

## Quand l'horreur nous rejoint

### Le trouble de stress post-traumatique chez les anciens combattants

J. Don Richardson MD FRCPC James M. Thompson MD CCFP(EM) FCFP Margaret Boswall MD Lt Col Rakesh Jetly MD FRCPC

*L'épouse d'un militaire de 25 ans de retour au pays\* consulte leur médecin de famille, étant inquiète de l'état de santé de son mari. Il vient depuis peu de recevoir son congé des Forces canadiennes, et elle informe son médecin qu'il a de la difficulté à composer avec la vie normale depuis qu'il est rentré au pays. Il ne dort pas bien, est irritable et fait des crises de colère. Durant son service militaire, il a été déployé à deux reprises dans des zones de combat. Les deux fois il en est revenu « un homme différent ». Il était affecté à un travail « hors du périmètre sécurisé », s'occupant de combattants gravement blessés. Leur patrouille a été victime d'un engin explosif artisanal, occasionnant des blessures graves à plusieurs soldats en plus de tuer deux des leurs. Pendant qu'il était encore en service commandé, elle l'a incité à en parler au médecin militaire, mais il niait avoir des problèmes à cet égard. Leur médecin de famille lui conseille de prendre un autre rendez-vous et de revenir cette fois avec son conjoint. Elle communique avec le programme de Soutien social blessures de stress opérationnel (SSBSO). Le coordonnateur du soutien par les pairs du programme SSBSO conseille à son mari de consulter son médecin de famille.*

*Après considération de l'historique, l'examen médical et les autres examens habituels, son médecin de famille écarte les autres troubles physiques potentiels et soupçonne la présence d'un trouble de stress post-traumatique (TSTP). L'ancien combattant demeure sceptique face à ce diagnostic, mais à la suite d'entrevues de motivation il accepte de subir une évaluation de sa santé mentale et de faire des visites de suivi auprès de son médecin de famille. Le médecin lui conseille de communiquer avec Anciens combattants Canada (ACC) et, avec son consentement, il envoie une lettre de référence médicale au bureau de district local d'ACC. Il est dirigé en consultation vers une clinique de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel d'ACC, où on établit un diagnostic de trouble de stress post-traumatique et lui administre le traitement approprié, en collaboration avec son médecin de famille. Le coordonnateur du soutien par les pairs du programme SSBSO maintient un contact régulier avec l'ancien combattant et sa famille. L'ancien combattant présente une demande de prestations d'invalidité.*

Le trouble du stress post-traumatique lié à un traumatisme psychologique résultant du service militaire se produit chez bon nombre d'anciens combattants; sa présentation en consultation auprès d'un médecin de famille s'accompagne de co-morbidités complexes d'ordre physique et psychiatrique.<sup>1</sup> Le taux de prévalence du TSTP actuel et sur la durée de vie chez les membres actifs des Forces canadiennes est estimé respectivement à 2,8 % et 7,2 %.<sup>2</sup> Dans un échantillon constitué d'anciens combattants canadiens affectés à des missions de maintien de la paix recevant des prestations après avoir reçu un diagnostic de trouble médical, on a observé un taux de prévalence de TSTP probable de 10,3 % sur une période d'un mois.<sup>3</sup> Dans un échantillon constitué d'anciens combattants américains, de retour après avoir été déployés en Iraq et en Afghanistan, les taux de prévalence du TSTP se situaient dans une fourchette évaluée entre 11 % et 17 %, comparativement à un taux opérant de base de 5 % avant leur déploiement.<sup>4</sup> Dans un échantillon constitué d'anciens du Royaume-Uni, les taux signalés étaient considérablement plus bas, s'établissant à 4,8 %.<sup>5</sup>

#### Le dépistage du TSTP

Bien que le TSTP résultant du service militaire soit souvent diagnostiqué pendant que le militaire est en service actif, certains d'entre eux ne demandent pas de l'aide à cet égard avant leur congé du service militaire.<sup>6</sup> La présentation des cas de TSTP résultant du service militaire est souvent complexe. L'ancien combattant peut présenter des problèmes d'ordre émotif, comportemental ou de toxicomanie, ou des problèmes d'ordre somatique sans rapport apparent et moins stigmatisant, telles des plaintes d'ordre physique.<sup>6</sup> Deux facteurs présents dans l'historique du patient devraient amener le médecin à considérer la possibilité d'un TSTP en posant son diagnostic différentiel : l'exposition antérieure à un traumatisme psychologique et la présence de l'un des symptômes liés à un TSTP. Les patients atteints d'un TSTP présentent trois types de symptômes typiques : récurrence du vécu de l'expérience, l'évitement et l'émoussement de la réactivité générale, et un état d'hyperexcitation.<sup>1</sup>

La compréhension de la culture militaire et de la nature des déploiements militaires est essentielle dans le dépistage du TSTP et dans l'établissement d'une relation de confiance dans le cadre de l'aide thérapeutique

\*Le cas décrit dans cet article est fictif.

This article is also in English on page 430.

apportée. Les événements traumatiques potentiels vécus par les militaires peuvent différer de ceux vécus dans la population générale, le cas échéant. Ainsi, dans la population générale, il s'agit typiquement d'événements comme un viol, un accident de la route, des voies de fait, une catastrophe naturelle ou un attentat terroriste. Outre ce qui précède, les événements traumatiques potentiels vécus par les militaires peuvent être le combat, l'emprisonnement, la torture, être témoin d'atrocités, voir ses camarades être blessés ou tués, ou des missions de sauvetage à la suite d'une catastrophe naturelle.<sup>7</sup> La probabilité d'exposition à un traumatisme psychologique est plus élevée chez les militaires que dans la population en général.<sup>8</sup> Les patients atteints d'un TSTP sont plus susceptibles de présenter des symptômes somatiques<sup>1</sup> et à fréquemment utiliser les ressources de soins de santé.<sup>3</sup> Les médecins de famille devraient procéder à un dépistage du TSTP lorsque le patient est un ancien combattant.

Le fait de retarder le recours à de l'aide peut aussi contribuer aux déficits fonctionnels souvent associés au TSTP. En outre, le caractère machiste lié à l'identité militaire et la crainte de la stigmatisation liée à la maladie mentale sont des obstacles à demander de l'aide médicale, ce qui est particulièrement important au stade précoce de la maladie lorsque les symptômes seraient plus susceptibles à être atténués par une thérapie appropriée.<sup>9</sup>

### Le diagnostic et le dépistage

L'encadré 1<sup>6,10,11</sup> propose une approche à l'intention des médecins de famille consultés par un ancien combattant à l'égard duquel un diagnostic de TSTP n'a pas été posé jusqu'alors. Les signes et symptômes du TSTP ne sont pas spécifiques, et donc le diagnostic différentiel établi en regard des symptômes du patient pourrait inclure des troubles physiques et mentaux.<sup>12</sup> Vérifier s'il y a des symptômes physiques, psychologiques ou sociaux, s'enquérir de l'exposition potentielle à un traumatisme psychologique lié au service militaire, puis départager les éléments retenus

#### Encadre 1. Méthode de reconnaissance et de dépistage initial de la présence potentielle d'un trouble de stress post-traumatique (TSTP) chez un ancien combattant

##### Facteurs pouvant suggérer la présence potentielle du TSTP

- Exposition antérieure à au moins un événement psychologiquement traumatique et présence d'au moins un des symptômes caractéristiques du TSTP :
  - images mentales et perceptions intrusives
  - excitation, hyper-vigilance, réflexe de surprise, troubles de sommeil, cauchemars, flashbacks
  - évitement, retrait social, engourdissement des émotions
  - symptômes associés, notamment mais sans s'y restreindre la dépression et des troubles cognitifs
- service militaire, en particulier avec un déploiement en zone de conflit
- attribution des symptômes au TSTP par le patient, sa famille ou ses amis

##### Dépistage du TSTP en première ligne (positif lorsque le patient répond par l'affirmative à l'un des trois éléments de la question suivante)

- « Au cours de votre vie, est-ce que vous avez déjà vécu une expérience effrayante, horrible, ou bouleversante au point que, au cours du dernier mois, vous...
  - avez fait des cauchemars au sujet de cette expérience ou y pensiez même sans vouloir y penser?
  - avez résolument essayé de ne pas y penser ou avez tout fait pour tenter d'éviter des situations qui vous rappelaient cette expérience?
  - étiez constamment aux aguets, sur vos gardes, ou facilement surpris?
  - vous sentiez détaché des autres, des activités ou de votre entourage?

##### Diagnostic différentiel

- État physique :
  - troubles de la glande thyroïde; autres troubles endocriniens, neurologiques, hématologiques ou métaboliques
  - symptômes persistants à la suite d'un traumatisme au cerveau
  - effets de médicaments ou complications liés à une toxicomanie
  - troubles du sommeil
- État mental :
  - dépression, anxiété, psychose, et troubles somatiques, de la personnalité, ou liés à une toxicomanie

##### Antécédents et examen physique

- Explorer les éléments dont le patient se plaint, passer en revue les systèmes, les relations sociales et le fonctionnement du milieu familial
- Sonder pour des éléments de toxicomanie ou d'autre forme de dépendance (au jeu, etc.), sécurité personnelle, pensées suicidaires ou homicidaires, etc.
- Examen physique en fonction des symptômes et des antécédents; évaluation cognitive

##### Examens

- Laboratoire
  - Dépistage d'un trouble de la glande thyroïde
  - Analyse d'urine pour dépister une toxicomanie
  - Analyse de laboratoire complémentaire en fonction de la présentation des symptômes
- Scan neurologique : en fonction de la présentation des symptômes et de la probabilité d'une lésion intracrânienne
- Examen neurocognitif : troubles cognitifs soupçonnés ou antécédent de blessure à la tête ou de lésion au cerveau
- Dépistage de troubles du sommeil : troubles du sommeil soupçonnés ou pas d'amélioration du sommeil malgré le traitement

##### Diagnostic

- Voir: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4e édition, texte révision<sup>11</sup>

Texte adapté et traduit des critères proposés par la Australian Centre for Posttraumatic Mental Health<sup>6</sup> et Forbes.<sup>10</sup>

dans le cadre du diagnostic différentiel.<sup>13</sup> Alors qu'aucun état de santé physique ne pourrait expliquer le TSTP dans sa présentation intégrale,<sup>14</sup> l'état pourrait ne pas être apparent au départ en raison de l'évitement ou de la réticence du patient à vouloir aborder des événements liés au service militaire tôt dans la relation thérapeutique. La présence d'états de santé de co-morbidité physique ou mentale est courante dans les cas de TSTP, et plusieurs individus ont des symptômes communs.

**Dépistage.** Les médecins de famille peuvent procéder efficacement au dépistage d'un TSTP en recourant à des instruments ciblés, notamment le test de dépistage du TSTP en soins primaires à quatre facteurs, conçu spécialement pour les professionnels de la santé en première ligne (**encadre 1**<sup>6,10,11</sup>).<sup>13</sup> Cet outil procure un degré de sensibilité de 78 % et un degré de spécificité de 87 % chez les patients pour lesquels un TSTP est soupçonné et présentant au moins trois des facteurs.<sup>13</sup> Les patients dont le résultat du dépistage est positif devraient ensuite être évalués pour la présence d'un TSTP en utilisant les critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.<sup>11</sup> Les patients dont les symptômes ne correspondent pas nécessairement à tous les critères de diagnostic établis dans ce manuel pour le TSTP peuvent néanmoins présenter un déficit fonctionnel important.<sup>15</sup>

## Traitement

Les médecins de famille sont un maillon important dans le traitement des anciens combattants atteints du TSTP, notamment en débutant le traitement pharmacologique afin d'atténuer les symptômes, en aiguillant vers les ressources appropriées, en améliorant le fonctionnement des individus et leur qualité de vie, en favorisant l'assiduité dans la poursuite de la thérapie, en suivant l'évolution du patient, et en facilitant la psychothérapie. Bien que les médecins de famille soient habilités à traiter les patients atteints de TSTP, il peut s'avérer fort utile d'intégrer à un modèle thérapeutique commun une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé, en particulier lorsque le médecin de famille ne se considère pas suffisamment formé dans le traitement de ce trouble ou n'a pas suffisamment de temps pour offrir une psychothérapie. Lorsqu'un membre de la famille souffre du trouble de stress post-traumatique, cela peut avoir des conséquences importantes sur la santé de ses proches, lesquels pourraient alors aussi nécessiter une évaluation et des soins à l'avenant.

**Évaluation du risque.** Les patients présentant une comorbidité importante, idéations suicidaires ou meurtrières, et le manque de soutien social sont des indications d'envisager une orientation vers des soins psychiatriques ou un traitement dans un milieu hospitalier.<sup>15</sup> et une dépression co-morbide augmente d'autant le risque de suicide.<sup>17</sup> Lors de l'évaluation

initiale du TSTP, les anciens combattants masculins pourraient manifester des comportements violents et faire état de pensées violentes et de comportements agressifs, y compris des pensées homocidaires.<sup>18,19</sup>

**Stabilisation des cas aigus.** La stabilisation du patient avant de commencer une psychothérapie axée sur l'origine du traumatisme est essentielle afin d'atténuer le risque d'exacerbation de conditions co-morbides préexistantes comme la dépression et la toxicomanie.

Au départ, il convient de stabiliser les patients en contrôlant les symptômes aigus. On peut améliorer leur fonctionnement quotidien au moyen de la psychoéducation, de médicaments et de l'apprentissage de la gestion de l'anxiété. Pendant l'établissement d'un diagnostic définitif, il convient de gérer les symptômes « traitables » (l'anxiété, la dépression, l'insomnie, etc.) et d'offrir une psychothérapie de soutien. Une fois le diagnostic posé, le médecin de famille peut aider à renseigner les patients au sujet des médicaments psychotropes et de la psychothérapie, au sujet des résultats dont on peut s'attendre de la thérapie, et à souligner l'importance de la concertation des soins, notamment des soins psychiatriques.

Pour la plupart des patients, le traitement en première ligne fera appel à la prise d'un inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine, dont la paroxétine et la sertraline, et d'un inhibiteur du recaptage de la sérotonine-norépinéphrine, comme la venlafaxine,<sup>1</sup> ces médicaments pouvant être prescrits par le médecin en première ligne. Une référence serait à considérer chez les patients présentant une réponse partielle malgré une posologie optimale ou tolérant difficilement la thérapie en première ligne. Le choix d'une médication subséquente pourrait comprendre le recours à un antidépresseur d'une famille différente; à la combinaison de deux antidépresseurs de famille différente, par exemple par l'ajout de la mirtazapine ou du bupropion à un inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine ou de la venlafaxine; ou encore par l'augmentation au moyen d'antipsychotiques atypiques comme le rispéridone ou la olanzapine, ou des anticonvulsants.<sup>1,13</sup> Il est essentiel d'effectuer un suivi rigoureux des effets indésirables potentiels, en particulier en début de traitement, lorsqu'on songe à une stratégie d'augmentation ou de combinaison de la pharmacopée.

Une fois les symptômes aigus se stabiliser, les patients sont plus en mesure de participer et de bénéficier de la psychothérapie et plus susceptibles d'accepter une recommandation de soins psychiatriques ou psychologiques. Les cliniques spécialisées dans le traitement des traumatismes psychologiques ont recours à des équipes multidisciplinaires afin de traiter la TSTP en collaboration avec le médecin de famille du patient. De plus, la participation du patient à un programme de soutien des pairs, comme le programme SSBSO<sup>21</sup> au Canada, peut avoir une

incidence importante afin de favoriser la prise de la médication et l'observation du traitement.<sup>22</sup>


**Régime thérapeutique définitif.** Alors qu'il existe certes des médecins de famille pouvant offrir une psychothérapie à leurs patients atteints du TSTP, il pourrait être indiqué pour les médecins n'ayant pas suivi une formation spécifique en la matière d'aiguiller leurs patients vers des thérapeutes ayant une expertise dans le traitement du TSTP résultant du service militaire. La thérapie d'exposition prolongée et la thérapie cognitive comportementale sont considérées comme étant des thérapies de première ligne. Dans le cadre d'une thérapie d'exposition prolongée, le patient est appelé à réitérer l'événement traumatique durant des séances de thérapie échelonnées, jusqu'à ce que le souvenir de l'événement cesse de provoquer une forte intensité d'anxiété. Dans le cadre d'une thérapie cognitive comportementale, on s'attaque à la fois à la crainte liée à un conditionnement et aux distorsions cognitives associées au TSTP. Le recours à la technique de la désensibilisation et de la reprogrammation par des mouvements oculaires pour traiter la TSTP a fait ses preuves<sup>1,16</sup>; le patient est appelé à imaginer des souvenirs traumatisants douloureux et les réactions cognitives négatives qui y sont associés, notamment la culpabilité et la honte, tout en concentrant le regard sur le mouvement rapide du doigt du clinicien.<sup>13</sup>

**Pronostic et traitement à long terme.** Il existe des preuves importantes que les patients atteints du SSPT ont continué à démontrer une amélioration de la pharmacothérapie jusqu'à 36 semaines de traitement. Ceux qui

arrêtent les médicaments peuvent rechuter dans les six mois et donc un traitement à long terme peut être recommandée par conséquent, une thérapie à long terme serait sans doute indiquée.<sup>1</sup> Règle générale, il est recommandé que les patients continuent leur médication pendant au moins une année. Bien qu'une rémission complète ne soit pas toujours possible, les symptômes des patients qui continuent leur traitement sont nettement atténués et leur qualité de vie est nettement meilleure. Une rémission complète a été observée dans 30 à 50 pour cent des cas.<sup>1,13</sup>

### Ministère de la Défense nationale / Forces canadiennes et ACC

Les Forces canadiennes offrent à leurs membres une vaste gamme de services pour les aider à composer avec des problèmes de santé mentale, le cas échéant, notamment un système réorganisé multidisciplinaire de soins primaires, des cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel, et des programmes visant à réduire les obstacles à l'accès aux soins de santé mentale. Les membres des Forces canadiennes ont accès à des agents de soins médicaux généraux, des technologues médicaux, du personnel infirmier, des médecins, des psychologues, des psychiatres et des travailleurs sociaux tant dans les théâtres d'opérations qu'une fois rentrés au Canada.

Dans un numéro précédent de cette série des Dossiers santé des anciens combattants, on présentait toute la gamme des programmes, des services et des prestations dont disposent les anciens combattants des Forces canadiennes et les anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et leurs familles aux prises avec les conséquences de traumatismes liés au stress opérationnel.<sup>23</sup> Anciens combattants Canada salue la collaboration instaurée avec les médecins de famille afin de fournir aux anciens combattants et à leurs familles des services de qualité en matière de soins de santé physique, mentale et sociale. 

**Le Dr Richardson** est un consultant en psychiatrie auprès du Centre national des blessures de stress opérationnel établi sous l'égide d'Anciens combattants Canada (ACC) à Montréal (QC), et également auprès de la Clinique de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel Parkwood, au Centre de soins de santé St-Joseph à London (ON). **Le Dr Thompson** est conseiller médical à la Direction de la recherche aux bureaux d'ACC à Charlottetown (Î.-P.-É.). **Le Dr Boswall** est le conseiller médical principal rattaché aux bureaux d'ACC à Charlottetown. **Le Dr Jetly** est psychiatre et conseiller en santé mentale auprès de la Direction de la santé mentale du Groupe des services de santé des Forces canadiennes à Ottawa (ON).

#### Intérêts concurrents

Aucun intérêt concurrent signalé.

**Les opinions exprimées** dans cet article sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles d'Anciens combattants Canada, du ministère de la Défense nationale ou des Forces canadiennes.

#### Références

1. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. « Management of anxiety disorders. Posttraumatic stress disorder ». *Revue canadienne de psychiatrie* 2006;51(Supp. 2):57-63.
2. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2 - Santé mentale et bien-être*, supplément relatif aux Forces canadiennes, Ottawa : Statistique Canada, 2002.

#### Ressources

##### Ressources à l'intention des médecins

- Renseignements au sujet trouble du stress post-traumatique (TSTP) : [www.ncptsd.org](http://www.ncptsd.org) e [www.ISTSS.org](http://www.ISTSS.org)
- Lignes directrices cliniques sur le TSTP :
  - US Department of Veterans Affairs : [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov)
  - Association des psychiatres du Canada : <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=446>
  - International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) : [www.istss.org/treatmentguidelines/](http://www.istss.org/treatmentguidelines/)
- Conseiller médical principal ou Bureau de district d'Anciens Combattants Canada (ACC) : communiquer avec le centre d'appels du réseau national au numéro 866-522-2022 (en français) ou au 866-522-2122 (en anglais). Si le patient est un client d'ACC, il pourra être utile de fournir le numéro de bénéficiaire ACC du client.
- Centre national des blessures de stress opérationnel (promotion de partenariats en matière de traitement, de recherche et de sensibilisation) : 866-750-0422

##### Ressources à l'intention des patients

- Site internet d'ACC : [www.vac-acc.gc.ca](http://www.vac-acc.gc.ca)
- Site internet d'entraide des pairs à l'intention des anciens combattants et des membres Forces canadiennes : [www.osiss.ca](http://www.osiss.ca)

3. Richardson, J.D., J. Elhai, D. Pedlar. Association of PTSD and depression with medical and specialist care utilization in modern peacekeeping veterans in Canada with health-related disabilities. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006;67(8):1240-5.
4. Hoge, C.W., C.A. Castro, S.C. Messer, D. McGurk, D.I. Cotting, R. I. Koffman. « Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care ». *New England Journal of Medicine* 2004;351(1):13-22.
5. Iversen, A.C., L. van Staden, J. Hughes, T. Browne, L. Hull, J. Hall et autres. « The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study ». *BMC Psychiatry* 2009;9:68.
6. Australian Centre for Post Traumatic Mental Health, National Health and Medical Research Council. *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne, Australie: National Health and Medical Research Council; 2007.
7. Richardson, J.D. « Military-related PTSD in Canadian veterans ». *Canadian Psychiatry Aujourd'hui* 2009;5(1):12-3.
8. Breslau, N., G.C. Davis, P. Andreski, E. Peterson. « Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults ». *Archives of General Psychiatry* 1991;48(3):216-22.
9. Hoge, C.W., C.A. Castro, S.C. Messer, D. McGurk, D.I. Cotting, R.I. Koffman. « Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care ». *New England Journal of Medicine* 2004;351(1):13-22.
10. Forbes D. Post-traumatic stress disorder best practice GP guidelines. *AustFam Physician* 2009;38(3):106-11.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2001.
12. Jetly, R., K. Cooper. « PTSD: the symptoms and how to treat ». *Canadian Journal of Continuing Medical Education* 2008;20(2):43-6.
13. Friedman, M.J. « Posttraumatic stress disorder among military returnees from Afghanistan and Iraq ». *American Journal of Psychiatry* 2006;163(4):586-93.
14. Staab, J. P. *Posttraumatic stress disorder*. Philadelphia, PA: Physicians' Information and Education Resource, American College of Physicians; 2010.
15. Marshall, R.D., M. Olfson, F. Hellman, C. Blanco, M. Guardino, E.I. Struening. « Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD ». *American Journal of Psychiatry* 2001;158(9):1467-73.
16. Ursano, R.J., C. Bell, S. Eth, M. Friedman, A. Norwood, B. Pfefferbaum et autres. « Practice guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder ». *American Journal of Psychiatry* 2004;161(11 Sup.):3-31.
17. Kaufman, J., D. Charney. « Comorbidity of mood and anxiety disorders ». *Depress Anxiety* 2000;12(Sup. 1):69-76.
18. Forbes, D., M. Creamer, G. Hawthorne, N. Allen, T. McHugh. « Comorbidity as a predictor of symptom change after treatment in combat-related posttraumatic stress disorder ». *Journal of Nervous Mental Disorder* 2003;191(2):93-9.
19. Forbes, D., G. Hawthorne, P. Elliott, T. McHugh, D. Biddle, M. Creamer et autres. « A concise measure of anger in combat-related posttraumatic stress disorder ». *Journal of Traumatic Stress* 2004;17(3):249-56.
20. Davidson, J.R.T., B. A. Van Der Kolk. The psychopharmacological treatment of posttraumatic stress disorder. Dans B.A. Van Der Kolk, A. C. McFarland, L. Weisaeth, éditeurs. *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York, NY: The Guilford Press; 1996. pages 510-524.
21. Operational Stress Injury Social Support program [website]. Ottawa, ON: Department of National Defence, Canadian Forces; 2006.
22. Richardson, J.D., K. Darte, S. Grenier, A. English, J. Sharpe. « **Le soutien social aux victimes de stress opérationnel : une innovation canadienne en matière de soutien professionnel par les pairs** ». *Revue militaire canadienne* 2008;9:57-64.
23. Shields, M., M. White, M. Egan. « Battlefield blues ». Ambivalence face au traitement chez les vétérans souffrant de dépression ». *Can Fam Physician* 2009;55:799-802 (Fr), CFPlus (Eng). Accessible sur le site : <http://www.cfp.ca/cgi/content/full/55/8/799>. Consulté le 23 mars 2010.

## POINTS SAILLANTS

- Le trouble du stress post-traumatique (TSTP) lié à un traumatisme psychologique résultant du service militaire peut se présenter sous des formes subtiles.
- Deux facteurs présents dans l'historique du patient devraient amener le médecin à considérer la possibilité d'un TSTP en posant son diagnostic différentiel : l'exposition antérieure à un traumatisme psychologique et la présence de l'un des symptômes liés à un TSTP.
- Les médecins de famille sont un maillon important dans le traitement des anciens combattants atteints du TSTP, notamment en débutant le traitement pharmacologique afin d'atténuer les symptômes, en référant vers les ressources appropriées, en améliorant le fonctionnement des individus et leur qualité de vie, en favorisant l'assiduité dans la poursuite de la thérapie, en suivant l'évolution du patient, et en facilitant la psychothérapie.
- Dûment traités, les symptômes des patients atteints du TSTP sont considérablement atténués et leur qualité de vie est nettement meilleure; une rémission complète a été observée dans 30 à 50 pour cent des cas.

## BOTTOM LINE

- Posttraumatic stress disorder (PTSD) in Veterans secondary to service-related psychological trauma can present in subtle ways.
- Two factors in the history should trigger physicians to consider PTSD in the differential diagnosis: previous exposure to psychological trauma and presence of any PTSD symptoms.
- Family physicians play important roles by initiating medications to reduce symptoms, making referrals, improving functioning and quality of life, assisting with treatment compliance, monitoring progress, and facilitating psychotherapy.
- With treatment, patients with PTSD achieve substantial symptom reduction and improved quality of life; 30% to 50% achieve complete remission.

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](mailto:research-recherche@vac-acc.gc.ca).