



HAL
open science

Psychotraumatologie. Apports de la Psychiatrie Militaire et de la Psychiatrie Civile

Isabelle de Vitton

► **To cite this version:**

Isabelle de Vitton. Psychotraumatologie. Apports de la Psychiatrie Militaire et de la Psychiatrie Civile. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00758775

HAL Id: dumas-00758775

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00758775>

Submitted on 29 Nov 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE ROUEN
FACULTE DE MEDECINE**

Année 2012

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

**Psychotraumatologie :
Apports de la Psychiatrie Militaire et de la Psychiatrie Civile.**

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2012

par Isabelle de VITTON

Présidente de jury : Madame le Professeur Florence THIBAUT
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Christian NAVARRE

Par délibération en date du 3 mars 1967, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

Aux membres du jury de cette thèse :

Madame le Professeur Florence THIBAUT qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider le jury, Monsieur le Docteur Christian NAVARRE qui a dirigé ce travail, ainsi que les Professeurs Pierre DÉCHELOTTE et Bernard PROUST.

À mes maîtres :

le Professeur Florence THIBAUT et le Général Louis CROCQ, pour l'excellence de leur enseignement et leur précieux soutien.

Je tiens également à leur témoigner toute ma gratitude pour leurs encouragements et les opportunités qu'ils m'ont offertes d'entrer en relation avec certaines personnes particulièrement compétentes dans la problématique abordée.

À mon directeur de thèse et chef de service au Centre Hospitalier du Rouvray :

le Docteur Christian NAVARRE, qui fut pionnier dans le réseau des CUMP et sans lequel je n'aurais pu réaliser ce travail.

Il m'a transmis sa passion de la psychotraumatologie et m'a guidée au cours de mon internat. Qu'il en soit sincèrement remercié.

Aux chefs de service qui m'ont accueillie et formée :

le Professeur Humbert BOISSEAUX grâce à qui j'ai eu le privilège de connaître la psychiatrie militaire, le Professeur Priscille GÉRARDIN, le Docteur Christian NAVARRE, le Docteur Annie NAVARRE, le Docteur Gaël FOULDRIN, le Docteur Laurent FABRE, le Docteur Marie-Noëlle VACHERON, le Docteur Mounir SAMY et le Docteur Béatrice BEAUFILS, ainsi que leurs équipes.

Ils ont fait de moi la psychiatre que je suis aujourd'hui. Je leur suis profondément reconnaissante de tout ce qu'ils m'ont apporté.

Aux enseignants du Diplôme Universitaire sur le stress de Paris V :

notamment le Général CROCQ, Madame DENTAN et Monsieur CABON.

Mes remerciements vont également au Docteur François DUCROCQ pour son aide précieuse dans mes recherches bibliographiques.

Aux militaires qui ont accepté de se prêter aux entretiens.

Je ne saurais suffisamment remercier pour la qualité de leur accueil les deux régiments qui se reconnaîtront.

Aux patients qui ne sauront jamais à quel point ils m'ont enrichie au cours de ma formation.

**Je dédie cette thèse à mes parents,
à mon arrière-grand-père le Colonel HIRIART, ancien déporté,
et à mon oncle Pierre LÉONARD, mort sous les drapeaux à 23 ans.**

I. Introduction

II. Historique de la psychotraumatologie

A. En milieu militaire

1. Dès l'Antiquité
2. L'expérience napoléonienne
3. Les grands conflits armés mondiaux
4. Guerres post-coloniales et terrorisme

B. En milieu civil

1. Les catastrophes civiles
2. Psychiatrie de secteur et psychiatrie d'urgence

C. Interactions et apports réciproques

1. Les psychiatres et les guerres
2. Création des CUMP
3. SAMU et EPRUS

III. Clinique et thérapeutique de l'état de stress aigu et de l'état de stress post-traumatique

A. Clinique de l'état de stress aigu et de l'état de stress post-traumatique

1. Définitions
2. L'ESA
3. L'ESPT

B. Thérapeutique en milieu militaire

1. Programmes d'aide aux soldats
 - a. BMT
 - b. Buddy Aid
 - c. « ERASE »
2. CISPAT et psychiatre d'OPEX
 - a. SSA
 - b. CISPAT
3. Le « debriefing »

C. Thérapeutique en milieu civil

1. La psychothérapie
 - a. Analytique
 - b. TCC
 - c. Hypnose
 - d. EMDR
 - e. Approches à l'étude
2. La pharmacothérapie
 - a. Hypothèses physiopathologiques
 - b. Psychotropes

IV. Prise en charge du « stress de combat » en milieu militaire : une évolution récente

A. Le sas de fin de mission de Chypre

1. Pourquoi un sas de fin de mission ?
2. Déroulement du sas
3. Objectifs

B. Observations cliniques

1. Militaires n'étant pas passés par le sas
2. Militaires étant passés par le sas
3. Commentaires

C. Evolution de la société et du Service de Santé des Armées

1. Une armée professionnalisée
2. Évolution des mentalités
3. Un partenariat renforcé

V. Discussion

VI. Conclusion

Bibliographie

Annexes

Résumé

I. Introduction

Le domaine de la psychotraumatologie, encore méconnu il y a quelques décennies, a formidablement évolué au cours de l'Histoire.

Bien que des descriptions de cas correspondant au syndrome psychotraumatique aient été rapportées depuis l'Antiquité, c'est au cours des grands conflits armés du XXe siècle que la psychotraumatologie a connu son plein essor.

À l'heure où les médias parlent de plus en plus des « cellules de soutien psychologique » déployées en cas de catastrophe civile, et où l'armée française désengage ses troupes du théâtre militaire afghan, ce travail se propose de reprendre le développement de la psychotraumatologie au travers de l'évolution conjointe de la psychiatrie militaire et de la psychiatrie civile.

Après un rappel clinique et thérapeutique, un exposé du récent dispositif de « sas de fin de mission » au sein de l'armée française ouvrira la discussion sur la complémentarité de ces deux approches médicales. Des méthodes psychothérapeutiques similaires peuvent en effet s'appliquer aux victimes civiles de catastrophes.

II. Historique de la psychotraumatologie

Le développement de la psychotraumatologie s'est articulé autour des événements martiaux de l'Histoire qui furent des moments de rupture et de rénovation.

Les progrès de l'hygiène médicale faisant reculer les grands fléaux épidémiques qui dominaient les questions de santé, notamment en milieu militaire, laissaient progressivement voir l'impact de la bataille sur l'état psychologique du soldat.

A. En milieu militaire

Alors que la névrose traumatique a été identifiée par le neurologue allemand OPPENHEIM dès 1888 chez les accidentés des tout récents chemins de fer ⁽¹⁰⁹⁾, ce sont surtout les conflits armés du XXe siècle qui ont fait le jour sur ce qui fut dénommé la « névrose de guerre », et qui en ont permis les grandes avancées thérapeutiques.

La pathologie psychotraumatique, déjà retrouvée dans les récits relatant les rêves de bataille dans l'Antiquité, prit successivement diverses appellations.

Du syndrome du « vent du boulet » lors des guerres napoléoniennes, aux « hystéries traumatiques » de la Grande Guerre, la connaissance de ce trouble s'est enrichie des grands conflits armés du XXe siècle.

Le nouveau type de guerre que connaît le XXIe siècle offre de nouveaux défis aux psychiatres militaires contemporains, qui oeuvrent de plus en plus en partenariat avec leurs homologues civils.

1. Dès l'Antiquité

Selon L. CROCQ ⁽³⁴⁾, la réflexion sur le trauma a toujours accompagné la violence de l'Homme et sa rencontre avec l'incompréhensible de la mort.

On en retrouve ainsi des traces dans le récit légendaire plurimillénaire de l'épopée mésopotamienne de *Gilgamesh* en 2000 av. JC, ou encore dans l'*Iliade* d'HOMÈRE (900 av. JC)

On retrouve dans l'Antiquité de nombreux autres cas en lien avec des combats :

Le cas du guerrier athénien EPIZELOS, atteint de cécité hystérique émotionnelle en pleine bataille de Marathon, constitue une véritable observation clinique rapportée par HÉRODOTE en 390 av. JC (cité par L.CROCQ en 2003 ⁽³⁵⁾).

On peut aussi en retrouver dans la Chanson de ROLAND (Bataille de Roncevaux) vers 1110, et dans les Chroniques de FROISSART (Guerre de Cent Ans) en 1338.

Ambroise PARÉ, chirurgien français des champs de bataille, recueille au lendemain du massacre de la Saint Barthélemy (1572) auprès du jeune roi Charles IX qui en fut témoin, ses plaintes d'hallucinations et cauchemars terrifiants à en faire « dresser les cheveux sur la tête ». Dans son poème *Les Tragiques*, AGRIPPA d'AUBIGNÉ décrit par cette même image (« *Mes cheveux ét`nnés hérissent en ma tête* ») les atrocités auxquelles il a assisté en tant qu'huguenot lors des guerres de religion.

C'est à cette époque que SHAKESPEARE mentionne les rêves de bataille dans ses pièces *R`mé` et Juliette*, et *Henry IV*, et décrit, dans *Macbeth*, les symptômes psychotraumatiques du couple Macbeth, torturé par la culpabilité de ses crimes. ⁽³⁵⁾

2. L'expérience napoléonienne

Les événements de la Révolution et de l'Empire fournirent des cas de « névroses de la circulation ou de la respiration », préfigurant la névrose traumatique.

Il faut rappeler que la discipline psychiatrique n'existait pas en tant que telle avant le XIXe siècle (ESQUIROL, PINEL), et qu'elle ne s'est autonomisée de la neurologie qu'au milieu du XXe siècle.

Les désordres psychiques observés jusqu'alors trouvaient une explication neuropsychiatrique, et les pathologies infectieuses telles que syphilis et tuberculose étaient combattues en premier chef par les médecins du Service de Santé des Armées. (CLERVOY 2008 ⁽²⁶⁾)

DESGENETTES, PERCY et LARREY, médecins de la Grande Armée, dénomment « **syndrome du vent du boulet** » l'état stuporeux qui saisit les combattants épargnés de justesse par un boulet passé tout près d'eux. (CROCQ 2003 ⁽³⁵⁾). Le concept de la commotion est l'effet lésionnel sur les méninges et les vaisseaux cérébraux de la succession d'ondes de pression et de décompression accompagnant l'explosion de l'obus.

Il est intéressant de noter que le **Syndrome Post-Commotionnel** est une entité clinique actuelle, comme le rappellent AUXEMERY et RIBETON de l'HIA Legouest à Metz dans leur travail de 2012 « La réalité post-commotionnelle du syndrome subjectif des patients traumatisés crâniens » ⁽⁶⁾ :

« Le syndrome post-commotionnel réside aux confins de symptômes somatiques (céphalées, vertiges, fatigue), cognitifs (trouble de mémorisation et de concentration), et affectifs (irritabilité, labilité émotionnelle, dépressivité, anxiété, troubles du sommeil). Partant du constat que de nombreux traumatisés crâniens légers à examens clinique et paraclinique normaux présentent une souffrance durable, les auteurs affirment que la recherche de microlésions cérébrales est nécessaire afin d'objectiver l'atteinte neuropathologique et de proposer un modèle étiologique, mais ne doit pas faire dissocier le psychique du somatique (dissociation théorique cerveau-esprit) dans l'approche thérapeutique de ces patients.

Une étude américaine de mai 2012 de GOLDSTEIN et son équipe a été publiée sur le syndrome post commotionnel ⁽⁵⁷⁾. Ils ont réalisé des autopsies de cerveaux de vétérans de l'armée américaine ayant été exposés à des « blasts » (souffles d'explosion) et/ou « concussion » (commotion cérébrale) et ont retrouvé une encéphalopathie neurodégénérative liée à la protéine tau, l'« encéphalopathie traumatique chronique », connue chez des joueurs de baseball à antécédent de traumatisme crânien léger.

L'expérience que GOLDSTEIN a alors montée sur modèle murin blasté a retrouvé la tauopathie associée à une neuro-inflammation chronique, une axonopathie, et des lésions microvasculaires sans hémorragie ni lésion cérébrale macroscopiques. Ces lésions

expliqueraient les troubles mnésiques observés au décours des traumatismes. Il a été démontré que l'impact délétère des ondes de choc passait par (et pouvait ne se limiter qu'à) l'oscillation de la tête. Les résultats identifient donc des déterminants pathogéniques communs à l'encéphalopathie traumatique chronique chez les militaires exposés à des blasts et chez les sportifs traumatisés crâniens. Il s'agit pour les auteurs d'une preuve mécanique du lien entre l'exposition à des traumatismes crâniens légers (commotions cérébrales) et les déficits persistants des fonctions neurophysiologiques que sont l'apprentissage et la mémoire.

Dans son article *Psychiatrie du combattant : évolution sur trois siècles*, P. CLERVOY écrit en 2008 ⁽²⁶⁾ « Dans son acte auprès du blessé de guerre, le dévouement du chirurgien, sa présence et son engagement moral, sont déjà la forme d'un soin psychologique. »

Henri DUNANT rapporte en 1863 ⁽⁴³⁾ l'horreur du champ de Bataille de Solferino le 24 juin 1859 les « yeux hagards », la « prostration » et les soldats « agités d'un ébranlement nerveux et d'un tremblement convulsif ».

À la même époque, DA COSTA, médecin dans l'armée nordiste lors de la Guerre de Sécession américaine décrivait le « *soldier's heart* » (« cœur de soldat »), manifestation cardiovasculaire d'anxiété due à l'épuisement et à la frayeur.

C'est au cours de la guerre russo-japonaise de 1904-1905 que fut instaurée la doctrine de la « **psychiatrie de l'avant** » par le psychiatre russe AUTOCRATOV : le transsibérien n'étant pas achevé, c'est par charrettes hippomobiles que les psychiatres parcouraient le front à la recherche de blessés psychiques afin d'opérer un triage et de les traiter à proximité du front. L'allemand HONIGMAN, qui y participait comme psychiatre volontaire de la Croix Rouge, créa le terme de « **névrose de guerre** » en 1908.

3. Les grands conflits armés mondiaux

La Première Guerre Mondiale oublia cette pratique de « psychiatrie de l'avant » et vit évacuer sur les hôpitaux de l'arrière une masse de blessés psychiques qui représentait une attrition notable d'effectif au front. Leurs cas firent à l'époque l'objet de nombreuses publications.

Comme le rapporte le Docteur NAVARRE en introduction de son ouvrage de 2007 « *Psy* » des catastrophes, dix années auprès des victimes⁽¹⁰⁵⁾, « ces combattants rescapés des assauts meurtriers, englués de la boue des tranchées en tête à tête forcé avec les cadavres grimaçants de leurs camarades, ces soldats saturés d'explosions, d'éclats d'obus et de bombes, ahuris après l'acharnement d'un corps à corps où ils ont perçu la férocité dans le regard de l'ennemi, (...) reviennent effrayés de ce néant des enfers ».



Les « blessés nerveux » qui ne sont pas morts au front sont des poilus qui n'ont jamais eu droit à la reconnaissance publique, tant ils renvoyaient une image terrible de la guerre en complète contradiction avec les lauriers de l'héroïsme.

Un médecin militaire, le médecin-major MILIAN, est en janvier 1915 l'un des premiers à décrire les cas de psychonévrose que présentent ces hommes frappés de terreur dans son article intitulé « *L'hypnose des batailles* » paru dans la revue *Paris Médical*⁽⁹⁶⁾.

Dans *Le C`urage* (1917)⁽⁶⁶⁾ et *Le Cafard* (1918)⁽⁶⁷⁾, Paul VOIVENEL et Louis HUOT étudient le stress post-traumatique, analysant la décharge émotionnelle différée (« hémorragie de la sensibilité ») contenue durant l'assaut sous le coup de l'horreur de la situation. Ce n'est qu'à l'issue des événements que l'effroi submerge le Poilu.

La Première Guerre Mondiale marqua une grande rupture pour les médecins militaires qui se retrouvèrent confrontés à une incidence inattendue de conversions hystériques.

En 1916, ROUSSY et BOISSEAU (cités en 2011 dans le livre de LE NAOUR *Les soldats de la h`nte*⁽⁹⁰⁾) notaient que « dès le début de la guerre, les troubles nerveux tant organiques que fonctionnels prirent une importance qui ne laissa pas de surprendre même les gens les plus autorisés ».

L'hypothèse pathogénique commotionnelle a laissé place à l'hypothèse émotionnelle avec l'attribution d'une signification symbolique au symptôme convertif.

Ainsi, il a été observé des tics de la face chez le soldat ayant bâillonné un ennemi au visage, ou des spasmes abdominaux chez d'autres qui avaient poignardé l'adversaire à l'abdomen, ou encore des cécités convertives chez des snipers.

Un ouvrage de psychiatrie militaire de 1930 (RODIER et FRIBOURG-BLANC⁽¹¹³⁾), cité par CLERVOY⁽²⁶⁾, s'attachait à démontrer qu'il n'existait pas de clinique psychiatrique spécifique au temps de guerre.

Cinq ans plus tard, les mêmes auteurs publièrent un autre ouvrage (FRIBOURG-BLANC et GAUTHIER⁽⁵²⁾) qui souligne pourtant les spécificités d'une pratique psychiatrique aux armées, comme le reprendront en 1969 les psychiatres JUILLET et MOUTIN dans leur ouvrage *Psychiatrie Militaire*⁽⁷²⁾ qui synthétise les travaux psychiatriques de la Seconde Guerre Mondiale. Les pathologies des temps de paix y sont distinguées des pathologies des temps de guerre en adoptant de nouveaux termes dénués de jugement moral (« conduite de fugue » au lieu de « lâcheté », « conduite addictive » au lieu d'« ivrognerie »)

Les articles du Général CROCQ (2005⁽³⁷⁾) ainsi que du Docteur NAVARRE (1991⁽¹⁰²⁾) à ce sujet soulignent combien les profils cliniques, hypothèses pathogéniques et attitudes thérapeutiques ont suivi l'évolution du conflit.

En effet, on a vu que MILIAN avait surnommé « **hypnose des batailles** » l'état confuso-stuporeux des combattants épuisés l'été 1914. L'année suivante, une fois le front stabilisé, c'est le terme anglosaxon de *shell shock* (qui signifie littéralement « choc d'obus », et traduit l'effet des ondes de choc causé sur le cerveau des combattants par les tirs d'artillerie) ou celui d'« obusite » qui fut employé par GAUPP, MYERS et CHAVIGNY pour traduire les séquelles (en fait plus post-émotionnelles que post-commotionnelles) des soldats pilonnés au fond des tranchées qui présentaient une obnubilation. Puis, avec l'enlisement du conflit et la baisse du moral des troupes, LÉPINE évoque des **hystéries de guerre** ou neurasthénies, dont on s'est inquiété de l'afflux quasi épidémique, alors que ces « grandes hystéries à la CHARCOT » avaient quasiment disparu avant la guerre. De nombreuses observations cliniques relevaient des troubles psychosomatiques touchant principalement la peau (psoriasis), les phanères (canitie), le système endocrinien (glande thyroïde, pancréas causant des diabètes), et l'innervation autonome (palpitations du « cœur du soldat » de DA COSTA, hyperhydrose palmaire). Enfin, la fin de la guerre voit apparaître les termes de **psychonévrose de guerre** et névrose traumatique par ROUSSY, MILLIGAN, FERENCZI et LHERMITTE.

Ainsi, pour ROUSSY et LHERMITTE (1917⁽¹¹⁶⁾), l'accident névropathique survient en trois phases. Une première phase de renforcement d'une prédisposition émotive constitutionnelle dans le contexte martial, une phase d'« incubation silencieuse » au cours de laquelle « l'instinct de conservation suspend les réactions dangereuses de sidération ou d'agitation en milieu découvert et inspire au sujet des conduites de sauvegarde », puis une phase de « fixation » où les symptômes névropathiques s'installent et se pérennisent par enfouissement dans l'inconscient.

Quant aux hypothèses pathogéniques, elles furent d'abord organiques et biologiques avec la « confusion mentale de guerre » de CAPGRAS, la « paralysie nerveuse réflexe » de BABINSKI et OPPENHEIM, et l'explication post-commotionnelle de SARBO, MAIRET et MOTT (réminiscence du « Syndrome du Vent du Boulet » de l'époque napoléonienne). Constatant que de nombreux tableaux se réduisaient aux troubles émotionnels et affectifs mais étaient dépourvus des symptômes cognitifs de confusion, l'étiologie commotionnelle céda la place à l'hypothèse post-émotionnelle (par effroi et autosuggestion, comme le décrivait LÉPINE). Les symptômes pseudo-neurologiques étaient en réalité aberrants et changeants, ce qui évoquait une pathologie purement névrotique (hystérique ou neurasthénique). C'est enfin

les hypothèses psychodynamiques qui s'imposèrent avec les notions d'« effondrement narcissique » de « régression libidinale » et de « complexe de peur » développées par FREUD, FERENCZI et ABRAHAM ⁽⁵¹⁾.

Sur le plan thérapeutique, on s'inspira d'abord de la thérapie appliquée par l'Américain W. MITCHELL (qui posait le diagnostic d' « hystérie masculine ») en ayant recours aux moyens usuels de sédatifs ou psychostimulants assortis de repos et nourriture abondante. On insista ensuite sur la suggestion (KAUFMAN), éventuellement au moyen de coercition faradique comme la pratiquait Clovis VINCENT, qui fut sans succès. En revanche, les abréactions cathartiques sous hypnose ou narcose (PROCTOR, CHIADINI) firent la preuve de leur efficacité. ABRAHAM et SIMMEL en établirent des applications de la psychanalyse.

On souligne la radicale divergence entre la méthode douce (de repos, balnéothérapie, héliothérapie, et massages) et celle du « torpillage électrique », qui révèle l'ambiguïté du corps médical face à ces conséquences de la guerre. Comme le disait PASTEUR, « La Science n'a pas de patrie, mais le savant en a une ». Le dilemme du psychiatre militaire se trouvait entre l'exigence patriotique de la guérison la plus prompte pour renvoyer les soldats « à leur devoir au front dont ils ont cherché à se soustraire », et le soulagement de la souffrance d'un patient.

Les conversions hystériques posent la délicate question de la **simulation**. On note d'ailleurs que l'hystérie, qui emprunte des symptômes de pathologie somatique sans aucune anomalie organique, était surnommée « grande simulatrice » par CHARCOT. BABINKSI, élève de CHARCOT, rebaptise l'hystérie en 1901 « pithiatisme » (dont l'étymologie grecque signifie « persuader »). Il considère en effet que ce trouble naît de l'autosuggestion, et que sa guérison est affaire de persuasion. La simulation hante les préoccupations des soignants, dont le neurologue André LERI de Rennes, cité par LE NAOUR ⁽⁹⁰⁾ : « Ce qui augmente de plus en plus c'est l'entêtement complet et le parti pris bien arrêté des simulateurs de ne céder à aucune espèce de menace ou de contrainte ; il apparaît de façon nette que des leçons leur ont été faites, et bien faites, [...] leur assurant l'impunité par l'impossibilité fréquente d'une démonstration absolue. »

En évoquant les réactions de stress aigu inadaptées (comportement automatique, fuite panique (CYGIELSTREJCH 1916 ⁽³⁹⁾), les médecins militaires de la Grande Guerre

identifient le caractère pathologique de ces soldats qui se mettent en danger (en jaillissant des tranchées et courant sous la fusillade) là où la justice militaire a parfois condamné à mort un fugueur /déserteur. LOGRE, dans son article « *Sur quelques cas de fugue pathologique devant l'ennemi* »⁽⁹²⁾ en 1916 relate ces cas. On parle alors de « peur morbide », de « poltronnerie pathologique ».

Face à la justice militaire et à la terrifiante perspective du peloton d'exécution là où le commandement pouvait ne voir qu'un abandon de poste, l'expertise psychiatrique avait un rôle crucial : du certificat médical pouvait dépendre la vie ou la mort de l'accusé. Après plusieurs graves et lourdes erreurs médico-judiciaires, l'éthique médicale prévalut vers la fin de la guerre.

Quand un homme recouvrait pleinement sa raison dans le confort relatif d'un hôpital de l'arrière, il était très probable qu'il retomberait malade dès qu'on le renverrait à l'avant.

En 1917, LEPINE constatait que « plus nous allons, et plus nous constatons dans cette guerre que la prédisposition perd sa valeur et que les circonstances occasionnelles apparaissent au contraire comme le véritable facteur. »⁽⁹¹⁾. On reconnaissait que la violence du conflit pouvait conditionner l'effondrement des résistances du combattant.

Par ailleurs, bien que préconisée dès 1915 par GRASSET, s'inspirant d'AUTOCRATOV, la **psychiatrie de l'avant** ne fut appliquée que deux années plus tard par les Français (DEMAÏE).

L'Américain SALMON la formalisera ultérieurement par ses **cinq principes** « Immediacy Centrality Expectancy Proximity Simplicity » que l'on peut traduire par « Immédiateté, centralité, espoir de guérison, proximité, et simplicité des soins »

Mais à nouveau, la Seconde Guerre Mondiale est marquée par les évacuations vers l'arrière des blessés psychiques. C'est au bout de quatre années de guerre, qu'avec la circulaire BRADLEY du 26 avril 1943, les psychiatres anglo-américains ont eu ordre de traiter les victimes d'*exhaustion* (épuisement) sur place pendant une semaine. Ce système de camps de repos et de réentraînement a permis de limiter la fonte d'effectif dans les rangs alliés.

On retient cet été-là les « incidents PATTON » : général qui invectiva et gifla des soldats traumatisés au combat.

Au lendemain des deux Grandes Guerres Mondiales, les souffrances psychiques consécutives à la guerre étaient méconnues des psychiatres et médecins de famille n'y voyant que de banales dépressions qui s'atténueraient avec le temps. (AL-SAFFAR, BORGA, et HALLSTROM 2002 ⁽³⁾) (HOWGEGO, OWEN, et MELDRUM 2005 ⁽⁶⁵⁾)

L'euphorie d'une paix retrouvée plongeait les soldats dans l'oubli ou l'indifférence qui s'ajoutait à un trauma encore plus indicible.

La spécificité de la « névrose de guerre » n'était en fait connue que du cénacle restreint des psychiatres militaires.

Cette pathologie particulière ne peut être traitée selon les mêmes méthodes que celle de la psychiatrie courante.

Les psychiatres militaires font dès lors la distinction entre les réactions aiguës au combat, et les névroses de guerre, pathologie chronique qui en résulte. L'hypnose et la narco-analyse sont pratiquées à grande échelle dans le cadre de programmes de réhabilitation (sociothérapie).

4. Guerres post-coloniales et terrorisme

Pendant la Guerre de Corée ⁽⁵⁶⁾ (1950-1953) et la guerre du Vietnam (1954-1975), les principes de SALMON furent appliqués ⁽³⁸⁾, mais le nombre des *p`st-Vietnam syndr`mes* (25% des combattants) a montré combien une psychiatrie de l'avant qui se contente de réprimer les symptômes du stress sans aborder la question du trauma n'était pas thérapeutique à long terme. Ces *p`st-Vietnam syndr`mes* ont éclos après un temps de latence pouvant aller jusqu'à plusieurs années. Les vétérans cherchaient à se guérir entre eux par la parole et l'écoute dans des *rap gr`ups*, car ils avaient l'impression de ne pas être compris des psychiatres. Les problèmes posés aux Etats-Unis par l'afflux des *p`st-Vietnam syndr`mes* ont relancé l'intérêt pour cette pathologie et abouti en 1980 à l'entrée de l'« état de stress post-traumatique » ou « Post Traumatic Stress Disorder » (PTSD) dans les catégories diagnostiques du DSM-III (Diagnosis and Statistical manual of Mental disorders) ⁽⁸⁹⁾,

remplaçant les dénominations de « névrose traumatique » (H. OPPENHEIM) ou de « névrose d'effroi » du psychiatre allemand E. KRAEPELIN.

La pathologie psychotraumatique avait en effet disparu de la nosographie psychiatrique au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale.

Le diagnostic « Gross Stress Reaction » du DMS I avait disparu du DSM II (1968), alors même que les militaires au Vietnam connaissaient les conditions traumatiques d'un combat intensif avec l'offensive du Têt. SHATAN, psychiatre canadien, qui observait leurs reviviscences, leur agressivité, leurs ruminations, leur état d'alerte et leur « transfiguration de la personnalité », contribua à la réintégration du PTSD dans le DSM III. Le réseau des Vet Centers (structures extra-hospitalières destinées aux vétérans et comprenant des psychiatres, conseillers juridiques et assistants sociaux) a connu un immense succès, révélant l'étendue des séquelles psychiques, et le besoin d'un suivi adapté au long cours.

Plus récemment, un soutien psychologique mieux conçu (avec débriefings) a été appliqué en Israël (1982), pendant la première guerre du Golfe (1991), auprès des forces de l'ONU en Ex-Yougoslavie (1992) et dans les forces françaises lors des missions outre-mer comme au Rwanda en 1994.

Après de longues années d'immobilisme apparent de la Guerre Froide, les soldats français se trouvent de nouveau impliqués dans des conflits armés, mais les conditions en ont radicalement changé : il s'agit d'opérations d'interposition et de maintien de la paix sous mandat international de l'ONU et de l'OTAN, des missions de police au profit du Tribunal International, l'accueil humanitaire de populations réfugiées. On parle de **Syndrome des Casques Bleus** pour évoquer le stress permanent -lié aux menaces individuelles et à la limitation des conditions d'ouverture du feu- auquel ils sont exposés.

Les troupes de l'ONU affectées à des missions d'interposition et de secours humanitaires ont dévoilé de nouveaux profils de psychotraumatismes de guerre avec démotivation et exaspération. (LASSAGNE et al. 1995⁽⁷⁸⁾)

Les guerres post-coloniales (d'Indochine, d'Algérie, d'Angola), qui n'ont pas appliqué un dispositif de psychiatrie de l'avant efficace, ont un profil particulier : ce sont des guerres à faible intensité (i.e. sans grosse puissance de feu). Il s'agit de guérillas. L'insécurité y est

permanente (risque d'embuscades). Les Américains parlent de *low intensity combat psychiatry war profile*.

Avec l'apparition du **terrorisme**, qui frappe à l'improviste des civils en temps de paix, et essentiellement depuis les attentats du 11 septembre 2001, est apparu un nouveau type de guerre. Alors qu'une technologie de plus en plus sophistiquée ne fera jamais parade aux traumatismes psychologiques, le soldat du XXI^e siècle doit faire face à des ennemis masqués.

La France, qui n'avait pas connu d'engagement dur depuis longtemps, est confrontée à cette problématique depuis que ses armées interviennent en Afghanistan.

Les guerres contre le terrorisme (Irak, Afghanistan) se caractérisent par leur asymétrie, confrontant des forces armées traditionnelles à une menace ubiquitaire propre aux guérillas, avec de nouveaux enjeux stratégiques, diplomatiques et psychologiques : « Les armées se sont installées dans une guerre asymétrique opposant forces occidentales richement dotées mises en échec par le harcèlement de guérillas protéiformes, mobiles, noyées dans la population locale, habiles à fabriquer des engins explosifs improvisés qui font des pièges de chaque maison ou chaque voiture. » (CLERVOY, de MONTLEAU, et ANDRUETAN 2010⁽²⁷⁾)

On y observe un scénario en deux temps : une courte offensive où la supériorité technologique fait la différence, puis une période floue de « guerre après la guerre » où les troupes s'installent dans les centres urbains pour des opérations de police et sécurisation révélant la difficulté d'assurer l'occupation sur le long terme.

Des armées structurées pour le combat classique doivent faire face à des actions de guérilla avec évacuation de ressortissants, interposition, actions civilo-militaires, intervention dans une ambiance d'hostilité de la population civile.

Même sans combat de haute intensité, les contraintes psychologiques sont très fortes. Ces conflits modernes engendrent de nouveaux facteurs de stress pour le combattant.

Le stress vient de l'attente dans des FOB (Forward Operating Base : base opérationnelle avancée) qui peuvent être cibles de roquettes, des TIC (Troop In Contact : confrontation, attaque), et de l'exposition à des IED (Improvised Explosive Device : bombe artisanale) lors des convois.

Dans son article « *Intervention planifiée : le vécu du risque vital. Témoignage d'un psychiatre militaire* » (2010 ⁽¹¹⁴⁾), le Professeur RONDIER développe en quoi la confrontation au risque vital -de la menace terroriste à celle des actions de combat, en dehors même de la survenue d'un trauma- peut bouleverser les aménagements psychiques des soldats qui y sont exposés.

L'article « Les nouvelles dimensions des engagements militaires contemporains » du Docteur VAUTIER (2010 ⁽¹⁴²⁾), recense certains facteurs de déstabilisation sur le terrain :

→ **La menace ubiquitaire et permanente.** imprévisible dans le temps et dans l'espace (absence de front, d'arrière, de démarcation, de zone franche / sanctuaire, de répit) qui crée un état de stress prolongé avec vigilance constante qui se révèle épuisante au long cours. Le risque est bien réel pour ces soldats à la merci des IED (Improvised Explosive Devices), des snipers sur les toits ou de bombes humaines au milieu de civils ; mais les cibles des attentats sont également imprévisibles (convois d'approvisionnement, personnels civils humanitaires, ambassades, hôtels, écoles, hôpitaux, cimetières ...).

Pour les unités interagissant directement avec les forces armées locales (en OMLT : Operational Mentoring and Liaison Team), la notion d'interlocuteur jouant pour certains un potentiel double jeu (insurgé masqué) vient compliquer les relations et la cohabitation au quotidien.

Frôler la mort de près : Un militaire m'a rapporté le cas d'un de ses camarades de combat qui, le soir d'un TIC, a retrouvé en se déshabillant, une balle écrasée qui avait ricoché et était venue se loger à l'intérieur de son gilet pare-balles.

→ **Le sentiment d'impuissance malgré la supériorité technologique.**

Les insurgés afghans ont pour eux la maîtrise du terrain, la furtivité et la mobilité. De plus, ils ne sont pas identifiables, ce qui impose une discipline de tir très stricte (hantise de toucher un civil mais également des tirs amis) et rend difficile le repérage dans les opérations de maintien de l'ordre.

Leurs armes artisanales (IED) mutilent plus qu'elles ne tuent, nécessitant souvent des amputations multiples qui offrent le spectacle atroce de camarades mutilés. La

crainte d'être blessé, ou de la blessure du camarade, est un important facteur de traumatisme psychologique.

→ **L'impression d'enlèvement, sans perspective de « victoire ».**

Le combattant moderne (ainsi que sa famille) attend la fin de sa mission sachant qu'il s'écoulera quelques mois avant qu'il ne reparte dans les mêmes conditions.

L'augmentation du nombre, de la durée et de la fréquence des projections a un effet d'accumulation faisant craindre une habitude au stress et à l'horreur qui favorise les comportements de décrochage moral à long terme (augmentation des crimes et délits aux USA depuis 2005 suite à la guerre d'Irak), voire un *burn out* (épuisement). De nombreux cas de décrochage moral ont été rapportés avec la confrontation à l'horreur des charniers au Rwanda, et chez les Casques Bleus en Bosnie confrontés à la détresse des réfugiés avec un sentiment d'impuissance face à la barbarie.

De plus les revirements stratégiques s'ajoutent à la diversité des missions avec des sorties parfois trop rapprochées pour laisser aux soldats le temps d'assimiler le sens des missions qu'ils effectuent. À l'inverse, certaines missions peuvent engendrer des sentiments délétères d'ennui et d'inutilité.

→ **Le choc des cultures et l'hostilité de la population civile.**

Il ressort que les soldats sont perçus par la population locale comme des troupes d'occupation et non comme libérateurs. D'autres difficultés se font sentir telles que des situations d'identification (militaires particulièrement sensibles à la détresse de réfugiés, ou jeunes pères de famille à celle des enfants), ou encore le manque d'interprètes.

Les modalités d'adaptation culturelle comportent notamment l'obligation d'employer des femmes pour la fouille des Afghanes en burqa.

Les situations de guerres actuelles, telles qu'en Afghanistan, rassemblent la plupart des facteurs de « décrochage moral » : menace constante, stress quasi continu, engagement peu clair et but peu précis, pas ou peu de séparation entre les insurgés et la population civile.

B. En milieu civil

1. Les catastrophes civiles

La « vie civile » est le théâtre de catastrophes naturelles, industrielles et humaines qui confrontent de manière brutale et imprévisible ses victimes à la mort et au chaos.

Comme le constate L.CROCQ (2003 ⁽³⁵⁾), « **Par-delà l'expérience des militaires, toute une série d'observations et de réflexions sur les traumatismes psychiques survenus dans la société civile, en temps de paix, est venue étoffer le corpus de travaux sur le PTSD** » : catastrophes naturelles ou technologiques, accidents individuels ou collectifs, agressions, viols, prises d'otage, etc ...

En effet, depuis qu'existe la violence des hommes, les désordres psychiques liés au trauma sont connus et rapportés dans la littérature, mais c'est avec les accidents de train de la fin du XIXe siècle que l'on commença à parler de « névrose traumatique ».

Le Docteur Christian NAVARRE précise dans son livre de 2007 ⁽¹⁰⁵⁾ que par les destructions matérielles, les catastrophes civiles de grande ampleur engendrent « une désorganisation sociale et une altération des réseaux fonctionnels tels que les réseaux 'production-distribution-consommation' d'énergie, de nourriture, d'eau potable et non potable, de soins médicaux, de circulation des biens et des personnes, de communication-information, d'éducation, de maintien de l'ordre, de gestion des cadavres ».

Dans son article *Hist`riques des catastrophes urbaines et industrielles* de 2004 ⁽³⁶⁾, le Général CROCQ revient sur l'éruption volcanique de Pompéi en 79 de notre ère, l'incendie de Rome en 64, les fortes mortalités suite à des mouvements de panique de foules tels qu'à Byzance en 963 ou plus récentes dans nos stades, le séisme de Lisbonne en 1755, l'inondation de Paris en 1910, et tant d'autres exemples.

Les attentats des tours jumelles du World Trade Center à Manhattan le 11 septembre 2001, qui ont causé la mort de près de 3000 personnes et fait près de 6300 blessés, sont un exemple de catastrophe humaine majeure.

Ces événements ont d'ailleurs été vécus presque en temps réel par des centaines de millions de téléspectateurs à travers le monde, ce qui a provoqué un choc psychologique considérable. Les images de l'avion heurtant la deuxième tour et celles de l'effondrement des tours ont en effet été diffusées en direct.



Dix jours plus tard, l'explosion de l'usine AZF de Toulouse, faisant 31 morts, 2500 blessés et de lourds dégâts matériels, a constitué une catastrophe industrielle française.

Un exemple de catastrophe naturelle récente est le séisme d'Haïti en janvier 2010 qui a fait plus de 300 000 morts et 300 000 blessés et a laissé le pays dans un état de grande précarité.

À l'échelle individuelle, le philosophe PASCAL manque, en 1654, d'être précipité dans la Seine avec son carrosse par ses chevaux emballés. Il ressent ensuite tous les symptômes de l'actuel « état de stress post traumatique » avec reviviscences, et évitement des situations anxiogènes liées au souvenir traumatique.

PINEL, qui reprendra son cas, parle en 1818, dans sa *N` s` graphie phil` s` phique, ` u la méth` de de l` analyse appliquée à la médecine*, citée par L.CROCQ (2003 ⁽³⁵⁾), de « névroses de la circulation et de la respiration consécutives aux émotions morales. »

Dans son *Traité médico-philosophique* ⁽¹¹¹⁾ paru en 1801, PINEL rapporte également le cas d'un jeune militaire de 22 ans « frappé de terreur par le fracas de l'artillerie, dans une action sanglante où il prend part aussitôt après son arrivée dans l'armée. »

Cet aliéniste de Bicêtre rapporte une autre observation qui montre son intérêt pour les troubles psychiques de guerre : « A la même époque, deux jeunes réquisitionnaires partent pour l'armée, et dans une action sanglante, un d'entre eux est tué d'un coup de feu à côté de son frère ; l'autre reste immobile et comme une statue à ce spectacle. »

Il précédait JANET et FREUD qui révélèrent le rôle pathogène du souvenir traumatique qui opère une forme de dissociation entre la conscience et l'« **inconscient traumatique** », premier pas vers le concept de l'« inconscient ».

BRIQUET devance CHARCOT en décrivant, dans son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (cité par L.CROCQ ⁽³⁵⁾), de nombreux cas d'« **hystérie réactionnelle** à des frayeurs et autres chocs moraux ».

La névrose traumatique était en effet assimilée par CHARCOT -qui optait pour la thèse émotionnelle- à des variétés traumatiques de la neurasthénie et de l'hystérie, au vu de la disproportion entre les tableaux cliniques parfois spectaculaires et les chocs physiques minimes sensés les avoir déterminés.

En 1888, l'Allemand OPPENHEIM définit la « **névrose traumatique** » d'après les cas d'accidents de chemin de fer (reviviscences de l'accident de chemin de fer, labilité émotionnelle, sidérodromophobie ou « phobie des chemins de fer »). OPPENHEIM adopte alors la thèse psychogénique incriminant l'effroi qui provoque un ébranlement psychique tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable. Les effets neurologiques mécaniques de la commotion cérébrale étaient à l'époque généralement avancés pour expliquer la pathologie psychique consécutive aux accidents de chemin de fer.

Dans sa thèse *l'Automatisme psychologique* (1889), Pierre JANET présente vingt-et-un cas d'hystérie, dont une dizaine sont traumatiques. Il montre que ces hystéries peuvent se résoudre sous hypnose, et attribue leur pathogénie à une « dissociation de la conscience », la partie non impactée par le souvenir traumatique permettant un comportement adapté.

En 1893, FREUD reprend à JANET cette idée de dissociation du conscient, et nomme « réminiscence » les reviviscences que JANET désignait par « idée fixe ». Il prône, pour ces hystéries traumatiques, une **thérapeutique cathartique** en faisant revivre l'événement assorti de toute sa charge d'affect. Du grec κάθαρσις, la catharsis aristotélicienne est en effet l'épuration, la purgation des émotions par leur expression maïeutique, à l'image du dernier acte des tragédies où l'intrigue trouve son dénouement.

Après la mort de CHARCOT, la névrose traumatique a eu droit de cité, et en Allemagne, **KRAEPELIN** l'intégrait en 1899 à sa nosographie dans la sixième édition de son traité de psychiatrie.

C'est entre les deux Grandes Guerres Mondiales que S. **FREUD**, S. **FERENCZI**, K. **ABRAHAM** ⁽⁵¹⁾, E. **SIMMEL** ou encore O. **FÉNICHEL** ont précisé la sémiologie et la physiopathologie de la névrose traumatique. Ainsi, la théorie sur le trauma du psychanalyste hongrois FERENCZI, prend racine dans la violence précoce d'une confusion de langage entre la mère et l'enfant. L'Allemand ABRAHAM, qui fut l'un des pionniers de la psychanalyse, attachait une importance centrale au traumatisme sexuel infantile.

Et c'est seulement après les nombreuses guerres meurtrières du XXe siècle que l'on a cessé de considérer ce champ de pathologie comme marginal en psychiatrie.

Au début du XXe siècle, l'orientation est neuropsychiatrique : les désordres psychiques sont attribués à une pathologie de l'encéphale ou de ses enveloppes.

Les premières avancées de la psychanalyse ont inscrit la pathogénie traumatique dans les avatars de la libido narcissique.

L. CROCQ (2005 ⁽³⁷⁾), partant des écrits d'ABRAHAM, explicite clairement le concept d'« **effondrement narcissique** » : « La guerre impose à ces hommes de renoncer à tous leurs privilèges narcissiques, de supporter passivement les pires agressions, d'être capables de tuer et d'être prêts à sacrifier leur vie pour la collectivité. Ces sujets à pulsions hétérosexuelles labiles (sont) privés du soutien de leur épouse. L'amour du dehors qui venait à leur manquer, ils le remplaçaient en s'aimant eux-mêmes. Mais dès qu'un traumatisme les frappe, ils perdent l'illusion narcissique de leur invulnérabilité et de leur immortalité et s'effondrent dans l'abattement total avec obsession de la mort. »

Un an avant sa mort, FÉNICHEL parle dans sa « *Théorie psychanalytiques des névroses* » (1987 ⁽⁴⁷⁾) de « **triple blocage des fonctions du moi** » : fonction de relation au monde

(filtration des stimuli environnementaux), fonction de relation aux autres (sexualité, relations sociales), et fonction de relation à soi (être présent à soi, préserver son équilibre, sa personnalité).

L'Américain KARDINER (1947 ⁽⁷³⁾) se démarque du freudisme en opposant l'*eg` effectif*, impliqué dans les névroses de guerre, à l'*eg` affectif* des névroses de transfert.

L'Allemand SIMMEL notait déjà le « changement d'âme » que l'on retrouve aujourd'hui dans le symptôme « changement de personnalité ».

La fin de la Seconde Guerre Mondiale a été marquée par la découverte des camps d'exterminations nazis. En 1960, EITINGER (psychiatre norvégien, lui-même survivant de l'Holocauste) a introduit au sein de la communauté psychiatrique anglophone le terme de « KZ Syndrome » (« Konzentrationslager Syndrome » : syndrome des camps de concentration) pour désigner l'état d'asthénie et d'hypermnésie émotionnelle présenté par les survivants de l'Holocauste. Les rescapés des bombes atomiques d'Hiroshima et Nagasaki, confrontés à des scènes apocalyptiques évoquant pour eux l'enfer bouddhique, ont également été des sujets d'observation et d'étude de l'ESPT.

Sur le plan thérapeutique, au-delà du repos et de toute la gamme des sédatifs de l'époque, la narco-analyse sous éther ou chloral, l'hypnose et la psychothérapie appuyée de persuasion furent essayées. K ABRAHAM (1918 ⁽¹⁾) tentait une sorte de psychanalyse simplifiée, mais ce que Clovis VINCENT mit au point et pratiqua est autrement plus agressif : le « torpillage faradique » qui correspond à un conditionnement aversif par excitation électrique douloureuse. En revanche, les abréactions cathartiques sous hypnose ou narcose (PROCTOR, CHIADINI) firent la preuve de leur efficacité. ABRAHAM et SIMMEL en établirent des applications de la psychanalyse.

L'école française, comme quelques voisins belges, italiens, espagnols ou suisses, cultive une conception pathogénique, clinique et thérapeutique centrée sur la notion de trauma, ce qui l'en distingue de l'école nord américaine fondée sur le concept neurobiologique de stress.

Ainsi, L. CROCQ, G. BRIOLE, F. LEBIGOT, C. BARROIS, psychiatres aux armées françaises se référant à la psychanalyse lacanienne, s'accordent à dire que le trauma – rencontre authentique avec le réel de la mort- constitue un court-circuit dans le signifiant chez des sujets dont le réel était jusque-là édulcoré par le fantasme et le rêve.

D'un point de vue phénoménologique, la névrose traumatique n'émerge pas dans l'« après-coup » (selon une conception linéaire du temps), comme la résultante de mécanismes, mais bien comme une expérience de rupture de sens avec aliénation de la personnalité. La temporalité est en effet bouleversée par l'immutabilité du trauma et son omniprésence. La mort vraie ne pouvant avoir de représentation psychique, sa rencontre éphémère se heurte à une impossibilité de se référer à des signifiants, et de l'inscrire dans la temporalité du sujet qui tente alors vainement (inhibition, dissociation, répétition) de faire obstacle à l'effroi (mêlé de fascination) de la « mort du soi comme vérité ultime ».

2. Psychiatrie de secteur et psychiatrie d'urgence

Les années 1960 ont été marquées par l'émergence de l'antipsychiatrie qui s'opposait au dispositif asilaire, jugé néfaste et désocialisant. La France d'après guerre est dominée par un vaste mouvement de désinstitutionalisation et une politique de sectorisation de la psychiatrie, autour du psychiatre Lucien BONNAFÉ.

La sectorisation des soins psychiatriques consiste à prendre en charge le malade dans l'aire géographique proche de son domicile. Par le développement de structures intermédiaires extra-hospitalières, elle permet d'assurer la continuité des soins en permettant le maintien des personnes hors des murs, constituant une rupture totale avec l'« asile ».

Si la naissance officielle de la sectorisation date de 1958, la première circulaire ministérielle paraît en 1972.

On voit là aussi la volonté de réintégrer les malades dans la communauté, **au sein même de la société, au plus proche** de leur milieu de vie, grâce à des structures de jour alternatives aux hospitalisations.

La psychiatrie d'urgence (ou psychiatrie de catastrophe) émerge avec cette idée que le psychiatre peut quitter son service hospitalier ou son cabinet pour aller au-devant des victimes de catastrophe.

Dans son livre « 'Psy' des catastrophes » paru en 2007 ⁽¹⁰⁵⁾, le Docteur Christian NAVARRE relate ses nombreuses expériences d'intervention d'urgence médico-psychologique, ainsi que les réflexions qu'elles lui ont apportées sur cette discipline.

Ses réflexions portent notamment sur la temporalité de l'aide psychologique à proposer, constatant, lors des inondations de juin 1997 à l'ouest de Rouen, que la priorité était aux besoins de première nécessité (logement, nourriture, vêtement, préoccupations matérielles) et que l'effondrement émotionnel ne se manifestait que dans un second temps. Il rapporte par ailleurs l'importance de la prise en charge de l'entourage, qu'il s'agisse d'« attendants » ou d'« endeuillés ». Il aborde également la question de la culpabilité des survivants, et celle des « deuils traumatiques » (sans dépouille à honorer). Il est aussi question des différences entre le débriefing de victimes et celui de secouristes, de la place des interprètes lorsque la langue fait barrière.

Il en ressort un besoin de pragmatisme, d'expérience de terrain et d'humanité, profil mêlant celui du psychiatre hospitalier, et celui de l'humanitaire / missionnaire.

Des auteurs tels que WOLF et MOSNAIM (1984 ⁽¹⁴⁴⁾), ou encore EVERLY et LATING (1995 ⁽⁴⁶⁾) ont contribué au développement de ce champs de la psychiatrie d'urgence.

C. Interactions et apports réciproques

« En 1994, plusieurs événements fortement médiatisés produisent des **effets conjugués** qui ont donné naissance à des **innovations en matière d'intervention psychologique précoce**. Deux attentats terroristes dans les transports en commun parisiens, une intervention militaire au Rwanda avec des morts par milliers lors d'une épidémie de choléra dans un camp de réfugiés, la prise d'otage de militaires français sous mandat de l'ONU en ex-Yougoslavie et enfin la libération des passagers victimes d'une prise d'otage sur l'aéroport de Marseille-Marignane ; à chaque fois est improvisée une intervention psychologique précoce au profit des victimes et des sauveteurs. **En association avec les psychiatres militaires, les pouvoirs publics prennent en compte la dimension de souffrance associée à un traumatisme psychologique**. Aujourd'hui, **dans chacune des armées comme en milieu civil**, des procédures sont institutionnalisées pour mettre en place en quelques heures des cellules d'assistance psychologique en cas de catastrophe ou d'attentat. » (CLERVOY 2008 ⁽²⁶⁾)

1. Les psychiatres et les guerres

On voit bien comme les avancées de la psychiatrie militaire et de la psychiatrie civile se sont mutuellement nourries au cours de l'histoire. Ce sont des accidents civils (chemin de fer) qui ont ouvert l'intérêt pour ce syndrome, et l'enchaînement des interventions armées du siècle suivant qui ont beaucoup contribué à faire avancer la psychotraumatologie.

Une illustration en est la mobilisation aux armées d'ABRAHAM (TREHEL 2007⁽¹³⁷⁾) et FERENCZI, élèves de FREUD, lors de la Première Guerre Mondiale, et les cliniques qu'ils ont pu faire sur les champs de bataille, avec toute l'avancée théorique qui en a découlé.⁽⁵¹⁾

FREUD, précisément, dont les trois fils, un gendre et un neveu partirent au front, développa, dans « *Au-delà du principe de plaisir* » (1920⁽⁵⁰⁾), sa théorie du *destrud'*, qui, répondant à la pulsion de vie contenue dans la *libid'*, correspondrait à une pulsion de mort, une fascination de la mort. Il fonde sa réflexion sur le paradoxe qu'il note du cauchemar traumatique qui contrevient au plaisir hédonique du rêve. Il identifie alors une « compulsion de répétition » qui viserait à répéter le désagréable pour s'y habituer. Il clarifie aussi à cette époque ce qu'il entend dans l'étiologie sexuelle des névroses de guerre : il convient d'y voir la « théorie de la libido dans les névroses » plutôt que l'étiologie sexuelle des névroses. En effet, le danger est interne dans les névroses de transfert, tandis qu'il est extérieur dans les névroses de guerre et les névroses traumatiques.

BION, psychanalyste britannique qui fut capitaine lors de la Première Guerre Mondiale, fut pionnier de la psychothérapie et de la psychanalyse de groupe. Après avoir servi comme capitaine sur un char d'assaut lors de la Première Guerre Mondiale, il devint psychiatre de la Deuxième Guerre Mondiale et pratiqua les « *analytic hours* » (« heures analytiques »). Sa pensée fut fortement influencée par son expérience vécue des traumatismes de guerre, tels que rapportés dans « Mémoires de guerre. Juin 1917- janvier 1919 »⁽⁹⁾. Pour lui, la base du développement mental et de la vérité est l'expérience émotionnelle.

Le médecin et sociologue français LE BON étudia la psychologie des foules, notamment autour de la Grande Guerre. On peut lire dans son ouvrage « Premières conséquences de la guerre. Transformation mentale des peuples » (1916⁽⁸⁸⁾) comportant des chapitres intitulés «

Variations de personnalités créées par la guerre » ou encore « perturbations morales résultant de la vie militaire » : « *Toute l'échelle des valeurs se trouve transposée en effet par la guerre. Ce qui était considéré comme respectable cesse d'être respecté. Les meurtres, les incendies, les destructifs, crimes en temps de paix deviennent des vertus. Le respect de la propriété et celui de la vie humaine, fondements mêmes de la société, s'évanouissent. (...) On peut dire qu'il sera bien difficile de rappeler à la vie paisible et au respect des lois les hommes dont le métier a été de tuer et de détruire. (...) Les lois civiles finissent par peser bien peu, quand on est accoutumé à n'accepter que des lois militaires indépendantes de l'action des législateurs.* » « *S'adapter à un nouveau milieu, c'est forcément changer de personnalité. Pareille adaptation offre généralement de grandes difficultés. (...) On va, on vient, on travaille, (...) et l'officier, le soldat surpris à l'heure du repas le plus gai, se retrouvent instantanément (...) face à la mort.* »

2. Création des CUMP

Le principe des CUMP (Cellules d'Urgence Médico-Psychologique) est celui de la psychiatrie de l'avant appliqué à la sphère civile.

Au lendemain de l'attentat à la bombe qui fit dix morts et une centaine de blessés à la station de RER Saint-Michel le 25 juillet 1995, le Président J. CHIRAC demande au ministre de la Santé de créer un dispositif adéquat pour prendre en charge la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique de ce type de victimes de catastrophes. Il s'était en effet rendu, accompagné du ministre de l'Action humanitaire d'urgence Xavier EMMANUELLI, au chevet des blessés hospitalisés à la Salpêtrière, et avait constaté que beaucoup étaient encore sous le choc émotionnel.

C'est sous la direction du Général Louis CROCQ, en tant que médecin général et psychiatre des armées expérimenté en psychiatrie de guerre, qu'un groupe d'une douzaine de psychiatres et psychologues compétents en traumatisme psychique a assuré cette mission.

Au moment de l'attentat, le plan rouge avait immédiatement été déclenché, et les victimes avaient été prises en charge par les sauveteurs et le personnel médical d'urgence du SAMU 75 (Service d'Aide Médicale d'Urgence) et du corps de santé de la BSPP (Brigade des

Sapeurs Pompiers de Paris). Mais l'intervention psychiatrique d'urgence n'était pas instituée ni systématique dans le civil.

Il s'agissait de créer un réseau à échelle nationale, d'en réglementer l'action, et de régir la formation de personnel en psychiatrie de catastrophe.⁽³²⁾

Le réseau français des CUMP applique le principe de la psychiatrie de l'avant, en immédiat et post-immédiat, auprès des victimes d'attentats et de catastrophes.

Le 27 mai 1997, le ministre de la santé a édicté un décret, accompagné le lendemain d'une circulaire d'application⁽¹⁴⁶⁾, complétée en 2003⁽¹⁴⁷⁾, créant l'actuel Réseau National des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique.

Chaque département est dès lors doté d'un psychiatre référent volontaire, nommé par le préfet, qui coordonne la CUMP départementale, en étroite collaboration avec le SAMU.

Chaque CUMP se compose d'une quinzaine de personnels (psychiatres, psychologues et infirmiers de psychiatrie) volontaires et formés, mobilisables lorsqu'une alerte est déclenchée par le préfet.

Les CUMP sont appelées à se déployer dans les cas de catastrophes, accidents collectifs ou incidents graves ayant une forte répercussion psychologique sur les groupes et les communautés.

Une antenne de secours médico-psychologique est alors dépêchée sur les lieux, intégrée aux éléments d'intervention du SAMU (port d'une chasuble « SAMU PSY »), sous l'autorité du directeur des secours médicaux. Elle a notamment pour mission de mettre en place un poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) à proximité du Poste Médical Avancé (PMA), et d'évacuer, si nécessaire, vers des établissements de santé les cas les plus lourds.

On retrouve là tout l'esprit de la « psychiatrie de l'avant », instauré par les psychiatres militaires. (CREMNITER 2004⁽³⁰⁾)

Un véritable partenariat est nécessaire pour la bonne coordination des soins.

L'AFORCUMP-SFP (Association de Formation et de Recherche des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique, Société Française de Psychotraumatologie) est, avec l'ALFEST (Association de Langue Française pour l'Etude du Stress et du Traumatisme), chargée de la formation de ces professionnels.

Par ailleurs, sur demande du ministère des Affaires Etrangères (ou d'autres ministères), les CUMP peuvent être amenées à envoyer des équipes volontaires à l'étranger, le plus fréquemment pour venir en aide à des pays francophones traversés par des situations de crise de grande ampleur et qui ne disposent pas d'un dispositif équivalent. Un exemple récent en est le séisme d'Haïti le 12 janvier 2010.

Un « Comité national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe » veille à la cohérence de l'ensemble du dispositif (évaluer les actions, définir les objectifs).

Si les « cellules d'urgences » rapidement mises en places lors des catastrophes civiles et relayées par les médias ont été adoptées par notre société, c'est en grande partie aux tâtonnements et à l'évolution de la psychiatrie militaire lors des grands conflits du XXe et XXIe siècles que l'on doit les importantes avancées en matière de psychotraumatologie.

3. SAMU et EPRUS

Les prémices de l'actuel Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) remontent à 1956, lorsque le Professeur CARA créa à Paris le premier service mobile de réanimation (en l'occurrence une seule ambulance médicalisée, basée à l'Hôpital Necker, pour toute la France) pour transporter des patients très fragiles sous assistance respiratoire d'un hôpital à un autre. Et c'est en 1965 que les SMUR hospitaliers furent officialisés grâce au Professeur SERRE de Montpellier. Ils dépendent du SAMU régional qui est le centre régulateur des urgences sanitaires de la région.

Contrairement au « Scoop&Run » nord-américain qui consiste à « ramasser et courir » (c'est-à-dire transporter au plus vite la victime à l'hôpital le plus proche), la doctrine du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) français est « Stay&Play » (littéralement « rester et jouer », soit assurer les soins de première urgence sur place, avant de transporter le malade vers un lieu de soins adapté). Les urgentistes et réanimateurs des SMUR

ont emprunté bon nombre de techniques et méthodes à leurs homologues militaires qui de tout temps ont eu l'expérience du terrain sur les champs de bataille.

Comme nous l'avons vu, les CUMP sont rattachées à ces SAMU.

À Paris, elles travaillent en étroite collaboration avec la BSPP qui relève de l'armée et est dotée d'un service médical militaire.

Lors de la création du SAMU Mondial en 2006 à l'initiative du Ministre de la Santé Xavier BERTRAND, les Médecins en chef PENACINO et CAVALLO du Service de Santé des Armées (SSA) ont été consultés au titre d'experts lors des comités de réflexion. Cette filiale du SAMU de France emprunte d'ailleurs bon nombre de termes au lexique militaire (« EVASAN » pour les évacuations sanitaires, « OPEX » pour les opérations extérieures, base arrière).

À l'image de l'armée, l'Etat a décidé de se doter d'une « réserve sanitaire » et a institué, le 5 mars 2007, l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS), qui dépend du Ministère de la Santé et est dirigé par Thierry COUDERT.

L'objectif de l'EPRUS est de répondre aux urgences sanitaires, d'apporter un renfort en cas de crise de grande ampleur en facilitant l'organisation et le déploiement des forces de santé. Pour ce faire, cet établissement possède des stocks de médicaments (notamment vaccins, antidotes, antiviraux, pastilles d'iode en cas d'attaque nucléaire, tenues NRBC et marques) stratégiquement disséminés sur le territoire. Il coordonne également les **réservistes** qui sont des professionnels de santé qui s'engagent volontairement pour trois ans, appelés à intervenir en situation d'urgence et de catastrophe, y compris lors d'opérations de secours et d'assistance menées par la France à l'étranger. Leurs missions (indemnisées financièrement et couvertes sur le plan juridique) se font en complément des missions des autres services (sécurité civile, armée ...). Ces réservistes peuvent être en activité, retraités ou en fin d'études.

Depuis cinq ans, ce dispositif prend de plus en plus d'ampleur. Il a par exemple envoyé du personnel en Côte d'Ivoire et en Haïti en 2010, a apporté son aide aux français expatriés au Japon lors de la catastrophe nucléaire de Fukushima en mars 2011, est intervenu en Libye durant l'hiver 2011 pour la prise en charge médicale d'une centaine de blessés graves. Dans le domaine psychiatrique également, l'EPRUS a participé au suivi psychologique des enfants en cours d'adoption lors du séisme d'Haïti en janvier 2010 (en complément du déploiement

CUMP), et a envoyé en mai 2011 deux réservistes au Maroc afin d'apporter un **soutien médico-psychologique** suite à l'attentat sur la Place Jamâa el-Fna de Marrakech.

L'EPRUS travaille en étroite collaboration avec le **Service de Santé des Armées**, mais également le SAMU, des ONG internationales type Médecins Sans Frontières, la Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises, et l'ensemble des autres organismes compétents dans la gestion des crises sanitaires et France et à l'étranger.

III. Clinique et thérapeutique du stress aigu et de l'état de stress post traumatique :

A. Clinique ESA et ESPT

On l'a vu, la clinique post-traumatique a varié au cours de l'Histoire.

Les cas d'hystérie de la Grande Guerre, avec les cécités ou myodésopsies, aphonies/ miaulements/ aboiements/ bégaiements/ jactations/ hoquets spasmodiques, surdités ou acouphènes, paralysies, contractures, camptocormies, convulsions, anesthésies, hyperalgies, tremblements, tics, astasie-abasie, et autres symptômes conversifs (se fixant généralement sur une partie du corps antérieurement « atteinte » -sans lésion organique-), ont disparu.

Les militaires qui rentrent traumatisés des théâtres d'opérations contemporains présentent plus sournoisement une intoxication alcoolique, une agressivité, un repli sur eux-mêmes, des idéations et passages à l'acte suicidaire, ...

Tout l'enjeu est alors de dépister, derrière ces symptômes aspécifiques, le syndrome psychotraumatique qu'il faudra s'attacher à dénouer par une méthode cathartique.

Les psychiatres français restent très attachés à la dimension psychopathologique du trauma, et distinguent la clinique du trauma de celle du stress.

Avec la dénomination d'« état de stress post-traumatique », le DSM met l'accent sur la dimension biophysique du trouble, tout en introduisant une confusion entre stress et trauma.

Aussi le Général CROCQ lui préfère-t-il l'appellation « Syndrome psychotraumatique », tout en précisant qu'il recouvre en fait tout le panel des états pathologiques immédiats, post-immédiats ou différés, éphémères, transitoires ou durables, pauci- ou plurisymptomatiques, modérés ou sévères, plus ou moins invalidants, qui sont causés par un traumatisme psychique
(31)

1. Définitions

Le **trauma** (ou « traumatisme psychique ») est le phénomène d'effraction psychique et de débordement des défenses causé par la survenue d'un événement menaçant la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé en tant que victime, témoin ou acteur. Cette expérience est ressentie dans l'effroi, l'horreur et l'absence de secours.

Issu du vocable chirurgical, il reprend l'idée de l'irruption d'un corps étranger au sein de l'appareil psychique, provoquant des efforts d'assimilation ou d'expulsion.

Les **catastrophes**, du latin *catastr`pha*, lui-même du grec ancien *καταστροφή* (composé de *κατά* « vers le bas » et *στροφή* « tour ») sont des événements destructeurs et soudains, causant un grand nombre de victimes et provoquant une désorganisation sociale (par altération des réseaux de transport, de communication etc). Elles génèrent chez les impliqués un sentiment de grande détresse associé à la perte de contrôle de son destin.

L'homme y a longtemps vu la colère des dieux. La mythologie en rapporte d'ailleurs de multiples exemples, comme le rappelle le médecin-général Louis CROCQ dans ses ouvrages ⁽³³⁾ :

- Le mythe de Sisyphe condamné par Zeus à recommencer sans cesse un effort épuisant et vain, vient faire écho au « syndrome de répétition » développé plus loin. Pour avoir confronté la mort dans le face à face avec Thanatos, et lui avoir échappé, Sisyphe incarne l'expiation de la faute du rescapé (« culpabilité du survivant »).
- Le mythe platonicien d'Er est celui d'un soldat autorisé par les dieux à revenir des enfers pour témoigner de la vision d'horreur des châtiments imposés aux âmes impies.
- Le mythe d'Orphée met en scène la perte itérative et le deuil impossible. À l'image d'Orphée, le traumatisé perd de sa présence au monde par le souvenir traumatique qui s'impose à lui de manière répétitive, harcelante et incoercible.

Le Professeur de psychiatrie militaire C. BARROIS (1988 ⁽⁷⁾) voit dans l'orphisme une référence au traumatisme originaire, -ce chaos dont nous extrait la naissance-, et dans le vécu traumatique en cas de catastrophe, une menace de retour vers le néant, le non-humain. À l'instar des héros mythologiques revenus des enfers, les traumatisés psychiques auraient entr'aperçu le chaos originel, le non-sens, le néant.

Le **stress** est la réaction bio-physio-psychologique immédiate, d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace. C'est une réaction réflexe qui met en œuvre un processus neurobiologique complexe (axes catécholaminergique et corticotrope, peptides opiacés et système immunitaire), et qui est utile et adaptative, bien qu'accompagnée de symptômes neurovégétatifs gênants (sudation, tachycardie, tremblement, pâleur, ...).

D'après le DSM IV-TR ⁽⁴⁾, le **trouble de l'adaptation** peut être retenu devant une souffrance marquée et une altération durable du fonctionnement relationnel en lien avec un stress environnemental. Il peut être associé à une symptomatologie thymique, anxieuse et/ou comportementale. Les symptômes surviennent dans les trois mois qui suivent l'apparition du facteur de stress, et ne durent pas plus de six mois après la disparition de ce facteur.

Selon la CIM 10 ⁽¹⁰⁸⁾, les troubles de l'adaptation sont des états de détresse et de perturbation émotionnelle entravant le fonctionnement et les performances sociales, qui surviennent au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant. Les délais d'apparition et de durée sont les mêmes que dans le DSM IV-TR, mais la CIM 10 insiste sur la prédisposition et la vulnérabilité individuelle, précisant cependant que le trouble ne serait pas advenu en l'absence du facteur de stress en cause.

2. État de Stress Aigu

Dans la conception interactionnelle de LAZARUS et FOLKMAN (1984 ⁽⁷⁹⁾), le stress est le résultat d'une relation dynamique entre les contraintes ou exigences de l'environnement, les ressources individuelles et sociétales pour faire face à ces demandes, et la perception par l'individu de cette relation.

À l'instant t d'un événement stressant, les auteurs décortiquent la réaction de stratégie adaptative d'un individu en deux temps :

- « l'évaluation primaire » où l'individu se demande quels sont les enjeux dans cette situation de stress. (perte, menace, ...)

- et « l'évaluation secondaire » où il considère les différentes options qui s'offrent à lui (acceptation, fuite, ...)

On distingue également les stratégies centrées sur le problème de celles qui sont centrées sur les émotions.

Cependant, si cette réaction est trop intense, trop prolongée ou répétée à de trop courts intervalles, elle devient une réaction inadaptative de « **stress dépassé** », telle que sidération, agitation, fuite panique ou comportement automatique.

Cela correspond à la phase aiguë, immédiate, appelée Etat de Stress Aigu (ESA) (DSM IV TR).

En situation opérationnelle, on emploie également la dénomination américaine de *Combat Stress Reaction* (réaction de stress de combat).

S'ensuit la période post-immédiate, pendant laquelle peut s'opérer un retour à la normale, ou l'installation torpide d'un syndrome psychotraumatique par la fixation du souvenir brut de l'événement.

Les ESA qui correspondent à une réaction de stress dépassé sont plus à risque de se chroniciser sous la forme d'un ESPT (Etat de Stress Post Traumatique), mais la correspondance n'est pas absolue.

Si la dissociation péri-traumatique est le plus fort prédicteur d'ESPT, l'étude de BRYANT de 2003 ⁽²¹⁾ note cependant que 56% des patients de l'étude présentant un ESPT n'avaient pas été diagnostiqués avec un ESA, soit une majorité des cas.

« La forme et l'intensité des troubles psychiques aigus de guerre ne sont pas des indicateurs pronostiques fiables. » écrit CLERVOY en 2008 ⁽²⁶⁾.

3. État de Stress Post Traumatique

Selon les publications, 10% (STECKLER et RISBROUGH 2012⁽¹³⁰⁾) à 30 % (NICE et NHS 2005⁽¹⁰⁶⁾) des individus exposés à un événement traumatique développeraient un ESPT.

Dans environ 15% des cas⁽¹⁰⁶⁾, les symptômes apparaissent de manière différée, après une **phase de latence**, bien connue des cliniciens du XIXe siècle (S. FREUD, JM CHARCOT, P. JANET) qui l'appelaient phase *d'incubati`n, méditati`n, c`ntemplati`n* ou *ruminati`n*.

Il s'agit d'une période de quelques jours à plusieurs mois, asymptomatique ou paucisymptomatique (« queue de stress ») avec parfois des décharges émotionnelles liquidant la tension anxieuse réprimée en phase aiguë (notamment en cas d'action).

C'est donc parfois de façon différée que s'observe le trouble chronicisé communément appelé PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), ou ESPT en français, qui correspond à la triade « reviviscence, évitement, hyperactivation neurovégétative » :

- Les reviviscences sont des intrusions involontaires et itératives, à type de cauchemars, hallucinations, flashbacks. Elles constituent un « syndrome de répétition » qui est pathognomonique de l'ESPT. Le sujet revit alors pleinement l'événement traumatogène, assorti de toute sa charge affective et sensorielle.

- Le comportement d'évitement concerne tous les stimuli évocateurs du trauma (couleur, son, situation –de foule par exemple-, lieu, ...). À terme, il aboutit fréquemment à une modification durable de la personnalité avec irritabilité, détachement émotionnel (le terme anglosaxon de « *em`ti`nal numbing* »), repli sur soi (majoré par le sentiment d'incommunicabilité de l'expérience), marginalisation, parfois assortie de troubles des conduites (agressivité, troubles du comportement alimentaire), mais également de troubles psychosomatiques. S. SIMMEL (1918) parlait d'« ensevelissement de la personnalité » et de « changement d'âme » ; A. KARDINER (1941) de « nouvelle personnalité établie sur les ruines de l'ancienne » ; CF SHATAN (1972) de « transfiguration de la personnalité », et L. CROCQ (1974) de « personnalité traumatico-névrotique ».

→ L'hyperactivation neurovégétative (*hyperar`usal* en anglais) se manifeste essentiellement par des sursauts, des troubles du sommeil, un état d'alerte permanent.

Ces atteintes sont désormais dépistées et quantifiées (JACOBSON et TRUAX 1991 ⁽⁷⁰⁾) par différentes échelles standardisées telles que l'IES (Impact Event Scale : Echelle d'Impact de l'Événement) d'HOROWITZ ⁽⁶⁴⁾ ⁽²⁰⁾ révisée, et la PCL-S (PTSD CheckList Scale : Echelle de critères d'Etat de Stress Post Traumatique).

À côté de cette triade symptomatique, il ne faut pas négliger tous les troubles co-morbides, au premier rang desquels se trouvent les conduites addictives (alcool, drogues), les syndromes dépressifs avec haut risque suicidaire, mais également les troubles du spectre anxieux.

On comprend aisément combien l'ESPT impacte la vie sociale, professionnelle et familiale, du sujet, et constitue par là un lourd handicap (KESSLER 2000 ⁽⁷⁴⁾).

Pourtant, malgré une détresse majeure, il existe souvent un important retard au diagnostic de l'ESPT de par la réticence des personnes concernées à évoquer leurs difficultés, ou par le diagnostic différentiel des troubles co-morbides. ⁽¹⁰⁶⁾

Sous un regard psychodynamique, l'altération de la personnalité peut être appréhendée comme un blocage de la triple fonction du moi :

- dans sa fonction de filtration de l'environnement
- dans sa fonction de présence dans le monde
- dans sa fonction de relation à autrui.

Le Professeur LEBIGOT, psychiatre militaire, rappelait, dans son allocution lors de la Journée de l'Alfest le 31 mai 2012, que l'image traumatique, qui est une image de néantisation, envahit le psychisme et repousse hors du champ de la conscience le signifiant. Dépouillé du « *parlêtre* » lacanien (i.e. dépouillé du langage), le sujet traumatisé vit une expérience de déshumanisation, avec les éprouvés de honte et d'abandon qui y sont associés. Il est confronté à ce réel de la mort, qui selon FREUD, avait été initialement refoulé de l'appareil psychique.

Il est à noter que les anomalies biologiques de l'ESPT diffèrent de celles du stress chronique : Il y a dans l'ESPT des altérations spécifiques de l'axe corticotrope (hypothalamo-hypophysio-surrénalien) qui sont inverses de celles observées dans le stress prolongé.

Même si la menace vitale est constante, il faut bien distinguer le **stress opérationnel** –qui peut engendrer des difficultés de réadaptation-, du **trauma** dont le risque est l'ESPT.

La logique est adaptative dans le cas du stress opérationnel (stress linéaire), avec la possibilité pour le sujet de tenter de reculer son point de rupture, mais elle est celle du « t`ut`u rien » dans le cas du traumatisme psychique, où l'événement traumatique convoque le sujet face à sa propre mort (provoquant une rupture radicale dans la vie du sujet).

Néanmoins, le trauma subi en situation opérationnelle l'est dans un contexte d'exposition à tout un ensemble de **facteurs de stress** qui peuvent avoir un effet de fragilisation. (BOISSEAUX 2010 ⁽¹³⁾)

B. Thérapeutique en milieu militaire

Contrairement aux catastrophes qui frappent les civils de manière aléatoire et imprévisible, le propre du milieu militaire est de projeter des soldats sur des théâtres d'opération où l'on sait qu'ils « risquent » de connaître un traumatisme psychique.

Il est alors possible de faire de la « prévention » sous forme d'information et préparation des troupes avant déploiement et d'accompagnement adapté pendant l'OPEX.

Nous reviendrons sur les approches thérapeutiques qui ne sont pas l'apanage des psychiatres militaires dans le paragraphe suivant sur l'arsenal thérapeutique en milieu civil.

Nous allons ici plutôt nous attacher aux spécificités du milieu militaire, à savoir les programmes d'accompagnement psychologique et d'aide aux combattants.

Bien qu'elles soient généralisées à la psychiatrie civile d'urgence médico-psychologique, nous développerons également dans cette partie l'importante question des interventions précoces connues sous le terme de « débriefing » ⁽⁸⁴⁾ (LEBIGOT, LASSAGNE, et GAUTHIER 1997 ⁽⁸³⁾).

L'engagement militaire impose une capacité d'adaptation à des facteurs de stress très spécifiques dont l'évaluation est difficile. La résistance du combattant est mise à l'épreuve non seulement en raison de l'intensité des stressors, de la durée d'exposition mais aussi de leur **effet cumulatif**. L'effet qu'un événement va avoir sur un individu dépend surtout d'éléments constitutifs de sa propre structure psychique. Le repérage des difficultés précoces lors de la période initiale est essentiel, mais des événements de vie peuvent aussi influencer sur son équilibre psychologique, d'où l'importance du suivi régulier tout au long de la carrière. Le départ à la retraite est également un temps où peuvent se révéler des troubles compensés.

Cependant, les publications de BREWIN en 2000⁽¹⁷⁾ et OZER en 2003⁽¹¹⁰⁾, rapportent que les facteurs immédiats d'intensité du traumatisme mais également d'étayage social sont plus fortement corrélés à la probabilité de développer un ESPT en cas d'exposition traumatique que des facteurs plus lointains comme le déroulement de l'enfance ou l'existence d'une psychopathologie familiale.

C'est dans cet esprit qu'ont été développés, outre-Atlantique, des programmes d'aide aux soldats.

1. Programmes d'aide aux soldats

a. BMT

Le BMT (Battle Mind Training, que l'on peut traduire par « Entraînement à l'esprit de combat ») (ANDRUETAN et CASTRO 2010⁽⁵⁾) est un programme pédagogique développé par l'US Army et mis en place en 2006 pour identifier et corriger les comportements inadéquats des combattants au retour d'opération. Il s'agit d'un programme global, de prévention et de traitement des patients, s'étendant de la phase de préparation jusqu'au retour du déploiement des troupes, et incluant militaires, commandement et familles. C'est l'initiative la plus structurée et documentée dans ce domaine.

Le « BattleMind » se définit comme la capacité du combattant à faire face aux réalités de l'environnement avec courage, confiance et résilience, ce qui signifie se préparer aux défis de l'entraînement, des opérations, du combat et du retour au foyer. Le principe du BMT est d'utiliser les ressources « guerrières » du combattant rentrant du théâtre d'opération comme outils de réadaptation.

L'entraînement s'appuie sur une approche fondée sur la volonté, utilisant des systèmes de self-aid ou buddy-aid, et développant le rôle du commandement dans le maintien du bien-être psychique des combattants.

Élaboré en s'inspirant des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) et construit à partir des caractéristiques de l'expérience de combat moderne (Afghanistan, Irak), le programme est constitué d'une série de courtes séances centrées sur des postures identifiées comme inadéquates lors des différents rythmes de vie du combattant (les différentes phases du déploiement opérationnel, le retour de mission). Un orateur ayant lui-même connu ces situations opérationnelles aborde dans les modules l'hyperréactivité (agressivité, violence, impulsivité envers les proches) liée au réflexe de « Targeted aggressions », les situations de repli affectif, de labilité émotionnelle (fluctuation de l'humeur), la conduite agressive de véhicule, la détention d'arme, l'hypervigilance, l'abus d'alcool, les troubles du sommeil, le sentiment de culpabilité, l'excès de volonté de contrôle. Tous ces conseils sont également divulgués sur Internet via le site www.behavioralhealth.army.mil/battlemind/index.html

Ce concept permet aux chefs, aux soldats, aux membres de la famille et même aux civils de l'armée de reconnaître les soldats en détresse et de les aider.

Un premier volet de ce programme du BMT a donc pour objectif de permettre au soldat de retour au foyer de bien se réadapter à la vie quotidienne en temps de paix.

Le deuxième volet concerne l'accès au soin dans des structures spécialisées (Hôpitaux de vétérans –Vet Centers- ou système Health Care public). Il rappelle aux soldats qui traversent une période difficile qu'ils ne sont pas seuls. Leur prise en charge est financée par le ministère de la Défense, et une stricte confidentialité est assurée.

Le BMT a donc sa place à la fois avant et après le déploiement. Il s'inscrit dans un système d'éducation sanitaire qui implique notamment les familles.

Les résultats de ce programme de coaching pragmatique sont encore difficiles à évaluer, mais le Canada et la France s'en sont inspirés. À court terme (4-6 mois après le déploiement opérationnel), le BMT semble montrer une amélioration de la qualité du sommeil, et une diminution de la fréquence des symptômes dépressifs et anxieux.

b. Buddy Aid :

Dans une étude que la psychiatre et colonel de l'armée américaine Elspeth CAMERON RITCHIE a menée en octobre 2008 en Irak auprès des combattants américains (GORIN 2010⁽⁵⁸⁾), les soldats exprimaient le besoin de savoir reconnaître les problèmes chez leurs camarades de combat, et les aider.

Le principe du programme Battle Buddy est que chaque soldat reçoit une carte « ACE » qu'il conserve sur lui comme pense-bête pour « Ask your buddy, Care for your buddy and Escort your buddy » (« interrogez votre copain, occupez-vous de votre copain, accompagnez votre copain »), afin de s'impliquer suffisamment, d'avoir la volonté de comprendre ce qui se passe et de ne jamais laisser un collègue dans l'isolement.

Dès la période de préparation, les soldats reçoivent régulièrement une information sur les états pré-suicidaires et le risque de développer des addictions (à l'alcool, à des drogues), voire des troubles des conduites. Le principe du binôme est de permettre de détecter ces signes chez son camarade et de l'adresser à un spécialiste. Au retour, les binômes sont invités à rester en contact et à se rendre visite en famille, ce qui diminue le sentiment d'isolement et permet une observation lors de la période délicate du retour à la vie normale. Ce programme complète celui du BMT.

c. Programme « ERASE »

Le programme ERASE est un programme américain de gestion du stress dispensé de manière préventive, dont le but est de réduire l'exposition aux stressseurs, répondre aux besoins physiologiques de base (repos, hygiène, nourriture), faire intervenir le support amical / professionnel / familial / institutionnel, apporter de l'information et du sens, et souligner l'espoir de revenir à une situation normale.

2. CISPAT et psychiatre d'OPEX

Actuellement, au sein des armées françaises, le commandement est responsable du bien-être de ses hommes. Sous sa direction, les psychologues des armées assurent le soutien psychologique du personnel pendant et après la mission.

Dans l'Armée de Terre, les registres d'action médico-psychologique et psychosociale sont bien différenciés, avec des acteurs spécifiques dont les responsabilités se complètent mais ne se recouvrent pas. D'un côté les personnels médicaux et paramédicaux du Service de Santé des Armées (SSA), et de l'autre les psychologues institutionnels, les OEH (cf. ci-après), les personnels de l'action sociale aux armées, les membres des cellules d'aide aux blessés, les officiers de culte.

Le Professeur BOISSEAUX (2010⁽¹³⁾) rappelle qu'il est « essentiel que le combattant puisse saisir quelle est la place des uns et des autres. Le SSA gère la prise en charge médico-psychologique, tandis que la CISPAT (Cellule d'Intervention et de Soutien Psychologique de l'Armée de Terre) gère le versant psychosocial. L'intervention médico-psychologique est orientée vers les individus et la spécificité des troubles qu'ils présentent. La cible de l'intervention psychosociale est le groupe, et son objet en est le fonctionnement. »

a. SSA

Alors que la discipline psychiatrique s'était individualisée et que les spécificités des pathologies en temps de guerre étaient reconnues, les conflits de la seconde moitié du XXe siècle ont vu l'arrivée de psychiatres « au front ».

Sous l'impulsion de Bernard LAFONT⁽⁷⁶⁾ se met en place une doctrine sur la place et le rôle du **psychiatre en opération**, auprès du commandement et en association avec le médecin d'unité. Depuis la Guerre du Golfe en 1991 et dans l'héritage de la « psychiatrie de l'avant », le SSA envoie dans les zones de guerre des psychiatres (qui peuvent notamment décider des évacuations sanitaires pour motif psychiatrique). Ainsi, tant que l'effectif de spécialistes est suffisant, un psychiatre est intégré aux structures médico-chirurgicales projetées sur les théâtres d'opération. (CLERVOY 2008⁽²⁶⁾)

Dans l'exemple du conflit afghan, il y a en permanence, par rotations de trois mois, un psychiatre du SSA basé en service hospitalier à Kaboul, qui travaille en partenariat avec les

médecins d'unité (accompagnant leurs troupes sur le terrain) pour la prise en charge des décompensations psychiatriques, rapatriant au besoin le militaire dans un Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) en France métropolitaine. Le relais est alors pris par l'équipe médicale du HIA qui assurera le suivi spécialisé et jugera de l'aptitude du militaire concerné à poursuivre son contrat.

Claude BARROIS ⁽⁷⁾, puis François LEBIGOT ⁽⁸³⁾ et Guy BRIOLE ⁽¹⁸⁾, psychiatres militaires français contemporains qui ont dirigé de nombreux travaux dans le champ des névroses traumatiques, ont donné une orientation psychanalytique à leurs élèves.

Au contact des vétérans des conflits de la seconde moitié du XXe siècle, trois générations de psychiatres militaires développent une approche conceptuelle de leur pathologie et de leur traitement. « Selon l'orientation et le travail de chacun, la narcoanalyse puis l'approche psychanalytique, la prise en charge des blessés psychiques se prolonge sur plusieurs années. » (LEBIGOT, BRIOLE, et LAFONT 1994 ⁽⁸²⁾)

Le SSA assure :

- le suivi médical, notamment par les VSA (Visites Systématiques Annuelles), tout au long de la carrière par un médecin du SSA et visite systématique avant tout départ en OPEX.
- **L'article L 4123-2 du code de la défense** prévoit que les militaires ayant participé à une OPEX peuvent bénéficier à leur demande -et avant le 60^{ème} jour suivant le retour- d'un dépistage médical portant sur les risques sanitaires et d'un entretien psychologique.
- **Le décret 2005-1441 du 22 novembre 2005** relatif aux soins a été modifié pour permettre aux militaires radiés déclarant une pathologie présumée imputable au service et non pensionnés d'être pris en charge par le SSA. (Le médecin d'unité peut s'associer à un spécialiste en psychiatrie pour évaluer leur aptitude ou une prise en charge.)

En terme de prise en charge psychologique et psychiatrique, le SSA dispose donc d'un ensemble de moyens qui reposent sur :

- les médecins d'unité
- les 9 hôpitaux d'instruction des armées dotés chacun d'un service psychiatrique (avec psychiatres et psychologues), en mesure de prendre en charge tout militaire
- les psychiatres projetés avec la force
- les cellules de soutien psychologiques de chaque armée, dont la Cellule d'Intervention et de Soutien Psychologique de l'Armée de Terre (CISPAT), les CUMP de la Gendarmerie, de la Marine et de la BSPP, et le Service Médico-Psychologique Central de l'Armée de l'Air (SMPCAA) qui sont composées de psychologues recrutés par le états majors.

Dans leur article *Intervention psychiatrique en opération. La place du médecin d'unité*, BOISSEAUX et COLAS (2009⁽¹²⁾) soulignent qu'« A la différence de ce qui peut être le cas en milieu civil, le médecin d'unité est donc celui qui est le mieux en position d'assurer le suivi et la collaboration de soins qui vont bien au delà d'une prise en charge au moment critique. » En effet, le médecin d'unité reste l'interlocuteur unique tout au long du suivi post traumatique du patient, alors qu'en situation de catastrophe civile où les CUMP interviennent, elles réorientent les victimes vers leurs médecins traitants ou des CMP sans coordination pérenne.

b. CISPAT

Mise en place en septembre 2004, cette cellule est armée par la section études psychologiques du BCP-EH (Bureau Condition du Personnel – Environnement Humain), et s'articule autour du psychologue de théâtre, des OEH (Officiers Environnement Humain, dont nous détaillons le rôle plus loin) et des Référents de Section. Elle s'inscrit dans le dispositif global de gestion de crise.

L'action de la CISPAT se distingue de celle des psychiatres et psychologues cliniciens du SSA. Les psychologues de la CISPAT, diplômés des universités et spécialisés dans l'intervention d'urgence, sont d'anciens officiers des armes. En intervention, ce sont donc avant tout des soldats, qui viennent soutenir des camarades ayant vécu un événement grave. Soumis au secret professionnel, leurs entretiens ne débouchent en aucun cas sur des décisions

de gestion individuelle ni sur des comptes-rendus d'aptitude médicale, ce qui a pour effet de favoriser la libération de la parole.

La mission de la CISPAT consiste à assurer un soutien psychologique d'urgence dans une situation individuelle ou collective ayant un fort impact psychologique sur l'ensemble du groupe, survenant en garnison ou en opex. Elle assure la prise en charge psychologique des victimes, mais également de leur entourage direct. Un officier psychologue est d'astreinte 24h/24, joignable sur un téléphone portable, et la cellule se déploie sur décision du commandement après demande de l'unité.

Au-delà de cette action ponctuelle, elle a un rôle de conseil dans le domaine de l'hygiène mentale auprès des responsables de la gestion de crise. Les psychologues de la CISPAT conseillent le commandement sur la gestion du groupe et le renforcement de la cohésion, sur le type et le rythme des missions opérationnelles et la prévention des risques professionnels ; ils dispensent des informations sur les comportements à risque, les addictions, la crise suicidaire. La CISPAT concourt ainsi à la prise de conscience des conséquences d'un événement grave sur les capacités des soldats à poursuivre la mission.

Elle favorise la prise en compte du deuil au niveau individuel et collectif et sensibilise le commandement et les soldats sur la question de la gestion de la vie quotidienne au retour de mission.

Le positionnement de la CISPAT au sein de l'Etat Major de l'Armée de Terre témoigne de l'intérêt porté par le haut commandement à l'équilibre psychologique des soldats.

Un officier de la CISPAT, psychologue non clinicien, a la fonction de « **psychologue de théâtre** » dont la mission est de conseiller le commandement, de faire remonter les informations d'ambiance et de formuler des propositions (par exemple le besoin d'une pause opérationnelle). En **liaison constante avec le SSA**, les interventions du psychologue de théâtre se font en **coopération avec le psychiatre présent à Kaboul**. Il effectue un soutien psychologique de proximité afin de voir comment les unités encaissent les coups, et si le fonctionnement du groupe demeure, notamment après un événement potentiellement traumatisant. Il prépare l'intervention de la CISPAT s'il estime un renfort nécessaire.

Il reste également disponible pour assurer des entretiens de soutien lorsque des difficultés d'ordre familial ou social viennent s'ajouter au stress opérationnel.

Par ailleurs, en liaison avec la cellule environnement humain restée en base arrière et chargée du soutien des familles, il participe à la préparation des familles au départ et au retour de mission. Enfin, au retour de mission (comme nous le verrons en abordant le sas de

Chypre), il participe activement à la prise en compte et détection des troubles différés et au suivi post-intervention.

Il agit en réseau avec les médecins d'unité, l'aumônier, les présidents de catégorie, les référents section et OEH dont nous détaillons les rôles ci-après.

D'après le modèle britannique où un homme du rang est désigné premier interlocuteur, le rôle de **Référent Section** a été institué en 2009.

Cet acteur de premier niveau est un militaire du rang ou sous-officier expérimenté, volontaire sélectionné, ayant la confiance de sa section.

Il a reçu, avant projection, une formation particulière de deux jours par la CISPAT qui porte sur les réactions de combat, les risques psychiques liés aux opérations, les manifestations du stress, la prévention de la crise suicidaire, le deuil, ainsi que les TOP (Techniques d'Optimisation du Potentiel, détaillées ultérieurement). Il est informé et vigilant ; son rôle est d'identifier et d'alerter. La souffrance d'un sujet peut par exemple se manifester par la multiplication des plaintes ou visites médicales, ou encore des troubles du comportement avec manquement à la discipline (de MONTLEAU et al. 2004⁽⁹⁹⁾).

À un échelon supérieur, l'**Officier Environnement Humain** (OEH) est un acteur du régiment, référent en matière de maintien en condition physique et mentale du personnel. Son statut a été mis en place en 2002. Au service du chef de corps, il collabore avec tous les acteurs régimentaires. Disponible et véritable coordinateur, il est spécialisé dans la détection et gestion du stress et conseille le commandement. Il a suivi un **stage** de cinq semaines, dont deux en **service de psychiatrie d'HIA**. Il répond à « Comment se préparer mentalement à l'engagement opérationnel ? » en sensibilisant et informant régulièrement le commandement. Il forme les cadres qui dispensent à chaque section les kits de sensibilisation aux Risques liés au Stress Opérationnel (RSO).

Ces kits, élaborés conjointement avec des personnels ayant vécu des situations de stress intense voire traumatique, ont pour but de donner des clés nécessaires à la compréhension, à l'identification et à la gestion des RSO. Diffusés avec l'accord de l'État Major de l'Armée de Terre, ils ont été développés pour informer tous les soldats. Ils comprennent une fiche de présentation, une fiche de séance, une présentation PowerPoint, et un guide audiovisuel « RSO ».

En cas de projection, l'OEH participe à la MCP (Mise en Condition avant Projection). Il s'occupe de « Comment maintenir un haut niveau de potentiel psychologique dans un but de

performance ? » en observant et détectant les situations à risque (différents facteurs influençant le moral de l'unité), les personnels vulnérables et les réactions alarmantes, en réalisant des bilans réguliers pour son chef, et en proposant des actions.

En cas d'événement grave, il conseille sur le recours à la CISPAT. Il est, **avec le médecin d'unité**, leur interlocuteur privilégié.

Ainsi, en décembre 2008, à Bagram (Afghanistan) a été organisé un sas de décompression avec débriefing par une équipe de psychologues du CISPAT au profit du 8^{ème} RPIMa.

3. Le « débriefing »

Il s'agit d'une intervention précoce de prévention secondaire du PTSD, c'est-à-dire visant à atténuer la détresse psychologique aiguë et à prévenir ou atténuer l'intensité des conséquences psychologiques du traumatisme.

Inspiré du temps technique post mission (qui est un examen en groupe des différents aspects d'une mission accomplie), un pompier et psychologue de New York, Jeffrey MITCHELL, a proposé d'élargir cette pratique aux aspects psychologiques de la mission pour atténuer la détresse de certains sauveteurs sous forme d'un débriefing psychologique appelé « *Critical incident stress debriefing* » (CISD), en 1983. Il en a par la suite développé un programme d'intervention plus large : le « *Critical Incident Stress Management* » (CISM). (MITCHELL 2008 ⁽⁹⁸⁾) (MITCHELL et EVERLY 2000 ⁽⁹⁷⁾)

Le CISD est une rencontre organisée par petits groupes (une dizaine de personnes), dans les 24 à 72 heures suivant l'événement, qui se déroule en sept phases :

(1) introduction (explication des règles –notamment de confidentialité-, buts et du rôle des “débriefeurs”)

(2) narration factuelle de l'incident

(3) expression des pensées qui ont émergé lors de l'événement

(4) récit des réactions et émotions ressenties

(5) discussion sur les symptômes manifestés ou retrouvés

(6) phase d'information (sur les symptômes de l'ESPT, les stratégies de « *c`ping* » (manière de faire face), les coordonnées des psychologues, psychiatres, ou associations à consulter si besoin)

(7) phase de “ re-entrée ” dans la « vie normale » (clôture du débriefing)

Ce débriefing prend donc la forme d'un entretien semi-structuré, dans un lieu rassurant, qui dure en moyenne de une à deux heures.

Le programme plus large de prévention, le CISM, se veut intégratif et multicomponentiel avec des interventions pré-incident –lorsqu'il est prévisible comme pour les soldats au combat ou les secouristes- (éducation avant l'incident, préparation mentale), des interventions de crise (intervention de crise individuelle, service de soutien sur le terrain) et des interventions post-incident (démobilisation après le désastre, defusing, CISD, services de soutien pour les familles et les enfants, services de suivi et référents professionnels).

Des variantes de la procédure ont été développées par la suite. Certaines prévoient par exemple plusieurs séances, en commençant à distance de l'événement (BROM, KLEBER et HOFMAN 1993 ⁽¹⁹⁾).

Cette méthode fut ensuite proposée aux victimes directes de catastrophes. Elles y reçoivent aussi des informations sur les symptômes habituellement provoqués par le type de traumatisme qu'elles ont subi, et des réponses à leurs questions (notamment sur les assistances futures possibles). En cas de débriefing collectif, ce temps permet également de repérer les sujets en souffrance aiguë qui relèveraient d'une prise en charge rapprochée.

Chez les militaires endeuillés, le débriefing se termine généralement par la recherche de moyens pour honorer et commémorer le décès du camarade par les membres de son unité.

Cette intervention contribue à restaurer la cohésion et la confiance du groupe en sa mission. (CLERVOY 1997 ⁽²⁵⁾)

Face au CISD empreint du pragmatisme américain, les Français ont adopté une version plus souple durant laquelle la victime est encouragée à mettre en mots librement ce qu'elle vient de vivre.

En effet, rejetant dans leur système nosologique tout présupposé théorique (notamment les hypothèses psychanalytiques rattachées au terme de « névrose ») et souhaitant promouvoir une psychiatrie biologique et clinique (sur le modèle kraepelinien identifiant des constellations de symptômes), les Américains ont malencontreusement substitué le terme de stress à celui de trauma, ce qui les détournait de la question psychopathologique centrale du trauma au profit de considérations purement neurobiologiques.

L'école française (dont le Général CROCQ est un fervent défenseur) maintient son approche centrée sur le trauma, en parlant de syndrome psychotraumatique qui renvoie, sur le plan pathogénique, à une effraction des défenses psychiques -notamment du système du signifiant- et requiert, au-delà de l'abréaction, sur le plan thérapeutique, une **approche cathartique restitutive de sens**. L'énonciation de sa vérité du trauma est la clé de la réappropriation de cette expérience par le sujet. Il est recommandé de laisser le patient trouver ses propres leviers thérapeutiques en ne cherchant ni à dédramatiser, ni à le déculpabiliser. Le temps de débriefing est vu comme participant au processus d'élaboration psychique des victimes traumatisées.

Le fait d'aller au-devant des victimes sur le terrain est sous-tendu par l'idée que les impliqués directs d'une catastrophe ne voient pas forcément d'emblée l'intérêt d'un débriefing (qui n'est jamais imposé).

Les CUMP ont également recours à la méthode du débriefing lors des interventions des CUMP sur le terrain d'une catastrophe civile.

C'est en juin 1995 que le Docteur Christian NAVARRE, chef de service au Centre Hospitalier du Rouvray et coordonnateur de la CUMP de Haute-Normandie, effectua un des premiers « débriefings » sous la forme d'un « bilan psychologique d'événement » auprès d'une équipe de sapeurs-pompiers éprouvés au décours d'un incendie meurtrier dans les grottes de Montérolier (Haute-Normandie).

Alors que le CISD de MITCHELL est centré sur la verbalisation détaillée et précoce de l'événement, certaines études, telles que celle de BISSON *et al.* en 1997 (BISSON *et al.* ⁽¹¹⁾), suggèrent qu'une verbalisation détaillée et précoce du traumatisme risquerait de participer à un processus de re-victimisation. L'hypothèse en faveur d'un débriefing précoce est qu'en intervenant le plus tôt possible après l'événement, on minimise le risque d'installation de patterns cognitifs et comportementaux mal adaptés. Cependant, certaines victimes sont encore en état de choc, or si elles font encore face à l'horreur et n'ont pas encore de ressources pour donner du sens à l'événement, l'intervention précoce, en terme d'exposition forcée aux informations traumatiques, peut agir comme un facteur sensibilisant plutôt que désensibilisant.

Certains travaux sur les débriefings, dont la revue de ROSE en 2002 ⁽¹¹⁵⁾, montrent en effet que la méthode ne permet pas de prévenir le développement d'un ESPT, mais qu'elle

apporte un soulagement notable. (van EMMERIK et al. 2002⁽⁴⁴⁾) (FOA et MEADOWS 1997⁽⁴⁸⁾). Son intérêt tiendrait essentiellement à la composante socio-affective du traitement des états de stress aigu.

La remémoration par la réévocation apparaît comme un élément essentiel du traitement. Elle offre l'opportunité d'une expression / d'une verbalisation de l'événement dans ses différentes composantes, mais elle n'est pas suffisante : le patient doit pouvoir y apporter ses propres significations. La psycho-éducation associée à cette intervention psychothérapeutique précoce, et la mobilisation d'un soutien psycho-social semblent également déterminantes.

En définitive, il ne semble pas opportun de rejeter le principe d'une assistance psychologique rapide, mais il faut souligner ses limites et ses risques. Mené avec compétence, le débriefing classique donne aux participants le sentiment d'être reconnus, écoutés, entourés, mais il ne dispense nullement d'autres interventions, en particulier la démarche de *restructuration cognitive* de divers éléments du traumatisme.

C. Thérapeutique en milieu civil

Comme nous l'avons vu, la prise en charge immédiate est désormais généralement assurée par le réseau des CUMP qui réalise un triage, un *defusing* (« déhocage » à chaud : désamorcer en incitant les victimes à verbaliser leur émotion) et d'éventuelles évacuations.

Dans les cas où les troubles perdurent, le syndrome psychotraumatique peut être abordé par différentes approches thérapeutiques.

Nous verrons successivement l'approche psychothérapeutique d'inspiration analytique, l'intervention cognitivo-comportementale, l'hypnose, et la technique plus controversée de l'EMDR (« Eye Movement Desensitization and Reprocessing » : technique de désensibilisation et retraitement de l'information par les mouvements oculaires). Enfin, nous aborderons l'état actuel des connaissances en matière de pharmacothérapie dans la prise en charge du psychotraumatisme.

1. La psychothérapie

a. Approche psychanalytique

Le traumatisme psychique est une expérience indicible, ineffable, enfouie dans le psychisme. Le trauma est un moment d'effroi inaccessible à la parole.

Comme le rappelle le Général CROCQ (2003 ⁽³⁴⁾), « considéré comme phénomène d'effraction dans les défenses psychiques du sujet et comme confrontation non préparée avec le réel de la mort, le trauma ne pourra être résolu que par une psychothérapie cathartique pendant laquelle la verbalisation de l'expérience traumatique permet de réintroduire du sens là où le défaut de signifiant avait laissé place à l'indicible.»

La psychothérapie a pour but d'aider le sujet à tisser un lien entre l'événement traumatique et son passé, de donner une signification au traumatisme dans la vie de la personne.

Selon F. LEBIGOT (2001 ⁽⁸⁶⁾), certaines conditions sont pour cela requises :

- que le traitement soit instauré précocement
- que la personne ait de bonnes assises oedipiennes
- que le traumatisme n'ait pas été trop sévère

La psychothérapie consiste concrètement en une invitation à parler avec précision de l'événement lui-même (faits, émotions, pensées contemporaines), puis plus librement de sa vie, de son passé, de ses rêves, de ses fantasmes. Le thérapeute a le rôle d'accueillir et d'encourager la parole, de souligner ce qui doit l'être, et de poser des questions qui en amèneront d'autres, dans un souci de reconstruction, pour que le patient confère peu à peu une signification à sa rencontre avec la mort, et se libère du poids de la répétition.

Mais lorsque le motif de la prise en charge est un symptôme co-morbide au syndrome psychotraumatique (alcoolisme, trouble panique, syndrome dépressif, ...), F. LEBIGOT conseille de laisser le sujet amener, lui-même et à son rythme, les événements traumatiques au centre de l'entretien. F. LEBIGOT insiste sur l'importance de l'établissement d'un transfert solide dès le premier entretien, respectant la capacité du sujet à supporter ce décortiquage minutieux –difficile et douloureux- de l'expérience traumatique.

Il est à noter un type de résistance à la guérison que constitue le lien de « fascination » pour son trauma. F. LEBIGOT ⁽⁸⁶⁾ rapporte ainsi le cas d'un patient dont le rêve illustre bien cette « jouissance » (au sens lacanien du terme) de l'horreur : ses rêves n'étaient déjà plus une reviviscence de l'événement (scène avec de nombreux morts) mais il se voyait au milieu de nombreux cadavres, et une nuit il a rêvé qu'il faisait l'amour au cadavre d'une femme.

On note également le rôle moteur de la culpabilité dans ce type de thérapie. Cette notion de faute est fréquemment mise en scène dans les rêves où le traumatisme prend alors la signification d'une sanction (LEBIGOT 1999 ⁽⁸⁵⁾), trouvant sa résolution dans l'étape de « réintégration de la société », lorsque le sujet cesse de se vivre comme une exception (DEITZ 1986 ⁽⁴²⁾).

Il ne s'agit pas là de cures psychanalytiques type, mais les concepts de la psychanalyse (association libre, transfert) contribuent à la compréhension des mouvements intrapsychiques du patient.

Pour les patients à qui ce « jeu thérapeutique » centré sur la parole ne convient pas (trop forte crainte de se livrer à leur propre parole), une orientation vers d'autres techniques de prise en charge est souhaitable. Il peut s'agir des TCC.

b. TCC

La thérapie cognitivo-comportementale est une méthode de psychothérapie mise au point par le psychiatre américain A. BECK (1976 ⁽⁸⁾) qui est fondée sur l'idée que l'évaluation que nous faisons d'une situation influence fortement nos émotions et comportements. Cette évaluation est d'ordre cognitif, sous forme de discours intérieur, de scénarii, qui renvoient à des schémas de pensée automatiques. En retour, notre état physiologique influence nos cognitions. Ainsi, en cas de catastrophe ou de combat, la perception du danger (de l'enjeu pour soi) peut favoriser des croyances dysfonctionnelles. Lorsque l'homme n'a pas l'assurance de sa sécurité et de sa valeur, il a tendance à opérer des mécanismes cognitifs type généralisation, abstraction sélective (raisonner sur la base d'une analyse partielle d'une situation donnée), inférence arbitraire (émettre une conclusion de façon arbitraire, sans lien logique avec la réalité), ... Les comportements d'ajustement aux agents de stress pourront être l'évitement ou au contraire l'attaque (*Fight-`r-Flight* : « attaque ou fuite », qui est la théorie de CANNON sur la réaction animale face au stress ou à la menace).

Il s'agit donc d'une thérapie centrée sur le symptôme qui vise à diminuer le handicap et améliorer la qualité de vie en agissant sur les schémas de pensée erronés. Elle a montré son efficacité dans le traitement des ESPT. Son efficacité peut être jugée à l'aide d'échelles type *Clinical Global Impression*, *Treatment Outcome PTSD Scale*, ou encore la *Self Rated Duke Trauma Scale*. Toutefois, SERVANT et HEROUIN (2003⁽¹²²⁾) précisent que si la TCC améliore les symptômes et la qualité de vie des patients, elle ne garantit pas une résolution psychologique du traumatisme.

Ce sont des thérapies limitées dans le temps, de l'ordre de 8 à 12 séances, à raison d'une à deux séances hebdomadaires.

D'après le guide de recommandations cliniques n°26 du NICE (2005⁽¹⁰⁶⁾), une TCC individuelle centrée sur le trauma devrait être proposée dans le mois qui suit le traumatisme à tous les patients présentant une symptomatologie post-traumatique ou un ESPT sévère.

La thérapie cognitive « centrée sur le trauma » consiste à aider les individus à identifier leurs schémas de pensée erronés à propos d'eux-mêmes, de l'événement traumatique, et du monde. Ainsi, la relaxation et les techniques de management du stress sont des TCC « non centrées sur le trauma ».

Dans le champs des TCC appliquées au PTSD (FOA et al. 1999⁽⁴⁹⁾) (HARVEY et al. 2003⁽⁶⁰⁾) (FRIEDMAN 2003⁽⁵³⁾) (Institute of Medicine of the National Academies 2008⁽⁶⁸⁾), nous retiendrons et développerons successivement la thérapie par exposition prolongée, les techniques de gestion de l'anxiété et la restructuration cognitive.

La thérapie par « Exposition Prolongée » a été mise au point dans les années 1990 par le professeur de psychologie clinique américaine Edna FOA, spécialiste du traitement des troubles anxieux, pour traiter les victimes de traumatismes graves. Cette thérapie est appliquée aux Etats-Unis, mais également en Suède et aux Pays-Bas. Son principe est d'appriivoiser le souvenir de l'événement traumatique en se remémorant le traumatisme et en traitant le souvenir pour diminuer l'anxiété associée.

L'exposition se fait graduellement, par habitude progressive aux situations associées directement ou indirectement au traumatisme. Le patient est d'abord amené à s'exposer mentalement par l'imagination ou par le récit (qui pourra être enregistré ou retranscrit pour des séances ultérieures), tout en contrôlant son degré d'anxiété et de mal-être (parfois par la

relaxation). Puis, lorsque chaque étape est bien supportée, l'exposition se fait *in vivo* par la confrontation à des situations, lieux ou objets anxiogènes selon une hiérarchie de difficulté croissante préalablement établie avec le patient, dans le but d'aboutir à une désensibilisation. Cela correspond au *fl`ding* anglosaxon (« immersion »), et s'attaque particulièrement à la dimension « évitement » du syndrome psychotraumatique. Les périodes d'exposition sont entrecoupées de moments d'autoévaluation de l'anxiété du patient à l'aide de la SUDS (Subjective Units of Distress Scale : Echelle de critères subjectifs de détresse)

Le développement d'interventions de **prévention du PTSD** (i.e. au stade d'état de stress aigu) est un besoin de santé publique urgent.

Une étude menée par BRYANT et parue dans l'*American Journal of Psychiatry* en 1999⁽²³⁾ démontrait l'efficacité des TCC en phase aiguë. Ce qui fut contredit par l'étude de SIJBRANDIJ en 2007⁽¹²⁸⁾

BRYANT a publié dans les *Archives of General Psychiatry* en 2008⁽²²⁾ une autre étude précisant l'intérêt de la thérapie par exposition prolongée dès la phase d'état de stress aigu.

Une étude israélienne parue dans les *Archives of General Psychiatry* en février 2012 (SHALEV⁽¹²³⁾) conclut que le début de la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le trauma peut être retardé de 5 mois sans perte de chance pour le patient, ce qui est une donnée utile selon les contraintes contextuelles, (par exemple, en situation opérationnelle pour les militaires).

Une réflexion doit cependant être menée devant la réticence encore grande, comme le montre l'étude de HOGE en milieu militaire en 2004⁽⁶²⁾ et 2006⁽⁶³⁾, ou celle de SHALEV en 2011⁽¹²⁴⁾, à recourir aux traitements cliniques, malgré la preuve de leur efficacité. De plus, la détermination du seuil requérant un traitement peut permettre d'optimiser des ressources souvent réduites en contexte de catastrophe ou de guerre.

Les techniques de gestion de l'anxiété s'attaquent plus spécifiquement à l'hyperactivation neurovégétative (NAVARRE 2001⁽¹⁰³⁾). L'aide apportée au patient pour gérer son anxiété renforce son sentiment de contrôle, mais peut également faciliter les techniques d'exposition que nous venons de détailler. La combinaison des différentes techniques a d'ailleurs montré sa plus grande efficacité thérapeutique. (FOA et al. 1999⁽⁴⁹⁾) La procédure dite d'« inoculation du stress » comporte une phase de psychoéducation sur les effets du stress (y

compris sur les interprétations et émotions associées), puis une phase de mise en place de stratégies d'adaptation. Ces stratégies vont de l'affirmation de soi par les jeux de rôle, à la relaxation, la régulation respiratoire (*bi`feedback* : rétrocontrôle par prise de conscience de l'état physiologique), l'arrêt de la pensée, la restructuration cognitive, ou encore le « *guided self dial`gue* » qui est un dialogue intérieur positif.

La restructuration cognitive consiste à modifier les schémas de pensée qui ont été renforcés par le traumatisme. On cherche par cette approche à corriger des pensées erronées, négatives, sur soi (honte, culpabilité, incompetence) ou sur la vision du monde (dangerosité) par exemple. Il s'agit d'amener le patient à prendre conscience de ses cognitions erronées, et de les remettre en doute et en question par la technique de la flèche descendante (investigation à partir d'une pensée automatique qui consiste à amener progressivement le patient à explorer la situation redoutée et ses conséquences potentielles pour lui) et du questionnement socratique (technique didactique consistant à poser des questions à l'autre pour l'aider à apprendre, à la manière des enseignements de Socrate au Ve siècle avant notre ère) qui permettent au patient de réévaluer la validité de ses conclusions et d'envisager des pensées alternatives.

c. Hypnose

Cette méthode, déjà utilisée par le psychiatre militaire KAUFMAN à Okinawa (1945), peut être utilisée en complément des autres thérapies mais n'a pas fait la preuve de son efficacité.

Une étude israélienne de 2010 (ABRAMOWITZ et LICHTENBERG ⁽²⁾) souligne l'intérêt d'une récente technique d'hypnothérapie « par conditionnement olfactif » dans le traitement de PTSD à composante olfactive.

De manière générale, l'induction d'un état de « veille étendue », aux fonctionnements cognitifs et affectifs modifiés, potentialise les dynamiques de rappel et narration et permet une exposition contrôlée au traumatisme. Au-delà du contrôle de l'anxiété par amortissement émotionnel, l'hypnose dirigée permet une exposition contrôlée, notamment une « double dissociation protectrice », par exemple par la métaphore d'une projection de la scène traumatique sur un écran de cinéma.

La Cochrane Collaboration a publié en 2005 une revue de littérature par BISSON et ANDREW⁽¹⁰⁾ sur les traitements psychothérapeutiques du PTSD à l'exception de l'EMDR.

Les types d'intervention concernés sont la TCC centrée sur le trauma ou par exposition, la gestion du stress, la TCC de groupe, l'hypnothérapie, la thérapie de soutien, et les thérapies psychodynamiques.

Sur les vingt-neuf études retenues, les TCC centrées sur le trauma, qu'elles soient individuelles ou de groupe, et la gestion du stress (Stress Management) sont significativement plus efficaces que l'absence de thérapie et que les autres thérapies.

d. EMDR

L'EMDR est une thérapie brève de « reprogrammation neurologique du cerveau émotionnel » pour les traumatismes psychologiques. Cette technique consiste en une intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires. Considérée comme une méthode d'« autoguérison des grands traumatismes » par David SERVAN-SCHREIBER (psychiatre français connu pour ses travaux sur l'influence des émotions sur les processus cognitifs au niveau neuronal, qui s'est intéressé aux effets des médecines douces complémentaires) (SERVAN-SCHREIBER 2005⁽¹²¹⁾), l'EMDR a été fondé par la psychologue américaine Francine SHAPIRO⁽¹²⁶⁾, qui a reçu en 2002 le prix Sigmund FREUD (plus haute distinction en psychothérapie). C'est en se promenant en mai 1987 qu'elle aurait découvert par hasard que ses pensées négatives obsédantes disparaissaient en faisant aller et venir rapidement ses yeux de gauche à droite. Elle a appliqué sa méthode sur un groupe de volontaires, puis sur des vétérans du Vietnam, avant d'en publier les résultats en 1989⁽¹²⁵⁾.

Francine SHAPIRO reconnaît que sa technique relève de l'hypnose et s'inspire de la sophrologie et des sciences cognitives, mais elle la distingue de la relaxation, de la suggestion et de la re-exposition. Le mécanisme avancé serait une dissociation des émotions et des souvenirs. Partageant avec F. SHAPIRO le postulat que corps et esprit possèdent la capacité à s'auto-guérir, David SERVAN-SCHREIBER explique que le mouvement oculaire « débloque » l'information traumatique et réactive le système naturel de guérison du cerveau pour qu'il complète son travail. Replongé dans les perceptions sensorielles éprouvées lors de

l'événement traumatique par son récit, le patient serait amené, par la stimulation sensorielle que représente le balayage visuel imprimé par les mouvements de balancier du doigt du thérapeute, à concentrer son activité cérébrale sur le présent, ce qui permettrait un réencodage mnésique ne supprimant pas le souvenir traumatique, mais l'assortissant d'une charge émotionnelle moindre voire nulle. (La séquence est répétée jusqu'à la diminution de l'anxiété.) Il s'agit donc d'oser visualiser mentalement les événements traumatisants, durant des séances dites de « confrontation imaginaire ».

Les résultats obtenus grâce aux TCC et à l'EMDR tiennent en partie à la confrontation avec les stimuli angoissants. Cette confrontation doit se faire de façon graduée, dans un contexte sécurisant, à distance de l'état de choc.

Les résultats sont contestés (DAVIDSSON et PARKER 2001 ⁽⁴⁰⁾). Contrairement aux résultats de PITMAN et *al.* en 1996 ⁽¹¹²⁾, et MACKLIN et *al.* en 2000 ⁽⁹³⁾, une étude publiée en 2008 dans le *Psychiatry Research* (HOGBERG et *al.* ⁽⁶¹⁾), portant sur vingt sujets traumatisés, retrouve un taux de répondeurs à la technique EMDR de 60%, avec un maintien des bénéfices à 35 mois. Richard McNALLY, de l'Université d'Harvard (1999 ⁽⁹⁵⁾), conclut que ce qui marche dans l'EMDR est essentiellement l'« exposition » en imagination, et que les mouvements oculaires n'ont en eux-mêmes aucune efficacité spécifique.

D'après le guide des recommandations cliniques n°26 du NICE (National Institute of Clinical Excellence) (2005 ⁽¹⁰⁶⁾), un traitement psychologique individuel centré sur le trauma type TCC ou EMDR devrait être proposé à tous les patients souffrant d'ESPT.

Les praticiens formés à cette technique seraient présents dans plus de quatre-vingts pays, et il existe une association humanitaire, l'HAP-France (Humanitarian Assistance Program : www.hap-france.org), qui intervient après les grandes catastrophes pour dispenser cette méthode.

Les partisans de l'EMDR disent se fonder sur l'importance du fonctionnement cérébral et arguent que la psyché est indissociable de son substrat neurologique. Le signifiant (la parole, l'écoute, la sémantique) ne serait pas incontournable dans la thérapie de cette « rencontre avec la mort ».

Les partisans de cette méthode controversée y trouvent également une efficacité dans la toxicomanie, l'anorexie ou encore la dépression.

Les contre-indications en sont les troubles cardiaques récents, les états suicidaires et les psychoses.

Une série de méta-analyses concernant le traitement de l'ESPT a montré que la TCC et l'EMDR avaient un effet positif dans plus de la moitié des cas, soit un impact plus favorable que la pharmacothérapie. (BISSON et ANDREW 2005 ⁽¹⁰⁾) (BRADLEY et al. 2005 ⁽¹⁵⁾) (VAN ETTEN et TAYLOR 1998 ⁽⁴⁵⁾) (DAVIDSSON et PARKER 2001 ⁽⁴⁰⁾)

e. Approches à l'étude

La **rTMS** (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation : Stimulation Magnétique Transcrânienne) est proposée aux patients qui ne répondent pas ou partiellement aux stratégies pharmacologiques et/ou psychothérapeutiques. Il s'agit d'un traitement adjuvant au traitement de fond, qui est en cours d'étude dans l'indication de l'ESPT.(SZEKELY 2010 ⁽¹³³⁾)

Citons également la **psychothérapie de soutien**, individuelle ou groupale, qui n'est pas centrée sur le trauma, mais promeut la résilience (capacité d'adaptation, de résolution de problèmes) que les Américains nomment *c`ping*. Une étude de FRIEDMAN ⁽⁵⁴⁾ en 2003 sur 360 vétérans du Vietnam n'avait pas retrouvé de différence significative entre les effets bénéfiques des thérapies centrées sur le trauma et les thérapies de soutien.

Enfin, de nouvelles approches telles que les **TOS** (Thérapies Orientées Solution) (de SHAZER 1999 ⁽¹²⁷⁾) (O'HANLON 1995 ⁽¹⁰⁷⁾) et les thérapies psycho-énergétiques sont en cours de développement.

Comme thérapie psychoénergétique, on peut citer la Remap (Reed Eye Movement Acupressure Psychotherapy), les EFT (Emotional Freedom Techniques), techniques de libération émotionnelle, pensées par Gary CRAIG, consistant en des tapotements sur les points d'acupression pour permettre un rééquilibrage des méridiens. Il y a également les TAT (Tapas Acupressure Technique), techniques de Tapas FLEMING couplant l'intervention sur les champs énergétiques à une attention méditative sur des phrases spécifiques concernant le problème à traiter.

2. La pharmacothérapie

D'après le guide des recommandations cliniques n°26 du NICE (2005 ⁽¹⁰⁶⁾), en cas de PTSD constitué, un traitement médicamenteux ne doit être envisagé qu'en **seconde intention**, lorsque le patient refuse un traitement psychothérapeutique centré sur le trauma.

Comme SARGENT l'avait publié dès 1940 dans le Lancet (SARGENT et SLATER 1940 ⁽¹¹⁹⁾), l'article « Pharmacological treatment of PTSD – Established and new approaches » publié en 2011 par STECKLER et RISBROUGH ⁽¹³⁰⁾ développe la place de traitements médicamenteux **adjuvants à la prise en charge psychothérapeutique** (« centrée sur le trauma ») en cas d'ESPT établi. Il ne faudrait en effet pas attendre de ces molécules une efficacité en elle-même, mais plutôt une facilitation de la psychothérapie. Leur administration serait limitée à la période de prise en charge psychothérapeutique, ce qui en limiterait le risque d'abus ou d'effets secondaires liés à une prise au long cours.

D'autres auteurs envisagent cependant un traitement pharmacologique de manière prophylactique, ou encore comme un traitement de maintenance.

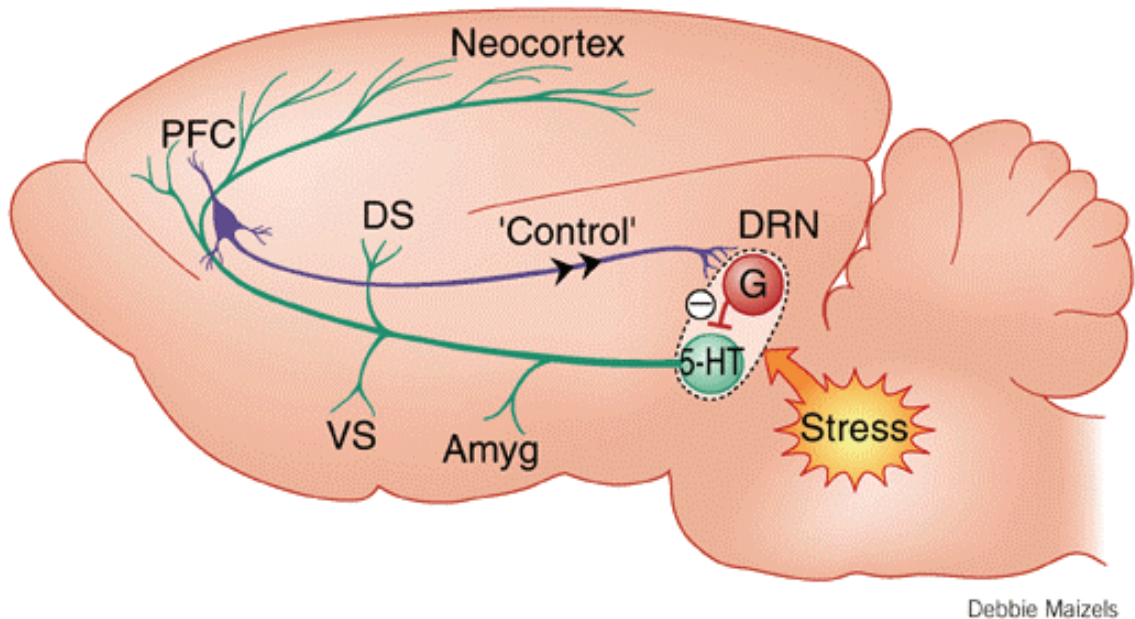
a. Hypothèses physiopathologiques

Bien que le traitement traditionnel de l'ESPT soit la psychothérapie, les théories physiopathologiques en faveur d'un traitement pharmacologique sont de plus en plus reconnues.

Les hypothèses physiopathologiques impliquent une activation du système limbique avec attribution de cognitions négatives à l'événement traumatique, une atrophie hippocampique sous l'effet des glucocorticoïdes, et une consolidation de souvenirs négatifs par une sur-activation noradrénergique. Des anomalies neuroendocriniennes, telles qu'une dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, des anomalies neuroanatomiques structurales et fonctionnelles des structures temporo-limbiques (YEHUDA et McFARLANE 1995 ⁽¹⁴⁵⁾) (IPSER, SEEDAT et STEIN 2006 ⁽⁶⁹⁾) sont également impliquées.

Conceptuellement, l'ESPT correspondrait notamment à une dysrégulation du système d'apprentissage de la peur par le conditionnement avec un défaut d'« extinction », et une sensibilisation comportementale. Les structures hippocampique, amygdalienne et du cortex pré frontal sont particulièrement concernées. Un rétrocontrôle du cortex préfrontal de nature

glutamatergique s'exerce sur l'amygdale. Le glutamate, neurotransmetteur excitateur, est le principal précurseur du GABA (Acide Gamma Amino Butyrique), inhibiteur. On considère que l'extinction de la peur au niveau de l'amygdale passe par l'activation par le cortex préfrontal d'interneurons GABAergiques inhibiteurs. Le cortex préfrontal effectuerait un rétro-contrôle insuffisant sur l'amygdale.



Cette figure, issue de la publication de 2005 de TREVOR « *C`ntr`lling stress : h`w the brain pr`tects itself fr`m depressi`n* » (TREVOR 2005 ⁽¹³⁸⁾) représente le rétro-contrôle du Cortex Pré Frontal (PFC) sur l'amygdale (Amyg) par le système GABAergique (G) inhibiteur.

Le Noyau du Raphé Dorsal (DRN) projette des neurones sérotoninergiques (5-HT) vers les structures cérébrales antérieures telles que le néocortex, le Striatum Ventral (VS) et Dorsal (DS). Le cortex préfrontal ventromédial (PFC) peut venir freiner l'action sérotoninergique du stress sur l'amygdale.

L'axe corticotrope hypothalamo-hypophyso-surrénalien est également concerné. Alors qu'en situation de stress chronique, la cortisolémie est élevée, la biologie de l'ESPT est une cortisolémie basse (qui effectue donc un faible rétrocontrôle négatif sur la Noradrénaline), mais une concentration et sensibilité accrues des récepteurs aux corticoïdes (d'où une

hyperréactivité au moindre facteur de stress, ce qui provoque un très important rétrocontrôle négatif sur la libération de cortisol).

Ainsi, les molécules GABAergiques et agonistes des récepteurs NMDA interagissent avec les rappels mnésiques. Et, en prévention secondaire et tertiaire, les glucocorticoïdes à faible dose ou les agonistes de leurs récepteurs, sembleraient pouvoir agir sur les rappels mnésiques du trauma et sa consolidation.

b. Psychotropes

De par la forte intrication de la dépression dans le syndrome psychotraumatique, les antidépresseurs sont d'usage courant, et l'efficacité des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) a notamment été démontrée par plusieurs études (BRADY 2000 ⁽¹⁶⁾) (CONNOR et DAVIDSON 1999 ⁽²⁹⁾).

Les **ISRS** ont montré leur efficacité sur la prévention des rechutes (réactivations traumatiques) et sur la sévérité des symptômes de l'ESPT chez 60% des patients (DAVIDSON et al. 2006 ⁽⁴⁰⁾) (STECKLER et RISBROUGH 2012 ⁽¹³⁰⁾), mais seul un quart obtiendrait une rémission complète des symptômes (M. STEIN, KLEIN, et MATLOFF 2002 ⁽¹³²⁾). Leur délai d'action et les effets secondaires, notamment gastro-intestinaux, sur la libido et sur le poids, n'en font pas un traitement pleinement satisfaisant.

Les autres familles d'antidépresseurs (sérotoninergique & noradrénergique, tricycliques, IMAO, antagonistes des récepteurs adrénergiques α_2 / 5-HT, ...), parfois moins bien tolérées, ne sont pas indiquées en première intention.

Mais d'une façon générale, on note que, quel que soit le mécanisme d'action, les antidépresseurs interagissent avec les systèmes monoaminergiques (sérotoninergique et noradrénergique), normalisent l'activité de l'axe corticotrope (hypothalamo-hypophyso-surrénalien) en réponse au stress, et ont un effet trophique positif sur l'hippocampe en y favorisant la neurogénèse.

Dans la revue sur la pharmacothérapie du PTSD réalisée par STEIN et *al.* et publiée en 2006 dans la Cochrane Collaboration ⁽¹³¹⁾, les auteurs concluent que les IRSS sont le traitement de première intention dans le PTSD afin d'en réduire les symptômes et d'agir sur les co-morbidités dépressives et le retentissement fonctionnel. Il a notamment été constaté un

bénéfice au traitement par IRSS au long cours. Ces conclusions sont cependant nuancées devant les importantes lacunes qui persistent dans les preuves médicales rassemblées, d'où le besoin de poursuivre les recherches vers un traitement optimal de ce trouble.

Les antipsychotiques atypiques, type olanzapine et risperidone, couramment utilisés en association avec des antidépresseurs, nécessitent de plus larges essais cliniques randomisés afin de prouver leur efficacité dans le PTSD (d'après l'avis de 2008 du Comité américain sur le traitement du PTSD ⁽²⁸⁾, cité par STECKLER ⁽¹³⁰⁾).

L'étude de KRYSTAL et al. parue dans le JAMA en 2011 ⁽⁷⁵⁾ ne retrouve pas d'efficacité du Risperdal en association avec les IRS par rapport aux IRS seuls.

Le groupe hétérogène des anti-épileptiques a été étudié pour son effet « anti-kindling », sans conclusion univoque. L'effet inhibiteur sur la neurotransmission glutamatergique par la lamotrigine notamment, est une piste prometteuse, mais des études plus poussées sont nécessaires.

Les β bloquants non cardiosélectifs, type propranolol, limiteraient la reconsolidation des souvenirs traumatiques (prévention tertiaire) au niveau de l'amygdale.

L'équipe lilloise des docteurs VAIVA et DUCROCQ a étudié en 2003 ⁽¹³⁹⁾ l'intérêt du propranolol (béta-bloquant sympatholytique non sélectif) dans la prévention secondaire voire primaire du PTSD et a retrouvé un effet bénéfique.

Les études portant sur l'utilisation de bloqueurs $\alpha 1$ en vue d'agir sur l'hyperactivité noradrénergique (hypervigilance, troubles du sommeil) ont retrouvé une efficacité sur le sommeil (BYERS et al. 2010 ⁽²⁴⁾), sans que leur indication ait été élargie.

Les benzodiazépines, bien qu'anxiolytiques et amnésiantes, sont addictogènes et ne sont pas indiquées. (GELPIN et al. 1996 ⁽⁵⁵⁾) (IPSER et al. 2006 ⁽⁶⁹⁾)

Si l'effet des cannabinoïdes sur le conditionnement de la peur est connu, leur usage est d'évidence problématique. Cependant, le blocage de la dégradation des cannabinoïdes endogènes est envisageable.

Dans tous les cas, l'action pharmacologique sur les processus mnésiques pose le problème des effets indésirables sur la « mémorisation hors trauma », mais soulève également une question éthique et médicolegale lorsque des actions judiciaires liées à l'événement traumatique sont engagées.

L'article « *Pharmacological treatment of PTSD – Established and new approaches* » publié en 2011 par STECKLER et RISBROUGH ⁽¹³⁰⁾ conclut que des modèles pré-cliniques et les premiers résultats d'essais cliniques suggèrent l'intérêt d'une **approche pharmacologique préventive** (à l'instar de l'acide acétylsalicylique chez les coronariens), dont le rapport bénéfice-risque doit cependant d'abord être évalué.

Cette indication (prévention primaire) trouverait toute sa pertinence chez des populations exposées au risque de trauma, telles que les militaires, pompiers ou policiers. La revue de littérature sur la **prévention pharmacologique des PTSD liés au combat**, parue en 2012 et réalisée par SEARCY et son équipe ⁽¹²⁰⁾ portant sur 27 publications conclut que les corticostéroïdes et le propranolol sont les molécules les plus prometteuses, contrairement aux médicaments GABAergiques (agonistes de l'acide gamma amino-butyrrique).

Des études ultérieures devraient évaluer l'efficacité d'une pharmacothérapie précoce dans la prévention du PTSD.

Il faut retenir de cette section « thérapeutique » que, quelle que soit l'approche utilisée, les résultats sont souvent incomplets dans les formes de syndrome psychotraumatique chronicisées et invalidantes. La combinaison de techniques semble potentialiser les chances d'amélioration clinique et de qualité de vie du traumatisé psychique, mais l'enjeu reste bel et bien l'intervention précoce, afin de décapiter la chronicisation du trouble et d'éviter le lourd cortège de co-morbidités.

Comme le constate Louis CROCQ (2003 ⁽³⁴⁾), « la réponse thérapeutique se cherche toujours et ne détient pas les clés pour accéder à la guérison de ces âmes perturbées par la violence, l'horreur et la fugace aperception du néant. »

IV. Prise en charge du « stress de combat » en milieu militaire : une évolution récente

On a longtemps cru que le simple retour au foyer « guérissait » le combattant des souvenirs de guerre, ou du moins niait-on les enjeux des blessures et séquelles psychiques.

« Qu'est-ce que ça fait, ces rêves venus de l'abîme ?
Tu peux boire, oublier, même être heureux,
Et les gens n'iront pas dire que tu es fou :
Ils sauront que tu t'es battu pour ton pays,
Et nul n'en aura rien à faire. »

(1918, « *D`es it matter?* » de Siegfried SASSOON)

Une réelle prise de conscience s'est depuis opérée.

Les différentes armées qui conduisent des missions de lutte contre le terrorisme, avec la tension intense et durable imposée aux combattants, rapportent une plus grande difficulté qu'à l'habitude pour reprendre le cours de la vie quotidienne. Les effets se font sentir dès le retour, mais parfois aussi de façon tardive avec la survenue de manifestations psychopathologiques diverses après une latence de trois à six mois.

- Ainsi admet-on que la prévalence des **suicides** chez les militaires est quatre fois plus grande que dans la population générale, que 30% des combattants ont une consommation excessive d'**alcool** pendant leur mission (même si ces chiffres sont très variables selon les nations), et que la consommation de **tabac** est quatre fois plus élevée dans les armées en opération que dans la population générale (CLERVOY et al. 2010 ⁽²⁷⁾).
- En Irak, 30% des militaires déployés présentaient des troubles psychiques qui ont nécessité une prise en charge spécialisée pour 20% d'entre eux.
- Dans les études réalisées chez les vétérans de la Guerre d'Irak, 16,6% présentent les critères diagnostiques d'ESPT, contre 11,2% en Afghanistan (LAHUTTE et COLAS 2009 ⁽⁷⁷⁾).

- Mais d'autres travaux de HOGE et CASTRO (2006 et 2007) mettent en avant la fréquence élevée des ESPT ainsi que d'autres manifestations psychiques secondaires aux opérations, avec une prévalence nettement plus élevée pour le théâtre afghan.
- D'après l'étude Kennedy, de 2009, portant sur plus de 100 000 vétérans, l'incidence des troubles psychiques aigus est relativement constante, mais une autre étude retrouve qu'en 2002, 8,7% des rapatriements sanitaires étaient dus au stress aigu, et 2% à un ESPT, et qu'en 2005 ces chiffres étaient respectivement de 24,2% et 2%.
- D'une manière plus globale, dans une autre étude, seulement 36% d'un échantillon de vétérans d'Irak et d'Afghanistan ne présentaient aucun critère diagnostique de trouble psychique.
- D'après les experts du MMH (Military Mental Health) des armées de l'OTAN, les Britanniques retrouvent 5% d'ESPT chez les soldats de retour d'Irak (taux comparable à la population britannique générale) contre 16% chez les Américains au retour des théâtres afghan et irakien, et 3% chez les Français. Pour les Canadiens, 17,7% de leurs hommes engagés dans le secteur de Kandahar présentent un ESPT.
- Les données des études américaines mettent en évidence une augmentation notable des taux d'ESPT dans les 6 mois qui suivent le retour de missions opérationnelles.
- L'incidence des troubles anxieux différés (entre le 3^e et 6^e mois après le retour de mission) est de 10%, soit, rapportée à la masse des personnels américains envoyés en Irak et Afghanistan, plus d'un million de vétérans à ce jour, ce qui constitue un enjeu majeur de santé publique.

Le commandement a la charge importante de connaître les limites des compétences de ses hommes, leur **point de rupture**, et d'en tenir compte. L'enjeu est de ramener à l'issue d'une mission des hommes en mesure de se réadapter et en capacité de se réengager.

Dans l'optique de favoriser la transition entre l'OPEX (opération extérieure) et le foyer, le sas de fin de mission de Chypre est un nouvel élément du dispositif de prise en charge psychologique au sein de l'Armée de Terre.

« L'originalité du concept du sas de fin de mission de Chypre, (ou du BMT), est de penser l'expérience de guerre moderne comme un phénomène global pour l'individu, s'inscrivant **avant, pendant et surtout après**. Le retour au foyer nécessite autant de mesures de soutien psychologique que le départ en mission avait demandé d'entraînement et de préparation. » (ANDRUETAN et CASTRO 2010 ⁽⁵⁾)

A. Le sas de fin de mission de Chypre

Depuis début 2009, les unités françaises de retour d'Afghanistan terminent leur mission par un séjour de 48 heures à Chypre, en « sas de décompression », avant de poser le pied sur le sol français.

Cette étape permet aux militaires d'opérer un retour plus en douceur dans leur foyer après des missions de plus en plus longues et éprouvantes.

1. Pourquoi un sas de fin de mission ?

Afin de faciliter le retour de nos soldats, et de prévenir certains effets indésirables du stress opérationnel, l'Armée de Terre a mis en place un dispositif de désengagement progressif, en s'inspirant des expériences et dispositifs des armées étrangères.

Le sas est un temps psychologique particulier où le besoin de fermer une page rencontre l'appréhension d'en ouvrir une autre (grand empressement à vouloir regagner le domicile alors que réapparaîtront les questions laissées en suspens au moment du départ).

Ce dispositif participe donc du désengagement progressif des troupes. Il permet de prévenir certains effets du stress opérationnel, d'amorcer une réadaptation graduelle à un rythme de vie normal au sein du régiment mais également auprès de la famille.

C'est généralement à partir du concept de stress que sont pensés les effets psychiques constatés au cours et au retour des missions opérationnelles. Si l'on appréhende ce concept en termes de **capacités adaptatives** (« Syndrome Général d'Adaptation » de SEYLE, 1930), il suffirait de renforcer le potentiel propre à chaque militaire, et de le « décompresser » à l'issue.

L'effet de stress et des modalités adaptatives mises en œuvre se mesurent au retour, à la difficulté rencontrée pour reprendre une vie quotidienne normale.

Les difficultés identifiées de réadaptation à la vie civile sont :

- Risque de **repli sur soi** et sentiment d'**incommunicabilité**, même au sein d'un couple, souvent dans un souci mutuel de ne pas mettre l'autre en difficulté ; mais ceci laisse parfois se construire dans le couple un mur d'incompréhension.

- Risque d'un **sentiment de décalage** avec l'entourage après une vie en groupe à très forte cohésion. Ce sentiment est accentué par la longueur et le renouvellement des missions.

- Risque d'émergence de **traits obsessionnels** (perfectionnisme, psychorigidité, volonté de contrôle) avec irritabilité, voire autoritarisme après une mission où l'attention au moindre détail, où l'obéissance, le respect de la discipline, la répétition des protocoles et des gestes opérationnels étaient d'importance vitale.

- Risque de **conduite automobile dangereuse** en roulant au milieu de la route de manière brusque et en forçant les passages, après des sorties en convois où il s'agissait de minimiser le risque d'être à proximité d'un IED.

- Risque d'**anxiété généralisée** et d'hypervigilance avec sursauts exagérés voire impulsivité (risque d'agressivité inadaptée), difficultés d'endormissement, après une vigilance élevée et quasi constante (nécessaire état d'alerte, de réactivité).

- Risque d'**abus d'alcool**, à visée festive (désinhibitrice), consommation « sociale » mais répétée (évoquant de souvenirs entre vétérans), ou anxiolytique, ou encore sédatif, après des mois de restriction (consommation limitée à une bière par jour).

- Risque de fausse idée de nécessité d'**avoir une arme** en permanence à proximité, après des mois de danger imminent et ubiquitaire.

- Risque de détachement affectif, d'**émoussement émotionnel** perçu comme une insensibilité après des mois de contrôle émotionnel au combat.

- Risque de trouver un **caractère insipide et inutile aux activités de garnison**.

On note que ces difficultés ne se résument pas au Syndrome de Stress Post Traumatique.

L'équipe de l'Hôpital d'Instruction des Armées lyonnais Desgenettes s'interroge sur la place de ces nouvelles difficultés du retour (« home-coming reentry trouble ») (SIMSON et al. 2011 ⁽¹²⁹⁾) : « L'exposition à une situation prolongée de menace vitale pourrait s'avérer proche de la confrontation à un événement à portée traumatique au vu des conséquences psychiques observées. Le retour à une réalité apaisée peut être générateur de souffrance avec le développement de symptômes de la dimension anxieuse (hypervigilance, sursaut, trouble du sommeil, irritabilité). Sans symptôme de répétition franc ni confrontation directe à un événement traumatique, peut-on rattacher cette entité au psychotraumatisme, ou bien simplement au trouble de l'adaptation dans le cadre d'une situation de stress prolongé ? »

« Basculer d'une situation opérationnelle à la vie ordinaire en quelques heures peut être difficile, pour le militaire comme pour sa famille » explique le Lieutenant Colonel RODRIGO.

En Indochine, le retour, par bateau, prenait un mois, avec de multiples escales, et il était constaté une nette différence entre l'état des hommes au départ et leur état à l'arrivée à destination. Mais relier l'Afghanistan à Paris ne prend désormais plus que quelques heures en avion, ce qui rend la transition nettement plus brutale. Le terme de « projection » traduit bien la succession brutale de deux univers radicalement différents.

Dans son rapport de 2004, A. MARIN ⁽⁹⁴⁾ rapporte qu' un soldat canadien a indiqué s'être trouvé sur le terrain de sa maison, avec ses enfants, moins de vingt heures après avoir quitté le théâtre des opérations, et qu'en jetant un coup d'œil à ses bottes, il se serait aperçu qu'elles étaient encore couvertes de sang. »

Cela illustre bien la nécessité d'aménager un espace de transition.

De son expérience de psychiatre militaire auprès des forces engagées, Jean-Philippe RONDIER (2010 ⁽¹¹⁴⁾) rapporte que « le temps du retour est très différent selon que le déploiement a duré trois ou douze mois, ou qu'il se renouvelle après une courte période de pause. »

Les déploiements en Afghanistan –qui sont systématiquement de six mois- sont vécus comme des missions particulièrement longues et difficiles.

Le Professeur H. BOISSEAUX (2010 ⁽¹³⁾) résume « **On souligne aujourd'hui l'intérêt d'un temps de « décompression », en fin de mission, pour aider au retour et à la reprise**

de la vie quotidienne, là où le stress opérationnel a imposé au combattant un mode de fonctionnement psychique très spécifique. La difficulté à tourner la page de cette expérience expose à tout un ensemble de problèmes qui peuvent parfois nécessiter une aide. Si la médicalisation systématique d'un tel processus psychique n'est pas souhaitable, il est opportun de dégager, à ce moment, un temps de débriefing technique qui permette de marquer un véritable terme à la mission en lui donnant son sens. »

2. Déroulement du sas

Le sas de fin de mission se déroule dans un hôtel luxueux de Paphos, dans le sud-Ouest de l'île de Chypre.

Il dure de 48 à 72 heures, ce qui, selon le Professeur H. BOISSEAUX, permet d'éviter une réactivation anxieuse qui pourrait s'observer si la durée était supérieure.

Le Lieutenant Colonel RODRIGO, en charge du sas, précise que « Ce sas fait partie intégrante de l'OPEX, qui se termine quand ils rentrent en France. ». Les soldats sont encore « en mission », sous la responsabilité de l'encadrement qui a conduit la mission, mais hors zone opérationnelle. Ce point facilite l'acceptation du sas qui n'est pas considéré comme une durée surajoutée à la mission avant de pouvoir retrouver ses proches.

Il est encadré par des officiers de l'État Major Opérationnel de l'Armée de Terre de Lille.

Une équipe, dirigée par un représentant du Commandement des Forces Terrestres, accueille et accompagne les personnels. Elle est composée de psychologues, d'OEH (Officiers Environnement Humain), de moniteurs de sport spécialistes des TOP (Techniques d'Optimisation du Potentiel), d'un infirmier et de spécialistes du transit aérien.

Arrivés par voie aérienne au milieu de la nuit, les militaires gagnent leurs chambres où ils logent par deux. Le lendemain matin, à 9h30, ils se retrouvent dans le hall de l'hôtel en tenue de sport réglementaire et sont répartis par groupes. Le Lieutenant Colonel RODRIGO explique qu'il est « important de ne pas scinder les sections. Ce qu'ils ont vécu, ils l'ont vécu ensemble. »

L'hôtel cinq étoiles (selon les standards chypriotes) reste ouvert à la population civile (touristes fortunés). Cette mixité impose une certaine tenue aux soldats qui font ainsi un premier pas vers la civilisation et la vie normale.

Le Commandant TREMBLAY (psychologue CISPAT) souligne que « ce traitement exceptionnel est aussi une manière de valoriser la mission que ces militaires viennent d'accomplir, de les conforter dans l'idée qu'ils ont fait du bon travail sur le théâtre d'opération le plus difficile que nos armées connaissent aujourd'hui. »

La reconnaissance de la nation vis-à-vis des souffrances consenties est un élément important pour le militaire qui revient de mission.

Le luxe du cadre ôte tout sentiment de « mise en quarantaine ».

3. Objectifs

Ces 48 heures offertes par l'Armée dans un cadre luxueux sont tout d'abord une forme de reconnaissance à ses soldats des efforts fournis et risques encourus.

L'objectif essentiel est d'amorcer un processus de désadaptation et de retour à la vie civile avec la reprise d'un rythme non opérationnel, en sécurité, permettant de se reposer et d'évacuer la tension physique et psychologique. Les séances programmées et temps de détente et convivialité qui s'y déroulent ont donc pour but de faire perdre les mécanismes de combat développés pendant l'OPEX, et de faire prendre conscience des effets possibles du stress accumulé pendant leur mission. C'est un temps de bilan, à faire avec les chefs.

Enfin, ce temps privilégié peut aussi permettre un repérage par des psychologues institutionnels de ceux qui présenteraient déjà des difficultés ou troubles psychiques caractérisés nécessitant des soins, et de leur rappeler à quels interlocuteurs ils peuvent faire appel.

Un temps fort du passage à Chypre est le « **débriefing collectif de fin de mission** ».

Selon le Professeur BOISSEAUX, le temps de débriefing est la raison d'être du sas.

Il s'agit d'un débriefing au sens de MITCHELL, c'est-à-dire un débriefing technique, pour faire en section le bilan d'une mission et la clore.

Initialement conçu comme une technique de maintien des capacités opérationnelles, élaborée par et pour des sauveteurs, le débriefing est centré sur le vécu émotionnel et comportemental afin d'apporter un bénéfice au long cours.

Au-delà du travail de synthèse, c'est la possibilité pour chacun de s'exprimer sur son vécu de la mission, mais il ne s'agit pas d'un débriefing psychologique (qui est du domaine du soin en post-immédiat d'un événement exceptionnel). Une intervention ponctuelle ne suffit pas à annuler l'impact traumatique.

En préambule du débriefing, le psychologue explique « Nous ne sommes pas là pour faire une psychanalyse. Ce n'est pas non plus une réunion syndicale, ni une enquête de commandement. Tout ce qui se dit ici reste ici. »

Il est important de soutenir une action qu'il peut être nécessaire de poursuivre dans le temps : au-delà de l'aperçu de l'état collectif, on peut observer le fonctionnement du sujet dans son milieu, ce qui peut parfois conduire à une prise en charge individuelle. La présence d'un psychologue observateur ou d'un médecin permet d'identifier ces militaires éventuellement en souffrance.

Les séances durent en moyenne 1h30 et se déroulent de manière très variable selon les unités (de l'inutilité, pour certaines, au règlement de compte ...).

Remonter le fil des six mois écoulés permet de donner un sens aux efforts consentis et offre une reconnaissance aux soldats dont la vie a été mise en danger.

C'est également un temps de fin de groupe : Le groupe se dissout et le militaire va devoir trouver un nouvel équilibre.

Les chefs et les médecins régimentaires n'assistent généralement pas au débriefing collectif. Ils bénéficient d'entretiens individuels.

Les volontaires peuvent également solliciter un entretien individuel de soutien psychologique par un psychologue CISPAT.

Un autre temps important est **l'exposé de sensibilisation aux risques de stress** post-opérationnel.

En s'inspirant du BMT, un OEH délivre aux participants une « information post-OPEX » pour les alerter sur les possibles effets comportementaux et psychologiques après une OPEX, et la manière de les détecter chez leurs camarades : « Les situations de combat engendrent forcément du stress, c'est normal. Mais rester vigilant en permanence, être conscient du danger, faire taire ses émotions ... tout cela génère des changements : certains

visibles (maigrir ou se faire des cheveux blancs), d'autres non. Mon rôle est de vous alerter sur de possibles effets comportementaux ou psychologiques. »

Le militaire n'a pas l'habitude de se confier, par fierté ou par peur d'être stigmatisé, « mais il fait savoir indirectement qu'il ne va pas bien, en s'isolant, en buvant trop ou en devenant agressif. C'est ce dont je veux vous faire prendre conscience.»

Un fascicule récapitulatif leur est remis et peut aussi servir à la famille qui peut ainsi s'impliquer dans l'accompagnement du soldat à son retour. Il s'agit d'une liste de symptômes reprenant pour chacun son effet positif au combat, ses répercussions possibles au domicile (décalage de comportement), les pistes d'amélioration (attitudes à prendre dans la vie familiale et personnelle) et les signes qui doivent alerter. L'intérêt de cette trace écrite réside dans le fait que le pic de symptômes en question s'observe entre le troisième et le sixième mois qui suit le retour de mission. Cela permet de sensibiliser les proches, et de servir de rappel des signes à identifier chez un camarade.

Le guide de recommandation clinique n° 26 du NICE (2005 ⁽¹⁰⁶⁾) rappelle l'importance de l'étayage socio-familial et la nécessité de considérer l'impact de l'ESPT sur l'entourage du patient.

Les participants reçoivent un feuillet intitulé « Où consulter ? » avec les coordonnées des recours possibles (chefs, président de catégorie, OEH, SSA, aumôniers, Assistante Sociale).

Les militaires apprennent aussi des « **Techniques d'Optimisation du Potentiel** » (TOP) qui sont basées sur la relaxation, la respiration et la représentation mentale.

D'après le principe de somatisation, la tension physique est liée à la tension psychologique. De multiples cas de bruxisme (grincement de dents, essentiellement nocturne et inconscient, lié au stress) ont par exemple été recensés au sein de la population militaire passée par le sas, et les masseurs et kinésithérapeutes ont constaté des nombreuses contractions et douleurs (aux articulations temporo-mandibulaires, aux cervicales, et aux lombaires).

Délivrées par des moniteurs de sport militaires, les TOP ont pour but d'optimiser la mobilisation de ses propres ressources psychiques. Elles s'apparentent à la sophrologie et apprennent à se recentrer sur soi, à respirer pour évacuer le stress et arriver à un état de relâchement musculaire complet. Ce sont des techniques de « coping » que les soldats pourront ensuite appliquer chez eux ou sur le terrain.

Aux réunions obligatoires se joignent des activités de détente et de cohésion optionnelles, telles que massages thérapeutiques du dos et étirements, sauna, spa, sports collectifs ou individuels tels que squash, sport en salle, piscine. Une courte croisière au large de l'île est prévue, ainsi qu'une visite touristique de la ville avec un guide chypriote.

B. Observations cliniques

Fin juillet 2010, avec l'appui du Général CROCQ et l'autorisation de la CISPAT, nous avons pu interroger, dans différents régiments, six soldats étant passés par le sas, dont un médecin régimentaire, et douze militaires n'y étant pas passés, ainsi qu'un psychologue CISPAT. Les militaires, de divers grades, avaient effectué des missions variées.

Ces entretiens individuels, semi-structurés, se sont déroulés sur la base du volontariat et permettent d'apporter un éclairage direct sur ce nouveau dispositif.

Diverses informations concernant leur profil étaient recueillies : âge, sexe, situation maritale, grade, parcours militaire et historique des missions effectuées (y compris missions antérieures en Afghanistan). Il était également demandé aux militaires de développer le déroulement de la période de préparation à la mission, ainsi que de l'OPEX en elle-même (dates et durée de la mission, type de mission et conditions générales d'exercice). Après avoir abordé les événements marquants vécus et les difficultés ressenties, un interrogatoire orienté permettait d'évaluer le niveau de stress et de tension perçu (manifestations somatiques d'anxiété, altération thymique, irritabilité, qualité du sommeil et/ou de l'appétit, modifications comportementales, consommation tabagique et alcoolique, réflexes acquis, ...) Enfin, leurs impressions générales sur le sas -s'ils y sont passés- ou l'idée qu'ils en ont -s'ils n'y sont pas passés-, ainsi que les modalités de leur retour à la « vie normale », étaient relevées. Plus précisément, pour ceux qui ont bénéficié du sas, nous recherchions la différence par rapport aux retours de missions similaires avant l'existence du sas, les bénéfices perçus par la famille et l'entourage, l'influence de ce passage à Chypre sur leur disposition à repartir pour une nouvelle mission, leur niveau de bien-être au retour en France. Les manifestations du syndrome psychotraumatique étaient également recherchées, ainsi que la modification de la consommation d'alcool et tabac, la modification du sommeil et du comportement général.

Certaines données seront omises et les noms modifiés afin de leur assurer l'anonymat.

Rappelons tout d'abord que l'on peut distinguer trois modes d'engagement de l'armée française sur le théâtre afghan.

Certains soldats servent en OMLT (Operational Mentoring and Liaison Team : Equipe de liaison et soutien logistique) et sont intégrés à des unités afghanes en tant qu'assistance militaire à l'armée nationale afghane. Leur mission les amène à une confrontation régulière avec les « groupes insurgés ».

D'autres sont engagés dans la Vallée de la Kapisa (à l'Est du pays) dans la lutte contre la guérilla. Ils agissent en unités constituées.

Enfin certains sont basés à Kaboul.

Les unités d'OMLT se disent pour certaines plus éprouvées par les missions de liaison logistique qui les exposent aux bombes artisanales (IED : Improvised Explosive Devices) que par les missions de combat. Ils parlent de « menace sournoise » (menace terroriste diffuse et insidieuse, IED) qu'ils opposent à la loyauté de l'engagement au combat.

1. Militaires n'étant pas passés par le sas :

1) Le Sergent Chef O., 28 ans, est rentré d'Afghanistan en mai 2009. Il a fait partie d'une OMLT : une unité de six soldats français intégrée à une section de quarante militaires afghans. Bien que ne présentant aucun symptôme d'ESPT, O. dit **s'être déjà « vu mort »**, sans pouvoir en préciser les circonstances, mais c'est uniquement à sa femme qu'il a souhaité se confier tout au long de l'opex grâce aux connexions Internet et téléphoniques. « J'essayais de ne pas trop en faire un rendez-vous systématique parce qu'en cas d'imprévu, ma femme se serait inquiétée. ». Dès qu'il sortait des limites du camp, il devait être attentif, mais il essayait d'occulter les enjeux vitaux auxquels il devait faire face. « On a eu de la chance » reconnaît-il.

À son retour, le Sergent Chef O. n'a présenté aucun trouble hormis un comportement d'évitement, non attribuable à un événement traumatique, en passant **deux à trois semaines sans conduire, « pour ne pas rester bloqué sur la route. »**

-> Ce comportement entre dans le cadre des difficultés de réadaptation à la vie civile après l'acquisition de réflexes d'opex conditionnés.

- 2) Un autre Sergent Chef de 32 ans de cette unité OMLT, dit avoir eu sa meilleure expérience militaire. Il **a perdu 11 kg** pendant ces six mois en Afghanistan, mais dit n'avoir eu aucun problème de réadaptation, même s'il « **parlait moins pendant les deux premières semaines** ». « Le sas, ça peut être bien pour les plus jeunes à la rigueur. » Dès son retour, il est parti en vacances à l'étranger.
- 3) Le Caporal Chef T., trentenaire, est l'un des rares à détailler les difficultés concrètes qu'il a éprouvées au retour. La première chose qu'il ait faite en arrivant chez lui et retrouvant sa femme est de rester une demi-heure assis sur le canapé, **mutique et immobile**, avant d'aller se doucher. Il se décrit lui-même comme « **revenu d'une autre planète** » et son plaisir a été le **luxé d'une « vraie douche** ». C'est seulement ensuite qu'il a pu entrer en communication avec son épouse et refaire les premiers pas de sa vie habituelle. Craignant de mal s'y prendre dans **son couple**, il s'est mis pendant un temps à offrir régulièrement des fleurs à son épouse, qui avait « acheté un chien deux mois après mon départ en mission pour combler mon absence ».

Mais pendant tout le mois qui a suivi son retour, son épouse l'a trouvé changé, avec un comportement qui ne correspondait pas à ses habitudes. Des symptômes d'**hypervigilance** se sont manifestés lors de leur premier ravitaillement en grande surface : **la foule** lui a provoqué un sentiment de malaise et il a préféré tourner les talons. À treize mois de son retour, il reconnaît encore « tout surveiller » et **se méfier** des « gens bizarres », « au teint afghan ». Durant les premières semaines, sa **conduite** automobile était modifiée (plus brusque) et le Caporal Chef T. supportait mal le **bruit** (qui le faisait parfois sursauter), y compris la télévision et la radio.

Même s'il reconnaît avoir effectué « une bonne opex » (« On a fait la guerre, on n'a pas cueilli des pâquerettes »), c'est les **larmes aux yeux** que le Caporal Chef T. revient sur l'épisode douloureux de mars 2009, lorsqu'il a appris à mi-mandat le décès d'un frère d'arme. Ce soldat décédé sous le feu n'était pas seulement un camarade d'entraînement : le Caporal Chef T. et lui partageaient des loisirs en dehors du travail, et une réelle relation d'amitié s'était nouée.

Ils étaient six ou sept à pouvoir assister à la messe d'adieu de trente-cinq minutes qui a eu lieu le lendemain, tandis que « ça tapait à côté ». « Dans ces moments-là, le but est de s'entraider. **Vous oubliez la famille et vous repartez en mission.** » Un psychologue a été présent dans les deux jours qui ont suivi, mais selon le Caporal Chef T., « Il n'a servi à rien. »

Même s'il dit vouloir oublier, il reconnaît qu'« **on y repense toujours** », « Tous les ans à cette date-là, je repenserai à lui avec nostalgie. »

À propos du sas, il n'en a eu aucun écho, mais estime que le dispositif devrait être très cadré afin d'éviter les dérives, notamment les risques d'excès et de dérapages dans les conduites sexuelles et la consommation d'alcool.

Épanoui dans son poste, il serait volontiers reparti sur le théâtre afghan, mais « **À mon retour, elle a d'abord voulu divorcer, puis m'a posé un ultimatum : elle ou mon poste. J'ai quitté ma fonction.** »

C'est « après deux-trois verres de vin », entre camarades de combat, qu'ils aiment à ressortir quelques photos.

Enfin, dans le questionnaire qu'il a eu à remplir avant sa visite médicale systématique annuelle, il avoue avoir plus ou moins intentionnellement « sous-estimé » ses réponses, ne rapportant aucun trouble du sommeil ni cauchemar par exemple, contrairement à la réalité.

-> Le Caporal Chef T. présente de réelles difficultés de réadaptation avec un changement de personnalité, des troubles du sommeil et des conduites d'évitement ayant un retentissement sur sa vie conjugale et professionnelle.

- 4) Pour l'officier D., adepte des sports extrêmes, le sport est une drogue ; c'est son mode de relaxation. Mais « quelques **soirées alcoolisées** aident aussi à décompresser durant l'opex », avec les compléments -au quota d'une bière quotidienne- qui leur parviennent par colis de leurs proches.

Étant en formation, il n'a pas participé à la MCP (Mise en Condition avant Projection). Du sas de Chypre, il ne verrait comme seul intérêt que le fait de pouvoir s'alcooliser abondamment.

Avec quatre-vingts à quatre cents hommes sous sa responsabilité, il estime avoir bien conduit les opérations, et constate que « **le retour victorieux est un sentiment qui aide** (à clore une mission) ».

Il parle de son séjour de six mois en Kapisa en termes de « climat de danger permanent », de « vigilance permanente dès qu'on sortait », et précise qu'« en stress **sous le feu, je ne pense qu'à l'action** ». Il relate également le climat de tension qui a suivi l'attaque d'Uzbin, mais d'après lui, 99% de son effectif veut repartir en opex. Il déplore que la « **surmédiatisation** » de certains événements inquiète les familles de manière exagérée.

Il a remarqué que ses hommes ne s'étaient pratiquement pas plaints de désordres mineurs « car chacun avait conscience de l'**interdépendance**. »

Réticent à s'épancher sur son ressenti, cet homme d'une quarantaine d'années, avec de nombreuses missions à son actif, dit ne jamais partager sur son métier ou ses missions avec sa femme. « **Pour moi, la page se tourne quand je quitte mon treillis.** » « Je suis un peu à part : à peine rentré, je repars faire des sports extrêmes ; je sais qu'**il faudrait que je me calme un peu.** »

-> Cet officier, qui éprouve des difficultés de verbalisation, trouve probablement dans la pratique intensive du sport ou dans l'alcoolisation une forme de « fuite ».

- 5) Y. aurait voulu repartir en OMLT vite après son retour, mais il tient à souligner que « c'est décevant que la paie soit au même taux que pour la Côte d'Ivoire » (soit 1,5, comparé au taux de 2,4 pour les Casques Bleus). « On sortait tous les jours en VAB (Véhicule de l'Avant Blindé) et on était les premières cibles. En sept mois, on a eu sept TIC (Troop In Contact, c'est-à-dire une attaque). On a été victorieux à chaque fois, mais il y a eu des dégâts chez les insurgés. » Il savait que les « Padre » (l'aumônier) et les infirmiers étaient là s'il avait eu besoin de se confier, mais ne savait pas qu'un psychologue était aussi disponible. « Dans une autre unité, un sergent est resté sidéré pendant une minute quand son pilote a brûlé devant lui. »

Si on lui avait proposé le sas de Chypre, il aurait accepté, « par curiosité ». « Chypre est un bon endroit pour faire un sas. » « En France, ce qui est bon c'est la famille et **la liberté : pas d'horaire, pas d'ordre.** » « J'ai parlé avec ma femme des décalages que j'ai ressentis. »

- 6) Le sous-officier A. est rentré d'Afghanistan il y a un an. Il y était chef d'une unité de sept soldats, très soudés. Il a déjà effectué de nombreuses missions, mais c'était la première opex de son groupe. « En six mois d'opération, on a effectué soixante-seize sorties avec soixante-dix kilos de matériel sur le dos, et plus de cent sorties au total. »

Ses premiers mots en entretien sont sur le **manque de reconnaissance** qu'il a éprouvé au retour quant à la pénibilité de leur travail : « Usure, dureté, répétition, ... Ils nous ont pas mal tiré sur la courge. » « La poudre aux yeux, on l'a eue. », ou encore « Ils nous prennent pour des pions. Ils nous **ont bien pressé le citron !** ».

Lors d'une embuscade, il a été témoin d'une roquette meurtrière sur un VAB. « Avoir été témoin du décès, ça secoue. On se dit 'On se la prend, c'est pareil', mais **il ne**

faut pas laisser paraître sinon le moral baisse et la vigilance aussi. **L'amateurisme tue.** Ça fait partie du job mais c'est très moche. »

Avec le stress puis l'ennui, sa consommation de tabac a augmenté. « On était conditionné pour partir à tout moment. » Le sous-officier A présentait des insomnies avec asthénie. Dans sa section, l'un des hommes s'est replié sur lui-même, s'isolait et ne communiquait plus. « Il était complètement « vraqué ». À son retour, il a été **réformé définitif** ». « Sur place, nous n'avions pas de psychologue, mais le Padre. »

A. estime que l'armée française a **quinze ans de retard sur l'armée américaine.** « Le commandement se croyait encore en terres conquises, comme en Afrique. Il a fallu attendre qu'il y ait dix morts à Uzbin pour réagir. » « Ce n'est pas pour rien qu'on l'appelle La Grande Muette ; on ne peut rien dire ; il faut attendre. »

De retour, il n'avait **envie de rien faire**, même plus goût au sport. Certains bruits l'ont fait sursauter les dix premiers jours, et il **repensait au sifflement des balles** qui le frôlaient. Chez lui, chaque nuit il devait **se lever vers 4-5h** du matin pour marcher. « J'ai un **gars de 21 ans qui a le dos pété** depuis. Il doit porter six mois de corset là. » « Les blessés ont bien peu de reconnaissance. Ils nous mettaient des lits de toile, ça pète le dos ! » « Moi aussi je suis complètement vraqué physiquement, mais je vais voir un médecin civil parce qu'**ici ils me mettraient inapte.**»

« Si on m'avait proposé Chypre, ma femme aurait voulu que je rentre. Je trouve que c'est mieux à faire en famille. D'ailleurs à mon retour, on est partis dix jours dans les îles tous ensemble. Je me suis **reposé, mais j'étais toujours un peu « perché** ». » « On n'a eu qu'un mois de congés alors qu'on nous avait promis quinze jours de plus ». « Mais **mieux vaut deux jours à Chypre que cinq jours de transit sur un tarmac** comme on a eu, dans des conditions précaires.»

Ce sous-officier sait qu'il va repartir en Afghanistan en octobre 2011, mais il « **préfère ne pas trop y penser pour l'instant** ». « Devenir père, ça va me changer.»

- 7) X., Sergent Chef de 30 ans, célibataire, est rentré d'une province du sud de l'Afghanistan il y a deux mois. Son OMLT était composée de cinq hommes, dont l'un fut blessé par un IED et rapatrié. X. estime avoir reçu une bonne préparation psychologique avant le départ, mais pense que le sas de Chypre n'était pas essentiel : « C'était **bien parce que c'était collectif**, mais je m'y suis ennuyé au bout de 24h. Les informations délivrées étaient **bien mais pas utiles pour moi**. » « On venait de passer quatre jours à Kaboul à attendre notre vol. Le stress avait déjà eu le temps de redescendre. » X. se dit prêt à repartir. « J'aime ce

que je fais ; je suis « drivé » par ma mission. » Le stress qu'il avait en Afghanistan était un stress positif et sans répercussions gênantes. Contrairement à la majorité des militaires rencontrés, ses hommes et lui dormaient la nuit dans un conteneur blindé, et se sentaient en parfaite sécurité.

- 8) Le Caporal Chef T., 35 ans, qui en était à sa dixième opex, a été rapatrié sanitaire au cinquième mois de sa mission en Afghanistan l'été 2009. Des atteintes ophtalmologiques ont été causées par le blast (souffle) lié à l'explosion d'un IED. Après un premier diagnostic à Kaboul, il a été rapatrié et a passé une dizaine de jours en HIA en métropole. À presque un an de ce rapatriement, T. est toujours en convalescence : en attendant la stabilisation de sa vue –dont la récupération sera incomplète-, il ne doit pratiquer aucun sport et est privé d'opex, ce qui génère chez lui un sentiment de **frustration**, tout comme le fait d'avoir dû laisser ses camarades sur place à l'époque.

Il avait jusque-là déjà été impliqué dans une dizaine d'actions où il avait fait feu, et sa plus grande **hantise était de tirer sur des civils**. T. devait alors flirter avec le **risque de rester trop exposé** à un danger sans riposter.

À propos du sas, il reconnaît le geste symbolique du commandement envers les combattants, mais reste **sceptique** sur l'intérêt réel du dispositif.

- 9) S., chef de section d'appui, marié et père de jeunes enfants, ayant effectué trois missions en dix-neuf ans, est rentré beaucoup plus marqué d'Afghanistan il y a treize mois.

Il était à la tête de quarante-cinq hommes dont le rôle les mettait tous les jours en première ligne. En mars 2009, le VAB que lui et trois autres soldats venaient tout juste de quitter, a pris feu, tuant le chauffeur de 23 ans. **S. a vu la mort en face. Cette mort aurait aussi pu être la sienne**, à quelques secondes près, tout comme lorsqu'il a fait cette chute de trente mètres en montagne. Ce décès le renvoie à des événements de vie personnelle douloureux. « La perte de ce jeune soldat m'a déstabilisé. Jamais je n'avais envisagé une telle chose. Je croyais que ça ne pouvait pas m'arriver. »

« **Il faut vivre avec, mais comment parler de ça ?** ». C'est la mère du disparu, qu'il reçoit souvent au Régiment, qui l'a « soulagé, libéré ».

Sur les quatre militaires qui ont assisté de près au drame, le plus jeune -20 ans- a initialement voulu être rapatrié, puis **a décidé de rester**, et deux jours après l'accident, tous étaient à nouveau au combat. « **Entre hommes**, il y a une relation de fraternité ».

S. se souvient de l'exposé sur les enjeux psychologiques qu'ils avaient eu lors de la MCP, mais il déclare « **Un ostéopathe aurait été plus important qu'un psy sur place** ».

De retour dans la vie civile, il lui a fallu **une à deux semaines pour retrouver sa place** de père, dit-il, mais les détonations (type feux d'artifice) l'ont encore fait sursauter quelque temps, et il **s'est remis à fumer**.

À propos du sas de Chypre, il imagine un « énorme contraste de conditions de vie ». « Autant pour les célibataires, ça peut être bien, autant pour les pères de famille, il vaut mieux partir en vacances en famille. »

10) B., officier, est rentré il y a trois semaines d'Afghanistan où il a passé six mois à la tête de cinquante hommes. Il n'a été confronté qu'à des morts afghans, mais la mort n'était jamais loin (Un convoi qui venait de le déposer a sauté sur le chemin du retour). Il ressentait pour ses hommes un sentiment de danger bien plus fort que pour lui-même. « Le fait de posséder du savoir et de l'information de par ma position hiérarchique me permet un meilleur contrôle de la situation. » Le danger vital et l'horreur de la guerre, il les avait appréhendés lorsqu'il était dans les Forces Spéciales et qu'une vidéo de secourisme de combat leur avait été présentée à tous, montrant un homme déchiqueté.

« Depuis le retour, c'est le bonheur d'être habillé en civil et de ne plus avoir ces responsabilités. J'aurais aimé passer par Chypre, mais mes contraintes professionnelles ne le permettaient pas. Je n'ai eu que quinze jours de vacances, et je suis encore **extrêmement fatigué**. C'est cette fatigue qui est pour moi la plus grande difficulté, et qui **a joué sur les retrouvailles avec ma famille**. »

« J'ai trouvé la mission assez **frustrante**, et mes hommes étaient tendus. Deux de mes hommes, hauts gradés, ont mal vécu la mission, mais ça s'est réglé entre nous. Nous n'avons pas eu recours à l'OEH. » « J'ai fait en sorte de pouvoir leur offrir une pause opérationnelle de deux jours à Kaboul. Et dans mon discours de fin de mission, j'ai insisté sur la fierté qu'on pouvait tirer de notre travail sur place. » « Les Américains, eux, font des opex de quinze mois, avec seulement quinze jours de vacances au milieu. Les soldats américains deviennent complètement fous après ! »

Précisons ici que, tout comme les « noria » de Verdun et « virées » à Saïgon, la « pause opérationnelle » est un temps de repos de deux ou trois jours, une « bouffée d'oxygène » au cours d'une mission, dans un endroit où la tension opérationnelle est moindre.

Marié et père de famille nombreuse, cet officier n'avait pas connu de théâtre d'opération depuis plusieurs années, et c'était la première fois qu'il partait en mission en laissant ses enfants derrière lui, ce qui lui a été particulièrement difficile. « **Je ne laisserai pas mes enfants six mois à nouveau** pour ça ; ça n'en vaut pas le coup. » Avant de partir en Afghanistan, B. avait assisté à des prises d'armes face à des familles endeuillées et s'était projeté dans la situation où **le cercueil aurait pu être le sien**, et ces enfants pleurant leur père, les siens. « Je suis heureux de ne pas pouvoir communiquer à mes jeunes enfants la réalité de ce que j'ai vécu, qu'ils ne connaissent qu'un climat de paix. » « À mon retour, la petite dernière se désintéressait de moi. Ça n'a pas été évident. »

11) R., Caporal Chef de 30 ans, est rentré d'Afghanistan il y a un an. Il y servait dans un groupe d'appui de dix militaires, à bord d'un MILAN (Missile d'Infanterie Légère Antichar). Cela consistait à monter sur les hauteurs de nuit, comme éclaireur et pour couvrir d'autres actions, mais la redescente se faisait généralement à découvert. Le premier mois, ils ont été pris dans une vingtaine d'embuscades. Le quinzième jour, une balle a été amortie dans son gilet pare-balle, mais le trentième, alors qu'ils entraient dans un village et qu'il était en tête, une autre l'a atteint à l'épaule, la clavicule et les côtes. C'est ainsi que le Caporal Chef R. a été rapatrié sanitaire un mois après sa projection. Sous le feu nourri, un autre camarade a été blessé, et un a trouvé la mort. Les autres ayant dû s'abriter, R. s'est initialement retrouvé seul sans secours, mais de cet accident, il ne garde ni sentiment de culpabilité, ni l'impression d'avoir vécu une « mort imminente ». Il reconnaît juste avoir été désorienté dans le temps et l'espace les premiers instants, sous le choc. Après « trois longs jours » passés dans l'hôpital de Kaboul, il a été hospitalisé deux semaines dans un hôpital militaire parisien. R. aborde cet épisode avec un certain fatalisme, et les séquelles ne semblent être que physiques. « J'étais dépité de quitter les autres prématurément, mais je n'ai pas éprouvé de difficultés au retour. » R. n'a donc eu ni débriefing technique, ni sas de fin de mission, et reconnaît qu'il existe une certaine incommunicabilité entre sa famille et lui à propos de ce qu'il a vécu. « Ma femme ne veut plus que je retourne en Afghanistan, et moi non plus. »

12) V., 38 ans, chef de bataillon, est rentré d'Afghanistan fin avril 2010. Véhicule banalisé, hélicoptère, avion : son poste de renseignement amenait V. à être en permanence en déplacement, avec un stress évalué à 10/10. Comme il a parfois été isolé au sein de

troupes non-francophones pendant plusieurs semaines, le fait de ne pas pouvoir partager son ressenti lui a pesé. Sur place, pour décompresser, il faisait du sport.

De par sa position hiérarchique, V. est rentré directement en France, où il dit avoir facilement opéré un « switch », mais il est favorable à ce que le sas soit obligatoire pour tous. Il garde les stigmates d'une certaine **agressivité** et d'un **malaise au milieu des foules**.

2. Militaires étant passés par le sas :

1) Le lieutenant J., déclare « **L'Afghanistan, on y est encore** ». Il se rattache aux vidéos, qu'il regarde toujours, plus de six mois après son retour. En tant que chef de section, il est bien informé sur la CISPAT, et en tant que secouriste, il est particulièrement sensibilisé à la question psychologique. A Tagab, où ses quarante hommes servaient en reconnaissance d'itinéraire dans des actions combinées avec l'appui, il dirigeait la section qui « tirait le plus ». « Il n'y avait pas de temps mort. Le **stress était à 9/10**. Le dernier jour, il y a eu dix-huit morts civils, une boucherie. » « J'étais responsable de la sécurité de mes hommes. Certains ont sauvé la vie d'autres ! ». Pour remonter le moral des troupes, notamment après un décès, il utilisait volontiers l'**humour**, et essayait d'avoir une fonction paternelle. Il souligne la **cohésion** entre lui et ses hommes (« Quand on est derrière le même caillou ... »).

Du sas de Chypre, il estime avoir été bien informé, par présentation PowerPoint. Il en retient l'exposé fait par deux capitaines OEH : « Ils **ont dit des choses très concrètes, qui aident au retour**. Ils étaient vraiment très bien ! ». Le Lieutenant J. n'a pas assisté à la séance de débriefing collectif et a sollicité un entretien individuel. « L'Afghanistan c'est **tellement différent de ma vie en France, qu'une page se tourne de facto au retour**. », mais il se souvient encore avec acuité du **son des roquettes** qui le réveillait la nuit.

2) R. est rentré de Kapisa il y a six mois. « On sortait un jour sur trois, pour patrouiller, faire de la reconnaissance ou de la recherche d'armement, des convois. On était la cible de tirs en permanence. » « Notre tireur a dû plusieurs fois voir le psychologue, sur ordre. », avant d'ajouter « **Dans l'armée, on ne se livre pas spontanément.** » « Sur place on fait son travail, on est dedans. C'est après qu'on réalise, en rentrant au

FOB (Forward Operating Base) et au retour de mission. » « À Paphos, le confort matériel aide à réaliser, mais je n'ai pas encore mis de point final à l'Afghanistan. **Pour mettre un point final, il faudrait qu'on passe à une autre mission.** ». « Le sas de Chypre était **trop court et trop condensé** pour vraiment se relâcher. » « À Chypre, bien que c'ait été interdit, il y a eu beaucoup d'alcool. » À propos des séances d'information, il déclare « C'est bien pour les autres, mais moi ça ne m'a pas apporté grand chose. » Puis il ajoute « **Ce serait bien de revoir un psy six et douze mois après.** »

- 3) P., 26 ans, est rentré il y a six mois de Kapisa. « Avant de partir, je me doutais déjà du climat en écoutant les morts dans les médias. ». « Après chaque contact, **on débriefait entre nous.** »

Ce qu'il appréhendait le plus était les Chicoms (roquettes) tirées de nuit depuis les montagnes avoisinantes. Il en a dénombré neuf pendant son séjour. Son expérience désagréable a été les 24h qu'il a passées seul, resté au fort car il était malade. Il s'est senti isolé et impuissant. « **Internet aide à décompresser.** Mais c'est aussi comme ça que j'ai appris que ma copine me quittait. J'ai essayé de ne pas laisser transparaître cette rupture sentimentale. Il faut **séparer boulot et vie privée**, mais c'est dur. »

À propos du sas, il reconnaît qu'initialement il était pressé de rentrer et trouvait que ce serait une perte de temps, mais après l'avoir expérimenté, il a été très satisfait d'avoir « **la parole d'un professionnel** pour préciser les difficultés et dire comment les surmonter ». « J'ai beaucoup apprécié les séances de sophrologie aussi ; ça m'a bien détendu. » Quant à la séance de débriefing, « **j'ai réalisé qu'on avait tous la même vision des choses.** » « Et j'avais confié la feuille post-opex à ma nouvelle amie, pour qu'elle détecte si ça ne tournait pas rond chez moi dans les mois qui ont suivi. » J'ai fait des cauchemars au début, et j'étais **toujours sur mes gardes**. À côté de l'aérodrome ou quand il y avait des pétards, je sursautais. »

- 4) B., 22 ans, était Chef de Groupe. Il a connu une vingtaine de « contacts », dont l'un où il a été blessé au bras. « **J'ai bien cru y rester.** » « Tout le groupe s'est éparpillé et je me suis retrouvé isolé. » À son retour, il était plus sensible aux bruits. « On a effectué une petite mission de désamorçage d'un colis non identifié dans le cadre de Vigipirate. Ça a fait une toute petite détonation, programmée, mais je ne sais pas ce qui m'a pris, je me suis instinctivement couché au sol ! Heureusement les autres ne m'ont pas vu.

J'avais honte. » Au fur et à mesure du temps qui s'écoule depuis son retour, il a de moins en moins envie d'y retourner. « **Le refaire c'est courir au suicide.** »

Il ne se souvient pas avoir eu de préparation psychologique avant le départ, mais est rentré ravi de Chypre. « C'était génial, comme des petites **vacances** vraiment agréables. On ne porte plus le treillis, on côtoie des civils, on mange bien, on est détendu. » Il regrette que ça n'ait pas été plus long (« C'est **trop court** ; une semaine ce serait mieux. »), et s'est tout de même senti en **décalage pendant deux-trois semaines** après son retour. « Le soir même j'étais invité à une fête. Il y avait beaucoup de monde, les gens posent trop de questions ; je ne me sentais pas du tout à ma place. » Des TOP, il n'a rien retenu. Il ne se souvient pas non plus des informations post-opex délivrées par l'OEH. Mais le débriefing lui a servi de **point final** à sa mission en Afghanistan. À son avis, c'est bien que ce sas lui ait été imposé, mais ce ne devrait pas être une mesure systématique en dehors des combattants rentrant d'Afghanistan.

- 5) L'Afghanistan était la première projection de S., femme officier d'une trentaine d'années. Au poste de Commissaire, elle gère le budget, l'administratif et l'état civil. Cela impliquait d'aller constater chaque décès, pour relever l'identité du défunt et les circonstances de sa mort. Les deux ou trois tirs indirects qu'elle a pu connaître ne l'ont que **peu stressée**, et les quelques sorties qu'elle a effectuées (en convoi, pour des campagnes de vaccinations ou reconnaissances de corps) se sont bien déroulées. **Après chaque constat de décès, un psychologue est venu d'office** la rencontrer. « Je me sentais donc en état pour le retour ». Rentrée fin 2009, elle est passée par le sas de Chypre de manière systématique. « Même si ça n'a pas été deux jours déplaisants, je n'en ai **pas vu l'utilité pour mon cas**. C'est sûrement bien pour les hommes qui sont au combat. »
- 6) Luc est médecin militaire depuis peu. L'Afghanistan était sa première opex. Il en est rentré début mai 2010, après six mois de mission en tant que généraliste dans une OMLT. Luc a participé aux six mois d'entraînement militaire préalable et portait l'uniforme du combattant. « J'étais soldat avant tout. » « Le jour où je me suis fait tirer dessus, je me suis dit 'Putain, qu'est-ce que je fous là ? Quel métier j'ai choisi !?' Oui, **j'ai craint pour ma vie**. » Parmi la cinquantaine de militaires qu'il accompagnait, il n'a pas détecté de détresse psychologique, mais comme il vivait avec

et au milieu d'eux, le soutien psychologique passait de manière naturelle et informelle. « Six mois c'est long, et on n'est **jamais parfaitement tranquille**, jamais relax. » « C'est clair que je me suis mis à fumer plus. » « Dans l'action, le stress passe bien, mais le plus dur c'est quand on ne peut pas riposter. »

Luc ne souhaite pas retourner en Afghanistan. Il en est rentré épuisé physiquement, et psychiquement. « Sur les quatre semaines de vacances que j'ai prises, j'en ai passé deux à dormir. » « Je pense **qu'il faut bien six mois pour s'en remettre** et reprendre un rythme de vie complètement normal. » « **On ne revient pas comme on est parti**. On ne peut pas dire 'Je tourne la page' ».

Il a trouvé le sas de Chypre trop court et trop dense, mais globalement positif, « et c'est vraiment l'avis général ». « En arrivant à Chypre, être dans un bus avec de grandes vitres, voir des gens, ... tout semble étrange. » Le lendemain matin, il s'est réveillé avec un sentiment de **déréalisation**. « J'ai eu un entretien individuel avec le psychologue CISPAT. Il m'a dit deux mots sur ce qu'il avait constaté pendant le débriefing collectif de la section que j'accompagnais. »

Trois mois après le retour, il revoit systématiquement les soldats pour évaluation psychologique. « Pour l'instant je n'ai détecté aucun cas pathologique. Mais je constate que les plus jeunes ont des retrouvailles délicates avec leurs proches mais sont contents de reprendre la vie de garnison, tandis que pour les plus anciens, c'est l'inverse : la reprise du travail dans un carcan hiérarchisé leur pèse, mais ils sont rodés aux retrouvailles familiales. »

3. Commentaires

Ce qui ressort de ce petit échantillon est la diversité des expériences, des vécus et des avis, tant sur l'opex que sur le sas et sur les mois qui ont suivi. Les positions vont de « On voudrait passer à autre chose, mais on nous en reparle tout le temps » à « On est tous encore un peu « perchés ». J'ai mis six mois à m'en remettre mentalement. »

On relève dans les propos des militaires interrogés « On vit la violence à l'état brut. » « On ne revient pas tout à fait comme on est parti. Il faut du temps pour retrouver le plaisir des petites choses de la vie.»

Les opérations menées actuellement dans la province de Kapisa sont les plus importantes que connaisse notre armée depuis 1978 (à l'exception de la Guerre du Golfe en 1991).

Comme le rappelait le Professeur VALLET en 2010 ⁽¹⁴⁰⁾, « Les armées sont en charge de mettre en œuvre une violence, lorsqu'elle est légitimement décidée dans une intention politique, qui s'accompagne de l'éventualité de la violence subie, toutes deux marquées par la question de la mort, ce qui n'est pas sans effet sur les hommes et le groupe qui doit la mettre en œuvre. »

L'opinion publique croit en général qu'une technologie avancée exonère ceux qui l'utilisent du prix du sang. (de MONTLEAU 2010 ⁽¹⁰⁰⁾)

Le lourd bilan humain d'Uzbin a démenti cette illusion d'invulnérabilité de nos soldats.

Pour rappel, l'embuscade d'Uzbin, le 18 août 2008, a fait dix morts français et a été un électrochoc. Une trentaine d'hommes progressaient à flanc de montagne pour atteindre un col, sous un soleil de plomb, lorsqu'ils ont été pris dans une embuscade en zone découverte. Le combat aura duré presque vingt-quatre heures et les échanges de feu ont fait dix morts et dix blessés graves du côté Français. Les renforts n'ont réussi à arriver qu'à la tombée de la nuit. Il s'agit du bilan le plus lourd dans un engagement au feu depuis la guerre d'Algérie. Le degré d'intrication des forces en présence a rendu l'appui aérien impossible (le « tir ami » est la hantise des forces coalisées).

Le psychiatre Franck de MONTLEAU a témoigné dans *Perspectives Psy* (2010 ⁽¹⁰⁰⁾) de son intervention immédiate auprès des personnels impliqués dans cette embuscade. Un grand nombre des rescapés, indemnes de blessures physiques, portent depuis en eux la marque psychique de la violence de la rencontre traumatique.

Le sentiment de **vulnérabilité** affleure en effet lors de plusieurs entretiens. Un événement déstabilisant peut entraîner un bouleversement des valeurs et des priorités du soldat. Un militaire a rapporté son sentiment d'avoir « touché une limite » qui lui a fait découvrir l'importance insoupçonnée qu'avaient alors son épouse et ses enfants à ses yeux.

GOYA (2010 ⁽⁵⁹⁾) explique que le combattant se constitue une forme de « **blindage psychologique** » organisé en plusieurs couches de confiance et d'honneur : confiance que le soldat a en ses propres capacités, en celle de ses chefs et camarades immédiats -liés par des obligations morales-, et honneur issu de l'esprit de corps et de la culture de son arme.

Cependant, une forte protection passive (gilet pare-balle, blindage) et active (puissance de feu), ne réduit guère le taux de dégâts psychiques qui reste aussi important que dans des conflits de haute intensité tels que la Seconde Guerre Mondiale.

Soumis à moins de charges héroïques aujourd'hui (guérilla sans notion de « victoire »), le combattant moderne, soutenu par des innovations technologiques, n'est cependant pas à l'abri du danger et de l'angoisse.

Lorsque la confrontation au réel de la mort est indirecte, un processus identificatoire peut s'opérer. C'est le cas lorsqu'un camarade est touché, mais également face à des familles endeuillées. L'officier B. (témoignage n°10) évoque ainsi l'émotion qui l'a envahi lors des prises d'armes auxquelles il a assisté face à des familles endeuillées et où il s'était projeté dans la situation où le cercueil aurait pu être le sien, et ces enfants pleurant leur père, les siens.

On retrouve bien, dans ces divers témoignages, les difficultés classiquement observées au décours immédiat d'une longue période de stress opérationnel (en particulier une vie de couple ou de famille à réajuster).

Les militaires n'étant pas passés par Chypre s'aident spontanément de gestes simples (enlever son treillis, prendre une douche, retourner au restaurant) pour revenir à la réalité de leur vie civile, mais ils se plaignent nettement plus de fatigue et de manque de reconnaissance de la part de l'institution que les militaires ayant effectué le sas de fin de mission.

Le programme des deux journées du sas, avec des horaires précis et activités obligatoires, mais aussi des activités optionnelles, joue un rôle de **transition** vers la plus grande liberté en famille.

Contrairement aux Néerlandais qui effectuent des sas de fin de mission sans aucun civil, la présence de touristes est rapportée comme une aide au retour vers la vie habituelle.

En reprenant l'expérience de la Guerre d'Indochine – qui était également un engagement contre une guérilla, pour mater l'insurrection, et où seuls les engagés étaient projetés-, l'existence de zones sanctuaires sur le territoire avait semblé bénéfique pour le moral des troupes.

Après un premier dispositif expérimental en Afghanistan non concluant, le choix d'une zone non opérationnelle, dégagée du risque vital qui a pesé jusque là, semble judicieux. Le témoignage du Caporal Chef T. (n°3) -qui expliquait que pendant la cérémonie d'adieu au défunt, ça « tapait à côté »- traduit d'ailleurs bien que la proximité des tirs ne permettait pas de s'extraire complètement de l'ambiance de combat.

Préférer faire ces deux jours de sas « en famille », (comme le souhaitait le sous-officier A., -témoignage n°6-) c'est précisément méconnaître ce qu'est un « sas ». Mais il convient de rappeler que ces militaires ont pour la plupart été projetés en Afghanistan il y a plus d'un an et demi ; or depuis, l'information sur le principe du sas de fin de mission a été plus large et systématique.

En situation de stress, si la maîtrise technique peut atténuer l'angoisse, ce sont surtout **le groupe** et l'action qui ressortent comme facteurs protecteurs –au moins temporairement- de décompensations psychologiques.

On retrouve, au travers des témoignages, que l'appartenance à une section d'élite, ou le fait de travailler dans des OMLT très soudées, procurait à leurs membres une sensation de sécurité technique, mais aussi affective.

L'officier D. –témoignage n°4-, qui ne semble pas présenter de difficulté de réadaptation, souligne en tout cas le rôle de la cohésion du groupe et son « interdépendance », probablement structurante.

C'est dans le groupe de combat que l'individu trouve l'essentiel de ses repères et de sa sécurité. Pour reprendre l'expression de PATTON, pendant les six à huit mois de préparation qu'ont les militaires avant de partir en Afghanistan, il s'agit de « coudre les hommes ensemble ». (Un Lieutenant Colonel employait d'ailleurs l'image d'un « couteau Suisse ® » pour évoquer la coordination inter armes des unités envoyées en Afghanistan.)

Le sentiment d'appartenance à un groupe très solidaire et surtout très entraîné peut effectivement expliquer la faible prévalence des ESPT.

« Ce sas, c'est bien qu'on le fasse ensemble » (Sergent Chef X., témoignage n°7) : Pour ces militaires, la difficulté à se séparer est alors souvent à la hauteur des efforts qui ont dû être consentis pour s'adapter.

L'interprétation du courant freudien est que le passage d'un état de forte tension psychologique à un état normal est difficile, surtout si on est seul.

S'il se vit en groupe, le sas de Chypre en marque aussi la fin.

Le dispositif gagnerait à être présenté et expliqué aux **familles**, afin de les intégrer au processus de retour (meilleure compréhension des enjeux pour le combattant) et de favoriser l'acceptation de ces deux jours de sas.

La famille constitue en effet un facteur d'étayage très important pour la stabilité psychique du combattant, que ce soit pendant ou après une mission. (Parfois, au retour, c'est l'épouse qui tire la sonnette d'alarme.)

Les capacités d'adaptation du soldat sont dépendantes de facteurs individuels, mais aussi de données environnementales et circonstancielles. (Il convient de préciser que les six mois d'opex sont précédés de six à huit mois de préparation de la mission, où le militaire est déjà quasiment absent de son foyer.)

Les armées mettent aujourd'hui en place des cellules d'aide aux familles pour les aider à faire face aux différents problèmes qu'elles peuvent rencontrer durant ou après la mission. Mais leur prise en charge est encore très disparate sur le territoire.

Les évolutions technologiques permettent aux soldats de **communiquer facilement avec leurs proches**.

Selon les militaires interrogés, au plaisir et au confort d'être en lien (Internet ou téléphonique) instantané avec la France, vient se greffer l'inconvénient de pouvoir aussi y apprendre en direct de mauvaises nouvelles (comme ce fut le cas de P. –témoignage n°3-). « La tiédeur de l'univers familial vient faire irruption dans le temps opérationnel -marqué quant à lui de son climat de violence et d'insécurité-, parfois aux dépens d'activités de détente en groupe ou de temps relationnels avec les camarades de combat. » (de MONTLEAU 2010⁽¹⁰⁰⁾)

Cela permet aussi aux soldats d'accéder de manière actualisée à l'information internationale depuis le théâtre d'opération. Ils désapprouvent cependant la couverture médiatique qui est faite du conflit où ils sont impliqués.

Dans son témoignage (n°5), Y. parle de « victoires » ; et l'officier B. (témoignage n°10) insiste dans son discours de fin de mission sur la fierté que ses hommes peuvent retirer de leur travail, afin de cultiver un état psychologique sain et positif au sein de la section.

On trouve ici la question de la **reconnaissance** de l'effort fourni et des risques encourus.

Certains soldats, -tel le sous-officier A. (témoignage n°6), qui n'est pas passé par Chypre-expriment une vive rancœur vis-à-vis de l'institution. On peut supposer que la séance de débriefing technique du sas de fin de mission aurait pu lui servir d'exutoire, avec des oreilles attentives à son ressenti, et peut-être lui permettre de régler les conflits. Ses lombalgies, consécutives au port de son lourd équipement, auraient bénéficié d'une prise en charge par les kinésithérapeutes.

D'une manière plus globale, le cadre luxueux de l'hôtel de Paphos et les activités de détente proposées lors du sas, sont pour beaucoup une forme de reconnaissance.

Si ce sas se justifie pour les unités qui ont été engagées au combat (OMLT et bataillon de Kapisa), ou plus généralement les unités qui ont vécu des missions difficiles, en contact avec la mort, il semble moins justifié pour d'autres.

L'officier S., qui occupait un poste administratif (témoignage n°5) et n'était pas au cœur des combats, n'a pas œuvré en Afghanistan dans un climat de « danger et peur permanente ». Plusieurs étaient d'avis que « Pour ceux de Kaboul, ce n'est pas justifié ».

Cependant, pour ceux qui rentrent éprouvés par leur mission de six mois et qui sont passés par le sas, « Ce sas, il faut nous l'imposer. On ne se rend pas compte qu'on en a besoin. » Le commandement des forces françaises a décidé de l'imposer à tous les militaires de retour d'Afghanistan, sans faire de différence.

On peut voir que les soldats n'étant pas passés par le sas expriment des a priori peu enthousiastes, voire négatifs. En effet, même si le principe de « sorties cohésion » pour la détente collective en retour de mission n'est pas nouveau, beaucoup de militaires étaient initialement dubitatifs devant le concept de sas auquel ils ne sont pas habitués. Mais on peut observer une **évolution des mentalités** entre la réticence qui précède le sas, et certains propos recueillis au retour (« Ce sas, il faut nous l'imposer, ne pas nous demander notre avis »).

Par ailleurs, si **l'impact global du sas est positif**, il est naturel que ses diverses activités rencontrent un accueil différent selon les tempéraments, les attentes et les histoires personnelles et militaires de chacun.

Ce qui transparaît notamment dans les résultats -bien que non statistiquement significatifs- du questionnaire de satisfaction sur le sas rendu par une cinquantaine de militaires qui venaient de l'effectuer (octobre 2009) est qu'alors que seuls 35-40% des militaires du rang ou sous-officiers se montraient favorables au sas avant d'y passer, ils étaient plus de 90% à l'être ensuite -100% des militaires du rang-, et 65% à souhaiter sa généralisation. 60% de cet échantillon y avaient trouvé un bénéfice global.

De ce même questionnaire de satisfaction, il ressort également que les militaires du rang étaient tous satisfaits de la qualité de l'accueil, des prestations de l'hôtel, de la nourriture, de l'organisation, des diverses activités proposées, du sport et des TOP. 100% trouvaient même le sas trop court, alors que la majorité des officiers et sous-officiers estimaient la durée adaptée. En ce qui concerne la séance de débriefing technique, un tiers des officiers s'en disaient très satisfaits, contre 7% des sous-officiers, tandis qu'aucun militaire du rang n'y a trouvé une totale satisfaction. À l'inverse, la séance « d'information post-opex » a rencontré un meilleur accueil chez les plus jeunes : 80 % des militaires du rang en étaient « plutôt satisfaits », contre 60% des sous-officiers et 11% des officiers. Cela peut être rattaché à l'expérience que les plus gradés ont acquise avec le temps, comme l'analysait un chef de régiment : « Ils ne se rendent pas compte de l'importance que ça a, parce qu'ils sont jeunes, mais si on avait pu bénéficier de ça dès le départ, nous, ça nous aurait vraiment aidés à mieux évacuer la tension, à mieux gérer le retour dans nos familles, à mieux reconnaître certains signes de burn-out et à pouvoir faire appel aux spécialistes. Ça aurait évité beaucoup de difficultés. Et la bonne chose est que tout ça leur est dit et expliqué par un militaire qui a l'expérience du terrain derrière lui ; il sait de quoi il parle ; il est crédible. »

Au-delà des questionnaires de satisfaction, ce sas devrait permettre un authentique travail épidémiologique pour en apprécier l'intérêt.

Les Américains mènent plus facilement ce type d'étude que les Français chez qui la population militaire, peu habituée à être ainsi étudiée de façon systématique et à grande échelle, se montre encore réticente. Il serait cependant utile de pouvoir disposer de données chiffrées plus précises concernant l'impact psychique réel des opérations menées par les armées françaises afin d'en améliorer la prise en charge.

On a pu constater que plus les militaires interviewés étaient âgés, gradés et expérimentés, moins ils étaient **réticents** à se confier sur d'éventuelles difficultés. Un chef de bataillon racontait par exemple, lors de l'entretien, ses cauchemars itératifs au retour (Il se retrouvait dans le fort avec son épouse, avec des moyens de défense démesurés. Sa femme se faisait découper en rondelles ...), tandis que les jeunes recrues éprouvaient une certaine gêne à évoquer leurs difficultés de réadaptation.

À la lumière des entretiens menés et des témoignages recueillis, on peut affirmer que le sas de fin de mission de Chypre est pertinent pour aider les soldats français de retour d'Afghanistan à mettre un point final à leur mission dans un conflit sans fin ...

Il n'empêche pas les difficultés de réadaptation, mais permet d'y préparer les militaires, de leur apprendre à mieux les gérer (techniques relaxation –TOP-), et de savoir à qui s'adresser en cas d'apparition de signes inquiétants.

Il offre un temps de repos qui marque la reconnaissance de la pénibilité de leur travail, et aurait probablement permis d'éviter un témoignage comme celui du sous-officier A. (n°6).

Comme on le retrouve dans le témoignage de R. (n°2), « Ce serait bien de revoir un psy six et douze mois après ».

En effet, certains arguent que « les difficultés de réadaptation ne se découvrent pas en 48h, même à Paphos » et que « le besoin de s'entretenir avec des spécialistes peut se détecter et se réaliser lors du circuit arrivée en unité ».

Le Professeur BOISSEAUX (2010⁽¹³⁾) explique que le souhait d'en finir avec ce qui a été vécu diminue la disponibilité psychique des militaires, faisant peut-être des deux journées de sas un moment peu propice à un enseignement sur le PTSD.

Certes, c'est généralement une fois le danger passé et le groupe disloqué que certains décompensent, et la durée du sas est très courte. Mais évoquer les difficultés habituelles du retour de mission, écouter, et informer sur les recours (médicaux, psychologiques, sociaux, professionnels, religieux, ...) que peuvent solliciter le militaire et sa famille, est légitime et concourt à **prévenir les difficultés**. Les militaires seront plus à même de détecter ces signes chez eux-mêmes ou chez leurs camarades (sur le modèle du Buddy Aid américain), et à s'engager dans d'éventuels soins. Au-delà du soutien immédiat, les camarades de combat, sensibilisés, ont donc un rôle important de soutien à moyen voire à long terme.

Idéalement, le programme de formation initiale du militaire devrait comporter une information sur les risques du métier militaire, les conséquences psychiques de l'exposition au stress ou à une rencontre traumatique, les signes qu'il faut savoir repérer chez soi-même ou chez les camarades de combat, les conduites à adopter et les interlocuteurs qu'il faut savoir solliciter. Cette information devrait être adaptée aux personnes auxquelles elle s'adresse, et renouvelée régulièrement.

La prise en charge globale commence **avant** projection par la mise en condition (formation des référents section, et information sur le stress opérationnel), puis continue **pendant** l'opex (grâce au réseau de soutien psychologique constitué par le psychologue de théâtre et la CISPAT, le médecin régimentaire en lien avec le psychiatre déployé, les référents section, l'OEH et les aumôniers), **après** la sortie de théâtre avec le sas de fin de mission, et se prolonge théoriquement par un suivi post-opex (entretien à trois mois et régulièrement).

Alors que l'information sur le stress opérationnel délivrée avant projection constitue ce que l'on appelle la *préventi`n primaire*, et la prise en charge médicale des cas psychiatriques au retour, la *préventi`n tertiaire*, le sas de fin de mission de Chypre trouve une place centrale comme temps de *préventi`n sec`ndaire*.

C. Évolution de la société et du Service de Santé des Armées

1. Une armée professionnalisée

Depuis 1997, l'Armée Française ne comporte plus d'« appelés », effectuant un Service National obligatoire, mais se compose de militaires de carrière ou engagés sous contrat.

Alors que la conscription existait en France depuis la Révolution Française, le Président de la République Jacques CHIRAC a décidé le 28 mai 1996 de professionnaliser les armées et de suspendre le service national. La loi 97-1019 du 28 octobre 1997 promulguée le 8 novembre 1997 porte cette décision.

Un communiqué du 27 juin 2001 du Président de la République et de son Premier Ministre annonce la fin immédiate des incorporations, la suspension du service militaire, la professionnalisation des armées, la réduction des effectifs, la restructuration des industries de défense et la création d'une force de projection européenne au sein de l'OTAN. La suspension de l'appel sous les drapeaux devient effective le premier janvier 2003.

Les armées sont donc désormais constituées de volontaires, ce qui marque un certain changement, comme le notent les docteurs THOMAS et TOURINEL dans leur article de 2009 (136).

À l'époque du Service National, l'expertise psychiatrique consistait notamment à dépister, au sein d'une population large et hétérogène, les troubles psychopathologiques (tels que dépendance affective, intolérance à la frustration, impulsivité, immaturité psycho-affective) susceptibles de décompenser en situation. Ces traits précurseurs d'inadaptation au milieu militaire motivaient une décision de réforme qui venait généralement soulager l'appelé et l'institution, mais occultait bien souvent d'éventuelles difficultés antérieures.

Depuis 1998, la fréquence des mises en situation opérationnelle et les conditions d'emploi plus techniques mettent à l'épreuve les capacités adaptatives des militaires.

Il convient alors de comprendre et prendre en charge ces « troubles de l'adaptation » de manière spécifique.

Si les médecins militaires ne sont pas inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre, c'est que leur pratique médicale ne répond pas au Code de Déontologie auquel sont tenus les médecins civils par le Serment d'HIPPOCRATE. En effet, les médecins du SSA sont avant tout soumis aux règlements militaires et ordres hiérarchiques.

Dans la prise en charge des troubles de l'adaptation, il appartient au médecin d'unité et au psychiatre militaire de se dégager dans un premier temps des enjeux de l'institution.

L'établissement d'une relation thérapeutique et la mise à distance temporaire du milieu permettent un repérage psychopathologique et un travail d'élaboration.

Le militaire bénéficie statutairement d'un arrêt maladie pouvant aller jusqu'à 180 jours sur une année, à l'issue desquels, si la reprise de ses fonctions n'est pas envisageable, est prise une décision de réforme, ou mise en place une période de six mois renouvelables de Congés Longue Durée pour maladie pendant laquelle les soins se poursuivent. Ce temps donné permet de prendre la décision d'aptitude, avec parfois un dialogue qui s'est renoué avec l'institution.

L'articulation des actions de chacun (commandement, OEH, médecin d'unité, psychiatre hospitalier), dans une relation de complémentarité, permet une compréhension complète du cas par la connaissance de la culture propre à chaque unité et de ses personnels.

Il faut en effet rappeler l'importance de l'esprit (et de la vie) de groupe pour le militaire qui appartient à un corps très organisé et hiérarchisé où l'Idéal collectif prévaut sur l'intérêt individuel.

Comme l'écrivait déjà LE BON en 1916 ⁽⁸⁸⁾, « Une foule organisée et bien dirigée peut atteindre au contraire un niveau supérieur à celui des individus dont elle est formée. Ce phénomène s'observe dans toutes les armées disciplinées. Elles manifestent des qualités de courage, de patience, de dévouement, que ne possèdent jamais au même degré chacun des hommes qui la constituent. »

2. Évolution des mentalités

Parallèlement à l'évolution des types de conflits, l'étendue de leur **médiatisation** est révélatrice d'une évolution sociétale.

En effet, à travers la médiatisation des conflits, la société est en mesure de peser et d'influer sur les décisions politiques, pouvant à terme infléchir les stratégies développées. « Un pays qui décide de l'emploi de la force ne peut garantir sa liberté d'action stratégique sans s'assurer du soutien de l'opinion publique. » (ROYAL 2010⁽¹¹⁷⁾) C'est sur l'héritage du Maréchal LYAUTEY (1854-1934), reconnu comme fondateur d'une stratégie militaire respectueuse de l'humain, que l'armée française a édifié son éthique en prenant en compte la réalité des conflits modernes et la psychologie des soldats. « Depuis sa professionnalisation et la multiplication des interventions dans des conflits dits « asymétriques », les armées ont remis l'éthique de comportement au cœur des réflexions. » « Quand un militaire est déployé en mission sur un théâtre de guerre ou au sein d'une crise grave, il pénètre dans un monde qui n'a plus rien à voir avec les réalités de la vie quotidienne. (...) Il a besoin de repères, de sens. »

Lors d'une allocution à la journée de l'ALFEST du 31 mai 2012, le Professeur RONDIER de l'HIA Percy abordait précisément cette évolution sociétale que représente le changement des **rapports entre individus et figures d'autorité**, et qui impacte le monde militaire. Cette « occidentalisation » / « modernisation » entraîne une **judiciarisation** de la guerre associée à une **victimisation** des soldats, illustrées dans l'article *Traumatisme psychique et reconnaissance. A propos d'un cas*. de THOMAS et LASSAGNE (2009⁽¹³⁵⁾).

L'institution militaire n'est pourtant pas une entreprise comme une autre. Le soldat, qui se nourrit de la légitimité de son action et du soutien clair et univoque de la nation, jouit d'un statut d'exception.

Alors que la reconnaissance de la nation donne son sens à la mort d'un soldat, celui-ci est fragilisé par la crise que connaît la nation dans son rapport à son armée. Il est vulnérable aux (et vulnérabilisé par les) changements de la mentalité civile.

L'homme moderne occulte la mort et nie le fortuit, tout en étant fasciné (ambivalent) devant l'horreur. Ainsi, lorsqu'un soldat, qui est légitimé pour porter et agir la violence, est confronté à de grosses difficultés (type trauma) au cours d'une mission d'ordre « humanitaire », il aspire (dans une tendance projective et par détachement à une institution militaire qui le déçoit dans son manque de reconnaissance) à un surcroît de reconnaissance

par l'institution civile (procédurisation, judiciarisation, indemnisation) mais ceci constitue la perte de ce statut d'exception.

Les médias se font le miroir d'un profond remaniement des représentations collectives : le concept du « zéro mort » dans les opérations de guerre.

Aussi la couverture médiatique qui est faite des opérations en Afghanistan peut-elle avoir un impact sur le soldat et son comportement en situation opérationnelle. Depuis le théâtre d'opération, le soldat est au courant des polémiques qui peuvent éclater concernant sa mission (cas de l'Irak).

L'embuscade d'Uzbin, notamment, a été relayée par le milieu politique et les médias en termes d'erreur de commandement, de responsabilité, « d'exposition inutile et de dommages injustifiés ». Or si l'engagement du militaire manque de cohérence à ses yeux, s'il perd son idéal, la tentation est alors grande de se limiter à son petit secteur de responsabilité, de se démotiver, et c'est alors que se majore le danger.

La mondialisation de l'information peut aussi avoir des retombées positives. Tandis qu'en France les documents à large diffusion sont rares, on trouve facilement sur internet des sites nord-américains exposant les troubles psychiques du combattants et **vulgarisant** des programmes de soutien. On peut citer comme exemple le site de prévention du suicide au sein de l'armée (www.armygl.army.mil/hR/suicide) ou celui sur le BMT avec des vidéos illustratives du Walter Reed Army Institute of Research (www.battlemindtraining.org), ou encore le site canadien du National Center for PTSD (www.ncptsd.va.gov).

La mentalité américaine, plus encline que celle des Français à évoquer les problèmes mentaux et la recherche de solutions, a influé sur les hommes politiques et le commandement dans la prise de conscience de l'importance du facteur humain.

Ainsi, mardi 16 juin 2010, l'Institut Français des Relations Internationales (Ifri) a-t-il organisé une conférence intitulée « Blessures invisibles et conflits modernes » au cours de laquelle sont intervenus des généraux français et américains.

L'OTAN a rédigé dans ce sens un manuel de soutien psychologique à l'usage des commandants d'unité (« Psychological Guide for Leaders across the deployment cycle ») (2007⁽¹⁰²⁾).

Dans le souci de préserver la santé psychique des combattants, l'Armée Française a adopté une politique conforme au Livre Blanc de la Défense Nationale qui réaffirme la « primauté du facteur humain », en se donnant comme objectif de sensibiliser les combattants

à la dimension psychologique liée à leur métier. Au-delà de l'institution militaire, la nation tout entière a des devoirs vis-à-vis de militaires susceptibles d'engager ainsi leur vie (30 000 jeunes rejoignent chaque année les armées).

Pour s'assurer que les conséquences psychologiques des risques du métier militaire seront prises en compte dans la durée, l'Armée de Terre a créé la **fiche de suivi post-opérationnel**. Cet outil permet de mieux connaître le vécu des hommes. Une partie « détails de l'opération » est remplie par le chef de section et le commandant d'unité. Elle recense les événements graves auxquels le militaire a fait face (IED, embuscades, transport de blessés, ramassage de morts, etc.). Une autre partie -« suivi après mission »- indique toutes les étapes du processus post-opérationnel (accompagnement au retour, normalisation, entretien post-déploiement).

Avec l'intensification des actions de combat et la répétition des missions opérationnelles, (qui accumulent des situations potentiellement traumatiques), les chefs successifs du militaire auront ainsi les moyens de prendre en compte une part délicate de son vécu. Ce document factuel ne contient ni information médicale ni commentaire du commandement, mais une copie est adressée au médecin d'unité.

Depuis 2002, le SSA dispose d'un système de veille et de surveillance des états de stress post-traumatiques.

Par ailleurs, pour accompagner le commandement et faciliter la prise en compte des troubles psychiques, le Chef d'Etat Major de l'Armée de Terre a signé le 14 avril 2009 une directive de soutien psychologique en zone de combat.

Un dispositif de formation est mis en place par le SSA pour ses personnels comme pour les personnels des forces, notamment les officiers qui ont en charge le soutien moral et psychologique des troupes en opérations. Il en est de même pour les psychologues des cellules d'intervention des armées et au sein des écoles de formation des officiers.

Ainsi, Terre Magazine n°212 de mars 2010 (BOLLIER ⁽¹⁴⁾) se fait-il l'écho de cette mise en place par un dossier spécial sur les « blessures invisibles ».

Alors que les enjeux politiques et les préjugés sociaux ont longtemps empêché les praticiens de reconnaître que la guerre « rendait fou », le décret « Règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre » du 10 janvier 1992 ⁽¹⁴⁸⁾ met

sur un même plan la psychiatrie (notamment ESPT) et le somatique, donnant droit à indemnisation.

Bien que la stigmatisation soit encore crainte dans les rangs de l'Armée Française en ce qui concerne les troubles psychiques -comme le rappelle l'article de LEBIGOT et VALLET en 1991⁽⁸⁰⁾ ou celui de GORIN en 2010⁽⁵⁸⁾ sur la réticence du soldat à consulter et à évoquer ce type de difficultés-, l'évolution favorable de la mentalité de la population générale vis à vis de l'accès au soin et de la prévention n'est pas sans effet sur le militaire.

Le médecin régimentaire projeté avec les forces sur le théâtre afghan est invité à se confier, à se libérer du poids de ce qu'il a pu vivre, lors d'un entretien individuel pendant le sas de Chypre.

En effet, les constatations cliniques à valeur médico-légales, et les toilettes mortuaires de camarades notamment, sont rudes. De plus, comme l'expérience de Luc (témoignage n°6) l'a montré, les équipes médicales partagent les conditions de vie des combattants, et peuvent être prises sous le feu.

De même, les professionnels de l'urgence médicale sont eux-mêmes souvent confrontés à des situations traumatisantes (JEHEL et al. 1998⁽⁷¹⁾).

Dans leur article de 2003⁽¹⁰⁴⁾, les Docteurs NAVARRE et TILLAUX soulignent la coopération des SAMU avec les CUMP pour la prise en charge des traumatismes psychiques des personnels de SAMU.

Les professionnels de l'armée et du sauvetage se doivent d'afficher une façade d'invulnérabilité, et toutes les réticences et tous les préjugés ne sont pas encore levés.

Ainsi, le Professeur BOISSEAUX (2010⁽¹³⁾) compte la position toujours très défensive des militaires vis-à-vis du registre de la pathologie mentale comme l'une des données qui semblent résister aux investissements financiers et humains souvent considérables consentis par certains états.

Pour E.C. RITCHIE (GORIN 2010⁽⁵⁸⁾), il existe encore une **stigmatisation** des troubles psychiques qui serait à la fois l'obstacle le plus important et le plus difficile à surmonter lorsqu'il s'agit d'aider les soldats après leur retour d'opex. « Le militaire valorise sa force, sa résistance. Il n'est pas culturellement porté à accepter qu'il puisse avoir des difficultés psychologiques, mais les choses changent et il accepte aujourd'hui plus facilement d'être aidé. »

En 2004, HOGUE et CASTRO ont publié une étude ⁽⁶²⁾ mesurant la prévalence des troubles psychiques dans une cohorte de 2530 militaires avant leur déploiement et 3671 quatre mois après, qui montre les difficultés des déployés pour accéder aux soins, et une **réticence à faire appel à un « psy »**. Ces troubles sont relativement bien reconnus et pris en charge sur le terrain même, mais les vétérans ont plus de mal à faire appel à un professionnel à leur retour pour diverses raisons (difficultés d'accès à un spécialiste, honte, déni de la souffrance morale, ...) Malgré des dispositifs d'accueil et de soin nettement améliorés, seule la moitié des vétérans a eu accès à ces prises en charge.

Un travail canadien de 2007 (SAREEN et al. ⁽¹¹⁸⁾) aboutit aux mêmes conclusions.

Dans son article (2010 ⁽²⁷⁾), le Professeur CLERVOY rapporte que plus de la moitié des militaires présentant des troubles psychologiques n'accèderaient pas à des soins appropriés. Cela peut être dû à l'éloignement des structures militaires, mais aussi à ce que les anglo-saxons appellent le « stigma » (vécu erroné de discrimination, très présent dans le milieu militaire).

Ceux qui souffrent, parfois avec un vécu d'inéluctabilité, n'évoquent généralement pas spontanément leur trouble par honte ou crainte de remise en cause de leur aptitude. (Cette **crainte de l'inaptitude** se retrouve dans le contexte de troubles somatiques, comme c'est le cas du sous-officier A. -témoignage n°6-). Ils ont tendance à se replier sur eux-mêmes, d'où l'importance d'un repérage actif du médecin d'unité. C'est ce qui est fait avec l'entretien à trois mois, mais un suivi prolongé est important. Or, d'après les entretiens menés, l'évocation de la sphère psychologique n'est pas systématique lors des VSA. Certains médecins s'appuient sur un auto-questionnaire à remplir par le militaire avant chaque VSA, qui n'est – comme le montre le Caporal Chef T. (témoignage n°3)- pas non plus forcément un gage d'authenticité.

La lutte contre cette stigmatisation est possible grâce à l'engagement direct du commandement qui reconnaît l'importance du facteur humain et prend au sérieux les détresses psychologiques longuement tues.

3. Un partenariat renforcé

Avec la restriction budgétaire et la fermeture annoncée de plusieurs HIA, les militaires nécessitant un suivi psychiatrique et dépendant de régiments trop isolés sur le territoire auront de plus en plus recours aux soins de structures psychiatriques civiles. Les particularités de leur prise en charge, évoquées dans ce travail, devront alors être connues des thérapeutes civils. Ainsi un militaire rapatrié d'un théâtre d'opération suite à un trauma pourra-t-il se retrouver soigné dans un circuit civil à l'issue de son hospitalisation.

On note que certaines casernes -de gendarmerie notamment- fonctionnent déjà en partenariat avec des CMP (Centres Médico-Psychologiques) locaux lorsque la prise en charge des troubles psychiatriques relève d'un spécialiste.

En effet, les services de psychiatrie militaire ne possèdent pas de structures extra-hospitalières. Ils assurent « en intra » une grande majorité des suivis post hospitalisation, mais utilisent le réseau civil des CMP lorsqu'il est nécessaire.

Par ailleurs, les services de psychiatrie militaire sont tous « ouverts » : la « Loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » du Code de Santé Publique du 5 juillet 2011 ⁽¹⁴⁹⁾ sur les soins psychiatriques sans consentement (de VITTON 2012 ⁽¹⁴³⁾) ne s'appliquent pas au SSA. Aussi les militaires qui devraient avoir recours à des soins contraints sont-ils généralement adressés aux structures hospitalières psychiatriques civiles les plus proches (par exemple, le service du Professeur BOISSEAUX au Val-de-Grâce les oriente vers l'Hôpital Sainte Anne).

De plus, les services psychiatriques des hôpitaux de l'APHP (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris) voisins du Val-de-Grâce cherchent à établir des partenariats avec le Val-de-Grâce pour améliorer la prise en charge des patients victimes de traumatismes psychiques.

Actuellement, des psychiatres civils viennent grossir, sous contrat, les rangs des psychiatres du SSA au sein des HIA.

Les étudiants (externes) en médecine civile peuvent effectuer des stages dans des services psychiatriques d'HIA. Et des internes de psychiatrie civile peuvent parfois, comme ce fut mon cas, effectuer un stage de psychiatrie militaire à titre dérogatoire.

De même les internes de psychiatrie des armées complètent-ils la maquette d'internat en effectuant leurs semestres de pédopsychiatrie dans des services civils.

Enfin, bien qu'il y ait quelques divergences dans les cursus de médecine militaire et civile (recrutement, écoles, formation et titres différents), les internes de psychiatrie militaires et civils se côtoient lors des séminaires ou cours de Diplômes Universitaires qui sont communs, ce qui leur permet de s'imprégner des expériences et cultures respectives.

De plus, dans le cadre de la Sécurité Civile, l'armée intervient aussi en cas de catastrophe. SSA, SAMU et CUMP oeuvrent très souvent de concert, par exemple lors des récents exercices à bord d'un navire sur la Manche en cas d'assistance médicale d'urgence dans le cadre d'une catastrophe liée aux Jeux Olympiques 2012 de Londres.

V. Discussion

Les nombreuses publications sur l'essor de la psychotraumatologie, couplées à mon expérience au sein de la CUMP 76 (Seine-Maritime) et à mon activité en tant qu'interne dans le service de psychiatrie militaire au Val-de-Grâce ont nourri mon intérêt et guidé cette réflexion sur la problématique abordée.

Du côté militaire, l'engagement militaire français en Afghanistan a créé un nouveau champ d'intervention obligeant le commandement à repenser son action dans le but de préserver le « facteur humain », et les psychiatres militaires à repenser leurs pratiques.

Actuellement l'enjeu est moins le risque lié à un engagement violent direct que le positionnement psychique du soldat par rapport à une menace permanente.

Comme le soulignait le Professeur BOISSEAUX, le retour est un moment sensible, charnière.

Le sas de fin de mission de Chypre permet aux soldats de se distancier psychologiquement de l'expérience qu'ils viennent de vivre, et de diminuer leur stress. Ce temps militaire de bilan collectif a pour objectif de donner du sens à la mission accomplie pour permettre de reprendre la vie quotidienne plus aisément.

L'effet de ce sas est donc positif, mais aucun dispositif ne permet de gommer purement et simplement les effets de la guerre sur le psychisme des hommes qui l'ont vécue. Le sas est bénéfique aux militaires de retour d'opex par son action sur le stress opérationnel, mais en cas de *trauma*, ce temps, non médical, ne permet pas de prévenir le syndrome de stress post-traumatique. Cependant, par son rôle d'information, de déstigmatisation, de détection précoce et d'orientation, le sas de Chypre est un dispositif clé qui favorise l'accès ultérieur aux soins pour les militaires qui en auraient besoin.

Ainsi, l'efficience du soutien au combattant psychologiquement éprouvé dépendra-t-elle de la bonne articulation de l'ensemble des instances (le commandement, les psychologues de la CISPAT, les unités concernées et leurs services sociaux, les intervenants du SSA sur place et sur le territoire national, les hôpitaux où continuent à être suivis les rapatriés sanitaires).

Le commandement porte un regard attentif sur le fait psychique et le « facteur humain » qui peuvent non seulement **affecter la capacité opérationnelle** des militaires engagés (stress

opérationnel) mais aussi être à l'origine de **pertes importantes** (les « blessés psychiques ») comme l'ont illustré les conflits postérieurs à la Seconde Guerre Mondiale.

Il faut donc ici saluer cette évolution majeure au sein d'une armée française qui est capable de remettre en cause et d'adapter son exercice, son intervention et ses programmes de soutien dans le sens d'une meilleure assimilation de la composante psychologique.

Si le stress opérationnel relève d'une prise en charge par des psychologues, la coopération entre psychologues et psychiatres est nécessaire en cas de trauma.

Leur complémentarité est évidente et nécessaire. Comme l'explique le service du Colonel THIEBAULT (2009 ⁽¹³⁴⁾), « les compétences médicales (diagnostiques et thérapeutiques) des psychiatres associées à l'expérience de terrain des psychologues CISPAT, acquise au fur et à mesure des interventions en urgence, permettent de rendre un bilan précis au commandement et à l'équipe médicale sur place. »

Le médecin régimentaire reste un interlocuteur majeur, un maillon incontournable dans la prise en charge psychologique des militaires. Il les connaît, est proche d'eux, et partage leurs conditions de vie. Le vécu commun lors des missions favorise la relation de confiance et atténue le sentiment d'incommunicabilité du soldat.

Les services médicaux d'unité, en articulation avec les spécialistes psychiatres ou psychologues cliniciens des hôpitaux des armées, sont à même de répondre aux besoins médicaux psychologiques des militaires au retour d'opération. C'est là que se porte donc précisément notre activité de psychiatre.

Le développement souvent différé (latence de trois à six mois) des troubles (conduites addictives et suicidaires, troubles du comportement, rupture des trajectoires affectives, sociales et professionnelles) pose en effet le problème de leur détection lors de leur émergence, et de l'accès aux soins.

Dans le cas des **rapatriements sanitaires** (qui ont concerné plus de 380 militaires français d'Afghanistan entre 2001 et 2010), c'est de manière brutale, inattendue et prématurée qu'un soldat quitte son groupe d'appartenance.

Selon ses modalités, la décision de rapatriement peut procurer un certain apaisement, mais le départ est souvent empreint de culpabilité et difficilement accepté par le soldat qui le vit comme une rupture, de son fait, du pacte de solidarité qui le lie à ses camarades, et aussi comme l'échec de ce pour quoi il s'était durement entraîné.

Un rapatriement sanitaire peut couvrir un double traumatisme : physique et psychique. Et c'est fréquemment lorsque l'on parvient au terme des soins physiques que resurgit la question du traumatisme psychique. Aussi lorsqu'un soldat blessé sur le terrain est rapatrié dans un hôpital militaire en France y rencontre-t-il systématiquement un psychiatre.

On peut aussi dire que le rapatriement sanitaire correspond à une « **triple peine** » : **privation de la suite de la mission, privation du groupe, et privation du sas de Chypre !**

L'impact d'un rapatriement sanitaire n'est donc pas neutre, et les rapatriés sanitaires (population à risque, mais privée du sas) doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Pour limiter les rapatriements sanitaires pour cause psychiatrique (qui entraînent une rupture brutale d'avec le groupe d'appartenance) et ainsi réduire le vécu de culpabilité par rapport aux camarades qui poursuivent leur mission, les Etats-Unis ont élaboré le système « Unit Watch ». Les sujets concernés sont maintenus sous haute surveillance au sein de leur unité. Ils restent en tenue réglementaire et conservent une activité, mais sont exclus de toute manipulation d'arme. Un plan de suivi individuel est élaboré et comporte une injonction à parler à un aumônier ou à un psychothérapeute. Les résultats seraient une reprise normale du service en quinze jours dans plus de 90 % des cas.

On peut s'interroger sur le fondement de cette pratique qui maintient un sujet en souffrance dans un environnement auquel il n'est souvent plus adapté, sous surveillance, avec l'injonction à parler (mettant le membre du clergé et le psychothérapeute sur un même plan), pour une reprise au plus vite de son service. La mentalité des thérapeutes français semble en être encore loin.

Des groupes de réflexion de l'OTAN, réunissant des représentants de la psychiatrie de chacun des pays membre de l'OTAN, ont lieu annuellement afin d'accorder/unifier les grandes pratiques psychiatriques au sein de l'OTAN (définition des troubles et des stratégies thérapeutiques dans les grandes situations telles qu'hôpitaux généraux, armées, populations isolées, situations de catastrophe, etc). Le Professeur BOISSEAUX y est le délégué français. Son homologue américain vient accompagné d'un aumônier (légitimement partie prenante du processus de réflexion selon la mentalité américaine). La rencontre la plus récente s'est tenue mi-mai 2012 à Cracovie, et montre à quel point les consensus sont difficiles à établir dans ce domaine médical bien particulier qu'est la psychiatrie, selon les cultures et mentalités propres à chaque pays.

Le soutien psychologique des forces reste encore le fait de pratiques isolées au sein de chaque nation de l'OTAN, mais la multiplication des engagements multinationaux depuis une quinzaine d'années accroît l'intérêt de rencontres régulières dans un effort d'harmonisation,

afin de partager les expériences, confronter les pratiques et poursuivre la réflexion sur les conduites à adopter.

On voit bien comment la prise en charge des blessés psychiques de guerre s'est vulgarisée et a abouti à la création des CUMP pour les victimes de catastrophes civiles, sous l'influence américaine. Elle est désormais devenue le thème de rassemblements internationaux tels que celui des 10 et 11 décembre 2009 au Ministère de la Santé et des Sports intitulé « *S`utien médic`-psych`l`gique dans les crises majeures. Expériences françaises et internati`nales* » avec la participation de la section psychiatrie de catastrophe de la World Psychiatric Association, ou encore les « Journées scientifiques internationales des CUMP et de Psychotraumatologie » annuelles de l'AFORCUMP-SFP. Ces rencontres permettent de continuer à améliorer la compréhension et la prise en charge de cette pathologie singulière qu'est le psychotraumatisme.

Les spécialistes de la psychotraumatologie civile ont en effet mis en place, par la circulaire du 28 mai 1997 « relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe », un système d'intervention novateur au sein de la psychiatrie civile. « L'intervention rapide de médecins psychiatres, de psychologues et d'infirmiers préalablement formés et intégrés aux unités d'aide médicale urgente doit permettre une prise en charge immédiate et post-immédiate satisfaisante (des blessés psychiques en cas de catastrophe). »

Avec une procédure de déclenchement réglementée, un travail multidisciplinaire et en réseau des CUMP, et l'utilisation de la technique du débriefing, l'organisation et l'action de ce dispositif sont comparables à ce que nous avons présenté dans l'armée.

Sur décision du préfet, le médecin responsable du SAMU départemental, en liaison avec le psychiatre référent départemental des CUMP (ou le psychiatre coordonnateur de la cellule interrégionale), est chargé de mobiliser une équipe d'intervention qui vient s'équiper au SAMU ou se rend directement sur le lieu de l'intervention. Il s'agit de soignants volontaires, issus pour la plupart des secteurs et hôpitaux psychiatriques, qui ont reçu une formation spécifique, et se détachent, le cas échéant, de leur activité professionnelle courante, le temps de l'intervention.

L'antenne de secours médico-psychologique, composée d'un psychiatre, d'un psychologue et d'un infirmier, est intégrée aux SMUR et a pour mission première de mettre en place un PUMP (Poste d'Urgence Médico-Psychologique) à proximité du PMA (Poste

Médical Avancé) afin d'y opérer un « triage » (méthode qui s'inspire de la psychiatrie de l'avant connue des armées). Des soins de soutien psychologique sont dispensés aux victimes et impliqués, avant qu'un relais ne soit assuré par les équipes de secteur ou praticiens libéraux. Pour les cas les plus lourds, une évacuation vers des établissements de santé est décidée et organisée.

Cette circulaire de 1997, signée du Secrétaire d'Etat chargé de l'action humanitaire d'urgence (Xavier EMMANUELLI) et du Secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale (Hervé GAYMARD), stipule que les CUMP peuvent être amenées à envoyer des équipes hors de l'Hexagone, comme ce fut par exemple le cas lors du dernier séisme d'Haïti.

Cette circulaire, datant d'il y a quinze ans, précise également que la prise en charge doit s'étendre au soutien psychologique des sauveteurs et comprendre un bilan psychologique de chaque mission.

La mentalité des secouristes (pompiers, urgentistes, infirmiers, réanimateurs, ...) qui interviennent sur catastrophes civiles (accidents de la voie publique, incendies, attentats, fusillades, inondations, séismes, explosions) et qui se doivent d'afficher une façade d'invulnérabilité, est en train d'évoluer.

Une des missions du réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique est la formation et la sensibilisation à l'ESPT et à ce dispositif d'intervention. Lors de catastrophes collectives, les agents de la Sécurité Civile et les membres de la Croix Rouge, tout en aidant les victimes sur le plan pratique, sont également des partenaires des CUMP. Lorsqu'ils sont susceptibles de participer à ce dispositif, les hôpitaux des armées sont inclus dans le travail en réseau.

Si les types de catastrophes et les intervenants diffèrent entre le milieu civil et le milieu militaire, il s'agit bien d'une même pathologie, qui relève d'approches thérapeutiques similaires. Aussi psychiatres civils et militaires s'enrichissent-ils mutuellement de leurs expériences et tendent-ils à unifier leurs pratiques.

VI. Conclusion

La spécificité du syndrome psychotraumatique, individuel ou collectif, a été longtemps méconnue des cliniciens, qu'ils soient militaires ou civils.

La prise en charge de cette pathologie lourde en coûts humains et socio-économiques a connu de réels progrès ces dernières décennies, tant sur le plan curatif que préventif.

Alors que le réseau des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques est né de l'expérience de la « psychiatrie de l'avant », l'affluence accrue des victimes de traumatisme psychique dans les Services d'Accueil et d'Urgence montre combien la culture de la prise en charge médico-psychologique d'urgence est en train d'évoluer. La connaissance du psychotraumatisme par les personnels du SAMU intervenant sur les scènes de catastrophes naturelles, industrielles ou humaines, est cruciale.

Si le sas de Chypre est un exemple de dispositif récemment mis en place par l'Armée Française dans le cadre d'une meilleure prise en compte du facteur humain, les psychiatres du Service de Santé des Armées (SSA) continuent, « à l'avant » comme dans les « hôpitaux de l'arrière », de soigner les militaires traumatisés par la rencontre avec le réel de la mort. Soulignons que des psychiatres civils peuvent désormais intégrer le SSA.

Avec le retour prévu des troupes françaises d'Afghanistan, la réduction du nombre d'Hôpitaux d'Instruction des Armées et la multiplication des catastrophes civiles, il s'agit pour les psychiatres militaires et civils de retenir les leçons de l'Histoire tout en poursuivant la collaboration engagée afin de s'adapter à l'évolution des conflits armés et d'améliorer la prise en charge des traumatisés civils, victimes de guerre ou de catastrophes.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) ABRAHAM K. 1918. « Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre ». p172-180 in *Oeuvres Complètes*.
- (2) ABRAMOWITZ EG et P LICHTENBERG. 2010. « A new hypnotic technique for treating combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective open study. » *Int J Clin Exp Hypn.* 3(58):316-328.
- (3) AL-SAFFAR S, P BORGA et T HALLSTROM. 2002. « Long-term consequences of unrecognised PTSD in general outpatient psychiatry. » *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37:580-585.
- (4) American Psychiatric Association. 1996. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition (version internationale, Washington DC, 1995)*. Masson. Paris.
- (5) ANDRUETAN Y et C CASTRO. 2010. « Le Battle Mind Training, ou comment préparer le retour des combattants ». *Perspectives Psy* 49(1):27-30.
- (6) AUXEMERY Y et M RIBETON. 2012. « La réalité post-commotionnelle du syndrome subjectif des patients traumatisés crâniens ».
- (7) BARROIS C. 1988. *Les névroses traumatiques*. Dunod. Paris.
- (8) BECK AT. 1976. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- (9) BION W. 1999. *Mémoires de guerre. Juin 1917-janvier 1919*. Editions du Hublot.
- (10) BISSON J et M ANDREW. 2005. « Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (review) ». *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (2):CD003388.
- (11) BISSON J, PL JENKINS, J ALEXANDER et C BANNISTER. 1997. « Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. » *British Journal of Psychiatry* 171:78-81.
- (12) BOISSEAUX H et MD COLAS. 2009. « Intervention psychiatrique en opération. La place du médecin d'unité. » *Médecine et Armées* 37(2):143-146.
- (13) BOISSEAUX H. 2010. « Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique ». *Stress et Trauma* 10(2):79-88.
- (14) BOLLIER S. 2010. « Les blessures invisibles ». *Terre Informations Magazine* (212).
- (15) BRADLEY R, J GREENE, E RUSS, L DUTRA et D WESTEN. 2005. « A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. » *American Journal of Psychiatry* 162:214-227.

- (16) BRADY K. 2000. « Efficacy and Safety of Sertraline Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 283(14):1837-1844.
- (17) BREWIN CR, W ANDREWS et JD VALENTINE. 2000. « Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. » *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(5):748-766.
- (18) BRIOLE G. 2004. *Une clinique individuelle du traumatisme*. Erès
- (19) BROM D, R KLEBER et M HOFMAN. 1993. « Victims of traffic accidents: incidence and prevention of post-traumatic stress disorder. » *Journal of Clinical Psychology* 49(2):131-139.
- (20) BRUNET A, A SAINT HILAIRE, L JEHEL et S KING. 2003. « Validation of French version of the Impact of Event Scale-Revised. » *Can J Psychiat* 48(1):56-61.
- (21) BRYANT RA. 2003. « Early predictors of posttraumatic stress disorder. » *Biological Psychiatry* 53:789-795.
- (22) BRYANT RA. 2008. « Treatment of Acute Stress Disorder. A Randomized Controlled Trial ». *Archives of General Psychiatry* 65(6):659.
- (23) BRYANT RA, T SACKVILLE, ST DANG, M MOULDS et R GUTHRIE. 1999. « Treating Acute Stress Disorder: An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy and Supportive Counseling Techniques ». *American Journal of Psychiatry* 156(11):1780-1786.
- (24) BYERS MG, KM ALLISON, CS WENDEL et JK LEE. 2010. « Prazosin versus quetiapine for nighttime posttraumatic stress disorder symptoms in veterans: an assessment of long-term comparative effectiveness and safety. » *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30(3):225-229.
- (25) CLERVOY P. 1997. *Traumatisme psychique et destinée. Le syndrôme de Lazare*. Albin Michel.
- (26) CLERVOY P. 2008. « Psychiatrie du combattant : évolution sur trois siècles ». *Médecine et armées* 36(5):467-474.
- (27) CLERVOY P, F de MONTLEAU et Y ANDRUETAN. 2010. « Vers de nouveaux paradigmes en psychiatrie militaire ». *Perspectives Psy* 49(1):53-56.
- (28) Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. 2008. *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. National Academies Press, Washington DC, USA
- (29) CONNOR KM et JR DAVIDSON. 1999. « Fluoxetine in post-traumatic stress disorder. Randomised, double-blind study. » *Br J Psychiatry* (175):17-22.
- (30) CREMNITER D. 2004. « Trauma : nouvelles données psychopathologiques issues de l'expérience des CUMP ». *Revue française du stress et du trauma* 4(1):35-39.

- (31) CROCQ L. 1992. « Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post traumatiques et autres séquelles. » *Psych`l`gie médicale* 5(24):427-432.
- (32) CROCQ L. 1998. « La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions. » *Ann Med Psych`l`l* (156):48-54.
- (33) CROCQ L. 1999. *Les traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob.
- (34) CROCQ L. 2003. « Préambule ». *Neur`psy News* (Numéro Spécial):6.
- (35) CROCQ L. 2003. « Préhistoire et histoire des syndromes psychotraumatiques. » *Neur`psy News* (Numéro Spécial):10-18.
- (36) CROCQ L. 2004. « Historique des catastrophes urbaines et industrielles ». *Stress et Trauma* 4(1):55-64.
- (37) CROCQ L. 2005. « La psychiatrie de la Première Guerre mondiale. Tableaux cliniques, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques. » *Ann Med Psych`l`l* (163):269-289.
- (38) CROCQ L. 2005. « Histoire de la psychiatrie de l'avant dans les conflits armés. » *Revue franc`ph`ne du stress et du trauma* 1(5):43-54.
- (39) CYGIELSTREJCH A. 1916. « La pathologie de la panique. » *Annales médic`-psych`l`giques* 172-192.
- (40) DAVIDSON JR, P TUCKER, G ASNIS, I BENATTIA et J MUSGNUNG. 2006. « Venlafaxine extended release in posttraumatic stress disorder: a sertraline and placebo-controlled study. » *J`urnal `f Clinical Psych`pharmac`l`gy* 26:259-267.
- (41) DAVIDSSON PR et KCH PARKER. 2001. « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. » *J`urnal `f C`nsulting and Clinical Psych`l`gy* 69:305-316.
- (42) DEITZ IJ. 1986. « Time-limited psychotherapy for posttraumatic stress disorder: the traumatized ego and its self-reparative function. » *Am J Psych`therapy* 40:291-299.
- (43) DUNANT H. 1863. *Un s`uvenir de S`lferin`*.
- (44) van EMMERIK AA, JH KAMPHUIS et AM HULSBOSCH. 2002. « Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis ». *Lancet* 360:766-771.
- (45) van ETTEN ML et S TAYLOR. 1998. « Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. » *Clinical Psych`l`gy and Psych`therapy* 5:126-144.
- (46) EVERLY GS et JM LATING. 1995. *Psych`traumat`l`gy. Key Papers and C`re C`ncepts in P`st-Traumatic Stress*. Olenum Press. New York.

- (47) FENICHEL O. 1987. *La Théorie psychanalytique des névroses, tome 1 : Le Développement mental, les Névroses traumatiques et les Psychonévroses*. 4e éd. Presses Universitaires de France - PUF.
- (48) FOA EB et EA MEADOWS. 1997. « Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A Critical Review ». *Annual Review of Psychology* 48(1):449-480.
- (49) FOA EB, CV DANCU, EA HEMBREE et LH JAYCOX. 1999. « A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. » *J Consult Clin Psychol* (67):194-200.
- (50) FREUD S. 2010. *Au-delà du principe de plaisir*. Payot.
- (51) FREUD S, K ABRAHAM et S FERENCZI. 2010. *Sur les névroses de guerre*. Petite bibliothèque Payot.
- (52) FRIBOURG-BLANC A et GAUTHIER. 1935. *La pratique psychiatrique dans les armées*. Charles Lavauzelle & Cie. Paris.
- (53) FRIEDMAN MJ. 2003. *Post Traumatic Stress Disorder: The Latest Assessment And Treatment Strategies*. Compact Clinicals.
- (54) FRIEDMAN MJ et PP SCHNURR. 2003. « Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: results from a department of veterans affairs cooperative study. » *Arch Gen Psychiatry* 5(60):481-489.
- (55) GELPIN E, O BONNE, D BRANDES et AY SHALEV. 1996. « Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. » *J Clin Psychiatry* 9(57):390-394.
- (56) GLASS AJ. 1953. « Psychiatry in the Korean campaign; a historical review ». *United States Armed Forces medical journal* 4(10):1387-1401.
- (57) GOLDSTEIN LE et al. 2012. « Chronic Traumatic Encephalopathy in Blast-Exposed Military Veterans and a Blast Neurotrauma Mouse Model ». *Science Translational Medicine* 4(134):134ra60.
- (58) GORIN C. 2010. « Une femme dit la doctrine : la personnalité d'Elspeth Cameron Ritchie ». *Perspectives Psy* 49(1):19-22.
- (59) GOYA M. 2010. « Mélancolie militaire. Le soldat professionnel français dans les opérations actuelles. » *Perspectives Psy* 49(1):8-14.
- (60) HARVEY AG, RA BRYANT et N TARRIER. 2003. « Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder ». *Clinical psychology review* 23(3):501-522.
- (61) HOGBERG G et al. 2008. « Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: outcome is stable in 35-month follow-up ». *Psychiatry research* 159(1-2):101-108.

- (62) HOGE CW et C CASTRO. 2004. « Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care ». *The New England journal of medicine* 351(1):13-22.
- (63) HOGE CW. 2006. « Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition From Military Service After Returning From Deployment to Iraq or Afghanistan ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 295(9):1023-1032.
- (64) HOROWITZ MJ, N WILMER et W ALVAREZ. 1979. « Impact of event scale: a measure of subjective stress. » *Psychosomatic Medicine* 41:209-218.
- (65) HOWGEGO IM, C OWEN et L MELDRUM. 2005. « Posttraumatic stress disorder: an exploratory study examining rates of trauma and PTSD and its effects on client outcomes in community mental health. » *Biomed Central Psychiatry* 5:1-17.
- (66) HUOT L et P VOIVENEL. 1917. *Le courage*. Félix Alcan. Paris.
- (67) HUOT L et P VOIVENEL. 1918. *Le cafard*. Grasset. Paris.
- (68) Institute of Medicine of the National Academies. 2008. *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- (69) IPSER JC, S SEEDAT et DJ STEIN. 2006. « Pharmacotherapy for prevention of post-traumatic stress disorder (protocol) » in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, édité par The Cochrane Collaboration et Jonathan C Ipser. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
- (70) JACOBSON NS et P TRUAX. 1991. « Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. » *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59:12-19.
- (71) JEHEL L, P LOUVILLE et E GOUJON. 1998. « Stress professionnel et post-traumatique dans un SAMU. » *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 14:12-15.
- (72) JUILLET P et P MOUTIN. 1969. *Psychiatrie militaire*. Masson. Paris.
- (73) KARDINER A et HX SPIEGEL. 1947. *War stress and neuritic illness*. Hoeber.
- (74) KESSLER RC. 2000. « Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society ». *Journal of Clinical Psychiatry* 61:4-12.
- (75) KRYSTAL JH et RA ROSENHECK. 2011. « Adjunctive risperidone treatment for antidepressant-resistant symptoms of chronic military service-related PTSD: a randomized trial. » *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 306(5):493-502.
- (76) LAFONT B. 1996. « Le psychiatre en opération : principes et réalités. » in *Le médecin d'unité en opération, aspects psychologiques*. Le Val-de-Grâce, Paris.

- (77) LAHUTTE B et MD COLAS. 2009. « Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique ». *Médecine et Armées* 37(5):399-410.
- (78) LASSAGNE M, C MORAUD, P CLERVOY et A SPIEGEL. 1995. « Troubles psychiques présentés en situation de guerre dans le Golfe et en ex-Yougoslavie. » *Médecine et armées* 5(23):485-489.
- (79) LAZARUS R et S FOLKMAN. 1984. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- (80) LEBIGOT F et D VALLET. 1991. « La demande de soins dans les névroses traumatiques de guerre. » *Ann Med Psych* 149:131-149.
- (81) LEBIGOT F. 1997. « La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle ». *Annales médic`-psych`l`giques* 155(8):522-526.
- (82) LEBIGOT F, G BRIOLE et B LAFONT. 1994. *Le Traumatisme psychique: rencontre et devenir*. Masson.
- (83) LEBIGOT F, M LASSAGNE et E GAUTHIER. 1997. « Le débriefing psychologique collectif ». *Ann Med Psych* 16(155):370-378.
- (84) LEBIGOT F. 1998. « Le débriefing individuel du traumatisé psychique. » *Ann Med Psych* 16(156):417-420.
- (85) LEBIGOT F. 1999. « Le cauchemar et le rêve dans la psychothérapie des névroses traumatiques ». *Nervure* 6(XII).
- (86) LEBIGOT F et M de CLERCQ. 2001. *Prises en charge psych`thérapeutiques psych`dynamiques*. In *Les Traumatismes psychiques*. « Médecine et psych`thérapie ». Masson. Paris.
- (87) LEBOEUF A (ifri, Laboratoire de Recherche sur la Défense). 2010. « Soutien santé : le défi afghan ». *F`cus Stratégique* (19).
- (88) LE BON G. 1916. *Premières c`nséquences de la guerre. Transf`rmati`n mentale des peuples*. Flammarion.
- (89) LEMPERIERE T. 2003. « Editorial ». *Neur`psy News* 4.
- (90) LE NAOUR JY. 2011. *Les s`ldats de la h`nte*. Perrin
- (91) LEPINE J. 1917. *Les tr`ubles mentaux de la guerre*. Masson. Paris.
- (92) LOGRE BI. 1916. « Sur quelques cas de fugue pathologique devant l'ennemi ». *Revue Neur`l`gique* 30:20-24.
- (93) MACKLIN ML et al. 2000. « Five-year following-up study of eye movement desensitization and reprocessing therapy for combat-related posttraumatic stress disorder. » *C`mprehensive Psychiatry* 41:24-27.

- (94) MARIN, A. 2004. « Rapport spécial de l'Ombudsman de la Défense Nationale et des Forces Canadiennes ».
- (95) McNALLY RJ. 1999. « On eye movements and animal magnetism: A reply to Greewald's defense of EMDR ». *J`urnal `f Anxiety Dis`rder* 13:617-620.
- (96) MILIAN G. 1915. « L'hypnose des batailles ». *Paris Médical* 265-270.
- (97) MITCHELL JT et GS EVERLY. 2000. « Critical incident stress management and critical incident stress debriefing: evolutions, effects and outcomes. » in *Psych`l`gical debriefing: The`ry, practice and evidence*.
- (98) MITCHELL JT. 2008. « Gestion du Stress lié à un Incident Critique (CISM) : Une Approche Flexible et Une Stratégie Adaptative à L'intervention de Crise. » *Stress et Trauma* 8(3):163-175.
- (99) de MONTLEAU F, H BOISSEAUX, P CLERVOY et S YANG. 2004. « Passage à l'acte violent du sujet et violence du groupe : l'exemple du soldat en opération extérieure. » *Revue Française de Psychiatrie et de Psych`l`gie Médicale* 8(72):7-11.
- (100) de MONTLEAU F. 2010. « Prise en charge d'un groupe de soldats éprouvés par un combat à haute intensité ». *Perspectives Psy* 49(1):38-44.
- (101) NATO task group. 2007. « Psychological Guide for Leaders across the deployment cycle. »
- (102) NAVARRE C. 1991. « Les troubles psychiques en temps de guerre. » *Gazette Médicale de France* 7:33-35.
- (103) NAVARRE C. 2001. « Prise en charge de l'anxiété chez les victimes de situations de catastrophe. » *Neur`-Psy* 16(4):142-150.
- (104) NAVARRE C et A TILLAUX. 2003. « Stress professionnel et intervenants d'un SAMU-SMUR. » *Act. Méd. Int. en Psychiatrie* 20:110-113.
- (105) NAVARRE C. 2007. « *Psy* » des catastrophes, dix années auprès des victimes. Imago. Paris.
- (106) NICE et NHS. 2005. « Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline 26 ».
- (107) O'HANLON B. 1995. *L`rientati`n vers les s`luti`ns*. Satas.
- (108) OMS (Genève). 1993. *CIM 10. Tr`ubles mentaux et tr`ubles du c`mp`rtement. Descripti`ns cliniques et directives p`ur le diagn`stic*. Masson. Paris.
- (109) OPPENHEIM H. 1892. *Die traumatischen Neur`sen*. 2e éd. Berlin: von August Hirschwald V. ed.

- (110) OZER EJ, SR BEST, TL LIPSEY et DS WEISS. 2003. « Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. » *Psychological Bulletin* 129(1):52-73.
- (111) PINEL P. 1798. *Traité médical-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Caille et Ravier. Paris.
- (112) PITMAN RK et al. 1996. « Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic post-traumatic stress disorder. » *Comprehensive Psychiatry* 37:419-429.
- (113) RODIER A et A FRIBOURG-BLANC. 1930. *La folie et la guerre de 1914-1918*. Librairie Félix Alcan. Paris.
- (114) RONDIER JP. 2010. « Intervention planifiée : le vécu du risque vital. Témoignage d'un psychiatre militaire ». *Perspectives Psy* 49(1):35-37.
- (115) ROSE S, J BISSON, R CHURCHILL et S WESSELY. 2002. « Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). » *Crane Database of Systematic Reviews* issue 2(Art. N° CD000560).
- (116) ROUSSY G et J LHERMITTE. 1917. *Psychonévroses de guerre*. Masson. Paris.
- (117) ROYAL B. 2010. « Expériences psychiatriques sur les champs de bataille contemporains. Les défis éthiques du guerrier moderne. » *Perspectives Psy* 49(1):45-47.
- (118) SAREEN J, A JAGDEO, BJ COX et I CLARA. 2007. « Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario and the Netherlands. » *Psychiatric Services* 58(3):357-364.
- (119) SARGENT WW et E SLATER. 1940. « Acute war neuroses. » *Lancet* 140:1-2.
- (120) SEARCY CP, L BOBADILLA, WA GORDON, S JACQUES et L ELLIOTT. 2012. « Pharmacological prevention of combat-related PTSD: a literature review ». *Military medicine* 177(6):649-654.
- (121) SERVAN-SCHREIBER D. 2005. *Guérir*. Pocket.
- (122) SERVANT D et F HEROUIN. 2003. « Traitements pharmacologiques et thérapie cognitive et comportementale ». *Neuropsych News* (Numéro Spécial).
- (123) SHALEV AY et al. 2012. « Prevention of Posttraumatic Stress Disorder by Early Treatment: Results From the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study ». *Archives of General Psychiatry* 69(2):166-176.
- (124) SHALEV AY, YLE ANKRI, T PELEG, Y ISRAELI-SHALEV et S. FREEDMAN. 2011. « Barriers to Receiving Early Care for PTSD: Results From the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study ». *Psychiatric Services* 62(7):765-773.
- (125) SHAPIRO F. 1989. « Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories ». *J Trauma Stress* 2:199-223.

- (126) SHAPIRO F et M SILK FORREST. 2005. *Des yeux p`ur guérir*. Seuil.
- (127) de SHAZER S. 1999. *Clés et s`luti`ns*. Satas.
- (128) SIJBRANDIJ M et al. 2007. « Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial ». *The American j`urnal `f psychiatry* 164(1):82-90.
- (129) SIMSON, PRESSE, NICOLAS et BRUGE-ANSEL. 2011. « En revenant de guerre ». (poster) Congrès Français de Psychiatrie. Paris.
- (130) STECKLER T et V RISBROUGH. 2012. « Pharmacological treatment of PTSD - established and new approaches ». *Neur`pharmac`l`gy* 62(2):617-627.
- (131) STEIN DJ, J C IPSER et S SEEDAT. 2006. « Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD) ». *C`chrane database `f systematic reviews (Online)* (1):CD002795.
- (132) STEIN MB, NA KLEIN et JL MATLOFF. 2002. « Adjunctive olanzapine for SRI-resistant combat-related PTSD: a double-blind, placebo-controlled proof-of-concept trial in physically injured patients. » *American J`urnal `f Psychiatry* 159:1777-1779.
- (133) SZEKELY G. 2010. « Une technique prometteuse : la stimulation magnétique transcrânienne ». *UNAFAM* 1:15-17.
- (134) THIEBAULT C. 2009. « La lettre de la Condition du Personnel de l'Armée de Terre n°7 ».
- (135) THOMAS G et M LASSAGNE. 2009. « Traumatisme psychique et reconnaissance. À propos d'un cas. » *Médecine et Armées* 37(1):93-96.
- (136) THOMAS G et G TOURINEL. 2009. « Le masque des troubles de l'adaptation en milieu militaire. » *Médecine et armées* 37(2):135-137.
- (137) TREHEL G. 2007. « Karl Abraham (1877-1925) : travail en chirurgie militaire et intérêt pour les névroses traumatiques de guerre ». *Cliniques méditerranéennes* 76(2):235.
- (138) TREVOR WR. 2005. « Controlling stress: how the brain protects itself from depression. » *Nature Neur`science* 8:261-262.
- (139) VAIVA G et al. 2003. « Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma ». *Bi`l`gical Psychiatry* 54(9):947-949.
- (140) VALLET D. 2010. « Psychiatrie et Armées d'aujourd'hui. Changements et continuité. » *Médecine et Armées* 49(1):15-18.
- (141) VAUTIER V et P CLERVOY. 2009. « Le soutien psychologique des forces en opération. Diversité des approches au sien de l'OTAN ». *Médecine et Armées* 37(2):111-114.

- (142) VAUTIER V. 2010. « Les nouvelles dimensions des engagements militaires contemporains. » *Perspectives Psy* 49(1):15-18.
- (143) de VITTON I. 2012. « Liberté individuelle et psychiatrie : étude du vécu par le patient de l'hospitalisation sans consentement. » (Mémoire de DES).
- (144) WOLF ME et AD MOSNAIM. 1984. *Posttraumatic Stress Disorder, Etiology, Phenomenology and Treatment*. American Psychiatric Press. Washington.
- (145) YEHUDA R et AC McFARLANE. 1995. « Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. » *American Journal of Psychiatry* 152(112):1705-1713.
- (146) « Circulaire DH/E04-DGS/SQ2 n° 97/383 du 28 mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe ». Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
- (147) « Circulaire DHOS/O 2/DGS/6 C n° 2003-235 du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe et annexe »
- (148) « Décret du 10 janvier 1992 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre ». *Légifrance*. (http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=3B117D7316B8B4D407E6059DA010C71D.tpdjo08v_2?cidTexte=LEGITEXT000006078550&dateTexte=20120619).
- (149) « Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal Officiel de la République Française ; 6 juillet 2011 ».

ANNEXES

PCL-S

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5
Score total					

IES-R

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés *au cours des 7 derniers jours* en ce qui concerne _____. Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

Au cours des 7 derniers jours	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement.	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit.	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser.	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère.	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser.	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais.	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel.	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu(e) loin de ce qui m'y faisait penser.	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête.	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement.	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser.	0	1	2	3	4
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face.	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés.	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement.	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir.	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement.	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer.	0	1	2	3	4
19. J'ai rêvé à l'événement.	0	1	2	3	4
20. J'étais aux aguets et sur mes gardes.	0	1	2	3	4
21. J'ai essayé de ne pas en parler.	0	1	2	3	4

Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

RÉSUMÉ

À l'heure où l'armée française rapatrie ses troupes du théâtre militaire afghan, ce travail se propose de reprendre l'évolution de la prise en charge du traumatisme psychique en psychiatrie militaire et en psychiatrie civile au cours de l'Histoire.

Nous verrons en quoi elles se sont influencées pour aboutir à la création des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques, déployées pour la prise en charge des « blessures invisibles » en cas de catastrophe civile, et au dispositif novateur dans l'armée française du « sas de fin de mission » pour les soldats de retour d'Afghanistan.

Si un progrès considérable a eu lieu dans la connaissance et la sensibilisation à l'État de Stress Post Traumatique, notamment depuis l'affluence des victimes du « Post-Vietnam Syndrome », il n'en reste pas moins sous-diagnostiqué.

La réticence encore marquée des militaires comme des professionnels de l'urgence médicale à évoquer ce type de difficultés appelle à une évolution des mentalités.

Les manifestations actuelles du syndrome psychotraumatique -loin des tableaux de conversion hystérique de la Grande Guerre- et ses co-morbidités sont redoutables. Le traitement vise alors à en limiter l'impact au moyen d'une psychothérapie, éventuellement associée à une pharmacothérapie symptomatique.

C'est pourquoi l'accent est mis sur la prévention primaire, lorsqu'elle est possible, notamment pour les civils secouristes ou les militaires envoyés au combat, et secondaire, par une prise en charge précoce adaptée qui est désormais appliquée aux victimes des catastrophes civiles.

Mots clés :

État de Stress Post Traumatique, psychiatrie militaire, psychiatrie civile, sas de fin de mission, Cellule d'Urgence Médico-Psychologique