Particularités de la prise en charge psychiatrique au sein des structures hospitalières de campagne. Expérience de la mission « Pamir » en Afghanistan.

G. Fidelle.

Résumé

En opérations extérieures, les troubles anxieux aigus sont le diagnostic psychiatrique le plus fréquent. Ils peuvent survenir suite à un événement traumatique. Mais le plus souvent, il s'agit de manifestations anxieuses, parfois fléchissement dépressif et/ou trouble du comportement, en réaction à divers facteurs. En mission, il s'agit de soulager la souffrance d'un militaire, mais aussi d'éviter celle d'un groupe afin de maintenir des conditions opérationnelles optimales. Dans le cadre d'un récent séjour en Afghanistan, l'auteur précise quelques particularités de la prise en charge psychiatrique au sein du groupe médico-chirurgical. Cet exposé relate les difficultés de fonctionnement d'une équipe ne se connaissant pas avant la mission et n'ayant pas le plus souvent de formation psychiatrique. L'expérience montre qu'un trouble anxieux lié à un fait de guerre est plus facilement géré par l'équipe car il fait référence à nos valeurs militaires profondes, comme le sacrifice du soldat au combat. Il n'en est pas de même pour les causes d'ordre privé. Les difficultés relationnelles entre soignants et soignés sont exacerbées si une notion de comportement violent s'ajoute au trouble anxieux. Un des rôles du psychiatre est de favoriser l'écoute du soignant à l'égard du patient selon les règles déontologiques et éthiques qui sont le bien fondé de nos actions de soins.

Mots-clés : Éthique. Opérations extérieures. Relation soignants-soignés. Soins psychiatriques. Troubles anxieux.

Abstract

SPECIAL FEATURES OF THE PSYCHIATRIC MANAGEMENT WITHIN A CAMPAIGN HOSPITAL. EXPERIENCE OF « PAMIR » MISSION IN AFGHANISTAN.

In outsider military operations anxious disorders represent the most important diagnosis. They may occur after a traumatic event. But more often than not we can observe anxious manifestations with sometimes depressive symptoms and/or behaviour disorders in reaction to various factors. During a military mission psychiatrists shall relieve the suffering of soldiers but also avoid group suffering in order to maintain optimal operational conditions. On the occasion of a recent stay in Afghanistan, the author explains a few special features of the psychiatric management within medical-surgical group. This paper exhibits the functioning difficulties of a team that don't know each other before the mission and that more often than not haven't had any training in psychiatry. The experience shows that an anxious disorder linked to a war event is more easily managed by the team because it refers to our own military values like the soldiers' sacrifice. It's quite different for private problems. The relational difficulties between paramedical staff and patients are exacerbated if a notion of violent behaviour is added to the anxious disorder. One of the roles of psychiatrists is favouring the paramedical staff listening to patients according to the deontological and ethic rules that are the validity of our care actions.

Keywords: Anxious disorders. Ethic. Outsider military operations. Paramedical staff-patients relationship. Psychiatric care.

« Le psychiatre est en prise directe avec les conséquences directes de ses actions »
(B. Lafont)

G. FIDELLE, médecin en chef.
Correspondance : G. FIDELLE, service de psychiatrie, HIA Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex 3.
E-mail : g.fidelle.psy@orange.fr

Introduction.

Comme plusieurs psychiatres militaires l'ont déjà souligné par le passé, la psychiatrie de l'avant s'étant progressivement enrichie de l'expérience de chacun lors des différentes missions depuis la guerre du Golfe en 1990, les conditions d'exercice de la psychiatrie sur les théâtres d'opérations extérieures sont différentes de celles rencontrées en France. Alors que les enjeux de soins sont primordiaux dans nos hôpitaux d'instruction des armées (HIA) français, en mission les enjeux médico-militaires

sont au devant de la scène. Il s'agit non seulement de soulager la souffrance d'un militaire, mais aussi d'éviter celle d'un groupe afin de maintenir des conditions opérationnelles optimales.

Place d'un psychiatre dans un théâtre d'opérations : exemple de l'Afghanistan.

La mission « PAMIR » en Afghanistan est sous l'égide de la Force internationale d'assistance et de sécurité (ISAF). Un psychiatre du Service de santé des armées est rattaché en Afghanistan de façon permanente à l'hôpital médico-chirurgical (HMC) depuis février 2009. Sa place se situe au niveau de l'équipe médicale et son activité se déroule en conformité avec les conventions internationales. Comme les autres spécialistes, il effectue un mandat de deux mois, passant prochainement à trois mois. Mais le psychiatre ne reste pas fixé au niveau de la structure hospitalière. Il se déplace à travers le théâtre d'opérations, ce qui le plonge dans la même ambiance que les autres militaires. Il travaille ainsi dans un environnement plus ou moins sécurisant, soumis comme les autres aux pressions des événements extérieurs et au respect des impératifs de la mission. Il n'œuvre pas seul mais en coordination avec différents acteurs. Au niveau extra-hospitalier, il maintient des contacts étroits avec les divers médecins. En l'occurrence, le rapprochement du psychiatre avec les médecins de rôle 1 est indispensable à maints égards. Les médecins d'unité connaissent particulièrement bien les contraintes et les dangers de la mission. Ils accompagnent les sections lors de leurs déplacements dans les vallées où ils sont confrontés aux mêmes dangers que le reste de la troupe. Ils connaissent les hommes et leur encadrement. Ils sont, comme en France, les conseillers du commandement avec lequel ils entretiennent des relations certainement plus étroites que dans leur unité. Eux-mêmes peuvent être soumis à des événements potentiellement traumatisants et nécessitent d'en parler ou du moins que le psychiatre les invite à le faire. À ce titre, le psychiatre peut aussi vivre des événements difficiles. Il doit se souvenir lors de ses déplacements qu'il est médecin et non guerrier, évitant ainsi de prendre ou de faire prendre aux autres des risques inconsidérés et garder une place neutre et bienveillante d'observateur. Depuis mi-avril 2009, un psychologue issu de la Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de Terre (CISPAT) est présent sur le territoire pour un mandat de deux mois, renouvelable. Il a pour vocation de rester au plus près des troupes, notamment à Kaboul et en vallée de Kapisa. Les actions du psychiatre et du psychologue doivent être complémentaires, surtout lors de la prise en charge des militaires suite à un événement grave, même si l'expérience montre que l'harmonisation de ces deux protagonistes nécessite un réel travail de communication. Le psychiatre, médecin, reste le seul capable de gérer des pathologies psychiatriques. Néanmoins, son rôle ne se résume pas à la seule prise en charge de la maladie mentale. Nombres d'entretiens informels ont leur importance, rompant cette difficulté d'aller voir officiellement le psychiatre et offrant, à tous ceux qui en éprouvent le besoin, un espace de paroles. Cette libre circulation de la parole, qui doit obéir aux mêmes normes rigoureuses de confidentialité que lors de consultations programmées, permet souvent de désamorcer des situations de crise. Par ailleurs, le psychiatre doit contacter dès que possible les cadres de tout niveau afin d'être connu et surtout reconnu. Cette approche favorise les modalités de rencontre avec les militaires qui pourraient présenter des difficultés et qui posent ponctuellement un problème au niveau de leur groupe. Cette rencontre, au plus près du dysfonctionnement, permet d'éviter son aggravation. Une prise en charge précoce est propice à maintenir les effectifs sur le terrain et à rétablir une harmonie du groupe qui, sinon, pourrait souffrir au niveau de sa cohésion et de son opérationnalité. Parmi ces cadres, l' Officier d'environnement humain (OEH) occupe une place privilégiée. Il agit au niveau du bataillon. Il a reçu préalablement une formation spécifique, y compris dans un service de psychiatrie d'un HIA, pour « participer à la préservation de l'équilibre physique et mental des personnels » (1).

Au niveau de l'Hôpital médico-chirurgical (HMC), le psychiatre travaille avec l'ensemble de l'équipe médicale. Dans le nouvel hôpital installé à KAÏA (aéroport international de Kaboul), un bureau de consultation est prévu pour lui. Il ne doit cependant pas se retrancher dans ce lieu. C'est au plus près de la troupe qu'il a une action efficace. Néanmoins, ce lieu de consultation assure non seulement une facilité matérielle mais aussi un lieu de confidentialité pour le consultant. En cas de nécessité d'hospitalisation, le psychiatre utilise les lits de l'HMC. Il travaille en étroite collaboration avec le chef de l'équipe médicale. Les soins prodigués au patient doivent obéir aux mêmes normes que celles requises en France. Dans la majorité des cas, les patients pris en charge à l'hôpital pour raisons psychiatriques sont en attente d'un rapatriement sanitaire. Lors de ses déplacements, occurrence fréquente, le psychiatre assure une traçabilité de qualité pour chaque relève de personnel. L'expérience montre que les infirmiers et les aides soignants en mission portent une grande attention aux observations écrites du psychiatre. Ses patients sont confiés à un autre membre de l'équipe médicale, souvent l'urgentiste ou l'interniste, lui laissant des consignes en cas d'aggravation du patient, mais aussi tous les écrits nécessaires à son rapatriement si ce dernier a lieu pendant son absence.

Le psychiatre doit aussi pouvoir compter sur l'ensemble de l'équipe paramédicale. La plupart du temps, ces équipes sont constituées d'infirmiers et d'aides-soignants expérimentés au plan technique, mais non formés à la prise en charge du patient psychiatrique. Le psychiatre a un rôle de formateur tout particulier à jouer ici, ce que nous allons aborder.

Particularités de la prise en charge psychiatrique au niveau de l'hôpital médico-chirurgical.

Clinique des troubles psychiques en opérations exterieures.

De manière générale, et de façon assez répétitive d'un théâtre d'opération à un autre, la clinique des

troubles psychiatriques en opérations extérieures balaie l'ensemble des troubles anxieux. Ils ont pour particularités d'être aigus et de survenir dans un contexte particulier, celui de la mission (2). Ils peuvent s'inscrire dans les suites immédiates et post-immédiates d'un événement traumatique. Lors de la mission « PAMIR » en Afghanistan, entre mai et juin 2009, plusieurs événements de la sorte sont survenus, en l'occurrence (mais non exclusivement) : tir de roquette sur le camp de Warehouse à Kaboul le 28 avril 2009, faisant plusieurs blessés parmi les militaires d'un convoi sanitaire, ou bien l'explosion d'un Véhicule blindé de l'avant (VAB) sur un engin explosif improvisé dans la vallée du Wardak, le 24 mai 2009, faisant des blessés physiques et psychiques. La prise en charge consiste en soins immédiats de défusing dans les premières heures, puis en débriefings organisés, deux à trois jours plus tard. Mais la plupart du temps, il s'agit de manifestations anxieuses, plus ou moins aggravées d'un fléchissement dépressif, avec ou sans trouble du comportement. Ces manifestations sont souvent repérées en tant que troubles de l'adaptation, classement nosographique aussi courant qu'imprécis. Toutefois, ils répondent à des situations de stress, que celles-ci soient dues aux conditions de la mission, ou à des difficultés survenant en base arrière, en France, cas le plus fréquent. Elles sont *a priori* réversibles dès que le sujet sort de la situation potentiellement pathogène, parfois au prix coûteux d'un rapatriement vers la France. Mais l'erreur serait de penser que tout s'arrête là. Un suivi doit être accordé à ces personnels, soit lors du mandat, soit dans la continuité du retour en France lorsqu'une décision de rapatriement a été choisie. Dans notre expérience afghane, durant ces deux mois, nous avons retrouvé, parmi les 21 consultants vus à Kaboul ou dans certaines FOB (*Forward Operating Base* = base opérationnelle avancée), un trouble anxieux dans un contexte de conflit professionnel et dix troubles anxieux suite à un conflit affectif avec chez certains des troubles comportementaux, tantôt hétéro-agressifs sous alcool, tantôt auto-agressifs avec menace de tentative de suicide. Parmi ces consultants, sept militaires ont été hospitalisés pour raisons psychiatriques et rapatriés vers les HIA parisiens. Tous présentaient une démotivation profonde par rapport à la mission pour des raisons le plus souvent personnelles dans les suites d'une rupture affective survenue lors de leur mandat. Ces militaires, d'âge moyen 24 ans et tous engagés volontaires de l'armée de Terre dont 1 caporal chef, 4 caporaux et 2 premières classes, effectuaient un mandat de six mois. La majorité, soit cinq sur sept étaient sur le théâtre afghan depuis un mois. Un d'entre eux était présent depuis deux mois et le dernier depuis trois mois. Ainsi, les troubles anxieux apparaissent volontiers au début de la mission, ce qui peut poser la question de la sélection avant le départ en OPEX. Quelques consultations se sont tenues au rôle 1 pour des militaires hospitalisés *a priori* pour un trouble somatique, mais qui assez rapidement s'est avéré être un trouble anxieux avec expression somatique dominée par des troubles gastro-intestinaux.

Prises en charge : consultations et/ou hospitalisations.

Les modalités de rencontre entre le psychiatre et le militaire en souffrance sont variables. La démarche des patients qui consultent spontanément est relativement rare. La consultation est le plus souvent dictée par le médecin du rôle 1 qui a vu le patient en premier, parfois qui l'a hospitalisé au niveau de son infirmerie. Cette rencontre peut être sollicitée également par le psychologue de la CISPAT devant le caractère médical de la situation. Elle peut aussi être le fait de l'OEH. Parfois, le commandement est amené à donner un avis « tranché » pour exclure tel militaire ou au contraire le garder, ces décisions étant guidées par des impératifs opérationnels. Ceux-ci, aussi compréhensibles soient-ils, ne doivent pas détourner le psychiatre de sa capacité décisionnelle *in fine*. Par ailleurs, le psychiatre travaille souvent dans l'urgence et reste particulièrement observé quant aux décisions qu'il va prendre. Les entretiens doivent être répétés afin de décider d'un retour vers l'unité ou d'un rapatriement vers la France. Le psychiatre doit savoir pendre le temps, conformément aux principes de Salmon : expectative en l'occurrence mais aussi simplicité des actions menées. Pour ce faire, il peut être amené à hospitaliser le militaire. Et l'expérience montre que l'hospitalisation débouche le plus souvent vers une décision de rapatriement. Dès lors, plusieurs difficultés risquent de se présenter, qui devront être réglées au fur et à mesure. Le temps d'hospitalisation dépend bien sûr de la nature même du trouble en cause. Une évacuation en urgence pourra être demandée devant une décompensation psychotique aiguë, cas rare toutefois. Pour les pathologies moins bruyantes, il dépend essentiellement des rotations d'avions. La prise en charge associant des entretiens réguliers et un traitement psychotrope doit être suffisante pour contenir le patient dans l'attente d'une voie aérienne militaire (VAM). La décision de rapatrier un soldat est délicate et doit demander un temps et réflexion. Mais une fois prise, elle doit être maintenue. En effet, il arrive que le patient ainsi pris en charge, le plus souvent pour trouble anxieux, va progressivement s'améliorer dans l'attente de son rapatriement. L'anxiété cédant, il peut se poser et retrouver les ressources nécessaires en lui pour faire face. Les mécanismes de défense s'assouplissent et la tendance à la régression s'apaise. Il n'est pas rare qu'il demande alors à revenir dans son unité pour poursuivre la mission. Nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'une bonne chose. Son hospitalisation l'a mis hors du groupe. Ce dernier s'est recomposé sans lui et a continué à vivre ses missions quotidiennes, avec son lot de tensions. Le risque majeur est que le patient puisse commencer à trouver le temps long et que des comportements transgressifs se développent, pas toujours aisés à canaliser, malgré un cadre de soins précis mis en place d'emblée. Une attente de deux à trois semaines est courante dans des missions comme celle de l'Afghanistan. Le patient va avoir tendance à s'éloigner de plus en plus souvent de l'hôpital. Certains fréquentent en soirée, sans autorisation, les « popotes » et peuvent consommer de l'alcool, souvent de façon abusive, entraînés par l'ambiance festive, mais

aussi à visée anxiolytique. Les troubles du comportement, qui ont aggravé son trouble anxieux au départ, vont revenir avec acuité. Le lien de confiance créé, le plus souvent non sans peine, avec l'équipe paramédicale, est nettement mis à mal et peut provoquer de la part de cette équipe un sentiment de colère et de rejet à l'égard de ce patient. Ceci nous amène à pointer une difficulté plus globale : la relation soignant-soigné dans un HMC lorsqu'un diagnostic psychiatrique est évoqué. Or le malade psychiatrique fait souvent peur. Une appréhension est souvent au devant de la scène dans les premières heures de l'hospitalisation d'un tel patient. Ceci est d'autant plus marqué que l'équipe vient de commencer son mandat. Les médecins en général, et le psychiatre en particulier, vont travailler avec une équipe paramédicale qui ne se connaît pas et qui ne les connaissent pas. Il peut exister quelques distensions dans les relations entre les divers membres de l'équipe paramédicale, issus de lieux et de pratiques différents. Le patient lui-même est plus ou moins bien accepté selon que ses troubles sont liés ou non à la mission. Une anxiété, même bruyante dans son expression, sera mieux tolérée si elle s'inscrit dans les suites post-immédiates d'un événement traumatique lié au combat ou aux conditions propres à la mission. En revanche, une symptomatologie anxieuse liée à une rupture affective chez un soldat nouvellement arrivé sur le territoire, sera moins bien vécue par l'équipe. La situation de ce soldat n'est d'ailleurs pas sans faire écho à des potentielles souffrances, même *a minima*, rencontrées parfois par un soignant. De manière générale, le trouble anxieux lié au fait de guerre est compréhensible. Il est en relation avec nos valeurs militaires profondes, en l'occurrence le sacrifice du soldat au combat. Les difficultés relationnelles entre soignants et soignés sont exacerbées si une notion de comportement violent s'ajoute au trouble anxieux lui-même. Ainsi, les actes hétéro-agressifs, ou du moins les menaces, y compris ceux facilités par les abus d'alcool comme c'est presque toujours le cas, sont mal vécus par les soignants. Il y a là une transgression de la vie en communauté, une mise à mal de la force de cohésion pour le groupe, qui ne sont pas compatibles avec le comportement attendu de la part d'un militaire, et surtout pas avec les principes de sécurité qui sont indispensables en mission pour le bien de tous. L'auto-agressivité, sous la forme de menace de tentative de suicide, et *a fortiori* si un passage à l'acte a eu lieu, sont également source d'inquiétude pour des soignants peu ou non formés à l'entretien psychiatrique. Le risque de récidive est vécu autant avec une grande crainte que comme une fatalité inexorable. « Il l'a fait, il le refera »…

Dans tous ces cas, le psychiatre est mis en demeure de faire régner l'ordre et d'assurer la bonne marche des soins. Cette attitude psychorigide, liée à l'angoisse générée par le patient « psy », est bien peu conforme à un lien soignant-soigné de qualité. Elle est surtout nette en début de mission, alors que l'équipe de l'HMC ne connaît pas encore le spécialiste. Elle doit s'apaiser rapidement pour le bien de tous, celui des soignants, celui des patients, et celui du psychiatre. Quoi qu'il en soit, cette relation soignant-soigné doit obéir aux mêmes règles déontologiques et éthiques qui sont le bien fondé de nos actions de soins. Tout comme le psychiatre, tout soignant paramédical doit respecter le patient, restant neutre donc sans jugement, et assurer à son égard la plus grande confidentialité.

Ainsi, le psychiatre doit non seulement donner un cadre de soins à son patient, ce qui est la base même d'une hospitalisation pour qu'elle ait du sens et une certaine efficacité, mais il doit aussi parler avec les soignants qui vont prendre en charge ce patient. Le Professeur Lafont écrivait : « les actes de la pratique psychiatrique reposent sur un savoir qui n'est pas facilement perceptible par la grande majorité » (2). C'est un des rôles du psychiatre que de consacrer du temps à rendre plus perceptible le sens des actions thérapeutiques qu'il met en œuvre pour un patient. Il ne doit pas oublier de reprendre ce discours à chaque changement d'équipe. Il décrit non seulement les signes séméiologiques du moment, expliquant ainsi le pourquoi de son diagnostic et du traitement, mais il replace la souffrance du sujet dans sa trajectoire existentielle. Il contribue ainsi à rompre cette image « du malade mental fou et dangereux » pour le ramener au niveau humain d'un sujet en souffrance. Il favorise par cette attitude l'écoute du soignant à l'égard du patient. Il doit rassurer et se montrer au maximum disponible en cas de difficultés quelconques. Il a parfois la surprise de devenir ainsi l'interlocuteur direct d'un membre soignant, lui-même en souffrance passagère, et qui nécessite aussi une écoute bienveillante.

Conclusion.

Cet exposé met en exergue des difficultés propres à fonctionner ensemble, avec des équipes ne se connaissant pas avant la mission et n'ayant pas la plupart du temps de formation psychiatrique. Néanmoins, relever ce défi fait parti d'un des rôles méconnus du psychiatre en OPEX. La réussite de ce pari est un des gages de la force du Service de santé des armées à l'extérieur.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Directive sur le soutien psychologique en zone de combat du 14 avril 2009, DEF/DRHAT/SDEP/BCP-EH/DR.
2. Briole G, Lebigot F, Lafont B. Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Paris : Édition Collection scientifique de la revue de Médecine et Armées et de la Société française de Médecine des armées ; 1998.