Psychiatrie opérationnelle. Quelques leçons à tirer de l'Histoire.

H. Boisseaux.

Résumé

Les effets de la guerre sur les hommes sont connus de longue date. Au cours de l'histoire, les médecins militaires ont tenté d'y apporter des solutions, sous la pression parfois d'un commandement essentiellement soucieux de maintenir le potentiel opérationnel de ses unités. Plus sensibilisés à ses conséquences durables sur la vie des hommes, on interroge aujourd'hui les autorités sur ce qui est fait pour les soldats qui ont vécu les combats. Avant de se focaliser sur les symptômes, il y a lieu de ne pas oublier ce qu'est l'engagement militaire et de quelle façon la confrontation à la guerre vient en interroger les fondements. On peut ainsi cerner plus précisément l'impact du traumatisme psychique pour un individu donné et alors espérer mieux soulager la souffrance du soldat.

Mots-clés : ESPT. Guerre. Psychiatrie militaire.

Abstract
OPERATIONAL PSYCHIATRY. SOME LESSONS TO BE THAUGHT FROM HISTORY.

The effects of war on humans have been known for a long time. Throughout History, military doctors have tried to bring therapeutic solutions, sometimes under the pressure of a hierarchy primarily interested in maintaining the operational capability of their units. More aware of the lasting consequences on the lives of men, authorities are now asked about what is done for soldiers who have experienced combat. Before focusing on the symptoms, it is necessary to remember what the military engagement is and how coping with war comes to ask about its foundations. This may help to more precisely identify the real impact of psychological trauma for a given individual and then hope for a better relief of his suffering.

Keyword: Miltary psichiatry. PTSD. War.

Introduction.

Le propos de ce texte n'est pas de refaire l'histoire de la psychiatrie militaire mais simplement d'essayer de remettre en perspective certaines questions actuelles dans une évolution des idées et des pratiques.

Ce qui fait l'actualité, c'est la présence des troupes françaises sur le théâtre Afghan au sein d'un dispositif multinational.

Avec le retour de la France dans le commandement intégré de l'OTAN apparaissent aussi de nouveaux impératifs. La notion d'« interopérabilité » s'impose aujourd'hui comme nécessaire à un fonctionnement cohérent du dispositif « OTANien » sur ses terrains de déploiement. En psychiatrie, la question n'est pas simple avec une véritable pression des pays anglosaxons pour imposer le modèle qui est le leur.

L'impact psychique d'une situation militaire qui se durcit, de missions qui s'allongent, se répètent, est indiscutablement un sujet d'inquiétude pour le Service de santé des armées, mais aussi pour les États-majors, et cela au-delà des problèmes purement médico-psychologiques que cela pose.

En effet, la question de l'opportunité de l'envoi de troupes est une question politique « sensible » qui occupe l'opinion publique nationale, notamment lorsque des soldats français perdent la vie au combat. Symbole de ce que peuvent être les séquelles de la guerre sur les hommes, le taux de traumatisés psychiques retrouvé dans la population militaire devient, au même titre que le nombre de morts ou de blessés physiques, un des indicateurs mis en avant par ceux qui souhaitent influer sur les décisions politiques.

Il existe donc une pression particulière sur les armées et par voie de conséquences sur le Service de santé pour la mise en place de dispositifs, « scientifiquement élaborés », à même de traiter le traumatisme psychique et rendre au soldat de retour d'opération extérieure (OPEX) son « état antérieur ». Avec alors un sentiment pénible pour des psychiatres, celui d'être sommés de répondre à une demande qui n'aurait pas de sens !

Ce sentiment de malaise est également retrouvé chez certains collègues d'armées étrangères côtoyés au sein de l'alliance atlantique, dès lors que l'on interroge la place du psychiatre dans un dispositif militaire. On peut le saisir

H. BOISSEAU, médecin en chef.
Correspondance : H. BOISSEAUX, service de psychiatrie, HIA du Val-de-Grâce, 74 boulevard de Port Royal – 75230 Paris Cedex 05.

comme résultant de la désagréable impression de se trouver convoqué pour régler une question désormais plus sociale que médicale.

Le risque en est de s'engager dans une œuvre de « normalisation », selon le vocabulaire en usage à l'OTAN, qui ne laisse pas le choix des moyens face à une pathologie qui résiste !

Un trouble qui résiste.

Si l'on reprend le fil de l'histoire, on repère bien dans les récits de guerre, et de tous temps, l'impact des rencontres traumatiques. Mais c'est la société industrielle, ses accidents sur fond de luttes sociales, qui a inventé la « névrose traumatique » pour ouvrir des voies thérapeutiques et de réparation.

La Première Guerre mondiale.

La Première Guerre mondiale est arrivée sur ces entrefaites ! Au-delà de la confrontation d'armées, elle a été marquée par l'implication de nations, de sociétés toutes entières, dans une épreuve de force marquée d'un engagement technologique sans précédent. Les conséquences humaines en ont été impressionnantes, notamment par le nombre des « pertes psychiques », ces soldats indemnes d'atteintes organiques et pourtant incapables de poursuivre le combat. Mais en venant mettre en échec le discours dominant d'un idéal patriotique censé conduire à la victoire, c'est à la voix de la réprobation morale qu'ils se sont heurtés !

Les médecins ont été convoqués, avec une obligation de résultats et les conséquences que l'on connaît ; la mise en œuvre de thérapeutiques aversives, éthiquement inacceptables bien qu'elles aient été soutenues par les maîtres les plus reconnus de la faculté de l'époque (1). La brutalité physique mais aussi psychique (basée sur la suggestion, la persuasion, l'intimidation voire la menace !) a véritablement été érigée en méthode thérapeutique, réduisant ceux des médecins qui tentaient de faire entendre une autre voix au silence. Il est intéressant de constater que cela n'a pas constitué un fait unique propre à la France !

Les manifestations conversives ont été retenues comme les symptômes les plus caractéristiques de la souffrance psychique issue des champs de bataille de la Grande Guerre. La résistance que l'hystérie offre au discours du maître a conduit à les assimiler à de la simulation. Pour une part, la pratique médicale s'est centrée sur une chasse aux simulateurs, auxquels il ne restait, une fois identifiés, guère d'autre choix que le retour au front ou devant les tribunaux d'exception.

Après la Grande Guerre.

S'il est difficile de relever des signes tangibles de l'influence d'une pensée freudienne pourtant déjà très élaborée durant la Première Guerre mondiale, il en sera autrement ensuite, au moment de faire les comptes ! Cependant, un des paradoxes apparents de cette prise de position des psychanalystes dans le débat et la réflexion étiopathogénique concernant les troubles psychiques de guerre, c'est qu'elle n'a pas permis de s'extraire de jugements de valeur et de la question du soupçon ; soupçon de lâcheté durant la guerre, soupçon de recherche de compensation financière après, avec au final un discrédit toujours porté sur le soldat traumatisé !

La simplification de la théorie freudienne à une notion de « responsabilité » de l'individu n'est venu situer l'horreur des combats que comme un révélateur et non la cause de la traumatisation psychique, les qualités morales défaillantes supposées aux traumatisés guidant les pratiques médicales et la notion d'état antérieur empêchant une juste réparation.

Les guerres du XX^e^ siècle.

La Seconde Guerre mondiale, guerre de Corée et peu de temps après les guerres de décolonisation ont vu bien sûr les mêmes souffrances, avec cependant une évolution des modes d'expression.

Elles ont été rapidement prises en compte avec des principes inspirés de ceux mis à l'épreuve de la Première Guerre mondiale (principes de Salmon (2)), et divers dispositifs ou techniques thérapeutiques très influencés par la réflexion psychanalytique comme pour les narco analyses ou les thérapies de groupe. On se rappelle le texte de Jacques Lacan sur la psychiatrie anglaise (3) !

Après la Seconde Guerre mondiale, la souffrance psychique des anciens combattants n'a pas occupé le devant de la scène sociale, l'Europe ayant d'autres questions à régler et les USA préférant l'image valorisée du héros d'une guerre pour la liberté et contre le fascisme à la promotion de l'homme détruit par ce qu'il venait de vivre ! Le militaire n'avait pas encore acquis un statut de victime, le témoignage du soldat choqué étant aussi peu souhaité que sa maladie encore perçue comme honteuse.

Un changement de focale.

Les suites de la Seconde Guerre mondiale ont aussi été marquées par le retour des rescapés des camps de la mort et au fur et à mesure du récit de leur souffrance, de la description du « syndrome du survivant » (4), la question de l'influence de l'état antérieur sur les troubles présentés est apparue dès lors totalement déplacée.

La guerre du Viet Nam.

C'est avec cette guerre que l'on a assisté au retournement du héros militaire en victime. À un moment où des convergences d'intérêts entre des vétérans détruits par ce qu'ils avaient vécu et d'autres groupes de pression, comme notamment les mouvements féministes qui cherchaient à faire reconnaître les violences faites aux femmes, que la pathologie traumatique a été réinventée sous la forme du *Post traumatic stress disorder* (PTSD), faisant ainsi une entrée remarquée dans la classification américaine des troubles mentaux, le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM III) (5).

Il a été conçu comme un moyen de reconnaître la souffrance du soldat en même temps que de pouvoir fournir une explication à certains des actes commis en situation de guerre.

On a changé de paradigme. On a adopté le modèle du stress, et de la même façon qu'on a avec ce mot assisté à un glissement sémantique de la réaction à la cause, on a effectué une modification de focale du sujet vers la situation traumatique.

Dès lors, toute personne qui a vécu une telle situation traumatique est en position « légitime » de développer des troubles. C'est la question du « sujet normal mis en situation anormale » érigée en slogan de lutte contre le sentiment de honte et de culpabilité que peuvent exprimer ceux qui ont fait cette rencontre avec cette question du réel de la mort. Mais il élimine aussi, de fait, toute possibilité d'entendre un légitime questionnement subjectif.

L'événement crée la victime et son droit à réparation. Et le médecin ne serait donc plus là que pour en entériner le fait si on ne lui demandait pas en même temps de faire limite à une porte ainsi grande ouverte vers un droit à réparation jugé excessif ! On le remet en position de démasquer les excès. Et ce n'est donc pas par hasard si un intérêt nouveau pour cette question de la simulation réapparaît aujourd'hui dans les préoccupations des psychiatres !

La position de psychiatres militaires français.

Quand on perd le sens d'une vraie réflexion psychopathologique pour en revenir à une approche purement critériologique, on se réoriente vers des causalités nécessairement simplistes avec des thérapies qui pour être évaluables ne se focalisent que sur le symptôme qu'elles souhaitent faire disparaître en oubliant la place qu'il occupe dans l'économie psychique du sujet (6).

Depuis de nombreuses années, la position des psychiatres militaires français a toujours été de ne pas oublier ce sujet. Et le principe de « non obligation de retour au combat » introduite par le Pr Lafont (7) après son expérience lors de la première guerre du Golfe en complément des principes de Salmon en est une illustration très parlante.

Malgré l'évolution récente de la psychiatrie vers l' « *évidence based médicine* », la médecine de la preuve, la psychiatrie militaire française doit demeurer fidèle à une épistémologie de la clinique individuelle et de la proximité qui nous apparaît mieux à même d'aborder la réalité singulière de ce que peuvent vivre les hommes en situation de guerre (8). L'engagement militaire, même librement consenti, expose celui qui le prend à vivre des situations dont il ignore l'impact qu'elles peuvent avoir sur lui-même et sur le devenir de ce positionnement subjectif. Une position médicale qui passerait outre la liberté du sujet de revenir sur cet engagement nous apparaît injustifiable. Ce n'est pourtant pas la position la plus communément adoptée dans d'autres armées !

Un retour à des problématiques déjà rencontrées ?

Comme le soulignent Fassin et Rechtman (9), au moment de la guerre de 1914, on était prêt à accueillir des simulateurs, pas des blessés psychiques. Actuellement, on est prêt à accueillir des blessés psychiques mais ne nous y trompons pas, une grande ambivalence demeure vis-à-vis de ces sujets qui résistent à tout ce que l'on met en place pour favoriser leur résilience et finalement résistent à la science dont on ne doute pas qu'elle soit capable de prévenir ou si c'est nécessaire guérir des outrages de la guerre !

Malgré différentes pressions médicales ou sociales qui se font fortes, il importe au psychiatre militaire d'effectuer un véritable « réajustement psychopathologique » qui lui permette de se distancier du PTSD pour se recentrer sur le sujet.

Cela impose de rester prudent voir circonspect vis-à-vis des sirènes du modernisme et d'avoir une vision précise, non seulement de son propre positionnement théorique mais aussi au sein du dispositif en place dans les armées françaises. Celui de médecins et de psychologues cliniciens faisant partie intégrante d'une chaîne médicale cohérente, qui ne s'arrêtent pas au traitement supposé de l'urgence mais engagée dès ce temps et aussi longtemps qu'il est nécessaire auprès des soldats traumatisés. Ce dispositif médical doit être clairement distingué de tous les dispositifs psychosociaux mis en place au sein des armées au profit du combattant et même de sa famille. C'est du positionnement clair et distancié de chacun que le dialogue entre les différents acteurs peut être constructif et que la notion de soutien psychologique peut se clarifier pour prendre une réelle consistance !

Il s'agit là d'une position et d'un dispositif qui se distinguent nettement de ceux adoptés au sein d'autres armées et qui rend difficile une homogénéisation des pratiques. Mais peut-il en être autrement pour un domaine tellement « culturellement dépendant » ?

Conclusion.

Au moment où nécessairement, les conséquences de l'exposition de nos soldats aux situations de guerres vont apparaître de façon plus manifestes sur les individus comme sur leurs familles, au moment où le taux d'attrition des jeunes engagés commence à augmenter, où des pressions se font jour pour tenter de diminuer à tous prix ce mouvement, il y a lieu de ne pas dévier d'une orientation qui mette à distance toute invention qui, pour apparaître comme LA solution au problème aux traumatismes psychiques, ne ferait qu'oublier ce qui est vraiment en jeu pour le sujet.

Nous médecins, serions bien inspirés de nous montrer prudents dans la promotion de techniques et de concepts prétendument nouveaux qui pour ouvrir à tout coup la porte d'un succès institutionnel voire médiatique facile, ne ferait que contribuer à entretenir une confusion très préjudiciable à l'efficacité de l'action médico psychologique que nous avons à mener pour nos militaires, et qui sait, nous réamener vers des domaines éthiquement inacceptables en même temps que sans issues.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Briole G, Lafont B. La bataille de l'hystérie pendant la guerre de 1914-1918. Synapse, 1987;31:48-52.
2. Salmon T.W. The care and Treatment of Mental Diseases and War Neuroses (shell Shock) in the British Army, New York, War Work Committee of the National Committee for Mental Hygiene, 1917.
3. Lacan J. La psychiatrie anglaise et la guerre. L'évolution psychiatrique, 12(1):293-318.
4. Targowla R. La pathologie psychiatrique post concentrationnaire. Rapport de psychiatrie, Congrès international La pathologie des déportés, Paris 4-5 octobre 1954, compte rendus, Paris RMF:177-89.
5. DSM IV TR. Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Association. 4e ed. Paris : Masson,2003;1065: 2-294-00663-1.
6. Briole G. Lebigot F. Lafont B. Favre JD. Vallet D. Le traumatisme psychique ; rencontre et devenir. Rapport au LXXXXIIe Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Toulouse 17-23 juin 1994, Compte rendu, Paris, Masson 1 vol.
7. Lafont B. Plouznikoff M. Déontologie et éthique en situation d'exception. Médecine et Armées 1993;21(1):79-82.
8. Vallet D. Boisseaux H. de Montleau F. Rondier JP. Psychiatrie et Armées. Encyclopédie Med. Chir. (Elsevier Masson SAS, Paris) Psychiatrie. 37-882-A-10.
9. Fassin D et Rechtman R. The empire of trauma. Princetown University Press 2009.
10. Boisseaux H. Le soutien médico-psychologique des militaires français en Afghanistan. Actu Santé N° 116 mars-avril 2010:18-19.