

# LE RETOUR DES MISSIONS DE GUERRE



Virginie VAUTIER, psychiatre, Hôpital Militaire Sainte-Anne, Toulon

# Les conflits modernes

## ▣ facteurs de stress nouveaux

- Menace ubiquitaire
  - Absence de front
  - Pas de sanctuaire
  - Discipline de tirs très stricte
- 
- Indifférence voir hostilité des populations civiles
  - Confrontation et impuissance face à leur détresse
- 
- Familles soumises à la « guerre des images »
  - Opinion publique
  - Questionnement fort sur le sens et la légitimité



# Repères historiques

## 1<sup>ère</sup> guerre mondiale :

- ▣ Importance numérique des troubles psy. aigus
  - Confusion et conversions
- ▣ Psychiatrie française (Capgras, Voivenel) :
  - ▣ « *névrose traumatique* »
  - ▣ État de stress aigu
  - ▣ Dissociation péri traumatique
  - ▣ Effroi
    - Traitement immédiat, près du front
- ▣ Psychiatrie américaine : Thomas Salmon
  - ▣ Etablit principes de PEC toujours d'actualité
  - ▣ Psychothérapie « intensive », brève et collective
  - ▣ A proximité de la zone de combat

# Repères historiques

- ▣ 2<sup>ième</sup> guerre mondiale
  - ▣ Massivité des troubles psychosomatiques
  
- ▣ Guerre du Vietnam
  - ▣ Les ESPT / marginalisation des vétérans/ *vécu d'oubli*
  
- ▣ Les engagements militaires récents
  - ▣ Golfe, Cote d'Ivoire, Afghanistan, Mali et RCA
    - Un psychiatre sur le terrain
    - Mise en place du sas de fin de mission
    - Suivi psy post opérationnel = préoccupation majeure

# Principes de Salmon 1917

- Immédiateté des soins
- Proximité du lieu d'intervention
  - champ de bataille
- Simplicité des moyens et du dispositif de soins
- Espérance de guérison

# Guerre du Golfe : tournant majeur

- ▣ La blessure psychique : blessure à part entière
  - Décret du 10 janvier 1992
  
- ▣ Evolution des représentations concernant la blessure psychique
  - Autrefois : défaillance du soldat
  - Menace pour la cohésion de l'Institution militaire
  - Progrès en matière de réparation

*M. de Clercq, F. Lebigot. Les traumatismes psychiques. Ed. Masson, 2001*

*B. Lafont, G. Briole et F. Lebigot. .Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Broché, 1998.*

# Le retour du soldat

- ▣ Processus psychologique complexe
    - Processus à la fois collectif et individuel
    - Subjectivité / Singularité
    - Deuil :
      - ▣ Perte de sa santé
      - ▣ Perte des liens ( frères d'arme)
      - ▣ Perte des illusions
      - ▣ Perte du leadership
  - ▣ Importance du récit
  - ▣ Ré-accordage familial
  - ▣ Période à risque au plan psychique
- Le retour à la vie ordinaire ne va pas de soi ...*



# L'isolement psychique du soldat

## Incommunicabilité

Intensité de l'expérience humaine, collective

Expérience combattante

Expérience de la mort

Quête solitaire de sens (charniers, exactions)

## Ambivalence du combattant

Groupe familial / Groupe combattant

Fascination pour combat et action / vécu d'effroi

# Isolement psychique du soldat

- ▣ Culpabilité et transgressions réelles ou fantasmées
  - « Le soldat ennemi est aussi un père de famille »
  - « Les enfants que l'on a pas pu sauver à temps »
  - « Les blessés civils qu'on a pas pu évacuer »
  - « Les massacres qu'on a pas pu éviter »
  
- ▣ Culpabilité d'avoir survécu

# Enseignements de l'Afghanistan

- ▣ La surveillance épidémiologique des troubles psychiques post opérationnels ( TPO)
  - Devenue systématique
  - Progrès dans la connaissance de la clinique des TPO
  - Progrès dans la connaissance des co-morbidités
  - Meilleures évaluation des conséquences sociales et familiales ( 45 % de conflits familiaux )

# La clinique des TPO

- ▣ Profil évolutif hétérogène :
  - Evolution chronique par éclipses
    - Espaces libres
    - Déclencheurs des recrudescences ?
  - Importance des co-morbidités addictives ( 25 %)
  - Remaniements de la personnalité
  - Importance des états dépressifs
  - Risque de marginalisation / désinsertion
- ▣ La blessure physique ne protège pas
  - FDR / ESPT
  - Entretien psy. systématique pour tout militaire blessé

# Début des troubles

- ▣ Pic d'incidence des ESPT :
  - 3 à 4 mois après le retour en France
  - Les 6 premiers mois dans la majorité des cas
    - Le retour = période fragile
  
- ▣ Pertinence du dépistage systématique
  - A 3 et 6 mois après le retour
  - Entretien clinique + PCLS

*T. Bruge-Ansel, 12<sup>ième</sup> journée Pierre Deniker, 2013*

*F. Paul, 12<sup>ième</sup> journée Pierre Deniker, 2013*

*V. Pommier de Santi et al . Document n°302/IMTSSA/CESPA/DESP/USEE du 20 septembre 2011*

# Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale ( PCLCLS)

- ▣ Mesure les syndromes qui découlent d'un évènement traumatique
- ▣ Echelle auto administrée : 17 items
- ▣ Rapide
- ▣ Sensibilité 97 % et spécificité 87 %

# Eclairage sur la clinique phase de latence

Phase d'aménagement palliatif svt symptomatique

- ▣ Travail de réorganisation psychique
  - surinvestissement professionnel / création artistique
  - recours à l'Idéal du groupe
  - engagement politique

Défaillance de ces suppléances : manifestations  
psychopathologiques

- conduites d'échec
- Addictions / conduites suicidaires
- troubles caractériels / plaintes somatiques

# Données épidémiologiques aux USA

Quelques résultats marquants sur les ESPT:

- ▣ 11% des troubles psycho-traumatiques :
  - Militaires américains, 1 an après retour Afghanistan
  
- ▣ 757 vétérans examinés 50 ans après combats :
  - Apparition tardive des troubles : une minorité
  - Les déclenchements avant 6 mois sont majoritaires

# Prise en compte des répercussions familiales

- ▣ Conséquences familiales des TPO (soldats français au retour d'Afghanistan) :
  - 45% conflits familiaux
  - 20 % séparations
- ▣ Centre épidémiologie et Santé publique des armées

- ▣ *V. Pommier de Santi et al . Document n°302/IMTSSA/CESPA/DESP/USEE du 20 septembre 2011*

# Prise en compte des répercussions familiales

## Rivalité Famille et Institution militaire

- ▣ Evolutions sociologiques concernant la famille
- ▣ Tension : ambivalence du militaire entre son investissement pour l'action et son implication familiale
- ▣ Celui qui rentre a changé
- ▣ Momentanément indisponible face aux attentes familiales
- ▣ Famille : espace de résilience important

# Prise en charge

*Le partage narratif* \* va permettre de sortir de l'isolement et d'historiser son expérience

Ce partage pourra se faire au contact des frères d'arme et des proches en fonction des ressources psychiques du militaire et de son entourage

Parfois, ce partage ne pourra s'enclencher qu'à l'occasion d'une prise en charge spécialisée

\*M. Delage, *Retour à la vie ordinaire. Inflexion*, N°23, 2013

# Prise en charge

## Un consensus en trois temps :

- Phase immédiate, sur le terrain (ESA) :
  - Principes de Salmon toujours d'actualité (1917)
  - Eviter le vécu d'abandon
- Post immédiate sur le terrain (ESA)
  - Le Débriefing collectif et /ou individuel
    - acte de soins « sur mesure »
    - Traçabilité dans les dossiers médicaux
- Le long terme (ESPT et troubles associés)
  - Le retour : période sensible / SAS / dépistage systém.
  - Continuité / Globalité de la PEC

# Le Débriefing : Importance et limites

- ▣ Débriefing à la française : acte de soin « sur mesure »
  
- ▣ Limites :
  - Systématisation après tout type d'événement
  - Psychiatrisation excessive de toute réaction psychique
  - Effet « coquille vide » : affichage, vitrine sociale
  - L'illusion de l'efficacité d'une intervention unique
  
- Exigence éthique / Savoir Faire / Technique spécifique

# Le SAS de décompression

## Importance et limites

- ▣ 2009-2013 (Afgha - Mali) / Reprise octobre 2014 (RCA)
- ▣ Faciliter le retour en France
  - Réadaptation progressive
  - Désactivation des mécanismes d'adaptation au combat
  - A mi-chemin entre zone combat et foyer
- ▣ limites : illusion de l'efficacité d'un dispositif unique
- ▣ Le suivi post opérationnel demeure indispensable
  - Pendant les 6 premiers mois : soins et prévention + au lg cours
  - Malgré la qualité des soins durant les missions
  - Malgré l'existence d'un sas de décompression

# Le suivi post opérationnel

Les freins à l'engagement dans une PEC :

- ▣ La peur de la stigmatisation
- ▣ la honte ressentie
- ▣ le caractère incommunicable et subjectif de l'expérience traversée

Il ne s'agit pas d'appliquer un protocole de PEC

- ▣ Relation de confiance avec les soignants du SSA
- ▣ L'attitude du Commandement
- ▣ Le soin sur mesure dès la zone de combat

Le repérage est une étape cruciale qui peut infléchir le pronostic

Si diagnostic :

- ▣ Retrouver le fil de son histoire
- ▣ intégrer l'événement (au-delà de l'objectivité du fait survenu) dans sa trajectoire existentielle

# Prise en charge médicamenteuse

- ▣ Eviter les BZD et hypnotiques
  - Effet délétère sur sommeil
  - Pharmacodépendance
  
- ▣ Molécules de choix : ISRS / mirtazapine (30 à 45 mg au couché)
  - Méta analyse Cochrane 2009
  - Rémission dans moins de 30% des cas
  
- ▣ Essais cliniques en cours : prazosine (HIA Sainte-Anne)
  - Antagoniste des récepteurs alpha 1 adrénergiques
  - Réduction des phénomènes intrusifs nocturnes
  
- ▣ Dépistage systématique et PEC des co-morbidités addictives

# Prise en charge globale

Traitement combiné :

- ▣ psychothérapie / médicament
  
- ▣ Psychothérapie en cours d'évaluation : EMDR
  - Taux de rémission sup à 60 %
  - Indications et limites en cours d'étude
  - Moins efficace dans les traumatismes complexes
  - Psychologues SSA
  - Psychothérapie intégrée à une PEC globale
  
- ▣ *Réseau médico-psycho-social* autour du blessé *et de sa famille...*

# Continuité des soins

Dispositif mis en place dans les forces armées françaises :

- ▣ le médecin d'unité coordonne la PEC
- ▣ Il assure le soutien de proximité des personnels
- ▣ Son action s'articule avec celles des spécialistes des hôpitaux d'instruction des armées et le réseau de soins tissé localement avec les praticiens civils

# Conséquences sociales

- ▣ Reconnaissance, réparation, réinsertion
  - Traçabilité dans les dossiers médicaux depuis l'évènement traumatique jusqu'à PEC effective
  - Rôle du médecin
  
- ▣ Devenir professionnel
  - Privilégier le maintien en activité
  - Aménagement de postes (ex de l'Armée de Terre)

# Accueil des blessés rapatriés dans les HIA

- ▣ Accueil en chirurgie/réanimation (blessés physiques)
- ▣ Accueil en psychiatrie (blessés psychiques)
- ▣ Pluridisciplinarité des PEC médico-psycho-sociale
- ▣ Hôpital = espace de rencontre, d'entraide entre soldats
- ▣ Espace d'appropriation des changements physiques
- ▣ Confrontation progressive aux regards de l'autre
- ▣ Espace transitionnel entre zone de guerre et famille\*

# Expérience en Centrafrique sept – nov 2014

- ▣ En 2 mois : 308 entretiens individuels et collectifs
- ▣ Une dizaine de rencontres avec le Commandement
  
- ▣ Cohésion, veille et leadership :
  - facteurs de protection temporaires sur le terrain
  
- ▣ Préoccupation commune : le retour et ses suites

# Expérience en Centrafrique

Les plus fragilisés :

- ▣ Les jeunes militaires
  - 1<sup>ère</sup> mission / 1<sup>ères</sup> actions de feu
  - Motivations fragiles mises à rude épreuve
  - Témoignage des plus anciens en entretien individuel et collectif : « *Baptême traumatique ?* »
  - Ils parlent de leur expérience traumatique devant les plus jeunes
  - Solitude au retour

# Expérience en Centrafrique

Les plus fragilisés :

- ▣ Les jeunes pères de famille
  - Confrontés à la détresse des enfants
  - Identification forte

Mise en tension croissante entre rôle familial et professionnel

- ▣ Contrat affectif exigeant des couples modernes
- ▣ Rôle paternel à distance quasi quotidien
- ▣ Tension identitaire forte

# Les enjeux du suivi en pratique

## Expérience en Centrafrique

- ▣ Les blessés physiques
  - FDR / ESPT
  - Entretien systématique sur le terrain avant rapatriement en France
  - Entretien systématique dans l'HIA d'accueil dans le cadre de la psychiatrie de liaison

# Expérience en Centrafrique

Les plus fragilisés : équipes de soins

- ▣ Médecins des forces, infirmiers, brancardiers
- ▣ Prise en charge des militaires blessés et des civils
  - En condition dégradée / Zone hostile
- ▣ Peu de structures sanitaires efficaces pour les civils
- ▣ Confrontation directe à la détresse et à la misère
- ▣ Vécu d'impuissance et d'inachèvement
- ▣ Assurent le soutien psychique des soldats ...

# Processus de reconnaissance

- ▣ La Nation

Décret du 10 janvier 1992

Trauma psychique = blessure à part entière

- ▣ L'opinion publique

Critique / légitimité des conflits modernes

- ▣ Importance cruciale dans le processus de guérison