

La douleur d'un marin

Troubles musculosquelettiques, douleur chronique et invalidité chez les vétérans militaires

James M. Thompson MD CCFP(EM) FCFP Roland Chiasson MD Patrick Loisel MD
Lt Col Markus Besemann MD FRCPC Dip Sport Med Tina Pranger PhD OT(C)

Quelques années après avoir quitté la marine, un vétéran âgé de 50 ans consulte un nouveau médecin de famille au sujet de douleurs chroniques au genou et au dos. Il cherche un nouveau médecin qui renouvellera ses ordonnances d'opioïde et de benzodiazépine, l'aiguillera pour la poursuite de traitements d'acupuncture et de massothérapie et remplira des formulaires de réclamation en cas d'invalidité pour ses douleurs au dos. Il a été libéré pour raisons médicales au grade d'officier marinier en raison de ses troubles au genou découlant d'une fracture à bord d'un navire. Il a subi deux entorses lombaires pendant des déploiements, mais sa lombalgie chronique n'est apparue qu'après son départ des Forces canadiennes (FC). À sa libération des FC, il a suivi une réadaptation médicale, psychosociale et professionnelle complète dans le cadre du Programme de réadaptation d'Anciens Combattants Canada (ACC) pour l'invalidité associée à ses troubles du genou. Ces derniers temps, sa lombalgie chronique l'empêche de maintenir un emploi civil et de profiter de la vie.*

Le médecin examine ses antécédents, effectue un examen physique et des examens diagnostiques et obtient son dossier médical antérieur. Il diagnostique une lombalgie chronique de nature mécanique et une arthrose du genou, et s'inquiète de l'état de santé mentale du patient. Lorsque le médecin de famille tente d'explorer le diagnostic différentiel de santé mentale, le patient s'agite d'abord, mais réagit bien à l'entrevue motivationnelle. Le médecin lui fixe des rendez-vous dans le but d'établir une relation thérapeutique avec lui et remplit les formulaires d'ACC. Avec le consentement du patient, il envoie également une demande de consultation au bureau de district d'ACC, qui décrit ses problèmes de santé. Il ressort que le patient est admissible à réintégrer le Programme de réadaptation d'ACC pour que soit prise en charge l'invalidité associée à sa lombalgie. La prise chronique d'opiacé et de benzodiazépine par le patient peut cesser, et ce dernier peut optimiser sa participation à la vie.

Les médecins de famille jouent un rôle clé dans la prise en charge des vétérans aux prises avec une invalidité. Un Canadien sur dix dit être limité dans ses activités en raison de douleurs ou de malaises¹. Les troubles

musculosquelettiques (TMS) sont la principale cause de libération du service militaire pour des raisons médicales². Des vétérans des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) de tous âges reçoivent des prestations d'invalidité en raison de TMS. Les TMS accaparent une importante proportion du budget de 3 milliards de dollars d'ACC. Ceux qui ont droit à des prestations pour des TMS associés au service militaire présentent souvent de la douleur chronique et des troubles de santé mentale comorbides, ce qui complique le traitement. Le présent document passe en revue une approche axée sur la médecine familiale de prise en charge d'invalidités chez les vétérans découlant de la douleur chronique associée aux TMS.

Invalidité

Le mot *invalidité* a un sens passablement large dans les ouvrages en médecine familiale. Apporter une aide efficace à une personne invalide dans le but de lui permettre de fonctionner normalement à la maison et au travail nécessite une approche axée sur l'invalidité et les capacités résiduelles, plutôt que sur la maladie. Le problème de santé physique ou mentale d'une personne entraîne une *déficience* de la fonction biologique. Les personnes présentant des déficiences ne sont pas toutes invalides. *L'invalidité* est *l'impact des déficiences sur le fonctionnement au quotidien* dans un contexte social et environnemental³⁻⁶. Les TMS ne sont pas, à proprement parler, des invalidités; mais une personne souffrant de TMS est dite invalide si ces derniers ont des impacts fonctionnels découlant de la déficience et de *barrières* psychologiques, sociales ou environnementales^{7,8}.

De cette définition de l'invalidité et de celle de la « santé » comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et (qui) ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁹ découlent trois éléments clés de la prise en charge d'invalidités, à savoir :

- optimiser le traitement de la déficience physique ou mentale;
- aider le patient à s'adapter mentalement et à apprendre vivre avec l'invalidité;
- réduire les barrières environnementales sociales et physiques externes.

*Le cas présenté est fictif.

This article is also in English on [page 1085](#).

Approche de prise en charge d'invalidités associées à la douleur chronique

L'encadré 1^{10,11} suggère une approche de prise en charge des invalidités associées à la douleur chronique. Une évaluation exhaustive est essentielle. L'intensité de l'expérience de la douleur et le degré de la participation définissent l'invalidité associée à la douleur chronique⁸. Des données probantes solides indiquent qu'une approche reposant sur une réadaptation précoce et globale est à privilégier pour le traitement de la lombalgie et des autres TMS¹⁰. Le médecin de famille travaille avec une équipe, au besoin, afin de rassurer le patient, lui fournir une thérapie cognitivo-comportementale et des services de psychoéducation, réduire les barrières auxquelles il se heurte et lui permettre de reprendre

Encadré 1. Approche de prise en charge d'une invalidité associée à des TMS accompagnés de douleur chronique^{10,11}.

Ces éléments peuvent être mis en œuvre en même temps.

- Effectuer une évaluation complète de l'invalidité à l'aide d'approches normalisées, pour répondre aux objectifs suivants :
 - établir le diagnostic des troubles qui contribuent à l'invalidité;
 - caractériser l'impacte de la déficience sur les capacités fonctionnelles;
 - évaluer les capacités mentales de fonctionnement et d'adaptation du client; cerner les capacités et forces résiduelles;
 - cerner les barrières sociales et environnementales en tenant compte de la vie de famille, de la participation à la communauté, des loisirs et de l'emploi.
- Définir les objectifs du traitement global de l'invalidité et surveiller la progression vers l'atteinte de ces objectifs.
- Commencer la réadaptation pour optimiser le traitement des TMS et de la douleur, améliorer le fonctionnement et l'indépendance et réduire les barrières environnementales sociales et physiques.
- Optimiser le contrôle de la douleur en faisant appel à la thérapie psychologique et à la médication, à l'utilisation judicieuse d'analgésiques non opioïdes et, seulement dans les cas où cela est clairement indiqué, à l'utilisation prudente d'opioïdes (tableau 2).
- Accorder très tôt une attention aux questions de santé mentale, à savoir :
 - aider le client aux prises avec de la douleur chronique à fonctionner et à s'adapter;
 - déceler et traiter les troubles de santé mentale comorbides.
- Songer à collaborer avec une équipe de réadaptation et à partager la gestion du cas.
- Orienter le patient vers des spécialistes de la réadaptation en cas d'invalidité plus complexe, grave, réfractaire ou bien établie.

TMS - troubles musculo-squelettiques

Données tirées de Waddell et collab.¹⁰ et de Taiwo et Cantley¹¹

ses activités¹². Il importe de résoudre les contradictions découlant des intérêts divergents des multiples parties prenantes (les points de vue de l'employeur, de l'assureur, des fournisseurs de soins de santé et de la famille). L'efficacité de cette approche a été démontrée par plusieurs études et travaux de synthèse^{2,10,13}.

Collaboration interdisciplinaire. Il est peu probable que les médecins de famille fournissent tous ces soins seuls. C'est pourquoi il leur est conseillé de collaborer avec des spécialistes de la réadaptation, en ce qui concerne tout particulièrement les cas d'invalidités complexes ou bien établies^{2,14}. Si les médecins de famille effectuent la gestion des cas, ils partagent ce rôle avec des gestionnaires de dossiers d'invalidité spécialisés. Les médecins de famille peuvent promouvoir la création d'équipes locales de gestion de dossiers d'invalidité. Le fait de participer à ce genre d'équipes peut s'avérer très satisfaisant pour les médecins de famille.

Troubles de santé mentale comorbides. Certains troubles de santé mentale, plus particulièrement la dépression, sont des comorbidités fréquentes des TMS et des invalidités associées à la douleur chronique^{15,16}. Leur dépistage et leur traitement peuvent contribuer à améliorer les résultats¹⁷. Si les recherches sur les approches optimales se poursuivent, il en ressort tout de même que la médication et les traitements psychologiques ont tous deux des rôles à jouer. Les traitements psychologiques peuvent permettre de réduire ou de contrôler l'humeur négative, l'invalidité et, dans certains cas, la douleur chronique^{12,18}. Une explication non conflictuelle de la nature complexe de la douleur associée aux TMS permet souvent de contrer l'impression que « le médecin pense que c'est dans ma tête ». Le fait d'expliquer au patient qu'un traitement à la fois physique et psychologique serait vraisemblablement l'approche la plus efficace pour lutter contre ces troubles complexes le rend plus réceptif.

Contexte militaire. Il importe de tenir compte du contexte dans lequel se trouvent ceux qui présentent des invalidités associées au service militaire. De jeunes soldats en santé, dans la force de l'âge, qui deviennent invalides des suites d'une maladie ou d'une blessure peuvent ressentir un profond sentiment de perte d'identité et de santé, faisant en sorte qu'ils se sentent « cassés » (dans l'argot militaire courant). Quand ils retournent à la vie civile, ils n'ont plus accès aux services de santé militaires et doivent se débrouiller seuls dans le système de santé civil. La perte d'identité militaire comprend la perte de la « famille » militaire et un sentiment de désorientation face à une culture civile qui leur est peu familière. Bon nombre d'entre eux disent avoir de la difficulté à trouver un médecin de famille, en particulier quand ils déménagent avec

leur famille dans une nouvelle collectivité. Certains croient fermement que l'origine des troubles de santé qui apparaissent plus tard remonte à leur service militaire. Ces enjeux de nature contextuelle peuvent poser des barrières environnementales sociales et physiques qui définissent leur invalidité lorsqu'ils présentent des troubles de santé chroniques.

Prise en charge de la douleur chronique d'origine non cancéreuse. La prise en charge de la douleur chronique nécessite un plan de traitement complet qui aborde la question de l'invalidité dans son ensemble. Les approches non pharmacologiques sont essentielles et comprennent, selon le cas, une combinaison de thérapies physiques, d'éducation, de soins de santé mentale et de soutien social^{2,12} (**encadré 1**^{10,11}). Il importe que le patient sache que les analgésiques et les médicaments d'appoint sont utilisés pour contrôler la douleur afin de faciliter d'autres interventions qui réduisent l'invalidité, pour lui permettre de reprendre ses activités normales, et qu'il est possible que la douleur ne soit jamais complètement éliminée.

L'**encadré 2**^{19,20} suggère une approche à adopter dans les cas où un traitement chronique aux opioïdes (TCO) est jugé opportun. Le recours au TCO pour la douleur d'origine non cancéreuse peut accroître l'invalidité, une approche qui peut être compliquée par des effets secondaires, une tolérance, une dépendance et des comportements illicites dont le détournement de médicaments²¹. Les données sur les bénéfices découlant de l'utilisation d'opioïdes pour le traitement de la douleur chronique sont équivoques²². Les opioïdes à action prolongée n'empêchent pas nécessairement une utilisation incorrecte²¹. Bien qu'il importe d'évaluer les patients avant de leur suggérer un TCO, il n'existe pas d'outil d'évaluation généralement accepté²³. Le modèle de la peur/de l'évitement de la douleur chronique pourrait expliquer

pourquoi certaines personnes recevant un TCO entrent dans une spirale d'évitement croissant et de dysfonction persistante²⁴. Des lignes directrices recommandent de documenter le consentement éclairé et signé pour le TCO¹⁹. Si le TCO ne contribue pas à améliorer les capacités, il est suggéré de le retirer ou de le remplacer par un autre traitement.

Ministère de la Défense nationale

Les membres malades et blessés des FC reçoivent des

Encadré 2. Approche de traitement chronique aux opioïdes (TCO) de la douleur chronique d'origine non cancéreuse.

- S'assurer d'abord que les options non médicamenteuses ont été tentées sans succès (**Encadré 1**).
- Préciser la raison pour laquelle le TCO est pris en considération pour l'atteinte des objectifs de traitement.
- Estimer les avantages et les risques en ce qui concerne l'essai d'un TCO à la lumière des antécédents et des résultats de l'examen physique et des tests de dépistage de drogues, à l'aide d'un outil d'évaluation et en tenant bien compte du fait que l'évaluation du risque n'est pas une approche diagnostique robuste :
 - avantage (probabilité de réponse plus faible) : état de la douleur mal défini, trouble somatoforme probable, questions juridiques ou d'indemnisation non résolues, troubles pour lesquels des facteurs contributifs psychosociaux importants sont plus probables (certains types de lombalgie chronique, céphalée quotidienne, fibromyalgie).
 - risque (probabilité accrue de promouvoir l'abus ou l'invalidité) : antécédents personnels ou familiaux d'abus d'alcool ou de drogues, patient relativement jeune, présence de troubles psychiatriques.
- Orienter le patient vers une équipe de spécialistes du traitement de la douleur dans les cas suivants :
 - il y a un risque accru de non-respect, de dépendance, d'abus ou d'invalidité;
 - il y a présence de troubles mentaux comorbides, de problèmes sociaux ou de barrières environnementales.
- Si l'analyse avantage/risque semble favoriser l'utilisation d'un TCO, observer les éléments suivants :
 - établir, avec le patient et de manière concertée, les objectifs de traitement et planifier un essai limité;
 - obtenir le consentement informé et signé du patient pour le TCO;
 - commencer le traitement à une faible dose si le patient n'a jamais pris d'opioïdes et l'augmenter lentement en surveillant les effets secondaires;
 - surveiller périodiquement les effets sur le contrôle de la douleur, les fonctions sociale, mentale et physique, l'usage excessif ou croissant, le respect du plan de traitement et l'atteinte des objectifs; songer à effectuer des tests de dépistage des drogues.

TCO - traitement chronique aux opioïdes
Données tirées de Chou et collab.¹⁹ et du College of Physicians and Surgeons of Alberta²⁰

Ressources

Ressources pour les médecins

- *Questionnaire de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé*: www.who.int/classifications/icf/training/icfchecklist.pdf (version française au www.ccoms-fci-cif.fr/ccoms/pagint/ICF_Checklist_French_10_07.pdf)
- Anciens Combattants Canada (ACC): 866 522-2022 (français) ou 866 522-2122 (anglais)
- Site web ACC: www.vac-acc.gc.ca; cliquer sur « Fournisseurs et professionnels »

Ressources pour les vétérans

- Anciens Combattants Canada: 866 522-2022 (français) ou 866 522-2122 (anglais)
- Consulter le www.vac.gc.ca et cliquer sur « Services et avantages »

traitements de réadaptation visant à rétablir leur préparation opérationnelle et, dans la mesure du possible, minimiser le risque d'invalidité. Le Programme de réadaptation des FC est affilié à des centres civils d'excellence en réadaptation désignés. Les équipes de réception des blessés (ERB) aident à coordonner la réadaptation multidisciplinaire régionale. Le ministère de la Défense nationale et ACC œuvrent de concert à l'intégration des services à l'intention des membres qui retournent à la vie civile avec des invalidités associées au service militaire.

Anciens Combattants Canada

Les vétérans admissibles souffrant de TMS associés au service qui se traduisent par une invalidité ayant un impact sur leur réinsertion à la vie civile ont accès à des services offerts par ACC, notamment la gestion personnalisée de leur dossier, des avantages financiers, du soutien à la réorientation professionnelle, des services de réadaptation complets comprenant l'orientation accélérée vers des psychologues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et spécialistes de la réadaptation professionnelle, ainsi que d'autres services, dont des programmes de gestion de la douleur²⁵. Pour les clients avec des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues, des services d'évaluation et de traitement spécialisés sont disponibles. Des conseillers de secteur dans les bureaux de district d'ACC fournissent des services de gestion de cas et acceptent volontiers de collaborer avec des médecins de famille.

Emploi inapproprié de médicaments. Certains patients font un usage abusif des traitements aux opioïdes. À l'instar d'autres organismes payants, ACC est obligé d'utiliser des procédures d'évaluation des ordonnances pour identifier les clients présentant des profils d'emploi abusif de médicaments. Les cas de réclamations qui sortent des paramètres acceptés sont renvoyés au Comité d'examen de l'emploi abusif des médicaments (EEAM) afin d'en arriver en équipe (client, médecin du client et personnel régional et de district d'ACC) à une solution qui soit avantageuse pour le client.

Les médecins de famille et ACC. ACC sollicite la collaboration des médecins de famille et se fie à ces derniers pour obtenir des documents nécessaires à la prestation de services aux vétérans. Les médecins de famille peuvent les encourager à communiquer avec ACC et envoyer des demandes de consultation au bureau de district local d'ACC.

D^r Thompson est conseiller médical à la Direction de la recherche d'Anciens Combattants Canada, à Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard). **D^r Chiasson** est l'agent médical national d'Anciens Combattants Canada, à Charlottetown. **D^r Loisel** est professeur à la Division d'épidémiologie de l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto. **Lcol Besemann** est psychiatre et chef de la psychiatrie et de la réadaptation des Services de santé des Forces canadiennes, à Ottawa (Ontario). **D^r Pranger** est agente de programme de santé mentale pour ACC, à Charlottetown, et a été la première gestionnaire nationale du

POINTS SAILLANTS

- La prise en charge d'une invalidité nécessite l'optimisation du traitement de la déficience, le soutien à l'adaptation mentale et la réduction des barrières environnementales sociales et physiques externes.
- La prise en charge d'une invalidité a pour but d'aider le patient à atteindre une qualité de vie optimale en rétablissant sa santé, son indépendance et sa participation à la vie.
- Les médecins de famille jouent des rôles clés dans la gestion concertée des cas par Anciens Combattants Canada.

BOTTOM LINE

- Managing disability requires optimizing treatment of the impairment, assisting mental adaptation, and reducing external social and physical environmental barriers.
- The goal in managing disability is to assist patients in achieving optimal quality of life by restoring health, independence, and participation in life.
- Family physicians have key roles in collaborative disability case management with Veterans Affairs Canada.

Programme de réadaptation d'ACC.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue d'Anciens Combattants Canada, ni celui du ministère de la Défense nationale/des Forces canadiennes.

Références

1. Statistique Canada. *Un profil de l'incapacité au Canada en 2001*. Ottawa, ON: Statistique Canada, Division de la statistique sociale, du logement et des familles; 2002.
2. Gatchel RJ, McGeary DD, Peterson A, Moore M, LeRoy K, Isler WC, et collab. Preliminary findings of a randomized controlled trial of an interdisciplinary military pain program. *Mil Med* 2009;174(3):270-7.
3. Nagi S. Some conceptual issues in disability and rehabilitation. Dans: Sussman MB, rédacteur. *Sociology and rehabilitation*. Washington, DC: American Sociological Association; 1965. p. 100-13.
4. Nagi S. Disability concepts revisited: implications for prevention. Dans: Pope A, Tarlov A, rédacteurs. *Disability in America: towards a national agenda for prevention*. Washington, DC: National Academy Press; 1991. p. 309-27.
5. Field MJ, Jette AM. *The future of disability in America. Committee on Disability in America Board on Health Sciences Policy*. Washington, DC: National Academy Press; 2007. Accessible à: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=11898. Accédé le 15 sept. 2009.
6. Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé. Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA54.21. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2001. Accessible à: www.who.int/classifications/icf/en/. Accédé le 27 oct. 2008.
7. Loisel P, Durand MJ, Berthelette D, Vézina N, Bari R, Gagnon D, et collab. Disability prevention: the new paradigm for the management of occupational back pain. *Dis Manage Health Outcomes* 2001;9(7):351-60.
8. Loisel P. Developing a new paradigm: work disability prevention. Travaux présentés au Congrès international sur la santé au travail; les 22 au 27 mars 2009; Cape Town, Afrique du Sud.
9. Organisation mondiale de la Santé. Définition de la santé. Dans: *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 1948. Accessible à: www.who.int/about/definition/en/print.html. Accédé le 18 sept. 2009.
10. Waddell G, Burton AK, Kendall NA. *Vocational rehabilitation. What works, for whom, and when?* Londres, Angl: The Stationery Office; 2008. Accessible à: www.workingforhealth.gov.uk/documents/vocational-rehabilitation.pdf. Accédé le 15 sept. 2009.

11. Taiwo OA, Cantley L. Impairment and disability evaluation: the role of the family physician. *Am Fam Physician* 2008;77(12):1689-94.
12. Sullivan MJ, Stanish WD. Psychologically based occupational rehabilitation: The Pain-Disability Prevention Program. *Clin J Pain* 2003;19(2):97-104.
13. Guzmán J, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001;322(7301):1511-6.
14. Dobscha SK, Corson K, Perrin NA, Hanson GC, Ruth MS, Leibowitz RQ, et collab. Collaborative care for chronic pain in primary care, a cluster randomized trial. *JAMA* 2009;301(12):1242-52.
15. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet E, Fayyad J, et collab. Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 2008;39(1):33-43. Epub 2008 Mar 26.
16. Sherbourne CD, Asch SM, Shugarman LR, Goebel JR, Lanto AB, Rubenstein LV, et al. Early identification of co-occurring pain, depression and anxiety. *J Gen Intern Med* 2009;24(5):620-5. Cyberpub. 24 mars 2009.
17. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29(2):147-55.
18. Eccleston C, Williams AC, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD007407. DOI: 10.1002/14651858.CD007407.pub2.
19. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, Miaskowski C, Passik SD, Portenoy RK. Opioids for chronic noncancer pain: prediction and identification of aberrant drug-related behaviors: a review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine clinical practice guideline. *J Pain* 2009;10(2):131-46.
20. College of Physicians and Surgeons of Alberta. *Management of chronic non-malignant pain. CPSA guideline*. Edmonton, AB: College of Physicians and Surgeons of Alberta; 1993.
21. Sproule B, Brands B, Li S, Catz-Biro L. Changing patterns in opioid addiction. Characterizing users of oxycodone and other opioids. *Can Fam Physician* 2009;55:68-9.e1-5. Accessible à : www.cfp.ca/cgi/reprint/55/1/68. Accédé le 18 sept. 2009.
22. Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, Tunks E. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. *CMAJ* 2006;174(11):1589-94.
23. Gianutsos LP, Safranek S, Huber T. Clinical inquiries: is there a well-tested tool to detect drug-seeking behaviours in chronic pain patients? *J Fam Pract* 2008;57(9):609-10.
24. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain* 1995;62(3):363-72.

Dossiers sur la santé des anciens combattants est une série trimestrielle d'articles publiés dans la revue *Le Médecin de famille canadien* en partenariat avec Anciens Combattants Canada. Les articles exposent des situations vécues par des médecins de famille qui traitent des anciens combattants. Pour en savoir plus sur cette série d'articles, veuillez communiquer avec le Dr Jim Thompson, Anciens Combattants Canada, Charlottetown, Î.-P.-E., courriel : research-recherche@vac-acc.gc.ca.

25. Pranger T, Murphy K, Thompson JM. Shaken world. Coping with transition to civilian life. *Can Fam Physician* 2009;55:159-61, CFPlus (fr).