

Humbert BOISSEAUX: Professeur agrégé du Val-de-Grâce - Chef du Service de psychiatrie, Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce, 74 boulevard de Port-Royal, 75230, Paris cedex 5.

Texte paru in *Revue Francophone du stress et du trauma*, 2010, 10(2).

Résumé : La notion de stress est associée aux contraintes jugées toujours plus importantes de la vie moderne. Dans cette logique, l'événement prend aujourd'hui une place centrale qui tend à faire oublier la question du Sujet. Celle-ci apparaît cependant incontournable, notamment lorsque l'individu est confronté par surprise à la question de sa propre mort. Ainsi stress et trauma ne peuvent être inscrits dans un lien de simple continuité.

Ce point est essentiel à prendre en compte lorsqu'il s'agit d'envisager la vaste question du soutien psychologique de personnes particulièrement exposées à des situations potentiellement traumatiques. C'est le cas des militaires lorsqu'ils sont engagés dans des situations de guerre comme c'est le cas aujourd'hui en Afghanistan. Il apparaît alors indispensable de bien différencier le domaine de l'action « psychosociale » qui vise à permettre l'adaptation de l'individu à son environnement et à sa mission et celui de l'action « médicopsychologique », du soin, dès lors notamment que s'exprime un vécu traumatique, mais pas exclusivement. Ainsi, au niveau des armées, il est essentiel que chacun puisse clairement identifier les acteurs au regard de leurs domaines d'actions respectifs.

Abstract : The concept of stress is associated with the constraints considered ever more important in modern life. In this sense, the event now takes a central place that tends to eliminate the question of the Subject. It appears however unavoidable, particularly when the individual is confronted by surprise at the question of his own death. Thus stress and trauma cannot be entered in a single link of continuity. This is essential to take into account when considering the broader question of the psychological support of people particularly exposed to potentially traumatic situations. This is the case when the military are engaged in war situations, as is the case in Afghanistan today. It appears necessary to distinguish the domain of action "Psychosocial", which aims to enable the adaptation of the individual to his environment and his mission and that of action "medicopsychological", of care, particularly when expressed as a traumatic experience, but not exclusively. Thus, in the armies, it is essential that everyone can clearly identify the actors with regard to their respective areas of action

Mots-clés: Milieu militaire, Situation de guerre, Stress, Traumatisme psychique, action psychosociale, action médico-psychologique.

Key words : Military, War situation, Stress, Psychological trauma, action psychosocial, action medicopsychological

Introduction

Durant ces dernières années, l'armée française a dû profondément évoluer pour être en mesure de faire face aux nouvelles missions qui lui sont confiées (Livre blanc, 2008).

Les militaires français interviennent depuis longtemps hors des frontières, dans des situations de conflit limité. Aujourd'hui, ils sont engagés aux côtés des Etats Unis dans une guerre mondiale contre le terrorisme dont le principal terrain de confrontation est actuellement l'Afghanistan.

On sait que la guerre n'est jamais sans impact sur ceux là même qui s'y trouvent engagés. Les expériences actuelles de l'armée des Etats Unis en Irak ou en Afghanistan confirment qu'un nombre important de vétérans souffrent de troubles psychiques. Mais malgré les efforts importants consentis par ce pays pour offrir à ses soldats les soins nécessaires, un grand nombre d'entre eux n'en bénéficient finalement pas.

En France, ce sont des données qui sont prises en compte. La défense, mais au-delà la nation toute entière, a des devoirs vis-à-vis de militaires susceptibles d'engager ainsi leur vie sachant que 30 000 jeunes rejoignent chaque année les armées et qu'autant les quittent. Dans l'institution ou de retour à la vie civile, personne ne doit être oublié.

Il importe donc d'examiner les moyens mis en œuvre pour assurer une prévention efficace. C'est généralement à partir du concept de stress que sont pensés les effets psychiques constatés pendant et au retour des missions opérationnelles. Ce concept montre cependant ses limites. Il y a donc lieu de s'interroger sur sa pertinence.

Le stress, intérêt et limites d'un concept

Le terme de stress est aujourd'hui couramment utilisé pour rendre compte du poids des contraintes qui pèsent sur un individu. Ce n'est pas le lieu de reprendre tout l'historique de ce concept. Il importe cependant de préciser là quelques points.

Le modèle initial de Canon et Selye se fonde sur des données biologiques. Il décrit la réaction d'un organisme animal confronté à une situation nouvelle. Elle se traduit par le déclenchement de processus neuroendocrinologiques destinés à l'adaptation de cet organisme aux conditions qui lui sont imposées. En ce sens, le stress est considéré comme un processus « normal » et utile. Ce mode de fonctionnement ne peut cependant se poursuivre trop longtemps sans conséquences. C'est dans de telles circonstances que l'on a pu décrire des lésions organiques liées au stress. Extrapolé à l'homme, ce modèle biophysique s'est ensuite enrichi des implications psychiques, normales mais aussi pathologiques, qui s'y trouvent aussi associées. Ainsi, les classifications internationales des maladies autonomisent désormais des pathologies mentales dues au stress (CIM-10/ICD-10, 1993 ; DSM-IV-TR, 2003).

Le modèle du stress interroge donc la capacité d'un individu à s'adapter aux nouvelles conditions qui lui sont imposées, c'est-à-dire à trouver un fonctionnement physiologique et psychologique qui ne soit pas pathogène. En distinguant stress « normal », adaptatif, et stress « dépassé », ce sont les limites de ce qui est supportable sans dommage qui sont

questionnées. En se focalisant sur l'événement, on a progressivement assisté à un glissement sémantique qui a conduit à confondre la cause et l'effet, oubliant aussi le sujet derrière l'événement et sa subjectivité derrière une biologie des comportements. Les études menées plus récemment sur la biologie du stress montrent la grande complexité des mécanismes en cause. Elles conduisent à reconnaître qu'il n'est finalement pas possible de faire l'impasse sur le Sujet et contribuent à lui redonner une place. En effet tout ce qui relève de la vie psychique résiste à se résoudre dans une approche purement biologique ou psychologisante.

L'impact d'un événement n'est pas identique pour tous, même s'agissant de personnes prises dans des liens d'identification très forts comme c'est le cas de certains groupes militaires. Plus que l'intensité ou la gravité supposée de l'événement, l'effet qu'il va avoir sur un individu dépend surtout d'éléments constitutifs de sa propre structure psychique. Restreindre la clinique psychiatrique observée lors de l'exposition à des facteurs de stress à un trouble de l'adaptation apparaît donc bien réducteur. Mais la question est encore d'un tout autre niveau lorsqu'il s'agit d'événements qui viennent toucher le cœur même de la subjectivité humaine. C'est le cas des événements traumatiques qui en convoquant le sujet face à sa propre mort, lui posent la question même de son être. En cela, ils créent une véritable blessure psychique dont la cicatrice peut dès lors s'avérer indélébile (Briole, Lebigot, Lafont, Favre & Vallet, 1994).

Il ne nous apparaît donc pas possible d'inscrire stress et trauma dans une même continuité. Les deux répondent à des logiques différentes, logique adaptative pour le stress avec la possibilité pour le sujet de tenter d'en reculer le point de rupture, logique « du tout ou rien » dans le cas du traumatisme psychique. En termes de prévention les enjeux sont très différents. C'est ce qui fait la spécificité d'une conception francophone qui se distingue d'un discours ambiant qui tend à inscrire le traumatisme psychique comme un effet de stress et qui entraîne une certaine confusion dans l'utilisation qui est faite du terme traumatisme en psychiatrie. Les situations de guerre exposent naturellement les militaires à des situations potentiellement traumatiques. C'est la nature de cette rencontre surprise avec la mort, impossible à symboliser, qui fait le traumatisme. Stress opérationnel et traumatisme psychique sont hétérogènes et ne se recouvrent pas même si le traumatisme psychique 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 ou d'amplification des symptômes.

Le milieu militaire

L'institution militaire a beaucoup évolué à l'image de la société et en fonction du contexte géopolitique dans lequel la France cherche à exister. La professionnalisation de l'armée française a constitué un véritable bouleversement « culturel », bousculant des habitudes, remettant en cause des façons de faire. En ce sens, cette professionnalisation a été un facteur de stress et de nombreux personnels ont eu le sentiment de perdre en partie leurs repères. Une part importante de la population militaire était constituée d'un contingent qui était là pour effectuer son devoir national. Elle a aujourd'hui disparu remplacée par des engagés volontaires aux profils variés, poussés parfois par la précarité du marché de l'emploi. La confrontation de l'Idéal à une réalité qui n'est parfois pas celle attendue est souvent très difficile pour eux !

Jeunes engagés ou militaires d'active sont soumis aux règles d'un milieu qui peuvent apparaître comme autant de facteurs de stress. On peut ainsi en souligner deux aspects essentiels :

- un cadre très hiérarchisé qui implique une soumission à l'autorité. C'est une donnée à laquelle la société actuelle ne prépare guère le jeune engagé,
- l'interdépendance de ses membres et une valorisation du groupe à une époque où l'individualisme règne en maître.

Le milieu militaire apparaît donc structurellement comme un lieu de contraintes et ceci d'autant plus que de nombreux aspects de la vie actuelle contribuent à les amplifier. Les impératifs économiques impliquent de nouveaux modes de vie, la nécessité pour les conjoints d'avoir une activité professionnelle et le développement du « célibat géographique » qui bouleverse les équilibres familiaux. La réforme actuelle des armées et la disparition de certaines garnisons est source de profondes inquiétudes pour des familles qui avaient cru pouvoir trouver une certaine stabilité géographique aujourd'hui remise en cause. La création des bases de défense implique de nouveaux modes d'organisation, un regroupement et une mutualisation des moyens. Elle fait craindre une moindre proximité de structures médicales et sociales qui ont un rôle essentiel dans l'équilibre institutionnel. Ces facteurs de stress touchent bien sûr les militaires mais aussi les employés civils qui occupent une place importante dans l'outil de défense et enfin les familles de tous ces personnels !

L'engagement militaire met donc à l'épreuve celui qui fait le choix de ce métier singulier, mais aussi ses proches. Dans le rapport d'un individu à l'institution militaire, des lignes de tension apparaissent donc, servant fréquemment d'écran de projection pour ses propres difficultés. De ce point de vue, le milieu militaire est un puissant révélateur des limites voir des failles de chacun (Vallet, Boisseaux, de Montleau & Rondier, 2006). L'atteinte d'un « point de rupture » ne peut cependant se réduire à la seule dimension d'un trouble de l'adaptation comme introduit par la logique du stress. Avec des causalités qui pour apparaître trop évidentes ne disent finalement rien des impasses et des répétitions d'une histoire individuelle, on risque de passer totalement à côté de notre sujet. Il y a lieu d'y être attentif.

Les situations opérationnelles

Les conditions opérationnelles multiplient bien sûr les contraintes et les facteurs de stress, pour le militaire mais aussi pour son entourage familial, bouleversant les repères adaptatifs individuels et collectifs.

Le document « Combat and Operational Stress Control » FM 4-02.51 de l'armée américaine (2006) différencie des « stressseurs » physiques, environnementaux ou physiologiques et des « stressseurs » mentaux liés aux limitations cognitives ou aux implications émotionnelles qui modifient la capacité de maîtrise d'une situation. La résistance du combattant est mise à l'épreuve non seulement en raison de l'intensité des « stressseurs », de la durée d'exposition mais aussi leur effet cumulatif.

Avec l'engagement de l'armée française en Afghanistan, les militaires vivent une véritable situation de guerre marquée par des risques bien réels, quasi permanents, avec des accrochages armés mais surtout le sentiment d'être, à chaque déplacement, à la

merci d'un IED (Improvised Explosive Device). 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 (Friedman & Slone, 2008). Les situations potentiellement traumatiques sont nombreuses et les pertes subies parmi les frères d'arme, lorsqu'elles surviennent, peuvent fortement entamer le moral et la résistance des hommes.

La longueur des missions mais également leur renouvellement constituent pour les militaires ainsi que pour leurs familles d'importants facteurs de stress. La population militaire ressent parfois un véritable décalage avec son environnement civil. Les familles vivent la situation compliquée de familles monoparentales, avec une inquiétude pour le parent absent qui ne peut être véritablement partagée avec l'entourage. Les communications sont également rendues difficiles par le souci mutuel de ne pas mettre l'autre en difficulté, laissant parfois se construire dans le couple un mur d'incompréhension. Enfin, la solidarité qui pouvait exister entre familles d'une même unité a parfois aujourd'hui laissé place à la solitude de la dispersion malgré tout ce que tentent de mettre en place les régiments pour faire à cela et rassurer les combattants.

Les modalités d'expression clinique de la souffrance psychique du militaire en opération sont donc très variées, parcourant l'ensemble de la nosographie psychiatrique, bien au-delà du registre d'ailleurs bien difficile à délimiter des pathologies du stress. Par ailleurs, les états de stress post traumatique ne résument pas d'avantage les troubles psychiques rencontrés chez les militaires de retour d'opération (Briole, Lebigot & Lafont, 1998).

Les données épidémiologiques

Les données épidémiologiques relatives aux troubles psychiques présentés par les militaires de retour de missions opérationnelles sont assez déconcertantes.

Dans les armées qui effectuent une recherche systématique d'éventuelles pathologies psychiatriques au retour de mission, les chiffres publiés sont très divers. Ainsi, lors de la dernière réunion du panel d'experts du « *military mental health* » (MMH) des armées de l'alliance atlantique (OTAN), les britanniques faisaient état d'un taux d'états de stress post traumatiques (ESPT) de 5% chez les soldats de retour d'Irak, un taux proche de celui retrouvé dans la population générale de leur pays là où les américains retenaient eux des taux allant de 14 à 19 %. Il est certain que de nombreuses variables sont à prendre en compte. Ainsi, les taux varient selon l'exposition des unités, leur degré de professionnalisation ou le moment de la mesure notamment. Dans une étude parue dans le *Journal of the American Medical Association* (2006), il était précisé que le nombre de militaires présentant des troubles augmentait notablement au cours du temps pour atteindre un pic aux environs du 6^{ème} mois après le retour.

En France, en l'absence de toute évaluation systématique, les données sont parcellaires. La fiche épidémiologique du service de santé des Armées (SSA) qui concerne les pathologies post traumatiques est très peu renseignée et les données fournies concernant les ESPT au sein des armées sont donc à la fois sous évaluées et peu significatives. Le suivi des rapatriements sanitaires (RAPASAN) pourrait donner une idée des difficultés rencontrées par les militaires en opération. Il n'est pas effectué systématiquement. Une étude réalisée entre 2002 et 2005 sur une population de 202 militaires permet de constater que 16,4% ont été rapatriés pour un état de stress aigu et

moins de 2% pour un état de stress post traumatique, l'existence d'un traumatisme psychique étant rapporté pour 6,4% de cette population (Mèle, Rondier, Favre, Pilard, Boisseaux & Arvers, 2007). Des études plus ciblées comme celle effectuée dans un régiment opérationnel de l'armée de terre notent un taux de moins de 1% d'ESPT (Vallet, 2005). C'est un taux comparable à ceux retrouvés dans la population civile. D'autres études sont menées actuellement dans des régiments revenus récemment d'Afghanistan ou à plus à distance, cherchant par exemple à évaluer l'impact traumatique qu'à pu avoir le bombardement de Bouaké pour les militaires qui s'y trouvaient alors, le 6 novembre 2004.

Des études moins directement centrées sur les troubles psychiques consécutifs aux missions opérationnelles peuvent offrir également des données intéressantes. L'étude effectuée à partir des dossiers de congé de longue durée (CLD) des militaires de l'armée de terre durant l'année 2003 montre que la pathologie psychotraumatique n'est qu'à de très rares exceptions près le motif premier de mise en CLD et que même, elle est rarement corrélée à celui-ci (Lahutte, Favre, de Montleau, Arvers & Cudennec, 2005). L'étude effectuée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CMSS) de Toulon concernant la consommation de psychotropes chez les militaires d'active ne relève qu'une consommation modérée de psychotropes, élément peu en faveur du traitement de pathologies d'évolution chronique comme le Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)! (Desjeux, Aspar, Colonna d'Istria, Raude, Birioukoff, Balaire, Codaccioni & Thevenin-Garron, 2009) Enfin, nous pouvons constater qu'il n'existe pas de chiffres publiés concernant le nombre des anciens combattants pensionnés pour des psychosyndromes post traumatiques, ni le taux d'invalidité qui leur est attribué. Et l'observatoire des vétérans n'a à ce jour initié encore aucun travail en ce sens.

Au total, il ressort cependant de ces données chiffrées que les pathologies consécutives aux missions dans lesquelles sont engagées les armées françaises ne semblent actuellement pas numériquement très importantes. Elles ne sont en tous cas pas de nature à remettre en cause fondamentalement le dispositif en place pour y faire face. Sans doute sous-évaluées, ce sont cependant des pathologies qui ont acquis aujourd'hui une place particulière comme indicateur des contraintes auxquelles sont soumises les populations étudiées et donc en ce qui nous concerne, la population militaire. En ce sens, ce sont des données que l'on peut considérer comme « sensibles ». Elles nécessitent de ce fait une évaluation sérieuse et validée et une utilisation prudente.

Les deux aspects du soutien psychologique en opération

L'équilibre psychique des soldats et la dynamique collective du groupe militaire sont essentiels à l'efficacité d'une armée et l'art du commandement a toujours été d'en créer les conditions. L'évolution des sciences et des techniques mais aussi une certaine pression sociale ont conduit aujourd'hui le commandement militaire à s'adjoindre les services de spécialistes à même d'optimiser l'aguerrissement et les capacités de résilience des combattants, mais aussi à bénéficier de leurs compétences face à d'éventuels dysfonctionnements collectifs, lorsque par exemple des situations exceptionnelles contribuent à la désorganisation du groupe. Cela constitue le versant psychosocial du soutien psychologique du combattant.

Malgré cela, tout soldat même très bien préparé et intégré au sein d'un groupe qui fonctionne correctement peut présenter en situation opérationnelle des difficultés psychiques nécessitant là une intervention médico-psychologique personnalisée. C'est une action qui se focalise non plus sur le groupe mais sur l'individu en difficulté. C'est la mission du Service de Santé des Armées et de sa « chaîne médicale » que de prendre en compte et d'apporter les soins nécessaires aux blessés physiques mais aussi psychiques, sur le terrain mais aussi bien au-delà du temps du retour notamment lorsqu'ils présentent des troubles psychotraumatiques (Vallet, Colas, Rondier, & Boisseaux, 2007).

Au sein des armées françaises, ces deux registres d'action, psycho-social et médico-psychologique, sont clairement différenciés avec des acteurs spécifiques dont les responsabilités ne se recouvrent pas même si elles se complètent. C'est d'un côté toute la structure hiérarchique avec les psychologues institutionnels, les officiers « environnement humain » mais aussi les personnels de l'action sociale aux Armées (ASA), les membres des cellules d'aide aux blessés, les officiers des cultes et de l'autre les personnels médicaux et paramédicaux du Service de Santé des Armées. Il est essentiel que tout combattant puisse bien saisir quelle est la place des uns ou des autres et pour ceux-ci de savoir s'y tenir. Sans cela, le sujet en souffrance sera bien en difficulté pour retrouver ses repères et la voie vers les soins dont il peut avoir besoin.

Les axes de prévention des troubles psychiques post opérationnels

Un dispositif cohérent est donc en place au sein des armées françaises pour prévenir le stress opérationnel des militaires et ses éventuelles conséquences, qu'elles soient individuelles ou collectives. Au-delà de l'attention « naturelle » à porter aux sujets qui apparaissent en difficulté ou dont le comportement change, attention qui ne saurait se limiter aux temps opérationnels, certaines actions sont plus spécifiques des temps pré, per ou post mission.

C'est d'abord tout ce qui est fait préalablement à la mise en situation opérationnelle et qui va être destiné à réduire l'impact des facteurs de stress.

Comme nous l'avons souligné, le métier des armes expose à de nombreux facteurs de stress et à la possibilité de rencontres traumatiques. L'instruction et l'entraînement militaire cherchent à en limiter les effets déstabilisateurs voire pathogènes. A cet effet, et même si elles n'empêchent pas la rencontre traumatique, le développement de techniques de coping ou de gestion du stress fait progressivement partie des programmes d'entraînement opérationnel et d'optimisation du potentiel humain. Ce domaine de l'aguerrissement, des conditions de vie et d'engagement des hommes est de la responsabilité de l'encadrement militaire. Le Service de Santé des Armées apporte son concours et ses avis techniques dans le domaine de l'éducation sanitaire ou du conseil au commandement. Dans le domaine de l'entraînement au stress, il est en effet des limites à ne pas dépasser. Ainsi, on ne prépare pas un sujet aux effets du trauma en l'exposant à de situations potentiellement traumatiques. C'est une faute grave. Les médecins doivent y être attentifs.

Préalablement à tout engagement opérationnel, le service de santé des armées joue un rôle essentiel dans la sélection, l'orientation et le suivi de l'adaptation des militaires. La découverte de l'institution militaire se fait par le biais d'une période probatoire qui

permet d'observer le jeune engagé « en situation ». Elle est riche d'enseignements pour peu que l'on ne ferme pas les yeux sur les difficultés qu'il exprime ou pour les considérer sans réflexion comme normales en période d'adaptation. Elle vient souvent révéler les limites d'un fonctionnement psychique peu compatible avec l'exercice du métier de soldat. Mais le milieu peut également permettre chez certains une adaptation paradoxale et la stabilisation d'un équilibre psychique jusque là précaire. Le suivi des militaires se poursuit donc tout au long de la carrière. Toutes les visites médicales, circonstancielles ou systématiques en sont autant d'opportunités. Elles ne peuvent plus se limiter à la ritualisation d'un examen qui exclurait les aspects plus intimes du fonctionnement psychique. En ce sens, personne ne peut exonérer le médecin militaire de ce domaine de responsabilité. A l'heure où le format des armées est plus réduit, que les dépôts en mission sont plus nombreux et qu'ils sont donc amenés à se répéter, toutes ces visites médicales sont désormais envisagées en prenant en compte les exigences d'un possible départ en opération.

Ce sont ensuite toutes les actions menées auprès du militaire lorsqu'il rencontre des difficultés dans l'accomplissement de sa mission ou lorsqu'il se trouve confronté à certaines situations exceptionnelles parfois potentiellement traumatiques.

L'encadrement a un rôle essentiel dans le repérage des hommes en difficulté. Après le déploiement dans les unités de l'armée de terre d'officiers « environnement humain », la formation et la mise en place récente de « référents section » doit permettre de disposer au plus prêt des combattants, de personnels particulièrement sensibilisés à ces questions et à la nécessité d'une action adaptée.

Dans les armées françaises, la doctrine de médicalisation de l'avant permet d'offrir aux combattants un accès aisé à des soins lorsqu'existe une souffrance psychique. En favorisant l'établissement de rapports informels, cette présence médicale permet un repérage plus facile de militaires en souffrance quand une demande explicite ne peut s'exprimer du fait du contexte ou de la pression du groupe, d'éviter toute stigmatisation et d'ouvrir sur des soins. L'attitude des cadres est pour cela déterminante. La survenue d'événements exceptionnels fortement déstabilisateurs, à l'origine de manifestations émotionnelles intenses et de troubles du comportement variés conduit à des actions plus formalisées en direction des militaires les plus en difficulté mais au-delà, à tous ceux que l'onde de choc émotionnelle est susceptible d'avoir touchés. Les principes maintenant bien connus d'immédiateté, de proximité de simplicité et d'expectative en ordonnent la mise en oeuvre. Dans les armées françaises, le médecin d'unité peut faire appel aux psychiatres des armées ou demander, si les circonstances l'exigent, le déploiement d'une cellule d'aide médico psychologique. Le potentiel traumatique de certaines situations pose la question d'une action préventive de débriefing. Aucune action spécialisée ne permet cependant actuellement d'éviter le déclenchement d'un état de stress post traumatique lorsqu'il y a eu une rencontre traumatique. Une prise en charge précoce est de nature cependant à en réduire les conséquences si l'on parvient à engager le militaire vers des soins. L'attention se porte particulièrement vers les sujets ayant présenté des troubles immédiatement consécutifs à un événement exceptionnel, un état d'effroi ou de dissociation péritraumatique (Van der Hart, Van Son, Steele & Lensvelt-Mulders, 2008).

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 (Hacjer Hughes & al., 2008). 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. Il doit permettre aussi le repérage de ceux qui rencontreraient déjà à ce moment des difficultés ou qui présenteraient des troubles psychiques caractérisés nécessitant des soins. C'est une donnée qui est aujourd'hui prise en compte, dans l'armée de terre. Accompagné par les psychologues institutionnels, c'est l'opportunité de rappeler à quels interlocuteurs il peut être fait appel en cas de besoin. .

Enfin, les actions menées ne se limitent pas au temps opérationnel avec des enjeux qui vont bien au-delà, qu'il s'agisse d'actions de soin au profit du militaire et de sa famille, ou du processus de réparation d'éventuelles séquelles post traumatiques.

Les services médicaux d'unité sont à même de répondre aux besoins médico-psychologiques des militaires de retour d'opération et de leur offrir les soins qui leurs sont éventuellement nécessaires en articulation avec les spécialistes psychiatres ou psychologues cliniciens des hôpitaux des armées.

Les médecins d'unité constituent un maillon incontournable de cette chaîne et la visite médicale annuelle un outil de choix pour permettre diagnostic et engager un suivi médical. Compte-tenu de leurs multiples attributions, il faut bien sûr que ces médecins puissent compter sur la fiabilité des interlocuteurs dont ils vont susciter le concours.

La qualité de l'environnement social et professionnel en sont les compléments indispensables. Concernant l'aide aux familles, les unités disposent désormais de cellules spécifiques qui peuvent être sollicitées à tout moment. Elles sont en mesure d'orienter, en fonction des demandes, vers les interlocuteurs adaptés sociaux ou médicaux.

Des axes d'orientation pour l'amélioration du dispositif existant

Si le dispositif en place dans les armées françaises montre quotidiennement toute sa pertinence, il demeure perfectible. Les difficultés rencontrées sont autant d'enseignements nécessaires à l'amélioration de la prise en compte des difficultés du soldat ou de sa famille. Il amène à interroger les différents aspects qui contribuent au soutien psychologique du militaire et de sa famille.

◆ Pour une meilleure appréciation de l'incidence des troubles psychotraumatiques au sein des armées

L'idée d'améliorer la prise en charge des militaires exposés au stress et aux éventuels traumatismes des missions opérationnelles passe par une évaluation des besoins réels en ce domaine. Il apparaît donc utile de pouvoir disposer de données chiffrées plus précises concernant l'impact psychique réel des opérations menées par les armées françaises mais peut être encore plus précisément de ses conséquences sur la vie quotidienne des hommes qui ont effectués ces missions de guerre. Il s'agit d'un sujet qui

rencontre indiscutablement des réticences au sein d'une population militaire par ailleurs peu habituée à être ainsi étudiée, en tous cas de façon systématique et à grande échelle. Les tentatives d'évaluation plus limitées menées récemment au décours d'événements dramatiques l'ont bien montré. Une évolution en ce domaine demanderait, en plus des moyens que cela implique, une volonté « politique » d'en assumer les résultats. Les évolutions actuelles vers une victimisation des militaires et une « judiciarisation » de la guerre ne sont sans doute pas favorables pour une évolution en ce sens.

En l'état actuel et pour ce qui est du ressort spécifique du Service de Santé des Armées, il apparaît indispensable de remettre à l'ordre du jour cet outil jusque là peu renseigné qu'est la fiche épidémiologique concernant les états post traumatiques. La population militaire, population à risque, doit faire l'objet d'une surveillance spécifique. Les visites médicales réglementaires en offrent l'opportunité. Elles constituent également l'occasion de vérifier la présence des pièces médico-administratives nécessaires lorsque se pose la question d'une éventuelle demande de réparation. Une modification récente de cette fiche visant à la rendre plus fonctionnelle a été effectuée. Il importe donc qu'elle soit accompagnée d'une information sur le sujet pour inciter les praticiens à interroger systématiquement les militaires et à remplir ces fiches, au niveau des services médicaux d'unité (SMU) mais aussi des services hospitaliers militaires qui reçoivent ces patients. Une diffusion régulière des résultats accompagnée d'un commentaire critique est sans doute le meilleur moyen de motiver les acteurs sollicités. Pour rendre le renseignement de cette fiche plus aisé, notamment lors de la visite systématique annuelle (VSA), on peut envisager la mise en place d'un questionnaire que remplirait systématiquement le militaire préalablement à sa visite. Dans cette optique, un questionnaire, la PCLS, a été validé au sein de 3 régiments de l'armée française permettant de fournir aux médecins généralistes d'unité, un outil susceptible de les aider dans une approche diagnostique qui doit permettre de mieux chiffrer l'impact concret des situations opérationnelles.

Il apparaît par ailleurs indispensable que soit mis en place un véritable suivi des rapatriements sanitaires (RAPASAN). Un retour prématuré motivé par un motif psychiatrique est un événement marquant dans un parcours militaire. Il doit être ni dramatisé ni banalisé mais pris en compte dans toutes ses dimensions. En ce sens, il est un indicateur précieux de l'impact que peuvent avoir les opérations extérieures sur l'état de santé psychique des militaires. Il faut donc que tout RAPASAN « psychiatrique » fasse aussi l'objet d'un document spécifique permettant d'en déterminer les principales coordonnées et que, là également, leur suivi fasse l'objet d'un bilan régulièrement diffusé.

◆ Pour une plus grande attention à la sélection des personnels

L'engagement militaire impose une capacité d'adaptation à des facteurs de stress très spécifiques. L'appréciation d'une telle capacité est naturellement difficile et la sélection se révèle très imparfaite. La période initiale, durant laquelle le jeune engagé prend contact avec le milieu militaire, s'avère être un temps essentiel au repérage d'éventuelles difficultés précoces d'adaptation. Il y a lieu donc de porter une grande attention et à ne pas considérer trop hâtivement comme normaux en début d'engagement des symptômes qui traduisent déjà les limites adaptatives de fonctionnements psychiques singuliers. Il n'est pas opportun de chercher à intégrer

coûte que coûte des individus manifestement inaptes à s'adapter au milieu militaire, les intéressés eux-mêmes n'en ayant souvent pas conscience. Il est donc important que les personnels responsables de la formation initiale des jeunes engagés, en unité ou dans les écoles militaires, soient fortement sensibilisés à cet enjeu et formés au repérage de difficultés précoces qui doivent systématiquement conduire à la demande d'un avis médical. Il est pour cela indispensable qu'ils soient soutenus par leur hiérarchie.

Les capacités d'adaptation sont dépendantes de facteurs individuels, mais aussi de données environnementales et circonstancielles. Quelque soit le moment de la carrière, des événements de la vie personnelle peuvent réduire les capacités d'adaptation du militaire et le mettre en difficulté. En opération, ce sont le plus souvent de telles circonstances qui imposent que soit prise une décision de rapatriement « sanitaire ». Pour certains, ces difficultés peuvent être identifiées préalablement au départ. Les situations opérationnelles et à plus forte raison les missions combattantes, amènent de nouveaux facteurs de stress qui sont autant d'éléments d'aggravation de la situation. Il est nécessaire de sensibiliser les commandants d'unité à ce problème préjudiciable pour l'individu comme pour le groupe dont ils ont la responsabilité. Les officiers « environnement humain » peuvent avoir une position de conseil en ce domaine.

Une attention toute particulière doit enfin être portée aux réservistes. Ces personnels prennent une place de plus en plus importante dans les armées (60 à 80 000 hommes amenés à servir temporairement) même si un nombre encore réduit part en opération. On peut considérer qu'il s'agit d'une population particulièrement à risque en raison notamment de la discontinuité de leur présence dans l'unité, d'une qualité d'adaptation plus aléatoire, de compétences spécifiques moins affûtées, mais aussi des conséquences que ces absences peuvent avoir sur leur vie professionnelle civile. Une attention spécifique doit être portée aux réservistes notamment à ce que les visites médicales pré et post mission soient très formalisées et non une simple formalité au titre que ces personnes particulièrement motivées ne seraient liées que très temporairement à l'institution.

◆ Pour une meilleure information des militaires

L'évolution de la médecine et du rapport qui lie soignant et soigné amènent à porter beaucoup d'attention désormais à l'information de l'utilisateur du système de soins. Cela pose cependant au médecin la question de la nature de l'information à donner et des moyens à mettre en œuvre pour cela. En effet, conformément au dicton, « trop d'information tue l'information » en créant l'angoisse de la confusion. De leur position, les médecins du SSA ont un rôle essentiel à jouer auprès des militaires pour que ceux-ci puissent bénéficier d'une information claire, loyale et adaptée sur les risques auxquels les expose le métier qu'ils ont choisi et surtout les moyens d'y faire face. Cette question doit donc être inscrite dans le programme de formation initiale de tout engagé. Sans dramatisation, elle devra souligner 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 des combats, les conduites à adopter et surtout les interlocuteurs qu'il faut savoir solliciter.

Ce type d'information doit être adapté aux personnes auxquelles elle s'adresse et renouvelé. Les cadres sont naturellement concernés au premier chef. Un enseignement

s'impose dans les écoles de formation et d'application. Une connaissance et une vraie prise en compte par l'encadrement de l'impact psychique des situations opérationnelles ont une influence majeure sur la façon dont chacun peut se saisir de la question ou au contraire l'évacuer. Un groupe de psychiatres et de psychologues de l'OTAN a effectué un travail sur la question et rédigé un manuel destiné à l'encadrement militaire (*Psychological Guide for leaders across the deployment cycle*, 2007). Ce manuel peut donc constituer une base de travail pour l'élaboration d'un enseignement adapté aux cadres de l'armée française.

Enfin, il y a des temps plus opportuns que d'autres pour renouveler cette information, la disponibilité d'esprit et la capacité à entendre n'étant pas toujours la même. Si le temps du départ en opération est un moment favorable à un rappel des signes cliniques permettant de repérer sa propre souffrance psychique ou celles d'un camarade, la question apparaît plus délicate au moment du retour. C'est d'avantage d'une aide à la reprise de la vie quotidienne que d'un cours de médecine dont les militaires ont besoin. Toute personne partant en mission opérationnelle doit bénéficier d'un rappel concernant les enjeux psychiques de la mission et les signes à repérer chez soi comme chez le camarade. Une information doit donc être dispensée concernant les interlocuteurs à solliciter en cas de difficulté au retour. La rédaction d'un petit opuscule pourrait être tout à fait opportune. Les organismes de sécurité sociale ou les assurances des militaires pourraient en être partenaires.

◆ **Pour une attention particulière à la fin d'engagement ou au départ à la retraite**

Le départ de l'institution est un moment très particulier dans la vie du militaire compte tenu des liens entretenus avec le groupe et leur place dans l'équilibre psychique du combattant. C'est un moment de stress. C'est aussi un temps où peuvent se révéler des troubles compensés jusque là, où un traumatisme psychique peut prendre une expression symptomatique nouvelle.

Quelle que soit la nature des troubles qui s'expriment, mais particulièrement lorsqu'il s'agit d'un état de stress post traumatique dont on sait le temps d'évolution, c'est un moment important pour engager les soins nécessaires, si ce n'est fait, ou assurer l'articulation vers le praticien qui pourra réaliser le suivi. C'est l'occasion de vérifier que les pièces médico-administratives soient bien renseignées pour une possible demande de réparation. Au moment où le dossier médical du militaire qui part à la retraite va être refermé, il est nécessaire qu'il soit systématiquement renseigné sur les éventuelles conséquences psychiques des missions opérationnelles effectuées et que le militaire puisse disposer des différentes pièces constitutives de ce dossier.

◆ **Pour assurer une continuité de soin des pathologies psychotraumatiques**

Nous avons souligné la place centrale du médecin d'unité dans le suivi médico-psychologique des militaires, que ce soit sur le terrain ou en garnison. Maillon central du dispositif de soin cohérent qu'offre le service de santé, il peut compter sur les spécialistes hospitaliers pour assurer le suivi de militaires qui présentent au retour de mission ou plus tard un état de souffrance psychique. Cependant, le positionnement géographique d'hôpitaux militaires parfois relativement éloignés des unités, mais aussi le souhait manifesté par les militaires de pouvoir bénéficier de soins plus proches de

chez eux, en milieu civil, nécessite que le médecin d'unité puisse s'appuyer aussi sur des correspondants civils locaux. Au moment où se créent d'importantes bases de défense avec des centres médicaux mutualisés, il sera utile que s'instaurent des liens avec les praticiens du secteur civil. Dans le domaine du psychotraumatisme, ce pourrait être avec les représentants locaux des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP). Disposer de correspondants avec lesquels se nouent des rapports de confiance, c'est se donner les moyens d'un meilleur suivi médico-psychologique des militaires. Il faut donc travailler à ce rapprochement qui pourrait passer par l'organisation de réunions de travail associant médecins d'unité, praticiens locaux et psychiatres des hôpitaux militaires de rattachement afin de créer des réseaux de soins qui permettent aux médecins d'unité de proposer différentes alternatives de soins aux militaires lorsqu'ils diagnostiquent une pathologie post traumatique. La Caisse Militaire de Sécurité Sociale Militaire ou les compagnies d'assurances des militaires (AGPM, GMPA..) pourraient être des partenaires essentiels dans la mise en place d'un tel réseau de soin.

Par ailleurs, les familles constituent aujourd'hui des interlocuteurs qui ne peuvent être négligés. L'équilibre familial est un facteur essentiel à la stabilité psychique du combattant. En même temps, les difficultés psychologiques rencontrées par le militaire ont un impact sur l'équilibre de la famille et de ses membres. 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. L'action sociale aux armées joue un rôle important en ce domaine. Sur le plan médical, les services médicaux d'unité ne sont pas, en dehors d'une aide d'urgence, dimensionnés pour prendre en charge les familles. Il faut cependant qu'elles puissent y trouver un lieu d'orientation en fonctions des besoins spécifiques qui sont les leurs. La mise en place de réseaux d'interlocuteurs médecins ou psychologues locaux est aujourd'hui indispensable au soutien des militaires et de leurs familles, adultes et enfants.

◆ Pour une attention plus particulière aux blessés physiques

Après avoir pu considérer que la blessure physique protégeait d'une éventuelle pathologie psychotraumatique, il est désormais admis qu'il n'en est rien, bien au contraire ! De plus, être blessé physiquement c'est se retrouver de facto éloigné du groupe des pairs et de l'appui qu'il peut constituer. On a donc là un facteur aggravant et désormais, lorsqu'un soldat blessé sur le terrain est rapatrié en France, il rencontre de façon systématique un psychiatre à l'hôpital militaire!

Mais l'interlocuteur médical ou chirurgical occupe souvent une place essentielle et la préoccupation du blessé se centre sur sa lésion, au dépend d'un réel investissement des soins psychiques. C'est fréquemment lorsque l'on parvient au terme de ces soins physiques que resurgit la question du traumatisme psychique. C'est aussi le cas d'autres pathologies pour lesquelles les préoccupations somatiques font négliger voir oublier l'arrière plan psychotraumatique. Il nous apparaît donc important de rappeler à tous médecins des armées, généralistes comme spécialistes hospitaliers, les conséquences négatives que peut avoir la non prise en compte de ce problème, non seulement pour l'évolution propre d'une pathologie psychotraumatique mais également de l'affection ou de la blessure somatique.

◆ Pour que la réparation prenne tout son sens

S'agissant de pathologies en lien avec le service, la question de la réparation doit être posée. La reconnaissance de la nation vis-à-vis des souffrances consenties est un élément important pour le militaire qui revient de mission atteint dans son corps mais aussi dans son psychisme. Entendue comme telle, elle n'est pas sans influence sur l'évolution des troubles présentés.

Le passage devant l'expert est désormais quasi systématique et souvent très rapide lorsque des militaires viennent de vivre un événement à fort potentiel traumatique, notamment lorsque le retentissement médiatique a été important. Cette façon de faire, pour attentionnée qu'elle apparaisse, oublie qu'en ce qui concerne l'évolution d'une pathologie post traumatique, il existe une temporalité propre à chacun et que brusquer les choses peut donner le sentiment de vouloir les refermer à tout prix et au plus vite. Par ailleurs, l'attribution en de telles circonstances de taux souvent identiques pour tous revient à nier la singularité du vécu de chacun. Le décret de 1992 sur la réparation des troubles psychotraumatiques indique la place essentielle de l'expertise dans le processus de guérison et de sa nécessaire articulation avec les soins (Décret, 10 janvier 1992). Il serait essentiel d'engager un vrai travail de réflexion, associant cliniciens et experts des anciens combattants, afin que les rapports soins/expertises puissent être articulés au mieux et que soit retrouvé le sens de cette notion de réparation.

Enfin, il est difficile de connaître le nombre des militaires ou anciens militaires actuellement pensionnés en raison pathologies psychotraumatiques. C'est cependant une donnée importante pour apprécier l'impact des missions militaires sur les hommes qui s'y trouvent engagés avec peut être la possibilité de voire apparaître des spécificités, par exemple en fonction des missions, permettant d'orienter les actions préventives. Il serait donc utile que ces données soient désormais plus accessibles.

Conclusions

La guerre laisse, qu'on le veuille ou non, des traces chez ceux qui s'y trouvent engagés. Cependant, pathologies du stress ou pathologies post traumatiques ne résument pas les troubles psychiques qui peuvent se manifester au retour d'opération.

Les militaires doivent être sensibilisés dès le début de leur engagement aux risques médico-psychologiques propres au métier des armes et aux moyens de les prévenir. Pour cela, le médecin d'unité est un acteur essentiel. La visite systématique annuelle doit être un lieu de dépistage, de suivi ou d'orientation. Aussi faut-il qu'il puisse compter sur la collaboration non seulement de l'encadrement militaire mais aussi de tous les acteurs médicosociaux qui entourent les militaires.

La survenue de manifestations psychotraumatiques peut intervenir immédiatement mais aussi à distance de ce moment du retour. Le temps contribue à l'oubli. La vie poursuit son cours, les missions se succèdent en même temps que les mutations, les fins de contrat et les départs à la retraite. Les groupes se défont et les individus se retrouvent plus rapidement qu'on aurait pu l'imaginer seuls avec leur souffrance. Mais les cauchemars et les flash-back, rappels incessants de l'instant traumatique n'offrent pas au sujet blessé le choix de l'oubli. Alors les mots parfois excessifs prononcés par des autorités bienveillantes, sur le coup de l'émotion, se retournent et raisonnent comme

une trahison. Et lorsqu'une demande de réparation est formulée, chargée de tout ce poids, la réponse est rarement à la hauteur des espoirs, contribuant à aggraver un mal être impossible alors à apaiser. C'est contre cette dynamique négative et pathogène qu'il y a lieu d'œuvrer d'abord en repérant ceux qui ont besoin de soins, en les y accompagnant et en assurant le suivi de leur évolution. Différentes voies peuvent conduire vers des soins. On peut envisager divers dispositifs. Cependant, si l'on veut éviter l'oubli pur et simple de certains, il importe de pouvoir agir de façon coordonnée. L'action médicale ne peut être conçue sans une implication des cadres, de l'unité, de l'action sociale des armées, de la cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT), mais également les organismes de sécurité sociale, d'assurances et des anciens combattants, chacun avec ses responsabilités spécifiques. C'est ce maillage qui doit permettre au militaire de retrouver les repères dont il a besoin pour dépasser ses propres difficultés ou sortir de l'isolement dans lequel tend à le plonger le trauma.

Bibliographie

- Défense et sécurité nationale (2008). *Le livre blanc*. Paris, Odile Jacob, La documentation française.
- CIM-10/ICD-10 (1993). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Organisation mondiale de la Santé. Paris, Masson. 305 p. 2-225-84021-0.
- DSM-IV-TR. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. American Psychiatric Association. 4^e éd. Paris, Masson, 1065 p. 2-294-00663-1.
- Briole G., Lebigot F., Lafont B., Favre J.-D. & Vallet D. (1994). Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, LXXXII^e Session, Toulouse 13-17 juin 1994. Paris, Masson.
- Vallet D., Boisseaux H., de Montleau F. & Rondier JP. (2006). Psychiatrie et armée. *Encyclopédie Médico Chirurgicale*, Elsevier Masson SAS, Paris, Psychiatrie, 37-882-A-10.
- Headquarters, Department of the Army, Combat and operational stress control (2006). Field Manual *FM 4-02.51 (FM 8-51). Washington DC, 6 July 2006.
- Friedman M.F. & Slone L.B. (2008). *After the war Zone; a practical guide for returning troops and their families*. Da Capo Press Inc., 256 p.
- Briole G., Lebigot F. & Lafont B. (1998). Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Addim, Paris.
- Hodge C.W. , Auchterlony J.L. & Milliken C.S. (2006). Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition from Military Service after Returning from Deployment to Irak or Afghanistan. *JAMA*, march 1, 2006. 295 (9): 1023-1032.
- Mèle E., Rondier J.-P., Favre J.-D., Pilard M., Boisseaux H. & Arvers P. (2007). Les rapatriés sanitaires en psychiatrie : Description clinique, facteurs étiopathogéniques et orientation thérapeutique. *Médecine et Armées*, 35 (5), 417-428.
- Vallet D. (2005). Étude exploratoire sur l'état de stress post-traumatique. *Médecine et Armées*, 3(5), 441-446.
- Lahutte B., Favre J.-D., de Montleau F., Arvers P. & Cudennec Y. (2005). Etude des congés de longue durée pour troubles psychiques chez les personnels militaires de l'armée de terre et de la gendarmerie. *Médecine et armées*, 33 (5), 419-423.

- Desjeux G., Aspar A.M., Colonna-d'Istria E., Raude D., Birioukoff M., Balaire C., Codaccioni A. & Thevenin-Garron V. (2009). Consommation de médicaments psychotropes chez les militaires d'active en 2005, *L'Encéphale*, 35, 249-255.
- Vallet D., Colas M.-D., Rondier J.-P. & Boisseaux H. (2007). Actualité de la prise en charge des troubles psychotraumatiques. In : *Livre de l'Ecole du Val-de-Grâce*. La Documentation française, Paris, 137-152.
- Van der Hart O., Van Ochten J.-M., Van Son M.J., Steele K. & Lensvelt-Mulders G. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a critical review, *Journal Trauma Dissociation*, 9(4), 481-505.
- Hacker Hughes J.G., Earnshaw N.M., Greenberg N., Elridge R., Fear N.T., French C., Deahl M.P. & Wessely S. (2008). The use of psychological decompression in military operational environments, *Military Medicine*, 173, 534-38.
- OTAN (2007). *A Leader's guide to psychological support across the deployment cycle*. NATO task group HFM081/RTG, 19 janvier 2007.
- Décret du 10 janvier 1992 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre. Journal officiel de la République Française. www.legifrance.gouv.fr