

LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE

EN

OPERATIONS EXTERIEURES

(OPEX)

**Guide pratique
à l'usage des Médecins Stagiaires
des Cours du Centre d'Instruction aux Techniques Élémentaires de
Réanimation de l'Avant de Lyon**

*Service de Psychiatrie
H I A Desgenettes
BP 25
69998 LYON ARMEES*

- *INTRODUCTION*

- *LA PSYCHIATRIE DE L'AVANT*

- *LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES TROUPES*

- *LE DEBRIEFING PSYCHOLOGIQUE COLLECTIF*

- *LA NEVROSE TRAUMATIQUE*

INTRODUCTION

Nous garderons dans ce cours l'appellation classique de «psychiatrie de l'Avant» pour parler du travail psychologique et psychiatrique, qui incombe aux médecins, psychiatres et médecins d'unités, accompagnant des troupes en opérations dans le cadre du soutien santé des soldats en unités constituées/

C'est donc un travail dans le contexte militaire organisé, auprès de forces régulières, différent, au moins par son environnement logistique, des missions humanitaires auprès de populations civiles.

Dans les «OPEX» modernes, les notions «d'avant » et « d'arrière », qui supposent un front bien défini des opérations militaires, peuvent ne plus être pertinentes. Le terme «d'avant » désigne tout de même ce travail médical qui se fait sur les lieux mêmes de l'action, au niveau des postes de secours des unités, suivant en cela le grand mouvement de médicalisation de l'avant qui consiste à amener les spécialistes médicaux au plus près du relevage des blessés pour des soins immédiats.

Depuis quelques années –1991 et la «Guerre du Golfe »- des psychiatres accompagnent les troupes en opérations, au même titre que les chirurgiens et les réanimateurs. En effet, c'est le temps où s'est accrédité en France et dans certains grands pays occidentaux, tant dans l'esprit du Service de santé que dans l'esprit du commandement, l'idée que des hommes fussent-ils sélectionnés, entraînés, formés et aguerris ne sont pas invulnérables au plan de leur psychisme et possèdent un point de rupture.

La violence des armes modernes, leur puissance de destruction, les difficultés de la vie en opérations et la complexité des missions modernes d'interposition qui obligent à repenser la doctrine d'emploi de la force, sont des facteurs de contraintes, générateurs de tension psychique chez les combattants en dehors même de toute blessure physique.

En milieu militaire, il existe une continuité entre les soins donnés soit dans l'immédiat, sur le terrain par le médecin d'unité et le spécialiste, soit un peu plus tard à l'arrière.

Dans tous les cas, le médecin d'unité est concerné ; il est le premier acteur de la chaîne de soutien santé et le psychiatre, à l'avant plus encore qu'en temps de paix à l'hôpital, est amené à travailler en liaison étroite avec les médecins et les cadres du commandement des unités.

Le médecin d'unité doit donc connaître les principes des traitements psychiques mis en œuvre à l'avant et en temps d'opération : tant pour les initier lui-même que pour appeler les spécialistes et lui passer la main le moment venu, qu'il s'agisse de la prescription de psychotropes ou du travail psychothérapeutique.

En effet, si les troubles psychiques générés par la guerre sont connus depuis l'antiquité, les guerres modernes et les missions d'un passé récent effectuées par les Armées de la France, ont remis l'accent sur ces notions de « blessure psychique » et de troubles psychiques immédiats et différés de combat, de situations d'exception, de captivité (otages).

Depuis la guerre Israélo-arabe du Kippour en 1973, tous les états majors ont retenu l'enseignement des premiers moments de cette grande bataille de chars et de matériels : les pertes psychiques ont été très importantes – de l'ordre de 30%-, particulièrement dans l'offensive des Israéliens contre les forces Syriennes sur le plateau du Golan.

C'est le grand enseignement des temps modernes, de la Guerre du Golfe où pour la première fois depuis longtemps un psychiatre a accompagné les troupes sur le terrain dès le temps du positionnement des forces, aux missions d'interposition et de maintien de la paix dans l'ex-Yougoslavie en guerre.

Il s'agit là, en parfait accord avec les principes isolés par le psychiatre américain Salmon, sur le front de l'Argonne pendant la première guerre mondiale, de traiter quand ils se manifestent et de prévenir les troubles psychiques chez les soldats en mission. « immédiateté », « proximité », « expectative », auquel est venu s'ajouter après la guerre Israélo-arabe du Kippour, un quatrième principe, la « simplicité ».

Ce n'est pas allé de soi et, en ce domaine, les résultats acquis sont toujours vulnérables, toujours susceptibles d'être remis en cause. Il faut la vigilance et la ferme conviction des médecins pour maintenir la nécessité de se pencher sur les hommes, au cas par cas, comme le fait en principe la médecine ; se pencher sur le particulier de chacun, sur ce que chacun a d'unique, et ce y compris en situation de guerre ou de catastrophe.

Freud rappelait, en 1918, que si les chefs militaires de l'Allemagne du Kaiser avaient vu se briser entre leurs mains la magnifique armée de 1914, la manière inhumaine dont étaient traités les soldats dans la tradition prussienne, en était responsable au moins autant que les combats eux mêmes. A lire Ernst Jünger, on ne peut que lui donner raison !.

Il s'agit de désigner par des vocables psychiatriques simples, les réactions émotionnelles au combat, en les démarquant de la défaillance morale, la lâcheté, et de la maladie mentale, la folie.

Après les guerres, la fin des combats n'arrête pas la pathologie, et les médecins militaires ont appris à connaître, dans les hôpitaux, les troubles psychiques différés et ce qui est appelé « névrose traumatique » par les français et « Post Traumatic Stress Disorder – (PTSD) » par les anglo-saxon ».

Le traitement rapide des troubles psychiques immédiats constitue la meilleure prévention de cette pathologie différée.

Là encore, il n'a pas été facile de faire reconnaître la part causale de la guerre ou des opérations militaires dans cette pathologie de survenue différée, parfois des années après les événements... C'est chose faite et la loi est venue officialiser la reconnaissance des « névroses traumatiques » et de leur syndrome de répétition. Il s'agit du décret du 10 janvier 1992 modifiant « l'annexe au Guide Barème pour la Classification et l'Evaluation des Troubles Psychiques de Guerre » du décret du 29 mai 1919, dont il abroge et remplace les titres XIV, Névroses et XV, Maladie Mentales.

Pour clarifier les idées, on peut dire que « la psychiatrie de l'avant » représente le travail thérapeutique et que tout ce qui concerne la prévention de la survenue de décompensations psychiques, est regroupé sous le vocable de « soutien psychologique des troupes ».

C'est un autre volet du travail du médecin militaire en opérations, en relation avec le psychiatre et le commandement. Il est particulièrement important avec les unités de l'armée de terre en opérations extérieures, quand il s'agit de petits groupes isolés dans un environnement hostile, que les unités ont été formées pour la mission, qu'elles sont constituées d'éléments divers qui ne se connaissent pas avant leur départ et qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble.

Quant au « débriefing psychologique collectif », c'est une méthode qui concerne de petites équipes, quand leurs membres ont été victimes d'événements particulièrement vulnérants. Il s'agit alors de mettre en place un travail de groupe, suffisamment vite après les faits, pour que tous les acteurs du groupe viennent à parler des événements qu'ils ont traversés. Il s'agit là encore d'un travail à visée préventive, pour prévenir la survenue de troubles psychiques, en particulier de développement de manifestations aiguës et de troubles des conduites post-immédiats, voire de réguler ce qui a pu apparaître au sujet comme un déchaînement hostile dans ces moments difficiles.

Nous aborderons successivement ces trois chapitres :

- 1] La psychiatrie de l'avant
- 2] Le soutien psychologique des troupes
- 3] Le debriefing psychologique collectif

Nous y ajouterons pour terminer une courte présentation de cette pathologie bien connue des psychiatres militaires, qui reçoivent les anciens soldats : la « névrose traumatique ».

- 1] LA PSYCHIATRIE DE L'AVANT

- I-1 Les troubles psychiques de guerre :

- A) Généralités

Ils sont connus depuis l'antiquité et Hérodote en fait mention lors de la bataille de Marathon : un athénien, Epizelos, y perdit la vue sans avoir reçu le moindre coup alors qu'il luttait dans la mêlée. Après la bataille, devenu aveugle, il racontait avoir vu passer un géant en armes, qui ne l'avait pas touché, mais avait tué son camarade à côté de lui !

Parler de « troubles psychiques de guerre » suppose que soient reconnues deux entités, le « psychisme » et la cause guerrière comme action vulnérante. Parler du « psychisme » suppose un état de la culture où sont individualisée la notion de « personne » comme unité atomique des groupes, avec le secret et le caché privé qu'elle contient. Il faut de plus qu'un lien soit fait entre des circonstances extérieures – la guerre – et un état intérieur des personnes – le psychisme.

Dans l'histoire médicale, c'est à Philippe Pinel en France, que la tradition fait remonter ce passage de l'être philosophique à la personne, objet des soins de la médecine, une médecine qui prend en compte le psychisme, au delà du physique des corps. Sa méthode était la « conversation », ce qu'il appelait « le traitement moral » de la folie, en lieu et place déjà des saignées et potions. Dans l'histoire de la psychiatrie, ce ne sont pas les guerres mais les premiers accidents des premiers chemins de fer qui ont amené au jour cette notion de l'étiologie traumatique d'une pathologie. La notion de traumatisme psychique est bien sûr dérivée de la notion de traumatisme physique, avec la même idée d'une atteinte lésionnelle incapacitante de l'unité de la personne, d'une atteinte à son intégrité.

Les concept de « nostalgie », comme celui de « vent du boulet », ont été abandonnés comme facteurs étiologiques après qu'ils aient été les premiers invoqués dans les quelques descriptions laissées par ces pionniers de la médecine militaire qui furent les médecins et chirurgiens des armées de l'Empire.

L'avènement des « batailles de matériel », comme l'invention des premières armes de destruction de masse (la mitrailleuse Gatling pendant la guerre de sécession américaine) ont amené les descriptions impressionnantes de la première guerre mondiale (« Shell shock », « hypnose des batailles », « états de distraction des grands terrifiés »...) et conduit à l'abandon des étiologies organiques pour des théories émotionnelles, le choc émotionnel, puis à une confirmation de la théorie traumatique de Charcot comme genèse des troubles psychiques, relayée par Freud, plus tard.

Maintenant, on substitue facilement la notion de « stress », à la notion de traumatisme et on invoque le « stress » comme facteur causal, en particulier après les Américains et le D.S.M III de 1980, qui introduisit la notion de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Le « stress » renvoie à une connotation plus physiologique que psychologique et si le terme lui même, « to stress », qui désigne l'attaque, l'agression est devenu synonyme de son effet, l'angoisse, il se présente comme une dénomination étiologique simple, facilement admissible par tous, pour désigner les réactions des sujets à des situations de tension, de conflit, quand il y a une présence d'un sujet dans le danger, dans un danger vital. La réponse au stress, ce sont les maladies de l'adaptation et les états réactionnels.

C'est une notion simple, dont le succès n'a d'égal que la réduction qu'elle fait subir au concept de traumatisme, dont on retient qu'il est l'effet produit sur un sujet par la rencontre d'une situation lui présentant à l'esprit sa propre mort, sa propre fin. De même la notion de choc émotionnel est insuffisante à rendre compte des effets observés, immédiatement et après un temps de latence qui peut être long.

On ne peut donner de définition objective universelle de ce qui est traumatique ou de ce qui ne l'est pas. Il faut faire intervenir la notion de sujet, de subjectivation d'un fait, où un fait devient un événement pour quelqu'un et pas forcément pour un autre co-présent.

Autrement dit il faut, pour faire traumatisme, la rencontre d'un fait et d'une personne pour qui ce fait prend sens d'un événement qui vient faire irruption dans l'illusion d'invulnérabilité dans laquelle nous vivons, pour présenter à ce sujet l'idée de sa propre mort, de sa propre disparition.

B) Les troubles psychiques :

Quand on parle de « troubles psychiques », on entend un ensemble de symptômes qui se manifestent de plusieurs façons.

Pour aller du plus visible au plus caché, il y a d'abord ce que l'on appelle les « troubles du comportement », puis les plaintes des sujets, ce dont ils se plaignent, énoncés des dysfonctionnements corporels ou fonctionnels troublant la sérénité de la santé, en tout cas accessibles par l'entretien, ou « l'interrogatoire du malade ». Enfin les données que le médecin recherche et met en évidence par l'examen.

Les troubles du comportement et des conduites, ce sont des modifications des conduites et comportements des sujets, telles qu'elles vous sont soit rapportées par l'entourage, soit montrées par le sujet lui-même. En opérations, dans le monde militaire, on peut observer des manifestations d'exaltation désordonnée, comme des crises clastiques ou excito-motrices, des troubles de l'humeur allant d'une euphorie d'allure maniaque à l'inhibition avec repli sur soi et refus de communiquer pouvant confiner au mutisme. Ce peuvent être aussi des troubles plus typés, allant d'un usage inapproprié de l'arme, pour des menaces envers des gradés ou des camarades, à des gestes de prises de risques inconsidérés, à des ivresses pathologiques, à des gestes auto-agressifs, des troubles des conduites alimentaires, comme le refus de s'alimenter.

Pour le psychiatre, ces troubles sont signifiants, c'est à dire qu'ils renvoient à des pensées du sujet qu'il importe de préciser, de pouvoir faire rentrer dans un cadre diagnostique précis. La grande question qui sous-tend l'exercice de la psychiatrie est ensuite : « qu'est-ce que ça veut dire ? », « de quoi cette plainte est elle l'objet ? », « à quoi cela renvoie t-il ? ».

Les plaintes des sujets sont parfois plus difficiles à mettre en évidence dans le contexte des opérations. En effet les soldats de métier sont des professionnels sélectionnés, entraînés, aguerris, ils ont un idéal de guerriers, durs à la peine, résistants à la douleur ou à la souffrance, peu enclins à se plaindre ou à s'auto-analyser pour écouter leurs peines. Celles-ci sont pourtant bien réelles quand elles se manifestent, et les médecins savent qu'à côté de cet idéal de surhomme, tous les humains ont un seuil de tolérance aux nuisances et un point de rupture psychologique.

Autant c'est la mission des cadres du commandement de promouvoir cet idéal d'invincibilité chez leurs hommes, -l'instruction, l'entraînement, l'obéissance aux consignes, la cohésion de corps constituent ce que l'on appelle la deuxième personnalité ou personnalité néo formée du soldat- autant le travail du médecin consiste à soigner les sujets s'ils viennent à être inégaux à cet idéal du guerrier moderne.

En opération, quelles sont ces plaintes ? Il s'agit le plus souvent de symptômes corporels ou de plaintes rapportées au corps : céphalées, lombalgies, sensations nauséuses ou vertigineuses qui se présentent sans les caractères de l'organicité de ces troubles. Ce peuvent être aussi des troubles du sommeil, des troubles de la mémoire gênant jugement et raisonnement, des troubles de l'attention. Une alcoolisation abusive et excessive, bruyante ou larvée que les autres dénoncent plus que l'intéressé ne s'en plaint. Ce sont souvent des symptômes plus mineurs qui vous sont rapportés par l'entourage qu'ils inquiètent : isolement et refus d'alimentation après réception d'une lettre, ou au contraire attente anxieuse de nouvelles qui ne viennent pas, inquiétude alarmée quant au sort d'un proche.

Un point sur lequel il faut être très vigilant, ce sont les propos qui témoignent d'une perte de motivation pour la mission, de doutes exprimés sur la pertinence de l'action en cours, d'une suspicion jetée à tous les camarades du groupe sur la fiabilité des chefs, tous propos qui témoignent d'un état dépressif de l'intéressé et son à contrer publiquement au niveau du groupe où de telles rumeurs ont un effet délétère sur le moral d'une troupe.

Enfin seul l'examen d'un sujet pendant un entretien permet de relever la sémiologie objective, en particulier celle qui se donne à voir : mimique, tenue, gestes et attitudes, qui témoignent de la présence du sujet à l'entretien, de son attention à l'interlocuteur ou de sa distraction, de la construction de sa pensée ou de la diffluence de son idéation.

Cet examen, comme l'entretien, doit –sauf danger- se dérouler seul à seul, c'est à dire sans la présence d'un interlocuteur extérieur et dans un lieu qui, s'il n'est un bureau, doit tout de même permettre la tenue dans le secret –qui seul permet l'aveu- du colloque singulier du médecin au malade. Dans l'entretien psychiatrique, dont les données sont corrélées à celles de l'observation clinique, il s'agit tout autant de nouer une relation avec le patient, relation qui sera déjà orientée dans un sens thérapeutique, que de relever les éléments de la sémiologie diagnostique.

C) Les troubles psychiques rencontrés en guerre ou en opération :

Les tableaux rencontrés sont ceux d'apparition immédiate ou précoce dans le temps des opérations.

C 1 La « réaction normale à la bataille » :

Il s'agit de réactions « normales » d'un sujet, par rapport à la situation dans laquelle il se trouve. Peur, angoisse, excitabilité, vive réactivité ou au contraire un ralentissement apathique, témoignent de l'implication d'un sujet concerné par le danger, danger des combats, danger des conditions de vie précaires. Des manifestations neuro-végétatives qui sont celles de l'anxiété accompagnent cette expérience subjective (troubles du sommeil, troubles du caractère avec irritabilité, agressivité, voire passages à l'acte envers des camarades ou des grades, diarrhée, pollakiurie, tachycardie, tremblements fins des extrémités, sudation et frissons...).

L'idée de « normalité » indique que ces réactions pathologiques sont considérées comme des réponses normales à une situation d'exception, la bataille. Ces troubles sont donc résolutifs avec la mise à l'abri des soldats, autant que faire se peut. L'entraînement, l'aguerrissement d'une troupe, augmentent la résistance des hommes aux facteurs stressants du combat.

C 2 Les troubles pathologiques personnels :

Les facteurs stressants, présents dans le combat comme dans les situations d'exception et de danger, sont susceptibles de provoquer chez les personnes, les soldats, des troubles psycho-pathologiques. Ces troubles renvoient à deux notions psycho-pathologiques : la notion de point de rupture et la notion de conflit intra-psychique.

Point de rupture au sens où il existe chez tout sujet, fût-il sélectionné, entraîné et aguerré, une limite, un point de dépassement de ses capacités en réponses adaptatives : au-delà, les symptômes de la pathologie apparaissent. C'est une pathologie de décompensation psychique personnelle, dont les symptômes sont différents chez chacun. Ils témoignent de la tentative d'invention de nouvelles réponses par la personnalité préexistante, confrontée à un conflit sans solution.

Conflit intra-psychique, entre deux motions contradictoires, qui existent chez tout combattant, entre le souci de se préserver et d'épargner sa vie et l'impératif du devoir, de l'obéissance, aux chefs comme aux idéaux personnels. Donc ici un double déterminisme à la fois réactionnel, lié à la conjoncture et structurel.

On peut bien sûr détailler les troubles, dans une présentation fidèle à la nosographie psychiatrique. On parlera alors de troubles névrotiques (états d'anxiété généralisée, phénomènes de conversion, troubles de l'humeur et dépression de l'humeur) et de troubles psychotiques (confusion mentale de guerre, psychoses délirantes aiguës, accès maniaques).

On peut aussi parler plus simplement et utiliser des concepts plus généraux, qui ont le mérite de désigner les réactions de la personne au combat en les démarquant de la défaillance morale, la lâcheté et de la maladie mentale, la folie.

On parle alors de « fatigue de combat » ou de « choc de combat », ou encore de la notion de « combat stress reaction » des anglo-saxons.

C 2.1 L'appellation de « fatigue de combat » regroupe l'idée de troubles réactionnels et normaux : dépassement normal des forces du combattant par l'intensité et la durée des facteurs stressants. On a tout de suite l'idée d'un traitement simple, le repos, la mise à l'abris, et d'une évolution qui tendrait, en principe, vers une « restitutio ad integrum » rapide, en tous cas sans nécessiter une évacuation vers l'arrière. En effet, l'idée est bien de traiter sur place, les troubles réactionnels à la situation de combat, qui peuvent être rapidement résolutifs.

C2.2 La notion de « choc de combat » est la plus pathologique. Elle implique l'idée contenue dans la notion de « choc », c'est à dire un dépassement important des capacités adaptatives d'une personne, par un événement qui la laisse un tant soit peu et durablement sans réponse... ou avec des réponses insuffisantes.

Cette notion très générale et assez simpliste de « choc de combat », regroupe des réactions psychopathologiques qui ont en commun d'entraîner une certaine incapacité, au moins temporaire des sujets. Qu'il s'agisse de tableaux de sidération anxieuse ou d'excitation et d'agitation comportementale, on rassemble sous ce terme le déclenchement au combat de réactions psychopathologiques regroupant des aspects de troubles névrotiques ou psychotiques aigus.

Raptus anxieux –l'attaque de panique des auteurs modernes-, crises expresso-émotives et symptômes de conversion des personnalités névrotiques et immatures, réactions dépressives au décès de camarades (avec les classiques

auto-accusations et auto-reproches du « syndrome du survivant ») tels sont les troubles dits « névrotiques » les plus courants.

La « confusion mentale de guerre », est un tableau clinique bien étudié par l'Ecole française pendant la première guerre mondiale (Capgras, 1917). C'est un syndrome confusionnel, où des facteurs étiologiques de l'ordre de l'épuisement physique peuvent être invoqués à côté de facteurs psychologiques, conjoncturels et culturels.

Parmi les troubles psychotiques rencontrés, soulignons la fréquence des psychoses délirantes aiguës. Réalisant les tableaux de la classiques bouffé délirante polymorphe des auteurs français, il s'agit d'un syndrome délirant hallucinatoire aigu, intensément vécu, sans troubles de la vigilance, d'évolution assez rapidement résolutoire, sans conséquence ni lendemain à moins qu'il ne vienne inaugurer une entrée dans la schizophrénie.

Les états maniaques sont plus rares.

Un cas particulier est la rencontre dite « traumatique » : rencontre d'une personne et d'un fait, fait qui va prendre pour cette personne la dimension d'un événement traumatique. C'est un fait de hasard, où l'intéressé a pu percevoir, pendant quelques instants, directement ou par personne interposée, le risque mortel imminent et imparable pour lui, où il a pu sentir sa vie menacée, directement, et sans recours. Laissés à eux mêmes, ces sujets seraient les plus à même d'évoluer vers les troubles psychiques différés et chroniques de la « névrose traumatique ».

I-2 LES PRINCIPES DU TRAITEMENT EN URGENCE

La présence d'un psychiatre au plus près des opérations, le situe avec le réanimateur et le chirurgien, et en général, le psychiatre est un membre de l'équipe médicale d'une ACA (Antenne Chirurgicale Aéro-transportable ou de l'Avant, petit hôpital de campagne d'une dizaine de lits environ ayant pour mission un premier traitement avant évacuation à l'arrière ou retour au service) ou de l'Hôpital Militaire de Campagne (HMC). Il est là pour pratiquer, en liaison avec le médecin d'unité les premiers soins en urgence sur les patients triés qui lui sont adressés.

S'il y a des urgences psychiatriques, qui sont des urgences à parler pour un sujet, des urgences à traiter pour le médecin, il y a aussi une hiérarchie des urgences. Il va de soi que l'urgence du réanimateur est vitale, celle du chirurgien n'attend que peu de temps, celle du psychiatre vient après.

En schématisant et pour fixer les idées, on peut dire que le médecin d'unité traitera les « réactions normales à la bataille » et les « fatigues de combat », il appellera le psychiatre et traitera avec lui les « chocs de combat ».

Les principes directeurs de ce traitement en urgence sont connus comme « Principes de Salmon » qui sont toujours d'actualité. « Immédiateté, proximité, expectative et simplicité », constituent les quatre termes de la doctrine.

« Immédiateté » et « proximité » sont réalisés par la prise en charge sur place, à l'avant des « blessés psychiques », évitant une évacuation vers l'arrière de blessés debout qu'il ne faut pas transformer en blessés couchés.

« L'expectative », veut dire qu'il s'agit de mettre en place un traitement qui laisse au soldat-patient le temps pour une évolution personnelle, pour une subjectivation de troubles liés à une situation subie, dont le sujet ne peut se déprendre. Autrement dit, médecin et psychiatre se laissent le temps de juger l'évolution de l'état subjectif du soldat avant toute décision d'aptitude, laquelle peut tout à fait être une décision d'inaptitude. (Cette notion, évidente en temps de paix, pourrait avoir tendance à disparaître en temps de crise ou surtout de guerre ou la pression des opérations sur les médecins pourrait être forte, amenant l'idée de soigner les soldats pour les renvoyer au combat ! C'est là une position d'éthique médicale : la médecin a ses fins qui sont le rétablissement de la santé des hommes et laisse à chacun la décision de ce qu'il a à faire).

« Simplicité » enfin, tant des moyens, qui sont ceux rustiques du terrain, que des buts, limités à traiter à l'actuel sans envisager de traitement de fond.

Traitement dans un premier temps au niveau du poste de secours de l'unité, qui doit amener une résolution rapide des troubles en 24, 48 heures au plus, pour une restitutio ad integrum, faute de quoi, une évacuation vers l'arrière, d'abord vers l'ACA sera indiquée.

Les principes du traitement incluront toujours quatre aspects. Premièrement, la mise au repos dans un lieu protégé des soldats blessés, à qui il faut toujours retirer leur arme, fût-ce pour peu de temps, quand ils sont dans un lieu de traitement médical. Deuxièmement, des mesures physiques de restauration corporelle, ayant valeur de restaurer un bien être minimum : réhydratation, alimentation, réchauffage, avec un lavage corporel si possible pour restaurer des conditions d'hygiène qui ont pu longtemps être défectueuses.

Troisièmement, au plan chimiothérapique, on utilisera plutôt des tranquillisants à demi vie courte que des neuroleptiques, aux indications plus limitées ou des antidépresseurs dont l'effet ne se fait sentir qu'après un temps de traitement relativement long, de l'ordre de plusieurs jours ou semaines.

Le quatrième aspect est la relation psychothérapique qu'il est nécessaire d'entreprendre avec ce soldat-patient. Elle nécessite que s'établisse une relation de confiance entre le patient et le thérapeute. La confiance se mérite, elle ne se décide pas. Les soldats sur le terrain n'ayant guère le libre choix de leur praticien comme en milieu civil, il est habituel de dire que les médecins militaires ont un devoir d'excellence...

Si tout médecin de par sa formation et son engagement professionnel est susceptible d'engager une relation d'aide avec un patient, la chose est plus complexe qu'il n'y paraît et c'est typiquement le champ électif d'action du psychiatrie, qui a formé son écoute et appris à bâtir ses réponses dans l'expérience clinique qui est celle acquise auprès des malades dans les hôpitaux.

En effet psychothérapie ne veut pas dire qu'une relation d'empathie bienveillante soit suffisante, que les conseils prodigués par une autorité paternaliste, dispensent d'entendre et de distinguer ce qu'il y a à relever de ce qu'il y a à oublier dans les propos du patient pour arriver au but de toute psychothérapie : donner existence et faire exister l'autre. Si le médecin d'unité à vocation à entreprendre ce travail, à s'y essayer, pour peu qu'il y ait quelques dispositions ou quelque attrait, c'est tout de même grandement le champ du spécialiste en psychiatrie ou en psychologie médicale, dont la compétence relève de ce domaine immatériel du lien inter humain.

Le traitement des soldats au plus près de la zone des combats ou des opérations militaires pose au psychiatre, comme au médecin d'unité, un problème éthique : la fonction du médecin est fondamentalement le service du malade ; la fonction du médecin militaire, officier membre de l'état major de l'unité est aussi le soucis du groupe, le soucis du collectif de l'unité.

Il faut que le médecin se donne les moyens de faire, « en conscience », ce qu'il a à faire pour son patient. Il doit défendre et protéger l'homme malade qui a des moyens de défense amputés ou affaiblis, jusqu'à leur retour. C'est là son devoir éthique de médecin. Cependant, ni le médecin ni le patient militaire ne peuvent ignorer le contexte militaire de l'opération : il échoit aussi à chaque soldat, de faire, ce qu'il a à faire, ce qui peut impliquer le retour au danger. Le médecin peut avoir à défendre sa décision de penser devoir évacuer vers

l'arrière, d'hospitaliser, ou de retirer temporairement du service, un soldat qui le justifie, y compris en défendant son honneur contre toute accusation de lâcheté...

C'est là qu'est en jeu la place du médecin dans l'unité. Sa décision sera d'autant mieux acceptée des cadres du commandement qu'il aura leur confiance.

Rappelons que si la place de la médecin n'est pas contestée, la parole du médecin, de chaque médecin particulier peut l'être et il appartient à chaque praticien de gagner et de mériter la confiance des cadres de son unité.

▪ 2] LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES TROUPES

On entend par là toutes les actions qui visent à la mise en condition et au maintien du « moral » des soldats en mission, c'est à dire de la disponibilité des hommes pour le service de leur mission militaire. Il ne s'agit pas de faire des surhommes, aux capacités démultipliées, insensibles, invulnérables, mais dans le respect d'une éthique médicale au service de la personne, de permettre à chacun la pleine possession de ses moyens.

Pour ces missions en « Opérations extérieures », l'armée de métier ne requiert plus les gros bataillons de l'armée de conscription, mais un nombre réduit de soldats professionnels, sélectionnés, entraînés, motivés et disponibles. Les missions de ces soldats, si elles tendent à s'inscrire sous le sceau du nouveau concept de « zéro mort » dans le camp ami, sont devenues plus complexes : rétablissement de la paix, maintien de la paix, interposition pour séparer des belligérants sans « ajouter la guerre à la guerre »... Ces modernes doctrines d'emploi des Forces, peuvent requérir jusqu'au niveau le plus élémentaire de la hiérarchie, un sens de l'observation, des capacités minimales d'analyse, des prises de décisions innovantes par rapport à des situations apprises. Le travail enfin en coopération internationale, européen en particulier, nécessite une connaissance de l'autre allié, et au moins de sa langue ou d'une autre langue commune, sinon de sa culture militaire.

Le « moral » des soldats, c'est un souci qui concerne au premier chef le Commandement : l'exercice de l'autorité implique une bonne connaissance des hommes, un par un. Les cadres du Commandement, qui ont généralement une très haute idée de leurs prérogatives et devoirs, ont une connaissance de leur personnel pour ce qui est leur rôle : la conduite des opérations et de la logistique, sans oublier le moderne « welfare » (bien être) du soldat ! Entraîner, motiver par la parole et par l'exemple, délivrer l'information sur les événements du terrain, donner le sens de la mission, assurer les conditions matérielles de vie, le service du courrier, des télécommunications, ... Ce sont des soucis de Commandement qui dispose des moyens d'y répondre.

Le médecin est aussi concerné, tant dans son travail d'homme de l'art, que dans son rôle d'expert en hygiène mentale du groupe auprès du commandement. Prévention, individuelle et collective de possibles décompensations en mission et traitement, au cas par cas, des troubles avérés sont encore les eux champs de son action.

Ce travail de prévention commence dès avant le départ en mission de l'unité ou de ses éléments. Le plus souvent il se fera en liaison avec le Commandement, tant pour préserver une indispensable unité de décision que pour assurer aux décisions médicales leur effectivité.

C'est en effet le travail du médecin, avant un départ en mission d'une unité désignée que de recevoir en consultation, un par un et sur son appel, toutes les personnes concernées pour un bilan avant départ. A côté de la classique « visite médicale », faisant le point de l'état de santé de l'intéressé, à la recherche d'éventuelles pathologies qui contre-indiqueraient un départ, de prises médicamenteuse ou de « mauvaises habitudes » de vie au plan de la consommation de toxiques (addictions, alcoolisme) qui restreindraient l'aptitude, pratiquant une mise à jour des vaccinations et des examens obligatoires (l'inquiétant « panoramique dentaire »...), il s'agira de vérifier, dans un entretien orienté, la disponibilité subjective de l'intéressé pour la mission.

En effet, autant par principe, les soldats de l'Armée de métier sont à priori aptes aux missions extérieures, autant c'est le rôle du commandement d'entraîner l'ensemble en créant la dynamique du départ, autant c'est au médecin de vérifier dans un entretien, portant sur ce point du lien pour chacun entre la vie privée et la vie professionnelle, les dispositions de tous, un par un, pour ce départ... Qu'il s'agisse des plus jeunes que ne retiennent que peu d'attaches, mais qui n'ont aucune expérience du danger, ou des plus anciens, aguerris ou déjà auréolés du prestige des missions antérieures, que peuvent préoccuper un conjoint supportant mal les séparations ou des enfants en souffrance éducative... Une liaison avec les Services Sociaux, en accord avec les intéressés peut être ici un facteur favorisant une meilleure adaptation au départ.

Il importe que le médecin se donne les moyens de pratiquer cette « visite » avant départ, en obtenant du commandement, dont il doit avoir le crédit de la confiance, le temps et la disponibilité des intéressés nécessaires. C'est le moyen le plus sûr pour éviter d'avoir, sur zone, à pratiquer des évacuations sanitaires.

Cette connaissance des hommes des unités, les uns par les autres est si importante, qu'a été mise au point la pratique des « camps de cohésion ». Il s'agit, pour les membres de ces unités néo-formées d'éléments divers-compagnies de diverses spécialités issues d'unités différentes, réunies

temporairement en vue de l'unité d'une mission-d'apprendre à connaître leurs interlocuteurs et leurs répondants dans les chaînes fonctionnelles du travail, de permettre à chacun de savoir ce qu'il peut attendre de qui, en même temps que peuvent se nouer ces liens issus d'affinités de rencontre qui font une dynamique dans une unité. Ce sont des pratiquer d'une durée de un mois en général, quand des délais le permettent, hors de l'urgence d'un départ.

Un facteur très sûr pour une réussite collective de la mission est bien sûr l'information, voire l'instruction, qui sera délivrée avant départ.

Information à titre de culture générale sur les conditions géopolitiques, historiques, sociologiques de la mission, voire sur des points plus spécifiques sont du ressort du Commandement, mais aussi du médecin en tant qu'homme concerné, pour anticiper de ce que sera la mission. Au plan médical bien sûr, il est du devoir du médecin de s'informer, en liaison avec la chaîne hiérarchique « santé » des conditions climatiques et sanitaires pour savoir s'en protéger.

Ces éléments ne sont pas anecdotiques, une information juste, mesurant les risques encourus, anticipe l'avenir pour chacun et lève l'angoisse devant l'inconnu en donnant l'assurance avec les moyens d'y répondre. Sur zone, cette nécessité de l'information continue sur le déroulement de la mission est aussi une nécessité. C'est bien sûr essentiellement le rôle du Commandement, mais le médecin peut y contribuer, pour autant qu'il soit lui même informé, ... ce qui devrait être le cas s'il assiste aux réunions d'état major... de l'unité ou du groupement. C'est d'autant plus une nécessité dans notre temps, que chacun peut disposer de moyens de recevoir des informations et commentaires radiodiffusés, émanant de sources divers, sur la mission en cours... De même, le maintien du lien avec les familles restées en France est essentiel. Qu'il s'agisse du Service du Courrier ou des modernes télécommunications, pour peu que tous y aient accès.

Veiller à l'hygiène mentale du groupe de l'unité en cours de mission implique de rester vigilant et à l'écoute des personnes. D'abord en rendant visite aux éléments isolés, installés avec des conditions de vie et de travail parfois rustiques et inconfortables, voire avec l'angoisse du danger ou la tension de l'inaction devant des événements violents. Ce sont ceux là bien sûr qu'il faut soutenir en premier, en liaison avec le commandement, pour ce qu'ils sont exposés à des crises ou à des raptus.

Un problème moderne est posé par la présence de drogue parmi les populations que concerne des substances toxiques, Cannabis, Haschich, ou des drogues plus dures comme cocaïne ou héroïne... et succomber à l'attrait des paradis artificiels des ivresses chimiques ou aux incitations de « dealers » habiles qui offrent avant de faire payer pour créer un besoin qui n'existait pas... L'Armée, le Service de Santé des Armées, refusent la drogue, mais l'attitude générale de la population a tendance à être beaucoup plus complice, voire sournoisement complice, pour céder à la facilité plutôt que d'aller à la rigueur exigeante.

Il n'empêche, qu'il faille encore considérer la toxicophilie-pas la toxicomanie (le stade de la dépendance avérée), qui est, assurément, une clause d'inaptitude au service-comme mettant en question l'aptitude du soldat à servir en OPEX. Etant entendu qu'une consommation habituelle de toxiques (une toxicophilie active), découverte en métropole avant départ, constitue assez systématiquement une clause d'inaptitude médicale à toute activité en OPEX.

Là encore, la conduite à tenir diffère s'il s'agit d'un aveu dans une consultation médicale, sous le sceau du secret, ou s'il s'agit d'une découverte par le commandement ou des autorités de police. Dans le cas d'une découverte médicale, il s'agira d'abord d'apprécier la réalité et les modes de cette toxicophilie, son caractère amendable ou pas, son retentissement sur l'activité en susciter une décision d'expectative, autant une consommation avérée et régulière doit être considérée comme entraînant une inaptitude à servir en mission extérieure, et provoquer s'il le faut, une décision de rapatriement. En ce cas, le médecin doit garder le secret de la confiance de son patient, même s'il est de son devoir d'alerter le Commandement qu'il y a de la drogue offerte dans tel ou tel lieu.

Si un sujet est signalé au médecin comme ayant été repéré comme consommateur ou détenteur de drogue, il est normal que le médecin convoque cette personne pour un entretien et une visite médicale. Il s'agira alors d'apprécier la réalité et le retentissement pour le sujet de la consommation, de faire le point sur la place de la drogue dans la vie de ces sujets. Le Commandement prend les sanctions qu'il juge bonnes ; le médecin statue sur l'aptitude au service en mission extérieure. Il est évident que le grade et l'exercice de responsabilités imposent une rigueur plus stricte dans l'application des règles d'aptitude au service et de rapatriement.

Les troubles des conduites en opérations extérieures sont les plus fréquents des troubles psychiques survenant chez cette population de soldats professionnels, sélectionnés, entraînés, volontaires, mais placés dans un contexte de menaces extérieures et de tensions internes, propres à chacun.

Toxicophilie, usage inconsidéré de l'arme, crises clastiques et rixes, ivresses éthyliques, tentative de suicide, troubles corporels fonctionnels, plus que fugues ou désertions.

Dans chaque cas, l'analyse de la conduite, rapportée à la personnalité du sujet, permettra le plus souvent de retrouver le ou les facteurs étiologiques déclenchant et d'agir en conséquence. Il est classique, dans le contexte d'une OPEX et sur zone, d'avoir, sauf avis contraire expressément formulé du Commandement, une politique de rapatriements faciles vers la métropole. A ce propos, si certains cas peuvent souffrir d'être différés pour des raisons de disposition des moyens ou de moral de l'unité restante, le médecin doit savoir être, avec discernement, intransigeant quand la pathologie ou les risques encourus l'exigent.

Ce sont typiquement des cas qui justifient l'appel au psychiatrie sur le lieu des opérations, s'il s'en trouve un.

▪ 3] LE DEBRIEFING PSYCHOLOGIQUE COLLECTIF

C'est ainsi qu'il faut nommer ces réunions, rassemblant, dans un délai dit « post-immédiat » après un événement grave ou exceptionnel, l'ensemble des témoins, acteurs ou victimes de cet événement, aux fins de mettre chacun, en présence des autres coprésents, en mesure de dire, raconter ce qu'a été pour lui le dit événement, de traduire publiquement dans les mots de la langue l'ineffable de toute expérience jusqu'à ce que ce qui fut ressenti confusément par chacun soit nommé.

Debriefing « psychologique », pour différencier cette pratique des autres debriefing organisés par d'autres professionnels, en particulier militaires, dans le sens ici de « compte-rendu de mission ».

Debriefing psychologique « collectif » pour mettre l'accent sur le côté groupal de ces réunions, à distinguer donc du travail fait individuellement avec chacun dans le secret du cabinet de consultation par médecins et psychologues (par convention, on ne parle pas alors de « debriefing », si ce n'est par abus de langage, mais de « consultation »).

Par « événement grave », il faut entendre un événement aussi fortuit qu'inhabituel, qui a sur les présents, qu'ils soient acteurs témoins ou victimes un retentissement exceptionnel, qu'il y ait eu ou non rencontre choquante ou traumatique. Ce sont néanmoins des événements auxquels on suppose un pouvoir pathogène, au sens où ils viendraient à présentifier un peu trop crûment, aux yeux des témoins des choses que la civilisation voile habituellement... par mesure de pudeur ou de prudence, ... dont la révélation a valeur aussi bien de réveil parfois salutaire.

Ce sont des scènes d'horreurs, des visions de cadavres ou de corps déchiquetés, des scènes de tortures ou de supplices, de catastrophes et de destructions, toutes scènes dont il faut se défendre, car elles ont paradoxalement auprès de certaines personnalités un pouvoir de séduction morbide.

On voit tout de suite que ce qui est pathogène ou traumatique est le résultat d'une rencontre, une rencontre entre un fait et une personne. Chaque personne, qui est unique par son histoire, en vient à relever un fait, qui autrement existe bien sûr, mais pour personne, et élève ce fait à la dimension de l'événement en le subjectivant, en le faisant sien à travers une lecture privée qui constitue pour chacun ce qu'on appelle « la réalité ».

(« La réalité » n'est pas réel à l'état brut de la perception, c'en est une lecture privée et déjà une construction élaborée, produit de l'association des différentes perceptions du fait par les sens de la personne. Ce qu'indique bien l'étymologie du terme, « la réalité », c'est ce qui est « comme » le réel, c'en est déjà une représentation).

Il n'y a donc pas de faits en eux mêmes pathogènes, ou qui auraient en propre cette propriété, il y faut quelqu'un qui la leur confère, volens, nolens.

Il s'agit par cette réunion de groupe de favoriser l'expression par chacun de son expérience privée et on pas d'écrire l'histoire collective du fait vécu. En effet les auteurs pensent, essentiellement avec les psychanalystes français*, qu'il n'y a pas d'énonciation collective de ce qui est privé, de ce qui appartient à chacun. Cette option théorique des auteurs français, les différencie d'un certain nombre d'autres opinions. En particulier les Américains, parlent de « demobilization », de « defusing », au sens de désamorcer des réactions pathogènes qui auraient été enclenchées et resteraient menaçantes.

On parle aussi de la fonction « cathartique », ab-réaction ou expression par le sujet des émotions déclenchées par la scène ou l'événement, dans un délai post-immédiat. C'est vrai aussi, mais ces réunions visent à plus (en effet, affects et émotions s'ils peuvent être étudiés isolément sont nécessairement, chez la personne au sein de laquelle ils se produisent associés à des représentations idéiques ou imagées).

EN PRATIQUE

Où ?, quand ?, comment ?, avec qui ?

La référence reste ici encore les quatre principes de Salmon : immédiateté, proximité, expectative et simplicité.

OÙ ?

Un lieu proche de l'événement. En milieu militaire, ce peuvent être le poste de secours, l'infirmerie régimentaire ou du navire, ou tout autre lieu neutre à l'unité, plus que l'hôpital qui donne une connotation médicale et pathologique pour ce qui n'en a pas nécessairement.

QUAND ?

Le délai dit « post-immédiat », indique la durée d'un temps nécessaire à un premier apaisement des personnes ayant traversé ces événements.

Il ne s'agit donc pas de soins immédiats (ceux à apporter sur place, au moment de la relève des « blessés psychiques » : mise à l'écart et au repos, présence apaisante et expression des émotions), mais d'une attention différée, qui s'adresse aux victimes et impliqués, lesquels ont déjà commencé à prendre la mesure de l'événement.

Quelques jours de délai (deux, trois, ..., une semaine, environ) paraissent un bon moment. Il ne faut pas non plus trop attendre sans quoi une « fable collective » prendrait le devant sur une élaboration personnelle).

AVEC QUI ?

Ce sont essentiellement les participants à l'événement. L'expression personnelle des intéressés qui est attendue nécessite une confidentialité qui exclut les observateurs extérieurs : représentants du Commandement ou d'autorités, amis, famille, épouses ou fiancées, ou a fortiori la Presse. Si des enfants étaient concernés-ce qui est rare en milieu militaire - rien ne s'oppose à ce qu'ils participent à ces séances. (au-delà de « l'âge de la raison », bien sûr !).

Les animateurs du groupe ont vocation à être les médecins, médecin de l'unité ou des unités concernées et présents sur place au moment des événements, avec psychiatre ou psychologue, accompagnés d'un infirmier.

En métropole, les médecins d'unité font appel à un psychiatre de l'hôpital régional, en OPEX, au psychiatre de terrain s'il y en a un. Un événement particulièrement grave peut motiver qu'il en soit appelé un s'il n'y en avait pas.

Il est souhaitable qu'un tel groupe ne dépasse pas la taille d'une douzaine de participants. Si l'ensemble des personnes concernées dépassait ce chiffre, il faudrait scinder cet ensemble en plusieurs groupes qui se tiendraient séparément. Les animateurs ne doivent pas non plus être trop nombreux, deux à trois sont un maximum.

Des deux ou trois animateurs, il importe que l'un au moins soit attentif à ce que la parole circule et ne soit pas monopolisée par quelques uns qui voudraient imposer leurs opinions. Il doit savoir intervenir, à bon escient, en ce

sens si nécessaire. L'autre ou les autres animateurs ont une fonction d'écoute des propos entendus : ils doivent pouvoir en relever certains, en minimiser d'autres, en fonction de leurs capacités personnelles d'entendement... Une place doit être laissée aux associations spontanées des personnes qui peuvent voir l'événement actuel corrélér avec d'autres épisodes de leur vie.

De telles associations peuvent même être sollicitées par les animateurs devant des récits trop convenus ou trop impersonnels. Il s'agit de favoriser l'expression personnelle, en public, sans tomber dans l'exhibitionnisme ni l'auto accusation ou l'auto justification satisfaite.

Le repérage par le spécialiste de l'expression de troubles psychopathologiques personnels peut justifier la pratique d'entretiens individuels à l'issue de la réunion de groupe. Là seulement seront envisagés les questions d'un ordre trop personnel pour pouvoir être envisagées devant un public qui est, il ne faut pas l'oublier, une assemblée de pairs professionnels (chacun doit y tenir un rôle !). Ils seront l'ouverture, si nécessaire, vers un suivi en consultations spécialisées.

COMMENT ?

Il est bon que les animateurs se présentent et que le but de la réunion soit indiqué avec ce qui est ici la règle, la libre expression personnelle de l'expérience vécue. Si le médecin avait été lui-même concerné par les faits en cause, on peut imaginer qu'il prenne la parole à titre personnel dans un tel groupe. La durée prévisible d'une telle séance est d'environ deux heures, en laissant aux animateurs la conduite de la réunion et le choix de l'opportunité pour la clore.

Le respect d'une stricte neutralité par rapport aux événements est une nécessité pour les animateurs : ils devront se déprendre de toute attitude de compassion envers des sujets qu'ils peuvent penser a priori des victimes... lesquels peuvent tout aussi bien, malgré les apparences de la vraisemblance, se sentir responsables voire coupables ! De même on se défiera du phénomène collectif de désignation d'un bouc émissaire, ou de la mise en cause rituelle des autorités constituées... (« l'Armée », « le gouvernement »...) qui viendraient faire obstruction à des énonciations plus personnelles ;

Enfin une ouverture sur l'avenir et le devenir personnel de chacun, donne sa vraie place à ce retour sur le passé pour le réordonner en évitant les fixations,

Les arrêts sur images : il s'agit de rendre à chacun la fluidité de la pensée qui permet d'anticiper l'avenir pour un sujet qui est à penser comme « d'une insoutenable légèreté »...

Il est évident qu'aucun compte rendu des propos échangés ne doit être fait au Commandement (Confidentialité nécessaire à tout échange un tant soit peu privé) ; de même aucune décision médico-militaire ne peut être prise à l'issue de ce type de réunion.

L'effet de ces réunions bien conduites est en général assez spectaculaire tant sur le plan des possibilités d'expression et de récit des événements par les sujets concernés, qu'au plan psychopathologique personnel avec une sédation anxieuse, un retour du sommeil, un réinvestissement des relations personnelles et sociales, professionnelles et familiales.

LA NEVROSE TRAUMATIQUE

Il s'agit d'une pathologie bien connue des médecins et des psychiatres militaires. C'est une pathologie fréquente en consultations à l'hôpital militaire, quand des années après des faits de guerre ou d'opérations, des retraités militaires reviennent consulter dans leur milieu d'origine et retrouvent leurs interlocuteurs naturels du Service de Santé des Armées.

C'est en effet, une pathologie d'apparition différée par rapport aux faits de guerre ou d'opération, avec un intervalle qui peut se chiffrer en mois ou années plus qu'en semaines. C'est l'existence de cette pathologie, d'évolution généralement longue et chronique, handicapant le reste de la vie de ces sujets qui a justifié la mise en place de mesures préventives et en particulier la décision, dans le contexte de la médicalisation de l'avant, d'envoyer des psychiatres à l'avant, avec les réanimateurs et les chirurgiens.

C'est une pathologie historiquement connue, récurrente car elle disparaît beaucoup dans le temps de paix pour réapparaître après des périodes de troubles. Souvent difficile à diagnostiquer, non que les troubles ne soient patents, mais parce que les intéressés eux-mêmes ne pensent pas toujours à faire le lien entre la symptomatologie présentée et leur passé militaire. C'est une pathologie qui ouvre droit à une légitime prise en charge par le ministère des « Anciens Combattants », voire à une indemnisation par pension militaire au-dessus d'une valeur seuil d'IPP (Incapacité partielle permanente).

Très étudiée par les auteurs français (L. Crocq ; C. Barrois ; G. Briole et avant eux, Fribourg-Blanc et P. Juillet), ces troubles sont connus des Anglo-saxons sous le nom de « Post Traumatic Stress Disorder » ou PTSD.

A partir d'un fait initial, tout à fait contingent, mais qui a valeur d'événement choc pour un sujet, pour lequel il constitue une rencontre sans médiation de la représentation de sa propre disparition, de sa propre mort, une séméiologie très évocatrice se met en place.

Les romanciers, comme toujours, ont précédé les scientifiques. Un auteur comme Balzac en a donné un exemple saisissant dans « Adieu », une nouvelle de « la Comédie Humaine ». C'est l'histoire d'une belle femme, qu'il faut supposer une amoureuse passionnée, qui avait réussi à suivre, dans la campagne de Russie de 1812, malgré les difficultés d'une telle vie, son amant, officier dans la grande Armée. Malheureusement, celui-ci périra pendant la retraite, emporté par les flots glacés, au passage de la Bérézina. Sans qu'elle n'ait pu rien faire pour le sauver, cette femme énergique perd, sous ses yeux, tout ce à quoi elle tenait, n'emportant de l'objet de sa passion que ce dernier mot « adieu ! » avant qu'il ne disparaisse à jamais, et qu'elle ne sombre dans la folie à son retour en France.

Si la « névrose traumatique de guerre » constitue un tableau classique et bien individualisé pour les psychiatres des armées, cela tient à un regroupement syndromique particulier et spécifique de la pathologie de guerre ou de situations d'exception.

La « névrose traumatique » reste cependant pour nous, mais tous les auteurs ne sont pas unanimes sur ce point, une « névrose », au sens de la catégorie des « psycho-névroses de défense » isolées par S. Freud. En ce sens, la pathologie rencontrée témoigne de la réponse d'un sujet déjà constitué à des événements extérieurs. Cette réponse met en jeu la vie pulsionnelle de ce sujet en tant que l'effraction traumatique porte sur l'écran de la réalité psychique (le fantasme). Un paradoxe est au cœur de cette pathologie : la fixation d'un sujet à des événements porteurs d'horreur dont il devrait, pense t-on, logiquement se détourner au plus vite. Le « désir » du sujet est ici concerné !.

I] Tableau clinique

D'un point de vue séméiologique, le tableau constitué associe trois ordres de symptômes :

- 1°) Le « syndrome de répétition traumatique » (SRT).
- 2°) Les symptômes régressifs.
- 3°) Les symptômes névrotiques de structure.

I- 1°) Le syndrome de répétition traumatique :

Il constitue le noyau central du tableau de « névrose traumatique ». Il survient, à l'occasion d'une autre rencontre réelle, la rencontre d'un événement fortuit qui par quelques traits a pouvoir de rappeler l'événement traumatique initial. Cet événement peut être quelconque ou constituer un second traumatisme. Le SRT apparaît quand les suppléances, comme le recours aux idéaux de l'unité chez les militaires, une dévotion à une figure d'autorité protectrice, un désir de vengeance, un engagement militant pour une cause ou la voie de l'expression artistique, qui avaient pu se mettre en place dans les suites immédiates du traumatisme, ne suffisent plus à contenir l'excès traumatique.

Il regroupe quatre ordres de symptômes spécifiques :

- 1-1 L'état d'alerte permanent :

Ce sont des réactions de sursaut, visant à prévenir tout effet de surprise.

Tout événement fortuit qui malgré cette hyper-vigilance atteindrait le sujet entraîne une crise émotive et anxieuse disproportionnée à cet événement causal. Le sujet se comporte comme si l'événement traumatique initial pouvait resurgir à tout moment.

- 1-2 Les rêves ou cauchemars traumatiques :

Ce sont les fameux cauchemars à répétition, où le sujet revit en rêves itératifs et anxieux la scène causale. Les lieux, les personnes, les circonstances s'y retrouvent avec une grande fidélité à la première fois, lors de la scène réelle. Ces cauchemars, ou rêves d'angoisse, sont fréquents, assez fixes et répétitifs, selon une période qui s'impose au sujet. Ils s'accompagnent de troubles du sommeil et de réveils nocturnes dans un état de grand éréthisme émotionnel.

Le sujet est à la fois acteur et témoin passif de ces rêves qui maintiennent vif et actuel le souvenir d'une rencontre de l'horreur.

- 1-3 La répétition à l'état de veille

C'est la crainte diurne et journalière que ne reparassent, encore, les conditions traumatiques initiales et l'expérience de l'horreur associée. La journée du patient peut se trouver entièrement organisée autour de la hantise anxieuse d'une nouvelle conjonction traumatique, laquelle là encore, le prendrait au dépourvu.

A ce tableau s'associent des ruminations morbides («pourquoi est-ce arrivé ? » ; « pourquoi moi ? », « comment faire ? » ; ...) un goût pour les spectacles, les lectures, les thèmes et scènes de guerre, les situations à risque.

Cette symptomatologie témoigne à la fois de la fixation de tout, ou presque, la pensée du patient sur la scène traumatique et de son incapacité à s'en déprendre.

- 1-4 L'inhibition des pensées, des actes et des conduites :

Il s'agit d'un désinvestissement du monde extérieur, d'un repli sur soi, du sentiment d'un isolement qui devient peu à peu réel, d'un ralentissement idéique et psychomoteur, de difficultés d'adaptation dans la vie professionnelle.

C'est le témoignage d'un certain blocage des capacités de la personne, fixées par le souvenir indélébile.

Des sujets autrefois actifs et entreprenants sont devenus craintifs, timorés et en quête de réassurance ou sont tombés dans un état de puérile dépendance. Ce sont aussi bien des sujets qui peuvent devenir hostiles, agressifs, vis-à-vis du monde extérieur, y compris de leurs proches, et développer des démarches de revendication qui peuvent devenir quérulentes et processives.

Remarques :

1°) Le syndrome de répétition traumatique ou SRT n'est pas une entité nosologique. C'est un syndrome, il se rencontre chez des personnalités qui ont une structuration propre.

Le tableau du SRT ci-dessus rapporté, tel que classiquement décrit, s'inscrit dans un contexte de personnalité névrotique.

2°) SRT et psychose :

On ne parle pas de « psychose traumatique » comme on parle de « névrose traumatique ».

Généralement, les auteurs considèrent l'événement traumatique, les circonstances dans lesquelles il se produit, comme un élément déclenchant, d'une psychose déjà constituée. Qu'il s'agisse d'un état psychotique inaugural, ou d'un moment fécond d'une pathologie déjà là, ces tableaux ne présentent pas de caractères cliniques particuliers. L'évolution d'une psychose peut, par contre, emprunter au contexte traumatique pour la création de suppléances qui sont autant de solutions imaginaires, qui ceptand font lien sociale et permettent une certaine stabilisation (recours à l'idéal des groupes militaires, engagements militants, activités oblatives ou de créations artistiques). Comme toutes les suppléances à une psychose, ces solutions sont fragiles et leur devenir incertain.

I-2°) Les symptômes « régressifs » :

Ces symptômes, dits « régressifs » selon l'usage terminologique des névroses traumatiques de guerre, sont tous les symptômes qui, pour un sujet, font qu'il ne sera jamais plus « comme avant » !

La vie de ces sujets se trouve ainsi divisée entre un avant, ce qu'ils ont perdu et un après où il se vivent handicapés.

Au plan professionnel, ce sont des sujets qui se plaignent d'une perte de leurs capacités intellectuelles, de difficultés d'attention, d'une baisse d'efficacité, de troubles de la mémoire. Ces troubles ont des conséquences qui vont dans le sens d'une désadaptation au travail, génératrice à plus ou moins long terme d'échec professionnel.

La vie relationnelle, familiale, conjugale est atteinte : difficultés dans les rapports avec les proches envers qui ces sujets sont à la fois dans une situation de demande de réparation et de susceptibilité exacerbée... La sexualité de ces sujets est assez constamment perturbée, dans le sens d'une impuissance et d'un apragmatisme sexuel, voire parfois dans le sens du recours à des conduites perverses ou sadiques.

I-3°) Les symptômes névrotiques de structure :

Ce sont tous les traits qui témoignent de la structure de personnalité sous-jacente et antérieure au traumatisme : symptômes de la névrose hystérique, de la névrose obsessionnelle, ou de la névrose phobique.

Au total :

L'ensemble aboutit à ces récits que nous entendons de ces malades : une histoire reconstruite autour de l'événement « choquant » causal ; une histoire biographique sans avant, centrée sur l'événement avec une pathologie intensément vécue, présente, active encore des années après.

La revendication de ces patients est souvent vive, d'autant plus vive que leurs troubles n'étaient ni reconnus, ni pensionnés par « les Anciens Combattants », c'est à dire l'Armée, la collectivité nationale qui, pesent-ils, a une dette envers eux... Cette intime conviction, anime volontiers des démarches administratives ou procédurières pour obtenir ce qu'ils estiment être leur droit à une juste réparation.

II- L'Evolution :

L'évolution spontanée va de la chronicisation des troubles, à des tableaux hypochondriaques ou à l'apparition de troubles des conduites (toxicophilie, alcoolisme, déséquilibre existentiel,...) ou psychosomatiques. Ces troubles handicapent gravement tous les domaines de la vie de ces patients et sont porteurs d'une dérive marginalisante et ségrégative.

Correctement traitée, il est raisonnable d'espérer obtenir un amendement des troubles des conduites et une régression de la symptomatologie subjective. Un apaisement de la revendication sera d'autant plus à attendre que la pathologie aura été reconnue et dûment pensionnée s'il s'agit de faits de guerre ou survenus en OPEX. Les soldats ainsi blessés en mission bénéficient maintenant d'une législation qui leur est plus bienveillante ; c'est le devoir du médecin traitant de ces patients de veiller à ce qu'ils bénéficient d'une juste réparation.

III- Le traitement :

Le traitement des troubles constitués est long et complexe. Il associe plusieurs points qui ont tous leur place.

Le premier point, c'est la dimension de la réparation, quand il s'agit de faits survenus en service, a fortiori en temps de guerre ou en OPEX. C'est là la mission des experts qui devront se prononcer sur un bilan de la pathologie, fixer une IPP et déterminer un avis sur l'imputabilité.

La reconnaissance de l'imputabilité au service de tels tableaux cliniques est souvent difficile à obtenir longtemps après les faits : il faut en effet prouver la matérialité des faits évoqués et établir un lien causal exclusif des faits aux conséquences cliniquement observées.

Cela s'était avéré en fait longtemps quasiment impossible puisque les faits invoqués sont des événements subjectifs – lectures privées de faits collectifs, mais il n'y a pas d'autre définition du fait psychique ! – et que le lien causal est difficile à matérialiser après un long intervalle libre. De plus, les discussions sur la personnalité antérieure du malade venaient envenimer les débats en opposant les dits experts sur la personnalité antérieure à la parole du malade pour qui la vie a basculé après les faits en question !

Des décisions récentes, le décret du 10 janvier 1992, modifiant le « Guide-Barème pour la Classification et l'Evaluation des Troubles Psychiques de Guerre » sont venues donner droit de cité aux plaintes de ces malades et facilitent la reconnaissance et une juste indemnisation de cette pathologie traumatique. De fait, beaucoup de ces patients vivent avec cette néo personnalité, cette nouvelle identité, « d'ancien de ... » et se réunissent dans des associations du souvenir. Ils trouvent à commémorer un passé héroïque, une satisfaction qui vient faire le pendant des troubles qu'il endurent.

Le deuxième point, c'est l'aide qui peut être apportée à ces patients par une relation psychothérapique de qualité. Le psychiatre militaire peut être cet interlocuteur privilégié.

En effet, la première difficulté à surmonter est de rompre avec le fort sentiment d'être une exception, que donne le fait d'avoir traversé un événement exceptionnel, qui a fait côtoyer, l'espace d'un instant l'issue fatale. « A quoi bon parler ? », « Qui peut comprendre ? », « On ne me croira pas ! ». L'adresse de ces patients aux médecins militaires constitue le premier moment du rétablissement ou du maintien d'un lien avec la communauté de ceux qui ont été des leurs.

Enfin, qui dit psychothérapie dit parler, se remémorer, se souvenir... parler, ramener au jour des événements douloureux du passé avec toutes leurs implications subjectives, pour oublier, se libérer du poids de la fixation de l'idéation sur ces moments du passé.

Tout se passe comme, si effectivement ces patients restaient fixés, figés sur un moment de leur vie, moment de rencontre avec ce qui normalement fait horreur et dont il conviendrait de se détourner au plus vite... Séduction par une mise en scène de sa propre disparition, fascination par la mort bien propre à produire de effets délétères sur les sujets (situation subjective proche en cela de ce que la psychiatrie nomme « masochisme »).

C'est là, la dimension proprement psychique du traumatisme, qui vient, disait Freud, faire solution de continuité dans l'ensemble des mécanisme de pensée des personnes. Autrement dit, les hommes vivent avec des croyances, celles sur lesquelles est basée leur vie psychique, croyance en une immortalité personnelle, en une existence intemporelle.

Le troisième point de ces moyens thérapeutiques, ce sont enfin les prescriptions chimiothérapeutiques, essentiellement tranquillisantes et antidépressives. Utilisées ponctuellement ou de façon plus durable, selon les indications de ces produits, l'effet à en attendre porte sur une atténuation d'une symptomatologie douloureuse ou gênante. L'amélioration du confort de vie de ces patients facilite l'établissement d'un lien avec le thérapeute. Il est souhaitable, qu'à travers ce lien, le patient vienne à parler de ce qu'il cède.

Historiquement, bien d'autres thérapeutiques avaient été essayées avec des succès relatifs : de l'hypnose aux narco-analyses.

IV- CONCLUSION

Pour conclure, il faut dire que le souci de armées modernes, armées de spécialistes, sélectionnés, formés, motivés, se recentre sur la personne des soldats professionnels, quand le concept de « zéro morts » dans nos rangs vient supplanter les pertes massives des grandes batailles d'armées de masse du temps de la conscription.

La prévention et le traitement des troubles psychiques de guerre – ou en OPEX – et de la névrose traumatique sont un souci du Service de Santé, fortement impliqué dans la médicalisation de l'avant.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

1. BRIOLE G., LAFONT B., VALLET D., « Le traumatisme psychique : rencontre et devenir » Rapport au Congrès de Neurologie et de Psychiatrie de langue française, Toulouse, Juin 1994.
2. BRIOLE G., LAFONT B., « Le médecin d'unité en opération. Aspects psychologiques » Publication E.A.S.S.A, 1996.
3. BRIOLE G., LAFONT B., « Le médecin d'unité en opération. Aspects psychologiques » Publication E.A.S.S.A, 1996.
4. BRIOLE G., LEBIGOT F., LAFONT B., « Psychiatrie militaire en situation opérationnelle », Paris, ADDIM , 1998.
5. CLERVOY P., « Henri Ey » Cinquante ans de psychiatrie en France, Paris, Synthélabo, Coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1997.
6. DE GAULLE C., « Le Fil de l'Épée », Paris, Plon, 1990.
7. DOUTHEAU C., LEBIGOT F., BRIOLE G., LAFONT F., FAVRE J.D., « Le soutien psychologique des forces engagées dans les missions extérieures » Rapport au Comité Consultatif de Santé des Armées, 1995.
8. DUMEZIL G., « Heurs et Malheurs du Guerrier », Paris, Flammarion 1985.
9. FREUD S., « Psychologie des foules et analyse du moi », in « Essais de Psychanalyse », Paris, Petite bibliothèque Payot, 1981.
10. GABRIEL R.A., « La Fin des Héros », Paris, Albin Michel Ed, 1991.
11. GERE F., « Demain, la Guerre », Paris, Calman-Levy, 1997.
12. IGNATIEFF M., « L'Honneur du Guerrier » Guerre Ethnique et Conscience Moderne. Paris, La Découverte, 2000.
13. JUILLET P., MOUTIN P., « Psychiatrie militaire », Paris, Masson, 1969.
14. LACAN J., « La Psychiatrie Anglaise et la Guerre », 1945, inédit.
15. LAFONT B., BRIOLE G., « Aperçu des problèmes psychologiques en milieu militaire ». Publication E.A.S.S.A, 1997.
16. LEBIGOT F., GAUTIER E., MORGAND D., REGES J.L., LASSAGNE M., « Le debriefing psychologique collectif », Annales Médico-psychologiques, 1977, 155, n°6 pages 370-378.
17. LEVY B.H.L., « Le Lys et la Cendre », Paris, Grasset, 1996.
18. MORIZOT J.L., « La névrose traumatique : entre oubli et commémoration » 4^{ème} réunion annuelle de recherche en psychologie et psychopathologie dans les armées, E.A.S.S.M, Toulon, 1989.
19. PONS F., « Les Français à Sarajevo », Paris, Presses de la Cité, 1995.
20. TRIPIER M., « Le Royaume d'Archimède », Paris, FEDN, 1993.

21. VON CLAUSEWITZ K., « De la Guerre », Paris, Editions de Minuit, 1973.