

Dépendances et traumatismes des vétérans : Enjeux cliniques et pistes de solutions

Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel

Centre CASA



Anciens Combattants
Canada

Veterans Affairs
Canada

Canada

Colloque AITQ 2011

John Goedike, B.A., I.C.A.D.C.
Lynda Poirier, Mss, ts
Dre Soledad Iucci, psychologue

Le 26 octobre 2011, AITQ, Trois-Rivières, Québec

Plan de la formation


Plan

- Portrait clinique des vétérans présentant un traumatisme lié au stress opérationnel (TSO);
- Survol des lignes directrices sur le traitement des TSO;
- Enjeux spécifiques:
 - toxicomanie, état de stress post-traumatique (ESPT) et colère;
 - douleurs chroniques, toxicomanie et dépression;
 - honte et stigma relié au traitement.
- Étude de cas: Martin;
- Pistes de solution.

3

Objectifs d'apprentissage

- 1 Décrire le profil psychosocial des vétérans présentant des TSO.
- 2 Cerner les enjeux cliniques cruciaux lié au traitement des TSO chez les vétérans.
- 3 Identifier des solutions en vue d'augmenter l'efficacité du traitement.



4

Portrait clinique des vétérans présentant un TSO

« ACC définit les TSO comme « toute difficulté psychologique persistante attribuable aux fonctions exécutées par un membre des Forces canadiennes dans le cadre d'une opération. »

<http://www.veterans.gc.ca/fr/sq/dm/trauma-et-stress/rapports-verificatifs/trauma-et-stress>

Exemples: ESPT, dépression, anxiété, dépendances.

5

Portrait clinique des vétérans présentant un TSO

```
graph LR; A((Diagnostics fréquents)) --- B[État de stress post-traumatique]; A --- C[Épisodes dépressifs]; A --- D[Toxicomanies];
```

6

Portrait clinique des vétérans présentant un TSO

Statistiques 2006

Clinique TSO Sainte-Anne, Montréal, Canada

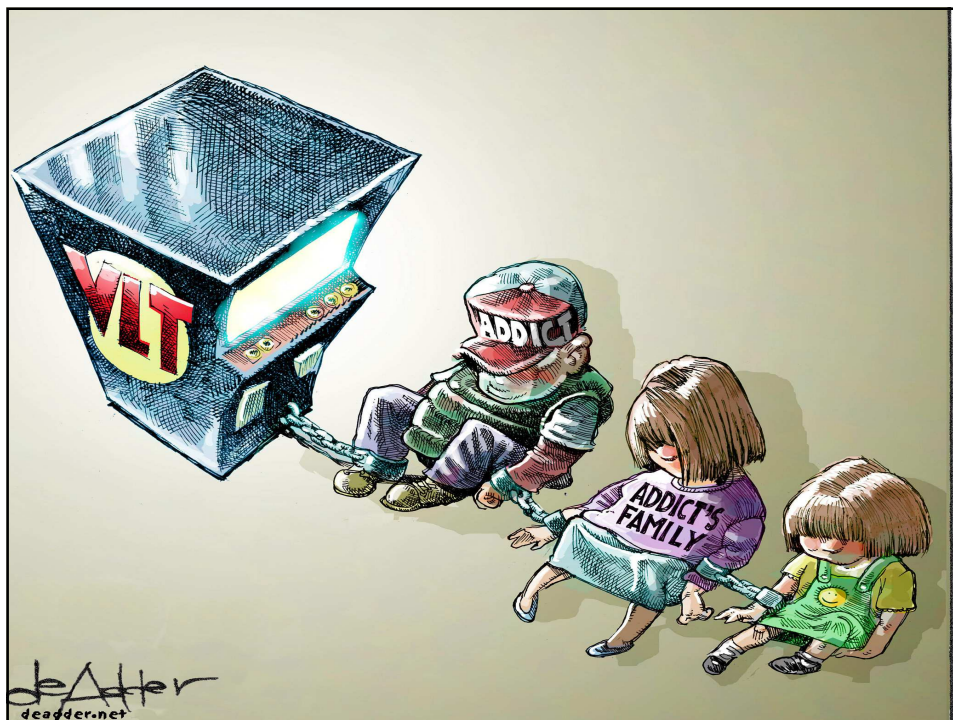


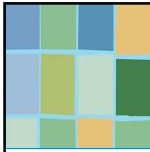
- Revue des dossiers de 35 clients admis à l'unité de stabilisation;
- Présence de troubles liés à l'utilisation d'une substance chez 71 % des clients
- Les substances les plus fréquemment utilisées étaient l'alcool, le cannabis et la cocaïne.



Goedike & Provençal (2006)

7





Portrait clinique des vétérans présentant un TSO

Statistiques sur les militaires canadiens

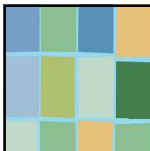
Enquête nationale (entrevues face à face) fait sur 8 441 militaires actifs en 2002 montre que:



- troubles évalués (prévalence à 1 an):
 - Dépression: 7.6%
 - Dépendance à l'alcool: 4.2%
 - ESPT: 2.8% (**3.7% pour ceux déployés en mission**)
 - Phobie sociale: 3.6%
 - Trouble panique: 2.2%
 - Trouble d'anxiété généralisée: 1.8%

www.forces.gc.ca/health-sante/pub/rpt/mh-sm/MH-SM-TB1-eng.asp

9



Portrait clinique des vétérans présentant un TSO

Statistiques sur les militaires canadiens

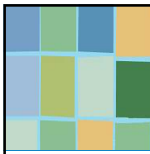
Enquête nationale (entrevues face à face) fait sur 8 441 militaires actifs en 2002 montre que:



- La majorité des militaires souffrant d'un trouble de sante mentale (82%-100%) finissent par consulter;
- 50% et plus des militaires souffrant de:
 - dépression ou d'anxiété généralisée attendent **3 ans** et plus avant de consulter
 - ESPT attendent **7 ans** et plus avant de consulter
 - trouble panique attendent **8 ans** et plus avant de consulter
 - phobie sociale attendent **26 ans** et plus avant de consulter

Fikretoglu, Liu, Pedlar, & Brunet (2010)

10



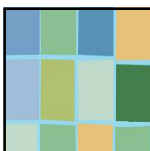
Portrait clinique des vétérans présentant un TSO

Problèmes psychosociaux associés

- Colère;
- Isolement social;
- Douleur chronique;
- Problèmes identitaires;
- Méfiance envers les civils;
- Difficultés dans la transition
du monde militaire au civil;



11



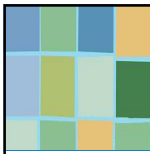
Portrait clinique des Vétérans présentant un TSO

Problèmes psychosociaux associés (suite)

- Honte et culpabilité;
- Manque d'espoir;
- Difficulté à identifier des
problèmes comme des
signes de maladie mentale
- Stigmate envers la maladie
mentale (y compris
toxicomanies).



12



Portrait clinique des Vétérans présentant un TSO

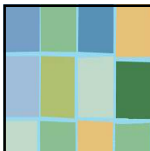
Problèmes physiques associés



Recherches et enquêtes portant sur des vétérans jeunes et âgés

- Arthrite, problèmes de dos, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique, maladies coronaires, hypertension, diabète, problèmes de vessie, obésité (Direction de la recherche, Anciens Combattants Canada et le Directeur général – recherche et analyse (personnel militaire), Ministère de la Défense national, 2011)
- Arthrite (Qureshi, Pyne, Magruder, Schulz, & Kunik, 2009)
- Arthrite, asthme, eczéma, problèmes musculo-squeletiques, hypertension (O'Toole, Catts, Outram, Pierse, & Cockburny, 2009)

13



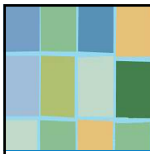
Portrait clinique : problèmes physiques associés

Nos observations



- Apnée du sommeil
- Problèmes gastro-intestinaux
- Traumatisme crânien
- Douleurs chroniques provenant de blessures physiques pendant la carrière militaire
- Syndrome métabolique
- Dysfonction sexuelle

14



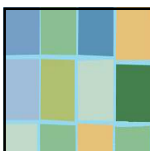
Lignes directrices sur le traitement

- Analyse fonctionnelle dans l'évaluation diagnostique;
- Développer une bonne alliance thérapeutique;
- Planifier les objectifs et les priorités de traitement avec le vétéran et sa famille;
- Améliorer le soutien social (Soutien social aux victimes de stress opérationnel – www.ssbso.ca).



Inspiré de Lambert (1992)

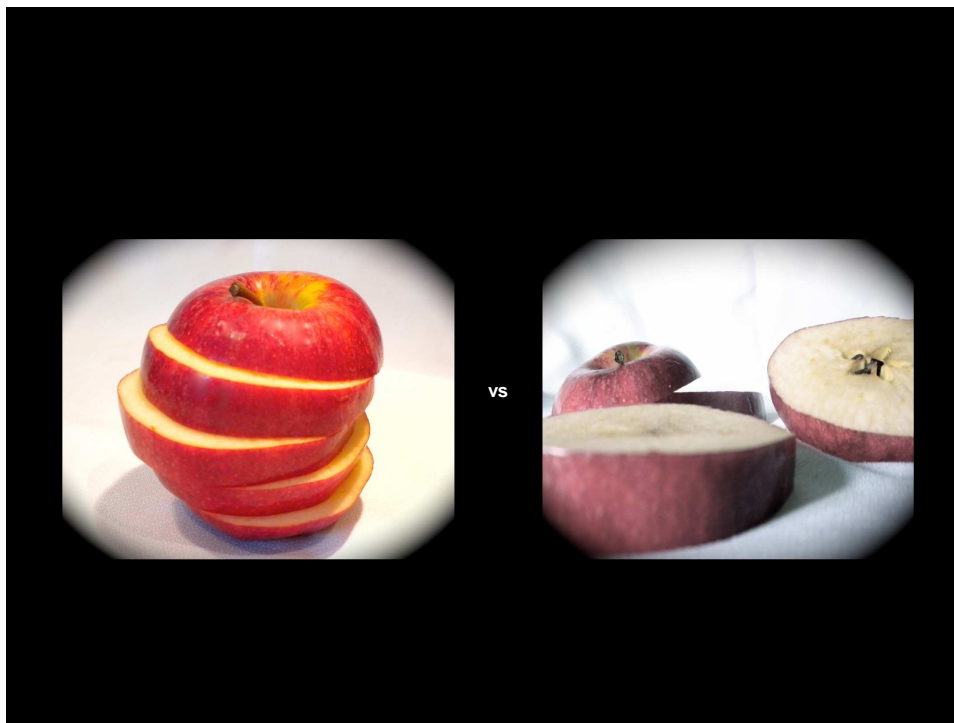
15



Lignes directrices sur le traitement (suite)

- Intégrer les traitements se fondant sur les données probantes concernant les TSO:
 - Thérapies cognitives comportementales (exposition prolongée, *Cognitive Processing Therapy*, thérapies cognitives et comportementales pour la dépression, pour la colère, pour les toxicomanies) (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2008)
 - Mouvement des yeux, désensibilisation et retraitement (EMDR) (Foa, et al., 2008)
 - Thérapie interpersonnelle pour la dépression (Klerman, Weissman, Rounseville, & Chevron, 1984)
 - Traiter ÉSPT et toxicomanies de manière concurrente (Najavits, 2002; Le Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; Foa, et al., 2008)
 - Traitement par phases (stabilisation – travail sur le trauma – intégration) (Courtois, & Ford, 2010)

16




Lignes directrices sur le traitement (suite)


- Traiter des troubles comorbides
 - **Toxicomanies et ÉSPT sévères:**
 - Traitements **intégrés** et **coordonnés** fondées sur les données probantes
 - **Toutes les autres types de présentations cliniques**
 - Traitement par phases (Herman, 1992), traitement concurrent (Najavits, 2002) ou traitement focalisé sur le trauma (exposition prolongée, CPT, EMDR), traitement séquentiel.
 - **Le Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2009) et les lignes directrices de la Société des études du stress traumatique (ISTSS, Foa, et al., 2008) recommandent de traiter la comorbidité de manière concurrente.**

18


Enjeux cliniques



Toxicomanie
ÉSPT
Colère




Douleurs chroniques
Toxicomanie
Dépression



Honte
Stigmate lié au traitement

19

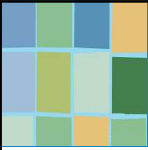
Enjeux cliniques




Toxicomanie
ÉSPT
Colère

- Des déclencheurs les plus importants de la rechute, la colère est peut-être le plus important;
- Certaines drogues peuvent induire ou faciliter des comportements de belligérance et d'hostilité (Potter-Efron, & Potter-Efron, 1991);
- Chez les vétérans souffrant d'ESPT, la colère peut être une émotion prédominante;
- La colère peut masquer des émotions liées à la vulnérabilité (honte, culpabilité, humiliation, tristesse, peur, impuissance) particulièrement chez les militaires.

20



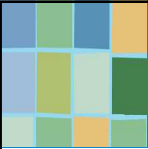
Enjeux cliniques




Douleurs chroniques
Toxicomanie
Dépression

- La douleur chronique peut contribuer au déclenchement d'une dépression et la dépression peut intensifier l'expérience de la douleur chronique;
- La douleur chronique est très souvent présente chez les vétérans qui souffrent de TSO;
- Cycle de la douleur : tension – inactivité – plus de tension – plus de douleur – problèmes de sommeil – fatigue – dépression;
- Le cannabis est utilisé par certains vétérans pour « contrôler » la douleur;

21



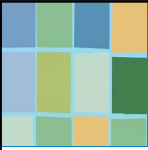
Enjeux cliniques




Douleurs chroniques
Toxicomanie
Dépression

- Les médicaments de la famille des opiacés (morphine, etc.) sont les plus susceptibles de déclencher la dépendance parmi les drogues prescrites avec ou sans histoire de toxicomanie antérieure (Harvard Medical School, 2011);
- La médication pour la douleur peut aussi déclencher une rechute de la drogue de choix;
- La douleur chronique peut envahir la vie du vétéran et contribuer à causer beaucoup de limitations et sentiments d'incompétence;
- La dépression et les toxicomanies peuvent être des conditions secondaires à la douleur chronique mal traitée.

22



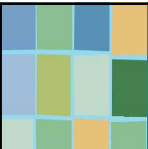
Enjeux cliniques




Honte
Stigmate lié
au traitement

- Stigmate par rapport à soi
 - « Renvoie à l'étiquette négative que l'on met aux personnes qui ont des particularités, des traits de caractère ou un trouble qui les distinguent des gens « normaux » » (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2005);
- Stigmate par rapport à la recherche d'aide
 - Les hommes fort et les militaires n'ont pas besoin d'aide
 - Il y a des préjugés à l'intérieur des Forces canadiennes (Défense nationale et Forces canadiennes, 2008)
 - Pour les vétérans, aller chercher de l'aide pour des toxicomanies est plus difficile qu'aller chercher de l'aide pour un trouble de santé mentale (Witkiewitz, & Estrada, 2011).

23



Enjeux cliniques



Honte
Stigmate lié
au traitement

Dans les mots des militaires et vétérans :

- « Je dois m'arranger tout seul avec mes problèmes »
- « Je ne veux pas croire que j'ai des problèmes »
- « On va penser que je suis fou »
- « Si je demande de l'aide on va dire que mon unité ne peut pas se fier à moi »
- « Si je demande de l'aide c'est sûr que je vais devenir non-déployable »
- « Si je demande de l'aide je suis certain que mes promotions et ma carrière militaire vont être finies »

Prenez le temps d'explorer ces préjugés avec les vétérans car ils peuvent constituer des barrières pour le traitement

24

Étude de cas: Martin

Martin a 45 ans, il est marié depuis 24 ans. Il a 3 enfants dans la vingtaine et un petit-fils de 4 ans. Il a 19 ans de service dans les Forces canadiennes. Il a été libéré des en 2009, avec le grade de Capitaine, pour des raisons médicales.

Martin a été en Bosnie en 1996 pendant 10 mois et en Afghanistan en 2004 pendant 7 mois. En 2006 il a été en congé de maladie cinq fois pour dépression. En 2007, il a reçu le diagnostic d'ÉSPT lié à ses expériences en mission, ainsi que de dépendance à l'alcool. Il est suivi par une équipe interdisciplinaire dans une clinique TSO depuis 2010.

Martin a été victime d'agression physique une fois pendant son enfance et il a aussi vu mourir des personnes dans un violent accident de voiture. Pas d'ÉSPT apparent lié à ces expériences. Pas d'antécédents psychologiques, ni psychiatriques dans sa famille.

Martin dit avoir commencé à boire pendant sa mission en Bosnie en 1996, pour dormir pendant la nuit. Au retour, il aurait cessé de boire régulièrement mais il aurait recommencé en Afghanistan. Il soutient que l'alcool l'aide à gérer son mal de dos. Sa famille le trouve agressif verbalement, irritable et solitaire.

Martin a joint les Forces Armées pour combler son besoin d'appartenance. Son trauma le plus difficile a été en Bosnie en 1996: un militaire qui était son ami est mort dans une embuscade (sentiments associés à l'événement: colère, tristesse, impuissance, culpabilité).

Actuellement Martin prend: Neurontin, Zoloft, Avalide, Naprosyn et Risperdal. Conditions médicales: Hypertension depuis 1996, douleurs chroniques au dos depuis 1997, apnée du sommeil, pas de trauma crânien.



Discussion clinique: le cas de Martin



Quels sont les enjeux cliniques selon vous?


Pistes de solution (suite)

En ce qui concerne la honte et les préjugés liés au traitement, quelles seraient les pistes de solution?





27

Pistes de solutions




Honte et stigmatisme liés au traitement

- 
• Explorer les cognitions et les expériences antérieures associées à la honte;
- 
• Séparer le stigmatisme institutionnel du stigmatisme personnel;
- Encourager le vétérinaire à s'inspirer des succès d'autres vétérinaires ayant surmonté des problèmes similaires (SSBSO.ca);
- Aider le vétérinaire à affronter les préjugés qui l'empêchent d'avoir accès à des traitements ou à s'investir pleinement dans ses traitements;
- Aider le vétérinaire à développer un réseau social soutenant.

28

Pistes de solution (suite)

En ce qui concerne la toxicomanie, l'ÉSPT et la colère, quelles seraient les pistes de solution?



29

Pistes de solution (suite)


Toxicomanie, ÉSPT et colère

- Aider le vétéran à recréer un sentiment de sécurité.
- Aider le vétéran à mieux gérer sa colère.
- Aider le vétéran à développer des habiletés pour réguler ses émotions.
- Aider le vétéran à développer un éventail de stratégies possibles pour mieux comprendre et pour contrôler sa toxicomanie.
- Aider le vétéran à développer de stratégies pour prévenir les rechutes.

30


Pistes de solution (suite)


En ce qui concerne la douleur chronique, la dépression et la toxicomanie, quelles seraient les pistes de solution?




31

Pistes de solution (suite)

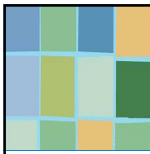
 **Douleurs chroniques, toxicomanie et dépression**

 Un mot sur la douleur (Miller, 2011)



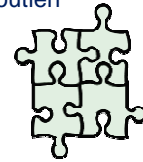
- Écouter son corps;
- Développer un éventail de stratégies pour gérer la douleur chronique;
- Éviter les « solutions rapides » pour gérer la douleur;
- Travailler en équipe avec une variété de professionnels.

32

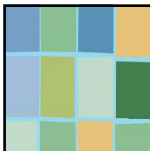


Pistes de solution générales

- Impliquer le vétéran et sa famille dans l'élaboration du plan de traitement;
- Parler du plan de traitement avec la gestionnaire de cas du District avec permission du client);
- Valider les sentiments du vétéran;
- Faire beaucoup de psychoéducation (à petites doses);
- Explorer les attentes et les expériences passées de traitement;
- Faire de l'entrevue motivationnelle afin d'aider le vétéran à travailler son ambivalence face au traitement
- Suggérer des ressources dans une perspective de soutien social;



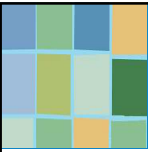
33



Références

- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2009). *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants*. Ottawa, ON: Auteur.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2005). *Au-delà des étiquettes*. Toronto, ON: Auteur.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2010). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: an evidence-based guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Department of National Defence and Canadian Forces. (2008). *A Long Road to Recovery: Battling Operational Stress Injuries* (Deuxième révision Ministère de la Défense Nationale et des Forces Armées Canadiennes). Ottawa, ON: Auteur
- Direction de la recherche, Anciens Combattants Canada, et Director général – recherche et analyse (personnel militaire), Ministère de la Défense . (2011). *Enquête sur la transition à la vie civile : Rapport sur les vétérans de la Force*. Charlottetown, PE: Auteurs.

34



Références

Fikretoglu, D., Liu, A., Pedlar, D., & Brunet, A. (2010). Patterns and predictors of treatment delay for mental disorders in a nationally representative, active Canadian military sample. *Medical Care, 48*(1), 10-17.

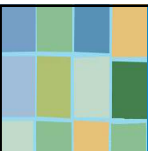
Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2008). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd Ed.). New York, NY: The Guilford Press.

Goedike, J., & Provençal, P. (2006). Les dépendances et le dépistage. [PowerPoint slides].

Harvard medical School (2011). Painkillers fuel growth in drug addiction. *Harvard Mental Health Letter* (January 2011). Retrieved from https://www.health.harvard.edu/newsletters/Harvard_Mental_Health_Letter/2011/January/painkillers-fuel-growth-in-drug-addiction

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.

35



Références

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E. Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048-1060.

Potter-Efron, R. T., & Potter-Efron, P. S. (1991). *Anger, alcoholism, and addiction: treating individuals, couples, and families*. New York, NY: W. W. Norton & Company, Inc.

Klerman, G., Weissman, M., Rounseville, B., & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York, NY: Basic Books.

Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York, NY: Basic.

Miller, G. (March 30, 2011). *Chronic Pain and Substance Abuse: Assessment, Treatment, and Aftercare* [Webinar] Retrieved April 14, 2011 from <http://vendomewebinars.com>.

Najavits, L. M. (2002). *Seeking safety: a treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York, NY: Guilford Press.

36



Références

O'Toole, B. I., Catts, S. V., Outram, S., Pierse, K. R., & Cockburn, J. (2009). The Physical and Mental Health of Australian Vietnam Veterans 3 Decades After the War and Its Relation to Military Service, Combat, and Post-Traumatic Stress Disorder. *American Journal of Epidemiology*, 170, 318–330.

Qureshi, S., Pyne, J. M., Magruder, K. M., Schulz, P. E., & Kunik, M. E. (2009). The link between post-traumatic stress disorder and physical comorbidities: a systematic review. *Psychiatric Quarterly*, 80(2), 87-90.

Statistiques Canada. (2002). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être - Forces canadiennes (ESCC). Ottawa, ON: Author.

Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience Therapy*, 14(3), 171-181.

37



Références

Witkiewitz, K., & Estrada, A. (2011). Substance Abuse and Mental Health Treatment in the Military: Lessons Learned and a Way Forward. *Military Psychology*, 23, 112-123.

38



Canada 

39