La crise au long cours.

É. Mèle[a], E. Le Pape[a], G. Thomas[a], É. Rabatel[b], G. Tourinel[a].

a Service de psychiatrie, HIA Robert Picqué, CS 80002 – 33882 Villenave d'Ornon Cedex.
b médecin-chef du 8e RPIMa, Quartier Fayolles, BP 339 – 81108 Castres Cedex.

Résumé

La mission en Afghanistan durant le deuxième semestre 2008 des parachutistes du 8e RPIMa de Castres a été marquée par de nombreux événements exceptionnels : embuscade du 18 août durant laquelle dix soldats ont perdu la vie, mais aussi multiples engagements armés lors de patrouilles et utilisation régulière par les insurgés de dispositifs explosifs improvisés qui, bien que moins médiatisés, ont cependant occasionné de nombreuses victimes. Cet article propose de revenir sur les actions de l'équipe de psychiatrie de l'Hôpital d'instruction des armées Robert Picqué après que les personnels impliqués aient rejoint leur affectation en métropole. Le déplacement de psychiatres en concertation avec les médecins de l'unité a permis un repérage et une prise en charge précoces des sujets en souffrance dans les suites de leur mission. Des difficultés ont été rencontrées dans le cadre de notre activité au service des forces, liées à l'éloignement géographique des patients, à une communication perfectible entre les différents intervenants civils et militaires, ou encore à un accès aux soins différé en raison même des troubles constatés ou de situations particulières comme dans le cas des personnels isolés détachés d'autres unités. Nous tirons de l'expérience traversée des propositions pour mieux gérer de telles situations dans l'avenir.

Mots-clés : Armée. Conflit en Afghanistan. État de Stress Post-Traumatique.

Abstract

LONG TERM CRISIS.

The French paratroopers of the 8th RPIMa were in mission in Afghanistan during the second half of 2008 and saw many exceptional events: an ambush on August, 18th in which ten soldiers were killed but also many "TIC" (Troops In Contact) during armed patrols and frequent use of IED (Improvised Explosive Devices) by insurgents, that have caused many casualties even if less publicized. This article proposes to review the actions of the psychiatric team of the Military Hospital Robert Picqué in Bordeaux after the involved soldiers have returned to their station in France. Travelling psychiatrists in agreement with the unit's physicians have allowed an early identification and management of individuals suffering from the aftermath of their mission. Difficulties have been encountered during our activity related to the geographical situation of patients, improvable communication between civilian and military actors or a delayed access to care because of recorded disorders or special situations such as personnel isolated from other units. We draw from these experiences some proposals to better manage such situations in the future.

Keywords: Afghan conflict. Armed Forces. Post Traumatic Stress Disorder.

Introduction.

Entre juin et juillet 2008, environ 550 personnels du 8e RPIMa de Castres sont déployés dans la province de Kapisa en Afghanistan. Leur mission, comme le précise le chef de corps, est de « *reprendre l'initiative sur le terrain, produire de la sécurité, développer l'implication de la population* » (1). Des militaires d'autres régiments, comme le RMT, le 1er RTP, le 1er REC, le 17e RGP ou le 35e RAP sont détachés auprès du 8e RPIMa durant cette mission, pour y assurer un rôle de soutien des forces engagées.

En six mois, les troupes présentes sur place sont impliquées dans une cinquantaine d'accrochages, soit environ un par semaine et par section.

Dix militaires français sont tués lors de l'embuscade de la vallée d'Uzbeen le 18 août, et 26 autres blessés durant leur mandat, dont 11 lors de cette même embuscade.

L'arrivée rapide d'un psychiatre sur place a permis une prise en charge précoce des personnels impliqués dans l'embuscade du 18 août. Pour des raisons matérielles, les

É. MÈLE, médecin en chef, praticien certifié. E. LE PAPE, médecin principal, praticien confirmé. G. THOMAS, médecin principal, praticien certifié. É. RABATEL, médecin en chef, G. TOURINEL, médecin en chef, praticien certifié
Correspondance : É. MÈLE, Service de psychiatrie, HIA Robert Picqué, CS 80002 – 33882 Villenave d'Ornon Cedex.
Email : eric.mele@wanadoo.fr

victimes d'autres attaques n'ont pu bénéficier d'une telle prise en charge : rappelons qu'il n'y avait pas encore de psychiatre présent en permanence sur le terrain.

L'immédiateté.

L'équipe médicale du service de psychiatrie de l'HIA R. Picqué est immédiatement mise en alerte dans les suites du 18 août. La permanence médicale est alors assurée au régiment par un médecin réserviste, rapidement renforcé par son nouveau médecin-chef qui doit gérer les suites de l'embuscade dans une unité qu'il ne connaît pas, les deux autres médecins d'active du régiment étant toujours en Afghanistan. Après des contacts téléphoniques réguliers, deux médecins du service se rendent à Castres le 2 septembre pour y rencontrer des membres de familles de militaires blessés lors de l'embuscade, ou toujours présents en Afghanistan à ce moment-là, des militaires blessés physiquement, bénéficiant alors de soins au sein du service médical du régiment et enfin certains personnels rapatriés sanitaires pour raison psychiatrique, et convoqués durant leur convalescence, soit au final 15 consultants en une journée. Parallèlement, une cellule médico-psychologique civile est déployée à Castres, afin d'accueillir les familles de militaires qui en expriment la demande.

La proximité.

Cette première visite à Castres devait être suivie de deux autres séjours programmés de psychiatres de l'HIA R. Picqué. Le premier d'entre eux, les 2 et 3 décembre 2008, a permis de rencontrer 19 personnes, réparties entre des militaires déjà rentrés d'OPEX en ayant manifesté le désir, ou ayant présenté des difficultés après leur reprise de service, des personnels rapatriés sanitaires ou en congé de maladie, convoqués par le service médical régimentaire, des membres de familles dont certains troubles inquiétaient leur entourage (troubles du caractère, conduites addictives), les personnels du service médical qui lors de leur séjour en Afghanistan avaient été confrontés à de nombreuses situations traumatiques.

Nous avons pu constater lors de cette deuxième visite à Castres que le fait de participer pendant quelques jours à la vie du régiment a facilité l'établissement d'un climat de confiance avec les personnels d'une unité pour laquelle le sentiment d'appartenance est très fort, constituant, d'après le Colonel Guionie, chef de corps de 2005 à 2007, « *une tribu où personne ne se fait de cadeaux mais où tout le monde se serre les coudes face à l'adversité* ». C'est ainsi qu'au delà des rendez-vous programmés, nous avons pu rencontrer de nombreux personnels d'une façon plus informelle. Quelques demandes spontanées d'entretien sont venues s'ajouter au programme initial de consultation. Nous avons remarqué que l'opportunité offerte de s'entretenir avec des médecins appartenant à l'institution mais extérieurs au régiment a permis aux patients une liberté de parole qu'ils ne se seraient sans doute pas autorisée en d'autres circonstances. Comme l'écrit G. Briole, « *l'extime c'est ce qui est le plus proche, le plus intérieur tout en étant extérieur* » (2). « *L'extimité se définit de réunir sur une même personne ce qui relève à la fois de l'extériorité et de l'intimité* » (2). Le psychiatre des armées intervenant au sein du régiment incarne cette extimité. Il est aussi « médecin et c'est à lui que l'on peut confier son intimité. […] Le plus intime n'est-il pas toujours pour une part étranger, extérieur ? » (2). Ces psychiatres « étrangers » qui ont partagé pendant quelques jours le quotidien des personnels du 8e RPIMa représentent à la fois des membres de l'institution venus recueillir une expérience en lien avec le métier des armes, mais aussi des thérapeutes dont l'éthique leur impose de savoir « prendre l'avis de chacun sans adopter une position de parti pris pour les uns ou pour les autres » (2). Cette position de *neutralité active*, au cœur de l'unité, a permis l'expression d'une parole souvent chargée de colère ou d'incompréhension à l'encontre de certaines décisions prises en contexte opérationnel, parole jusque-là contenue par crainte d'altérer la cohésion du groupe ou de conséquences disciplinaires.

La troisième visite de psychiatres de l'HIA R. Picqué à Castres s'est déroulée les 4 et 5 mars 2009. Cette fois-ci, seuls des patients militaires, au nombre de 25, ont été reçus en consultation, dont certains qui avaient déjà été rencontrés lors du déplacement précédent, d'autres, la majorité d'entre eux, étant récemment rentrés des congés consécutifs à leur mission.

La crise et l'après-crise.

Ces différents séjours de psychiatres au sein d'une unité meurtrie dans les suites de sa mission en Afghanistan ont été utiles à plus d'un titre.

D'abord, ils ont permis le repérage de *troubles post-traumatiques en relation directe avec les événements d'Afghanistan* chez des patients dont nombre d'entre eux n'avaient pas encore eu l'opportunité de rencontrer un psychothérapeute. Pour ces patients, un travail d'information mais aussi d'orientation a pu être initié.

La plupart des personnels concernés ont souhaité être pris en charge sur Bordeaux, à l'HIA R. Picqué, malgré l'éloignement géographique important. D'autres sont suivis en milieu civil, avec la possibilité de rencontrer les psychiatres des armées qu'ils ont rencontré à Castres lorsqu'ils le désirent. Pour certains d'entre eux, des hospitalisations dans notre service ont été proposées. Pour les patients présentant des troubles d'intensité sévère, la mise en place de congés de longue durée pour maladie s'est souvent imposée, même si certains personnels ont pu reprendre leur service après une période d'indisponibilité variable, parfois après une mutation interne ou une adaptation du poste de travail au sein du régiment. L'échange permanent avec les médecins de l'unité a montré ici toute son utilité. Il en est de même pour les patients que nous n'avions pu rencontrer lors de nos séjours à Castres, et qui nous ont été adressés en consultation à Bordeaux par les confrères médecins d'unité, pour avis diagnostique, thérapeutique et/ou décision d'aptitude.

Sur le plan clinique, un autre aspect important est celui de l'existence chez certains patients de *manifestations*

anxieuses moins spécifiques que celles rencontrées dans le cadre des troubles post-traumatiques, même si elles peuvent y être intriquées. Nous souhaitons insister ici sur l'évocation par de nombreux patients d'un sentiment de colère, ou de révolte par rapport à l'institution, s'exprimant selon différents axes. Les plus jeunes ont pu évoquer des *rites d'initiation* pouvant prendre l'aspect de brimades au moment de leur formation initiale, ou encore des *punitions informelles* telles qu'elles étaient semble-t-il parfois appliquées par certains cadres ou gradés sur le terrain en Afghanistan, comme faire creuser des trous ou entasser des sacs de sable en guise de sanctions. La question de *l'équipement (armement, vêtements…)* était un autre sujet fréquemment abordé, de nombreux patients estimant être insuffisamment équipés pour remplir leur mission (de nombreux personnels ont acquis à leur frais divers matériels). La remise en question de certaines décisions de commandement prises sur le terrain, en particulier au moment de l'embuscade du 18 août, est souvent revenue dans le discours de nos patients. Cette remise en question a récemment trouvé un écho dans le dépôt de plainte contre l'armée pour *« mise en danger de la vie d'autrui »* par certaines familles de personnels décédés en mission.

Par ailleurs, si l'embuscade du 18 août a été fortement médiatisée (trop et mal selon ses acteurs que nous avons rencontrés), il n'en est pas de même pour les autres accrochages, en particulier ceux qui n'ont pas fait de victimes physiques. D'où le sentiment amer pour certains blessés physiques ou psychiques de ne pas avoir été autant soutenus que leurs camarades ; citons l'exemple de ce brigadier, âgé de 26 ans, blessé par polycriblage le 27 septembre 2008, rapatrié sanitaire puis hospitalisé pendant un mois en chirurgie sans y recevoir de visite d'autorités de son régiment, jusqu'à ce que l'un de ses camarades découvre fortuitement sa présence dans le service en allant rendre visite à un autre patient… La surexposition médiatique consécutive à l'embuscade du 18 août a transformé un événement dramatique en *spectacle* qui constitue « expressément le secteur qui concentre tout regard et toute conscience. Du fait même que ce secteur est séparé, il est le lieu du regard abusé et de la fausse conscience ; et l'unification qu'il accomplit n'est rien d'autre qu'un langage officiel de la séparation généralisée » (3). Comme le précise Debord, « le spectacle en général, comme inversion concrète de la vie, est le mouvement autonome du non-vivant » (3). Les images terribles publiées par certains journaux ont contribué, sous prétexte d'information, à déposséder les victimes de leur intimité jusque dans la mort, ainsi que de la part d'irréductible et de singulier de l'expérience traversée (4). On le sait, « les sujets traumatisés ont en commun ce sentiment de ne pas être entendus, de se sentir incompris […]. Qu'on les interroge un peu plus précisément et cela est parfois vécu comme une remise en question personnelle insupportable, vite transformée en preuve de l'incommunicabilité de leur vécu ou en un sentiment vaguement persécutif » (5). De tels sentiments peuvent être grandement favorisés par « un spectacle [qui] ne serait rien d'autre que l'excès du médiatique, dont la nature, indiscutablement bonne puisqu'il sert à communiquer, est parfois portée aux excès » (6). Le thérapeute se doit donc de ne pas participer à un emballement médiatique qui transforme le sujet en souffrance ou tragiquement disparu en victime émissaire (7), en « cible privilégiée des projections d'une société avide de transparence – au prix de la dépossession de celui qui est ainsi exposé au regard et au jugement de tous, de l'intimité et de la dignité » (4) auxquelles il a droit. Rappelons-le avec Paul Lombard, avocat et écrivain : « Les médias donnent à voir, pas à réfléchir, encore moins à comprendre. L'image ment lorsqu'elle isole ».

Le ressentiment éprouvé par certains patients autour de ces différents sujets, qui peuvent apparaître au premier abord comme d'une importance secondaire par rapport à la question du traumatisme psychique, s'est notamment illustré par des difficultés pour retrouver leur place au sein du régiment, allant de l'intolérance aux contraintes habituelles de la vie en unité (gardes, manœuvres…) jusqu'à des *conduites d'évitement*. Des absences irrégulières voire des désertions ont ainsi retardé une prise en charge médicale adaptée pour certains personnels présentant une authentique souffrance psychique, leur méfiance vis-à-vis du régiment pouvant inclure les soignants y appartenant…

Là encore, la possibilité d'une rencontre avec des praticiens extérieurs à l'unité a facilité un accès aux soins et la régularisation de la situation administrative de ces sujets.

Par ailleurs, les *procédures à caractère médico-administratif* entamées à cette occasion, telles que la prescription de congés de maladie et l'ouverture de dossiers de réforme-pension, ont permis d'atténuer le ressentiment de ces militaires qui, tout en s'étant éloignés de l'institution, pouvaient aussi se considérer comme rejetés ou ignorés par celle-ci.

Des patients du 8e RPIMa continuent d'être régulièrement suivis en consultation dans notre service. Il arrive encore que nous soyons contactés par les médecins du régiment pour rencontrer de nouveaux patients, dont les troubles ne sont apparus que récemment. Nous avons cependant pu observer depuis quelques semaines une diminution significative du nombre de ces demandes.

À l'heure du bilan.

Un certain nombre d'enseignements s'imposent à nous au décours de la période de crise qu'a traversé le 8e RPIMa.

L'intérêt d'un travail en réseau.

Nous y avons déjà insisté, les déplacements effectués à Castres par différents médecins de notre service ont facilité l'accès au soin de nombreux patients. Ces déplacements ont aussi permis de mieux appréhender les conséquences des drames récents sur le reste du groupe resté en base arrière, mais aussi sur les familles des militaires engagés en Afghanistan.

La collaboration permanente avec le médecin-chef du régiment et ses adjoints s'est avérée être un outil précieux. Elle a aussi permis, grâce aux efforts et aux qualités pédagogiques du médecin-chef, de dépasser certaines résistances du commandement quant à l'existence et la

reconnaissance du fait psychique dans une unité parachutiste opérationnelle : il a fallu expliciter pour quelles raisons il était indispensable de repérer et de traiter les sujets en souffrance, tant dans leur intérêt que dans celui de leurs camarades.

La concertation avec les différents acteurs institutionnels (médecins d'unité, médecins hospitaliers, CISPAT, CABAT…) impliqués dans la gestion des personnels en difficulté nous est rapidement apparue comme nécessaire, et la réunion de synthèse du 12 janvier 2009 en présence de ces différents intervenants a permis un premier retour d'expérience profitable à chacun. Avec le recul, nous nous posons la question de l'intérêt d'associer et d'impliquer des représentants du commandement des unités concernées dans de telles réunions.

Nous avons apprécié la visite à Bordeaux d'un représentant de la CISPAT au retour de son séjour à Castres, afin de nous rendre compte de la nature du travail effectué par cette cellule au bénéfice des militaires du régiment et de leurs familles. Une répartition claire des rôles et des prérogatives de chacun a permis d'éviter une répétition stérile de nos actions, et dans cette perspective notre équipe a d'emblée choisi de se positionner sur le terrain de la clinique et du soin à l'échelle individuelle. Nous avons souligné que cette position n'était pas incompatible avec la prise en compte des intérêts de la collectivité, bien au contraire.

Quelques points d'amélioration.

On peut surtout regretter le *manque de communi cation avec les confrères civils* qui, comme nous l'avons rappelé, se sont plus particulièrement occupé des familles des personnels du 8e RPIMa dans les suites immédiates de l'embuscade du 18 août. Notre éloignement géographique a sans doute contribué à cette lacune, et il faudra réfléchir aux moyens de franchir ce type d'obstacle dans l'avenir.

Nous voulons aussi insister sur la *difficulté particulière de prise en charge des personnels d'autres unités* que le 8e RPIMa, détachés en tant qu'éléments isolés sur le territoire afghan. Nous en avons rencontré quelques-uns, souvent trop tardivement, au moment où se posait pour eux la question de la mise en place d'un congé de longue durée pour maladie.

Le rôle des médecins d'unité mais aussi des officiers environnement humain, en partie formés dans nos services cliniques, est particulièrement important pour l'orientation de ces patients, qui peuvent échapper à une prise en charge systématisée telle que nous avons tenté de la mettre en place au bénéfice du 8e RPIMa.

Enfin, nous souhaitons souligner que si l'ouverture d'un *dossier de réforme-pension* représente pour beaucoup de sujets une forme de reconnaissance dont on connaît l'importance dans la reconstruction psychique des sujets traumatisés, elle entraîne aussi la réalisation d'expertises parfois mal vécues par nos patients, dont certains évoquent la réalisation d'entretiens de courte durée, la méconnaissance des spécificités du métier de militaire, ou encore la banalisation des symptômes présentés de la part de certains experts. L'impact de telles situations d'expertise n'est pas sans conséquence sur l'évolution des symptômes des sujets concernés.

Par ailleurs, il arrive que nous soyons confrontés à la *contestation de l'imputabilité au service* de troubles post-traumatiques par la Commission consultative médicale des anciens combattants et victimes de guerre, sous le prétexte d'une absence de « preuve ». Cette attitude, qui traduit une méconnaissance du décret du 10 janvier 1992 relatif aux règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre, est là encore préjudiciable à nos patients.

Conclusion.

En conclusion, la gestion de la situation de crise du 8e RPIMa a été riche d'enseignements, comme nous l'avons souligné. La réponse à une telle situation de crise nécessite *réactivité, disponibilité et proximité avec les sujets en détresse, au-devant desquels il faut savoir aller dans certaines circonstances*. D'autre part, les conséquences d'une telle crise circonscrite dans le temps s'inscrivent dans la durée, sur des mois ou des années. Le retentissement en est multiple, et bouleverse parfois l'existence de ceux qui en ont le plus souffert : nous avons ainsi constaté que *les états de stress post-traumatique* présentés par nos patients ayant été confrontés à une situation de guerre pendant plusieurs mois étaient le plus souvent d'une *intensité sévère* d'où l'importance de les diagnostiquer et de les prendre en charge le plus précocement possible, en travaillant en harmonie avec les différents interlocuteurs institutionnels mobilisés en de telles circonstances.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Interview du colonel Aragones – Afghanistan : 6 mois en Kapisa – 12/3/2009.
2. Briole G. Neutralité active In : Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Paris : Addim, 1998:29-30.
3. Debord G. La société du spectacle. Paris : Gallimard ; 1992.
4. Mèle É, Fidelle G. Accident de passerelle du 1er février 2005 à Orly : modalités de la prise en charge initiale des deux principaux témoins du drame. Communication aux 7es Journées scientifiques Internationales des Équipes d'urgence médico-psychologique. Lille : 24-25 juin 2005.
5. Briole G. À l'écoute du traumatisme. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2004;4(1):13-6.
6. Debord G. Commentaires sur la société du spectacle. Paris : Gallimard ; 1992.
7. Girard G. La violence et le sacré. Paris : Grasset ; 1972.