



Etat de stress post-traumatique chez un ancien combattant

Post-traumatic stress disorder in a veteran

حالة إجهاد ما بعد الصدمة عند محارب قديم

F. Laboudi, M. Kadiri, J. Mehssani, M. Z. Bichra

المخلص :

مقدمة : إن طبيعة العمل بالوسط العسكري تجعل الفرد أكثر عرضة لحوادث قد تكون مميتة. نتيجة هذا في بعض الأحيان مضاعفات نفسية تتمثل في حالة الإجهاد ما بعد الصدمة.

الحالة السريرية : نورد حالة محارب سابق يبلغ من العمر 79 سنة يعاني من حالة الإجهاد ما بعد الصدمة. الأعراض السريرية لهذه الحالة ظهرت على المريض بعد عدة سنوات من تعرضه لحوادث هددت حياته. هذه الأعراض تجلت في معاودة التخيّل أو التذكّر الواقعي للأحداث وتبني سلوكيات تساعده على تجنب كل ما يذكره بهذه الأحداث مع الشعور بمعانات نفسية شديدة. أنبى علاج هذا المريض أساسا على الدعم النفسي واخذ دواء "سيرترالين".

مناقشة : تشخيص حالة الإجهاد ما بعد الصدمة يبقى صعبا، أما التكفل العلاجي فينبني على ثلاثة أسس: أولها بيولوجيا، وثانيها نفسيا، وثالثها اجتماعيا.

وتبقى الوقاية خير علاج من خلال خلايا الطوارئ للدعم النفسي لحماية ضحايا الحروب والكوارث وكل وضعية قد تكون لها عواقب نفسية.

خلاصة : إن حالة الإجهاد ما بعد الصدمة تبقى جد شائعة ويكون تطورها مزمن. أما تشخيصها فيظل صعبا.

كلمات البحث : الوسط العسكري - الإجهاد ما بعد الصدمة - محارب سابق - تشخيص.

Résumé :

Introduction : les circonstances opérationnelles en milieu militaire exposent à des situations potentiellement traumatiques. Ils mettent en jeu le pronostic vital. Ils se compliquent parfois d'un état de stress post-traumatique dont les manifestations rendent compte des effets spécifiques du traumatisme psychique.

Observation : Nous rapportons le cas d'un ancien combattant âgé de 79 ans qui présente un état de stress post-traumatique. , dont les symptômes bien supporté jusque là n'ont pas été évocateurs. Le patient rapporte de multiples manifestations ayant survenues après des événements menaçants sa vie. Il a présenté des reviviscences de l'événement, avec des conduites d'évitement et une souffrance significative. Le traitement était à base de la Sertraline associé à une psychothérapie adaptée

Discussion : le repérage diagnostique de l'état de stress post traumatique reste difficile. La prise en charge est à la fois biologique, psychologique et sociale. La prévention à travers les cellules d'urgence médico-psychologiques est essentielle pour prévenir les complications des victimes de guerres, de catastrophes, d'accidents collectifs, ou accidents à fort retentissement psychologique.

Conclusion : l'état de stress post traumatique est assez fréquent avec une évolution chronique, mais parfois il est difficilement reconnu.

Mots clés : état de stress post-traumatique - militaire - ancien combattant.

Abstract :

Introduction : military, operational circumstances exposed to potentially traumatic situations involving life-threatening and complicated by both a state of post- traumatic stress events reflect the specific effects of psychological trauma.

Observation : We report the case of a former 79-year-old fighter who has a state of post- traumatic stress disorder, whose symptoms were not suggestive. The patient reported having multiple events occurring after events threatening his life. He presented flashbacks of the event, with avoidance behavior and significant distress. The treatment was a basis of the associated Sertraline has adapted psychotherapy

Discussion : the diagnostic identification of posttraumatic stress remains difficult. Support is a biological, psychological and social. Cells medico-psychological emergency is essential to prevent complications of victims of war, disasters, collective accidents, or accidents strong psychological impact.

Conclusion : posttraumatic stress is common with a chronic course, but sometimes it is difficult to recognize.

Keywords : Military environment- post -traumatic stress disorder - veteran

Tiré à part : F. Laboudi : Service de psychiatrie, Hôpital Arrazi, CHU Ibn Sina, Rabat - Salé - Maroc.
Email : fouadlaboudi@gmail.com

Introduction

En milieu militaire, les circonstances opérationnelles exposent par nature à des situations potentiellement traumatiques mettant en jeu le pronostic vital. Elles se compliquent par fois d'un état de stress post-traumatiques dont les manifestations rendent compte des effets spécifiques du traumatisme psychique.

Ces troubles ont fréquemment une évolution chronique, mais parfois ils sont difficilement repérés. Ceux qui en souffrent ne les évoquent pas toujours spontanément, estimant normal de supporter ces manifestations après l'épreuve qu'ils ont traversée. Parfois ce silence est en relation avec les sentiments de honte qui peuvent y être attachés. Au-delà des difficultés du repérage diagnostique, le traitement des états de stress post-traumatique reste difficile.

La prévalence de l'état de stress post-traumatique est très variable d'une situation à l'autre. Elle est estimée selon les études entre 1 à 10% sur la vie entière en population générale (1) et de 13% à 20% chez les militaires. (2)

L'état de stress post-traumatique est défini dans la classification psychiatrique du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) par des critères qui comprennent les causes, les manifestations et les conséquences de l'état de stress post-traumatique.

L'objectif de ce travail est d'illustrer quelques particularités cliniques de ce trouble à travers le cas d'un ancien combattant ayant été hospitalisé au service de psychiatrie en mars 2012.

Observation

Mr Z. B est âgé de 79 ans, séparé et père de 9 enfants, retraité depuis 1986 après 36 ans de carrière au sein de l'armée.

Il est issu d'un milieu rural du sud du Maroc, d'une famille de niveau socio-économique très modeste. Il se décrivait en tant que quelqu'un qui ne consultait pratiquement peu ou pas et qui n'a jamais touché à une substance psycho-active quelconque.

Il n'a jamais été scolarisé. Cependant, il a débuté sa vie professionnelle très tôt comme ouvrier agricole avant de s'engager dans l'armée française en 1952 comme soldat d'infanterie.

Son départ n'a fait que réduire davantage ses relations avec ses parents et qui n'étaient pas d'ailleurs déjà très intéressantes. En effet, ces derniers sont décrits comme étant, peu affectueux, rigides, autoritaires.

Sa carrière de soldat s'est baptisée par une première mission en Indochine au sein de la légion étrangère. Cette période l'a beaucoup marquée. Il a participé aux batailles de Hanoï, « Tout d'un coup on tirait sur tout ce qui bougeait. J'ai rampé entre une quarantaine de cadavres » dit-il de manière spontanée. Mais le plus saillant était la bataille de Diên Biên Phú, contre le Viêt-Minh, en frôlant la mort plusieurs fois et en assistant à celle de ses amis proches, se retrouvant ainsi entouré de corps déchiétés.

Après l'indépendance du Maroc, il a intégré les Forces Armées Royales et a participé successivement dans la guerre des sables en 1963, et dans la guerre israélo-arabe (Syrie) en octobre 1973 dont il est fier en se décrivant l'un des héros de cette guerre.

En 1976, il a été affecté encore une fois en zone sud sur les frontières maroco-mauritano-algériennes, pour participer dans le maintien de l'ordre, face aux mercenaires du Polisario. Son discours était toujours centré sur la mort « Elle faisait partie de notre quotidien, et rares sont les soldats de ma promotion qui ont survécu » rajouta-t-il.

Le départ en retraite en 1986, était un point marquant dans sa vie, une rupture avec un milieu où il était toujours compris. Le patient a commencé à s'isoler. Il est devenu triste, des accès de colères inexplicables, sont rapportés par l'entourage, et attribués à son inadaptation au nouveau statut de « civil ». Il va finir par se séparer de son épouse et de ses enfants. Son état s'est aggravé par des difficultés d'endormissement, réveillé au milieu de la nuit, quand il arrive à s'endormir par des cauchemars représentant des scènes de guerre rapporté aussi bien par la famille que par le patient lui-même, les revit aussi au cours de la journée sous forme de flashback et de manière épisodique.

Par ailleurs on a rapporté chez lui des réactions de sursaut exagérées, au moindre bruit, aux sonneries de la porte et du téléphone.

Toute cette symptomatologie jusque là supportée, s'est aggravée à l'occasion des événements récents au niveau des pays arabe et plus particulièrement en Syrie. Et finit par même à éviter activement à suivre les informations et tous les journaux télévisés.

Au début des consultations, il était réticent de parler de son expérience militaire car il ne consultait que pour de simples difficultés de sommeil isolées, et au fils des entretiens répétés, il nous a fait part de son histoire et de ses cauchemars où il revivait des scènes de guerre, des scènes pleines d'atrocités épouvantables et dont il n'arrivait pas à s'en débarrasser.

Le diagnostic d'un épisode dépressif émaillant l'évolution l'état de stress post-traumatique a été posé et il fut mis sous Sertraline 50 mg/j avec une psychothérapie de soutien et une thérapie à orientation cognitivo-comportementale, l'évolution fut favorable au bout de 2 mois, avec une rémission progressive de la symptomatologie.

Discussion

De la peur du guerrier (900 ans av. J.-C.), cette nomination s'est transformée au XVII^e siècle en nostalgie pour désigner la dépression qui s'emparait des soldats.

À la fin du XIX^e siècle (3), l'allemand Oppenheim propose d'accorder au tableau clinique l'identité diagnostique névrose traumatique, suivi d'un autre psychiatre allemand Honigan, qui crée le terme névrose de guerre qu'il considère comme une simple variété étiologique de la névrose traumatique. Les deux guerres mondiales renforcent la classification de névrose de guerre et l'additionnent de troubles psychosomatiques. C'est durant la guerre et l'après-guerre du Vietnam que cette pathologie reproduite à grande échelle (4), et dont les comorbidités viennent compliquer le tableau clinique en mettant en relief la complexité et les conséquences du trouble.

L'appellation actuelle dans DSM-IV-TR (5) au : Post Traumatic Stress Disorder ou état de stress post-traumatique.

Progressivement, l'étude du traumatisme a permis non seulement d'affûter la compréhension et de parfaire le traitement mais également de mettre en relief et de reconnaître le concept de résilience comme étant un ingrédient significatif dans la résolution de problème. Il est démontré que les personnes fortement exposées, comme les militaires, à des situations guerre, ou des missions qui menacent l'intégrité physique et psychologique sont à haut risque pour développer cette affection. (6)

Dans notre cas cet ancien combattant avait des difficultés d'endormissement, et des réveils au milieu de la nuit.

Son expérience au combat a manifestement comporté des événements traumatisants dans lesquels lui et les autres ont été menacés de mort (les batailles de l'Indochine, et du Sahara).

Il revivait encore ce traumatisme à travers des cauchemars et des flashbacks diurnes.

Sa capacité à réagir à son environnement actuel a diminué. Il ne s'intéressa pas au quotidien, il s'est séparé de sa femme et de ses enfants. De plus il a présenté des symptômes d'éveils accrus (perturbations du sommeil, accès de colères, des réactions de sursaut exagérés) traduisant ainsi le tableau complet du trouble état de stress post-traumatique selon DSM.IV. Ce trouble sera spécifié en tant que chronique parce que les symptômes ont perduré au delà de trois mois et avec une survenue différé.

Les études épidémiologiques des populations militaires montrent des prévalences plus élevées que dans la population générale. Ainsi, une étude d'O'Brien retrouve un taux de prévalence de 22% chez les anciens combattants ayant participé au conflit des Malouines. (7) et de 27% chez les vétérans américains (8).

Helzer retrouve une prévalence de l'état de stress post-traumatique sur la vie entière de 9% pour les vétérans du Vietnam et de 20% pour ceux qui ont été blessés.(9)

Le diagnostic selon le DSM IV doit répondre aux critères suivants(5) :

Critères A	avoir été exposé à un événement menaçant la vie ou l'intégrité physique ou mentale (critère A1), et en outre l'avoir vécu comme un trauma, dans l'effroi, l'horreur ou le sentiment d'impuissance (critère A2).
Critères B	avoir des reviviscences de l'événement
Critères C	évitement des stimuli évocateurs et émoussement de la réactivité
Critères D	symptômes d'activation neurovégétative
Critère E (durée)	la perturbation (symptômes B, C et D) dure plus d'un mois. On spécifiera «aigu» si moins de trois mois, «chronique» si trois mois ou plus, et «différé» si le début des symptômes survient au moins six mois après l'événement.
Critère F	la perturbation entraîne une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel...

Le DSM-5(10) parut en 2013, quant à lui, propose quatre clusters comptabilisant un total de 20 critères cliniques. Trois symptômes ont été ajoutés; quelques uns ont été révisés. L'ensemble évitements/émoussement de la réactivité générale du DSM-IV a été scindé : dorénavant, les évitements constituent le critère C ; les symptômes d'engourdissement émotionnel auxquels ont été adjoints deux nouveaux symptômes, le blâme persistant par rapport à soi ou à autrui et les émotions négatives persistantes de l'humeur (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte) forment le critère D.

Quant au critère E, regroupant les signes témoignant de l'hyperactivation neurovégétative et de l'hyperréactivité, il reprend les symptômes de l'ancien cluster D ainsi qu'un nouvel item, le comportement autodestructeur ou imprudent.

Ce patient a présenté un symptôme fréquemment rencontré chez les individus ayant vécus et partagé

avec d'autres un traumatisme avec menaces de mort : le sentiment de culpabilité d'avoir survécu alors que d'autres sont morts (11).

Un critère supplémentaire, le critère H, a été ajouté et précise que les troubles ne peuvent être attribués à la prise d'une médication, à un abus de substance psychotrope ou à une maladie.

Autre nouveauté majeure apportée dans le DSM-5 : le diagnostic demande de préciser si la personne présente des symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et/ou de déréalisation. Les flashbacks et l'amnésie psychogène faisaient déjà partie intégrante du syndrome.

L'intervention thérapeutique est basée sur des approches différentes. Les traitements médicamenteux de première ligne sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine. D'autres options potentielles incluent des monothérapies avec les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine, les inhibiteurs sélectifs des récepteurs alpha-2 sérotoninergiques, les antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs de la monoamine-oxydase,(12) Les thérapies d'inspiration analytique, l'hypnose ont été largement utilisés au début du XX^{ème} siècle, depuis les années 80 les thérapies cognitivo-comportementales, la chimiothérapie et le «Eye mouvement for désensibilisation andreprocessing» ont été utilisées.(13)

Conclusion

La prise en charge de l'état de stress post-traumatique connaît un intérêt croissant compte tenu du taux d'incidence chez les populations victimes de catastrophes naturelles, d'accidents, et particulièrement des conflits armés.

Même si le diagnostic reste difficile quand la survenue des troubles est tardive par rapport à le ou les événements traumatiques, il faut y penser et particulièrement chez tout ancien combattant.

D'où l'intérêt de la prévention par une intervention psychologique précoce au profit des populations victimes ou témoins d'agression physique et ou psychiques.

Références

- 1- Jolly A. Événements traumatiques et états de stress post-traumatique. Une revue de la littérature épidémiologique. *Ann. Méd-Psychol*, 2000 ; 158 (5) : 370-379.
- 2- Treatment for Posttraumatic Stress Disorder in Military and Veteran Populations: Initial Assessment, Washington, 2012, p : 39
- 3- Chidiac N. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques, *Annales Médico-Psychologiques* 168 (2010) 311–319
- 4- Michael J. Jeline k, Post-traumatic stress disorder and substance abuse in Vietnam combat veterans: Treatment problems, strategies and recommendations, *Journal of substance abuse treatment*. Vol. I, pp. 87-97.1984
- 5- American psychiatry association. DSM IV- TR, Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4^{ème} ed. Traduction française Guelfiet al. ; Paris : Masson, 1994
- 6- Gagnon R., Traitement du trouble : état de stress post-traumatique par thérapie cognitivo-comportementale, essai présenté à l'université du Québec à trois-rivières, 2005, p: 4
- 7- O'brienL .S., Symptoms of post-traumatic stress disorder in Falklands veterans five years after the conflict. *Brit. J. Psychiatry* 1991 ; 159 : 135-141.
- 8- Paré J.R., Post-traumatic stress disorder and the mental health of military personnel and veterans, publication no. 2011-97-E, Library of parliament background papers, 14 October 2011
- 9- Helzer J.E., Robins L.N., Mc Evoy L. Post-traumatic stress disorder in the general populations : findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med* 1987 ; 317 :1630-1634.
- 10- American Psychiatry Association. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, Washinton DC, 2013, p. : 143.
- 11- Fineltain L., Les syndromes des survivants de la Shoah, *Bulletin de psychiatrie*, Bulletin n°12, Edition du 20 déc 2002
- 12- Les antidépresseurs dans le traitement de l'état de stress post-traumatique, *Annales médico-psychologiques*, Vol. 166, Issue 9, november 2008, pp. 747–754
- 13- Jehel L., Lopez G. et all, *pyscho-traumatologie : evaluation, Clinique, traitement*, ed Dunod, 2006.