

La guerre, et après ?

*Les avancées post-Afghanistan dans l'accompagnement
des militaires blessés physiques et/ou psychiques
en opération*

Pr Franck de Montleau
Service de psychiatrie
HIA Percy - CLAMART

- L'intervention militaire extérieure matérialise toujours l'impossibilité ou l'échec du dialogue dans la gestion collective d'un conflit
- La violence
 - Comme recours
 - Comme moyen
 - Avec la particularité d'être organisée
 - Bordée par un certain nombre de cadres (cadre légal et conventionnel, un ensemble de règles, une éthique)

Le militaire et la violence

- **un point qui singularise la collectivité militaire des autres grands groupes institutionnels de l'état :**

Chacun des membres de la collectivité militaire apparaît, en même temps qu'il prend le risque d'être tué, comme celui qui est autorisé, dans certaines circonstances, à porter la mort à son semblable.

- **Le soldat est libéré par la loi du tabou de l'interdit du meurtre, l'homicide lui est permis.**
- Toutefois, un ensemble de règles, de prescriptions, de comportements, de valeurs, d'idéaux (de discipline, de sacrifice, de loyauté, de solidarité, de dépassement de soi, de renoncement la discipline, l'obéissance), tend à contenir et à y voiler la violence sauvage inscrite en chaque homme.

- Dumézil, dans "Heur et malheur du guerrier", insiste sur les "*fatalités de la fonction guerrière*".
- Il souligne l'inexorable exposition du guerrier au péché : "*de par sa fonction et pour le bien général, il est contraint de commettre des péchés*".
- Le groupe social des militaires se présente frappé du sceau de cette violence et marqué par cet affranchissement de la loi commune. Celui-ci a un coût qui est d'être possiblement un objet de sacrifice.

Les opérations extérieures (OPEX)

L'usure des missions successives
L'impact traumatique

La multiplication des OPEX

La première guerre du Golfe (1991)



L'opération turquoise au Rwanda (1994)

L'intervention en Bosnie (1992)



Les autres Opex

Tchad, Kosovo, Côte d'Ivoire, Liban,

Afghanistan,

Jordanie, Mali, République Centrafricaine



Les facteurs de risque psychologique



Exemple de l'opération Sangaris en République Centrafricaine :

- L'intensité du rythme opérationnel => fatigue +++
- Les accrochages et la menace vitale
- La perte de camarades décédés ou blessés
- La confrontation aux tueries et exactions intercommunautaires
- L'acharnement sur les cadavres et autres actes macabres (anthropophagie)
- Les soins aux blessés et les tâches mortuaires
- Les insultes, le déchainement des foules et la contagion de la haine
- La confrontation à la détresse de la population
- La perplexité sur l'atteinte des objectifs de la mission
- La rusticité persistante des conditions de vie



L'intervention en Afghanistan



- Le choc du combat de la vallée d'Uzbeen

=> Impact médiatique et sur l'opinion publique

- Evolution sociétale

=> Plus grande attention de l'opinion publique
aux souffrances psychologiques des soldats

=> Prise de conscience de l'institution militaire
de l'ampleur du phénomène et de ses enjeux

Le repérage et la prise en charge des troubles
psychotraumatiques reconnus comme une priorité sanitaire

=> mise en place en 2011 d'un plan d'action piloté par le SSA

Ces soldats d'Afghanistan
devenus
" fous "

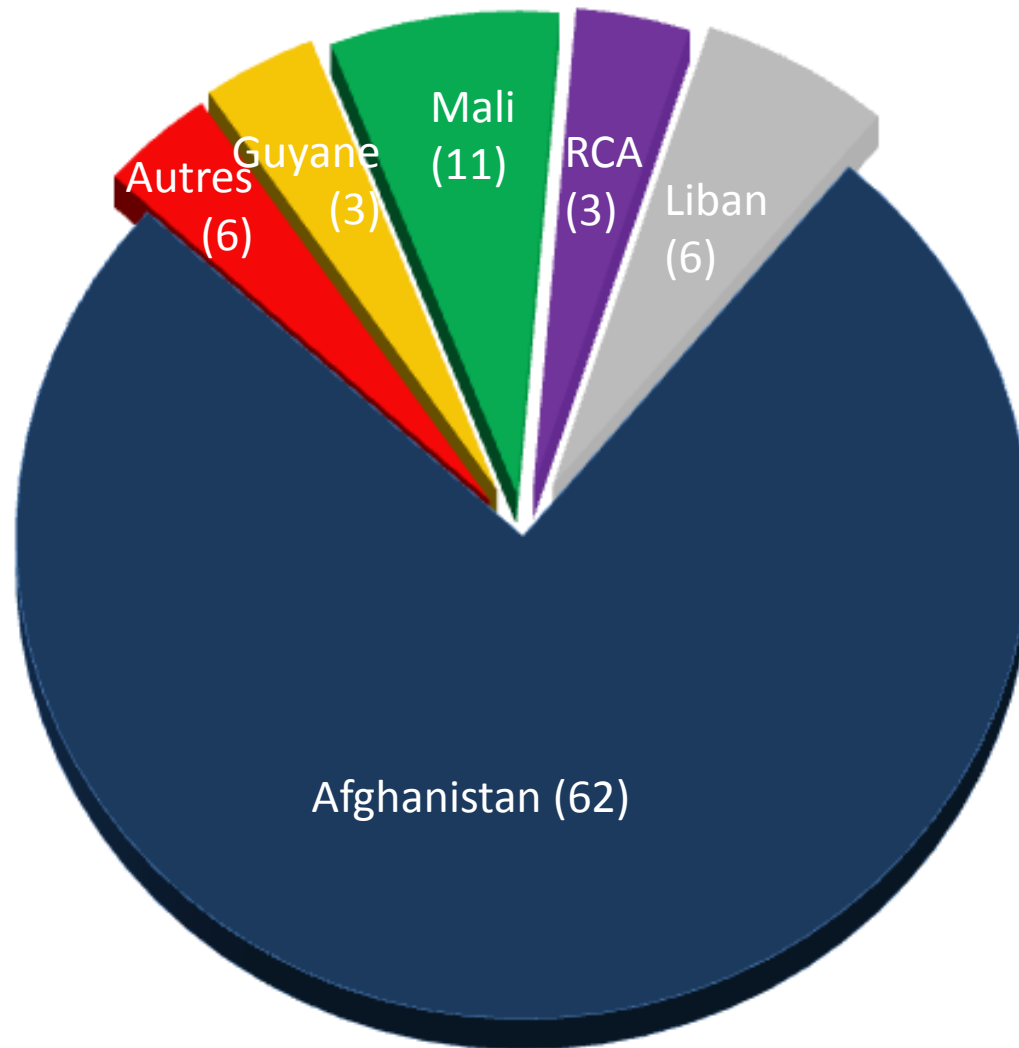


Le Monde

23 octobre 2012



91 SOLDATS BLESSÉS MORTS AU COMBAT OU DE LEURS BLESSURES ENTRE 2009 ET 2015 (MARS)



AFGHANISTAN

Blessés physiques

Année 2010 : **222**

2011 : 281

2012 : 159

2013 : 45

ESPT : 531



La montée en puissance des ESPT (1)



	Au 31/12/2013	Au 31/12/2014	Au 01/03/2015
AFGHANISTAN	385	539	558
MALI	67	126	131
RCA	16	44	62
EX-YOUGOSLAVIE	13	36	36
LIBAN	19	22	22
RCI	49	54	57
AUTRES)	57	87	127

Nombre recensé d'ESPT dans l'armée de terre (Source CABAT)

La montée en puissance des ESPT (1)

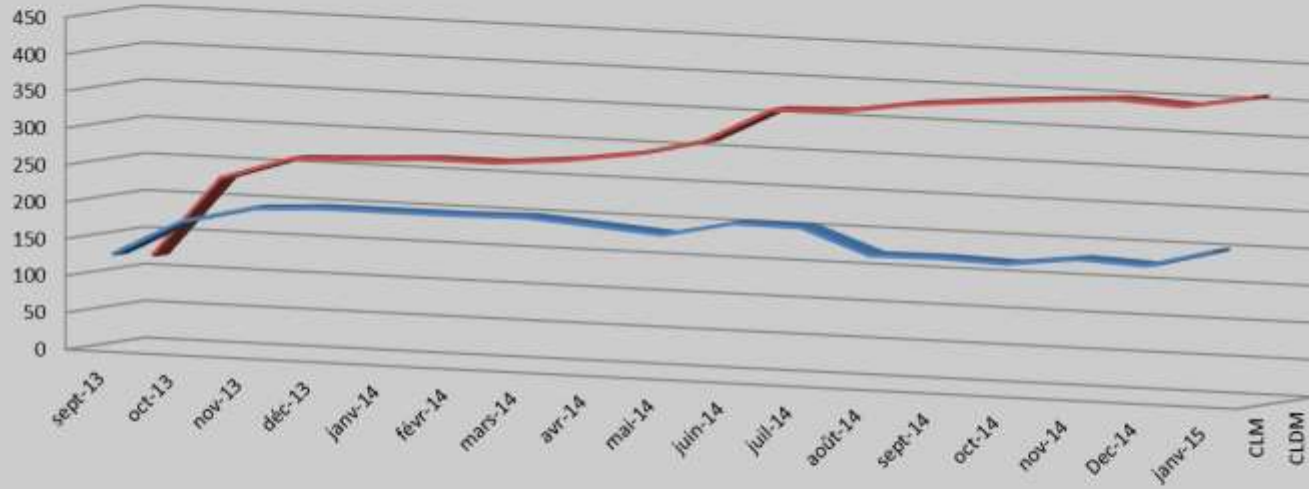


	Au 31/12/2013	Au 31/12/2014	Au 01/03/2015
AFGHANISTAN	385	539	558
MALI	67	126	131
RCA	16	44	62
EX-YOUGOSLAVIE	13	36	36
LIBAN	19	22	22
RCI	49	54	57
AUTRES)	57	87	127

Nombre recensé d'ESPT dans l'armée de terre (Source CABAT)

La montée en puissance des ESPT (2)

Evolution CLM-CLDM Février 2015



	sept-13	oct-13	nov-13	déc-13	janv-14	févr-14	mars-14	avr-14	mai-14	juin-14	juil-14	août-14	sept-14	oct-14	nov-14	Dec-14	janv-15
■ CLM	129	178	200	205	205	205	207	200	193	213	212	179	180	177	188	184	208
■ CLDM	119	229	259	263	268	268	276	289	311	358	361	375	383	390	396	391	407

CLM = CONGE DE LONGUE MALADIE (Blessures physiques)

CLDM = CONGE DE LONGUE DUREE POUR MALADIE (Etats de stress post-traumatiques)

Une augmentation qui s'explique par :

- L'efficacité des mesures de dépistage systématique après le retour
 - PCLS
 - Entretien clinique
 - 3 à 6 mois après la retour
- Une meilleure reconnaissance institutionnelle de la blessure psychique
 - Des mesures de sensibilisation
 - Politique favorisant la reconnaissance
 - Statut de blessé reconnu

Mais des chiffres qui demeurent en dessous de la réalité

- Troubles qui ne se donnent pas à voir ... et à entendre
 - Le silence des intéressés
 - Craintes relatives à une incidence négative sur l'aptitude
 - Méconnaissance du trouble
 - Ressenti de culpabilité et de honte
 - L'absence fréquente de demande de soins
 - Etude US sur vétérans de l'Afghanistan : seuls 25 à 50% des soldats souffrant d'ESPT ont demandé des soins spécialisés
- L'apparition souvent différée des troubles
- les discontinuités de parcours
 - Les perdus de vue (mutations, missions, changements de statut, retour à la vie civile)

Le retour de mission

Un processus complexe

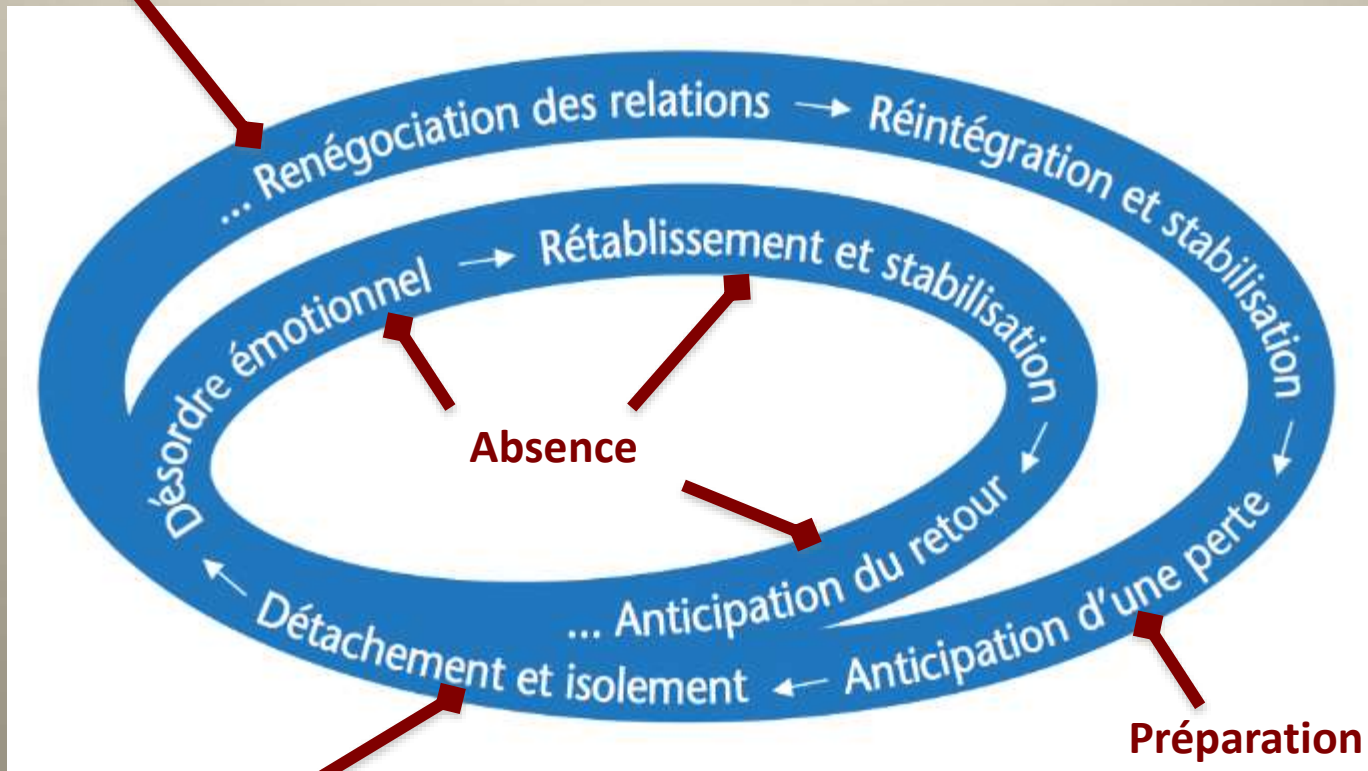
Le retour

- Lequel d'entre nous, revenant d'Opex, n'a pas éprouvé des difficultés à reprendre le cours de la vie ordinaire et de la vie familiale, à retrouver la qualité d'attention vis-à-vis de ses proches qui prévalait avant le départ ?
- Passé le moment heureux des retrouvailles,
 - les familles ressentent :
 - une disponibilité entamée
 - une présence partielle de celui qui revient
 - Une incompréhension par rapport à l'engagement professionnel au prix de la mise en danger de soi +++
 - Le militaire de retour est encore pris par :
 - l'expérience humaine forte de l'Opex
 - les liens qui s'y sont tissés
 - les évènements vécus et qui ont un effet de séparation

=> un travail, de part et d'autre, de réajustement.

Cycle émotionnel du déploiement

Retour



Préparation du départ

Départ

La nécessité d'un temps et d'un espace de transition

=> Sas de fin de mission

- Où ?
 - En un lieu dédié hors théâtre +++
 - Parfois sur le terrain
- Qui ?
 - Le commandement
 - Les cellules institutionnelles de psychologie
- Contenu ?
 - Préparation au retour
 - Debriefings psychologiques individuels et collectifs
 - Information
 - Risque psychotraumatique
 - Retour dans les familles
 - Temps de détente



La question du retour et de l'après blessure va se poser d'une façon encore plus complexe pour le blessé psychique.



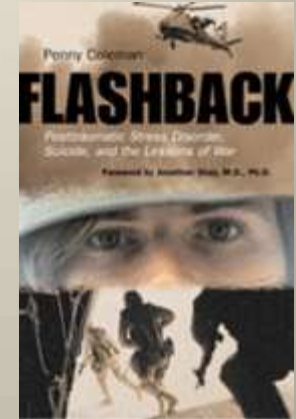
Les soldats blessés psychiques

Du repérage à la reconnaissance

L'évènement traumatique

+ *Temps de latence*

- Détresse psychique
- Syndrome de répétition traumatique
- Vécu d'insécurité
- Hypervigilance, les réactions de sursaut
- Evitement
- Modifications du caractère
- Repli social
- Bouleversement psychique : « il y a un avant, il y a un après »



L'évolution clinique

Elle est corrélée

- aux dispositions psychologiques individuelles.
- au soutien et aux réponses que le sujet pourra trouver dans son environnement social.

Pathologie chronique

- Formes évoluant spontanément vers la guérison
- Formes stabilisées
- Formes à éclipses
 - Avec moments de réactivation, parfois à la faveur d'un nouvel évènement traumatique
- Formes graves
 - Niveau élevé de souffrance
 - Importance des complications

addictions, dépression, risque suicidaire et désinsertion sociale

- Formation renforcée au repérage
et à la prise en charge des troubles
- Utilisation systématique d'un test de dépistage fiable : la PCLS
- Traçabilité des troubles constatés
& évènements violents vécus

- Au niveau des unités élémentaires
- Au niveau de la formation des chefs
- Action des cellules d'intervention psychologique institutionnelles
- Progrès constatés sur le terrain

- **Au niveau du Service de santé des armées**

=> Plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques dans les armées » (2011/2013)

- **Au niveau du Commandement**

- Les troubles psychotraumatiques reconnus comme priorité sanitaire (2010)
- Création de la médaille des blessés



NUMERO « ECOUTE DEFENSE »

UN NOUVEAU VISAGE

17 et 18 octobre 2014



BILAN

1 an d'existence

ÉCOUTE DÉFENSE

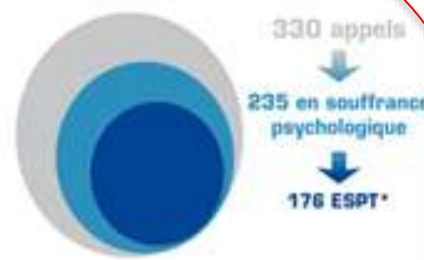
08 08 800 321

24/7
Service gratuit et anonyme

DES PSYCHOLOGUES

DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES
VOUS ÉCOUTENT ET VOUS ORIENTENT
SUR L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Entre le 23 janvier 2013 et le 23 janvier 2014 :



*ESPT : État de Stress Post-Traumatique

80% des appels concernent des militaires de l'Armée de Terre

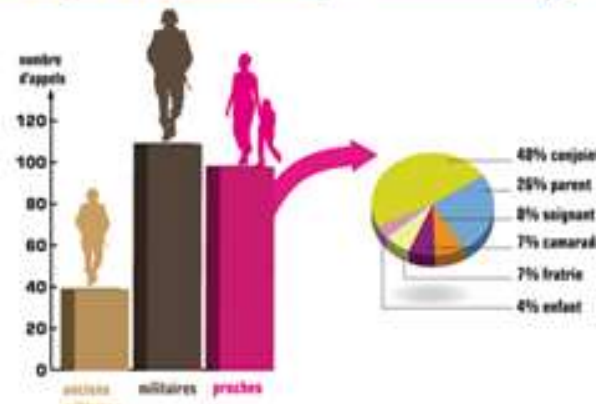
5% des appelants souffrant d'ESPT sont des anciens combattants de conflits de plus de 20 ans, l'Irak et l'Afghanistan

77% primo prise en charge des appels


Théâtres d'opérations les + impliqués :

RWANDA MALI
AFGHANISTAN
LIBAN BALKANS
CÔTE D'IVOIRE ALGÉRIE
INDOCHINE

Origine des appelants :



Structures de soin conseillées :



SSA : Centres médicaux des armées
Hôpitaux d'instruction des armées

Armées : SSA + Cellules d'aide aux blessés et cellules de soutien psychologique des armées et de la gendarmerie

© BREGONNEX

Une attention renforcée



- Pour les blessés physiques +++



- Pour les soignants du SSA
et auxiliaires sanitaires des forces

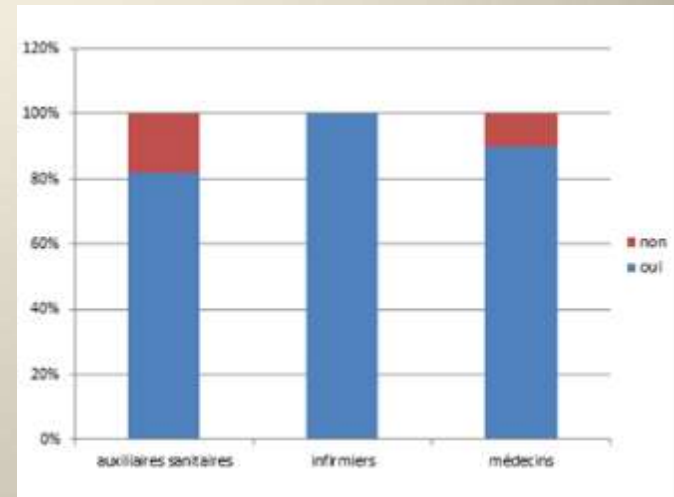


Une double exposition au risque psychotraumatique

- En tant que militaires accompagnant au plus près les troupes, ils sont exposés comme eux au risque de blessures physiques et psychiques ainsi qu'au risque vital.
- 
- A photograph showing several soldiers in full combat gear, including helmets and body armor, moving through a rocky, outdoor environment. One soldier in the foreground is carrying a wounded comrade on a stretcher. The scene suggests a high-risk combat or medical evacuation situation.
- En tant que soignants, ils sont particulièrement confrontés à la prise en charge des blessés, mais aussi des morts, après un accident ou un combat.
- 
- A photograph showing medical personnel in a field setting. They are focused on providing care to a patient lying on a stretcher. The background shows a wooded area with other personnel and equipment, indicating a field medical station or a triage area during an operation.
- Ces dernières années, constat dans le contexte d'un haut niveau d'engagement opérationnel d'une **recrudescence des troubles psycho-traumatiques** chez les personnels soignants, qu'ils soient auxiliaires sanitaires, infirmiers ou médecins.

- Afghanistan 2009-2011 *

Est-ce qu'à certains moments vous vous êtes senti en grande insécurité ?



- *90% des personnels que nous avons rencontrés estiment avoir été exposés à la mise en jeu de leur vie sur des actions de combat, des attaques de roquettes, des IED, vol tactique sous le feu, etc.*
- *L'utilisation de l'arme dans des actions de combats est évoquée pour 84% des auxiliaires sanitaires, 30% des infirmiers et 20% des médecins (utilisation dans des circonstances de danger immédiat).*

Médicalisation de l'avant en terrain hostile



Binôme militaire médecin – infirmier



40 kgs



Evènements éprouvants

Avez-vous été confronté à des évènements qui vous ont éprouvés ?

- Réponse positive pour 90 %
- 20 % pour des moments où ils ont été personnellement en danger
- 50 % pour avoir été confronté à des décès de personnels proches
- 35 % pour avoir pris en charge :
 - Des militaires français blessés
 - Des militaires de la coalition
 - Des enfants afghans
- *L'évènement traumatisant est très souvent en lien avec une action de soin, blessé grave ou décès, dans un contexte de menace vitale pour la grande majorité.*



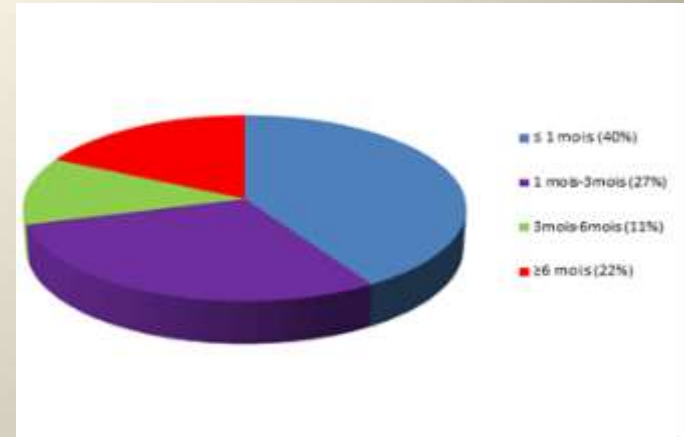




- Constat qu'à l'instar des militaires des armes, **des délais longs** avant qu'une demande de soins ne s'initie.
- Mais il apparaît aussi qu'un nombre significatif de ces soignants blessés psychiques n'effectue pas de démarches vers les dispositifs de soin.
 - Poids de l'idéal professionnel
 - Difficulté de se présenter – et se représenter – en demandeurs de soin
- Il y a donc cet apparent paradoxe que ceux qui sont au cœur du dispositif de soin et de repérage des militaires ne bénéficient pas à la mesure de leurs besoins de l'attention requise en matière de dépistage comme de prise en charge.

Des personnels qui restent
éprouvés +++

Combien de temps vous a t-il été
nécessaire pour revenir à la vie normale ?



22% de personnels mettent plus de 6 mois à se sentir à nouveau capables d'exercer leurs responsabilités professionnelles.

Etant donné le rythme opérationnel de ces dernières années, nombre d'entre eux n'ont pas récupéré au moment d'une nouvelle OPEX.

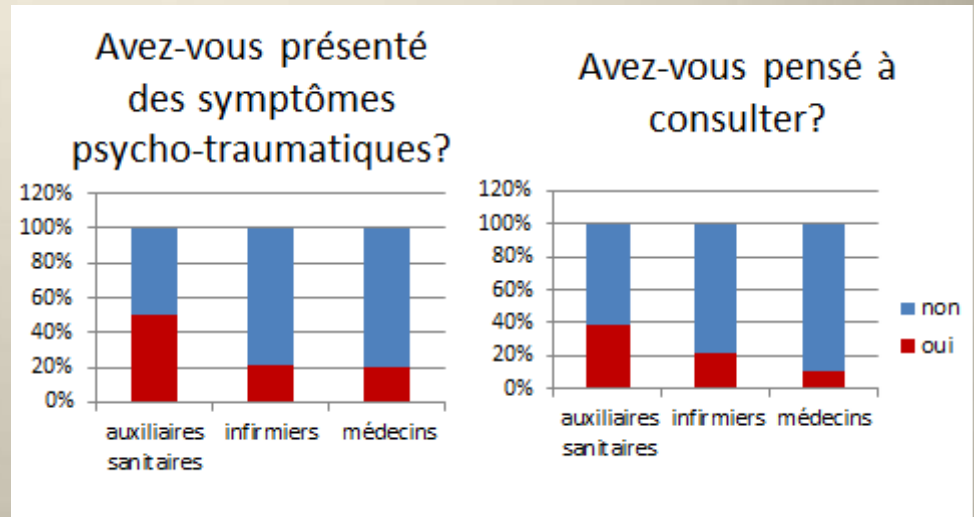
Avez-vous constaté des difficultés avec vos proches ?

Oui pour 30 % de l'effectif total

La participation à une OPEX met à l'épreuve les liens affectifs.

Après la mission

Avez-vous présenté pendant ou au retour de votre mission des cauchemars et/ou des pensées répétitives sur les événements éprouvants que vous avez vécu ?



Forte prévalence des personnels ayant déclaré avoir présenté des symptômes de répétition traumatique (35 %)

Attitude face à une aide psychologique

Pensez-vous que votre statut de soignant constitue un frein à une demande d'aide en cas de besoin ?

- Oui pour 75% des infirmiers
et 50% des médecins et auxiliaires sanitaires



=> l'idéal qui soutient le soignant dans sa mission est un frein à l'émergence d'une demande d'aide pour lui-même

=> Se faisant objet de soin, il pense déroger à sa fonction de pourvoyeur de soins

=> Problématique de l'exemplarité

Est-ce que vous pensez qu'un entretien psychiatrique systématique au retour de mission serait souhaitable ?

- La réponse est affirmative à 92 % de l'effectif (80 % pour les médecins).
- *La perspective de la consultation avec un psychiatre ou un psychologue clinicien des armées, après la mission, n'est plus discréditée, ni redoutée.*
- *Cette rencontre fait l'objet d'un quasi-consensus.*
- *Difficile à envisager comme le résultat d'une démarche spontanée.*

C'est la raison pour laquelle une procédure systématique permettrait de dépasser l'obstacle d'une démarche individuelle dont la mise en œuvre spontanée se heurte à une résistance psychique.

Optimiser l'offre de soins

Les ressources du SSA

- Les services de psychiatrie des Hôpitaux d’instruction des armées
- Les psychologues cliniciens implantés en CMA
- Optimisation et coordination par la DCSSA
- Implication des familles

Les dispositifs de soins civils

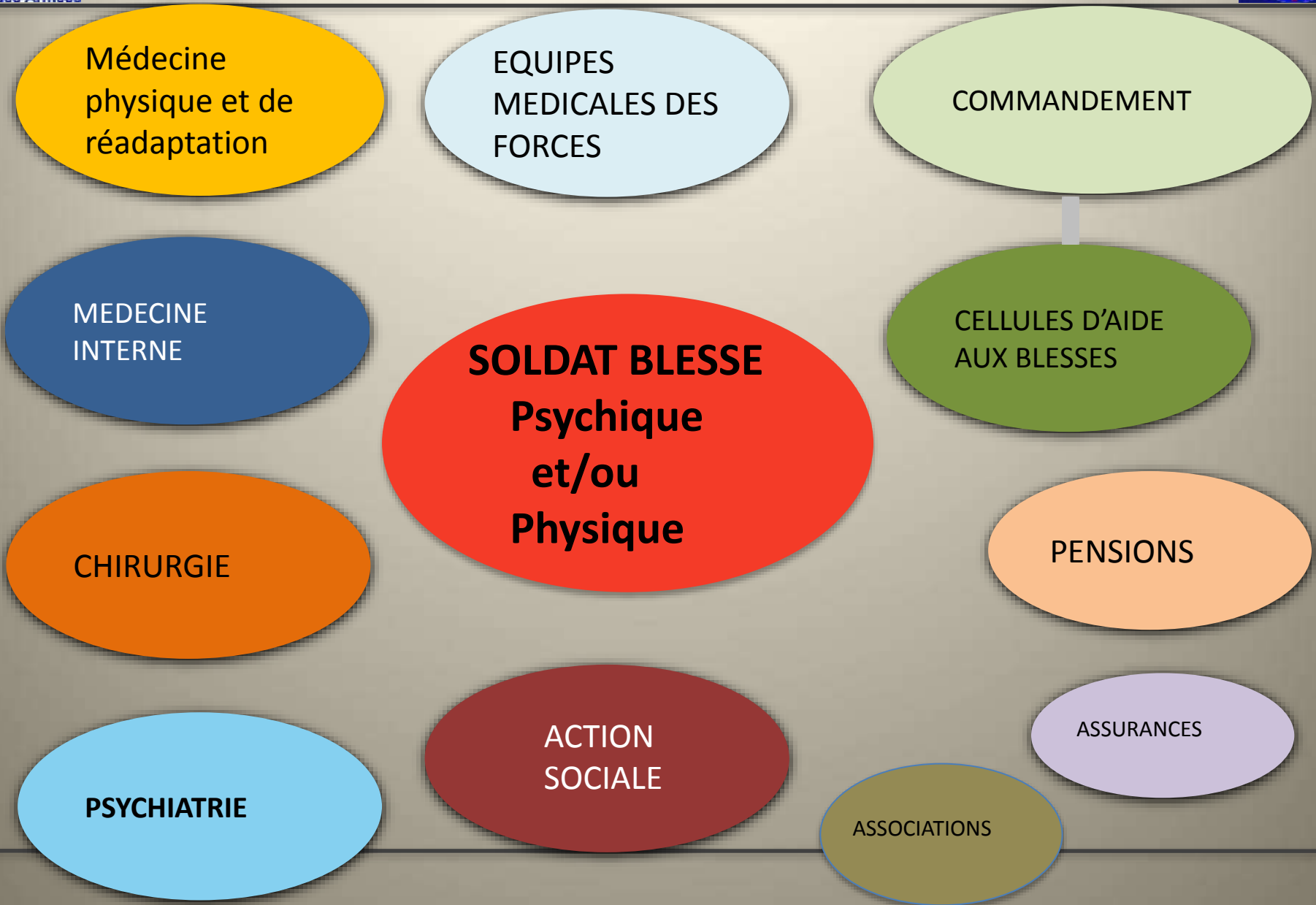
- Développement de réseaux avec les structures civiles compétentes
- Territoire de santé

L'accompagnement à la réinsertion

*Les cellules de réadaptation et de réinsertion
des blessés en opération*

- Des problématiques communes aux blessés physiques et/ou psychiques
- L'isolement des blessés psychiques dans leur parcours de soins
- Sortir du clivage blessé physique / blessé psychique

SOLDAT BLESSE
Psychique
et/ou
Physique



- Une reconnaissance ambiguë des patients présentant des troubles psychotraumatiques en tant que « blessés en opération »
- Manque de coordination des acteurs médicaux, institutionnels et sociaux
- Concernant le rapport à l'institution

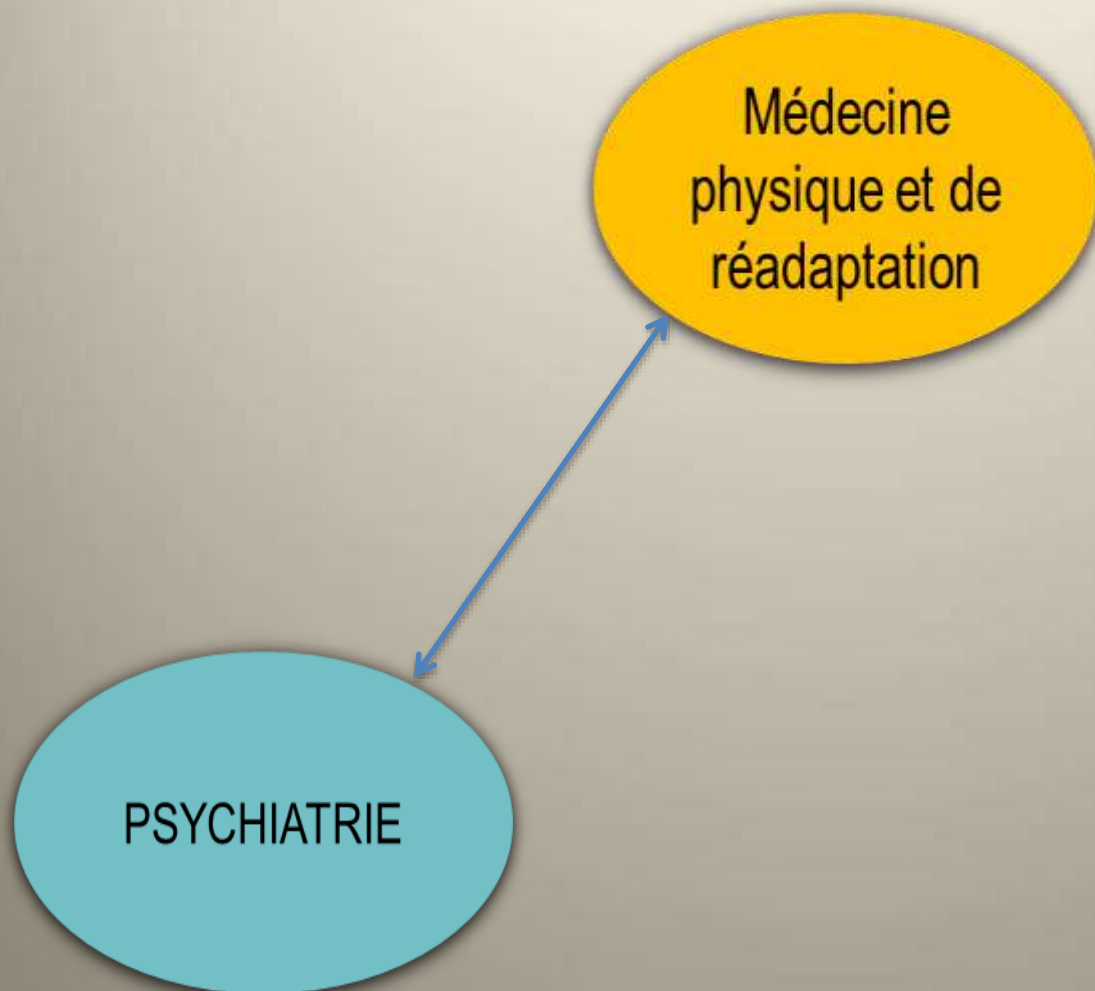
Après un premier temps de soutien du groupe d'appartenance et de la reconnaissance de l'Institution, ces patients retrouvent l'anonymat et les difficultés de la vie quotidienne.

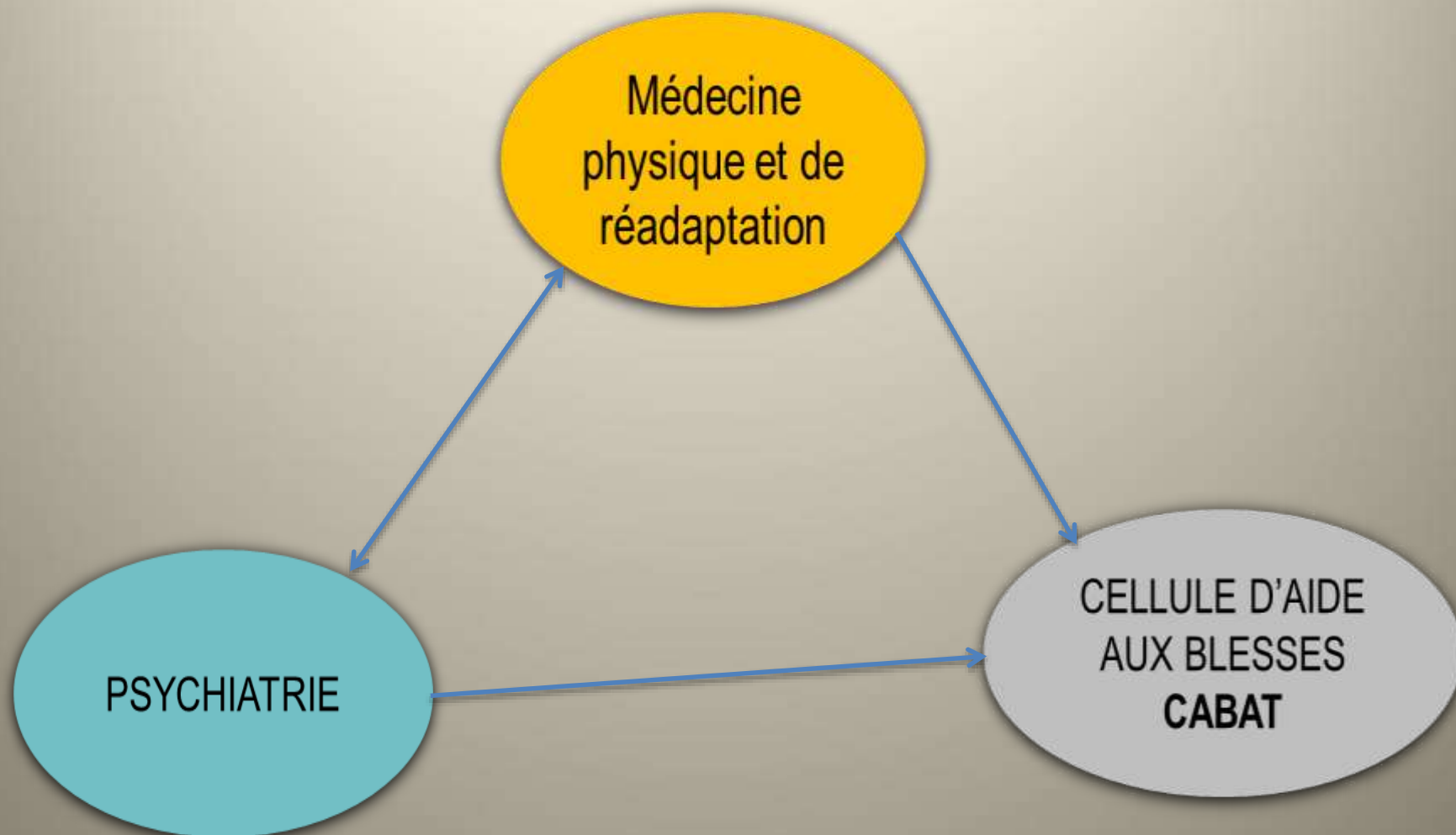
⇒ temps de désillusion et d'amertume, vécu de solitude
- Concernant le statut général des militaires

Manque de souplesse posant problème pour une progressivité dans la reprise du service.

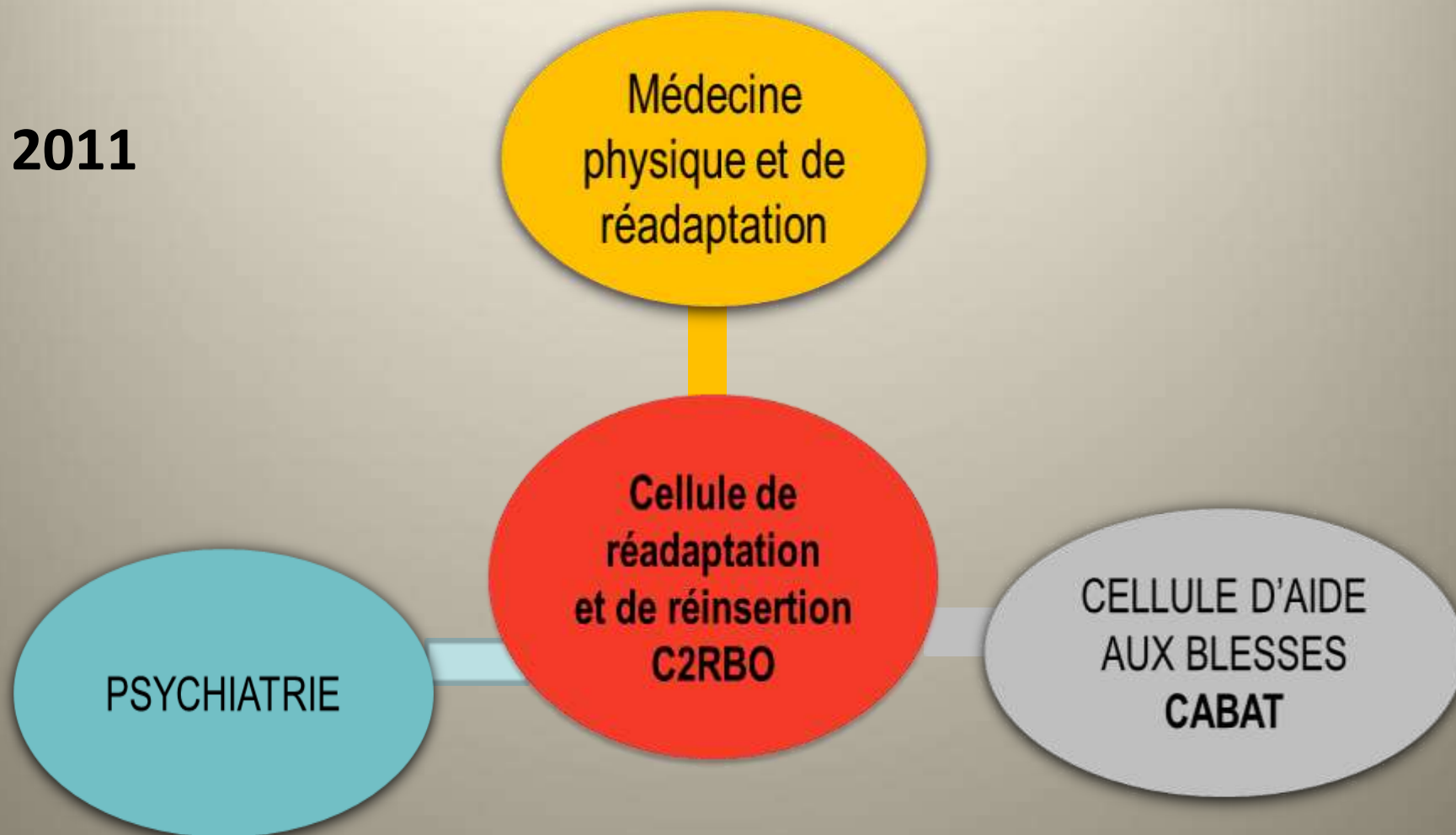
Médecine
physique et de
réadaptation

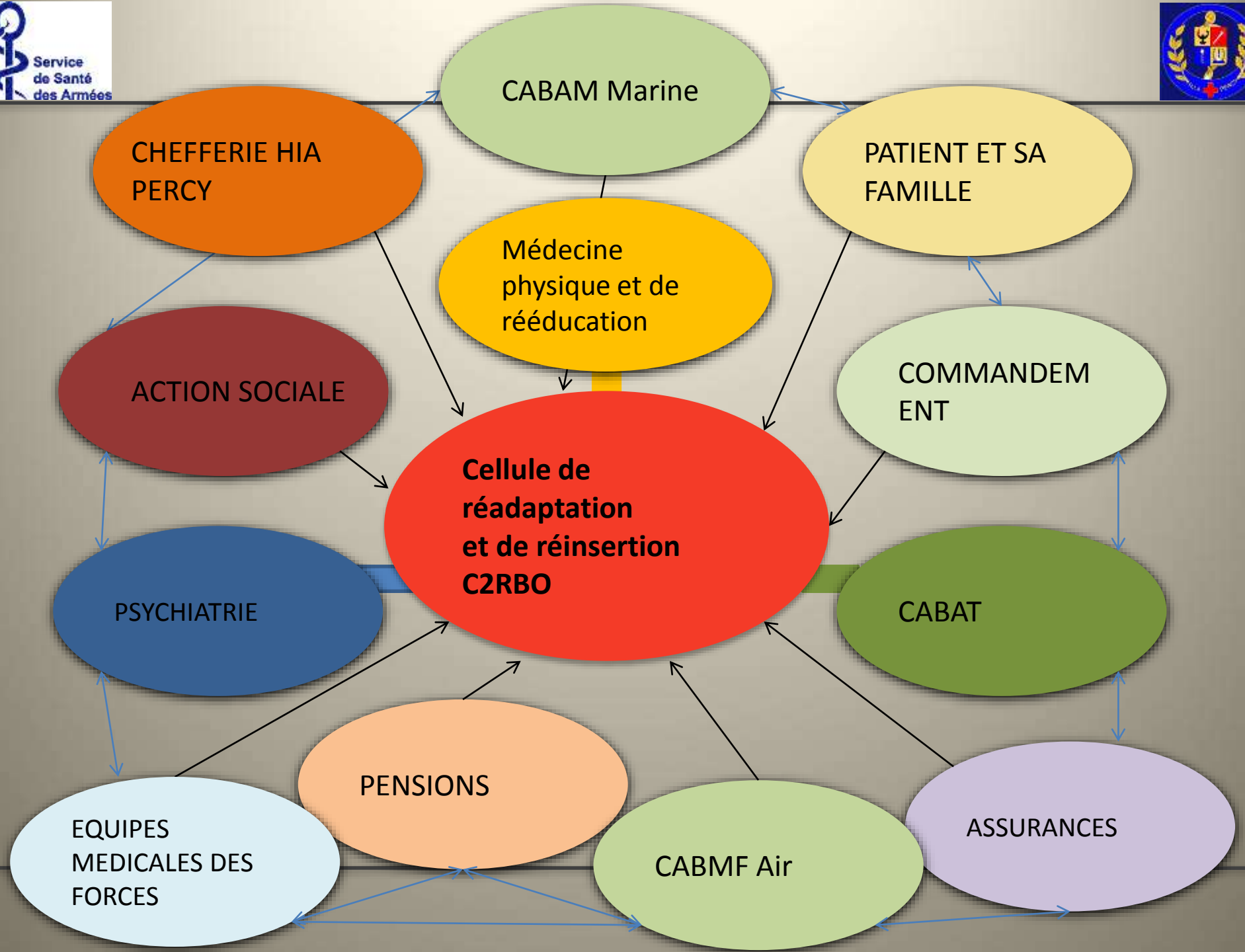
PSYCHIATRIE





2011





- Acteurs impliqués dans le parcours de soin du militaire blessé
 - Santé
 - Commandement
 - Autres
- Fonctionnement
- Une charte



- **1^{er} objectif :**

apporter une aide concrète au blessé
et simplifier les processus

- **2^{ème} objectif :**

accompagnement et soutien dans le
parcours de réinsertion

- **3^{ème} objectif :**

être un forum de réflexion et d'échange



Des réalisations et contributions concrètes

- Traitement personnalisé de 250 situations individuelles (25 % ESPT)
- Création des cellules d'accueil des blessés (30 % ESPT)
- Financement du projet de reconversion civil et accompagnement durant le processus
- Procédure de traitement accéléré des dossiers de pensio
- Participation aux rencontres sportives des blessés
- Création de la maison des blessés à Percy



Conclusions



- **Le retour après la blessure psychique : un processus long et complexe**
 - Accompagnement social
 - Accompagnement psychologique
 - Accompagnement institutionnel
 - **Les blessés psychiques en opération : des attentes spécifiques**
 - Soins
 - Reconnaissance => Approche multidisciplinaire
 - réparation
 - **Action de réhabilitation et de réinsertion**
 - Le soldat au plus près de son unité, au plus près de la fonction
 - Réorientation le cas échéant vers le civil
 - Action personnalisée, adaptative et modulable
- Projet de création d'un centre de réhabilitation post-traumatique**

Les blessures invisibles sortent peu à peu de l'ombre et du silence qui renforcent la détresse de ceux qui les portent.

