Le SAS de décompression à Chypre. Description, critiques et perspectives

V. Vautier.

Article reçu le 13 mars 2012, accepté le 341 mai 2012.

Résumé

La mise en place du SAS de Chypre au profit de presque tous les militaires de retour d'Afghanistan est récente en France. Elle souligne l'importance des préoccupations de l'armée de Terre concernant le devenir des soldats après leur passage sur ce théâtre d'opération particulièrement éprouvant. À partir de l'expérience personnelle que nous avons eue de ce dispositif, nous en dégageons les aspects positifs et les perspectives qui s'en dégagent en matière de soins et de prévention.

Mots clés : Dispositif post-opérationnel. États de stress post traumatique. Prévention. SAS. Soins.

Abstract
THE CYPRUS DE-COMPRESSION CHAMBER. DESCRIPTION, CRITICISMS AND PROSPECTS.

Recap: The installation of a Decompression Chamber in Cyprus for almost all military personnel returning from Afghanistan is a recent French initiative. This underlines the extent of Army concern relating to the fate of soldiers after their stay in this particularly trying war zone. Based on our personal experience of this device we are presenting its positive aspects and the prospects it represents in care and prevention.

Keywords: Care. Chamber. Post-operational device. Post-traumatic stress disorder. Prevention.

Introduction

« *Le retour des soldats ne va pas de soi, il constitue même un défi fondamental pour les sociétés belligérantes. Le psychiatre Karl Abraham l'avait compris dès 1918 dans son article sur la psychanalyse des névroses de guerre. Ce proche de Sigmund Freud expliquait tout simplement que les vétérans avaient généralement le sentiment d'une perte énorme : des amis disparus, une santé détruite, quatre années perdues. Et qu'aucune réparation ne saurait apaiser leurs souffrances.* » Bruno Cabanes, historien contemporain (1).

Nous présentons dans un premier temps l'évolution des travaux et des idées sur les États de stress post traumatiques (ESPT) et le contexte actuel en Irak et en Afghanistan. Le SAS de Chypre est décrit dans un troisième temps, nous en dégageons ensuite les points forts et les aspects perfectibles.

V. VAUTIER, médecin principal.

Correspondance : V. VAUTIER, Service de psychiatrie de l'HIA Sainte-Anne, BP 20545 – 83041 Toulon Cedex 9.

Point de départ des travaux et des recherches sur les troubles psychiques de guerre

L'importance des pathologies psychiques post-opérationnelles chez les vétérans du Viêt-Nam est à l'origine de l'introduction en 1980 du diagnostic de *Post-traumatic Stress Disorder* (PTSD ou ESPT) au sein de la nosographie psychiatrique américaine (APA, 1980). Les premières études témoignent du nombre important de vétérans souffrant de cette affection (2) et participent à une prise de conscience collective des séquelles durables, si ce n'est définitives, qui peuvent altérer la vie mentale, familiale, sociale et professionnelle des soldats. Dans une étude réalisée 19 ans après la fin de ce conflit, la prévalence des ESPT liés au combat est de 15,2 % (3). Les médias, les sociologues et les historiens s'intéressent de plus en plus aux souffrances psychiques des vétérans avec le constat de difficultés fréquentes dans les relations familiales et dans la capacité à retrouver une place dans la société. Il existe un risque non négligeable de repli sur soi, d'isolement et de marginalisation (vétérans du Vietnam, d'Irak…).

Le contexte actuel : l'Irak et l'Afghanistan

Les conflits récents sont certes de moindre intensité en ce qui concerne les pertes humaines que les grands conflits mondiaux. Mais ils sont complexes et soumettent les soldats occidentaux à des facteurs de stress nouveaux qui rendent la mission particulièrement éprouvante (4) :

– le caractère ubiquitaire de la menace et l'absence de front ;

– la confrontation à l'hostilité de la population civile ;

– la confrontation à sa détresse (camps de réfugiés, massacres, découverte de charniers) ;

– le vécu d'impuissance avec une discipline de tir très stricte ;

– la guerre des images et l'influence des médias sur la base arrière, les familles en particulier mais aussi l'opinion publique ;

– le regard critique des populations occidentales sur la légitimité des conflits actuels.

Les États Unis mettent en place une surveillance épidémiologique assidue des états de stress post traumatiques dès le début des conflits en Irak et en Afghanistan. Ils en publient les résultats dans des revues scientifiques et en ont rapidement tiré les conséquences quant à la nécessité d'une prise en charge au retour avec notamment la création de SAS de décompression. Des études montrent que 30 % des militaires déployés en Irak présentent des troubles psychiques nécessitant une prise en charge spécialisée. Pour 20 % d'entre eux ce sont des manifestations durables du registre des états de stress post-traumatiques (5). Le grand public a accès à ces données épidémiologiques.

Tout comme les américains, les britanniques et les canadiens mettent rapidement en place un SAS de décompression au retour d'Afghanistan. Le Canada, dès le début de son engagement en Afghanistan, a mis au point un dispositif d'accompagnement post opérationnel élaboré (6, 7). Le concept de SAS y apparait dès 2002 avec des séances d'information sur les conséquences familiales, une phase de réadaptation de trois demi-journées de travail à l'unité après le SAS et avant les congés, et la mise en place d'un suivi spécifique de l'état psychologique des soldats pendant six mois.

Un colloque s'est tenu à Portsmouth (Royaume-Uni) en mai 2009 en présence de spécialistes américains, canadiens et hollandais afin de comparer les différents dispositifs post opérationnels mis en place par ces pays et d'en extraire un consensus sur les bonnes pratiques (8). La France n'y a pas participé.

Dans notre pays, l'idée du SAS apparait plus tardivement. Pourtant, depuis la guerre du Golfe, une attention particulière est portée sur les conséquences psychiques des missions opérationnelles. Cette préoccupation est centrée sur le soldat : évaluation de son aptitude avant le départ, de son état psychique durant la mission, de son équilibre psychiatrique au retour. Les médecins d'unité, les cadres et les « Officiers environnement humains » (OEH) sont sensibilisés à l' « hygiène mentale » du groupe avant, pendant et au retour de mission. Un psychiatre est présent sur le théâtre d'opération en Afghanistan ce qui permet d'optimiser la prise en charge de terrain. En matière de dispositif post-déploiement tel que le SAS, la France présente un retard de plusieurs années par rapport au Canada, aux USA et à la Grande Bretagne. Jusqu'en 2009, année de création du SAS de Chypre sous l'impulsion de l'État major de l'armée de Terre (EMAT), plusieurs obstacles faisaient barrage à la systématisation d'une prise en charge collective au retour :

– les militaires se dispersaient dans leurs différentes unités dès la fin de leur mandat ;

– certains, particulièrement isolés, n'étant pas partis avec leur propre unité, se retrouvaient dans leur régiment sans partage possible de l'expérience vécue avec leurs camarades de terrain ;

– le psychiatre de terrain rejoignait son HIA reprenant ses responsabilités hospitalières ;

– l'éloignement des unités par rapport aux HIA ne facilitait pas la continuité du soin et la prévention dans le temps du retour.

Le temps du retour est pourtant une période cruciale tant il met à l'épreuve les capacités de réadaptation des militaires et les capacités de ré harmonisation familiale.

En 2009, le SAS de décompression est déployé. Le dispositif s'inspire largement de ceux déjà mis en place par le Canada, l'Angleterre et les Pays Bas. Le taux de satisfaction moyen des participants à ces dispositifs avoisinent les 90 % (8). La création du SAS par la France fait suite à une réflexion et à une grande enquête menées dès 2009 sous l'impulsion de l'EMAT. Les questions qui se posaient alors sont les suivantes : quelle est l'incidence réelle des ESPT chez les vétérans ? Quelles mesures préventives et de prise en charge doivent être menées ? Il est probable que l'embuscade dans la vallée d'Uzbeen en août 2008 où dix militaires français ont été tués a fortement influencé cette prise de conscience. Sous cette même impulsion, dès 2011, un soutien psychologique spécifiquement destiné aux familles dont le militaire est en Afghanistan est mis en place par la Direction des ressources humaines du ministère de la Défense et des Anciens Combattants (DRH-MD).

Deux études épidémiologiques françaises récentes permettent d'avoir une idée plus précise de l'incidence des troubles psychiques post traumatiques chez les militaires français de retour d'Afghanistan (9). Elles montrent aussi l'importance des conséquences sociales et familiales de ces blessures psychiques. L'une concerne le détachement de la 27e Brigade d'Infanterie de montagne déployée de novembre 2009 à juin 2010. Seuls les cas déclarés pendant le déploiement en Afghanistan et dans les neuf mois suivant le retour ont été retenus dans l'analyse. Le taux d'incidence des troubles psychiques en relation avec un évènement traumatisant était de 6,4 %. Un pic de début des troubles était observé quatre mois après le retour de mission. Le retentissement social de ces troubles psychiques est important avec 67 % d'altération des relations sociales, 51 % de conflits familiaux et 26 % de séparations avec le conjoint. Le 3e RIMa a été déployé en Afghanistan de juin à décembre 2009. Au total 28 cas de troubles psychiques en rapport avec un évènement traumatisant ont été déclarés par le 3eRIMa sur un effectif de 468 personnels déployés, soit 6 % du détachement.

Le retour en métropole correspondait au déclenchement de la majorité des troubles. Le retentissement social apparait important avec 18 % de séparations et de divorces et 46 % de conflits familiaux.

En 2002, la France a participé au groupe de travail OTAN HFM-081/RTG sur le stress et l'aide psychologique dans les opérations militaires modernes (10). Le résultat final de ce groupe se présente comme une série de directives d'aide psychologique aux opérations militaires sous la forme d'un Guide des chefs militaires. À tous les niveaux, ceux-ci ont une fonction essentielle dans le cadre de la préparation mentale des personnels servant sous leurs ordres. Ils jouent aussi un rôle important dans la conservation du moral sur le front domestique pour les familles des militaires. Ce guide donne des informations et des stratégies pratiques aux chefs militaires pour gérer le stress et apporter leur aide psychologique en vue d'améliorer l'efficacité de leur unité lors d'opérations militaires modernes.

Présentation du SAS de Chypre au profit des militaires français

Le cadre est celui d'un hôtel cinq étoiles dans le sud-ouest de Chypre. Le concept s'inspire des recommandations déjà émises par les pays qui pratiquent ces activités.

Il s'agit :

– de faciliter le retour de nos soldats après des opérations marquées par la multiplication des actions de forte intensité ;

– il facilite le désengagement progressif ;

– il prévient certains effets du stress opérationnel ;

– il amorce une réadaptation graduelle à un rythme de vie normale au sein du régiment mais aussi auprès de la famille ;

Les activités sont variées et mises en place sur trois jours pour faciliter cette transition :

– temps libres accordés graduellement sur les trois jours ;

– trois séances de Techniques d'optimisation du potentiel (TOP) permettant la relaxation et la gestion du stress ;

– activités sportives ;

– séances d'informations sur les effets immédiats ou retardés du stress opérationnel, sur l'ESPT et sur les difficultés ressenties par les familles. Ces séances sont organisées par des psychologues de l'armée de Terre appartenant à la Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de Terre (CISPAT) ;

– visites touristiques ;

– débriefings collectifs et individuels par les psychologues de la CISPAT destinés à favoriser la verbalisation et repérer les individus en souffrance. Sur place, les objectifs de ces groupes de débriefing demeurent ambigus. Bon nombre de militaires pensent qu'il s'agit d'un temps thérapeutique alors que les objectifs officiels sont l'information et la prévention.

Un concept original et nécessaire

Son organisation et son encadrement en font, selon nous, un dispositif particulièrement contenant et précieux. Ses objectifs sont modestes mais raisonnables et pertinents. Il s'agit de préparer et d'accompagner le retour par des mesures simples mais qui ont un impact psychologique bénéfique.

Une action préventive sur la souffrance psychique et le vécu d'isolement

Il n'a pas la prétention de détecter toutes les personnes qui vont présenter un état de stress post traumatique ou de diminuer coûte que coûte l'incidence de ce syndrome dans la population militaire. Les études épidémiologiques n'ont d'ailleurs pas donné jusqu'à présent de preuve concernant l'effet préventif de tels dispositifs. En revanche, il permet aux militaires d'obtenir une information adaptée sur les troubles anxieux et dépressifs post traumatiques, d'exprimer une éventuelle souffrance et de rencontrer des interlocuteurs attentifs ce qui en soi est déjà outil de prévention. Les soldats vont trouver des lieux et des interlocuteurs adaptés pour exprimer leurs ressentis et débuter des soins.

Un rôle bénéfique fortement ressenti sur place

Nous allons voir que, plus que le contenu du SAS, ce sont ses contours qui en font un dispositif particulièrement bénéfique.

Les effets du SAS avant le SAS

L'anticipation du SAS durant la mission, le fait de le fantasmer, (pour certains de le critiquer…) structure déjà le processus de retour dans l'imaginaire des militaires engagés sur le théâtre afghan. Ils savent à l'avance qu'ils ne feront pas un retour brutal chez eux. Un « dispositif amortisseur » les attend, des gens vont prendre soin d'eux, les écouter, les conseiller avant cette étape souvent redoutée. Le processus de préparation au retour commence donc durant la mission.

À mesure que le retour approche, ils vont se renseigner sur les activités, elles vont se préciser. Ils apprennent qu'ils vont rencontrer des psychologues, des masseurs, des personnes spécialisées dans la relaxation. Chacun va construire une représentation de ce que doit être ou pourrait être pour eux ce SAS. Chacun en attend des choses différentes selon sa personnalité et les expériences qu'il a connues sur le terrain. Certains l'idéalisent, d'autres en rejettent le principe. Une attention particulière doit être accordée à ces derniers.

Le fait que le psychologue de la CISPAT, détaché sur le territoire afghan (Wharehouse à Kaboul), vienne présenter l'organisation du SAS à tous les détachements avant leur retour, est une excellente initiative. Cette démarche permet de faire taire certaines rumeurs négatives sur le SAS, d'en préciser le cadre règlementaire en insistant sur le fait qu'il fait partie intégrante de la mission. Il est imposé par le commandement dans l'intérêt de tous les militaires présents sur le théâtre. Cette

présentation permet aussi de dédramatiser le volet psychologique puisque les soldats rencontrent ce jour là un des membres de la CISPAT.

L'arrivée à Chypre est entourée d'un certain suspens, d'un soulagement d'avoir quitté le territoire hostile, d'une excitation à l'idée de découvrir le dispositif.

Les effets du SAS durant le SAS

• Le rôle structurant du cadre

C'est sous l'effet de plusieurs règles imposées aux militaires que le processus de décompression peut se produire :

– les chambres sont collectives à effectif restreint et l'absence de chambre individuelle est de rigueur. Cette mesure évite l'isolement et le repli en particulier pour ceux qui auraient déjà des difficultés psychiques, ou une place difficile dans le groupe (bouc émissaire…). Le militaire retrouve un niveau d'intimité correct sans pour autant se sentir exclu du fonctionnement du groupe ;

– la durée du dispositif a donné lieu à plusieurs discussions entre les différents pays concernés. Trois jours est le temps optimal qui permet à la fois le repos, la relaxation et évite l'ennui avec son cortège possible de trouble des conduites ;

– la tenue vestimentaire obligatoire est le survêtement militaire. Cette contrainte est nécessaire, elle signifie que le soldat est encore en service, qu'il représente l'institution militaire à travers chacun de ses comportements. Cette mesure est une précaution essentielle car elle contribue à contenir certains débordements et rappelle aux militaires qu'ils sont encore en mission, dans un « entre-deux » particulier. Ce survêtement est aussi synonyme de détente, de loisirs et de confort ;

– la mise en place graduelle des temps libres participe aussi au maintien d'une certaine cohésion tout en permettant à chacun de retrouver une autonomie avant le moment décisif de la dispersion définitive du groupe à Paris. La rupture brutale de la solidarité du groupe combattant est depuis longtemps décrite comme néfaste. La distension de relations doit se faire progressivement. Le confinement relationnel généré par la mission a eu des effets positifs et négatifs, certains ont vu leur identité se diluer considérablement dans celle du groupe. Certains se sont presque trop investis durant la mission par manque de repères affectifs en France. Pour toutes ces raisons, le SAS et son organisation spécifique paraissent indispensables. Voici ce qu'écrit J. Glenn Gray, diplômé en philosophie de l'université de Columbia, vétéran de la Seconde Guerre mondiale et auteur d'un remarquable petit livre, *The Warriors. Reflections on Men in Battle*, publié en 1959 et réédité en 1967 avec une préface d'Hannah Arendt : « *Dans des moments comme ceux-là, beaucoup ressentent vaguement combien ils ont vécu jusqu'ici dans l'isolement : dans le cercle restreint de la famille et de quelques amis intimes, ils passaient à côté de beaucoup de choses importantes. Lorsque les frontières qui délimitent l'identité individuelle se sont élargies, ils éprouvent une forme de parenté qui leur était inconnue. Leur "moi" s'efface insensiblement devant un "nous", "le mien" devient "le nôtre" et chaque destin individuel perd de son importance primordiale.* » ;

– la fréquentation d'un hôtel certes luxueux mais ordinaire par sa clientèle familiale permet à chacun de côtoyer des enfants, d'observer des familles au restaurant, à la piscine. Les cris d'enfants, leurs rires sont des sons qui n'ont pas été entendus pendant parfois six mois. Les militaires vont de nouveau s'acclimater à ces scènes de vie ordinaires et vont pouvoir imaginer avec plus d'acuité leur retour en famille. La préparation psychologique au retour est ici à l'œuvre, confrontant le soldat à des éléments de réalité ordinaires ;

– la question délicate de l'alcool a été tranchée de la manière suivante pour le SAS français : les militaires sont autorisés à consommer avec modération à partir de 19 heures Les bars de l'hôtel ferment à une heure du matin. Les militaires sont soumis aux mêmes sanctions disciplinaires en cas d'abus d'alcool que s'ils étaient sur le théâtre afghan ;

– le maintien d'un certain niveau de cohésion à travers l'ensemble de ces initiatives évite comme nous l'avons abordé plus haut, les règlements de compte, les mises en quarantaine de certains, l'isolement des plus fragiles, les troubles du comportement. Chacun, sans le savoir veille sur les autres pendant encore trois jours.

Ces contraintes en termes de tenue et de comportement sont nombreuses et ont, selon nous, un rôle structurant essentiel, en particulier pour ceux qui présentent déjà des troubles des conduites ou du comportement que ce soit dans le sens d'un repli sur soi, d'alcoolisations massives, de transgression des ordres. Ainsi le caractère obligatoire des activités, le fait de devoir porter le survêtement militaire, l'interdiction de franchir les limites de l'hôtel, le respect impératif des horaires contribuent à structurer le groupe.

• Le processus du retour en marche

Les relations se distendent progressivement dans un environnement sécurisant, contenant ou chacun retrouve son individualité.

C'est dans ces conditions que s'opère le processus psychologique de séparation et de retour. L'ambiance familiale de l'hôtel, les discussions entre collègues, durant les débriefings, l'installation progressive de moments véritablement solitaires, les séances de relaxation, le relâchement de l'hypervigilance vont permettre à chacun imperceptiblement de s'imaginer en famille. C'est aussi un lieu où les militaires peuvent se dire au revoir en toute tranquillité.

Un moment crucial de ce SAS est celui de la séance d'information sur les difficultés psychologiques et relationnelles courantes que peut rencontrer le militaire à son retour mais aussi que peuvent présenter les membres de sa famille. Cette séance nous a semblé tout a fait adaptée et informative.

La plupart des militaires ont exprimé une certaine émotion d'être ainsi accueillis dans un lieu aussi apaisant. Probablement ressentent-ils à travers la grande qualité de ce SAS, un processus de reconnaissance à la hauteur de la dureté de leur mission en Afghanistan. Cette reconnaissance implicite est sans doute un autre volet précieux de ce SAS.

Critiques et perspectives

Nous pensons qu'il est nécessaire d'introduire du soin et de lever l'ambiguïté sur le dispositif actuel qui a, pour le moment, un rôle de prévention et d'information. Une majorité de militaires s'attendent à un dispositif axé sur le soin. Pour eux la rencontre durant ces trois jours avec un psychologue clinicien est implicite, certains pensent même qu'ils vont rencontrer un psychiatre militaire sur place.

Les psychologues de la CISPAT ont un rôle capital à jouer en termes de psychologie du travail et d'information sur le stress et les troubles de l'adaptation mais certains militaires font part de leur déception de ne pas rencontrer de thérapeutes.

Les groupes de débriefings organisés par la CISPAT devraient gagner en cohérence. Ces groupes doivent réunir des personnes qui ont partagé les mêmes expériences et les mêmes contraintes. Actuellement, ces groupes n'ont pas de vécu commun. Il ne s'agit pas de voir tous les officiers d'un côté et tous les hommes du rang d'un autre, ou encore tous les médecins d'un côté et tous les infirmiers d'un autre. Il faut également éviter les groupes où existent des conflits ou la présence des boucs émissaires. Ces précautions ne sont pas toujours prises actuellement, de sorte que ces groupes prennent une tournure quelque peu artificielle où personne n'ose s'exprimer ouvertement. Les émotions sont réprimées et certains sont frustrés car ils s'étaient imaginer qu'ils allaient « enfin » pouvoir parler de la culpabilité, la colère et des doutes qui les ont taraudés durant la mission. Pour certains la déception est si grande que l'ouverture éventuelle sur des soins psychologiques ultérieurs peut se refermer.

Conclusion

Le SAS est un dispositif intéressant qui doit ouvrir des perspectives de prise en charge et de dépistage au long cours. Dans cette optique, le Service de santé des armées et les psychologues de l'armée de Terre ont tout intérêt à échanger et à travailler ensemble.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cabanes B. Le retour du soldat au XXe siècle. Revue historique des armées 2008 ; mis en ligne le 12 novembre 2008. URL : http://rha.revues.org/index5352.html.
2. Juillet P. Les apports et les difficultés de l'approche sociale en psychiatrie : à propos des forces américaines au Vietnam et des vétérans. Ann Med Psychol 1987; 145(9): 737-52.
3. Kulka RA, et al. Trauma and the Vietnam war generation: reports of findings from the national Vietnam veterans readjustments study. New York; Brunner-Mazel, 1990.
4. Favre JD, de Montleau F, Moraud C. Chronologie et épidémiologie. In : Briole G, Lebigot F, Lafont B ed. Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Paris: ADDIM; 1998.
5. Hoge CW, Castro CA, Stephen P. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. N Engl J Med 2004; 351: 13-22.
6. Rossignol M. Afghanistan : les militaires et les traumatismes liés au stress opérationnel. Division des affaires politiques et sociales. Parlement du Canada. Le 7 novembre 2007.
7. Fortin S. Du théâtre opérationnel jusqu'à la maison : l'expérience de la décompression. La Feuille d'Érable. Canada. 31 octobre 2007.
8. De Soir E. The belgian end of mission transition period: lessons learned from third location decompression after operational deployment. Mental health and well-being across the military spectrum. Papers presented at the RTO Human Factors and Medicine Panel (HFM). Symposium held in Bergen, Norway on 11-13 april 2011.
9. Pommier de Santi V, Solacroup P, Jousseaume L. Département d'épidémiologie et de santé publique sud, IMTSSA. Rapports préliminaires sur les troubles psychiques de guerre survenus au 3e Régiment d'infanterie de Marine et à la 27e Brigade d'infanterie de montagne.
10. Groupe de travail OTAN HFM-081/RTG. Stress et aide psychologique dans les opérations militaires modernes ; 2002.

ASSOCIATION DES AMIS DU MUSÉE DU SERVICE DE SANTÉ AU VAL-DE-GRÂCE

Prix d'histoire de la Médecine aux armées - Prix 2012-08-14

Un prix du meilleur travail portant sur l'histoire du Service de santé sera décerné en 2012, il est ouvert à tous, civils et militaires (membres du conseil d'administration de l'Association exclus). Ce prix récompensera un travail consacré à l'histoire du Service de santé des armées, dans toutes ses composantes (personnels, médecine pharmacie, art vétérinaire, administration logistique etc).
Le concours reste exclusivement réservé aux travaux écrits, thèses, mémoire, romans, essais, etc.
La lettre de demande de participation et les travaux, en quatre exemplaires devront être adressés avant le **15 décembre 2012** à :

M. le MGI (2s) Bazot,
Président de l'Association des amis du musée du Service de santé au Val-de-Grâce
Prix d'histoire de la Médecine aux armées
1 place Alphonse Laveran75005 Paris.

Palmarès des années précédentes :

1996 Régis Maucolot pour sa thèse de doctorat en pharmacie : Les pharmaciens dans la guerre des gaz (1914-1918)

1997 Jean-François Lemaire pour son ouvrage : Coste, premier médecin des armées de Napoléon

1998 Jean-Luc Suberchicot pour sa thèse de doctorat d'histoire : Le service de santé de la Marine sous l'ancien régime

1999 Paul Doury pour son ouvrage : Henry Foley, apôtre du Sahara et de la médecine

2000 Prix non décerné

2001 Jacques Aulong pour son ouvrage : De sang et d'or. Hôpital de Lanessan, Tonkin 1953-1954

Karine Ferret pour sa thèse de doctorat de médecine : Contribution à l'histoire de la chirurgie maxillo-faciale – son essor en 1914-1918 – à propos des collections du musée du SSA du Val-de-Grâce

2002 François Stupp pour son ouvrage : Santard promo 48

Benoît Léger pour sa thèse de doctorat en médecine vétérinaire : Contribution à l'étude des tenues des vétérinaires militaires dans l'armée française au cours du XXe siècle

2003 Jacques Marchioni pour son ouvrage : Place à Monsieur Larrey chirurgien de la garde impériale

2004 Jean Thuries, Ernest Hantz, Jacques Aulong pour leur ouvrage : Merci toubib, Dien Bien Phu : trois médecins racontent

2005 Henri Ducoulombier pour ouvrage : Un chirurgien de la Grande Armée. Le baron Pierre-François Percy

2006 Pierre-Jean Linon pour son ouvrage : Les officiers d'administration du Service de santé dans la guerre d'Algérie

2007 Pierre Sardet pour son ouvrage : Naturaliste et explorateurs du service de santé de la Marine au XIXe siècle

2008 Jean-Marie Le Minor, Gérard Laurent, Gilbert Vicente, Jean-Yves Pabst, Bertrand Ludes pour leur ouvrage : L'École impériale du Service de santé militaire de Strasbourg (1856-1870)

2009 Maurice Cren pour son ouvrage : Louis Jacques Bégin, carabin de l'empire

2010 Noël Fribourg-Blanc pour son ouvrage : Le fondateur de la psychiatrie militaire. Le médecin général André Fribourg-Blanc

2011 Dominique Colas-Benayoud pour sa thèse : « Les gueules cassées » de la face au visage

*Tous ces travaux ont été déposés à la section archives du Musée et à la bibliothèque centrale du SSA où ils sont à la disposition des chercheurs et des lecteurs. Les volontariats avec avis hiérarchique seront adressés à l'**ISSA Ilot du Val-de-Grâce – 1, place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05.***