




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



Mémoire

Expériences et enjeux de la psychiatrie militaire en opération

Experiences and challenges for the military psychiatry in operation

Yann Andruetan^{a,*}, Patrick Clervoy^b

^a Adjoint, service de psychiatrie, HIA Sainte-Anne, 83041 Toulon cedex 09, France

^b Service de psychiatrie, HIA Sainte-Anne, 83041 Toulon cedex 09, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 22 juin 2010
Accepté le 27 juin 2010
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Afghanistan
Opération extérieure
Psychiatrie militaire
Stress
Syndrome psychotraumatique

Keywords:
Afghanistan
Military psychiatry
PTSD
Stress

RÉSUMÉ

L'Afghanistan représente un nouvel enjeu pour le soutien des forces de la coalition. Il s'agit d'un théâtre d'opérations où la menace est constante à cause des menaces terroristes et des insurgés, mais aussi des combats qui se livrent pour le contrôle du territoire. Un psychiatre français y est présent de façon continue depuis 2009. Le psychiatre sur le territoire doit faire face à plusieurs contraintes : opérationnelles d'abord, en moyens, limités et humaines. La clinique qu'il rencontre n'est pas nouvelle mais diffère par son expression et les caractéristiques du théâtre. Ainsi, on peut les résumer en trois menaces : le combat, l'explosion d'un engin, et le tir de roquettes. Pour chacune, la clinique et les enjeux psychiques sont différents. Au-delà de cet aspect strictement opérationnel, le psychiatre sur le terrain doit faire face aux problèmes d'alcool, d'adaptation et de risque de décrochage moral. À travers un certain nombre de cas cliniques, ces aspects seront illustrés.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

For the French army, Afghanistan is a new challenge, especially for the French health service. That theatre is very different from other which the army knows better like Africa or Yugoslavia. The threat is constant, provided by fight, improvised explosive device, terrorism in the cities and rockets aiming the bases. Since 2009, a French military psychiatrist is based with the NATO Hospital at Kabul Airport. The main problems are the consequences of three threats: fight with Talibans, risk of explosion on the road by improvised devices and attack by rockets on the camps. For each, the psychic reactions are different. Combats provide among the men postoperational stress and for some of them a risk of moral disengagement. But for the most part of them these symptoms disappears quickly. The improvised explosives devices are the threat feared the most by troops, especially for the logistic convoy. The frequent symptoms are burn out, exhaustion and stress. Rockets like explosives devices are a blind threat and aren't feared. But when some of them fall on a camp, the people presents sleep troubles, continual stress and PTSD. Alcohol or moral disengagement are not specific of Afghanistan but constitute other challenges. Each of the cases we described is an illustration of these observations of our experience during three months in Afghanistan.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Chaque décennie aura connu sa guerre – de l'Indochine pour les années 1950 à l'ex-Yougoslavie pour les décennies 1990 et 2000. L'Afghanistan marque la première décennie du XXI^e siècle. Pour la première fois depuis 50 ans, l'armée française doit mener

des opérations de guerre contre un ennemi bien entraîné et rompu aux techniques de guérilla. Cette opération se démarque des précédentes par les caractéristiques nouvelles de l'engagement de ces combattants, ce qui est développé aujourd'hui autour de la notion du caporal stratégique [14] : par les moyens mis à sa disposition, chaque soldat dispose d'une puissance de feu surdéveloppée. L'action d'un seul, si elle est médiatisée et selon l'éclairage qui lui est donné, peut faire basculer l'opinion publique dans un sens ou dans l'autre. Les opérations en Afghanistan ont cela de particulier qu'il s'agit de l'affaire

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : yann.andruetan@orange.fr (Y. Andruetan).

d'individus ou de petits groupes en action et non pas de la manœuvre de gros bataillons.

2. Contexte opérationnel et psychiatrie du théâtre afghan

2.1. Le contexte militaire

Géopolitiquement, l'Afghanistan est une porte d'un continent à l'autre, au carrefour des grandes routes commerciales qui vont d'Est en Ouest et du Sud au Nord.

De grands empires (Alexandre, les Britanniques ou les Soviétiques) en leur temps ont tenté la conquête du pays mais ils se sont tous heurtés à la fois à la géographie et à la population. Les forces de l'Otan sont dans une situation très voisine aujourd'hui. Leur mission est d'empêcher que des bases terroristes dispersées sur le sol afghan ne constituent une menace pour les pays occidentaux.

Ces opérations opposent deux forces dissemblables tant au plan culturel, numérique que matériel. La culture afghane est féodale, guerrière et mystique. L'hospitalité est une règle sacrée et le combattant vit au milieu de la population locale ; c'est un guerrier rustique et courageux. Il agit en petits groupes indépendants. Vêtu du seul habit de berger, il porte à l'épaule un fusil d'assaut Kalachnikov ou un lance-roquettes. Il connaît aussi la technologie moderne et sait utiliser un téléphone portable ou Internet.

Le soldat des forces de l'Otan dispose d'un équipement de haute technologie. Son support logistique est surdimensionné ; seuls 15 % des soldats ont un rôle combattant. Le fantassin occidental porte un armement qui lui donne une puissance de feu impressionnante qui a été mesurée comme équivalente à celle d'une section de combat de 20 hommes pendant la Seconde Guerre mondiale. Cette caractéristique constitue ce que certains ont appelé « la malédiction de la puissance » : dans les affrontements de contre-guérilla, le soldat est inhibé par la puissance de son armement, surtout si le combat se déroule en zone urbaine.

Le ratio des pertes est une mesure de cette opposition de forme entre les forces en présence. Dans les affrontements, le résultat moyen est de 30 rebelles morts pour une perte dans les rangs de l'Otan. Ajoutons cette autre statistique : il faut pour les forces de l'Otan tirer en moyenne 400 000 projectiles divers pour toucher un rebelle. Cela explique que les insurgés ne cherchent pas l'affrontement en terrain découvert. Pour les soldats de l'Otan déployés sur le théâtre afghan, les principales formes de la menace sont les engins explosifs improvisés et les roquettes.

Cela donne la mesure des décalages qui caractérisent les opérations en Afghanistan où l'enjeu prioritaire est maintenant la « conquête des cœurs » de la population civile qui aujourd'hui tend à se retourner contre les forces occidentales. Un détail a son intérêt : le concept de pacifisme est étranger aux Afghans, et ce mot n'existe pas en langue dari.

2.2. Les missions du psychiatre

Elles sont, sur le papier, succinctes : assurer le soutien psychiatrique des forces françaises présentes sur le théâtre. En pratique, il y a une discontinuité par rapport à l'exercice de la métropole. Le chirurgien opère, que ce soit en métropole ou dans un hôpital militaire de campagne. Si les conditions sont différentes, il n'en reste pas moins que sa pratique demeure celle de la France. Pour le psychiatre, on pourrait imaginer que sa mission est en continuité avec celle de la métropole : un entretien pour donner un avis spécialisé, une expertise d'un soldat que son confrère sur une base avancée lui adresse, le cas échéant une prise en charge thérapeutique. Comme l'indique la doctrine du service de santé des armées [18], le psychiatre en opération s'occupe aussi de l'hygiène mentale. Il est d'abord au plus près des combattants.

3. Les enjeux spécifiques au théâtre afghan

Les psychiatres qui participèrent à la première guerre du Golfe décrivirent les effets psychiques de la menace chimique des missiles irakiens. Ceux qui ont participé aux opérations de maintien de la paix en ex-Yougoslavie ont décrit les enjeux psychologiques des casques bleus pris en otages à Sarajevo [18]. Voici ce qui caractérise le théâtre d'opération afghan.

3.1. Les accrochages ou troop in contact (TIC)

L'accrochage est ce qui paraît être le moins traumatogène au plan psychique. Il a été démontré que les armes individuelles sont, dans ce type de conflit, deux fois plus létales que les engins explosifs improvisés [6], et l'on peut supposer que le combattant a une notion adéquate de cette létalité. Paradoxalement, l'accrochage est moins stressant. Les soldats décrivent une disparition du sentiment de peur lorsque eux-mêmes sont pris dans une action de combat à laquelle ils s'attendaient. En situation d'accrochage, les réflexes acquis de coordination des actes élémentaires de riposte et de protection semblent estomper sur le coup le sentiment de vulnérabilité, et donc la fragilité psychologique.

On observe une habitude à l'accrochage, corrélée à une prédictibilité de ses occurrences : les accrochages se produisent dans des zones répertoriées comme propices, et à des moments dynamiques précis comme une fin de patrouille. Si ces accrochages sont quotidiens dans certaines zones et si ce sont les actions de combat les plus vulnérantes, l'équilibre psychologique des soldats paraît préservé dans ce type d'exposition. On repère même après-coup la vertu positive de la satisfaction d'avoir démontré son savoir-faire à cette occasion [17].

Il y a des situations où l'équilibre psychique des soldats est immédiatement menacé. En premier lieu, celles où l'insurgé rompt l'habitude et où l'attaque se produit dans des circonstances totalement inattendues : soit qu'elle intervienne dans le déroulement d'une mission régulière d'assistance à la population, soit au début de la mission, soit qu'elle se produise dans un lieu considéré comme sanctuarisé : le village, l'hôpital, ou alors en un lieu duquel il était dit « qu'il ne s'y passe jamais rien » et qui était considéré, à tort, comme sûr.

L'élément de surprise est un facteur hautement déstabilisant au plan psychologique. Dans l'ensemble des entretiens qui ont été conduits sur place, on repère l'effet perturbateur de l'événement qui sortait de l'ordinaire avec l'émergence d'un sentiment nouveau : le doute.

3.2. Les engins explosifs improvisés

Pour les forces américaines, les engins explosifs improvisés ou IED (acronyme du terme anglais *Improvised Explosive Device*) sont la menace « signature » des opérations militaires actuelles. Cette arme nouvelle est apparue d'abord en Irak en 2002, et a été employée par les insurgés en Afghanistan dès 2003. Il s'agit d'un système d'arme rudimentaire, rustique, composé d'une charge explosive enterrée dont la mise à feu se fait à distance par un téléphone portable ou un dispositif filaire. Une grande partie de ces explosifs sont fabriqués sur place avec du nitrate d'ammonium, un produit chimique facilement disponible. En quelques années, la puissance et le nombre des IED ont augmenté exponentiellement le nombre de blessés et de morts aussi. Au début des opérations, la coalition avait constaté 81 événements impliquant un IED. En 2009, ce chiffre était de 6440. Quatre-vingt fois plus ! On assiste à une concurrence entre le développement des IED et les contre-mesures mises en place par les forces de la coalition. Ces contre-mesures sont rapidement dépassées et le sentiment d'insécurité des personnels circulant sur les routes est

croissant. Les contraintes logistiques imposent des convois routiers permanents qui sont la cible de ces attaques. Chaque année depuis deux ans, le nombre de tués par IED est multiplié par deux (Fig. 1).

Lorsqu'elle n'est pas mortelle, la blessure infligée par cette arme est de deux types selon la place occupée. Sur le véhicule de l'avant blindé (VAB) qui équipe l'armée française, quatre personnels sont dédiés à la surveillance de la route : ceux-là sont éjectés ; ils subissent un blast et un polytraumatisme. Pour le reste du groupe situé dans la casemate, c'est-à-dire l'enceinte blindée, la blessure correspond au pied de mine : une destruction délabrante du membre inférieur conduisant souvent à une amputation. Quand les militaires montent dans leur VAB, ils connaissent les risques auxquels ils sont exposés. Beaucoup y pensent, avec des ruminations mentales inquiètes accompagnées de comportements obsessionnels. Des rituels de protection apparaissent : dire la même phrase au moment de franchir le sas, toucher le même endroit, avoir un grigri dans le véhicule, à l'exemple d'un *tiki* pour les personnels d'origine polynésienne. Avec le temps s'installe une attitude de mépris de la menace. Ce n'est pas du déni, les soldats ont conscience du danger, mais ils finissent par penser que cela ne leur arrivera pas, ce qui constitue une défense à mécanisme superstitieux. Dans les différents entretiens individuels que nous avons conduits, cette menace n'a jamais été évoquée spontanément.

D'un point de vue psychopathologique, la menace par IED prend trois aspects : elle est aveugle, ubiquitaire et subie passivement. Ce sont les caractéristiques typiques de la menace terroriste. L'IED peut toucher n'importe qui dans un convoi. L'expérience montre qu'il n'y a pas d'axes routiers sécurisés ; même des axes très fréquentés et proches de la capitale peuvent être piégés. À part les détecteur avant leur explosion, le soldat ne peut compter que sur la solidité de son camion et sur la chance. Il est dans l'attente, sans moyen de réagir à la menace, contraint à la subir.

Cela nous amène à distinguer deux populations de militaires sur le théâtre afghan. Il y a le fantassin qui va au combat, cherche l'insurgé et engage le feu lorsqu'il l'accroche. Et il y a le logisticien, militaire de l'arme du train, dit « tringlot » dans l'argot de l'armée de terre, chef de bord, chauffeur, escorte, qui circule tous les jours et par tous les temps. Celui-là est principalement en base arrière. Cette localisation éloignée du « front » fait qu'il est l'objet de

railleries de son camarade fantassin. Et ce logisticien a le sentiment pénible que son rôle est peu valorisé et que les risques qu'il affronte sont minimisés. C'est ce que nous avons entendu dans nos rencontres informelles avec eux, puisque ce sont eux qui convoient le psychiatre de la capitale vers les bases avancées. Nous avons écouté des récriminations, reconnu de l'aigreur et entendu un discours qui remettait en cause l'utilité de leur mission. C'est dans ce groupe de population militaire que nous avons observé le plus de troubles de l'adaptation et de mésusage de l'alcool [4].

3.3. Sur les camps, la menace vient du ciel

La roquette est, après l'accrochage avec les insurgés et les engins explosifs improvisés du bord des routes, la troisième menace dominante du soldat en opération en Afghanistan.

Elle est désignée sous le terme *chicom*, en référence à la fabrication en Chine communiste. C'est une arme peu coûteuse, rustique, facile d'emploi, mais heureusement pour les forces alliées peu précise. Sont principalement visés les camps retranchés isolés dans les vallées—les *Forward Operational Bases* (FOB)—, cependant, n'importe quelle structure, même en ville, peut être la cible d'une attaque. Cela explique la politique de l'Otan de bâtir pour les forces des bâtiments « en dur », à l'épreuve des roquettes : constructions sans fenêtres, sans espaces externes sécurisés, avec climatisation et éclairage artificiel dans lesquels les personnels évoluent 24 h/24 h. À ce jour, ce travail d'infrastructure n'est pas achevé, et sur les FOBs, les personnels continuent à vivre sous une tente de toile ; pour ces personnels sont mis en place des abris bétonnés disposés à intervalles réguliers entre deux rangées de tentes.

Usuellement, le camp est pour le militaire l'espace sécurisé où, à l'abri de la menace, il peut se défaire de son arme et de ses protections, se détendre et jouir d'un moment de repos dans l'espace où il construit le minimum de sa vie intime. Mais aujourd'hui, le camp ne constitue plus cet espace sanctuaire.

Les insurgés mettent en œuvre les roquettes essentiellement la nuit. Cela leur permet plus de furtivité, mais il est probable qu'ils le font aussi en connaissant l'impact moral de cette menace. La probabilité qu'une roquette tombe sur un camp dans une zone vie est faible. Le problème est la tension engendrée par les alertes. En période de crise, comme au moment des élections, certaines FOB ont vécu une alerte toutes les heures chaque nuit pendant 48 à 72 heures. Un poste isolé a subi 120 attaques par roquettes en l'espace d'un mois et demi ! L'infirmier de ce poste en fait mention en assortissant l'événement à une référence cinématographique : « C'était *Star Wars*. »

Nous sommes arrivés sur une FOB 24 heures après la chute d'une roquette à l'intérieur du camp qui avait fait quatre blessés légers. Lors du debriefing, les personnels racontaient qu'ils avaient vu, au fil des nuits, les tirs devenir de plus en plus précis. La menace ne paraissait pas être le facteur le plus directement déstabilisant, mais bien plus la fatigue liée à la tension prolongée.

Pour notre part, nous avons eu à envisager cette menace comme effective pendant notre séjour dans cette FOB, ce qui nous a amenés à repérer l'abri qui nous était affecté. Nous nous sommes même posé la question de dormir sous la tente avec le gilet pare-éclats, soit un pyjama supplémentaire de 15 kg.

3.4. La question de la culpabilité

Lorsqu'un accrochage fait des blessés, le chef de groupe doit sécuriser (l'expression imagée est : faire la boule de feu) la zone et laisser très temporairement les blessés. Depuis l'attaque d'Ouzbine, on sait que les combattants qui portent secours aux blessés sont l'enjeu du combat qui se déroule. Premièrement, ils sont autant de personnels en moins pour sécuriser la zone en participant à l'action de riposte. Deuxièmement, ils sont les cibles désignées des insurgés.

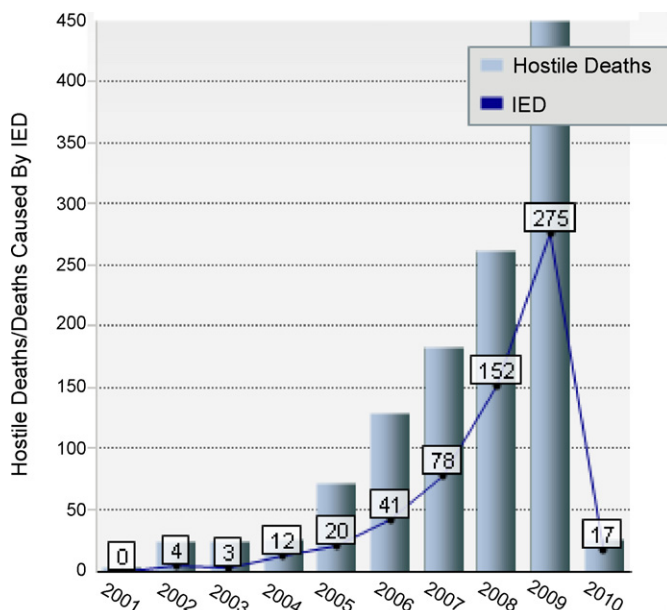


Fig. 1. I.E.D. Deaths by year. Source <http://www.icasualties.org/OEF/index.aspx>.

La doctrine actuelle est donc, en cas d'accrochage, de sécuriser prioritairement la zone avant de porter secours.

Ce changement dans la doctrine heurte le combattant dans les valeurs de solidarité qui le portent. Cela va à l'encontre de ce qui lui a été enseigné jusque-là. Il est confronté à la difficulté psychologique de ne pas répondre à l'élan humanitaire que fait surgir l'appel de son camarade blessé. D'un point de vue cognitif, c'est l'effet délétère de l'inhibition de l'action. D'un point de vue psychologique, le conflit psychique fait surgir la culpabilité.

C'est le cas d'un sergent qui tient à tout prix à rencontrer ses hommes qui ont été blessés lors d'un engagement et qui ont ensuite été rapatriés à l'hôpital de campagne. Il ne peut les voir car ils viennent d'être évacués vers la métropole. Son désarroi prend la forme d'une colère vis-à-vis de ses chefs, accusés de n'avoir pas assuré cette rencontre. Durant l'entretien, nous percevons que cet impératif de rencontrer les soldats blessés était motivé par la volonté de s'excuser de la faute subjective de ne pas les avoir secourus immédiatement, ce qui par lui était assimilé à un abandon de ses hommes.

Ces soldats blessés qui ont été évacués, nous les avons rencontrés précédemment. Lors du debriefing psychologique qui leur avait été proposé, ils n'avaient à aucun moment évoqué un sentiment d'abandon. Bien au contraire, ils saluaient le courage de leurs camarades qui poursuivaient l'action pour les protéger avant de les secourir.

Cela a débouché sur une mesure très pragmatique : nous avons organisé systématiquement, pour tout blessé évacué à l'hôpital, au moins une entrevue avec le reste du groupe.

3.5. Peut-on se priver d'alcool en opération extérieure ?

Les quantités d'alcool consommées sur le théâtre d'opération sont banales si elles sont rapportées à la moyenne journalière de la population en France (9,3 litres d'alcool pur par an et par habitant, 11^e rang mondial [12], soit une dose d'alcool pure par jour et par habitant).

Nous avons observé lors de nos différentes visites l'évolution de la consommation d'alcool sur les bases françaises isolées, celles où le commandement avait pris la décision de limiter l'alcool à une bière par homme et par jour. Au début de nos visites, le système fonctionnait sans contrôle particulier dans les foyers. Un jour nous avons appris que l'alcool avait été interdit transitoirement sur la base, à titre d'avertissement, suite à l'alcoolisation d'un cadre. Au final, un système de carte de rationnement a été mis en place afin de contrôler la consommation individuelle d'alcool. Nous avons observé que cette mesure était manifestement contournée [15].

La majorité des armées présentes sur le théâtre afghan ont pris le parti de supprimer l'accès à l'alcool [9]. Sur la grande base de Kandahar sous commandement américain, il n'y a pas d'alcool proposé dans les restaurants collectifs (self-services), ni disponible à la vente dans les foyers du soldat. En revanche, les sodas sont en accès libre et illimité. Pas de problème d'alcool, mais un problème diététique avec beaucoup de soldats en surcharge pondérale.

Sur les bases françaises, l'alcool est disponible à la cantine et à la vente dans les foyers. Ces popotes n'ont pas changé : un lieu où se retrouvent les différentes catégories de militaires, de l'homme du rang à l'officier, et où l'alcool tient un rôle clé dans l'établissement de l'atmosphère conviviale du lieu. L'alcool y est facteur de cohésion et le commandement le tolère pour cette raison. Nous avons constaté que la cohésion pouvait se faire sans l'alcool. Nous avons rencontré les contingents français dans des zones sous commandement américain et hollandais où l'alcool était prohibé. La cohésion naissait naturellement de la convivialité sans la médiation de l'alcool [9]. Mais ces nations avaient consenti un effort important en matière de condition de vie et de protection de leurs personnels au sein de ces bases.

Jusque-là, l'approche critique de la question alcool est abordée sur la quantité journalière consommée, ce qui nous paraît biaisé. Le problème est davantage celui de la modalité de consommation. Le militaire engagé en opérations extérieures est un homme jeune, parfois très jeune. Sa perception du rapport à l'alcool est faussée, comme c'est courant dans cette tranche d'âge. Son comportement prend la forme d'alcoolisations ponctuelles et massives dans un cadre festif. La consommation quotidienne est absente ou très limitée. Nous n'avons pas retrouvé lors de notre séjour la figure caricaturale du sous-officier ancien marqué par les stigmates physiques d'un alcoolisme chronique [1].

La question peut être inversée : quels bénéfices peut apporter l'alcool en opérations extérieures ? Une majorité de personnels éprouvent le besoin de consommer de l'alcool sans pour autant s'inscrire dans un mésusage. Beaucoup de militaires avec lesquels nous nous sommes entretenus disaient s'être alcoolisés de façon importante lors de leur regroupement en base arrière dans le temps prescrit de remise en condition suite à un événement grave. Ils ne boivent qu'une fois mis en sécurité. Ces comportements ne se répètent pas au-delà de 48 heures. Manifestement, l'alcool rentre dans un rituel qui dépasse la seule action de sédation pharmacologique.

3.6. Observateur des comportements moraux

Le décrochage du sens moral est une notion récemment développée en France à partir des travaux américains commencés dans les années 1960 par Stanley Milgram (*Soumission à l'autorité*), poursuivis dans les années 1970 par Philip Zimbardo (expérience de Stamford) et repris dans les années 1990 sous le terme de *moral disengagement* [3,7]. Ce concept fait la démonstration qu'un groupe humain isolé peut être entraîné à pratiquer sur autrui des actes dégradants et cruels dans des circonstances ordinaires à partir du moment où un pouvoir sur les personnes leur est délégué par un commandement qui les exonère de la responsabilité de leurs actes.

L'épisode récent qui en fit l'illustration fut le scandale d'Abou Ghraïb [3]. Au-delà de cet épisode particulièrement médiatisé, les faits divers sont courants qui dénoncent les dérives comportementales de groupes militaires lorsque fortuitement elles tombent sous le regard des médias.

Un aspect nouveau des engagements opérationnels contemporains est la prise en compte de ces phénomènes aux plus hauts niveaux de commandement [7]. Ces comportements sont inacceptables. Leur impact sur l'opinion publique est désastreux, à une époque où le pouvoir politique est dans l'obligation de s'expliquer régulièrement devant les assemblées représentatives. L'ennemi en fait un élément de propagande qui indirectement affecte le moral des militaires touchés dans leurs valeurs. Une mesure de cet impact à moyen terme a été donnée par l'expérience américaine au Vietnam où, vainqueurs sur le terrain, ils furent défaits parce qu'ils n'étaient plus soutenus par l'opinion nationale [10].

David Petraeus, le général américain commandant les forces multinationales en Irak, eut l'initiative d'une enquête anonyme pour mesurer l'état du sens moral de ses soldats. Les résultats furent inquiétants. Seulement 38 % des Marines considéraient que les non combattants devaient être traités avec dignité et respect ; 10 % des militaires reconnaissaient avoir maltraité physiquement des civils irakiens et avoir gratuitement détruit des biens privés. Un soldat sur deux seulement était prêt à dénoncer de tels comportements si un camarade s'en rendait coupable. Devant tant de scandales potentiels et après ceux qui s'étaient déjà produits, il a choisi de s'adresser personnellement à chaque soldat. Dans une lettre datée de 2007, il tente de sensibiliser les militaires à ces questions. Petraeus inscrit sa démarche dans une explication compréhensive qui justifie ces actes par le stress vécu et la colère ressentie. Il reconnaît une utilité à l'usage de la torture. Son

discours est psychologique, et sa portée est ambivalente. En France, Benoît Royal, général dans l'armée de Terre et auteur en 2008 du livre de référence sur ce sujet [16], prend une position beaucoup plus tranchée : comme tout citoyen, le militaire ne peut pas échapper au droit et à l'éthique.

Ces questions se posent régulièrement pour les personnels de santé. Certains se demandent si « l'on doit soigner comme les autres » des insurgés amenés à l'hôpital militaire de campagne qui reçoit dans le même mouvement des médecins ou des infirmiers militaires français blessés ou tués. En pratique, la question est vite réglée par le rappel des conventions internationales. Mais l'état d'esprit propice à ce genre de questions se maintient, par exemple sous la forme d'anecdotes reprises dans les conversations ordinaires qui racontent, pour s'en scandaliser, comment des médecins au retour d'une mission humanitaire ont été pris en fin de journée dans une embuscade, reconnaissant parmi les assaillants les jeunes hommes qu'ils avaient vaccinés le matin même.

Le champ éthique ne relève pas de la psychiatrie, mais le psychiatre en opération est souvent concerné. Ainsi, ce soldat qui nous rapportait comment il avait quelque peu malmené un Afghan venant dans le camp consulter le médecin. Il l'avait brutalement fouillé, fait du zèle, pris du plaisir à cela par vengeance de la mort de son camarade tué quelques jours auparavant. Il y a des circonstances ponctuelles où flotte sur le camp un sentiment flou et indéfini de vengeance avec la circulation d'idées d'actions pour soulager un ressenti collectif de frustration et de haine [3].

Cela peut prendre la forme d'une maltraitance envers la population, ce qui explique d'ailleurs les véritables « légendes urbaines » que nous rapportions au-dessus et que nous avons déjà entendues dix ans auparavant sous d'autres latitudes. Les cadres ont trouvé la solution : une séance de tir. « Défourailler », littéralement sortir son épée de son fourreau et que les combattants ont repris comme synonyme de tirer sans retenue, soulage chacun sur le pas de tir. Catharsis, le tir est une façon simple de soulager la tension accumulée...

4. Quelques tableaux cliniques

Les quelques cas qui suivent ne sont pas exceptionnels mais sont une illustration de l'activité quotidienne du psychiatre à l'hôpital de campagne ou sur le terrain.

4.1. *Le principe de Peter*

Il s'agit d'un lieutenant-colonel de 40 ans issu d'une grande école d'officier qui occupe un poste élevé de commandement au sein du détachement des forces en Afghanistan.

Il est adressé par le médecin d'unité pour des attaques de panique survenues brutalement durant le cours de sa mission.

La consultation psychiatrique intervient 15 jours après le début des troubles ; elle se tient au niveau de l'infirmier du bataillon, situé à dix kilomètres de l'hôpital. Le choix du lieu de cette consultation est déterminé par notre volonté de conserver la confidentialité de la rencontre compte tenu du rang élevé du patient.

Il raconte que ses crises d'angoisse sont apparues après que son épouse l'eut informé par téléphone qu'elle a un retard de règle et qu'elle espère être enceinte de leur quatrième enfant. Quelques jours plus tard, elle l'informe qu'elle a procédé à un test de grossesse qui s'avère être négatif. Malgré cette information, les crises se maintiennent.

Il se décrit épuisé, incapable de faire face à ses responsabilités. Une forte pression est exercée sur lui. À l'issue de cette mission, il est appelé à prendre le commandement d'une grande unité. Il a jusque-là effectué une trajectoire de carrière optimale et il se sait destiné à de très hautes responsabilités.

Il se sent dépassé. Il est envahi par une anxiété permanente dont la thématique prévalente est la honte qu'apparaissent aux yeux de tous sa faillibilité et ses limites. Nous choisissons dans un premier temps de le maintenir à son poste avec son accord et celui de son chef, moyennant la mise en place d'un traitement anxiolytique approprié. Quarante-huit heures après, il reproduit une attaque de panique et nous décidons de le transférer à l'hôpital militaire de campagne. Sur place, il doit attendre dix jours une évacuation sanitaire sur la métropole. Les entretiens psychiatriques ont lieu au jour le jour de cette hospitalisation au cours de laquelle il s'engage dans un travail psychothérapeutique. À noter que pendant ces dix jours, il n'a reproduit aucune attaque de panique et que son état s'est spontanément amélioré.

Il est évacué sur la métropole avec une courte hospitalisation dans un hôpital militaire, puis il rejoint ses foyers avec l'adresse d'un psychothérapeute. Nous avons appris six mois plus tard que sa trajectoire de carrière était compromise, mais qu'il allait beaucoup mieux au plan clinique.

Les troubles de l'adaptation constituent une pathologie courante en opération. Plus qu'un lieu favorable à l'expression du trouble, il faut penser cela comme l'intersection d'un sujet et d'une problématique qui se radicalise. Ainsi, nous avons rencontré de nombreux militaires qui réalisaient subitement les conséquences de l'éloignement sur leur couple ou leur famille.

4.2. *La corrosion psychique*

Ce domaine est moins documenté en milieu militaire. Ce type de tableau est décrit dans d'autres milieux ou dans les armées anglaises et américaines dans les deux derniers conflits mondiaux [4,5].

Il s'agit d'un adjudant-chef infirmier. C'est un vétéran, il a 25 ans de carrière avec d'autres opérations extérieures à son actif. Nous le rencontrons fortuitement lors d'une visite sur un poste isolé. Ce poste est au fond d'une vallée éloignée de la capitale. Il est ravitaillé une à deux fois par mois par hélicoptère. Les effectifs qui servent ce poste sont de 200 militaires afghans, 20 militaires américains et six militaires français. Les conditions de vie sont spartiates : absence totale de confort et insalubrité des installations sanitaires. L'insécurité est un sentiment permanent. Tous les jours ils essuient des tirs à l'arme légère sporadiques des collines environnantes. Les attaques par roquettes sont régulières. Les convois sont systématiquement accrochés. La route qui relie le camp à la capitale est minée. Une équipe sanitaire avait été durement éprouvée un mois plus tôt avec l'explosion de leur véhicule sur un engin explosif improvisé. Le sentiment de menace est aussi interne au camp, avec une absence de confiance et de solidarité entre les différents contingents de militaires présents. Cela explique que pendant plusieurs mois, les militaires français dormaient dans leurs véhicules blindés.

Cet adjudant demande spontanément un entretien avec le psychiatre. Ses traits sont tirés. Il parle avec fébrilité. Il décrit son épuisement physique et psychique. Il a l'impression d'avoir été abandonné. Il supporte difficilement la menace qui pèse sur eux. Il ne trouve aucune satisfaction dans l'exécution de son travail. Il s'isole souvent et de plus en plus longtemps de son groupe. Parallèlement, les contacts avec la métropole via Internet lui deviennent pénibles. Il a un mal croissant à faire bonne figure devant ses camarades et sa famille. S'il demande un entretien, ce n'est pas pour faire part de ses difficultés, mais pour s'assurer d'abord que nous transmettrons au commandement une information sur leur état moral et leur sentiment d'abandon. L'humeur est globalement triste. La difficulté d'idéation traduit l'épuisement psychique. Le reste du groupe, à des degrés divers, présente une symptomatologie analogue.

Cette situation a été particulièrement difficile à gérer. Parce que le passage du psychiatre rompait leur sentiment d'isolement, il a eu un effet positif immédiat et global sur le moral collectif. Il nous paraissait difficile d'extraire ce sous-officier du camp sans porter atteinte à l'intégrité de son groupe. Nous n'avons pas prescrit de psychotropes. Nous avons conseillé au chef du détachement d'épargner l'infirmier du point de vue des activités opérationnelles. On a été aidé par les circonstances puisque cet adjudant-chef était parvenu au terme de sa mission et qu'il a été relevé peu après.

Nous l'avons retrouvé plus tard, juste avant qu'il n'embarque vers la métropole. Il paraissait plus reposé. Le sommeil et l'appétit s'étaient améliorés. Le contact avec sa famille était de bien meilleure qualité. Il faisait part de sa réticence à participer plus tard à une nouvelle mission opérationnelle.

Nous pouvons avoir l'impression que la fin de mission et le repos ont suffi à résoudre cet état d'épuisement. Mais notre pronostic à distance reste réservé. Nous pensons en termes de corrosion : la forme est conservée, mais la structure est altérée et fragilisée, traduisant une usure masquée, en profondeur, de l'état psychique de ce militaire.

4.3. « Le caporal épinglé »

Sur une base avancée en Kapisa, un véhicule blindé qui circulait en convoi saute sur un engin explosif improvisé. Les personnels exposés à cet événement bénéficient cinq jours plus tard d'un debriefing psychologique collectif. Nous rencontrons alors ce caporal âgé de 22 ans. C'est un « ancien » au sein de son groupe. Il tient une position influente auprès des autres hommes du rang plus jeunes que lui. Au moment du debriefing collectif, il est prostré, le visage fermé, et ne dit quasiment rien. Nous le recevons en entretien individuel. Il présente un trouble anxieux majeur marqué par des reviviscences traumatiques et des cauchemars.

Très vite, la thématique de son discours est centrée sur un sentiment de culpabilité : il n'a pas porté secours immédiatement à un blessé qui demandait de l'aide en l'appelant par son nom et dont il ne reconnaissait que la forme brûlée. Il avait dû auparavant, comme il l'avait appris à l'entraînement, procéder à la sécurisation de la zone, ce qui lui a pris plusieurs minutes. C'est seulement après, lorsqu'il revient sur le site même de l'explosion et qu'il s'approche du lieu où ont été disposés les blessés, qu'il reconnaît son ami. Ils étaient très proches en métropole.

Par son comportement, ce caporal perturbe le fonctionnement de son groupe. Juste après ce debriefing psychologique collectif, le lieutenant qui commande la section prend l'initiative d'une sortie. Ce caporal va alors voir chaque personne de la section pour l'inciter à refuser cette mission. Il insiste pour que tous soient rapatriés. Il dit qu'il y a déjà eu suffisamment de morts et que la section est déjà très éprouvée. Ils avaient déjà été marqués par un décès au combat un mois avant, premier mort de leur unité depuis son déploiement en Afghanistan. Comme ce caporal a une forte influence sur ses camarades, ceux-ci, malgré leurs désaccords, n'osent pas contredire.

Nous décidons de l'extraire de la section de combat tout en le gardant sur ce site, affecté à un emploi non combattant. La prise en charge psychiatrique se fait in situ. Le psychiatre se délocalise durablement de Kaboul pour conduire un soin psychothérapeutique en extrahospitalier avec le choix de ne pas utiliser de psychotropes et de parier sur le temps, à savoir une évolution potentiellement favorable attendue sous quelques jours. Nous restons trois jours sur place avec un entretien chaque jour. Nous revenons une semaine plus tard et nous le revoyons à cette occasion. Il a demandé spontanément à reprendre sa place auprès de ses camarades.

Nous l'avons revu un mois plus tard. Les manifestations de reviviscence avaient disparu. Le lieutenant nous indiquait que tout était rentré dans l'ordre à son niveau.

4.4. Le choc de combat

Il s'agit d'un sergent âgé de 28 ans. Il est reçu en entretien individuel, à la demande de son médecin d'unité, dans les suites de l'explosion d'un engin explosif improvisé. Il circulait dans le véhicule qui suivait celui qui a explosé. Il était assis devant le dispositif de vision protégé qui lui permettait de surveiller la route. Il a vu la scène se dérouler sous ses yeux.

Il décrit à ce moment-là une impression de déconnexion de la réalité. Tout lui semblait ouaté, distant, comme irréel. Il effectue les actions prescrites sur un mode automatique.

De retour au camp, ses camarades remarquent son comportement étrange et l'adressent au médecin. Celui-ci constate l'absence de blessures physiques apparentes. Le tableau clinique est celui d'une sidération. Il l'admet à l'infirmier, lui prescrit des benzodiazépines et le maintient sous une surveillance régulière. Passés trois jours, cet état psychique persiste malgré l'isolement et le traitement. Le médecin utilise alors le référentiel parachutiste qu'ils partagent. Il tente de le revigorer avec un discours martial et le patient sort alors de sa prostration. Il semble reprendre le cours normal de son activité psychique.

Nous le rencontrons à la demande de ce médecin le lendemain de cette séance de revigoration pour donner un avis et un pronostic sur ce cas clinique. L'intéressé décrit avoir traversé une phase de dépersonnalisation avec l'impression pénible de ne pas pouvoir sortir de cet état de conscience altéré. Il percevait bien cette altération, mais ne pouvait la corriger. Ce n'est qu'au son de la voix du médecin qu'il a pu émerger.

À l'entretien, il n'y a aucun symptôme résiduel. En l'absence de symptôme anxieux patent, nous décidons d'arrêter le traitement par benzodiazépine. Après une phase de repos de quelques jours avec sa section, il reprend le service en même temps que les autres. Ce qui sort le patient de son état, ce n'est pas la prescription de psychotropes, c'est l'accrochage par une parole qui refait circuler une pensée efficiente.

5. Une messe pour l'homme armé

Il n'y a plus de guerriers, les soldats exercent maintenant un métier. Les Américains continuent à employer le terme de *warrior* (guerrier), ils n'utilisent pas le terme de *fighter* (combattant). Ce terme de guerrier renvoie à la dimension définie par Dumézil, d'un homme dédié au combat et qui en reçoit une position sociale privilégiée. C'est devenu sans réalité à notre époque. Le contexte économique et l'évolution du métier des armes font que beaucoup ne s'engagent plus par idéal mais par choix rationnel d'un métier où combattre n'est qu'une possibilité, lointaine, parmi d'autres [7].

Les soldats d'aujourd'hui se trouvent tiraillés entre deux conceptions qui s'opposent : combattre par idéal et être militaire par métier. Ils doivent allier les devoirs de leurs fonctions aux exigences de leur métier. Leur devoir c'est obéir, se battre, accepter d'être tué. Leur métier, c'est s'entraîner à la maîtrise d'un système d'arme. Le devoir est reconnu par des récompenses et des décorations. Le métier est reconnu à travers une rémunération. Le devoir exige le possible sacrifice de sa vie. Le métier est enserré dans des règlements qui incluent de limiter les risques. Le soldat est prêt à donner sa vie par idéal, mais il est réticent à mourir des risques de son métier. C'est un des paradoxes de la judiciarisation des morts de l'embuscade d'Ouzbine [8].

Quelle place pour nos combattants à leur retour ? Le risque est de refouler ceux qui se sont désignés comme combattants. Ils ne

sont ni héros ni monstres, mais ils ont besoin d'être reconnus pour ce qu'ils ont donné. Dans la Grèce antique, le voyageur qui contemplait le site de la bataille des Thermopyles était appelé à méditer avec cette inscription fameuse : « Passant, va dire à Sparte que nous sommes morts pour la cité et ses lois. »

Il s'agit de reconnaître la possibilité de leur sacrifice. Les médailles, les récompenses sont des marques importantes, mais elles n'ont d'usage que dans le milieu militaire. L'enjeu de la reconnaissance porte sur ce que la société est prête à faire pour ses vétérans. L'inscription du traumatisme psychique comme ouvrant droit à pension a été une avancée importante. Depuis deux ans, les contingents qui rentrent d'Afghanistan passent deux jours à Chypre sur le chemin du retour. C'est un sas. Là, ils sont accueillis, débriefés, et peuvent se détendre quelques heures. Symboliquement, ce temps marque aussi la séparation du groupe. Les combattants expriment la satisfaction à passer ces deux jours. Outre l'aspect détente avant le retour, c'est surtout l'impression que l'institution fait quelque chose pour eux et prend en compte la difficulté de la mission [2,11]. Il semble que les familles apprécient aussi ce temps, trouvant leur époux et père plus disponible à son retour dans ses foyers...

No proposition Euclid wrote/No formulae the text-books know/Will turn the bullet from your coat [...]

Dans *Arithmetic on the Frontier*, Rudyard Kipling [13] opposait le coût de la formation d'un officier au prix de la balle qui le tue. La mort d'un soldat peut toujours être ramenée à un fait-divers. Pour le psychiatre, la clinique en opération est une clinique du quotidien. Elle n'est pas exceptionnelle. C'est une clinique ordinaire en fait. La spécificité est dans le lieu et dans le temps où cette clinique s'inscrit, où elle apparaît, là-bas, et le fait qu'elle est traitée par un thérapeute qui s'est rendu au plus près du soldat dans son travail et sa mission.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de déclaration de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Alcoologie et forces armées. Paris : les colloques et congrès du Haut comité. La documentation Française; 1981.
- [2] Andruéтан Y, Castro C. Le battle mind training. *Perspective Psy* 2010;49(1): 27-30.
- [3] Andruéтан Y, Duzan AC. Le cœur des ténèbres. *Perspective Psy* 2010;49:48-52.
- [4] Baker DG, Heppner P, Afari N, Nunnink S, Kilmer M, Simmons A, et al. Trauma exposure, branch of service, and physical injury in relation to mental health among U.S. veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Mil Med* 2009;174:773-8.
- [5] Ben, Shepard. *A war of nerves*. Cambridge Ma: Harvard University Press; 2001
- [6] Chivers CJ. Why do bullets kill more soldier in Iraq?. *New York: New York Times*; 2009.
- [7] Clervoy P. Le décrochage du sens moral. *Inflexion n° 7*. La documentation française 2007.
- [8] Clervoy P, De Montleau F, Andruéтан Y. Vers un nouveau paradigme en psychiatrie militaire. *Perspective Psy* 2010;49:53-6.
- [9] Fear NT, Iversen A, Meltzer H, Workman L, Hull L, Greenberg N, et al. Patterns of drinking in the UK armed forces. *Addiction* 2007;102:1749-59.
- [10] Hanson VD. *Carnage et culture*. Paris: Flammarion; 2002.
- [11] Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems and barriers to care. *N Engl J Med* 2004;351:13-22.
- [12] Insee, Première. Boissons alcoolisées : 40 ans de baisse de consommation. Paris: Insee; 2004.
- [13] Kipling R. *Arithmetics on the frontier*.
- [14] Krulak C. *The strategic corporal: leadership in the three block war*. *Marines magazine*; 1999.
- [15] Marimoutou C, Queyriaux B, Michel R, Verret C, Haus-Cheymol R, Mayet A, et al. Survey of alcohol, tobacco, and cannabis use in the French army. *J Addict Dis* 2010;29:98-106.
- [16] Royal B. *L'éthique du soldat français*. Paris: Economica; 2008.
- [17] Shen YC, Arkes J, Pilgrim J. The effects of deployment intensity on post-traumatic stress disorder: 2002-2006. *Mil Med* 2009;174:217-23.
- [18] Vallet D, Boisseaux H, De Montleau F, Rondier P. *Psychiatrie et armée*. Encyclopédie médicochirurgicale 37-882-10 de 2006.