susceptibles de moduler le niveau de stress, en influençant l'interprétation que les victimes font des événements. Le soutien exerce son impact sur les symptômes d'ÉSPT également de façon indirecte, en agissant sur les stratégies de gestion de la détresse via les processus cognitifs. Les comportements de soutien pourraient notamment atténuer l'effet du stress en favorisant l'adoption de cognitions rationnelles et en prévenant les réponses comportementales inadaptées. Le point de vue des proches peut aider la victime à reconsidérer la situation et ainsi favoriser l'adoption de comportements d'approche plutôt que d'évitement.

En somme, les différentes hypothèses explicatives proposent que le soutien social soit relié à l'ÉSPT via l'adoption de certains comportements permettant de mieux gérer l'anxiété et la détresse. L'influence spécifique des différents comportements de soutien sur

les stratégies d'adaptation demeure toutefois à préciser. D'autre part, il est également possible de croire que les comportements de soutien puissent atténuer l'impact du stress découlant de la présence d'un ÉSPT. Le rôle prédictif des ressources environnementales dans le développement de symptômes comorbides à l'ÉSPT (p.ex., dépression, inquiétudes) demeure lui aussi à préciser.

3.1.2 Stratégies d'adaptation et ajustement psychologique

Les stratégies d'adaptation telles que définies par Lazarus et Folkman (1984) consistent en l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux déployés par un individu dans le but de composer avec des situations stressantes menaçantes pour son bien-être ou excédant ses ressources personnelles. Deux « méta-stratégies » ont été identifiées sur la base de leur fonction respective. Les *stratégies centrées sur le problème* représentent les efforts cognitifs et comportementaux visant à résoudre ou à diminuer le problème. Les *stratégies centrées sur les émotions* visent à diminuer la détresse émotionnelle qui découle de l'événement stressant. Il est à noter que ces différents modes de gestion ne sont pas mutuellement exclusifs (Aldwin & Yancura, 2004).

Stratégies d'adaptation et trauma. La façon dont un individu s'adapte à la suite d'un trauma exerce un impact plus important sur le développement de l'ÉSPT que le trauma lui-même (voir Aldwin, 1999). Un usage élevé de stratégies centrées sur les émotions (p. ex., évitement, distanciation, recours à la pensée magique) a été positivement associé à la fréquence et à la sévérité des symptômes d'ÉSPT, puis inversement associé à la qualité de vie, selon des études transversales (Aldwin, Levenson, & Spiro, 1994; Dirkzwager, Bramsen, & Ploeg, 2003; Fairbank, Hansen, & Fitterling, 1991; Johnsen, Eid, Laberg, & Thayer; 2002) et longitudinales (Solomon, Mikulincer, & Avitzur, 1988). Par ailleurs, certains travaux suggèrent que l'utilisation de stratégies de résolution de problème et de réévaluation positive favorise un meilleur ajustement chez les victimes de traumatismes (Dirkzwager et al. 2003; Tsay, Halstead, & McCrone, 2001). Enfin, bien que la recherche de soutien social ait été majoritairement associée à un faible ajustement psychologique dans le cadre de l'adaptation aux stressors quotidiens (Monroe & Steiner, 1986), il semble que le fait de se confier aux autres constitue un prédictif important de la santé psychologique

chez les victimes de traumatismes (Dirkzwager et al., 2003; Lee, Vaillant, Torrey, & Elder, 1995; Smyth, 1998). À cet égard, notons que le fait de parler aux proches de l'événement bouleversant et des difficultés vécues contribuerait au processus d'intégration émotionnel et cognitif des victimes, ce qui serait thérapeutique en soi (Foa & Kozak, 1986). Toutefois, il est possible que les réactions de l'entourage, notamment les réactions négatives, face aux comportements de recherche de soutien émis par la victime viennent modérer l'impact de cette stratégie sur le niveau d'ajustement observé (Aldwin & Yancura, 2004). Davantage de recherches s'avèrent nécessaires afin de clarifier cette question.

En somme, plusieurs recherches empiriques documentent le fait que les stratégies d'adaptation et le soutien social sont reliés aux symptômes d'ÉSPPT. Par ailleurs, la très grande majorité des études mentionnées précédemment ont été réalisées auprès de populations non cliniques. Peu d'information est disponible sur la façon dont ces variables individuelles et sociales peuvent contribuer à l'ajustement psychologique des militaires présentant un diagnostic d'ÉSPPT. Les individus aux prises avec ce trouble doivent composer avec un niveau de stress important, notamment en raison de la tension découlant de la présence des symptômes inhérents au trouble (p. ex., intrusions cognitives persistantes reliées au trauma). Les ressources dont ils disposent pour composer avec le stress peuvent influencer la survenue de complications liées à l'ÉSPPT. À cet égard, notons que 80% des personnes avec un diagnostic d'ÉSPPT rapportent avoir eu au moins un trouble mental concomitant figurant à l'axe I (soit les troubles cliniques) du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Kessler et al., 1995). Bien que la présence d'un trouble comorbide puisse agir à titre de facteur de risque dans le développement d'un ÉSPPT à la suite d'un trauma, il semble que dans la majorité des cas, l'ÉSPPT survient en premier (Engdahl, Dikel, Eberly & Blank, 1998). Il apparaît notamment que les individus qui en souffrent sont plus enclins à rapporter des symptômes dépressifs et à entretenir des inquiétudes. Soulignons à cet effet que l'Épisode Dépressif Majeur (ÉDM) représente le trouble à taux de cooccurrence le plus élevé, affectant 30 à 50% de ceux qui présentent un ÉSPPT (Campbell et al., 2007; Hankin, Spiro, Miller & Kazis, 1999; Kessler et al., 1995;). Le Trouble d'Anxiété Généralisé (TAG), qui se caractérise par une tendance aux inquiétudes excessives, s'avère également beaucoup plus prévalent chez ceux présentant un

ÉSPT, avec un taux de cooccurrence de 16,8 % (comparativement à un taux observé de 4 à 6 % dans la population générale) (Kessler et al., 1995). Toutefois, peu de données sont disponibles sur les facteurs reliés à la variation observée en ce qui a trait à l'intensité des symptômes dépressifs et des inquiétudes chez une population présentant un ÉSPT. Cette question s'avère d'autant plus importante au plan clinique du fait que la comorbidité peut affecter la réponse au traitement (Ballenger et al., 2000).

3.1.3 Contributions de la présente étude

Les stratégies d'adaptation déployées à la suite d'un trauma militaire de même que les comportements de soutien perçus semblent constituer des prédicteurs des symptômes d'ÉSPT chez les soldats avec des expériences de guerre (p. ex., vétérans du Vietnam, soldats de la 2e guerre mondiale, etc.). Toutefois, peu d'informations sont disponibles en ce qui concerne l'impact des stratégies d'adaptation et du soutien social sur la présence de symptômes dépressifs et anxieux concomitants chez les individus souffrant d'un ÉSPT. La présente étude vise donc à explorer cette question. De telles informations s'avèrent pertinentes dans le but de parvenir à une meilleure compréhension des facteurs associés à la présence de troubles concomitants à l'ÉSPT. La pertinence de cette question ressort clairement lorsqu'on considère que la comorbidité constitue l'un des défis cliniques les plus importants que les professionnels de la santé mentale ont à relever.

Dans un deuxième temps, bien que le soutien social et les stratégies d'adaptation aient été associés à l'ÉSPT, ces facteurs ont traditionnellement été étudiés de façon indépendante. Or, plusieurs modèles étiologiques d'ÉSPT stipulent que ces variables seraient reliées entre elles. Il a notamment été avancé que le soutien social exerce son influence sur l'ÉSPT notamment en favorisant l'adoption de certains modes de gestion du stress (Joseph et al., 1997), bien que l'influence spécifique des différents comportements de soutien reçu de la part de l'entourage sur les stratégies d'adaptation utilisées demeure inexploree empiriquement. La présente étude vise donc à clarifier cet aspect en tentant d'identifier les processus par lesquels ces variables psychosociales exercent leur effet sur l'ajustement psychologique.

3.2 Objectif général

Cette étude vise à examiner les relations entre les divers types de comportements de soutien reçu, les stratégies d'adaptation utilisées et l'ajustement psychologique chez les militaires exposés à un stress opérationnel.

Hypothèse 1. Les militaires avec un ÉSPT feront moins usage de stratégies de résolution de problèmes/réévaluation positive et davantage usage de stratégies de type distanciation/évitement que les militaires ne présentant pas d'ÉSPT.

Hypothèse 2. Les interactions de type « coercitions et critiques » avec l'entourage seront positivement reliées aux stratégies de distanciation/évitement, alors que les comportements de soutien de type « renforcement et gestion de l'anxiété » seront positivement reliés à l'adoption de stratégies de résolution de problème et de réévaluation positive.

Hypothèse 3. Plus les participants feront usage de stratégies de résolution de problème et de réévaluation positive et plus ils percevront recevoir du soutien social positif de la part de leur proche, moins ils présenteront de symptômes dépressifs et d'inquiétudes. Inversement, plus ils présenteront de stratégies de distanciation et d'évitement et plus ils percevront recevoir des critiques de la part de leur proche lorsqu'ils sont anxieux, plus ils rapporteront vivre des symptômes de détresse psychologique.

3.3 Méthode

3.3.1 Participants

Deux groupes de participants constituent la population étudiée, soit 33 militaires ayant développé un ÉSPT à la suite d'une participation à une mission militaire (groupe cible) et 20 militaires ayant été exposés à des événements potentiellement traumatiques en cours de déploiement, mais n'ayant pas développé d'ÉSPT (groupe de comparaison). Le groupe cible a été recruté au Centre de Soutien pour Trauma et Stress opérationnels (CSTSO) des bases militaires de Valcartier et d'Halifax par le biais du personnel soignant.

Le groupe de comparaison a quant à lui été recruté au moyen de deux stratégies distinctes. Des annonces ont d'abord été envoyées par courriel aux membres des FC des centres de santé de Valcartier et d'Halifax. Devant le taux de réponse limité aux courriels ($n = 9$), une deuxième stratégie a été mise sur pied. Une liste de membres des FC ayant pris part à certains déploiements au cours des dernières années a été utilisée. Parmi les militaires qui y figuraient, ceux dont les caractéristiques sociodémographiques correspondaient davantage à celles du groupe cible (âge, genre, rang) ont été sélectionnés, puis contactés par téléphone afin de les informer du déroulement du projet de recherche et de vérifier leur admissibilité à l'étude.

Les membres du groupe cible devaient présenter comme diagnostic principal un ÉSPT. En ce qui a trait aux membres du groupe de comparaison, ces derniers ne devaient pas répondre aux critères diagnostiques d'un ÉSPT actuel. Les critères d'exclusion suivants s'appliquaient à l'ensemble des participants à cette recherche : épisode psychotique passé ou présent, abus ou dépendance à une substance, trouble somatoforme.

3.3.2 Modalités d'évaluation

Évaluation diagnostique de l'ÉSPT et troubles concomitants. L'entrevue clinique semi-structurée (*SCID-I*; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1995) basée sur le *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) est utilisée afin d'évaluer la présence d'un ÉSPT actuel de même que l'occurrence d'autres troubles à l'axe I. Cet outil présente une bonne validité convergente ($k = ,69$) de même qu'une bonne fidélité interjuges (k variant de ,77 à ,92; Summerfeldt & Antony, 2002).

Symptômes d'ÉSPT. La fréquence et la sévérité des symptômes d'ÉSPT sont évaluées à l'aide de l'*Échelle Modifiée des Symptômes du Trouble d'ÉSPT (ÉMST)*; Resick, Falsetti, Resnick, & Kilpatrick, 1991) (voir appendice A). Le participant doit indiquer, sur une échelle de type Likert en quatre points (0 = Pas du tout; 3 = Cinq fois ou plus par semaine/beaucoup/presque toujours), la fréquence à laquelle il a vécu les 17 symptômes de l'ÉSPT du DSM-IV au cours des 2 dernières semaines. L'estimation de la sévérité des symptômes se fait à partir d'une échelle de type Likert en cinq points, allant de 0 (pas du

tout perturbant) à 4 (extrêmement perturbant). Les versions anglaise et française possèdent de très bonnes propriétés psychométriques, avec d'excellents coefficients de cohérence interne (,92 à ,97; Falsetti, Resnick, Resick, & Kilpatrick, 1993; Guay, Marchand et al., 2002).

Symptômes dépressifs. L'intensité des symptômes dépressifs est mesurée à l'aide de l'Inventaire de Dépression de Beck révisé (*BDI-II*; Beck, Steer, & Brown, 1996) (voir appendice B). Ce questionnaire est composé de 21 items reflétant différents indicateurs de la dépression. Chaque item comprend quatre énoncés cotés de 0 à 3 selon un niveau croissant de sévérité en regard des deux dernières semaines. Le BDI-II démontre une excellente cohérence interne, avec des coefficients variant de ,92 à ,93, tel qu'il a été évalué respectivement auprès d'échantillons de 500 patients externes et de 120 étudiants de niveau collégial (Beck et al., 1996). Des coefficients de corrélation test-retest de ,93 ont également été obtenus après une période d'une semaine. La validité de la version française de l'inventaire a été vérifiée (Beck, Steer, & Brown, 1998).

Inquiétudes. Le questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (*QIPS*; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990) est utilisé pour mesurer la tendance à s'inquiéter (voir appendice C). Cet instrument unifactoriel comprend 16 items dont les réponses sont consignées sur une échelle de type Likert en cinq points (1 = Pas du tout correspondant; 5 = Très correspondant). La version originale anglaise présente de très bonnes propriétés psychométriques (Meyer et al., 1990). La version française du QIPS possède également une bonne cohérence interne ($\alpha = ,91$) et une très bonne fidélité test-retest ($r = ,86$; Ladouceur et al., 1992).

Soutien social. L'Inventaire de Soutien Social en Situation d'Anxiété (*ISSAS*; Guay, Marchand, & O'Connor, 2003) est utilisé, soit un questionnaire de 65 items qui mesure la perception de la fréquence de comportements de soutien émis par l'entourage de la victime au cours du dernier mois en situation d'anxiété (voir appendice D). L'estimation de la fréquence se fait sur une échelle en cinq points, allant de « 1 = jamais » à « 5 = toujours ». Le participant doit répondre en se référant à son conjoint ou sa conjointe s'il

est en couple. L'ISSAS présente une structure en trois facteurs: Stratégies de coercitions et critiques ($\alpha = ,76$), Renforcement et comportements d'aide à la gestion de l'anxiété ($\alpha = ,87$), et Distraction ($\alpha = ,77$). Cet outil prend en considération les dimensions positives (stratégies de renforcement et comportements d'aide à la gestion de l'anxiété) et négatives (stratégies de coercitions et critiques) des comportements de soutien (St-Jean-Trudel, Guay, Marchand, & O'Connor, 2005), soit les deux facteurs qui nous intéressent dans le cadre de cette étude. À noter que les comportements de soutien dits « négatifs » peuvent émerger initialement d'une intention bienveillante de la part des proches (p.ex., encourager l'autre à éviter de parler de l'événement traumatique en raison de la détresse observée), mais s'avérer nuisible à long terme en ce qui a trait au rétablissement des symptômes. Par conséquent, ces comportements sont catégorisés comme étant du « soutien négatif ».

Stratégies d'adaptation. Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer, et Wright (1995) ont développé une version abrégée du *Ways of Coping Questionnaire (WCQ)*, Folkman & Lazarus, 1988) de 21 items, à l'intérieur de laquelle trois stratégies d'adaptation sont mesurées : la recherche de soutien social, la réévaluation positive/résolution de problème et la distanciation/éviter (voir appendice E). Les coefficients alpha pour ces facteurs sont respectivement de ,84, ,84 et ,73 pour les hommes, et de ,86, ,78 et ,77 pour les femmes (Bouchard, Tremblay & Sabourin, 2000). Le participant doit indiquer à quelle fréquence il utilise les stratégies proposées pour faire face à ses difficultés liées à l'anxiété, et ce, à l'aide d'une échelle Likert en quatre points (0 = pas utilisé; 3 = beaucoup utilisé).

3.3.3 Procédure

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du Bureau du Médecin Chef du Ministère de la Défense nationale et par le Comité d'éthique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à Montréal. La participation libre et volontaire est assurée par la signature d'un formulaire de consentement éclairé (voir appendice F). Les participants sont invités à compléter à la maison un ensemble de questionnaires. Ils prennent également part à une entrevue d'évaluation diagnostique avec des étudiantes graduées en psychologie ayant reçu

une formation préalable. Les entrevues sont effectuées dans un local du Centre de Soutien pour Trauma et Stress Opérationnel.

3.4 Résultats

Un examen des caractéristiques cliniques des participants indique que les membres du groupe de comparaison, en plus de ne pas répondre aux critères diagnostiques d'un ÉSPT actuel, ne présentaient aucun autre trouble psychologique à l'axe I (p.ex., épisode dépressif majeur). Ceci nous assure du caractère non clinique du groupe de comparaison. Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques de l'ensemble des participants. Les militaires présentant un ÉSPT se comparent à ceux du groupe de comparaison en ce qui a trait à l'âge, au statut conjugal, au nombre d'enfants, de même qu'au nombre de missions militaires auxquelles ils ont pris part au cours de leur carrière. Par ailleurs, les participants présentant un ÉSPT ont un niveau de scolarité plus faible ($\chi^2 [1] = 7,31; p < ,05$), de même qu'un rang militaire moins élevé ($\chi^2 [1] = 4,88; p < ,05$) que ceux du groupe sans ÉSPT. Il y a une représentation significativement plus importante de femmes dans le groupe de comparaison, le groupe ÉSPT étant exclusivement composé d'hommes.

3.4.1 Comparaison entre les militaires avec ou sans ÉSPT en ce qui a trait aux stratégies d'adaptation

Une analyse de covariance multivariée (MANCOVA) a été réalisée en contrôlant au niveau statistique les variables sociodémographiques sur lesquelles les deux groupes diffèrent (le sexe, l'éducation et le rang). Les résultats présentés au tableau 2 indiquent que les militaires souffrant d'un ÉSPT font davantage usage de stratégies de distanciation/évitement pour faire face au stress que les participants ne présentant pas le trouble. Ils rapportent également rechercher davantage de soutien que leurs homologues sans ÉSPT. Par ailleurs, contrairement à ce qui était anticipé, les deux groupes ne se distinguent pas en ce qui a trait à la fréquence du recours à la réévaluation positive et la résolution de problème comme stratégie de gestion du stress.

3.4.2 Relations entre les comportements de soutien, les stratégies d'adaptation et l'ajustement psychologique

Conformément à l'hypothèse avancée, plus les participants mentionnent avoir reçu des comportements de soutien positifs de la part de leur proche, plus ils ont tendance à rechercher du soutien et à utiliser la réévaluation positive et la résolution de problème en situation de stress. Le recours à cette dernière stratégie d'adaptation s'avère négativement associé à l'intensité des symptômes d'ÉSPT, de même qu'à l'intensité des symptômes concomitants évalués (symptômes dépressifs et inquiétudes). Les comportements de soutien positifs s'avèrent également associés de façon négative à l'intensité de chacune de ces catégories de symptômes, bien qu'il n'y ait qu'avec les symptômes d'ÉSPT qu'une relation statistiquement significative soit observée.

D'autre part, les comportements de soutien négatifs perçus s'avèrent positivement et significativement associés avec chacun des indicateurs de difficultés d'ajustement psychologique. La stratégie de distanciation et d'évitement est également positivement associée à l'intensité des différentes catégories de symptômes évalués, bien qu'il n'y ait qu'avec les inquiétudes que la relation atteint le seuil de signification statistique.

3.4.3 Prédiction des symptômes concomitants à l'ÉSPT à l'aide des stratégies d'adaptation et des comportements de soutien perçus.

Afin d'évaluer la valeur prédictive des stratégies d'adaptation et des comportements de soutien perçus en ce qui a trait à l'ajustement psychologique, deux analyses de régression hiérarchique ont été effectuées (symptômes dépressifs et inquiétudes). Dans le cadre de ces analyses, la sévérité des symptômes d'ÉSPT a été entrée dans un premier temps, suivie des stratégies d'adaptation et des comportements de soutien perçus. Il est à noter que, parmi les variables individuelles et sociales d'intérêt, seules celles qui corrôlaient significativement au préalable avec les symptômes dépressifs ou les inquiétudes (voir tableau 3) ont été incluses dans le modèle. Le tableau 4 présente les résultats de ces analyses. Les combinaisons linéaires des diverses variables à l'étude permettent de prédire

la sévérité des symptômes dépressifs et des inquiétudes de façon supérieure au hasard ($p < ,01$). Cinquante et un pour cent de la variance (R^2 ajusté) des scores de symptômes dépressifs est explicable par la sévérité des symptômes post-traumatiques considérés seuls (premier niveau d'analyse). Par ailleurs, l'ajout des variables *stratégie de réévaluation positive/résolution de problème* et *comportements de soutien négatifs perçus* permet une augmentation de 12 points de pourcentage dans la variance expliquée, un changement de R^2 significatif ($p < ,01$). Ainsi, 63 % de la variance des scores de symptômes dépressifs est attribuable à l'ensemble des mesures du modèle. À l'intérieur de celui-ci, les interactions négatives perçues ne paraissent pas exercer de contribution unique significative à la prédiction des symptômes dépressifs.

En ce qui concerne la prédiction des inquiétudes, 36 % de la variance des scores des inquiétudes s'explique par la sévérité des symptômes d'ÉSPT. L'ajout des stratégies d'adaptation et des comportements de soutien négatifs perçus permet une augmentation de neuf points de ce pourcentage. Bien que le changement de R^2 observé ne soit pas statistiquement significatif, il est près du seuil de signification pré-établi ($p = ,06$). Ainsi, ce deuxième modèle explique 41 % de la variance des scores relatifs aux inquiétudes. Parmi les variables ajoutées dans le second modèle, seules les *stratégies de distanciation/évitement* exercent une contribution unique significative à la prédiction des inquiétudes.

En somme, les stratégies d'adaptation utilisées par les militaires souffrant d'un ÉSPT permettent de prédire de façon distincte leur ajustement psychologique (symptômes dépressifs et inquiétudes), et ce, en contrôlant pour l'influence exercée par la sévérité des symptômes d'ÉSPT. À l'intérieur des modèles évalués, les comportements de soutien perçus ne permettent toutefois pas d'exercer une contribution unique significative à l'explication de la variance des scores de dépression et d'inquiétudes.

3.5 Discussion

Conformément à ce qui était attendu, les participants aux prises avec un ÉSPT indiquent utiliser davantage de stratégies de type *distanciation/évitement* pour faire face au

stress que leurs homologues sans ÉSPT. Ces données s'inscrivent dans le même sens que celles obtenues dans des études antérieures effectuées auprès d'anciens combattants, indiquant que les modes de gestion du stress dits plus passifs, soit ceux centrés sur la gestion des émotions, sont positivement associés à la présence de symptômes d'ÉSPT (Dirkzwager et al., 2003; Fairbank et al., 1991; Solomon et al., 1988). À cet égard, notons que le fait d'éviter les pensées et situations reliées aux événements traumatiques vécus permettrait d'atténuer l'anxiété à court terme, mais contribuerait au maintien de l'anxiété à long terme (Foa, Steketee & Rothbaum, 1989). Ainsi, il est possible que plus les gens ont recours à ce type de stratégie de gestion du stress à la suite d'un trauma, plus ils sont à risque de développer un ÉSPT. D'autre part, nous observons que les participants avec un ÉSPT rapportent rechercher davantage de soutien que ceux ne présentant pas le trouble. Cette donnée corrobore les résultats obtenus par Fairbank et al. (1991), dans une étude s'intéressant aux facteurs distinguant les prisonniers de guerre avec ou sans ÉSPT. Nos résultats s'inscrivent également en conformité avec plusieurs données dans la littérature indiquant que la recherche de soutien soit majoritairement associée à un faible ajustement psychologique dans le cadre de l'adaptation au stress (Aldwin, 1999; Monroe & Steiner, 1986; Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002). Il est probable que plus les gens souffrent, plus ils recherchent du soutien pour les aider à faire face à leurs difficultés. Cette hypothèse s'avère d'autant plus plausible du fait que les participants du groupe cible de notre étude étaient issus d'une population clinique présentant un ÉSPT chronique. Par ailleurs, notons que nos résultats divergent de ceux obtenus par Dirkzwager et al. (2003), ces derniers ayant observé que la recherche de soutien était négativement reliée aux symptômes d'ÉSPT chez les militaires ayant pris part à des missions de paix. Il est toutefois à noter que contrairement à notre étude, leur recherche a été effectuée auprès d'une population non clinique. Il est possible que les gens présentant un ÉSPT constituent un sous-groupe particulier, l'intensité de leur symptomatologie pouvant les amener à rechercher davantage de soutien.

Enfin, contrairement à ce qui était attendu, les deux groupes ne se distinguent pas en ce qui a trait à la fréquence à laquelle ils rapportent avoir recours aux stratégies de résolution de problèmes et de réévaluation positive. Cette donnée contraste par rapport aux résultats majoritairement obtenus dans d'autres études, à savoir que les stratégies centrées

sur le problème sont négativement reliées à l'ajustement psychologique et aux symptômes d'ÉSPT (p. ex., Dirkzwager et al., 2003; Penley et al., 2002). Par ailleurs, notons que ces observations antérieures ont été relevées auprès de populations non cliniques. À l'intérieur de ces études, les participants pouvaient potentiellement avoir des symptômes d'ÉSPT, sans nécessairement présenter le trouble. Fait intéressant à souligner, l'étude de Fairbank et al. (1991), réalisée auprès de prisonniers de guerre répondant aux critères d'ÉSPT (de même qu'auprès de ceux ne présentant pas le trouble), ne relève aucune différence entre les groupes avec ou sans ÉSPT en ce qui a trait à la fréquence rapportée d'utilisation de stratégies de résolution de problèmes, conformément à ce que nous observons. Il est possible que l'intensité et la chronicité des symptômes d'ÉSPT présents au sein de notre échantillon clinique aient influencé la perception des participants de la fréquence à laquelle ils utilisent certaines stratégies d'adaptation. Dans cette optique, ils ont pu être davantage enclins à rapporter avoir eu recours à un nombre élevé de stratégies pour gérer leur stress afin de refléter leur niveau de détresse.

3.5.1 Relations entre les comportements de soutien et les stratégies d'adaptation

Conformément à ce qui a été avancé, plus les participants rapportent avoir reçu des comportements dits positifs de soutien (type renforcement et gestion de l'anxiété), plus ils utilisent des stratégies de réévaluation positive et de résolution de problèmes pour faire face au stress et moins ils présentent de symptômes d'ÉSPT. Ces résultats corroborent ceux obtenus par Dirkzwager et al. (2003) dans leur étude réalisée auprès de soldats allemands. Parallèlement, plus ils rapportent recevoir de comportements de soutien négatifs, plus ils présentent une intensité élevée de symptômes d'ÉSPT et de symptômes concomitants (dépression et inquiétudes). Des études longitudinales seront nécessaires afin d'éclaircir davantage la nature causale des relations entre ces variables.

3.5.2 Prédiction des symptômes concomitants à l'ÉSPT

Les stratégies de type résolution de problème et de réévaluation positive permettent de prédire négativement l'intensité des symptômes dépressifs concomitants (plus les

répondants rapportent faire usage de stratégies de résolution de problèmes/réévaluation positive, moins l'intensité des symptômes dépressifs est élevée), alors que les stratégies de type distanciation/évitement exercent une contribution unique à l'explication des scores d'inquiétudes (plus ils font usage de distanciation/évitement, plus ils rapportent une tendance à l'inquiétude), et ce, en contrôlant pour la part de variance attribuable à l'intensité des symptômes d'ÉSPT. Les différentes stratégies de gestion du stress semblent donc exercer une contribution spécifique à la prédiction des divers symptômes concomitants à l'ÉSPT. Par ailleurs, le devis corrélationnel ne permet pas d'inférer un lien de causalité entre les stratégies d'adaptation utilisées et le développement de symptômes concomitants à l'ÉSPT. Il est également à noter qu'à l'intérieur du modèle évalué, les comportements de soutien n'exercent pas de contribution unique significative à l'explication des symptômes comorbides. Néanmoins, il est possible que les interactions vécues avec l'entourage exercent un impact sur l'apparition de symptômes comorbides via leur influence sur l'intensité des symptômes d'ÉSPT. À cet égard, notons qu'une forte corrélation est observée entre les comportements de soutien et l'intensité des divers symptômes anxieux et dépressifs observés.

3.5.3 Limites et implications de la présente étude

La taille restreinte de l'échantillon a limité notre capacité à détecter l'effet de certaines variables. Le recours à une annonce a pu induire un biais de sélection des participants. Également, les participants du groupe contrôle présentaient un rang militaire plus élevé en moyenne que ceux du groupe cible. Il est possible que ceux ayant un rang militaire moins élevé reçoivent plus de critiques et moins de soutien positif lorsqu'ils sont en mission de la part de leurs collègues et que cela ait des effets négatifs à long terme sur leur ajustement psychologique. Le devis corrélationnel de l'étude appelle à la prudence en ce qui a trait à l'induction d'un lien de causalité entre les variables d'intérêt. Il serait intéressant que des études prospectives soient réalisées afin de préciser ces relations. Enfin, soulignons que les variables d'intérêt ont été évaluées uniquement à l'aide de questionnaires, ces derniers reposant entièrement sur la perception des participants. Néanmoins, les résultats suggèrent qu'il pourrait être pertinent de cibler les symptômes

dépressifs et les inquiétudes avec des stratégies d'intervention distinctes. D'autres études sont nécessaires afin de corroborer ces observations.

Note des auteurs

Le courrier concernant cet article doit être adressé à Stéphane Guay, Ph.D., Centre d'étude sur le trauma, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7331, rue Hochelaga, Montréal, Qc., Canada H1N 3V2. Adresse de courrier électronique : stephane.guay@umontreal.ca. Tel.: (514) 251-4015, poste 3084. Télécopieur.: (514) 251-4014

Références

- Aldwin, C. M. (1999). *Stress, coping, and development: An integrative approach*. New York: Guilford.
- Aldwin, C. M., Levenson, M. R., & Spiro, A. (1994). Vulnerability and resilience to combat exposure: Can stress have lifelong effects? *Psychology and Aging, 9*, 33-44.
- Aldwin, C.M. & Yancura, L.A. (2004). Coping and health: A comparison of the stress and trauma literatures. In Schnurr, P. P., & Green B. L. *Trauma and Health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 99-125). Washington, D.C: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders-text revised* (4th TR ed.) Washington: Author.
- Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (July 2001). *The role of social support in the prediction of PTSD in victims of violent crime*. Symposium presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Vancouver, Canada.
- Andrykowsky, M. A. & Cordova, M. J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of the Andersen model. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 189-203.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Foa, E. B., Kessler, R. C., McFarlane, A. C., et al. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 60-66.
- Barrett, T. W., & Mizes, J. S. (1988). Combat level and social support in the development of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Modification, 12*, 100-115.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory*, 2nd ed. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1998) *Manuel de l'inventaire de dépression de Beck*, 2ème édition. Toronto, Ontario, Canada: The Psychological Corporation.
- Beiser, M., Turner, R. J., & Ganesan, S. (1989). Catastrophic stress and factors affecting its consequences among Southeast Asian refugees. *Social Science and Medicine, 28*, 183-195.

- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., & Wright, J. (1995). Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales: Présentation d'une version abrégée du Ways of Coping Questionnaire. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 27*, 371-377.
- Bouchard, G., Tremblay, J., & Sabourin, S. (2000). Mesure des stratégies d'adaptation : Validité et invariance factorielle en fonction du genre des répondants. *Science et Comportement, 28*, 161-170.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1996). A prospective examination of delayed onset PTSD secondary to motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 617-625.
- Campbell, D.G., Felker, B. L., Liu, C.-F., Yano, E.M., Kirchner, J.E., Chan, D., Rubenstein, L.V. & Chaney, F. (2007). Prevalence of depression-PTSD comorbidity: Implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. *Journal of General Internal Medicine, 22*, 711-718.
- Cohen, S., & Wills, A. T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.
- Comité sénatorial permanent de la défense et de la sécurité (2003). *Traumatismes liés au stress : Le besoin de compréhension*. Rapport du Sous-comité des anciens combattants, Canada, juin 2003.
- Coyne, J. C., & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology, 42*, 401-425.
- Dirkzwager, A., Bramsen, I., & Ploeg, H. M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences, 34*, 1545-1559.
- Engdahl, B., Dikel, T.N., Eberly, R., Blank, A. (1998). Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *American Journal of Psychiatry, 155* (12), 1740-1745.

- Fairbank, J. A., Hansen, D. J., & Fitterling, J. M. (1991). Patterns of appraisal and coping across different stressor conditions among former prisoners of war with and without Posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 274-281.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist, 16*, 151-162.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders- Patient edition*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychology Bulletin, 99*, 20-35.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral-cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*, 155-176.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire: Research edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2002). Soutien social et trouble d'ÉSPT: Théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue Québécoise de Psychologie, 23*, 165-184.
- Guay, S., Billette, V., Marchand, A. (2006). Exploring the links between post-traumatic stress disorder and social support : Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 327-338.
- Guay, S., Billette, V., Saint-Jean Trudel, E., Marchand, A., & Mainguy, N. (2004). Thérapie de couple et TSPT. *Revue Francophone du Stress et du Trauma, 4*, 81-88.
- Guay, S., Marchand, A., Iucci, S., & Martin, A. (2002). Validation de la version québécoise de l'échelle modifiée des symptômes du trouble d'ÉSPT auprès d'un échantillon clinique. *Revue Québécoise de Psychologie, 23*, 257-267.
- Guay, S., Marchand, A., & O'Connor, K. (2003). L'inventaire de comportements de soutien en situations d'anxiété. Manuscrit non publié. Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

- Hankin, C.S., Spiro, A., Miller, D.R., & Kazis, L. (1999). Mental disorders and mental health treatment among US Department of Veterans Affairs outpatients: the Veterans health study. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1924-1930.
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, *12*, suppl. 1, 25-31.
- Irving, L. L., Telfer, L., & Blake, D. B. (1997). Hope, coping, and social support in combat-related disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *10*, 476-479.
- Johnsen, B. H., Eid, J., Laberg, J. C., & Thayer, J. F. (2002). The effect of sensitization and coping style on post-traumatic stress symptoms and quality of life: Two longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Psychology*, *43*, 181-188.
- Jones, J. C. & Barlow, D. H. (1990). The etiology of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, *10*, 299-328.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding Post-Traumatic Stress: A Psychosocial Perspective on PTSD and Treatment*. Chichester, England: Wiley.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hugues, M., & Nelson, C. B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 1048-1060.
- Kimerling, R., & Calhoun, K. S. (1994). Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 333-340.
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 420-434.
- Ladouceur R., Freeston M. H., Dumont J., Letarte H., Rhéaume J., Thibodeau N., & Gagnon F. (1992). *The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties of*

a French translation. Paper presented at the Annual Convention of the Canadian Psychological Association. Québec, Canada.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lee, K. A., Vaillant, G. E., Torrey, W. C., & Elder, G. H. (1995). A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat. *American Journal of Psychiatry, 152*, 516-522.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy, 28*, 487-495.
- Monroe, S. M. & Steiner, S. C. (1986). Social support and psychopathology: Interrelations with preexisting disorder, stress, and personality. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 29-39.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129* (1), 52-73.
- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine, 25*, 551-603.
- Resick, P. A., Falsetti, S. A., Resnick, H. S., & Kilpatrick, D. G. (1991). *The Modified PTSD Symptom Scale-Self Report*. St. Louis, MO: University of Missouri et Charleston, SC: Crime Victims Treatment and Research Center, Medical University of South Carolina.
- Smyth, J. M. (1998). Written Emotional Expression: Effect Sizes, Outcome Types, and Moderating Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 174-184.
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 279-285.
- Solomon, Z., Waysman, M., & Mikulincer, M. (1990). Family functioning, perceived social support, and combat-related psychopathology: The moderating role of loneliness. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9*, 456-472.

- St-Jean Trudel, E., Guay, S., Marchand, A., & O'Connor, K. (2005). Développement et validation québécoise d'un questionnaire mesurant le soutien social en situation d'anxiété auprès d'une population universitaire. *Revue Santé Mentale au Québec*.
- Statistique Canada (2003). Le supplément pour les Forces Canadiennes de l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes de 2002, rapporté dans : *L'Enquête de Statistique Canada sur la santé mentale dans les FC : une « étape clé »* document procuré en août 2005 à l'adresse électronique suivante : www.forces.gc.ca/health/news_pubs/frgraph/stats_can2003_f.asp
- Summerfeldt, L. J. & Antony, M. M. (2002). Structured and semi-structured interviews. In M. M. Antony & D. M. Barlow (Eds). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 3-37). Toronto: Guilford.
- Tsay, S.-L., Halstead, M. T., McCrone, S. (2001). Predictors of coping efficacy, negative moods and post-traumatic stress syndrome following major trauma. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 74-83.
- Zoellner, L. A., Foa, E. B., & Bartolomew, D. B. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and non sexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 689-700.

Tableau 1

Données sociodémographiques

	Groupe ÉSPT (<i>n</i> = 33)		Groupe de comparaison (<i>n</i> = 20)	
	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>
Base militaire				
Valcartier	90,9	30	80	16
Halifax	9,1	3	20	4
Sexe				
Hommes	100	33	80	16
Femmes	0	0	20	4*
Âge				
20-30 ans	9,1	3	15	3
31-40 ans	63,6	21	60	12
41 ans et plus	27,3	9	25	5
Statut conjugal				
En couple	78,8	26	80	16
Célibataire	15,2	5	15	3
Séparé/Divorcé	6,1	2	5	1
Éducation				
Secondaire ou moins	84,8	28	50	10*
Post-secondaire	15,2	5	50	10
Rang militaire				
Membre Junior non commissionné	81,8	27	55	11*
Membre Senior non commissionné	15,2	5	25	5

				101
Officier	3	1	20	4
Nombre de missions				
1-2	39,4	13	40	8
3-4	45,5	15	50	10
5 et plus	15,2	5	10	2
Durée ÉSPT				
Moins d'un an	12,1	3		
1-10 ans	39,4	13		
Plus de 10 ans	51,5	17		

*Note. * $p < ,05$*

Tableau 2

Analyse de covariance multivariée (MANCOVA) comparant les groupes en ce qui a trait aux mesures de stratégies d'adaptation.

Variables	Groupe ÉSPT		Groupe de comparaison		F
	M	SD	M	SD	
	n = 33		n = 17		
Stratégies d'adaptation					
Réévaluation positive/	1,37	0,64	1,37	0,78	,01
Résolution de problème					
Recherche de soutien	1,61	0,63	1,22	0,66	5,90*
Distanciation/Évitement	1,76	0,61	0,66	0,56	31,91**

Note. * $p < ,05$, ** $p < ,01$

N.B.: Le sexe, le rang et l'éducation ont été entrés comme covariables.

Tableau 3

Corrélations entre le soutien social, les stratégies d'adaptation et l'ajustement psychologique chez les militaires avec un ÉSPT (n = 33).

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Variables cliniques								
1. Symptômes d'ÉSPT	--	,72**	,61**	-,32*	,49**	-,31*	,11	,19
2. Symptômes dépressifs	--	--	,68**	-,28	,52**	-,55**	-,11	,24
3. Inquiétudes	--	--	--	-,24	,49**	-,32*	,03	,37*
Soutien perçu								
4. Interactions positives	--	--	--	--	-,37*	,38*	,40*	,07
5. Interactions négatives	--	--	--	--	--	-,24	-,03	,24
Stratégies d'adaptation								
6. Réévaluation /Résolution de problème	--	--	--	--	--	--	,50**	,24
7. Recherche de soutien	--	--	--	--	--	--	--	,30*
8. Distanciation/Évitement	--	--	--	--	--	--	--	--

Note. * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Tableau 4

Prédiction des symptômes concomitants à l'ÉSPT avec pour variables prédictrices les comportements de soutien dans le groupe présentant un ÉSPT (n = 33).

	Variable critère = symptômes concomitants			
	Symptômes dépressifs		Inquiétudes	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
	β standardisé	β standardisé	β standardisé	β standardisé
Variables prédictives				
Symptômes d'ÉSPT	,72**	,53**	,61**	,40*
Réévaluation +		-,34**		-,24
Distanciation/Évitement		--		,32*
Interactions négatives		,18		,16
R ² Ajusté	,51	,63	,36	,45
F	34,16**	19,08**	18,63**	7,54**
F changement de R ²		6,02**		2,78

Note. * $p < ,05$, ** $p < ,01$.

CHAPITRE IV

CONCLUSION GÉNÉRALE

« Il se faut s'entraider, c'est la loi de la nature »

-Jean de La Fontaine

Conclusion générale

L'engagement militaire accru du Canada sur la scène internationale au cours des deux dernières décennies a amené une augmentation considérable du niveau de stress opérationnel exercé sur les membres des FC, ce qui en fait une population à haut risque de développer un ÉSPT. Bien que des données soient disponibles quant aux facteurs psychologiques et sociaux reliés à la présence de symptômes de stress post-traumatique, peu d'études ont porté sur les variations observées quant au niveau d'adaptation psychologique de ceux qui ont développé un trouble d'ÉSPT, et aucune à notre connaissance n'a été réalisée auprès d'une population de militaires actifs canadiens. Cette thèse doctorale visait donc à combler des lacunes importantes dans le domaine en s'intéressant aux facteurs reliés à l'ajustement psychologique chez une population de militaires souffrant d'un ÉSPT. De façon plus spécifique, cet ouvrage a examiné, au moyen de deux études empiriques distinctes, les relations entre plusieurs composantes du soutien social (positives et négatives), les stratégies d'adaptation utilisées en situation de stress et diverses dimensions de l'ajustement psychologique (symptômes concomitants à l'ÉSPT, détresse psychologique, satisfaction face à la vie). Les principaux résultats obtenus seront exposés en fonction des objectifs propres à chacune de ces études et discutés en regard de leur contribution théorique à l'intérieur de la thèse.

4.1 Résultats sommaires

Objectif de la première étude (article empirique 1): Examiner la contribution de diverses dimensions du soutien social quant au niveau de satisfaction à l'égard de la vie et de détresse psychologique des militaires qui présentent un ÉSPT.

Afin de répondre à cet objectif, une première étude a été réalisée au moyen des données provenant d'une enquête populationnelle réalisée par Statistique Canada, soit l'*Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes : Santé Mentale et Bien-être – Supplément pour les FC - (ESCC 1.2)*. Cette enquête a été menée auprès de 8441 membres

des FC. De ce nombre, seuls ceux ayant répondu aux critères diagnostiques de l'ÉSPT au cours des douze mois précédant l'enquête ($n=179$) ont été retenus aux fins des analyses.

Le concept de soutien a été évalué au moyen de quatre variables distinctes, soit le nombre de confidents rapportés, le niveau perçu de soutien disponible dans l'entourage en cas de besoin (soutien tangible, émotionnel, affectif et interactions sociales positives), le niveau perçu de soutien de la part des collègues au travail et le niveau perçu d'exposition à l'hostilité des collègues. Les dimensions positives et négatives de l'ajustement psychologique ont été mesurées à l'aide de deux indicateurs, soit la satisfaction à l'égard de la vie et la détresse psychologique. Conformément à l'hypothèse avancée, la combinaison de l'ensemble des variables de soutien permet de prédire de façon significative le niveau de satisfaction à l'égard de la vie de même que le niveau de détresse psychologique des militaires ayant eu un ÉSPT dans les douze mois précédant l'enquête, et ce, même en contrôlant pour la part de variance attribuable aux facteurs cliniques (ÉDM 12 mois, durée des symptômes de stress post-traumatique) et sociaux démographiques (âge, statut conjugal, scolarité, rang militaire, revenu). Ce constat s'avère exact tant chez les hommes que chez les femmes.

L'utilisation d'indicateurs multiples du soutien social a permis de nuancer l'importance relative de certaines composantes en regard de la satisfaction face à la vie et de la détresse psychologique. Chez les hommes, le nombre de confidents, une perception de disponibilité élevée de soutien en cas de besoin, de même que le soutien des collègues au travail ont été significativement associés à la variation des scores de satisfaction à l'égard de la vie, alors que chez les femmes, seule une perception élevée de disponibilité de soutien s'est avérée significativement reliée. Ces résultats font ressortir l'importance du soutien social en ce qui a trait à la prédiction de la dimension positive de l'ajustement psychologique, notamment la qualité perçue des ressources sociales (p. ex. émotionnelles, concrètes, interactions sociales positives) dispensées par les proches, conformément à ce qui est observé dans plusieurs études (p.ex., Canadian Institute for Health Information [a], 2009; St-Jean-Trudel, Guay & Marchand, 2009).

En ce qui concerne la prédiction de la détresse psychologique, le nombre de confidents a été négativement associé à la détresse psychologique chez les femmes. Qui plus est, une perception élevée de soutien disponible de la part des proches, de même que de la part des collègues au travail, a été négativement reliée au niveau de détresse, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Ces données vont dans le même sens que les études ayant mis en relief des associations entre une faible disponibilité de soutien et divers indicateurs négatifs de la santé mentale (p.ex., Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Kaniasty, 2005). D'autre part, l'exposition à l'hostilité des collègues contribue à la variation du score de détresse psychologique chez les hommes qui présentent un ÉSPT, ce qui concorde avec les observations d'études antérieures auprès de vétérans de guerre, à savoir que les interactions sociales négatives sont nuisibles à l'adaptation à la suite d'un trauma (Andrews, Brewin & Rose, 2001 ; Zoellner, Foa & Bartholomew, 1999).

Objectif principal de la deuxième étude : Quelles sont les relations entre le soutien social, les stratégies d'adaptation et les symptômes concomitants (symptômes dépressifs, inquiétudes) à l'ÉSPT ?

Afin de répondre à cette question, des données ont été recueillies auprès d'un échantillon clinique de militaires présentant un ÉSPT chronique et recevant des services provenant du centre de santé des bases militaires de Valcartier et d'Halifax. Tel qu'il a été avancé préalablement, les résultats suggèrent l'existence d'une interrelation entre les comportements de soutien que les participants perçoivent avoir reçus de leur proche significatif en situation d'anxiété et les stratégies d'adaptation qu'ils utilisent pour faire face au stress. Plus les militaires rapportent avoir reçu des comportements dits positifs de soutien, plus ils mentionnent faire usage de stratégies de réévaluation positive et de résolution de problème pour faire face au stress et moins ils rapportent de symptômes d'ÉSPT. Ces résultats sont conformes à ce qui est observé par Dirkzawager et ses collaborateurs (2003) dans une étude réalisée auprès de militaires allemands. De façon parallèle, plus ils rapportent de comportements dits de coercitions et critiques, plus ils tendent à utiliser des stratégies de distanciation et d'évitement (bien que cette relation

n'atteigne pas le seuil de signification statistique) et plus ils font mention de symptômes d'ÉSPT et de symptômes concomitants (dépression et inquiétudes).

En ce qui a trait à la prédiction des symptômes concomitants à l'ÉSPT, les stratégies d'adaptation de type *réévaluation positive/résolution de problème* offrent une contribution unique significative à la variation des scores de symptômes dépressifs (plus les militaires rapportent faire usage de ce type de stratégies, moins ils mentionnent présenter de symptômes dépressifs), alors que les stratégies de type *distanciation/évitement* présentent une contribution unique significative à la variation des scores reflétant la tendance aux inquiétudes (plus les répondant disent avoir recours à l'évitement, plus ils rapportent une tendance élevée aux inquiétudes). Ces résultats proposent que les différentes stratégies d'adaptation utilisées pour faire face au stress puissent affecter le développement de divers symptômes concomitants à l'ÉSPT via des processus distincts.

4.2 Contribution théorique de la thèse

Sommairement, les deux études présentées s'inscrivent en complémentarité, leur méthodologie respective permettant de pallier à certaines limites propres à chacune considérée individuellement. La première tient compte de divers aspects du soutien, provenant à la fois des proches et de l'environnement de travail, tout en étudiant les divergences chez les hommes et les femmes. Cette évaluation différentielle selon le sexe est rendue possible grâce à la vaste taille de l'échantillon, recruté au sein de la population générale des FC. La deuxième étude permet pour sa part l'intégration de mesures spécifiques des interactions sociales à la fois positives et négatives avec l'entourage en situation d'anxiété de même que des stratégies d'adaptation utilisées en situation de stress. Qui plus est, cette dernière est réalisée auprès d'une population clinique de militaires aux prises avec un ÉSPT chronique, pouvant présenter des caractéristiques particulières en terme d'intensité de la symptomatologie. De façon conjointe, les deux articles offrent une meilleure couverture des divers éléments permettant de répondre à l'objectif général de la thèse.

Globalement, les résultats obtenus confirment l'importance du soutien social et des stratégies d'adaptation en ce qui a trait à l'ajustement psychologique des militaires aux prises avec un ÉSPT, tout en nous aiguillant sur les nuances à apporter selon le sexe, les types de comportements de soutien évalués et les indicateurs d'ajustement psychologique considérés. Ils suggèrent des pistes de réflexion quant aux mécanismes d'action par lesquels les diverses composantes du soutien et les stratégies d'adaptation sont susceptibles d'exercer leur influence sur des aspects spécifiques de la santé mentale. En outre, ils nous éclairent sur l'utilité de distinguer les dimensions positives et négatives de la santé mentale. Une discussion succincte de l'apport théorique de l'ensemble des résultats en regard de chacun de ces points sera ici effectuée.

4.2.1 Précisions quant aux dimensions et à la provenance du soutien social

D'abord, les résultats ont permis d'apporter des précisions quant aux dimensions du soutien social qui sont reliées à la santé mentale chez les militaires qui souffrent d'un ÉSPT. À ce chapitre, les données reflètent l'importance de considérer les multiples facettes du soutien social pour une compréhension plus approfondie des processus par lesquels ces composantes sont susceptibles d'agir sur la santé. Il importe notamment de considérer à la fois les interactions positives et négatives pouvant émaner du réseau de soutien, puisque ces deux aspects offrent une contribution unique significative à la variation des scores d'ajustement psychologique, conformément à ce qui est observé dans plusieurs études sur la santé mentale (Caron & Guay, 2005). Ainsi, chez les militaires qui présentent un ÉSPT, il est probable que le fait d'avoir accès à des interactions sociales positives ou encore à de l'aide concrète favorise l'émergence de moments agréables ou encore leur permet d'effectuer certaines réalisations (notamment au travail) en dépit de la présence des symptômes de stress post-traumatique, ce qui augmente leur satisfaction à l'égard de la vie. De plus, en s'appuyant sur les résultats obtenus dans cette thèse, de même que sur le modèle d'atténuation du stress décrit par Cohen et ses collaborateurs (2000), il est plausible d'avancer que la perception de disponibilité de ressources d'aide vienne atténuer

l'évaluation de danger potentiel par rapport à une situation donnée, ce qui contribue à diminuer la détresse psychologique. Le fait d'avoir des personnes à qui se confier par rapport aux difficultés découlant de l'ÉSPT peut aussi prévenir des modes de réactions inadaptés et ainsi atténuer la détresse. Cette idée est d'ailleurs appuyée par les résultats de la deuxième étude, qui observe une relation entre les types de comportements de soutien que la personne avec un ÉSPT perçoit avoir reçus en situation d'anxiété et les stratégies d'adaptation qu'elle utilise (p. ex., plus la personne rapporte avoir reçu des comportements de soutien positifs, tel que de l'aide pour affronter ses peurs, plus elle mentionne faire usage de stratégies de type réévaluation positive).

L'aspect négatif du réseau social semble pour sa part relié uniquement à la dimension dite négative de la santé mentale (la détresse psychologique, l'intensité des symptômes d'ÉSPT et des symptômes concomitants), aucune relation n'ayant été observée avec la satisfaction à l'égard de la vie. Ainsi, tel qu'il a été avancé par Rauktis et ses collaborateurs (1995), il est possible de concevoir les interactions négatives comme un stressor supplémentaire venant augmenter le niveau de détresse psychologique.

D'autre part, cette thèse met en relief l'importance de considérer la provenance du soutien. La première étude a innové dans le domaine, en s'intéressant à la fois au soutien des proches et au soutien relié à l'environnement de travail. Les résultats indiquent que ces deux sources de soutien offrent une contribution unique significative à la variation des scores d'ajustement psychologique, suggérant qu'une attention soit portée à chacun de ces aspects d'un point de vue clinique. Il peut s'avérer d'autant plus important de considérer le soutien au travail chez une population de militaires, dans un contexte où le trouble de santé mentale est fréquemment associé aux opérations professionnelles exercées. À cet égard, il convient de conserver à l'esprit que des interactions sociales négatives peuvent émerger du contexte de travail et venir affecter négativement l'ajustement émotionnel des militaires. Rappelons ici que dans la première étude, l'exposition à l'hostilité des collègues ressort comme un facteur offrant une contribution unique significative à la variation des scores de détresse psychologique chez les hommes. En outre, tant l'animosité exprimée par les collègues que le soutien positif procuré par ces derniers en milieu de travail pourraient

affecter l'ajustement psychologique de ceux ayant développé un ÉSPT. Davantage d'études seront nécessaires afin de corroborer ces observations.

4.2.2 Précisions quant aux nuances observées selon le sexe

Cette thèse amène un éclaircissement sur les nuances à apporter entre les hommes et les femmes en ce qui a trait à la relation entre le soutien et la santé mentale. Les résultats de la première étude suggèrent que le sexe modère la force de la relation entre l'ensemble des variables soutien, puis la satisfaction face à la vie et la détresse psychologique. Un examen séparé des données selon le sexe semble refléter une force d'association globalement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (quoique certaines nuances soient observées selon la dimension du soutien considérée). Ces résultats vont dans le même sens que ceux d'études réalisées auprès d'autres populations, qui mettent en évidence une association entre le bien-être et le soutien uniquement chez les femmes (Acitelli & Antonucci, 1994; Manne, Taylor, Dougherty & Kemeny, 1997; St-Jean Trudel et al., 2009). Ainsi, ils donnent du poids à l'hypothèse voulant les femmes soient plus réceptives au soutien que les hommes et en bénéficient davantage (Caron & Guay, 2005). D'autre part, ces résultats pourraient également s'expliquer par le fait que les femmes soient plus sensibles à une érosion de leur réseau de soutien. Soulignons d'ailleurs que dans la première étude de cette thèse, les femmes rapportent bénéficier de moins de soutien disponible de la part de leurs proches et de leurs collègues de travail que leurs homologues masculins. Ceci s'inscrit à contre-courant avec ce qui est majoritairement observé dans les études s'étant intéressées aux relations entre le sexe et le soutien social (Coventry, Gillespie, Heath, & Martin, 2004; St-Jean Trudel et al., 2009; Taylor et al., 2000). Qui plus est, les femmes indiquent être exposées à davantage d'hostilité au travail que les hommes. Il est possible que la population des femmes militaires se distingue de la population des femmes civiles en ce qui a trait à leur réseau de soutien. Ainsi, le fait de graviter à l'intérieur d'un univers à prédominance masculine, où certaines valeurs plus traditionnellement associées aux hommes sont prônées (p.ex., force et bravoure), peut rendre difficile l'intégration et l'obtention de soutien au sein du groupe, du moins chez celles qui présentent un ÉSPT.

4.2.3 Spécification des relations entre soutien social et stratégies d'adaptation

Des modèles théoriques de l'impact du soutien social sur la santé (modèle d'atténuation du stress) de même que des modèles étiologiques de l'ÉSPT (modèle de Joseph, William & Yule, 1997) stipulent que le soutien social exerce son influence sur la santé mentale et l'ÉSPT en favorisant l'adoption de certains modes de gestion du stress. Or, peu de données empiriques étaient disponibles pour comprendre et appuyer la façon dont ces facteurs psychosociaux s'avèrent reliés entre eux. Les résultats de la deuxième étude ont donc permis d'éclaircir la question, en mettant en évidence des relations spécifiques entre les divers types de soutien (positif et négatif) que les militaires avec un ÉSPT perçoivent avoir reçu de leur proche et les stratégies d'adaptation qu'ils utilisent pour faire face au stress. Ainsi, à l'instar de ce qui est avancé dans le modèle élaboré par Joseph et ses collaborateurs (1997), les données permettent de supposer que les interactions sociales que les militaires vivent avec leur proche influencent le choix des stratégies qu'ils emploient pour gérer leur stress, ces stratégies pouvant ensuite contribuer à l'émergence de symptômes de stress post-traumatique et autres symptômes concomitants (dépression et inquiétudes). Il est néanmoins probable que la relation entre le soutien et les stratégies d'adaptation soit bidirectionnelle, la façon dont un individu réagit au stress pouvant influencer le type de comportements de soutien qu'il reçoit de ses proches. À titre d'exemple, plus une personne perçoit que son entourage critique sa façon de réagir en situation d'anxiété, plus elle risque d'éviter les situations qui génèrent du stress chez elle et de prendre ses distances face à son entourage. L'attitude de retrait peut alors susciter l'émergence de davantage de critiques de la part des proches. Des études longitudinales seront nécessaires afin de nous renseigner davantage sur la nature directionnelle des relations entre ces variables.

4.2.4 Importance de considérer des indicateurs multiples de santé mentale

Les résultats de cette thèse alimentent la réflexion sur la pertinence de distinguer des indicateurs multiples de santé mentale chez les personnes aux prises avec un ÉSPT. Bien qu'il n'existe pas de consensus dans la communauté scientifique quant aux mesures à utiliser pour évaluer le concept de santé mentale, les résultats de plusieurs recherches démontrent que ce concept comporte plusieurs dimensions, souvent regroupées sous la classification de santé mentale positive (p.ex., qualité de vie, satisfaction face à la vie) ou négative (p.ex., détresse psychologique, trouble de santé mentale) (Canadian Institute for Health Information [b], 2009). Des associations ont certes été observées entre la dimension positive de la santé mentale et les indicateurs de maladie. Néanmoins, ces concepts ne semblent pas représenter les pôles opposés d'un même continuum (Drapeau, Rousseau et Boivin, 2005). Les données de la présente thèse appuient d'ailleurs la distinction entre les composantes positives et négatives de la santé mentale, telles qu'évaluées au moyen de la satisfaction à l'égard de la vie et la détresse psychologique. En effet, chacune des composantes de l'ajustement psychologique évaluées présentent des associations différentes avec les mesures de soutien chez les militaires qui présentent un ÉSPT. À titre d'exemple, l'exposition à l'hostilité des collègues a été reliée à la détresse psychologique, mais non à la satisfaction à l'égard de la vie. D'autre part, rappelons que les résultats de la deuxième étude ont mis en évidence des relations distinctes entre certaines stratégies d'adaptation et l'intensité des symptômes dépressifs et des inquiétudes. L'ensemble de ces résultats souligne l'importance de tenir compte de différentes dimensions de la santé mentale afin de mieux nuancer les relations spécifiques entre divers facteurs psychosociaux et l'ajustement psychologique et ainsi intervenir de façon plus ciblée selon l'objectif visé.

4.3 Limites de la thèse et avenues futures de la recherche

Les conclusions de la présente thèse doivent être considérées à l'intérieur de certaines limites. Une de celles-ci concerne la taille restreinte de l'échantillon de la deuxième étude, qui limite la possibilité de détecter l'effet de certaines variables en ce qui a trait à la prédiction des symptômes concomitants. Le nombre restreint de participants invite également à la prudence quant à la généralisation des résultats à l'ensemble des militaires

qui présentent un ÉSPT. Par ailleurs, rappelons que la première étude offre sur cet aspect l'avantage d'une représentativité exceptionnelle de la population d'intérêt.

Une seconde limite concerne l'utilisation exclusive de questionnaires pour mesurer la majorité des variables d'intérêt. Ce type de mesure repose entièrement sur la perception des répondants, qui peut s'avérer biaisée par la présence de symptômes anxieux et dépressifs. Cette information s'avère néanmoins très utile au point de vue clinique, puisque les cliniciens sont appelés à travailler d'abord et avant tout avec la vision subjective des clients. Par ailleurs, il pourrait être pertinent d'ajouter des mesures d'observation directe des comportements de soutien dans des études futures. Un aspect novateur de cette thèse consiste à avoir mis en évidence la contribution du soutien et de l'hostilité en milieu de travail dans les variations du niveau d'ajustement psychologique des militaires. Ces variables permettent de prendre en considération le contexte militaire en ce qui a trait à l'adaptation psychologique des membres des FC. Ce point semble d'autant plus important chez une population à risque de développer un trouble découlant de leurs fonctions professionnelles. Notons cependant que la mesure utilisée dans l'étude 1 évaluait le soutien et l'hostilité au travail de façon générale, sans préciser si ces comportements d'aide (ou ces interactions négatives) étaient en lien avec leurs symptômes d'anxiété. L'utilisation d'une mesure permettant de cibler les divers comportements de soutien (positifs et négatifs) que les militaires perçoivent avoir reçu (ou non) en situation d'anxiété au travail pourrait faciliter la mise sur pied de stratégies d'intervention spécifiques appropriées.

Enfin, un dernier aspect important à considérer en ce qui a trait à la portée des résultats concerne le devis corrélationnel et transversal des études. Ce type de devis méthodologique ne permet pas l'induction de liens de causalité entre les variables d'intérêt. Néanmoins, l'hypothèse avancée d'une relation causale entre la disponibilité de soutien perçu, les stratégies d'adaptation déployées pour faire face au stress et l'ajustement psychologique observé se voit appuyé par les travaux réalisés en laboratoire par Pierce et ses collaborateurs (1998). À l'aide de manipulations expérimentales, ces chercheurs ont mis en évidence que le fait d'activer des attentes positives ou négatives concernant la

disponibilité de soutien interpersonnel exerce une influence sur l'état affectif rapporté de même que sur les stratégies d'adaptation envisagées en situation de stress. Ces résultats donnent du poids à l'hypothèse causale suggérant que les diverses dimensions du soutien (positives et négatives) viennent affecter l'ajustement psychologique des militaires qui souffrent d'un ÉSPT. Il serait néanmoins intéressant que des études prospectives soient mises en place dès la survenue du trauma et l'apparition de l'ÉSPT afin de préciser les relations temporelles entre les comportements de soutien, les stratégies d'adaptation et l'ajustement psychologique futur des militaires.

4.4 Implications cliniques

Dans une perspective clinique, certains peuvent nourrir le questionnement suivant : Pourquoi s'intéresser aux corrélats de diverses dimensions de la santé mentale (positive et négative) chez ceux qui présentent un ÉSPT, plutôt que de cibler directement les symptômes de stress post-traumatique et ainsi observer une amélioration subséquente des indicateurs de l'ajustement psychologique? Pour répondre à ce questionnement, il convient de souligner que l'ÉSPT demeure une condition chronique chez une proportion considérable d'individus qui en souffrent. Bien qu'il existe des traitements reconnus efficaces pour l'ÉSPT, plusieurs (au moins 40 %) ne répondent pas aux interventions relevant des meilleures pratiques (Foa, Davidson, & Frances, 1999; Tarrier, Sommerfield, Pilgram, & Humphreys, 1999). L'efficacité paraît d'ailleurs encore plus faible chez les militaires et les anciens combattants que chez les civils (Institute of Medicine, 2008; Creamer & Forbes, 2004). Dans ce contexte, il apparaît fort pertinent de s'intéresser aux facteurs associés à la détresse psychologique de même qu'à la présence de symptômes comorbides, ces variables pouvant venir interférer avec l'efficacité du traitement. D'autre part, l'amélioration de la dimension positive de la santé mentale, telle que la satisfaction à l'égard de la vie, peut s'avérer une cible thérapeutique très pertinente en vue d'optimiser la qualité de vie, et ce, en dépit de la présence des symptômes propres à l'ÉSPT. Dans cette optique, l'objectif ultime de cette thèse visait à amener un éclairage quant aux pistes d'interventions susceptibles de bonifier le niveau d'ajustement psychologique (satisfaction

à l'égard de la vie, détresse psychologique, symptômes concomitants à l'ÉSPT) des militaires qui souffrent d'un ÉSPT.

Dans un premier temps, les données suggèrent qu'une évaluation systématique de la perception du soutien social de même que des stratégies d'adaptation utilisées pour faire face au stress devrait faire partie intégrante de toute évaluation initiale en vue d'un traitement pour ÉSPT. Les résultats soulignent l'importance d'accorder une attention à la fois aux interactions positives et négatives pouvant émaner du réseau de soutien. Qui plus est, la perception du soutien et de l'hostilité provenant de l'environnement de travail ressort comme un élément important à examiner chez les militaires qui présentent un ÉSPT. En outre, le sexe de la personne paraît également important à considérer, les femmes et les hommes paraissant affectés de façon différentielle par les dimensions de soutien évaluées.

Chez ceux et celles pour qui des problèmes sont identifiés relativement à l'une ou l'autre des composantes de soutien, des interventions visant à corriger le dit problème devraient être envisagées. Le choix des interventions à privilégier découle ici de la nature des problèmes de soutien identifiés et de la source perçue de l'insatisfaction. Il est possible que les difficultés prennent leur origine d'une perception erronée du soutien dont ils bénéficient ou encore qu'ils reposent sur un déficit réel. Afin de préciser l'origine du déficit perçu de la qualité du soutien, une observation directe des habiletés de communication et des comportements de soutien peut être effectuée, afin d'évaluer la qualité des interactions entre la personne qui présente un ÉSPT et son proche significatif. Dans le cas d'une perception irrationnelle du soutien reçu, des techniques de restructuration cognitive peuvent être employées pour réviser les distorsions relevées. Dans le cas d'un déficit réel, différentes interventions peuvent être considérées pour rétablir l'équilibre dans le réseau de soutien. Des interventions visant à améliorer les habiletés à la communication entre la personne qui présente un ÉSPT et son proche significatif pourraient ici être envisagées. À cet égard, notons que certains programmes d'entraînement aux habiletés interpersonnelles ont été développés pour aider à corriger les difficultés relevées en ce qui a trait à la vie sociale (Boisvert & Beaudry, 1984). Un programme d'entraînement à la communication

suivi en présence d'un proche significatif pourrait faciliter la clarification des besoins de soutien de la personne qui répond aux critères de l'ÉSPT et la qualité de la réponse offerte aux besoins exprimés. Dans cette même optique, un volet intervention auprès des proches pourrait être inclus à l'intérieur d'une thérapie cognitivo-comportementale de l'ÉSPT, ciblant directement la diminution des interactions négatives et le renforcement des comportements de soutien positif. À cet effet, notons qu'une étude réalisée par Guay et ses collaborateurs (2006) suggère que le fait d'intégrer le conjoint ou un proche significatif à la thérapie pour trois rencontres s'avère prometteur pour optimiser l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental de l'ÉSPT. À l'intérieur de cette étude, la première rencontre était effectuée auprès du proche et portait sur la psychoéducation concernant l'ÉSPT et les comportements de soutien aidants et non aidants. Les deux autres rencontres ont été réalisées en présence de la victime et du proche significatif afin 1) de faciliter l'échange sur les comportements soutien désirés et perçus, de même que sur les changements observés en cours de thérapie et 2) de discuter des stratégies de prévention de la rechute.

D'autre part, les groupes de soutien par les pairs, tel que le groupe OSISS (Operational Stress Injuries, Social Support) qui s'adresse aux militaires et aux anciens combattants canadiens, peuvent être utilisés pour pallier certains déficits dans le réseau de soutien. Ce type de ressources peut s'avérer particulièrement bénéfique dans un contexte où de nombreux stigmas sont associés au problème (Hogan, Linden & Najarian 2002), comme c'est le cas chez la population des militaires. Qui plus est, les données recueillies à propos des événements émotionnels difficiles vécus dans un cadre professionnel confirment le rôle essentiel exercé par les collègues de travail en ce qui a trait au partage social émotionnel (Rimé, 2009). Plusieurs militaires ayant vécu des expériences marquées par des émotions fortes affirment ne pas avoir partagé ces expériences avec leurs proches suite à leur retour. Tel qu'il est avancé par Rimé, il est probable que l'expérience vécue par les militaires soit trop éloignée du cadre de vie ordinaire de leurs proches, ces derniers ne disposant pas de la culture leur permettant de comprendre leur récit et d'y réagir de façon appropriée en termes d'intérêt et d'empathie. Cet « écart expérientiel » important observé avec les proches peut mener les militaires à préférer partager leur vécu émotionnel auprès de leurs homologues

ayant traversé des expériences similaires. Dans ce contexte, les groupes d'entraide tel que OSISS peuvent favoriser une meilleure résonance émotionnelle chez ceux présentant un ÉSPT. D'autre part, soulignons que des interventions pourraient être considérées à un niveau plus organisationnel au sein des FC afin de diminuer l'hostilité des collègues par rapport aux membres affectés par une blessure opérationnelle.

Enfin, les résultats suggèrent des pistes d'intervention qui débordent des stratégies usuelles pour le traitement de l'ÉSPT, afin d'adresser certains symptômes concomitants au trouble. Une attention particulière devrait être portée aux stratégies d'adaptation que la personne utilise pour gérer son stress, et ce, notamment en présence conjointe de symptômes dépressifs élevés ou d'inquiétudes importantes. Le choix des stratégies à travailler en priorité (réévaluation positive versus évitement) pourrait être guidé par la prédominance des symptômes dépressifs ou des inquiétudes dans le tableau clinique. D'autres études seront toutefois nécessaires afin de corroborer les données de la présente thèse sur ce sujet.

En conclusion, cette thèse a permis de préciser les relations entre le soutien social, les stratégies d'adaptation et diverses dimensions de l'ajustement psychologique des militaires qui présentent un ÉSPT. Les études présentées ont pris en considération plusieurs composantes du soutien (positives et négatives), tout en intégrant des variables de stress et de soutien reliées à l'environnement de travail. De plus, la valeur prédictive des stratégies d'adaptation et des comportements de soutien a été examinée en ce qui a trait à l'intensité des symptômes dépressifs et des inquiétudes, ce qui a permis une meilleure compréhension des facteurs associés aux symptômes concomitants à l'ÉSPT. L'ensemble des résultats confirme l'importance de considérer le soutien social et les stratégies d'adaptation en vue d'optimiser la satisfaction à l'égard de la vie et de diminuer la détresse psychologique et les symptômes concomitants à l'ÉSPT chez une population de militaires ayant développé un ÉSPT.

Références

- Acitelli, L., & Antonucci, T. (1994). Gender differences in the link between marital support and satisfaction in older couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 688-698.
- Andrews, B., Brewin, C.R., & Rose, S. (2001). *The role of social support in the prediction of PTSD in victims of violent crime*. Symposium presented at the word congress of behavioural and cognitive therapies, Vancouver, Canada.
- Boisvert, J.-M. & Beaudry, M. (1984). Les difficultés interpersonnelles et l'entraînement aux habiletés sociales. Dans Fontaine, O., Cottraux, J. & Ladouceur, R. (1984). *Cliniques de Thérapie Comportementale*, Ed. Pierre Mardaga, pp. 75-89.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analyses of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 68 (5), 748-766.
- Canadian Institute for Health Information (a) (2009). *Improving the Health of Canadians: Exploring the Role of Positive Mental Health in Health*. Ottawa: CIMH, ISBN 978-1-55465-490-1 (PDF).
- Canadian Institute for Health Information (b) (2009). *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health*. Ottawa: CIMH, ISBN 978-1-55465-490-1 (PDF).
- Caron, J. & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale: Concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Revue Santé Mentale au Québec*, 30 (2): 15-41.
- Cohen, S., Gottlieb, B.H., & Underwood, L.G. (2000). Social relationships and health. In Cohen, S., Underwood, L.G., Gottlieb, B.H., éd. *Social Support Measurement and Intervention*, New York, Oxford University Press, 3-25.
- Coventry, W. L., Gillespie, N. A., Heath, A. C., & Martin, N. G. (2004). Perceived Social Support in a Large Community Sample : Age and Sex Differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 625-636.

- Creamer, M. & Forbes, D. (2004). Military Populations. In *Advances in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Cognitive-Behavioral Perspectives*. Springer Publishing Company, pp. 153-173.
- Dirkzwager, A., Bramsen, I., & Ploeg, H. M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 34, 1545-1559.
- Drapeau, A., Rousseau, C., Boivin, J.-F. (2005). Mesure de la santé mentale dans une enquête longitudinale populationnelle. Dans *Connaître, Débattre et Décider : la Contribution d'une Enquête Socio-Économique et de Santé Intégrée et Longitudinale*. Québec : Institut de la statistique du Québec, pp. 89-120.
- Foa, E.B., Davidson, J.R.T., & Frances A. (1999). Treatment of posttraumatic stress disorder : The expert consensus guideline series. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1-76.
- Guay, S., Marchand, A., St-Jean Trudel, E., Billette, V., & Mainguy, N. (2006). *Impact de la participation du conjoint dans la thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble de stress post-traumatique: résultats d'une étude pilote*. Communication par affichage présentée au 28^e congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Montréal, 17-19 mars.
- Hogan, B., Linden, W. & Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22, 381-440.
- Institute of Medicine - Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (2008). *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An assessment of the Evidence*. The National Academy Press, Washington DC., 224 p.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding Post-Traumatic Stress: A Psychosocial Perspective on PTSD and Treatment*. Chichester, England: Wiley.
- Kaniasty, K. (2005). Social support and traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 16, 1-3.
- Manne SL, Taylor KL, Dougherty J, Kemeny N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavior Medicine*, 20, 101-125.

- Pierce, T. & Lydon, J. (1998). Priming relational schemas: effects of contextually activated and chronically accessible interpersonal expectations on responses to a stressful event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (6), 1441-1448.
- Rauktis, M.E., Koeske, G.F., & Tereshko, O. (1995). Negative social interactions, distress and depression among those caring for a seriously and persistently mentally ill relative. *American Journal of Community Psychology*, 23, 279-299.
- Rimé, B. (2009). À qui parlons-nous de nos émotions? Dans Rimé, B. (2009). *Le partage social des émotions*. Quadrige, Paris, pp.139-157.
- St-Jean Trudel, E., Guay, S. & Marchand, A. (2009). Les relations entre le soutien social, le bien-être et la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux : résultats d'une enquête nationale. *Canadian Journal of Public Health*, 100, 148-152.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgram, H., Humphreys, L. (1999). Twelve month follow-up of a trial of cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of PTSD. *British Journal of Psychiatry*, 175, 571-575.
- Taylor, S.E., Cousino, K., L., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females : Tend-and-befriend, not fight-to-flight. *Psychological Review*, 107 (3), 411-429.
- Zoellner, L.A., Foa, E.B., Bartolomew, D.B. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and non sexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 689-700.

APPENDICE A

**ÉCHELLE MODIFIÉE DES SYMPTÔMES DU TROUBLE DE STRESS POST-
TRAUMATIQUE**

EMST

Le but de ce questionnaire est de mesurer la fréquence et la sévérité des symptômes dans les deux dernières semaines. Utilisez l'échelle de fréquence pour encerclez la fréquence des symptômes dans la colonne située à la gauche de chacun des énoncés. Ensuite, à l'aide de l'échelle de sévérité, encerclez la lettre qui correspond le mieux à la sévérité de chacun des énoncés.

Fréquence:

0 Pas du tout

1 1 fois par semaine ou moins/ un petit peu/ une fois de temps en temps

2 2 à 4 fois par semaine/ assez/ la moitié du temps

3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup/ presque toujours

Sévérité:

A Pas du tout perturbant

B Un peu perturbant

C Modérément perturbant

D Très perturbant

E Extrêmement perturbant

Fréquence					Énoncé	Sévérité				
Pas du tout Presque toujours						Pas du tout Extrêmement perturbant				
0	1	2	3		1. Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement? (répétitifs et envahissants)	A	B	C	D	E
0	1	2	3		2. Avez-vous eu et continuez-vous à avoir de mauvais rêves ou des cauchemars concernant l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3		3. Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre l'événement, d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se produisait?	A	B	C	D	E
0	1	2	3		4. Avez-vous été perturbé et continuez-vous à être perturbé de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3		5. Avez-vous des réactions PHYSIQUES intenses lorsqu'on vous rappelle l'événement? (ex.: sueurs, palpitations, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3		6. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3		7. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3		8. Y-a-t-il des aspects importants de l'événement dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler?	A	B	C	D	E

0	1	2	3	9.	Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis l'événement?	A	B	C	D	E

Fréquence:

- 0 Pas du tout
- 1 1 fois par semaine ou moins/ un petit peu/ une fois de temps en temps
- 2 2 à 4 fois par semaine/ assez/ la moitié du temps
- 3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup/ presque toujours

Sévérité:

- A Pas du tout perturbant
- B Un peu perturbant
- C Modérément perturbant
- D Très perturbant
- E Extrêmement perturbant

0	1	2	3	10. Vous êtes vous senti détaché ou coupé des gens autour de vous depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	11. Avez-vous senti que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué? (ex.: incapable d'avoir des sentiments amoureux, sentiment d'être sans émotions, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	12. Avez-vous perçu que vos plans ou vos espoirs futurs ont changé en raison de l'événement? (ex.: plus de carrière, mariage, enfants, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	13. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	14. Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porté à éclater soudainement en colère?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	15. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	16. Êtes-vous excessivement en état d'alerte depuis l'événement? (ex.: vérifier ce qui est autour de vous, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	17. Avez-vous été plus nerveux, plus facilement effrayé depuis l'événement?	A	B	C	D	E

APPENDICE B

INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK-II

BDI-II

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'**énoncé** qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerchez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerchez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'**un seul** énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

<p>1. Tristesse</p> <p>0 Je ne me sens pas triste.</p> <p>1 Je me sens très souvent triste.</p> <p>2 Je suis tout le temps triste.</p> <p>3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.</p> <p>2. Pessimisme</p> <p>0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.</p> <p>1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.</p> <p>2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.</p> <p>3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.</p> <p>3. Échecs dans le passé</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).</p> <p>1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.</p> <p>2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.</p> <p>3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.</p> <p>4. Perte de plaisir</p> <p>0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.</p> <p>1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.</p> <p>2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p> <p>3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p>	<p>5. Sentiments de culpabilité</p> <p>0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.</p> <p>1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.</p> <p>2 Je me sens coupable la plupart du temps.</p> <p>3 Je me sens tout le temps coupable.</p> <p>6. Sentiment d'être puni(e)</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).</p> <p>1 Je sens que je pourrais être puni(e).</p> <p>2 Je m'attends à être puni(e).</p> <p>3 J'ai le sentiment d'être puni(e).</p> <p>7. Sentiments négatifs envers soi-même</p> <p>0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.</p> <p>1 J'ai perdu confiance en moi.</p> <p>2 Je suis déçu(e) par moi-même.</p> <p>3 Je ne m'aime pas du tout.</p> <p>8. Attitude critique envers soi</p> <p>0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.</p> <p>2 Je me reproche tous mes défauts.</p> <p>3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.</p> <p>9. Pensées ou désirs de suicide</p> <p>0 Je ne pense pas du tout à me suicider.</p> <p>1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.</p> <p>2 J'aimerais me suicider.</p> <p>3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.</p>
---	---

<p>10 Pleurs</p> <p>0 Je ne pleure pas plus qu'avant.</p> <p>1 Je pleure plus qu'avant.</p> <p>2 Je pleure pour la moindre petite chose.</p> <p>3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.</p> <p>11 Agitation</p> <p>0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.</p> <p>1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.</p> <p>2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.</p> <p>3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.</p> <p>12 Perte d'intérêt</p> <p>0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.</p> <p>1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.</p> <p>2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.</p> <p>3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.</p> <p>13 Indécision</p> <p>0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.</p> <p>1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.</p> <p>2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.</p> <p>3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.</p> <p>14 Dévalorisation</p> <p>0 Je pense être quelqu'un de valable.</p> <p>1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.</p> <p>2 Je me sens moins valable que les autres.</p> <p>3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.</p> <p>15 Perte d'énergie</p> <p>0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.</p> <p>1 J'ai moins d'énergie qu'avant.</p> <p>2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.</p> <p>3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.</p>	<p>16 Modifications dans les habitudes de sommeil</p> <p><u>0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.</u></p> <p>1a Je dors un peu plus que d'habitude.</p> <p><u>1b Je dors un peu moins que d'habitude.</u></p> <p>2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.</p> <p><u>2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.</u></p> <p>3a Je dors presque toute la journée.</p> <p>3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.</p> <p>17 Irritabilité</p> <p>0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus irritable que d'habitude.</p> <p>2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.</p> <p>3 Je suis constamment irritable.</p> <p>18 Modifications de l'appétit</p> <p><u>0 Mon appétit n'a pas changé.</u></p> <p>1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.</p> <p><u>1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.</u></p> <p>2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.</p> <p><u>2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.</u></p> <p>3a Je n'ai pas d'appétit du tout.</p> <p>3b J'ai constamment envie de manger.</p> <p>19 Difficulté à se concentrer</p> <p>0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.</p> <p>1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.</p> <p>2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.</p> <p>3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.</p> <p>20 Fatigue</p> <p>0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.</p> <p>1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.</p> <p>2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.</p> <p>3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.</p> <p>21 Perte d'intérêt pour le sexe</p> <p>0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.</p> <p>1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.</p> <p>2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.</p> <p>3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.</p>
--	---

APPENDICE C

QUESTIONNAIRE SUR LES INQUIÉTUDES DE PENN STATE

QUESTIONNAIRE SUR LES INQUIÉTUDES DE PENN STATE

Veillez utiliser l'échelle pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous.

COCHEZ VOTRE RÉPONSE

	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant
1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas.					
2. Mes inquiétudes me submergent.					
3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter.					
4. Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter.					
5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter mais je n'y peux rien.					
6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.					
7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout.					
8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.					
9. Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire.					
10. Je ne m'inquiète jamais.					
11. Quand je n'ai plus rien à faire au sujet d'un tracas, je ne m'en inquiète plus.					
12. J'ai été inquiet tout au long de ma vie.					
13. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.					
14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter.					
15. Je m'inquiète tout le temps.					
16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés.					

Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, & Borkovec TD (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.

©Tous droits réservés, Université Laval, 1991. Traduit par Hélène Letarte, Mark Freeston & Robert Ladouceur.

Ladouceur R, Freeston MH, Dumont J, Letarte H, Rhéaume J, Thibodeau N, & Gagnon F (1992). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties of a French translation. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 33, 240.

APPENDICE D

INVENTAIRE DE SOUTIEN SOCIAL EN SITUATION D'ANXIÉTÉ

Comportements de soutien en situation d'anxiété

Consignes : Tout d'abord, veuillez identifier votre confident le plus significatif (si vous êtes en couple vous devez choisir votre conjoint-e) et inscrire son nom ainsi que le lien que vous avez avec elle (conjoint, parent, ami, etc.) _____

« Quand je vis une situation où je suis visiblement très anxieux-se ou angoissé-e il-elle: »

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1.	me donne des conseils	1	2	3	4	5
2.	me dit d'éviter ou de fuir la situation	1	2	3	4	5
3.	reste calme	1	2	3	4	5
4.	est impatient-e avec moi	1	2	3	4	5
5.	me dit de prendre des médicaments	1	2	3	4	5
6.	se plaint de mes difficultés	1	2	3	4	5
7.	critique ma façon de réagir	1	2	3	4	5
8.	me demande comment je me sens	1	2	3	4	5
9.	essaie de me changer les idées	1	2	3	4	5
10.	fait des blagues qui me détendent	1	2	3	4	5
11.	fait des blagues qui me stressent	1	2	3	4	5
12.	me dit quoi faire	1	2	3	4	5
13.	essaie de me distraire	1	2	3	4	5
14.	manifeste de la peur	1	2	3	4	5
15.	me dit que j'exagère	1	2	3	4	5
16.	m'accompagne dans mes déplacements	1	2	3	4	5
17.	tente de me rassurer	1	2	3	4	5
18.	me dit qu'il-elle ne comprend pas mon problème	1	2	3	4	5
19.	essaie de me confronter	1	2	3	4	5
20.	demande des choses pour moi	1	2	3	4	5
21.	répond à des questions à ma place	1	2	3	4	5

22.	me protège	1	2	3	4	5
23.	va ou reste à ma place dans la situation	1	2	3	4	5
24.	minimise l'importance de mes malaises	1	2	3	4	5
25.	me critique	1	2	3	4	5
26.	expose mes faiblesses en public	1	2	3	4	5
27.	raconte mes problèmes aux autres	1	2	3	4	5
28.	essaie de dédramatiser mes craintes	1	2	3	4	5
29.	m'ignore	1	2	3	4	5
30.	dissimule des informations pour diminuer mon anxiété	1	2	3	4	5
31.	se plie à mes demandes	1	2	3	4	5
32.	interrompt ce qu'il-elle faisait pour m'accommoder	1	2	3	4	5
33.	met de la pression sur moi	1	2	3	4	5
34.	ne m'écoute pas	1	2	3	4	5
35.	me culpabilise	1	2	3	4	5
36.	me dit qu'il-elle est tannée de m'entendre parler de mes difficultés	1	2	3	4	5
37.	s'isole de moi	1	2	3	4	5
38.	exige de moi des choses que j'ai peur de faire	1	2	3	4	5
39.	me ridiculise	1	2	3	4	5
40.	m'empêche physiquement d'éviter ou de fuir la situation	1	2	3	4	5
41.	tente de m'informer par rapport à mon problème	1	2	3	4	5
42.	essaie de me faire oublier mon problème	1	2	3	4	5
43.	me donne de l'alcool	1	2	3	4	5
44.	me dit que je suis fou (folle)	1	2	3	4	5
45.	m'incite contre mon gré à affronter la situation	1	2	3	4	5

46.	m'incite à ne pas fuir ou éviter la situation	1	2	3	4	5
47.	m'encourage à lui parler de mes difficultés	1	2	3	4	5
48.	m'aide à changer mes pensées dérangeantes	1	2	3	4	5
49.	m'aide à affronter mes peurs	1	2	3	4	5
50.	respecte mon rythme	1	2	3	4	5
51.	essaie de comprendre comment je me sens	1	2	3	4	5
52.	m'aide à interpréter de façon moins catastrophique ce que je vis	1	2	3	4	5
53.	m'incite à interrompre un comportement inutile	1	2	3	4	5
54.	m'aide à me détendre	1	2	3	4	5
55.	m'aide à me changer les idées	1	2	3	4	5
56.	m'aide à préciser mes émotions	1	2	3	4	5
57.	me donne de l'espoir par rapport à l'avenir	1	2	3	4	5
58.	m'encourage à prendre part à des activités agréables	1	2	3	4	5
59.	menace de me quitter	1	2	3	4	5
60.	m'aide à ne pas craindre mes malaises physiques	1	2	3	4	5
61.	remarque quand je fais des efforts pour m'en sortir	1	2	3	4	5
62.	me récompense si je fais des efforts pour m'en sortir	1	2	3	4	5
63.	me rappelle mes points forts	1	2	3	4	5
64.	m'encourage à faire ce que je suis capable de faire	1	2	3	4	5
65.	ne me met pas de pression	1	2	3	4	5

Merci d'avoir complété ce questionnaire!

APPENDICE E

QUESTIONNAIRE SUR LES STRATÉGIES D'ADAPTATION

« WAYS OF COPING QUESTIONNAIRE »

WAYS OF COPING QUESTIONNAIRE

Lisez, s'il vous plaît, chacun des énoncés suivants et indiquez, en faisant un cercle autour de la catégorie appropriée, à quelle fréquence vous avez utilisé ces moyens pour faire face à vos difficultés liées à l'anxiété.

(Version abrégée)

Traduction B. Mishara (1987)

Version originale anglaise: Folkman et Lazarus (1988)

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	Pas utilisé	Utilisé de temps en temps	Utilisé souvent	Beaucoup utilisé
1. J'en ai parlé à quelqu'un pour en savoir plus sur cette situation.	0	1	2	3
2. J'ai espéré qu'un miracle se produise.	0	1	2	3
3. J'ai accepté mon destin; c'était peut-être juste de la malchance.	0	1	2	3
4. J'ai continué comme si rien ne s'était passé.	0	1	2	3
5. J'ai essayé de regarder les choses du bon côté.	0	1	2	3
6. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.	0	1	2	3
7. Ceci m'a donné(e) le goût de faire quelque chose de créatif.	0	1	2	3
8. J'ai essayé de tout oublier.	0	1	2	3
9. J'ai reçu de l'aide professionnelle.	0	1	2	3
10. J'ai conçu un plan d'action et je l'ai suivi.	0	1	2	3
11. J'ai trouvé une façon d'exprimer mes émotions.	0	1	2	3
12. J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait faire quelque chose de concret à propos du problème.	0	1	2	3

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	Pas utilisé	Utilisé de temps en temps	Utilisé souvent	Beaucoup utilisé
13. J'ai redécouvert ce qui était important dans la vie.	0	1	2	3
14. J'ai effectué des transformations pour que tout se termine bien.	0	1	2	3
15. J'ai demandé conseil à un parent ou à un(e) ami(e) que je respectais.	0	1	2	3
16. J'ai parlé à quelqu'un de mes sentiments.	0	1	2	3
17. J'ai tenu bon et je me suis battu(e) pour ce qui me tenait à coeur.	0	1	2	3
18. Je savais ce qui devait être fait, alors j'ai redoublé d'efforts pour que ça puisse fonctionner.	0	1	2	3
19. J'ai changé quelque chose en moi.	0	1	2	3
20. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou prenne fin.	0	1	2	3
21. J'ai imaginé des solutions miracles.	0	1	2	3

