Les armées de l'OTAN face au suicide : regards croisés

M.-D. Colas[a], Y. Auxéméry[b], M. Daudin[b]

a SMPCAA/CPEMPN, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
b Service de spychiatrie, HIA Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex 3.

Résumé

Les armées de l'OTAN doivent faire face à un nombre croissant de conduites suicidaires dans leurs rangs. Les missions opérationnelles éprouvent la résistance psychique des combattants par les contraintes qu'elles impliquent et la confrontation à des évènements chargés de violence. Le lien entre les troubles psychiques post-traumatiques et le risque suicidaire impose un repérage précoce des individus en souffrance. Le haut commandement de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) a mis en place un groupe de travail spécifique sur le suicide : « t*he Human Factors and Medicine, Research Task Group on Military Suicide* », afin d'analyser les déterminants d'un tel phénomène dans la trajectoire singulière d'un soldat et d'élaborer des mesures de prévention. Nous proposons un regard historique pour mieux cerner les risques actuels de stigmatisation du suicidaire ou du suicidant en milieu militaire et leur corolaire : le retard d'accès aux soins. Après un rappel des facteurs de risque et des facteurs de protection des comportements suicidaires, une synthèse des bonnes pratiques partagées par les experts du groupe OTAN HFM RTG 218 est présentée.

Mots-clés : Conduites suicidaires. Armées. OTAN. Opérations extérieures. Prévention.

Abstract

THE NATO ARMED FORCE AND SUICIDE: VARIOUS PERSPECTIVES.

The NATO Armed Forces face a growing number of suicidal behaviours. The soldiers' psychological resistance is greatly tested by the stress and the confrontation to violent events during operational missions. The connection between post-traumatic stress disorders and suicide encourages the early identification of the soldiers in pain. The high command of the North Atlantic Treaty Organization (NATO) has implemented a specific workgroup on suicide: "the Human Factors and Medicine, Research Task Group on Military Suicide", to analyze the determinants of the phenomenon in the singular trajectory of a soldier and to develop prevention strategies. We propose a historical perspective to understand the present risks of stigmatization of a person with suicidal behaviors in the Military and its consequences: delays in the care of the personnel. After a review of the risks and protective factors of suicidal behaviors, a synthesis of the views on the best practices shared by the NATO HFM-RTG 218 group experts is presented.

Keywords: Armed Forces. NATO. Operational missions. Prevention. Suicidal behaviors.

« More U.S. soldiers have killed themselves than have died in the afghan war. Why can't the army win the war on suicide ? »

« Il y a eu plus de soldats américains décédés par suicide que de tués en opérations en Afghanistan. Pourquoi les forces armées ne peuvent-elles pas gagner la guerre contre le suicide ? »

Time, July 2012 (1).

M.-D. COLAS, médecin en chef. Y. AUXÉMÉRY, médecin des HA. M. DAUDIN, médecin principal.
Correspondance : M.-D. COLAS, SMPCAA/CPEMPN, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
E-mail : colas-benayoun@wanadoo.fr

Introduction

La presse internationale fait régulièrement du suicide des soldats la Une de ses journaux : « *One a day: every day one US soldier commits suicide. Why the military can't defeat its most insidious enemy?* » (Chaque jour un soldat américain se suicide. Pourquoi n'arrive t-il pas à vaincre son ennemi le plus redoutable ?), titre le *Time* du mois de juillet 2012. L'armée américaine perd plus d'hommes à la suite de gestes suicidaires que lors de combats. « Pourquoi ne gagne-t-on pas la guerre contre « cet ennemi intime » ? Que peut-on faire ? Que font les spécialistes de ce fléau sanitaire face aux épidémies de suicide ? », ne manquent pas de questionner les

éditorialistes. Pourtant, les chercheurs, la communauté médicale, les psychiatres et psychologues militaires sont particulièrement mobilisés au côté du commandement : c'est l'affaire de tous. Les plans de prévention des risques psycho-sociaux sont aujourd'hui une priorité de santé publique. Certaines prévisions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) redoutent une augmentation du nombre de suicides qui pourrait atteindre deux millions à l'horizon 2050. Si quelques nations considèrent comme confidentiel le nombre de suicides dans leurs armées, l'augmentation des taux de suicide en milieu militaire est une réalité qui impose une meilleure connaissance de ce phénomène pour engager des stratégies de prévention. De nombreuses armées consacrent un budget non négligeable à la recherche dans ce domaine (1). Le haut commandement de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) a mis en place un groupe de travail spécifique pour tenter de comprendre les déterminants de conduites qui peuvent engager le pronostic vital de certains soldats. Notre collaboration depuis un an au groupe HFM RTG 218 (*Human Factors and Medicine, Research Task Group on Military Suicide*), nous invite à donner des pistes de réflexion quant aux actions possibles (2). Dix-sept pays participent à cette réflexion qui donnera lieu à un rapport technique basé sur une harmonisation des bonnes pratiques et des recommandations pour le commandement. Nous proposons dans cet article de mettre en exergue les questions révélées par les premières réunions de travail du groupe, au-delà des divergences conceptuelles. La problématique unanimement reconnue par les différents experts est celle de la stigmatisation du patient suicidaire et suicidant avec son corollaire : le retard d'accès aux soins. Afin de mieux cerner ce phénomène dans nos forces armées, nous croiserons notre réflexion avec une approche historique. Après un rappel des facteurs de risque et des facteurs de protection des gestes suicidaires, nous ferons une synthèse des bonnes pratiques présentées lors de la conférence organisée par le Département d'État de la Défense et des Vétérans Américains (DoD VA) fin juin 2012 à Washington, socle des recommandations qui seront élaborées par le groupe OTAN très prochainement (2).

Les conduites suicidaires : quels enjeux communs pour les armées de l'OTAN ?

Le Research Task Group on Military Suicide de l'OTAN

Depuis une dizaine d'années, correspondant à l'engagement d'une coalition multinationale en Irak et en Afghanistan, le taux de suicide des militaires a globalement augmenté dans les armées de l'OTAN, particulièrement chez les vétérans américains (3). Les données épidémiologiques sont disparates et, pour de nombreux pays, il existe un manque d'information sur le lien entre les conduites suicidaires et les déploiements passés. La mise en commun du potentiel opérationnel des Forces armées de l'OTAN et du Partenariat pour la paix, sur les théâtres d'opération ou lors de missions d'entraînement, a des implications dans le domaine du « soutien de l'homme ». L'harmonisation de la doctrine médicale devient un enjeu cardinal pour le commandement de l'OTAN. Des groupes de recherche ont été constitués pour proposer un plan d'action commun dans différents champs de la santé mentale, tout particulièrement pour ce qui concerne le stress opérationnel et les troubles psychiques post-traumatiques. Au sujet de la prévention du suicide, 17 nations sont représentées : Allemagne, Australie, Belgique, Canada, Danemark, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Italie, Lettonie, Lituanie, Pays-Bas, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie. Ce qui interpelle au premier abord est la grande diversité sociologique de ces armées. Le nombre des militaires, leur sélection et leurs statuts (volontaires, engagés, personnels sous-contrat, personnels de carrière, réservistes, gardes nationaux…) sont hétérogènes. L'appellation « vétéran » recouvre des définitions différentes (en France, elle caractérise les militaires d'active et ceux qui ont quitté l'Institution alors que pour d'autres pays elle indique le fait d'avoir été engagé au moins un jour en opération). Certains pays possèdent des Forces armées spécifiques chargées des missions de police (comme la Gendarmerie en France avec, en 2010, 94 000 personnels rattachés pour emploi au ministère de l'Intérieur pour 235 230 militaires d'active dépendant du ministère de la Défense). D'autre part, le type de mission réalisé et le temps d'activité en opération extérieure sont variés (de quelques semaines à plus d'un an). Pour prendre en charge ses soldats, chaque pays a élaboré un parcours de soins spécifique et des stratégies de prévention civiles et militaires différentes (2). Les modalités de la surveillance épidémiologique répondent à des logiques propres avec des méthodologies statistiques non comparables. Enfin, les critères diagnostiques des troubles psychiques ne sont pas superposables et font appel à des référentiels théoriques parfois éloignés en raison de déterminants historiques et sociaux.

Des tendances communes

Il ne s'agit pas ici d'établir une comparaison des taux de prévalence des conduites suicidaires dans les différents pays de l'OTAN. Les chiffres révèlent des écarts importants, de 0 à plus de 20 pour 100 000, qu'il serait imprudent de considérer comme un indicateur stigmatisant de bonnes ou de mauvaises pratiques (2, 3). Au-delà des biais méthodologiques liés au recueil épidémiologique, à la structure des différentes armées et à leur type d'engagement, l'acte suicidaire est avant tout l'acte d'un sujet qui s'inscrit au sein d'une trajectoire, dans un environnement donné. Les différentes études révèlent une augmentation des taux de suicide et ce malgré de nombreux plans de prévention collectifs (3). Pourquoi ? C'est tout l'enjeu de ce groupe d'experts constitué en 2011 et qui se réunira jusqu'en 2014 autour d'échanges sur un sujet qui reste tabou et dont les

contours sont difficiles à cerner (confidentialité des données, crainte de la médiatisation négative, judiciarisation croissante des risques psycho-sociaux, effets de la confrontation aux situations d'exception, recherche de responsables). Le groupe HFM RTG 218 a réalisé un questionnaire validé par chaque membre pour établir un état des lieux des tendances en population générale et dans la collectivité militaire pour les personnels d'active des 17 pays (les résultats seront publiés dans le rapport technique final en 2014).

Quelles sont les attentes du commandement de l'OTAN ?

Le maintien de la capacité opérationnelle impose que les unités combattantes soient disponibles, entraînées et performantes. La souffrance psychique peut mettre en danger le sujet, son groupe et sa mission. Le risque suicidaire est particulièrement redouté car il renvoie le chef, les pairs, les membres de la collectivité militaire à leur impuissance face à l'accomplissement de « l'acte ultime ». Chacun se pose la question : « Comment aurais-je pu éviter ce drame ? », « comment peut-on le prévenir, le prédire ? ». La responsabilité du chef est toujours implicitement questionnée. Les répercussions pour le groupe dans l'après-coup nécessitent toute la vigilance des cadres et du médecin d'unité pour éviter des mouvements de panique, de perte de motivation, d'agressivité (auto ou hétéro-agressivité, désignation de bouc-émissaires…). Le commandement a besoin de repères et d'informations claires. Le risque de stigmatisation du geste suicidaire dans les armées est toujours actif. Les études récentes révèlent que souvent la personne suicidée voire suicidante a consulté, mais pour un autre motif, avant son geste sans pouvoir évoquer son mal-être psychique (4). Le geste fait parfois suite à des tentatives de suicide non connues par les proches comme par le médecin. Que doit savoir le commandement, les cadres de contact notamment ? Quels sont les pièges à éviter, les idées reçues comme par exemple : « est-ce que parler du suicide peut inciter les gens à se suicider ? ». En parler, au contraire, permet de dénouer les crises et de proposer des solutions. Les pays qui ont fait des campagnes d'information à ce sujet ont vu leur taux de suicide diminuer. Parler de la mort ne tue pas ! Ces questions font l'objet de « fiches » synthétiques (tab. I) destinées à informer le commandement sur les signes d'alerte, les indicateurs de souffrance et les actions de prévention possibles du temps ordinaire au temps opérationnel (ce qu'il faut faire et ne pas faire, notamment éviter de moraliser, dire de ne plus penser à la mort, donner ses « recettes personnelles de bonheur », tout faire à la place de la personne suicidaire, faire des promesses que l'on ne pourrait pas tenir) fig. 1).

Nous proposons de parcourir l'évolution des idées sur le fait suicidaire dans l'armée française afin de mieux cerner les risques de stigmatisation et leur corolaire, le retard d'accès aux soins.

Tableau I. Exemples de thèmes de sensibilisation des cadres (fiches d'information en cours de réalisation par le groupe HFM RTG 218).

« Le suicide en milieu militaire est-il évitable? Le commandement peut-il influer sur le taux de suicide ? ».
« Le rôle du leadership dans la prévention du suicide dans les Forces armées ».
« La place des nouvelles technologies dans la prévention du suicide (internet…) ».
« Mythes et réalités sur le suicide en milieu militaire ».
« Conduites à risque et suicide (ex, abus de substances psycho-actives…) ».
« Stigmatisation et obstacles aux soins ».

Regard historique sur la stigmatisation/dé-stigmatisation de l'acte suicidaire

« Le meurtre de soi-même » : la figure du tabou social (5)

Nul ne sait quel fut le premier suicide humain. Il fut sans doute contemporain de l'émergence du langage parlé et de l'écriture, le passage à l'acte venant en lieu et place de la parole lorsque cette dernière ne peut plus s'exprimer. Si pour le sujet l'acte suicidaire traduit souvent la volonté de ne rien vouloir en savoir, la symbolique et la signification du suicide pour la société varient à travers les âges en fonction du contexte culturel. Dès la Grèce antique, Aristote inclut une dimension sociale à l'acte suicidaire en le définissant comme une faute contre l'État. Pour Saint Augustin et les Pères de l'Église, le suicide est assimilé à un crime envers la communauté : un procès est instruit contre le défunt jusqu'à la fin du XVIII[e] siècle à partir duquel les conduites suicidaires sont appréhendées comme un acte personnel intime et non plus comme une injure sociale. La Déclaration des droits de l'homme fait disparaître toutes les pénalités préalablement encourues pour les victimes de suicide. Mais si en 1810 Napoléon Bonaparte ne fait pas mentionner la notion de suicide dans ce qui deviendra le Code pénal, il fustige néanmoins le militaire suicidé en le comparant à un « soldat déserteur ». Encore de nos jours, vestiges pérennes de l'époque napoléonienne, les militaires sont soumis au Code pénal pour les infractions de droit commun et au Code de justice militaire pour les infractions militaires (6). Le chapitre « Infractions tendant à soustraire leur auteur à ses obligations militaires » condamne l'insoumission, la désertion et la mutilation volontaire. Le fait pour tout militaire de s'être rendu volontairement impropre au service, soit d'une manière temporaire, soit d'une manière permanente, dans le but de se soustraire à ses obligations militaires, est puni :

« – en temps de paix, d'un emprisonnement de cinq ans et de l'interdiction pour une durée de dix ans de l'exercice des droits prévus à l'article 131-26. Si le coupable est officier, il pourra être puni en outre de la destitution ;

– en temps de guerre, de dix ans d'emprisonnement ;

– il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité s'il était en présence de l'ennemi ».

Suicide Prevention Training Tip Card

This card is to be used as a training aid for the Soldier's and leadership's Suicide Prevention awareness briefs.

Most suicides and suicide attempts are reactions to intense feelings of:

Loneliness - is an emotional state in which a person experiences powerful feelings of emptiness and isolation. Loneliness is more than just the feeling of wanting company or wanting to do something with another person. Loneliness is a feeling of being cut off, disconnected from the world, and alienated from other people.

Worthlessness – is an emotional state in which a person feels low, and they lack any feelings of being valued by others.

Hopelessness - is a spiritual/relational issue. It often stems from feeling disconnected from a higher power or other people. Connection with a higher power and other people is a key to helping individuals to withstand grief and loss. This connection allows individuals to rebound from most severe disappointments of life.

Helplessness – is a condition or event where the Soldier thinks that they have no control over their situation and whatever they do is futile such as repeated failures, receipt of a "Dear John or Dear Joan" letter, etc.

Guilt- is a primary emotion experienced by people who believe that they have done something wrong.

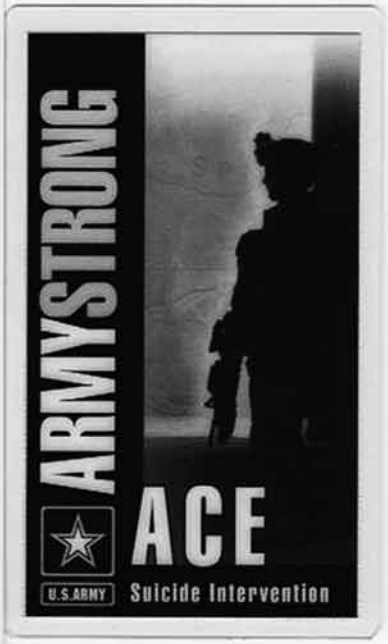
Depression:

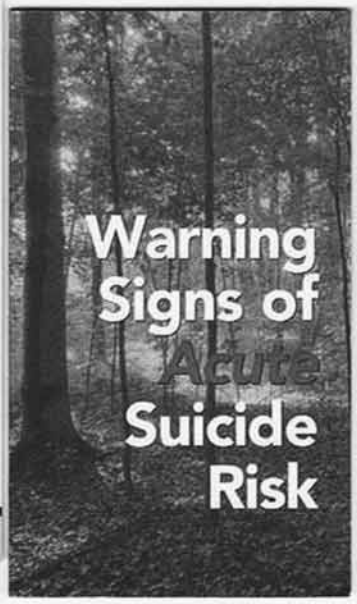
Depression is considered when one of the following two elements is present for a period of at least two weeks: depressed mood or inability to experience life pleasures. If one of these elements is identified, depression is diagnosed when five symptoms from the list below are presented over a two-week period.

- Feelings of overwhelming sadness and/or fear, or the seeming inability to feel emotion (emptiness).
- A decrease in the amount of interest or pleasure in all, or almost all, daily activities.
- Changing appetite and marked weight gain or loss.
- Disturbed sleep patterns, such as insomnia, loss of REM sleep, or excessive sleep (Hypersomnia).
- Psychomotor agitation or retardation nearly every day.
- Fatigue, mental or physical, also loss of energy.
- Intense feelings of guilt, helplessness, hopelessness, worthlessness, isolation/loneliness and/or anxiety.
- Trouble concentrating, keeping focus or making decisions or a generalized slowing and memory difficulties.
- Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), desire to just "lay down and die" or "stop breathing," recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide.
- Feeling and/or fear of being abandoned by those close to the individual.

For some individuals, a combination of many factors may cause depression. For others, a single factor may trigger the illness. Depression often is related to the following:

- **Imbalance of brain chemicals called neurotransmitters -** Changes in these brain chemicals may cause or contribute to clinical depression.
- **Negative thinking patterns -** People who are pessimistic, have low self-esteem, worry excessively, or feel they have little control over life events are more likely to develop clinical depression.
- **Family history of depression –** A genetic history of clinical depression can increase one's risk for developing the illness. But depression also occurs in people who have had no family members with depression.





Veterans
Crisis Line

1-800-273-8255
PRESS 1

• • • • Confidential chat at VeteransCrisisLine.net • • • •

Figure 1. Documents délivrés au commandement et aux personnels de l'armée américaine.

La tentative est punie comme l'infraction elle-même. Si les complices sont des médecins ou des pharmaciens, la peine d'emprisonnement encourue peut être portée au double, indépendamment d'une amende de 4 500 euros pour les délinquants non militaires ou non assimilés aux militaires.

D'après la procédure définie, le Chef de corps devrait informer l'autorité judiciaire de l'infraction constatée. En pratique, il est naturellement rarissime qu'une plainte soit déposée ou que les autorités judiciaires instruisent une telle affaire.

Cette approche historique, ici centrée sur l'exemple français, fera l'objet d'un travail spécifique par le groupe HFM RTG 218 afin d'éclairer la problématique universellement reconnue de la crainte du jugement moral du soldat suicidaire ou suicidant, de son vécu d'exclusion, de honte parfois face à l'idéal de courage, de dépassement de soi partagé par la communauté militaire.

La médicalisation du phénomène auto-agressif

D'un point de vue philosophique, le phénomène auto-agressif est de nos jours considéré comme une question médicale et sociale, abordée sous l'angle phénoménologique avec des velléités d'explicitation : pourquoi le sujet met-il fin à sa vie ? L'heure est à la dé-stigmatisation des souffrances psychiques pour permettre aux personnes en difficulté de demander une aide médicale. Cette question est un enjeu majeur pour les armées où les valeurs promues de résistance et de force s'opposent à la souffrance que, pourtant, chacun peut connaître un jour. Une discrimination des troubles psychiques du fait d'une vision sociale péjorative, mais aussi du vécu du patient vis-à-vis de ses propres troubles, se révèle être un danger car elle peut induire un retard de soins ou une rupture prématurée de la prise en charge. Changer les mentalités grâce à des stratégies de communication nouvelles véhiculant des messages destinés à informer la population militaire sur les troubles psychiques constitue un axe majeur de prévention primaire du suicide. De plus, en s'éloignant de croyances sociales parfois opposées, mais tout aussi délétères, la stricte définition médicale des conduites auto-agressives participe à leur dé-stigmatisation en permettant d'établir des stratégies de recherche et de prévention fiables.

Le groupe OTAN a consacré une réunion de travail pour caractériser les phénomènes auto-agressifs, des idées suicidaires au suicide accompli. Sans préjuger des modalités de présentation d'un comportement auto-agressif, prévaut aujourd'hui l'idée d'une expression symptomatique d'un même phénomène autodestructeur. Il est permis finalement de noter la difficulté de définition de ce processus morbide de par sa diversité d'expression. Il n'existe pas de consensus international sur les critères de la crise suicidaire. Pour la fédération française de psychiatrie, il s'agit de « la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité » (7). Il existe le plus souvent un élément déclencheur parfois objectivement insignifiant pour le clinicien ; cet évènement précipitant n'en reste pas moins le détonateur du passage à l'acte. La crise suicidaire « est un état réversible temporaire, non classé nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles » (7). Décrire un cadre nosographique consensuel aux armées de l'OTAN semble être un présupposé nécessaire à la construction d'une doctrine commune de prise en charge et de prévention. Le concept de crise suicidaire est une base théorique solide, même s'il conviendrait d'en repréciser les termes une décennie après la conférence de consensus préconisée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et surtout d'en détailler les spécificités militaires qui en France avaient été abordées par le professeur Bazot du temps de la conscription (8). La définition d'un référentiel commun peut seul permettre d'assurer une surveillance épidémiologique de qualité qui pourra préciser les facteurs de risque et les facteurs protecteurs, dans le but d'affiner des recommandations communes de repérage, de prise en charge et de prévention. Pour le questionnaire de l'enquête proposée par le groupe HFM RTG 218, la définition de l'OMS a été finalement retenue (tab. II).

Tableau II. Définitions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris: Masson, 1993.

Suicide : décès faisant suite à une intoxication ou à une lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu.

Tentative de suicide : tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel. Les conduites addictives sont donc exclues ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter.

Les codes de la Classification internationale des maladies utilisés pour le suicide se situent au sous chapitre « Lésions auto-infligées » (codes X60-X84) chapitre xx de la dixième révision (CIM 10) intitulé : « Causes externes de morbidité et de mortalité ». Le code « Y87.0 » correspond aux « Séquelles d'une lésion auto-infligée ».

Facteurs de risque et facteurs de protection des conduites suicidaires : des cibles consensuelles pour les forces armées de l'OTAN

S'accorder sur le cadre psychopathologique permet de déterminer des cibles aux actions de prévention. À partir d'une étude préliminaire (dont les résultats feront l'objet d'une publication sur le site web de l'OTAN (« *share point* »), il a été possible de dégager collégialement des facteurs de risque et des facteurs protecteurs pour les

conduites suicidaires. Il est apparu plus pertinent de se centrer sur des cibles identifiées de façon « universelle », transposables quelles que soient la culture et la structure des armées, que de pointer ce qui dysfonctionne État par État en faisant une corrélation entre « suicidalité » et plan de prévention. Les objectifs des actions de prévention peuvent se résumer ainsi : augmenter les facteurs protecteurs et diminuer les facteurs de risque. Les politiques de prévention peuvent croiser plusieurs niveaux d'intervention : collectif (action sur la population générale), sélectif (groupes à risque) et spécifique (les individus à risque). À ce stade, le groupe a centré sa réflexion sur l'identification des facteurs de risque et de protection reconnus dans chaque pays.

Facteurs de risque

On appelle « facteur de risque » un facteur qui a été mis en relation statistique avec la survenue d'un suicide, au niveau d'une population donnée. Il ne s'agit donc, en aucun cas, d'un facteur causal dans une vision linéaire déterministe. Les facteurs de risque suicidaire sont en interaction les uns avec les autres et l'importance de leur effet va dépendre de la présence ou de l'absence d'autres facteurs.

La mise en commun des données permet de dégager de grandes tendances. En tout premier lieu, les troubles de l'humeur, suivis des troubles psychotiques entraînent le risque de comportement suicidaire le plus élevé (9). Encore faut-il observer que de la fin de la Deuxième Guerre mondiale jusqu'au début du XXIe siècle, il y a eu moins de suicides en population militaire qu'en population générale (10). Les soldats constituent en effet une population sélectionnée avec un taux de troubles psychotiques, schizophréniques ou bipolaires, nettement inférieur à la population civile. En revanche, par la nature du métier exercé, le stress dépassé et les états de stress post-traumatiques (ESPT) s'avèrent pourvoyeurs de comportements suicidaires (11). Les suicides ont plutôt lieu au retour d'opération que durant l'engagement, comme c'est le cas pour l'armée française : 2,1 % des suicides ont été accomplis sur un théâtre d'opération entre 2002 et 2010 (12). Le suivi post-opérationnel des combattants par les cadres de contact et le repérage des ESPT par les médecins des unités imposent une grande vigilance dans les 3 à 6 mois après le retour (13). Par ailleurs, les blessures physiques avec traumatisme crânien (MTBI : *mild traumatic brain injury*) sont, d'après les études actuelles, des situations pouvant entraîner une impulsivité et faciliter une conduite auto-agressive (3).

En second lieu, il est noté que les addictions (alcool, drogues…) représentent le deuxième facteur de risque. Par exemple, une intoxication alcoolique aiguë peut entraîner une levée de l'inhibition et favoriser un passage à l'acte. Viennent ensuite, pour compléter le tableau des risques, les évènements de la vie, au premier rang desquels se retrouvent les problèmes familiaux (histoire personnelle, éloignement, divorce, perte d'un être cher).

Enfin, il convient d'être attentif, chez les jeunes engagés, aux troubles de l'adaptation au milieu militaire associés à une augmentation d'usage de substances psycho-actives (vécu d'ennui, de frustration…) (4).

D'une manière générale, le risque est accru par un accès plus facile à l'arme à feu qui est le moyen le plus fréquent du passage à l'acte (96 % des cas en opération extérieure dans l'armée américaine), suivi de la pendaison (3, 12). Il ne faut pas négliger les antécédents de passage à l'acte auto-agressif, quel que soit le mode opératoire. Dans l'armée française, on estime que plus de 10 % des sujets suicidés avaient réalisé au préalable une tentative de suicide (12). De plus, un haut niveau de traits de personnalité de type impulsif-agressif joue un rôle de premier plan chez les sujets jeunes (14). On notera avec intérêt que le « management » des supérieurs n'est quasiment jamais mis en cause dans les données recueillies par ce groupe OTAN.

Facteurs de protection

Il s'agit essentiellement de facteurs psycho-sociaux comme un soutien familial et social de bonne qualité, le fait d'avoir des enfants et des relations amicales diversifiées. Les réponses apportées par les différents participants au groupe de travail dépendent bien évidemment de l'organisation et de l'implication de leurs armées dans des opérations de guerre. Il est toutefois permis de dégager quelques grandes constantes. L'unanimité s'est faite pour souligner l'importance de la sélection et de l'évaluation du risque au moment du recrutement des personnels afin d'éviter l'engagement de personnes peu motivées et/ou « psychologiquement fragiles ». Le suivi médical continu pendant la période d'exercice du métier des armes apparaît également essentiel afin de diagnostiquer le plus tôt possible les signes « avant coureurs ». Il doit bien évidemment s'accompagner de la capacité à prodiguer rapidement des soins adaptés et de qualité en évitant à tout prix, dans le respect du cadre de la confidentialité médicale, la stigmatisation de ces hommes ou femmes en souffrance dans leur environnement professionnel. À cet effet, la sensibilisation et l'information de tous les acteurs, camarades, encadrement, personnels de santé, mais aussi aumôniers comme dans l'armée américaine, sont jugées absolument indispensables (spot d'information, de sensibilisation diffusé au commandant d'unité qui incite les chefs à soutenir la démarche de demande de soins de leurs subordonnés : « si vous êtes un soldat, vous devez prendre soin de vous ! »). L'armée française est résolument engagée dans cette voie. La place du médecin d'unité est capitale. Les experts des différentes armées signalent son effet protecteur comme celui des autres acteurs dans un réseau d'aide, dans le respect des rôles et de la déontologie de chacun (commandants d'unité, aumôniers, assistants sociaux, moniteurs TOP, conseillers facteurs humains, cellules d'aide aux blessés, associations…). L'esprit de Corps, la fraternité d'armes (« *battles buddy* »), la cohésion, « *le leadership* » de l'encadrement de proximité sont également soulignés comme des facteurs protecteurs importants. L'armée de Terre américaine en fait même un slogan : « *Soldiers to*

take care soldiers ». Elle a construit un programme de formation des soldats par binômes qui se portent assistance pendant la période opérationnelle, mais également à distance, jusqu'au retour à la vie civile et à travers les associations de vétérans : le dispositif « *Unit Watch* » (3, 15). L'importance de l'accompagnement des combattants au retour d'opération, tout comme celui de la famille, apparaît aussi utile, surtout lorsqu'il s'inscrit dans un contexte de reconnaissance par la nation des sacrifices consentis pour remplir la mission.

Bonnes pratiques : restaurer du lien

Dans chaque trajectoire existentielle se mêlent ce qui, depuis l'enfance, a fait la trame du quotidien et ce qui a pu faire trace comme événement heureux ou malheureux. Le sujet les a traversés avec plus ou moins de peine et de cicatrices indélébiles ou refermées, mais promptes à se rouvrir. Ainsi en est-il de ce que chacun doit supporter du poids, plus ou moins lourd, de son histoire. La tendance actuelle serait de l'en dégager en lui proposant des solutions à des questions singulières que l'on ne veut pas entendre. Ce n'est plus le sujet qui est au premier plan, mais l'événement, lui-même, qui devient central : on parle d'ailleurs « d'événement grave » quand un suicide a lieu dans l'unité. Actuellement, se distinguent au moins deux conceptions des conduites suicidaires, selon que l'accent est mis sur l'événement, les circonstances factuelles, leurs caractéristiques et leurs effets indifférenciés sur le tout du collectif ou selon que soit privilégiée la dimension de rencontre au cas par cas. Mais au-delà de ces deux approches, les participants au groupe de travail notent l'indispensable continuum entre les plans de prévention existants au niveau national et le plan de prévention au niveau des armées compte tenu des spécificités du métier des armes, plan dans lequel la formation des personnels et la facilité d'accès aux soins constituent les principaux piliers. À ce stade, la France dans le cadre du plan d'action « Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées » et les États-Unis font figure d'exemple à suivre (3, 13). Les États-Unis ont même développé des plans de prévention pour chaque armée (*Army, Navy, Air Force, Marine Corps*) à partir d'un plan de prévention global sous l'autorité et l'impulsion du *Department of Defense.* Chaque armée privilégie un axe d'effort. L'*Army* le résume par le slogan déjà évoqué. La *Navy* fait effort sur la gestion du stress. L'*Air Force* privilégie la sensibilisation en amont et la confidentialité. Quant au *Marine Corps*, il s'attache à prévenir le risque suicidaire par une formation individuelle et de l'encadrement répétée chaque année dans le cadre de la préparation opérationnelle (3). Sur ce modèle anglo-saxon, de nombreuses recommandations ont été vulgarisées sur divers sujets touchant la collectivité militaire engagée dans de multiples missions (gestion du stress, de la fatigue, des risques sanitaires, des comportements addictifs…). Il serait inopportun de se risquer ici à en donner un recueil exhaustif, mais il est intéressant d'en évoquer quelques exemples ciblés sur les facteurs de risque croisés avec la problématique du suicide : plaquettes pour la famille, guides de conduite à tenir pour le commandement, jeux de cartes, fiches réflexes pour le soldat (fig. 1, 2). Les slogans ne manquent pas et les supports utilisent aussi les moyens multimédias modernes : numéros d'appel téléphonique dédiés, sites internet, réseaux sociaux, messages SMS, applications pour les Smartphones. Dans ces plans de prévention sont également soulignés d'une part l'importance de la confidentialité du soin, la complémentarité, voire le travail en synergie de tous ceux qui œuvrent dans le domaine de la prévention et d'autre part, la nécessité de pouvoir disposer d'outils d'évaluation et de suivi des conduites ou du risque suicidaires. Au cœur de cette dynamique, le Service de santé des armées (SSA) insiste sur la place prépondérante du médecin d'unité ou médecin dit de « milieu », relais incontournable vers les soignants hospitaliers (psychologues et psychiatres) et le commandement.

Conclusion

Nos sociétés contemporaines ont radicalement modifié le rapport du sujet à sa santé, de l'homme à la médecine. Le patient militaire est aujourd'hui un usager, un partenaire avec les spécialistes de la santé pour établir un projet de soins ou suivre des mesures de prévention. Il importe de transposer ce souci d'hygiène corporelle à la santé mentale, au risque suicidaire. Tant d'idées préconçues sont passées dans les imaginaires d'une société à la recherche de sens, de guides, de recettes prêtes à consommer. Ces approches collectivistes gomment les singularités et accentuent les caractéristiques des circonstances du passage à l'acte en oubliant presque qu'il s'agit de l'acte d'un sujet. Cette crainte du suicide est amplifiée par des messages alarmistes ou des informations imprécises, banalisantes sur les effets de la violence ordinaire. Comme pour le traumatisme psychique, on assiste aujourd'hui à une « collectivisation » des effets de la violence (hétéro ou auto-infligée) : on évoque les épidémies de suicide (France Télécom…) ou la contagiosité de ce phénomène avec des raccourcis médiatiques racoleurs. C'est pourtant dans ce contexte que le sujet en danger, en proie à de la honte, de la culpabilité, doit pouvoir trouver à qui s'adresser. La complexité du problème ne se situe pas dans l'appréciation des facteurs de risque clairement identifiés, mais dans la crise suicidaire. Il ne s'agit pas d'être fataliste mais de mobiliser ce réseau d'aide, de soins, animé dans les forces armées françaises par les médecins de « milieu ». Ce regard croisé des psychiatres et psychologues de l'OTAN en confirme la portée quasi universelle et la nécessaire prudence dans les messages délivrés au niveau des armées mais aussi des médias nationaux.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec les données développées dans cet article.



Figure 2. Jeu de cartes proposé par le « US Army Public Health Command » et projet réalisé par Patrick Clervoy, Lionel Bourdon et le général Benoit Royal.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Thompson M, Gibbs N. More US soldiers have killed themselves than have died in the Afghan war. Why can't the Army win the war on suicide? Time 2012; 180:22-31.
2. NATO Research Task Group. Current efforts of the NATO Research Task Group on military suicide: preliminary discussion of nation - specific military suicide trends and prevention strategies. Annual DoD/VA suicide prevention conference. Back to basics: enhancing the well-being of our service members, veterans and their families. Washington DC (USA), June 20-22 2012.
3. Ramchand R, Acosta J, Burns RM, Jaycox LH, Pernin CG. The war within: preventing suicide in the US military. Santa Monica, Calif. Rand corporation, 2011.
4. Auxéméry Y, Berry M, Simon De Kergunic T, et al. Étude rétrospective de trente-neuf cas de tentatives de suicide prises en charge dans un HIA. Réflexion clinique et psychopathologique. Médecine et Armées 2010; 3: 273-6.
5. Durkheim E. Le Suicide. Paris : PUF, 1897: 463p.
6. Code de justice militaire (nouveau). Livre iii. Titre ii. Chapitre ier : Des infractions tendant à soustraire leur auteur à ses obligations militaires. Section 4 : De la mutilation volontaire (Articles L321-22 à L321-24). http://www.legifrance.gouv.fr. (Version consolidée au 25 août 2012).
7. Vedrine J, Weber D. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus des 19 et 20 octobre 2000. Paris : John Libbey/Eurotext, 2001;421-46.
8. Bazot M. La crise suicidaire en milieu militaire. In: La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris : JohnLibbey /Eurotext, 2002 :91-110.
9. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 1999; 156(2): 181-9.
10. Belik SL, Stein MB, Asmundson GJ, Sareen J. Are Canadian soldiers more likely to have suicidal ideation and suicide attempts than Canadian civilians? Am J Epidemiol 2010;172:1250-8.
11. Auxéméry Y. Les différentes « voix » de l'ESPT. Du désert langagier à la psychothérapie. Annales Médico-Psychologiques 2011; 170(5):306-11.
12. Verret C, Haus-Cheymol R, Mayet A, Pommier de Santi V, Dia A, Decam C, et al. Conduites auto-agressives dans les armées. Tentatives de suicide et suicides. Résultats de la surveillance épidémiologique. Rapport N° 425/CESPA/SAINT-MANDE du 20 décembre 2011.
13. Plan d'action « Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées » n° 564/DEF/DCSSA/AST/TEC du 10 mars 2011.
14. McGirr A, Renaud J, Bureau A, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle : a predisposition for younger age of suicide. Psychological Medicine 2008; 38 (3): 407-17.
15. Clervoy P, Vautier V. Le soutien psychologique des forces en opération. Diversité des approches au sein de l'OTAN. Médecine et Armées 2009;2:111-4.

3E CONGRÈS MAGHRÉBIN DE MÉDECINE MILITAIRE DU CIMM

Nouakchott (Mauritanie) 17-21 avril 2013

Nous sommes honorés de vous accueillir en cette terre d'hospitalité ancestrale, durant les 3es journées du Groupe de Travail Maghrébin de Médecine Militaire, prévues à Nouakchott du 17 au 21 avril 2013.
Les thèmes choisis pour ces journées permettront sans nul doute d'enrichir nos expériences respectives dans des domaines aussi variés de la médecine militaire touchant à la préparation de nos services de santés aux nouveaux défis dominés par le terrorisme et la gestion des situations de crises.
Les débats attendus seront enrichis, je l'espère, par ailleurs de collaborateurs civils, universitaires pour la plupart, et dont l'apport contribuera à rehausser le niveau scientifique de la manifestation.
Je ne peux terminer sans vous souhaiter encore une fois, un agréable séjour parmi nous au mois d'avril et de mémorables moments dans notre chère capitale Nouakchott qui allie les charmes de la côte atlantique à celui de l'immensité désertique de notre pays.



Médecin Colonel Mouhamedou Saleck **MOHAMED ABDOULLAH**
Directeur Général du Service de Santé des FAS

APPEL À COMMUNICATIONS

Le 3e Congrès du Groupe de Travail Maghrébin de Médecine Militaire du Comité International de Médecine Militaire (CIMM), se tiendra à Nouakchott (Mauritanie) du 17 au 21 avril 2013.
Tous les personnels professionnels médicaux et paramédicaux militaires sont invités à participer et à envoyer les résumés de leurs contributions concernant les thèmes choisis pour ce Congrès.

Les thèmes du Congrès :

- Prise en charge des traumatismes psychologiques en situation exceptionnelle.
- Préparation du Service de Santé aux menaces terroristes.
- Rôle du Service de Santé dans la gestion des catastrophes naturelles.
- Prise en charge des blessés en zone sous-médicalisée.

Pour plus d'informations et pour soumettre votre résumé, merci de visiter le site Internet : www.cimm-icmm.org