



PROMOTION *GÉNÉRAL GALLOIS*
2016 -2017

**Traumatismes psychiques :
La gestion des blessures invisibles
dans les armées américaine et française.**

**Comparaisons et évolutions
des méthodes employées.**

Médecin en chef Jean-Baptiste POHL

Sous la direction de :
M. Pascal Le Pautremat

Résumé

Si la description des blessures psychiques de guerre est ancienne, la définition moderne des syndromes psychotraumatiques est le fruit de l'expérience des armées américaines engagées depuis 150 ans sur les champs de batailles. Il existe aujourd'hui une nosographie complète et précise tant du *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD) que du *Acute Stress Disorder* en particulier liés aux combats. Le traitement médical repose sur la combinaison d'une pharmacopée de plus en plus fournie et de psychothérapies dont les thérapies cognitivocomportementales. L'entourage familial, social et professionnel a, aujourd'hui, un rôle fondamental dans la prise en charge des blessés en leur apportant soutien et reconnaissance. En s'inspirant du modèle américain, les armées françaises ont développé leur propre programme d'accompagnement des blessés psychiques, fédérant ainsi tous les acteurs du soin, de la réadaptation et de la réinsertion autour des soldats et des anciens combattants souffrant de PTSD.

Abstract

If the description of war psychic wounds is former, the modern definition of psychotraumatic syndromes is the result of the experience of the American armed forces, who have been engaged for 150 years on the battlefields. There is presently a complete and accurate nosography of both *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD) and *Acute Stress Disorder* in particular related to combats. Medical treatment is based on the combination of an increasingly supplied pharmacopoeia and psychotherapies including cognitive-behavioral therapies. The family, social and professional environment has today a fundamental role in the taking of the injured by giving them support and recognition. Inspired by the American model, the French armed forces have developed their own program to accompany the wounded, thus bringing together all the actors involved in the care, rehabilitation and reintegration of soldiers and veterans suffering from PTSD.

Sommaire

Introduction	4
1. Du <i>Soldier's Heart</i> au <i>Combat-Operational Stress Reaction</i> : 150 ans de nosologie appliquée aux armées américaines.	6
1.1. <i>Soldier's Heart</i>	6
1.2. <i>Shell Shock</i>	7
1.3. <i>Battle Fatigue</i>	8
1.4. <i>Posttraumatic Stress Disorder</i> (PTSD)	9
1.5. <i>Combat-Operational Stress Réaction</i>	11
1.6. Nosographie du syndrome psychotraumatique	12
2. Du médical au médico-psycho-social : mise en place d'un véritable parcours intégratif de soins des blessés psychiques.....	16
2.1. Thérapies militaires	17
2.2. Programmes d'aide aux soldats et aux vétérans	21
3. Apport de l'expérience américaine dans la prise en charge du traumatisme psychique post-traumatique dans les armées françaises	27
Conclusion.....	31
Bibliographie.....	33

Introduction

Le département d'État américain pour les vétérans (*U.S. Department of Veterans Affairs*), ce qui correspond peu ou prou au secrétariat d'État français des anciens combattants, estimait, dans une étude de 2012, à 22 le nombre de vétérans qui se donnaient volontairement la mort chaque jour. En effet, parmi les suicidés américains, 20% sont des vétérans. Alors que le taux de suicide est de 14 p. 100 000 dans la population américaine générale, ce taux est plus que doublé pour la population des vétérans, atteignant le chiffre record de 30 p. 100 000. Certaines études estiment que 30% des vétérans ont eu ou auront un jour des pensées suicidaires¹. Tel peut ainsi être résumé l'état psychologique de la population des anciens combattants américains.

Maladies méconnues, honteuses pour les armées, tabous dans les sphères familiales et professionnelles, passées sous silence, négligées voire niées pendant des décennies, les blessures psychiques spécifiques des champs de bataille sont devenues un véritable enjeu de santé publique outre-Atlantique, obligeant le *U.S. Department of Veterans Affairs* à développer un vaste programme national de prévention et de soins, afin de dépister et prendre en charge au long cours, chez les vétérans et le personnel d'active, ce que le grand public appelle « les blessures invisibles ».

Au gré des époques, différents noms ont été donnés aux blessures psychiques, noms qui reflétaient tant les connaissances que les croyances du moment quant aux maladies mentales : syndrome du cœur irritable de la guerre de Sécession (1861-1865), obusite de la Première Guerre mondiale (1914-1918), fatigue du soldat de la Seconde Guerre mondiale (1939-1945), état de stress post-traumatique de la guerre du Vietnam (1955-1975) et réactions de stress au combat et à l'opérationnel des conflits plus récents. À l'issue de ces conflits anciens ou plus récents en Irak et en Afghanistan, et même de certaines opérations de maintien de la paix éprouvantes, l'étude des cohortes de blessés, toujours plus nombreux, a permis de décrire précisément la sémiologie anamnétique et clinique des syndromes post-traumatiques.

¹ BASU M., CNN. Disponible à : <http://edition.cnn.com/2013/09/21/us/22-veteran-suicides-a-day/> [consulté le 17 novembre 2016].

L'explosion du nombre de cas dans les conflits modernes et la mise en lumière de ces blessés de guerre ont incité et permis d'initier de nombreux travaux de recherche, afin d'améliorer encore la connaissance et le traitement de ces pathologies. Tous ces travaux mettent en avant le caractère plurifactoriel de la maladie. Ils soulignent la nécessité désormais de multiplier les approches thérapeutiques : thérapies comportementales, thérapies analytiques, thérapies médicamenteuses novatrices, thérapies interpersonnelles, thérapies par réalité virtuelle, etc.

Dans les armées françaises, la blessure psychique est reconnue comme blessure de guerre depuis 1992 dans le code des pensions militaires d'invalidité. Elle est restée, par la suite, très longtemps sous-estimée en raison de la perception très française des maladies psychologiques, qui demeurent encore aujourd'hui souvent des tabous familiaux ou professionnels. Le changement de paradigme est lié au conflit afghan. Depuis 2008 et notamment le choc d'Uzbeen², les armées françaises ont mis en œuvre des plans successifs afin de dépister et prendre en charge, sur le long terme, les militaires et anciens combattants atteints des blessures psychiques. En moins de 10 ans, à l'instar de leurs sœurs américaines, les armées françaises ont su développer un véritable parcours de soins intégratif pour les blessés de guerre, associant blessés, thérapeutes, commandement et familles, développer la recherche pour améliorer les traitements et élaborer des programmes de soins novateurs multi-acteurs.

L'objectif principal de cette étude est donc de décrire comment les armées américaines ont développé un système intégratif et novateur pour soigner les blessures psychiques des vétérans et des militaires, et dans quelle mesure, les grands principes élaborés outre-Atlantique ont été adaptés au système français de prise en charge des blessés de guerre.

Les objectifs secondaires sont de décrire l'évolution de la description de cette blessure au gré des différents conflits armés (I), des moyens développés pour traiter ces nouveaux blessés des champs de bataille (II), et d'identifier dans quelle mesure le système français de prise en charge des blessés de guerre a été influencé par l'expérience américaine (III).

² L'embuscade d'Uzbeen s'est déroulée du 18 au 19 août 2008 dans la vallée de Surobi en Afghanistan. Lors d'une patrouille, 18 soldats français furent tués au combat et 21 autres furent blessés. L'impact sur l'opinion publique est considérée comme majeur et incitera par la suite le pouvoir politique à limiter l'engagement de la France dans le conflit afghan. Plus aucun renfort militaire ne sera ainsi autorisé par la suite.

1. Du *Soldier's Heart* au *Combat-Operational Stress Reaction* : 150 ans de nosologie appliquée aux armées américaines.

La description des blessures invisibles est ancienne. Dès l'Antiquité, certains auteurs signalent cette entité pathologique sans pouvoir la nommer. Un poème indien, le *Mahabharatta*, est ainsi considéré comme la première trace écrite de traumatisme psychique lié à l'art de la guerre. Par la suite, l'historien grec Hérodote se fait le rapporteur de deux cas de soldats, ayant fait l'expérience de la sensation de mort imminente et ayant développé par la suite, pour l'un, une cécité sans signe de blessure, et, pour le second, des tremblements irrépressibles³.

Le manque d'intérêt pour ces vétérans revenus apparemment sains et saufs des combats explique en partie pourquoi il est rare d'identifier, au sein de la littérature classique, des cas de traumatismes psychiques.

1.1. *Soldier's Heart*

A l'issue de la guerre de Sécession (1861-1865), les psychiatres américains, pour certains ayant servi sous l'uniforme durant cette guerre civile, décrivent le *soldier's heart* que l'on traduit sous les termes de cœur du soldat. La présentation clinique de ce syndrome est relativement bien détaillée : essoufflement avec fréquence ventilatoire élevée, sueurs, symptômes digestifs peu spécifiques type nausées ou diarrhées, douleur dans la poitrine, fréquence cardiaque au moindre effort⁴.

En raison de la présentation de symptômes relevant essentiellement de la cardiologie, le traumatisme psychique est alors rapproché des maladies du cœur. Cette classification est d'autant plus aisée qu'à cette époque, la psychiatrie n'a pas encore obtenu la reconnaissance du corps médical comme spécialité médicale à part entière. D'autres noms comme névrose

³ ANDRUÉTAN Y. (médecin en chef), *Les blessures psychiques en 10 questions*, Paris, Economica, 2013, 116 p., p. 8.

⁴ FIGLEY C., NASH W., *Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management*, New-York (USA), Routledge, 2007, 341 p., p. 163.

cardiaque, cœur nerveux, asthénie neurocirculatoire ou syndrome du cœur irritable, sont retrouvés dans les documents d'époque.

Certains praticiens comme da Costa rapportent des éléments complémentaires : la lutte permanente des soldats affectés contre leurs souvenirs de guerre, la réapparition du syndrome lorsque le soldat retourne au front, le repos et l'éviction de la zone des combats comme seul traitement efficace⁵.

La guerre de Sécession est par ailleurs le premier conflit où une étude épidémiologique recensant les pertes pour raisons psychiques est réalisée : « 5 213 cas de nostalgies sont recensés au sein des armées nordistes pour la seule première année de guerre, correspondant à un taux d'attrition de 1,8%, taux qui sera porté à 2 et 3% les années suivantes »⁶

1.2. **Shell Shock**

Le développement de la psychiatrie à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e autorise, pour la première fois, à engager des psychiatres militaires sur le champ de bataille durant la 1^{ère} Guerre mondiale. Cette présence est fondamentale car elle permet aux praticiens d'affiner la description de la blessure de guerre et de poser les bases des premières heures de traitement qui sont toujours utilisées de nos jours. Toutes les parties en présence décrivent ainsi une nouvelle maladie à forte expression psychologique. Cette pathologie, le *shell shock*, que l'on pourrait aisément traduire par « choc de l'obus », est en réalité connue sous le terme d'obusite dans la littérature française.

Si, initialement, les premiers blessés souffrent des conséquences directes des combats intenses comme les lésions de *blast* causées par les nouvelles armes de l'artillerie comme les obus ou les lésions liées à l'emploi d'armes chimiques, d'autres symptômes apparaissent par la suite parmi les soldats n'ayant été ni atteint par l'artillerie, ni exposés à des toxiques de guerre. Durant ce conflit, la description du traumatisme psychique devient plus précise : agitation, fatigue, augmentation de la réponse émotionnelle, perte de concentration, trouble de l'humeur. Sont parfois également décrits des troubles fonctionnels, sensitifs ou moteurs. Sur le plan psychologique, il est décrit des combattants fuyant la zone des combats en raison d'une peur

⁵ Ibid. p. 164.

⁶ CROCQ L., Les traumatismes psychiques de guerre, Paris, Odile Jacob, 1999, 422 p., p. 36.

ou d'une panique intense, ou *a contrario*, des sidérations rendant incapable le sujet de tout mouvement.

En 1918, seulement un an après la fin du 1^{er} conflit mondial, plus de 400 ouvrages ou articles sont publiés par les praticiens américains sur le *shell shock*. Pour la première fois, le caractère psychiatrique de la maladie est identifié, tout comme la cause : un stress intense survenu sur le champ de bataille⁷. La recherche d'un substrat organique de la maladie est abandonnée.

Les données épidémiologiques de l'US *army* sont également pour la première fois bien consolidées : d'avril 1917 à novembre 1918, près de 70 000 malades sont traités pour troubles mentaux. Le taux de perte pour raison psychique est de 28‰ en 1917 et 14‰ en 1918.⁸

Le traitement des traumatismes psychiques est également révolutionné par les psychiatres de l'avant : leur intervention précoce permet de réduire les troubles, d'améliorer les symptômes sur le long terme. Salmon, psychiatre américain, développe cinq principes célèbres de prise en charge : immédiateté, proximité, simplicité des soins, centralité, espoir de guérison⁹. Ces cinq principes constituent toujours aujourd'hui la base de la prise en charge des blessés psychiques.

Les premiers essais thérapeutiques ont également lieu à cette époque : l'adrénaline présente quelques effets bénéfiques sur les patients les plus choqués.¹⁰ D'autres essais ont recours à des sédatifs et de la nourriture abondante, ainsi qu'à la restitution de la dette de sommeil. La Seconde Guerre mondiale amplifiera ces essais.

1.3. *Battle Fatigue*

Entre les deux guerres mondiales, les travaux de Freud sur les causes inconscientes des maladies mentales mettent à mal le *shell shock* et son caractère mécanique. En médecine

⁷ FIGLEY, op. cit., p. 164.

⁸ CROCQ, op. cit., p. 39.

⁹ DE VITTON I., Psychotraumatologie : Apport de la psychiatrie militaire et de la psychiatrie civile, Th.D, Médecine, Université de Rouen, 2012, 124 p, p. 16.

¹⁰ THURIN J.M., « État de stress post-traumatique », Pour la recherche, vol. 34, 2002, p. 6-7.

militaire, le terme est délaissé au profit de celui de névrose de guerre ou de névrose traumatique. Les termes de fatigue de guerre ou d'épuisement (*exhaustion*) sont également utilisés dans l'armée américaine.

Pourtant, au début de la Seconde Guerre mondiale, les grands principes de Salmon (immédiateté, proximité, simplicité des soins, centralité, espoir de guérison) semblent avoir été oubliés : le concept des lésions dues aux effets du blast prédomine. Le terme de psychonévrose ne semble plus connu que des seuls psychiatres militaires. Il regroupe toutes les manifestations psychiatriques, aiguës ou chroniques, liées au stress ou non, liées aux combats ou non. Le commandement est peu réceptif aux préoccupations des soldats, voire nie l'existence de la blessure psychique. Ainsi, il est rapporté par exemple que le célèbre général Patton aurait invectivé et s'en serait prit physiquement à plusieurs reprises au cours de la guerre à des soldats traumatisés psychiques et hospitalisés lors de ses visites d'inspections des hôpitaux militaires de campagne.¹¹

Durant puis à l'issue de la guerre, s'il est observé moins de conversion hystérique que durant le premier conflit mondial, il est identifié un nouveau trait du traumatisme psychique, l'existence de troubles différés, associés ou non à la réaction immédiate déjà connue : « Les psychiatres font désormais la distinction entre les réactions aiguës au combat et les (psycho)névroses de guerre, pathologies chroniques qui en résulte. »¹²

Sur le plan thérapeutique, les techniques d'hypnose et d'analyse de Freud sont très largement développées. Au total, durant ce conflit, plus de 257 000 psychonévroses sont diagnostiquées, soit un taux de 24,5%, en moyenne par an, entre 1942 et 1945¹³

1.4. *Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*

Lors des conflits postérieurs à la seconde guerre mondiale (Corée 1950-1953, Vietnam 1955-1975), les principes de psychiatrie de l'avant et de Salmon sont repris par les praticiens

¹¹ CROCQ, op. cit., p 45.

¹² DE VITTON, op. cit., p 17.

¹³ CROCQ, op. cit., p. 43.

militaires américains. Si la prise en charge des blessés psychiques selon ces principes s'avère efficace durant la guerre par un retour rapide de 80% des blessés dans leur unité après quelques jours de repos, il s'en est suivi, par la suite, un véritable problème sanitaire national et surtout social appelée syndrome post-Vietnam.¹⁴ En effet, « réprimer les symptômes du stress sans aborder la question du trauma n'est pas thérapeutique à long termes »¹⁵. Les vétérans souffrent de graves difficultés de réinsertion sociale et de signes cliniques jamais observés jusqu'alors : cauchemars nocturnes, reviviscences en plein jour des scènes de guerre, hypervigilance, sursaut au moindre bruit¹⁶, souvenir intrusif, pensées d'évitement, hyperexcitation, désinsertion sociale, alcoolisme et autres conduites addictives, agressivité, dépression, sensation de culpabilité, etc.

En dehors des centres de santé officiels des vétérans, des associations d'anciens combattants, aidées par des psychiatres, développent des groupes de paroles, pour prendre en charge les malades sur le long terme. Elles militent également pour la reconnaissance des conséquences psychologiques et sociales de la guerre.

L'« épidémie » de cas observés, tant dans les centres de santé des vétérans qu'au sein des associations, est relayée auprès du grand public par les médias et les familles des soldats traumatisés. Malgré l'opposition qui réfute tout syndrome post guerre, le congrès américain est contraint de commander une étude en 1983 pour déterminer la prévalence du *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD), traduit en français par état de stress post-traumatique (ESPT), chez les vétérans, ainsi que les difficultés sociales consécutives. Les conclusions sont édifiantes : « *Approximativement, 30% des hommes et 26% des femmes qui ont participé à la guerre du Vietnam ont un ESPT à un moment donné de leur vies* »¹⁷

Face à cette réalité, l'association américaine de psychiatrie (*American Psychiatric Association*) ajoute le PTSD à sa liste officielle des maladies mentales (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM III)). Afin d'être reconnu comme tel, le PTSD

¹⁴ Ibid. p. 18.

¹⁵ DE VITTON, op. cit., p 17.

¹⁶ ANDRUÉTAN, op. cit., p 11.

¹⁷ FIGLEY, op. cit., p. 165.

doit cependant faire suite à un évènement traumatisant.

La conséquence principale de cette reconnaissance médicale et universitaire officielle du PTSD comme maladie est la multiplication des projets de recherche ambitieux afin de mieux identifier l'étiologie des PTSD, les susceptibilités individuelles les favorisant, ainsi que les traitements et moyens de prévention les plus efficaces pour les soldats.

Les blessures invisibles sont définitivement inscrites dans l'esprit du grand public et dans les armées.

1.5. Combat-Operational Stress Réaction

En 1999, le *Department of Defense* demande l'utilisation du terme *combat-operational stress reaction* (COSR) car le terme de PTSD est insuffisant pour décrire tous les syndromes psychotraumatiques. En effet, les nouveaux engagements opérationnels, dans des conflits de basse intensité, font émerger une nouvelle typologie de blessés psychiques, très proche voire identique dans son expression clinique des formes aiguës de PTSD, mais avec la différence notable qu'aucun évènement traumatisant n'est rapporté, notamment lors d'opérations de maintien de la paix par exemple. Le COSR – que l'on traduit par stress réactionnel au combat et à l'opérationnel – est ainsi une forme de stress dépassé, à risque de se chroniciser sous la forme d'un ESPT. L'origine de la maladie n'est cependant pas un traumatisme psychique comme la sensation de mort imminente, mais un stress intense. Sont par exemple concernés les militaires des armes du soutien, participant peu ou pas aux actions de feu, mais qui, en l'absence de ligne de front, sont totalement intégrés dans un environnement tactique qu'ils connaissent peu. Ils sont également soumis à un sentiment permanent d'insécurité qui nécessite une vigilance continue et épuisante.

Le professeur Rondier, en 2010, décrit dans quelle mesure les nouvelles formes d'engagement opérationnel, dans les conflits de basse intensité, de contre-insurrection terroriste, peuvent durablement éprouver le psychisme des combattants en dehors de la survenue d'un évènement clairement défini, car confrontés à un risque vital permanent¹⁸. La même année, le docteur

¹⁸ RONDIER J.P., « Intervention planifiée : le vécu du risqué vital. Témoignage d'un psychiatre militaire »,

Vautier identifie plusieurs facteurs pouvant expliquer l'apparition de ces réactions psychiques dans les conflits modernes : l'impuissance malgré la supériorité technologique, la menace imprévisible et permanente, l'absence de front (iii), l'hostilité de la population civile, la confrontation à la détresse des réfugiés (v), des règles d'engagements très strictes, le spectacle atroce des camarades blessés mutilés plus que tués, l'accumulation d'expériences atroces et insoutenables.¹⁹

« *Le COSR peut être décrit comme ce qu'il arrive quand une personne éprouve une réaction « normale » à ce qui pourrait être considérée comme une expérience « anormale »*²⁰. Cette citation souligne l'importance de la susceptibilité individuelle et de la construction mentale autour de la question du COSR (et du PTSD). Il existe ainsi naturellement une différence d'appréciation, de ressenti émotionnel, quasiment imprévisible entre deux soldats confrontés à une même situation. Le même environnement, le même évènement n'auront pas les mêmes conséquences selon les individus, tant en matière de stress que de trauma.

Il est important de souligner que la description de cette nouvelle forme de syndrome psychotraumatique est cette fois réalisée à la demande des armées, afin de reconnaître, soigner et protéger cette nouvelle forme de blessés psychiques dont le vécu individuel et l'absence d'évènement traumatisant objectif ne permettent pas de leur diagnostiquer, par définition, un PTSD.

1.6. Nosographie du syndrome psychotraumatique

Au regard de leurs expériences, nombreuses, presque continues depuis 150 ans, les psychiatres militaires américains, essentiellement de l'US *Army* et du corps des Marines, ont développé une connaissance précise du psychisme des soldats et de leurs altérations possibles lors des guerres ou des engagements opérationnels récents. Deux entités sont désormais très clairement distinguées : le PTSD et le COSR.

Perspectives psy, vol. 49, n°1, 2010, p. 35-37.

¹⁹ VAUTIER V., « Les nouvelles dimensions des engagements militaires contemporains », Perspectives psy, vol. 49, n°1, 2010, p. 15-18.

²⁰ FIGLEY, op. cit., p. 166.

1.6.1. PTSD

Le critère principal est l'exposition, brève ou prolongée, à un événement traumatique, suivi d'un temps de latence, qui peut durer d'un mois à plusieurs années²¹. Néanmoins, certaines spécificités sont connues : 50 % des troubles surviennent dans le mois suivant l'événement traumatique, 65 % dans les trois mois et 95 % un an plus tard.

L'évènement doit être catastrophique ou menaçant : le sujet a vécu une sensation de mort imminente ou a été témoin de scènes durant lesquelles d'autres sont morts, gravement blessés ou ont été menacés. Face à cette situation, le sujet a ressenti une peur intense, de l'effroi, de l'horreur et, souvent, un grand sentiment d'impuissance.²²

La clinique du PTSD comporte trois volets distincts et complémentaires :

- un syndrome de répétition : reviviscences diurnes avec hallucinations, rumination mentale, cauchemars répétitifs, réactions exagérées émotionnelles et physiques, en réponse à un stimulus évocateur. Ce syndrome associe également une détresse psychique, des troubles neurovégétatifs (sueurs, palpitations) et/ou une hypervigilance ;
- une altération de la personnalité : trouble de l'humeur et/ou de la mémoire, évitement, dépression, troubles du sommeil et notamment de l'endormissement, irritabilité ou colère, difficultés de concentration, troubles de la vigilance sont fréquents ;
- des symptômes non spécifiques : asthénie physique, psychique et sexuelle, anxiété, plaintes psychosomatiques et idiopathiques, troubles de l'alimentation, conduites auto- ou hétéro-agressives, addictions en particulier alcoolique.

La 5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie individualise, dans un chapitre particulier, le PTSD comme entité nosologique à part entière, différente de tous les autres maladies psychiatriques tant en terme

²¹ ROULLIÈRE-LE LIDEC C., Le syndrome de stress post-traumatique : survivre ou revivre ?, Paris, Economica, 2015, 111 p., p. 20.

²² THURIN, op. cit.

d'étiologie, d'expression clinique que de traitement.²³.

La distinction entre le PTSD aigu (durée des symptômes entre 1 et de 3 mois) et le PTSD chronique (persistance des symptômes au-delà de 3 mois) n'existe plus. On parle néanmoins d'*Acute Stress Disorder* (ASD) (traduit par en français par état de stress aigu (ESA)) si les symptômes apparaissent avant 1 mois, en particulier torpeur, détachement ou absence de réaction émotionnelle, déréalisation, amnésie. Notons que, si la majorité des individus présentant un ASD souffrent plus tard d'un PTSD, 56% des victimes affectées par un PTSD n'ont pas présenté d'ASD préalablement.²⁴

1.6.2. COSR

En situation opérationnel, et le sur le court terme, les psychiatres américains retiennent la dénomination de COSR, plutôt que d'ASD, en, particulier si aucun évènement traumatisant n'est identifié dans l'histoire de la maladie. En l'absence d'équivalent dans les classifications mentales des maladies (DSM V), ils décrivent ainsi précisément le COSR par l'apparition de troubles :

- physiques : fatigue, épuisement, paresthésies, nausées, vomissements, agitation psychomotrice, insomnie ;
- cognitifs : difficultés de concentration, perte de mémoire, cauchemars, flashbacks ;
- émotionnels : peur, désespoir ;
- comportementaux : impulsivité, conduites inappropriées.²⁵

La distinction des maladies psychiques dites « blessures invisibles du soldat » entre elles, des différents tableaux cliniques et symptômes possibles, l'évolution de leurs classifications au cours des périodes parmi les maladies mentales, la compréhension de leurs différentes étiologies et des mécanismes psychiques sous-jacents sont essentielles aux différents thérapeutes pour proposer les traitements les plus adaptés, médicaux ou non, ainsi que les

²³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5, Washington D.C (USA), American Psychiatric Press, 2013, 991 p.

²⁴ DE VITTON, op. cit., p. 38.

²⁵ FIGLEY, op. cit., p. 167.

mesures préventives permettant de limiter l'incidence de ces différents syndromes psychotraumatiques. En effet, il n'est pas possible d'appréhender la prise en charge de ces combattants blessés sans connaître les spécificités de leurs maladies. En médecine, la connaissance de la sémiologie est une condition préalable indispensable à tous les actes de diagnostic ou thérapeutiques.

2. Du médical au médico-psycho-social : mise en place d'un véritable parcours intégratif de soins des blessés psychiques.

La découverte et la description de la blessure psychique comme entité nosologique à part entière est, pour partie, l'œuvre de psychiatres militaires américains engagés au plus près des combattants dans les différents conflits du XX^e siècle. Si le diagnostic n'est *de jure* posé que par les seuls médecins, il est désormais bien établi que la prise en charge est multidimensionnelle impliquant non seulement le corps médical, mais aussi l'entourage du malade, famille, proches, institution militaire, etc.²⁶.

Dans le cadre de notre étude, nous ne reviendrons pas sur les protocoles de soins proposés à la patientèle civile, victime d'acte de guerre, de terrorisme, de catastrophes industrielles ou naturelles. Nous étudierons les possibilités de prise en charge médicale, psychologique et sociale, développées par l'administration militaire depuis 20 ans.

La capacité de proposer des traitements innovants a été soutenue par la puissance de la recherche médicale de défense, essentiellement de l'*US Army*. Un système intégratif, pluridisciplinaire a ainsi été mis sur pied à l'échelle du continent nord-américain, associant les armées et le *U.S. Department of Veterans Affairs*. Un réseau de centres de recherche spécifique pour les syndromes psychotraumatiques a été construit essentiellement depuis 2007 suite à la réalisation de plusieurs rapports d'information sur la prise en charge des blessés psychiques des guerres d'Afghanistan et d'Irak par les différents services de santé militaires et par celui des vétérans^{27,28} : *Armed Forces Research Institute of Medical Sciences, Blast Injury Research Program, Clinical and Rehabilitative Medicine Research Program, Defense Centers*

²⁶ BOISSEAU H. (médecin en chef), « Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique. », Médecine et armées, vol. 38, n°1, 2010, p. 29-36.

²⁷ DEPARTMENT OF DEFENSE: TASK FORCE ON MENTAL HEALTH, An achievable vision: Report of the Department of Defense Task Force on Mental Health, Falls Church (USA), VA: Defense Health Board, 2007, 100 p.

²⁸ DOLE B., SHALALA D., Serve, Support, Simplify: Report of the President's Commission on Care for America's Returning Wounded Warriors, Washington DC, 2007, 149 p.

of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury, Naval Center for Combat and Operational Stress Control, National Center for PTSD.

2.1. Thérapies militaires

2.1.1. Organisation des soins en opérations

La prise en charge des blessés psychiques au combat est organisée autour d'équipes de contrôle du stress au combat (*Combat Stress Control Team (CSCT)*) dont l'objectif est, au niveau individuel, de prendre en charge les blessés psychiques (COSR/PTSD) et de réduire le risque d'évolution vers un PTSD à plus long terme, et au niveau collectif, de conserver la cohésion et la capacité opérationnelle des groupes de combat en maintenant les soldats avec leur unité. Ces CSCT sont composés de psychiatres, de psychologues cliniciens, de psychologues spécialisés dans le travail de groupe et de travailleurs sociaux. À cette fin, les psychiatres américains militaires mettent toujours en œuvre les principes de Salmon (cf. § 1.2.), adaptés aux connaissances psychiatriques du moment. Six principes sont désormais retenus à la phase aigüe : brièveté de l'intervention, immédiateté de la prise en charge, proximité, simplicité, expectance (focus sur l'espoir de guérison), centralité²⁹.

La doctrine américaine propose de maintenir sur le théâtre d'opérations les blessés les plus sévères dans les services psychiatriques des hôpitaux militaires de campagne (rôle 3) pour une à trois semaines. L'objectif est de proposer des soins médicaux, traitements chimiques et psychothérapies, dans l'espoir d'un possible retour rapide au sein de l'unité de combat. Ce deuxième échelon de soins bénéficie de l'intervention des CSCT, qui adressent les patients à ces services spécialisés.

Le dernier échelon de prise en charge est constitué des hôpitaux et centres de santé implantés sur le territoire américain. Il concerne les patients évacués des théâtres d'opérations car incapables de reprendre leur poste même après une hospitalisation en rôle 3, mais aussi les soldats présentant un PTSD dont l'apparition a été postérieure à leur retour aux États-Unis d'Amérique (*United States of America (USA)*). Ces patients bénéficient alors d'une prise en

²⁹ FIGLEY, op. cit., p. 175.

charge sur le long terme, associant différents acteurs : médecins, commandement, famille, au travers de programme de soins plus développés. Ces programmes seront présentés dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire des PTSD.

2.1.2. Pharmacothérapie

La psychiatrie est longtemps restée démunie face aux blessés, ne bénéficiant pas d'une pharmacopée développée. Il a fallu attendre la seconde moitié du XXe siècle pour voir apparaître des traitements médicamenteux modernes.

Les premières solutions thérapeutiques proposées s'appuyaient sur l'idée simple que seul un choc pouvait guérir un choc. C'est pourquoi, de nombreux blessés chimiques de la Première Guerre mondiale, ainsi que de la seconde dans une moindre mesure, reçurent des électrochocs, sans anesthésie contrairement aux pratiques actuelles. Le succès fut plus que mitigé et cette technique fut rapidement écartée dès l'apparition des premiers médicaments psychotropes.

Les antidépresseurs sont, de nos jours, fréquemment utilisés car ils ont démontré, notamment pour les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine³⁰, une efficacité sur la sévérité des symptômes du PTSD, le risque de rechute et les comorbidités associées (crise suicidaire, addiction). Certains praticiens associent des traitements neuroleptiques type loxapine, olanzapine (ou autres antipsychotiques de seconde génération) pour les troubles du sommeil à la phase aiguë³¹.

2.1.3. Psychothérapies

Plusieurs approches psychothérapeutiques ont aujourd'hui fait la preuve de leur efficacité en complément ou en remplacement des traitements pharmacologiques.

³⁰ Ibid. p. 234.

³¹ VAUTIER V., États de stress post traumatiques. Actualités. Les enseignements issus du conflit en Afghanistan, 2013. Disponible à : <http://smurbmpm.fr/wp-content/uploads/2013-2014/13-03/actu-trauma-psy.pdf> [consulté le 17 novembre 2016].

2.1.3.1. Psychanalyse

Pour les formes peu sévères de PTSD et en cas de prise en charge précoce, la psychanalyse a fait preuve de son efficacité. L'objectif est d'aider le blessé à intégrer le traumatisme dans le cours de sa vie et d'en rechercher la signification. La verbalisation du trauma doit permettre au patient de se reconstruire, de trouver « la signification de sa rencontre avec la mort et de se libérer du poids de la répétition »³².

2.1.3.2. Thérapies cognitivocomportementales (TCC)

Les TCC sont des psychothérapies datant des années 1970 et demeurent celles qui ont démontré l'efficacité la plus importante, notamment pour les formes les plus sévères de psychotraumatismes. Plus la démarche est entreprise tôt après le trauma ou l'apparition des symptômes, plus les TCC sont efficaces. Le traitement repose sur 8 à 12 séances de 60 à 90 minutes menées par un professionnel des TCC et du PTSD.

La thérapie d'exposition confronte le patient à son traumatisme, soit de manière imaginaire en se remémorant le passé, soit *in vivo* (personnes impliquées, localisation, etc.) afin d'en accepter les conséquences et de mieux contrôler l'anxiété provoquée. L'exposition est progressive pour permettre au patient d'apprendre à gérer son stress et les symptômes provoqués.

La thérapie cognitive doit permettre au patient de reformuler l'interprétation subjective qu'il fait de son trauma. En remettant en doute les conclusions de son ressenti, le malade substitue ses pensées erronées, inutiles et anxiogènes par des idées alternatives, de sécurité et de contrôle.

En combinant les différentes formes de TCC, l'issue pour le vétérán peut se voir grandement améliorée. C'est pourquoi les psychiatres utilisent le plus souvent une combinaison de thérapie d'exposition et de thérapie cognitive. On parle alors de « cognitive processing

³² DE VITTON, op. cit., p. 54.

therapy »³³.

Depuis le milieu des années 2000, la thérapie d'exposition bénéficie de l'avancée des technologies du numérique et de la réalité virtuelle. Celle-ci permet en effet de recréer l'environnement de la guerre et du trauma, grâce à des stimuli visuels et sonores. Les *scenarii* construits sont très proches de la réalité du terrain et des combats et comportent moins de biais que les thérapies d'exposition par imagination.³⁴

2.1.3.3. Hypnose

L'hypnose est utilisée depuis 1945 et demeure d'actualité uniquement en complément d'autres psychothérapies. Elle permet de limiter l'anxiété et les émotions en cas d'exposition prolongée à un évènement rappelant le traumatisme.³⁵

2.1.3.4. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

L'EMDR est une reprogrammation neurologique du cerveau pour traumatisés psychiques. Les mouvements oculaires rapides de gauche à droite font disparaître les pensées négatives et anxiogènes. Testé dans les années 1990 sur des vétérans volontaires présentant un PTSD secondaire à la guerre du Vietnam, l'EMDR est désormais reconnue comme une psychothérapie particulièrement efficace sur le PTSD. Cette méthode demeure néanmoins sujet de controverses : certains praticiens, s'ils ne réfutent pas la méthode, considèrent en effet que l'EMDR est en réalité une TCC en retenant que c'est l'exposition par imagination et que les mouvements oculaires ne sont d'aucune efficacité.

Quelques soient les auteurs, tous reconnaissent que le traitement des PTSD est complexe et ne peut pas s'appuyer que sur la seule pharmacopée. Différentes formes de psychothérapies ont

³³ GETZMANN J., Mémoires de guerre : Le syndrome de stress post-traumatique et l'armée américaine. Une leçon d'Irak et d'Afghanistan, Mémoire, Médecine, Université de Genève, 2011, 136 p., p. 72.

³⁴ FIGLEY, op. cit., p. 199.

³⁵ DE VITTON, op. cit., p. 58.

été validées, leur efficacité étant, pour certaines, supérieure à tout traitement chimique. C'est pourquoi tous s'accordent pour dire que le traitement médicamenteux ne doit être proposé qu'en seconde intention, en cas de refus, d'insuffisance ou d'inefficacité du traitement psychothérapeutique. Il est important de souligner que la prise en charge doit être individualisée, adaptée au traumatisme initial, à la sévérité des symptômes, au vécu individuel du blessé, etc. L'efficacité du traitement dépend donc, pour partie, de la capacité des praticiens à combiner les différentes thérapies précédemment détaillées et à s'approprier l'histoire de son patient.

2.2. Programmes d'aide aux soldats et aux vétérans.

S'il existe désormais des traitements efficaces, il est certain que la recherche proposera certainement dans les années à venir d'autres solutions thérapeutiques. La doctrine américaine met également en avant les moyens de prévention des syndromes psychotraumatiques. En effet, quelques soient les domaines de la médecine, la médecine préventive a toujours été bien prise en compte dans la pratique anglo-saxonne. L'effort de recherche sur le PTSD, s'il a permis de développer des thérapies efficaces, a également permis de mettre sur pied tout un système de prévention associant le corps médical, les patients et l'institution militaire.

Il est nécessaire de distinguer trois types de prévention :

- la prévention primaire qui a pour objectif de diminuer l'incidence de la maladie, en amont, avant l'apparition des premiers symptômes,
- la prévention secondaire qui vise à diminuer la prévalence de la maladie, en agissant de manière précoce, dès l'apparition des premiers troubles,
- la prévention tertiaire, qui tend à réduire les complications (dépressions, addictions, suicides par exemple) et risques de rechutes.

À cette fin, différents programmes d'aide aux soldats ont été construits afin d'intervenir dans ces trois domaines de la prévention, et si besoin en matière de soins. Tous les programmes sont transverses et concernent aussi bien les soldats d'active (avant, pendant et après la mission) que les vétérans. Comme l'effort de recherche, la plupart de ces programmes ont été mis en place après les rapports d'informations et d'audit de 2007. Ils sont complémentaires au système de prise en charge décrit au § 2.1.1., en s'inscrivant en amont ou après la mission.

Le cloisonnement entre les différentes armées et services est particulièrement marqué aux USA. La culture interarmées est moins développée et les échanges moins fréquents. Depuis 2007, chaque armée ou service a développé sa politique et son programme de prévention, adaptés à ses besoins et son organisation. Les programmes de prévention et de prise en charge des syndromes psychotraumatiques sont le *Battlemind Training Program* pour l'US Army, le *Marine Corps COSC Program (Combat Operational Stress Control)*, le *Navy Operational Stress Control* et l'*Air Force PTSD Prevention Efforts*.

Ces différents programmes pédagogiques ont été construits spécifiquement pour le milieu militaire en s'appuyant sur les ressources et valeurs particulièrement partagées entre les soldats : cohésion, rôle du chef, sens de la mission, entraînement physique et sportif, etc., pour être ainsi bien accepté par les soldats. Ils incluent les soldats, le personnel civil des armées, le commandement et les familles.

Le premier objectif de tous ces programmes est de préparer les soldats à leur mission afin de réduire le risque de survenue de PTSD (prévention primaire). Pour atteindre cet objectif, le programme développe la « capacité du combattant à faire face aux réalités de l'environnement avec courage, confiance et résilience. »³⁶

Le commandement est responsable de cette phase de préparation, le personnel soignant n'est pas directement concerné. Des cadres formés au TCC dispensent de courtes séances pendant lesquelles ils soulignent et expliquent les comportements inadaptés et à risque pouvant se manifester pendant et après les missions (troubles de l'humeur, addictions, etc.). Il s'agit très clairement d'informer les militaires et leur entourage familial ou professionnel sur la réalité des traumatismes psychiques et de donner des moyens simples pour reconnaître le PTSD au retour de missions, chez soi-même, un frère d'arme, ou un proche. Outre le bien-être psychique du soldat, ces programmes préparent donc, en amont de la mission, le retour du combattant à sa vie quotidienne.

Ces programmes souffrent de trois écueils qui ne leur permettent pas d'être parfaitement efficaces : manque de volonté et d'information d'une certaine partie des cadres des armées, manque d'adhésion par les soldats lié à la perception d'inutilité et de temps perdu sur ces programmes au détriment de l'entraînement opérationnel à la mission, persistance des mentalités anciennes sur le PTSD, voire contradiction entre l'existence même de ces

³⁶ Ibid. p. 42.

programmes et l'image du « héros » endurant, fort, résilient et fiable en toutes circonstances
37.

Un renforcement du contrôle de l'état de santé des militaires, tant sur le plan physique que psychologique, a également été mené : le *Pre-Deployment Health Assessment* (Pré-DHA) est un entretien réalisé individuellement par un professionnel de santé un mois avant départ en mission. À cette occasion, tout militaire reçoit une information sur les troubles psychiques de guerre.

La continuité de ces programmes est organisée en opérations, avec en sus l'appui des CSCT, des aumôniers bien acceptés par les combattants, et la projection de personnel dédié. Outre la prise en charge médicale sus décrite, des cadres formés à la psychologie organisent des séances de psychothérapies collectives, intéressant plusieurs soldats, généralement de la même unité. L'objectif de ses séances sur le terrain est double : verbaliser le ressenti de la mission aux niveaux individuel et collectif pour diminuer le risque d'occurrence d'un syndrome psychotraumatique ultérieur, repérer les comportements inappropriés et orienter précocement les soldats présentant un COSR ou un début de PTSD pour une prise en charge individualisée .

A l'issue des guerres d'Irak et d'Afghanistan, l'enjeu majeur de la prise en charge des PTSD était, en premier lieu, d'identifier les soldats puis vétérans malades. C'est pourquoi un processus de dépistage à grande échelle a été mis en place afin d'orienter, dans un second temps, les blessés psychiques vers les structures de soins les plus adaptées (préventions secondaire et tertiaire). Au retour de mission, tous les soldats bénéficient d'une évaluation de leur état de santé par un professionnel de santé, 30 jours après leur retour dans le cadre du *Post-Deployment Health Assessment* (PDHA), bilan de santé recontrôlé entre 90 et 180 dans le cadre du *Post-Deployment Health Reassessment* (PDHRA). Ces deux évaluations sont le pendant, après mission, du Pré-DHA. Elles sont menées selon les mêmes principes (entretien avec questionnaire standardisé, le *Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale* (PCLS)).

³⁷ BERQUET C., « La réinsertion des vétérans américains blessés : le cas des *Marines* de retour d'Irak et d'Afghanistan », *Res Militaris*, vol. 1, n°1, 2010, 22 p., p.14.

« L'identification post-déploiement des troubles psychologiques reste donc un problème central. Afin d'améliorer la situation, les officiers et les familles sont maintenant associés à l'identification des symptômes, [...] vitale, notamment pour prévenir les tentatives de suicides dans les forces armées. »³⁸

Un véritable réseau de soins est désormais sur pied afin de faciliter l'accès aux soins des soldats souffrant de PTSD (hôpitaux militaires, centres de consultations spécialisées militaires, *Veterans Affairs Medical Centers*, système de santé publique civil incluant des réseaux privés de psychologues spécialisés). Ces traitements sont financés par le ministère de la défense.

Des unités / régiments ont été créés, depuis 2007, pour accueillir plus précocement les blessés de guerre en phase de réadaptation et de réinsertion, et limiter le temps des soins passé hors de l'institution militaire. Il existe trente-six *Warrior in Transition Units* (WTU). Pour les blessés recevant des soins ambulatoires à proximité de leur domicile, des *Community-Based Warrior Transition Units* (CBWTU) ont été créés dans les structures de soins militaires ou du *U.S. Department of Veterans Affairs*.

Ces programmes d'aide aux soldats et vétérans comprennent également des activités « thérapeutiques » alternatives à médiation sportive, culturelle ou de loisirs^{39,40}. Ces activités, bien adaptées au milieu militaire, réduisent l'isolement des blessés, favorisent le bien-être physique et psychique, améliorent l'estime de soi et la qualité de vie, et renforcent la motivation des patients par la création de nouveaux objectifs à atteindre. De nombreuses compétitions sportives et stages dédiés sont ainsi organisés au profit des blessés de guerre, dont les blessés psychiques (*Warrior Games*, *Disabled Sports USA*, etc.).

³⁸ Ibid., p. 18.

³⁹ BAUER C., ROGEZ D., A. NGUYEN A. (et al.), « De la blessure à la réparation : parcours croisé du blessé de guerre américain et français », *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, vol. 29, n°4, 2013, p 185-192.

⁴⁰ FACIONE J., ROGEZ D., STEPHAN A. (et al.), « Rééducation et réinsertion des blessés de guerre: approche multidisciplinaire et intégrative du rôle 4 au «rôle 5», *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, vol. 29, n°4, 2013, p. 193-199.

Ces programmes sont soutenus par une communication institutionnelle de grande ampleur et parfois agressive : multiples sites Internet institutionnels, organisation de réunions d'information, mise en place d'un numéro d'écoute pour les soldats et vétérans, en détresse psychologique, conception d'actions spécifiques de formation pour l'encadrement et les soignants, mise à disposition de brochures explicatives sur les lieux de forte de fréquentation des bases militaires, organisation de journées « PTSD », etc. Les soldats et vétérans, leur famille et leur entourage, bénéficient ainsi d'une profusion de sources d'informations (trop ?), traduites dans de nombreuses langues en particulier l'espagnol.

Nous avons vu qu'après la guerre du Vietnam, des associations d'anciens combattants avaient développé des groupes de paroles. Le *US Department of Veterans Affairs* a repris à son compte le principe du soutien entre les soldats et/ou vétérans eux-mêmes. Le *Battle Buddy Program* propose à chaque vétéran ou chaque soldat d'être accompagné, soutenu, par un autre vétéran ou soldat. Ce compagnon a notamment été sensibilisé aux signes du PTSD et s'est engagé à s'occuper de son « filleul », à rompre l'isolement dont souffrent parfois certains soldats, et qui accentue encore un peu plus les troubles psychiques. Ce programme concerne également les familles des vétérans et des soldats.

La branche médicale du *US Department of Veterans Affairs (Veterans Health Administration)* gère plus de 152 centres médicaux/hôpitaux et dispose de plus de 1 400 structures de soins civiles agréées. Tous les centres médicaux/hôpitaux disposent aujourd'hui d'un service de psychiatrie avec du personnel soignant formé pour dépister et prendre en charge le PTSD lié au combat.

Un continuum thérapeutique est instauré afin de suivre les soldats blessés psychiques lors de leur mise en retraite et limiter les pertes de vue liées au changement de statut. Des données sont ainsi échangées entre le département de la défense et celui des anciens combattants, tout en garantissant la confidentialité des informations à caractère médical. L'objectif est ainsi de réduire le risque de déshérence thérapeutique qu'ont connus les vétérans de la guerre du Vietnam à leur retour à la vie civile.

La réponse médicosociale au PTSD proposée par les administrations américaines, *US Department of Defense* et *U.S. Department of Veterans Affairs*, est très large, presque redondante, afin de maximiser les chances de dépister et d'orienter de manière optimale les

soldats et vétérans souffrant de troubles psychiques. Elle s'appuie sur les connaissances scientifiques et sociales, afin de croiser et combiner les différentes solutions thérapeutiques, que l'effort de recherche a permis d'élaborer depuis 30 ans.

Un système également complexe de soins faisant intervenir différents acteurs, soignants ou non, militaires et civils, a été construit pour suivre les malades et leur proposer des traitements de qualité à proximité de leur lieu de vie.

La performance globale du système US de prise en charge des blessés psychiques au combat constitue aujourd'hui une référence internationale. De nombreux pays, comme le Canada notamment, se sont fortement inspirés de l'expérience américaine pour élaborer leur propre système de prévention et de prise en charge des PTSD chez leurs soldats et anciens combattants.

3. Apport de l'expérience américaine dans la prise en charge du traumatisme psychique post-traumatique dans les armées françaises

L'état de stress post-traumatique a été reconnu comme une blessure de guerre en 1992 par la France. Mais ce n'est que très récemment, suite en particulier au conflit afghan, que les armées françaises et leur service de santé ont pris la mesure des conséquences de l'ESPT en matière de santé publique chez les soldats et anciens combattants.

L'approche intégrative américaine a été reprise par la création en 2010 du service médico-psychologique des armées (SMPA), placé sous la coordination d'un psychiatre, et dont l'objectif est de fédérer les acteurs impliqués dans la prise en charge, le suivi, la réadaptions et la réinsertion des blessés psychiques : soignants, commandement des armées, cellules d'aide aux blessés et familles des armées et services, service social des armées, etc.

En matière de soins médicaux, les pratiques françaises sont désormais bien codifiées et harmonisées en s'inspirant très largement de l'expérience des soignants américains. Si par nature la recherche médicale bénéficie à l'ensemble de la communauté internationale, force est de constater que la partie américaine a longtemps été un élément moteur pour l'ensemble des recherches nationales. La recherche américaine demeure aujourd'hui encore une référence en matière de PTSD et oriente de ce fait les solutions thérapeutiques, y compris en France. Pharmacopée et psychothérapies sont reprises dans les armées françaises, plus ou moins intégralement, selon la sensibilité du praticien, son approche du PTSD et le courant de la pensée psychiatrique dans lequel il se reconnaît.

La visite médicale avant départ en mission existait dans les armées françaises bien avant la création du SMPA. Elle s'intéressait essentiellement à l'état de santé physique du militaire. Elle s'assurait que ce dernier ne présentait pas de troubles physiologiques pouvant remettre en question sa capacité à assumer sa mission. Depuis 2011, une attention particulière est portée à l'état de santé psychologique des soldats. Au retour de mission, une visite médicale obligatoire a été créée sur le modèle de l'armée américaine afin d'améliorer le dépistage des syndromes psychotraumatiques. Le praticien effectuant la consultation utilise le même

questionnaire PCLS que les américains pour dépister les ESPT. Ce questionnaire a fait l'objet d'une traduction validée en français.

En matière d'organisation, tous les personnels soignants bénéficient d'une formation sur le PTSD. Les armées ont investis également le champ de la prévention : des officiers environnement humain sont affectés dans les régiments pour faire appliquer les mesures de prévention et renforcer l'action du commandement. Des équipes d'intervention médicopsychologiques ont été créées pour intervenir dans les suites immédiates d'un événement potentiellement traumatisant, en France comme en opérations. Elles sont composées de psychologues spécialisés dans la gestion du groupe et du stress au combat, et peuvent être renforcées au besoin de psychiatres et psychologues cliniciens pour initier des prises en charge thérapeutiques individuelles.

Sur le plan psycho-sociale, le SMPA a mis en œuvre successivement trois plans d'action, en collaboration avec les armées, les psychologues des armées et les associations, pour améliorer le dépistage, le traitement et le suivi des traumatismes psychiques.

Le premier plan d'action intitulé « troubles psychiques post-traumatiques dans les armées 2011-2013 » a fixé les grandes orientations d'une politique de prévention dont l'objectif est de garantir à tout militaire ou ancien militaire, victime de troubles psychiques post-traumatiques du fait du service, le soutien et la prise en charge dont il a besoin.⁴¹

Le deuxième plan d'action pour la période 2013-2015 a renforcé les mesures de lutte contre le stress opérationnel (COSR) et l'état de stress post-traumatique (PTSD). Il a facilité le repérage et l'accès au soin des militaires et anciens militaires concernés.⁴²

Le troisième plan d'action intitulé « prise en charge et suivi des blessés psychiques dans les forces armées 2015-2018 » consolide les réalisations précédentes et renforce la prise en compte et le suivi de proximité des blessés psychiques sur le long terme⁴³. Il prend en compte

⁴¹ SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, « Plan d'actions 2011- 2013 : Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées », Paris, Ministère de la défense, 2010.

⁴² SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, « Troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées 2013-2015 : Lutte contre le stress opérationnel et le stress post traumatique. », Paris, Ministère de la défense, 2013.

⁴³ SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, « Prise en charge et suivi des blessés psychiques dans les forces

les remarques formulées par le rapport d'information parlementaire de la commission de la défense nationale et des forces armées et relatif à la prise en charge des blessés.⁴⁴ Comme aux USA, les députés et sénateurs s'impliquent en effet particulièrement dans la question des blessés de guerre et nombre d'avancées sont directement issues de leurs recommandations. Par exemple, le réseau de soins médicopsychologiques, dont peuvent bénéficier les militaires et les anciens combattants gratuitement, a été étendu à des structures civiles, avec lesquelles des partenariats ont été signés.

Tout comme aux USA, un dispositif téléphonique gratuit, « Écoute Défense » a été créé en 2013 afin d'apporter soutien et informations aux militaires et anciens combattants en souffrance psychologique. Il a été étendu en 2015 aux familles. Outre la réponse d'urgence à situation parfois dramatique, il permet d'orienter les appelants vers les structures de santé militaires ou le réseau partenaire de soins civils psychologiques pour bénéficier d'un traitement et d'un suivi de proximité.

Cette démarche est appuyée par une communication qui prend régulièrement de l'importance : brochures, séances d'information régimentaires, mise en ligne de ressources internet, sont autant d'éléments de communications inspirés directement de l'expérience américaine.

Afin d'améliorer la réinsertion des blessés de guerre, les armées, appuyées par le centre national des sports de la défense, ont développés de nombreux stages à médiation culturelle et sportive. Pour l'armée de terre, un centre de réentraînement des blessés (CREBAT) a été spécifiquement créé en 2014. Les principes décrits par les armées américaines (cf. § 2.2.) ont été repris pour concevoir entre autres, les Rencontres militaires blessures et sport (RMBS) ou le stage Sport mer et blessures (SMB). De nombreux blessés de guerre, y compris psychiques, participent également à des rencontres sportives internationales comme *les Invictus Games*. Des initiatives comme l'ascension du Mont-Blanc ou des stages d'équinothérapie sont

armées 2015-2018 », Paris, Ministère de la défense, 2015.

⁴⁴ AUDIBERT-TROIN O., POUMIROL E., rapport d'information de la commission de la défense nationale et des forces armées en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prise en charge des blessés, Paris, Assemblée Nationale, 2014, 146 p.

également à noter. Ces stages peuvent également concerner les familles.

Les trois plans d'action successifs et les démarches entreprises par les armées ont amélioré la prévention, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des troubles liés au stress opérationnel et aux traumatismes psychiques, en incluant les familles et l'entourage des blessés dans les processus de guérison et de réinsertion. Ils ont également amélioré l'appréhension collective des syndromes psychotraumatiques et l'information des malades et de leurs entourages sur cette blessure et les dispositifs nouvellement créés pour y faire face.

Ces dispositifs doivent inscrire leur action dans la durée, tout au long de la vie du militaire blessé, y compris après son retour à la vie civile, afin de ne pas reproduire les situations du passé et le sentiment d'isolement ou d'abandon qu'ont pu éprouver certains « grands anciens ».

Conclusion

La reconnaissance des syndromes psychotraumatiques comme véritables blessures de guerre a été un long et difficile chemin. Les blessés psychiques ont longtemps dû surmonter de nombreuses péripéties afin de ne pas être considérés comme des traîtres, des déserteurs, au mieux des malades imaginaires. Si le sujet a été initialement porté il y a plus de 150 ans par le corps médical militaire lors de la guerre de Sécession, les évolutions récentes démontrent aujourd'hui la nécessaire implication pleine et entière de l'institution militaire, de la communauté de défense, de l'entourage familial ou social des blessés de guerre. Ces blessés, y compris psychologiques, bénéficient aujourd'hui de la reconnaissance et du soutien de la Nation toute entière.

L'élan ainsi donné à la fin des années 1970 a permis de mettre en œuvre des programmes de recherche de grande ampleur afin d'identifier les traitements et psychothérapies les plus efficaces pour prendre en charge les soldats et vétérans présentant un PTSD. Des thérapies innovantes ont également été découvertes, tant sur le plan pharmacologique que psychologique, afin de prévenir et guérir les syndromes psychotraumatiques.

Une des grandes avancées, peut-être la plus importante, a été la conception des programmes d'aide aux soldats et vétérans souffrant de PTSD. En effet, la prise en charge des PTSD a quitté le seul de champ de la médecine pour devenir multidisciplinaire et multi-acteurs. Elle a scellé définitivement l'implication du commandement militaire et de l'entourage des soldats et vétérans comme partenaires à part entière des phases de réinsertion sociale et professionnelle des blessés. Ces programmes ont fédéré autour des blessés psychiques toute une communauté afin de renforcer la complémentarité des actions de soins, de soutien et de prévention.

Cette organisation et les processus attachés sont le fruit d'une longue expérience opérationnelle et médicale, ainsi que d'une réflexion approfondie depuis plus de 30 ans. Ils constituent aujourd'hui une référence internationale. Bien que très complexe, parfois redondant, et faisant preuve d'un entrisme certain mais adapté à la culture américaine, ce système est ainsi aujourd'hui souvent cité en exemple et constitue une base de travail éprouvée pour de nombreux pays qui ont également à construire des plans d'actions et des organisations pour prendre en charge les blessures psychiques de leurs soldats et de leurs anciens combattants.

Suite au conflit afghan, la France s'est engagée de manière très volontariste dans la réalisation d'un programme de prévention, de prise en charge, de soutien et de réinsertion des blessés et anciens combattants souffrant de PTSD. À cet effet, les armées, le service de santé des armées, les institutions en charge des anciens combattants se sont très fortement inspirés de l'expérience américaine et ont repris à leur compte les grandes orientations formulées par la partie US. Sur le plan de l'organisation des soins, les thérapies ont été reprises *ad integrum* par les praticiens français, parfois adaptées à la marge en fonction des courants de la pensée psychiatrique prédominant au sein de l'École française de psychiatrie. Sur le plan psychosocial, les trois plans d'actions ont consacré le rôle du commandement et de l'entourage des blessés psychiques dans les phases de reconstruction et de réinsertion. De nombreuses actions de communication et d'information ont été bâties sur le modèle US, ainsi que des initiatives de réadaptation à médiation sportive, culturelle ou de loisirs.

L'expertise acquise au ministère de la Défense constitue aujourd'hui une véritable plus-value pour la Nation. En effet, suite aux attentats terroristes perpétrés sur le territoire national, il est observé une explosion du nombre de syndromes psychotraumatiques, tant chez les victimes immédiates et les sujets impliqués (familles, amis, forces de sécurité intérieure, personnel soignant) que chez d'autres citoyens qui, en raison de l'exposition médiatique des événements, présentent un sentiment de vécu similaire.

Le savoir-faire militaire en termes de PTSD est reconnu par l'ensemble des acteurs civils intervenant dans la prise en charge des victimes d'attentat. Il s'agit désormais d'étudier dans quelle mesure les armées et le service de santé des armées doivent contribuer à la résilience de la Nation et concourir, comme primo-intervenant ou comme expert de second recours, au système public de santé et d'aide aux victimes. En effet, la Nation ne comprendrait pas l'absence totale d'implication des militaires dans ce domaine. Toutefois, tout en prenant toute leur part à cet effort national, il est primordial que les acteurs militaires n'obèrent pas leur propre résilience et veillent à conserver à disposition les moyens d'assumer leur mission principale : le succès des armes de la France. Il devient désormais vital de rechercher un équilibre serein entre cet impératif de défense et l'injonction politique et sociétale sur ce sujet.

Bibliographie

- Références bibliographiques :

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition: DSM-5, Washington D.C (USA), American Psychiatric Press, 2013, 991 p.

ANDRUÉTAN Y. (médecin en chef), *Les blessures psychiques en 10 questions*, Paris, Economica, 2013, 116 p., p. 8.

AUDIBERT-TROIN O., POUMIROL E., *Rapport d'information de la commission de la défense nationale et des forces armées en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prise en charge des blessés*, Paris, Assemblée Nationale, 2014, 146 p.

CROCQ L., *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob, 1999, 422 p., p. 36.

DEPARTMENT OF DEFENSE: TASK FORCE ON MENTAL HEALTH, *An achievable vision: Report of the Department of Defense Task Force on Mental Health*, Falls Church (USA), VA: Defense Health Board, 2007, 100 p.

DOLE B., SHALALA D., *Serve, Support, Simplify: Report of the President's Commission on Care for America's Returning Wounded Warriors*, Washington DC, 2007, 149 p.

FIGLEY C., NASH W., *Combat stress injury: Theory, Research, and Management*, New-York (USA), Routledge, 2007, 341 p., p. 163.

SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, « Plan d'actions 2011- 2013 : Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées », Paris, Ministère de la Défense, 2010.

SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, « Troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées 2013-2015 : Lutte contre le stress opérationnel et le stress post traumatique. », Paris, Ministère de la Défense, 2013.

SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, « Prise en charge et suivi des blessés psychiques dans les forces armées 2015-2018 », Paris, Ministère de la Défense, 2015.

ROULLIÈRE-LE LIDEC C., *Le syndrome de stress post-traumatique : survivre ou revivre ?*, Paris, Economica, 2015, 111 p., p. 20.

- Articles scientifiques :

BAUER C., ROGEZ D., A. NGUYEN A. (et al.), « De la blessure à la réparation : parcours croisé du blessé de guerre américain et français » in *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, vol. 29, n°4, 2013, p 185-192.

BOISSEAUX H. (médecin en chef), « Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique. » in *Médecine et armées*, vol. 38, n°1, 2010, p. 29-36.

FACIONE J., ROGEZ D., STEPHAN A. (et al.), « Rééducation et réinsertion des blessés de guerre: approche multidisciplinaire et intégrative du rôle 4 au «rôle 5» in *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, vol. 29, n°4, 2013, p. 193-199.

RONDIER J.P., « Intervention planifiée : le vécu du risqué vital. Témoignage d'un psychiatre militaire » in *Perspectives psy*, vol. 49, n°1, 2010, p. 35-37.

THURIN J.M., « État de stress post-traumatique » in *Pour la recherche*, vol. 34, 2002, p. 6-7.

VAUTIER V., « Les nouvelles dimensions des engagements militaires contemporains » in *Perspectives psy*, vol. 49, n°1, 2010, p. 15-18.

- Thèse et travaux universitaires :

BERQUET C., *La réinsertion des vétérans américains blessés : le cas des Marines de retour d'Irak et d'Afghanistan*, Res Militaris, vol. 1, n°1, 2010, 22 p., p. 18.

DE VITTON I., *Psychotraumatologie : Apport de la psychiatrie militaire et de la psychiatrie civile*. Th.D, Médecine, Université de Rouen, 2012, 124 p.

GETZMANN J., *Mémoires de guerre : Le syndrome de stress post-traumatique et l'armée américaine. Une leçon d'Irak et d'Afghanistan*. Mémoire, Médecine, Université de Genève, 2011, 136 p., p. 72.

- Internet :

BASU M., CNN. Disponible à : <http://edition.cnn.com/2013/09/21/us/22-veteran-suicides-a-day/> [consulté le 17 novembre 2016].

VAUTIER V., États de stress post traumatiques. Actualités. Les enseignements issus du conflit en Afghanistan, 2013. Disponible à : <http://smurbmpm.fr/wp-content/uploads/2013-2014/13-03/actu-trauma-psy.pdf> [consulté le 17 novembre 2016].