



Cas clinique

De la conduite addictive à la découverte d'un trouble de stress post traumatique : parcours de souffrance méconnue chez un militaire

From addictive behavior to the discovery of post-traumatic stress disorder:
a journey of unrecognized suffering in a soldier

MK Pouabizan*¹, SM Ndiaye², F Mbengue Diagne², DS Dembélé², M Lo², A Fané², EHM Sow²,
K Konaré Dembélé², KN Diong², T Sylla Diallo²

Résumé

La dimension traumatique de l'addiction est étudiée depuis longtemps et les conduites addictives sont la deuxième comorbidité associée au trouble de stress post-traumatique. Le trauma peut être évident, mais parfois ses manifestations peuvent laisser le premier plan aux conduites addictives. Cependant en pratique, le lien ne semble pas évident à établir.

Notre objectif était de montrer à travers une vignette clinique, comment les conduites addictives pouvaient être la traduction comportementale de la souffrance liée au trouble de stress post traumatique chez un militaire.

Notre patient, référé pour une addiction, a été exposé à plusieurs évènements de guerre et à des situations socio-familiales difficiles. Au décours, sa souffrance s'était traduite par des manifestations typiques de trouble de stress post traumatique avec par la suite des relations conflictuelles envers l'entourage familial et un retrait social. Sa souffrance était explicite mais n'avait pas conduit à des soins adaptés.

Les conduites addictives étaient apparues au retour d'une mission extérieure, pour devenir régulières, importantes et rythmées par les situations éprouvantes. Les conduites addictives semblaient plus incommoder la famille, attirer leur attention et pousser à la demande d'aide.

Les circonstances de la vie militaire, en particulier les situations opérationnelles, représentent un facteur de risque d'exposition à des situations traumatisantes. Le trouble de stress post traumatique entraîne souvent une rupture dans la trajectoire d'un sujet, tant au niveau de son fonctionnement individuel que de son interaction sociale et environnementale. Le trauma apparait antérieur à l'addiction comme retrouvé dans d'autres études. La substance psychoactive semble être utilisée pour apaiser la souffrance.

Cette observation clinique met en évidence des aspects psychopathologiques du trouble de stress post traumatique, en particulier de l'interrelation avec les conduites addictives, dans le cadre de l'environnement singulier du militaire.

Mots-clés : Trouble de stress post traumatique, addiction, militaire, souffrance.

Abstract

The traumatic dimension of addiction has long been studied, and addictive behaviors are the second most common comorbidity associated with post-traumatic stress disorder. The trauma may be obvious, but sometimes its manifestations can give way to addictive behavior. In practice, however, the link does not seem obvious.

Our aim was to demonstrate, through a clinical case, how addictive behaviours could be the behavioural translation of suffering linked to post-traumatic stress disorder in a soldier.

Our patient, referred for addiction, had been exposed to several wartime events and difficult social situations. In the aftermath, his suffering had manifested itself as typical post-traumatic stress disorder, with subsequent conflictual relationships with his family and social withdrawal. Her suffering was explicit, but did not lead to appropriate treatment.

The addictive behaviors had appeared on return from an external mission, and became regular, significant and punctuated by stressful situations. Addictive behavior seemed to bother the family more, attracting their attention and prompting them to seek help.

The circumstances of military life, particularly operational situations, represent a risk factor for exposure to traumatic situations. Post-traumatic stress disorder often leads to a rupture in a subject's trajectory, both in terms of individual functioning and social and environmental interaction. Trauma appears to predate addiction, as found in other studies. The psychoactive substance seems to be used to alleviate suffering.

This clinical observation highlights the psychopathological aspects of post-traumatic stress disorder, in particular its interrelationship with addictive behaviors, in the context of the soldier's unique environment.

Keywords: Post-traumatic stress disorder, addiction, military, suffering.

Introduction

Le lien entre le trouble de stress post traumatique (TSPT) et l'addiction est étudié depuis l'époque de Freud et de ses successeurs (1). Les conduites addictives sont la deuxième comorbidité associée au TSPT après la dépression (2). Mills et al (3) ont trouvé dans leur étude que 92% des patients dépendants à l'héroïne ont été exposés à un événement traumatique et que 42% d'entre eux souffrent, selon le DSM-IV-TR, d'un état de stress post traumatique.

Les manifestations cliniques du TSPT peuvent être évidentes, mais souvent elles peuvent laisser le premier plan à des conduites addictives. Il peut s'agir alors de conduites qui recouvrent un continuum de comportements de consommation, du plus anodin au plus pathologique, du simple usage à la dépendance, en passant par l'usage à risque et l'abus (ou usage nocif) (4). Cependant en pratique, le lien ne semble pas évident à établir.

Nous avons pour objectif de montrer, à travers une vignette clinique, comment les conduites addictives peuvent être la traduction comportementale de la souffrance liée au TSPT chez un militaire en activité.

Cas clinique

Il s'agit de Mr M, âgé de 42 ans, militaire depuis 21 ans, veuf et père de 2 enfants. En raison de difficultés socio-familiales, il avait interrompu ses études après avoir obtenu son brevet de fin d'études moyennes, pour s'engager dans l'armée et aider son père.

A la suite de la plainte de sa mère auprès de son supérieur hiérarchique, il nous a été référé par son médecin généraliste militaire pour une irritabilité, une agressivité verbale et une consommation de cannabis. Il était inconcevable pour la mère de voir son fils « avoir de mauvaises fréquentations », voir même de consommer du cannabis. Ainsi elle avait souhaité même qu'il soit sanctionné. La hiérarchie avait requis l'avis du médecin qui avait fini par le référer devant

la dimension pathologique de la consommation de cannabis.

Mr M avait une consommation régulière de cannabis, environ trois à quatre joints au moins par jour, de 2009 à la période de sa prise en charge dans notre structure en 2023. Cette longue période de consommation, était marquée par des tentatives de sevrage volontaire et des rechutes au rythme des événements difficiles.

C'est au retour d'une mission de maintien de la paix qu'il a commencé à fumer du cannabis. Il disait « je fumais pour oublier et me soulager, parce que c'était la première fois de ma vie que je voyais des tueries et des cadavres dans les rues ». En effet, plusieurs de ses camarades avaient perdu la vie et il avait participé au ramassage de leurs corps et aurait vu aussi de nombreux corps sans vie jonchant les rues de la ville. A son retour de cette mission, il a été déployé dans une zone opérationnelle militaire au sud du pays durant sept ans, zone où il avait vécu un stress au quotidien et des événements de guerre difficiles. Il avait assisté à la mort d'un camarade après l'explosion d'une mine et avait participé au ramassage de son corps. Quelques mois après, lors d'une intervention sur le terrain, il avait été exposé à la vue du corps d'un autre camarade capturé la veille lors d'une attaque. Il partageait la même chambre et avait de proches relations avec lui. Après ces événements, il a eu durant plusieurs mois des troubles du sommeil et du comportement et a repris à consommer régulièrement du cannabis dans le but d'oublier et d'apaiser son stress quotidien. Lors de ses congés, il avait pour la première fois consommé du cannabis devant sa famille, un comportement strictement proscrit par cette dernière. A la demande de sa mère, Mr M avait arrêté la consommation.

D'autres situations, avec une perturbation du sommeil et une anxiété, avaient favorisé la reprise de la consommation de cannabis, de manière excessive, en association avec la cigarette. Ils s'agissaient du décès de son père après une longue maladie, du décès brutal de son épouse au décours d'un accouchement, de trois accidents, de la rupture de sa relation amoureuse secondaire à l'action de sa mère, de l'exposition à l'odeur du sang et du décès d'une personne âgée

durant une hospitalisation.

En sus des troubles du sommeil M avait présenté diverses manifestations cliniques. En zone opérationnelle au sud du pays, il a eu des perceptions visuelles et une tendance à parler seul. Il avait été stigmatisé par des camarades qui disaient qu'il était « fou ». Ses supérieurs hiérarchiques, ayant constaté ses troubles, avaient plusieurs fois essayé de le protéger en l'amenant dans des unités moins exposées. Malgré ces mesures de protection, il avait quelques fois présenté des troubles du comportement jusqu'à une utilisation inadéquate de son arme. Ses supérieurs avaient fini par le mettre en permission et finalement l'affecter dans un bataillon dans la ville où habitait sa famille. La symptomatologie s'était accentuée à domicile avec des cauchemars et des réveils en sursaut. Il disait « quand je dormais, je faisais des rêves portant sur les scènes de guerre vécues et je me mettais à crier à haute voix ; j'allumais la lampe et me rendais compte que j'étais chez moi et je me recouchais ». M évitait les lieux et situations qui lui rappelaient les scènes de guerre, comme les fêtes avec les pétards et la vue de sang. Il avait une intolérance aux bruits qui lui rappelaient ce qu'il avait vécu durant certains événements. Il sursautait à l'ouverture de la porte de sa chambre et quand ses enfants le réveillaient brutalement. Il était devenu irritable, se sentait incompris et entretenait des relations conflictuelles avec plusieurs membres de sa famille. Toute sa famille, à l'exception de son épouse, l'avait traité de « fou » et avait commencé à le fuir, surtout lorsqu'il prenait un couteau. Ainsi sa mère lui avait proposé plusieurs fois une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique sans succès. Cette souffrance avait conduit à une tentative de suicide avec un couteau. Il disait « je faisais tout pour ma famille et je leur donnais tout mon argent ; je n'en voulais plus et je leur disais que j'allais mourir de toute façon ». Sa femme avait été d'un grand soutien jusqu'à son décès. M se sentait compris et soutenu par des « frères d'armes » qui le fréquentaient jusqu'à ce que sa mère leur refusât l'accès, les traitant de drogués.

L'administration du PCL-5 (Posttraumatique Stress

Disorder Checklist for DSM 5) chez Mr M, qui a été directement confronté à plusieurs événements traumatisants, a donné un score total de 46, ce qui suggérait la présence d'un TSPT sévère. Conformément aux critères diagnostiques du TSPT du DSM-5, nous avons relevé, en plus des critères d'exposition, cinq symptômes d'intrusion, deux items d'évitement persistant des stimuli, quatre items d'altérations des cognitions et de l'humeur et cinq items de profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité. Ces différentes manifestations ont évolué durant plusieurs mois avec une souffrance cliniquement significative et une incapacité importante dans les dimensions sociale et professionnelle et n'étaient pas attribuables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection. L'évaluation de la consommation de cannabis, ayant duré 14 ans, au rythme de tentatives de sevrage volontaire et de rechutes, avait révélé une addiction sévère avec 6 critères selon le DSM-5. L'addiction au cannabis et les répercussions socio-professionnelles étaient les conséquences du TSPT.

Devant ce tableau, M a été hospitalisé et a été mis sous un traitement médicamenteux avec 20 mg de paroxétine et 25 mg d'hydroxyzine. Il a bénéficié de séances de psychothérapie de soutien et d'approche systémique. La prise en charge avait permis une évolution favorable avec une régression progressive de la symptomatologie faite d'un rétablissement du sommeil, d'une régression de l'irritabilité, de l'arrêt de la consommation de cannabis et d'une meilleure insertion familiale. Après sa sortie d'hôpital, M avait des rendez-vous réguliers et un congé de maladie. L'ouverture d'un dossier pour sa présentation devant la commission spéciale de réforme a été initiée pour une réparation et une reconnaissance de la maladie et de l'imputabilité au service.

Discussion

Cette observation clinique met en évidence des aspects psychopathologiques du TSPT, en particulier de l'interrelation avec les conduites addictives, dans le cadre de l'environnement singulier du militaire.

L'étude d'un cas, dans un environnement où l'usage des substances psychoactives est notamment prohibé, peut constituer une limite dans la compréhension du phénomène dans les forces de défense et de sécurité ou dans la population générale. Ce constat concorde avec celui de Gheorghiev (5), qui a trouvé en France, le manque de données concernant les conduites addictives dans les armées, dû à la sous-déclaration manifeste et la faible représentativité des déclarations. Chez notre patient, nous retrouvons de multiples expositions à des événements potentiellement traumatiques, à l'origine d'un TSPT ou des réactivations de la symptomatologie. Les circonstances de la vie militaire, en particulier dans les situations opérationnelles, représentent un facteur de risque d'exposition à des situations traumatisantes au plan psychique (6). M avait changé, avec comme conséquence des relations conflictuelles avec l'entourage et un retrait par rapport aux activités de la vie courante. Pour Johnson (7), le traumatisme psychique entraîne souvent une rupture dans la trajectoire d'un sujet, tant au niveau de son fonctionnement individuel que de son interaction sociale et environnementale. Des études sur la guerre du Golfe aux États-Unis indiquent que 19 % des anciens combattants ont éprouvé des difficultés d'adaptation familiale à leur retour de mission (8). M vivait de la souffrance qui semblait manifeste et explicite devant son entourage militaire ou familial, mais qui n'avait paradoxalement pas conduit à des soins adaptés.

Le début de la consommation de cannabis est chronologique au retour de sa première mission. Cette consommation était importante et rythmée par les situations éprouvantes et les réactivations du TSPT, avec des interruptions temporaires correspondant à des tentatives personnelles de sevrage. Les conduites addictives, qui peuvent occuper le premier plan, sont le deuxième trouble comorbide associé au trouble de stress post-traumatique (2). Chez notre patient, le trauma apparaît clairement antérieur à l'addiction comme retrouvé dans d'autres études (1). Le cannabis semble être utilisé par le patient pour apaiser sa

souffrance. L'expérimentation du cannabis permet de modifier l'état de conscience et les sensations. Il procure l'apaisement d'une souffrance, d'un malaise (9). C'est le cas de notre patient qui disait consommer le cannabis pour noyer son chagrin ou oublier les horreurs de la guerre. Pour Jeammet (10), les conduites addictives constitueraient une réponse adaptative à une souffrance psychique irréprésentable ou à des anomalies de la régulation des éprouvés émotionnels et corporels, de l'estime, de la conscience de soi et des relations interpersonnelles.

Les conduites addictives semblaient plus incommoder la famille, attirer leur attention et pousser à la demande d'aide. Fall et al (11) ont montré qu'au Sénégal, en plus du caractère illicite, le cannabis était doublé d'une perception déshonorante. Son utilisation, que le patient savait proscrite en famille, semblait sonner comme une fonction de révolte envers la famille, en particulier envers la mère.

Les conduites addictives n'étaient que la face visible de la souffrance traumatique du patient. Au-delà de la découverte de cette souffrance sévère sous-jacente, notre patient bénéficierait d'une approche psychothérapeutique plus spécifique à travers la TCC (thérapie cognitivo-comportementale) et l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Conclusion

Le TSPT est fréquent chez les militaires du fait de leurs activités qui les exposent à des situations traumatiques. Son expression clinique est connue et étudiée depuis plusieurs années. Cependant, la survenue de conduites addictives interroge sur son lien avec le trauma, d'autant plus qu'elles sont la deuxième comorbidité associée, dont leurs manifestations peuvent occuper le premier plan, occultant le TSPT et la souffrance du sujet.

Le défi de la prise en charge devant ces situations est certes d'entendre la demande de l'entourage qui peut se cristalliser sur l'addiction, mais d'aller au-delà afin d'en comprendre l'origine psychopathologique. Le défi porte ainsi sur la nécessité de fédérer l'entourage

familial et professionnel autour de la souffrance du sujet.

Des recherches, à plus large échelle, permettraient d'éclairer davantage la compréhension du phénomène dans les forces de défense et de sécurité, ou dans la population générale.

*Correspondance

Madiyiri Karim Pouabizan

pouabizankarim@yahoo.com

Disponible en ligne : 25 Juin 2025

1 : Service de psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Fann, Dakar-Sénégal

2 : Service de psychiatrie, Hôpital d'Instruction des Armées Hôpital Principal de Dakar, Dakar-Sénégal

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Sinanian A, Pommier F, Pirlot G, Roques M. Addictions, évitement et répétition du traumatisme. *Psychothérapies*. 2014;34(3):173-84.
- [2] Guillem E, Pelissolo A, Vorspan F, Bouchez-Arbabzadeh S, Lépine JP. Facteurs sociodémographiques, conduites addictives et comorbidité psychiatrique des usagers de cannabis vus en consultation spécialisée. *L'Encéphale*. 2009;35(3):226-33.
- [3] Mills KL, Teesson M, Ross J, Peters L. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):652-8.

- [4] Rozaire C, Guillou Landreat M, Grall-Bronnec M, Rocher B, Vénisse JL. Qu'est-ce que l'addiction ? *Arch Pol Crim.* 2009;31(1):9-23.
- [5] Gheorghiev C, Arvers P, De Montleau F, Fidelle G, Queyriaux B, Verret C. Le cannabis dans les armées : entre passé et actualité. *Ann Med Psychol.* 2009;167(6):429-36.
- [6] Gallant A. Étude des perceptions du trouble de stress post-traumatique parmi des militaires canadiens et leur conjointe [thèse]. Montréal: Université de Montréal, Faculté des arts et des sciences; 2015 [cité 2024 mars 4]. 87 p.
- [7] Johnson E. The interrelated nature of trauma: exploring the narratives of persons living with a family member who has post-traumatic stress disorder [master's thesis]. London (ON): Western University; 2019 [cited 2024 Mar 5]. 39 p.
- [8] Sullivan-Kwantes W, Febbraro A, Blais AR. Air Force post-deployment reintegration: a qualitative study. *Defence Research and Development Canada*; 2005.
- [9] Delile JM, Couteron JP. Cannabis et santé : Pratiques en santé mentale. 2017;63(2):9-14.
- [10] Jeammet P. Psychopathologie des conduites de dépendance et d'addiction à l'adolescence. *Cliniques méditerranéennes.* 1995;47(48):155-75.
- [11] Fall L, Der Dieye NA, Sy O, Dieye M, Ndiaye ND, Sylla A. Cannabis use in adolescents and its link to psychopathology: A case report from Fatick, Senegal. *Med Sci Trends Innov.* 2025;2:135–52.

Pour citer cet article :

MK Pouabizan, SM Ndiaye, F Mbengue Diagne, DS Dembélé, M Lo, A Fané et al. De la conduite addictive à la découverte d'un trouble de stress post traumatique : parcours de souffrance méconnue chez un militaire. *Jaccr Africa* 2025; 9(2):328-333

<https://doi.org/10.70065/2592.jaccrAfri.001L012506>