Reconnaissance, Réparation et Réhabilitation des blessés psychiques en service : enjeux et perspectives ?

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

a Service de psychiatrie, HIA Robert Picqué, CS 80002 – 33882 Villenave d'Ornon Cedex.
b Service de psychiatrie, HIA Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex 03.

Résumé

Le Service de santé des armées a mis en place et coordonné ces dernières années de nombreux plans visant à faciliter le dépistage, la prise en charge et l'accompagnement au long cours des patients présentant un trouble psychique post-traumatique. Parallèlement, une information a été réalisée à destination du commandement, comme du grand public afin de favoriser le recours aux soins des « blessés psychiques ». Ces mesures ont contribué à orienter ces derniers dans un parcours de reconnaissance, de réparation et de réhabilitation médico-psycho-sociale. Dans ce travail, après un bref rappel historique, nous proposons de définir ces termes en soulignant certains enjeux psychiques auxquels ils renvoient. Les questions liées à la place du sujet dans les soins, aux interactions entre les différents interlocuteurs et à la problématique du soupçon seront pour nous l'occasion d'interroger notre pratique.

Mots-clés : État de stress post-traumatique. Reconnaissance. Réhabilitation. Réparation.

Abstract

RECOGNITION, REPAIR, REHABILITATION OF PSYCHIC WOUNDS AMONG THE MILITARY: ISSUES AND PROSPECT.

In recent years, the French Military Health Service has put in place and coordinated numerous plans to facilitate the screening, care and long-term support of patients with post-traumatic stress disorder. At the same time, an unprecedented communication campaign was carried out, aimed at the command as well as the general public, in order to encourage those injured psychologically to seek help and care. These measures have contributed to improving the recognition, repair and medical-psycho-social rehabilitation of these wounded people. In this work, we first define those terms, and then we highlight which clinical questions they raise. Issues related to the involvement of the patients in their care, the interactions between the various actors concerned, the notions of suspicion and accountability, will be an opportunity for us to question our practice and its perspectives.

Keywords: Post traumatic stress disorder. Recognition. Rehabilitation. Repair.

Une problématique historique

Fin 1917, Thomas Salmon, psychiatre américain, est chargé par le ministère de la Guerre d'effectuer une mission d'observation auprès du corps expéditionnaire britannique afin de préparer l'entrée en guerre des États-Unis. Il présente un rapport au *National Commitee for Mental Hygiene* (1). Dans celui-ci, il fait des propositions très concrètes sur l'organisation du système de soin et la prise en charge au long cours des patients. Il propose de créer aux États-Unis des hôpitaux spécialisés chargés d'accueillir les blessés revenant du front européen. Pour ceux présentant une « *insanity* » (maladie mentale décompensée du fait de la guerre), il s'agit de faire le lien avec les structures civiles. Pour les patients atteints de « *War Neurose* » (maladies mentales déclenchées par la guerre), il suggère la création de centres de convalescence et de reconstruction. Au sein de ces derniers, les patients bénéficieraient d'une prise en charge globale et prolongée.

En effet, Salmon croit en la valeur rééducative du travail et de l'activité physique. Il propose au sein des structures hospitalières de développer l'agriculture et de limiter au maximum les temps d'inactivité improductifs. En l'absence d'amélioration, les soldats pourraient être démobilisés après au minimum une année de soins. Il s'agit pour lui d'éviter de reproduire l'erreur des armées britanniques comme allemandes qui a été de démobiliser trop rapidement de nombreux soldats atteints de « *shell schock* » en leur donnant des pensions d'invalidité ce qui est venu fixer les symptômes en créant des « *pension neurosis* » ou « r*entenneurose* ».

G. THOMAS, médecin en chef, praticien certifié. E. LE PAPE, médecin en chef, praticien certifié. E. MÈLE, médecin en chef, praticien certifié. G. TOURINEL, médecin chef des services, praticien certifié.
Correspondance : Monsieur le médecin en chef G. THOMAS, Service de psychiatrie, HIA Robert Picqué, CS 80002 – 33882 Villenave d'Ornon Cedex.
E-mail : gilles2.thomas@intradef.gouv.fr

Il est remarquable de constater l'actualité de ces observations réalisées en 1917. Déjà, se dessinait la perspective d'une prise en charge globale intégrant un versant thérapeutique spécifique, un effort de réadaptation notamment par le travail ou l'activité sportive et enfin les problématiques liées à l'épineuse question des effets de la reconnaissance sur l'amélioration ou au contraire le maintien des troubles. Quelle lecture peut-on proposer sur ce sujet près de cent ans plus tard alors que le terme de stress-post traumatique est suffisamment diffusé et accepté par l'opinion publique pour être devenu un enjeu majeur de santé mentale dans les armées ?

Nous dirons en préambule qu'au même titre que la blessure physique, la blessure psychique a gagné en légitimité et qu'elle suscite une attente du blessé et de son entourage à l'égard de la société. Cependant les enjeux psychiques sous-tendus par les termes de reconnaissance, de réparation et de réhabilitation demeurent et nous nous proposons de les esquisser.

Selon le dictionnaire Larousse, le terme de reconnaissance renvoie à l'action de reconnaître quelque chose comme vrai ou réel. En interrogeant le rapport à la vérité du discours du patient, il convoque la notion de responsabilité permettant de désigner sinon un coupable, du moins un responsable qui devra s'acquitter de sa dette à l'égard de celui-ci. Cette question de la responsabilité est indissociable de la notion de légitimité. Notons que si les déclinaisons subjectives de ce signifiant sont nombreuses – légitimité d'une demande, légitimité d'une souffrance, légitimité d'un point de vue, etc. – leur pendant légale convoque la notion de preuve ce qui est loin d'être évident dans un domaine où la susceptibilité individuelle et les enjeux relationnels peuvent se conjuguer pour permettre une suppléance parfois prolongée.

Le terme de réparation, quant à lui, renvoie aux notions de rétablissement, de retour à la normale. Dans le domaine juridique, le mot « réparation » est employé en contrepartie d'un préjudice, notamment par le biais d'une compensation financière. On comprendra aisément que dans le domaine du psychisme la question du retour à la normale ne va pas de soi. En effet, chacune de nos expériences nous construit ; elle peut influencer positivement ou négativement notre trajectoire de vie comme notre équilibre psychique. La quantification d'une souffrance psychique et de son retentissement est par conséquent un exercice difficile, susceptible d'induire un décalage important entre les constats de l'expert et les attentes du patient ce qui peut constituer un point de blocage dans les prises en charge. L'équivalence entre dette financière et dette symbolique est ainsi loin d'être acquise et parfois quelques excuses, une médaille ou un témoignage de satisfaction peuvent avoir plus d'effets dans le cours évolutif d'une affection que le montant d'une pension.

Le terme de réhabilitation est polysémique. Il désigne en droit l'action d'effacer les conséquences d'une condamnation. Il convoque entre autres les notions de culpabilité et de place du sujet au sein de la société. On comprend que cela soulève des questions aux confins d'enjeux individuels, chacun ayant un rapport personnel à la culpabilité, et collectifs : « que faire des blessés psychiques dans une institution exigeante ou la conformité et le dépassement de soi sont érigés en idéal ? », peut-on parfois entendre.

Avoir conscience de ces éléments permet au médecin des forces tout comme au psychiatre de garder une certaine distance vis-à-vis des différentes demandes qui leur sont adressées tant par le patient que par l'institution. Il s'agit de se dégager la marge de réflexion nécessaire pour accompagner le patient dans un travail d'élaboration tout en préservant une dimension soignante à l'action médicale de réparation en participant à l'amélioration globale de la prise en charge sur un plan institutionnel. En effet, face à la complexité des démarches qui attendent le blessé psychique et la multiplicité des interlocuteurs, la tentation pourrait être grande de se substituer au travail du commandement ou de l'organisme gestionnaire comme du législateur tant la question du soupçon peut infiltrer certaines demandes de reconnaissance.

L'objectif de ce travail issu de notre expérience clinique et de nos observations sur les évolutions actuelles du parcours de soins est de repérer les différents enjeux psychopathologiques, légaux et éthiques afin d'interroger notre pratique et d'en dégager des enseignements pour l'avenir.

La reconnaissance du sujet au cœur du parcours de soins et de réhabilitation

Le suivi des troubles psychiques post-traumatiques s'organise actuellement au sein d'un parcours de soins inscrit dans un réseau d'interlocuteurs d'horizons divers. Après une prise en charge au plus près de l'événement soit par le médecin des forces, soit par un psychiatre sur le théâtre d'opérations, le blessé psychique pourra être orienté si son état est incompatible avec la poursuite de la mission vers un hôpital d'instruction des armées. Dans un second temps, il pourra être adressé près de son lieu de vie vers un spécialiste de la santé mentale pour un relais de soin coordonné par son médecin militaire, aidé éventuellement d'un psychologue clinicien du Service de santé des armées (SSA) ou des forces. En fonction du territoire de santé du patient, ces soins de proximité peuvent s'appuyer sur une équipe spécialisée située au sein d'un établissement civilo-militaire. Enfin, aux différents temps de la prise en charge, des dispositifs institutionnels spécifiques (bureau environnement humain, cellules d'aide aux blessés, échelon social, numéro vert « Écoute défense », etc.) pourront être mobilisés en cas de besoin.

Dans la pratique, de nombreux patients échappent à ce maillage. En effet, tous ne présentent pas une réaction immédiate. En outre, il peut exister une forte réticence à la verbalisation. Cela peut-être d'autant plus marqué que le sujet est jeune et en proie à des problématiques institutionnelles et de carrière, incompatibles avec la formulation d'une plainte. Par la suite, nombre de ces sujets auront du mal à se reconnaître comme souffrant. Il n'est pas rare d'observer *a posteriori* l'installation insidieuse de troubles des conduites associés à un remaniement caractériel de la personnalité

chez des personnes en souffrance pendant des années et pour lesquelles les symptômes post-traumatiques restent sub-syndromiques ou aspécifiques jusqu'au déclenchement. Enfin, une fois la maladie admise et reconnue souvent sur injonction de l'entourage, de nombreux patients consulteront d'abord en milieu civil par souci de discrétion, par crainte pour leur aptitude, ou encore par peur de la stigmatisation liée à la nature de leurs troubles, voire pour des critères plus pratiques liés à l'éloignement des services de psychiatrie militaires. Pour ces patients qui ne s'inscrivent pas dans un parcours de soins ou qui sont pour un temps plus ou moins long en rupture thérapeutique, chaque visite médicale réglementaire est à considérer comme l'opportunité d'une rencontre, la possibilité offerte pour que se noue un lien thérapeutique. Dans ces cas, il convient avant d'avoir entendu le patient de se garder de toute attitude moralisatrice. Il serait dommage, en effet, que ces visites soient vécues uniquement comme des contraintes administratives et qu'elles ne s'inscrivent que dans une perspective de contrôle de la conformité du cas aux textes réglementaires. Il s'agit véritablement d'une opportunité offerte à un sujet en souffrance de libérer sa parole malgré ses résistances et ses réticences.

À l'inverse, d'autres patients surinvestissent les dispositifs institutionnels sur un mode quasi magique comme mode de suppléance à la maladie. Il n'est pas rare de les voir venir en consultation avec des demandes multiples dont ils ne saisissent pas forcément la portée : certificat de consolidation pour déclencher une demande de réparation au titre de la jurisprudence Brugnot, attestation pour une assurance, certificat pour la MDPH (maison départementale des personnes handicapées) dans la perspective d'obtenir la RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), etc. S'il ne fait aucun doute que la multiplicité et la complexité des démarches à entreprendre pour obtenir réparation nécessitent une aide ne serait-ce que pour repérer les différents interlocuteurs et leur modalité de saisine, il nous paraît indispensable de respecter la temporalité individuelle avant d'orienter le sujet vers un parcours de reconnaissance. En effet, il convient qu'il soit en état d'en mesurer les enjeux comme les difficultés et qu'il soit suffisamment stable pour mobiliser l'énergie nécessaire à l'accomplissement de ces démarches. Le risque serait alors que ces dernières n'aboutissent pas, privant ainsi le patient de ses droits. À l'inverse, il peut se focaliser sur la perspective d'une réparation magique qui viendrait signer la restauration de l'état antérieur. Il est parfois nécessaire également de décaler un sujet d'une demande trop anticipée de rédaction d'un certificat de consolidation ou visant à la reconnaissance d'un handicap, formulée dans l'urgence dans un contexte de difficultés financières et/ou personnelles en particulier conjugales. Dans ces situations en effet, la symptomatologie réactionnelle se conjugue à la symptomatologie séquellaire et risque d'empêcher la juste appréciation des troubles ou d'induire chez l'expert examinateur des contre-attitudes préjudiciables au patient, ce dernier risquant de se centrer uniquement sur la dimension utilitaire de la demande.

Notons enfin que certains patients surinvestissent la question de la reconnaissance qui devient sur un plan symbolique un instrument de réparation d'une injustice dont la réponse sera toujours vécue comme insatisfaisante. Un des enjeux thérapeutiques dans ces cas est d'aider le patient à se décaler de cette demande qui l'épuise plutôt que de l'encourager à multiplier les recours qui bien souvent ne font qu'aggraver son sentiment d'injustice et de non-reconnaissance.

Le décalage possible entre temporalité individuelle et institutionnelle peut enfin se décliner dans le temps nécessaire à mettre en place un projet de reprise, de réorientation ou de reconversion. En effet, si les textes permettent un arrêt maladie prolongé lorsque le lien au service est reconnu, nombre de patients auront parcouru le cheminement nécessaire à la mise en place d'une réorientation bien avant les échéances administratives. Il peut dans ces cas être difficile de faire comprendre aux différents interlocuteurs institutionnels la nécessité de mettre en place un projet de reconversion et/ou de reprise en avance de phases par rapport aux échéances statutaires (demi-solde par exemple).

L'ensemble de ces remarques soulignent la nécessité de penser un projet global et personnalisé pour chaque patient, dans un parcours de soins et de reconstruction partagé. L'enjeu pour les différents intervenants médicaux est de se saisir des aides institutionnelles pour accompagner un sujet en souffrance dans une trajectoire de reconnaissance/réparation/réhabilitation qui lui est propre, en se gardant autant que faire se peut de toute standardisation.

Les interlocuteurs du parcours de reconstruction : se connaître et se reconnaître

En collaboration avec les soins, de nombreux dispositifs institutionnels et associatifs participent au parcours de reconnaissance/réparation/réhabilitation des blessés psychiques. Ils constituent un maillage étroit présent aux différentes étapes de la prise en charge. Depuis les échelons de proximité (commission des blessés au sein des régiments, bureau environnement humain) jusqu'aux instances centrales (cellules chargées de la prise en charge des blessés au sein de chaque armée) voire à l'hôpital (CMBS/C2RBO), l'aide aux blessés mobilise un ensemble d'acteurs aux compétences diverses. À ces dispositifs spécifiques s'associent des interlocuteurs indispensables, susceptibles de mobiliser des aides diverses tels les services sociaux, les organismes de protections sociales et les assurances. Enfin, il ne faut pas méconnaître l'importance du travail associatif qui par le biais de stages, d'aides financières ou d'aides à la réinsertion participent notablement aux rétablissements des patients.

Notons que si l'ensemble des intervenants de ces réseaux participe à l'amélioration globale de la santé des patients, à chacun correspondent des demandes et des attentes distinctes. En effet, on peut parfois observer une tendance à glisser du bien-être ou du soutien vers le soin dans certains domaines comme celui des activités

utilisant des médiations animales ou le sport comme support pour assurer un accompagnement psycho-social des patients blessés psychiques. S'il ne fait aucun doute que le sport en favorisant l'esprit d'équipe, la cohésion et en permettant de réinvestir le corps sur un mode ludique, a un effet renarcissisant, il ne peut pour autant être considéré comme une réponse adaptée à tous les patients et à toutes les situations. Les véritables contre-indications psychiatriques sont rares. Cependant, la plupart du temps, nous observons que les refus sront plutôt le fait de patients présentant des conduites d'évitement du milieu militaire ou en lien avec l'absence d'attrait pour les activités sportives. À l'inverse, certains patients surinvestissent les stages sportifs au sein desquels ils ont l'illusion de retrouver une place dans l'institution ce qui peut rendre compte d'une incapacité à faire le deuil de leur engagement. C'est dire l'importance du travail d'élaboration psychique autour des réactions que suscitent une proposition de participation à un stage. En effet, il arrive parfois que les avis médicaux soient demandés sur pièces à la dernière minute rendant difficile la réévaluation de la situation clinique.

Un autre domaine dans lequel il est courant d'observer un glissement de rôle entre personnels chargés de l'accompagnement psychosocial des patients et personnels soignants est celui de l'orientation des patients vis-à-vis des soins. Si évaluer l'efficacité de l'ensemble des interventions qui se réclament comme ayant fait leur preuve dans la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques s'avère impossible tant du fait de la dilution du concept qui amène à recruter des malades très hétérogènes que de l'absence de standardisation des pratiques, il existe certaines modalités de prise en charge reconnues par « *l'Evidence-Based Medicine* » qui sont à privilégier. Cela ne signifie pas qu'il faille avoir un a priori négatif sur l'ensemble des techniques dites de « médiation », basées sur un abord corporel ou la relaxation, voire la suggestion mais plutôt qu'il faille les considérer comme des moyens thérapeutiques complémentaires susceptibles d'être mobilisés dans le cadre d'un projet de soin global, à condition qu'ils ne soient pas considérés comme des outils « miracles » et « exclusifs » des autres prises en charge au risque de succomber à des effets de mode.

Il ne s'agit pas ici d'opposer les différentes actions de soutien visant la reconstruction du blessé les unes aux autres mais plutôt d'assurer une communication optimale entre tous les membres du réseau afin que les décisions pouvant impacter le suivi des patients soient prises en concertation. À ce sujet, la notion de secret partagé (2) permet aux médecins du SSA d'échanger « avec une ou plusieurs personnes, relevant du ministre de la Défense ou de la tutelle du ministre chargé des Anciens Combattants, et ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés, des informations relatives à ce militaire ou à cet ancien militaire pris en charge, à condition que ces informations soient strictement nécessaires à son accompagnement. » Cela ne signifie pas que toutes les informations médicales doivent être dévoilées. Dans l'intérêt du patient et dans une visée éthique d'aide, il convient de permettre aux différents interlocuteurs de s'unir pour l'accompagnement des blessés en évitant de céder au clivage lié aux différences de places et de contraintes de chacun. En effet, la dimension subjective et bien souvent cachée des blessures invisibles fait que, plus que pour toutes autres affections, c'est dans la communication et le dialogue qu'elles sont reconnues. C'est ce que nous proposons d'explorer dans le chapitre suivant.

1918-2018 : du soupçon à la reconnaissance clinique

En 1912, Édouard Brissaud créait le terme de sinistrose pour désigner les malades « assurés ». Fassin et Rechtman constatent dans leur ouvrage *L'empire du traumatisme* que dans tous les pays qui indemnisent les accidents du travail, ces derniers exigent pour guérir un temps beaucoup plus long que les malades « non assurés ». « La sinistrose définit comme une inhibition très spéciale de la volonté ou, mieux encore, de la bonne volonté » (3). D'après Brissaud, pour ces malades, la question de la compensation financière est cruciale. « Il est important de statuer rapidement sur la consolidation et de ne pas attendre la guérison complète qui ne viendra d'ailleurs pas pour accorder une indemnité financière dont le taux devra rester modeste et qui doit être définitive afin d'interrompre le cycle des bénéfices ». En 1919, Antoine Porot et Angelo Hesnard dans leur traité de médecine de guerre justifient l'usage de l'électrothérapie à la fois pour démasquer les simulateurs et traiter les hystéro-traumatisés (3). Selon eux, seules les réactions psychotiques aiguës doivent bénéficier directement d'une imputabilité ouvrant droit à une pension de guerre. Pour les traumatisés, la faiblesse de caractère, l'égoïsme, l'existence de tares débilitantes et le défaut de sens civique rendent compte pour une part de la symptomatologie. L'enjeu n'est pas alors de renvoyer ces hommes au front mais bien de réduire le taux de pension d'invalidité de la pension de guerre qu'ils réclament. Ces points de vue se nuancent cependant et en 1931 Fribourg Blanc communiquera à la 35e session du Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de France et des pays de Langue Française à propos des fausses simulations en médecine légale psychiatrique. Il distingue alors plusieurs cas : les sursimulations ou exagérations conscientes dans un but utilitaire de tares antérieures, les exagérations inconscientes qui désignent bien des situations mais en particulier la question de la distinction difficile entre hystérie ou pithiatisme et maladie nerveuse. Il met également en exergue d'autres situations comme les faux aveux ou auto-accusations délirantes, la dissimulation de troubles mentaux chez un sujet présentant une symptomatologie avérée ou les formes atypiques du fait d'une association symptomatique ou d'une expression inhabituelle des troubles. L'embarras de sa réflexion témoigne de la complexité de cette question dont les psychiatres et experts de l'après-guerre sont saisis. Aux soupçons vis-à-vis des patients s'associe celui vis-à-vis des praticiens qui ne manquent pas d'y opposer leur réflexion clinique (4). Cette question du soupçon généralisé n'est

pas propre à l'institution militaire. En 1984, dans un livret destiné à la formation des élèves du SSA, Claude Barrois, alors titulaire de la chaire de psychiatrie et d'hygiène mentale dans les armées en définit ainsi les conditions d'émergence : « le soupçon se développe au sein d'une collectivité très fortement structurée et hiérarchisée, lorsqu'il existe un décalage assez important entre les systèmes d'attitude des cadres et ceux des membres « de base », dans les situations contraignantes, sur une population faiblement sélectionnée au préalable quant à ses motivations et ses aptitudes et en présence d'un service de santé structuré susceptible de proposer des exemptions et autres avantages pour raisons médicales » (5). Un peu plus loin dans le même ouvrage, il en propose une lecture psycho-dynamique basée sur « l'atteinte à l'idéal d'intégrité du corps militaire que porte en lui le militaire absent ou affaibli. En risquant par son absence de compromettre la mission, ce dernier devient une menace fantasmatique à l'origine de mécanismes de défense particuliers : le clivage (le sujet psychiatrisé devient mauvais) ; le désinvestissement objectal (l'individu n'est plus considéré dans sa réalité et dans son hétérogénéité de sujet), le déni (notamment à propos du fait pathologique), la projection (qui consiste à attribuer à l'extérieur – le psychiatre, les médias, etc. – un effet de contamination, la responsabilité de difficultés intérieures, etc.) et enfin, la régression formelle qui fait que l'impression souvent accompagnée d'une expression affective intense et massive prend le pas sur l'abord rationnel du problème ». Notons que ces remarques sont émises à une période de désinvestissement du service national alors que les psychiatres militaires sont confrontés à une vague importante de réforme des appelés du contingent. C'est dans ce contexte que Plouznikoff dans « Psychiatrie militaire en situation opérationnelle » (6) signalait au début des années 1990 la difficulté pour le psychiatre militaire de faire reconnaître son action : « Malgré le travail de plusieurs générations de psychiatres militaires, la sensibilisation à la reconnaissance et à l'acceptation du fait psychique dans les armées reste toujours à faire et à refaire. Des malentendus touchant à la question des réformes, le soupçon de simulation, faisaient qu'en temps de paix, l'action du psychiatre était mal comprise, voire mal interprétée. » Près de 20 ans plus tard, après l'expérience de la Première guerre du Golfe, la reformulation des principes de la psychiatrie de l'avant et l'abandon du service national, Vautier et coll. annoncent dans un article paru dans les annales médico-psychologiques la fin du soupçon de simulation dans les armées. Désormais, écrivent ces auteurs, « l'échec d'adaptation quelles qu'en soient les raisons est à voir comme l'échec d'un projet personnel » (7). Il nous semble pourtant qu'aujourd'hui cette question du soupçon se réactualise devant le nombre de nouveaux patients présentant un trouble psychique post-traumatique repéré dans le cadre des mesures mises en œuvre par le SSA (8).

De notre point de vue, cette question du soupçon résulte avant tout de plusieurs malentendus.

Le premier pourrait être lié au décalage qu'il peut y avoir entre le diagnostic d'une affection et l'inscription dans les soins du patient. Accepter un diagnostic, un traitement, faire le deuil de sa vie antérieure et trouver l'énergie pour formuler de nouveaux projets nécessitent un travail d'acceptation qui ne va pas de soi. Il nous semble important que ce travail soit accompagné, encouragé et pas uniquement considéré comme un manque de volonté.

Le deuxième pourrait être lié comme le soulignait Jean-Luc Viaux lors d'une journée scientifique de l'Association française du stress et du trauma consacrée à la réparation au fait que (9) : « la vérité judiciaire n'est pas strictement équivalente à la vérité clinique ». En termes de causalité et de matérialité des faits, la variabilité clinique, mais également le cadre législatif qui sous-tend la décision peuvent influencer notablement la décision de l'expert. Dans notre pratique, il est parfois difficile pour les différents interlocuteurs de faire la distinction entre l'imputabilité au service déterminée par le service des pensions de La Rochelle dont la définition juridique supporte l'établissement d'une causalité partielle (10), et le lien présumé au service proposé par l'inspection du SSA dont le régime de causalité doit être direct et exclusif d'un fait de service. Ceci peut aboutir à des situations en apparence paradoxales où des patients sont pensionnés pour une affection reconnue imputable au service sans que le lien présumé au service ne soit reconnu. Ces situations sont fréquemment source d'incompréhension pour les patients et sont très souvent préjudiciables pour les plus jeunes engagés dont les droits aux soins sont limités.

Cette question du soupçon va alors se décliner dans plusieurs champs. Le premier est la difficulté d'apporter la preuve administrative de la survenue d'un événement et ce d'autant plus que la traçabilité des expositions potentiellement traumatiques a été pendant longtemps négligée. Notons que certains événements traumatiques peuvent être discrets (« sifflement » de balles perdues), personnel (échange de regards avec un blessé), sans témoin et sans manifestations initiales ou alors non spécifiques (irritabilité, abus de substances, passage à l'acte hétéro-agressif).

Le deuxième est lié à la variabilité des réactions cliniques. En effet, le déclenchement traumatique peut se manifester selon différentes modalités, allant de la prise de conscience immédiate, à son irruption dans l'après coup ou encore à l'effet cumulatif d'expositions répétées. Par ailleurs, les troubles des conduites peuvent avoir entraîné des contre-attitudes de l'entourage professionnel à même de favoriser une réaction initiale disciplinaire plutôt qu'une orientation vers les soins. Ces cas sont d'autant plus compliqués que l'accès au spécialiste militaire est tardif et/ou que le patient se trouve dans une impasse relationnelle, en rupture de communication avec son milieu professionnel. À distance, le repérage clinique est parfois compliqué et il peut être bien difficile de différencier une reviviscence, dont la dimension intrusive et la sensorialité signent le caractère traumatique d'une réminiscence qui sur le mode de la répétition vient renforcer une tristesse réactionnelle de l'humeur ou la conviction d'être victime d'une injustice.

Enfin, la question de la causalité psychique est éminemment complexe et si dans une perspective

psychopathologique l'effraction traumatique (11, 12) signe indubitablement l'exposition, elle est parfois bien difficile à repérer lorsque les symptômes initiaux se sont compliqués d'un trouble de l'humeur, d'un trouble des conduites ou que leur expression est modifiée par le terrain sous-jacent ce que Crocq appelle les symptômes de superstructure (13). Dans la mesure où chacun réagit différemment à un même événement, on ne peut juger de la dimension traumatisante de ce dernier qu'à l'aune du cas singulier sans jamais pouvoir s'absoudre du filtre de la subjectivité ce qui pointe l'absence de linéarité de la relation de causalité entre la confrontation à l'événement et la survenue du trouble.

Construit à l'interface du discours du patient qui n'est généralement jamais exempt de remaniements plus ou moins conscients et plus ou moins utilitaires et des éléments de réalité apportés par l'entourage, l'impression clinique du thérapeute se forgera sur l'établissement d'un lien de confiance. Celle de l'expert peut avoir tendance à se construire sur la base de la réfutation d'un soupçon permis par la cohérence du discours et la concordance de la clinique du cas par rapport aux descriptions sémiologiques théoriques. C'est donc souvent au croisement de la clinique, des pièces administratives recueillies et de la demande du patient ainsi qu'au terme d'une réflexion éthique (14) visant le meilleur compromis entre les intérêts du sujet et ceux de l'institution que se prendra la décision de soutenir ou non une demande de reconnaissance (15).

Conclusion

L'objectif de ce travail était de poser les bases d'une réflexion sur la pratique autour des questions de reconnaissance, de réparation et de réhabilitation. Au fil de notre réflexion, nous avons souligné :

– la difficulté pour le sujet de reconnaître la maladie, les symptômes, la nécessité de soins et le décalage qu'il peut y avoir entre la temporalité individuelle et la temporalité institutionnelle qui nécessite souvent un temps d'accompagnement et d'élaboration que le personnel soignant se doit de respecter ;

– la difficulté pour l'ensemble des différents interlocuteurs d'être reconnus dans leurs fonctions et les spécificités de leur approche ce qui nécessite un travail permanent d'échange et de dialogue en gardant à l'esprit la visée commune et en évitant autant que possible la confrontation et la confusion des rôles.

Enfin, la difficulté pour tous de faire reconnaître la souffrance psychique qui tient probablement à la nature même de ce phénomène dont la dimension éminemment individuelle se heurte parfois à la rigueur des procédures administratives.

Parmi les pistes de réflexion pour diminuer ces difficultés, il nous semble pertinent d'envisager la création de commissions d'examen du lien au service pour les cas litigieux qui réuniraient un ou plusieurs médecins des forces et des spécialistes dont éventuellement le médecin traitant du patient ainsi que des représentants du commandement. Cela pourrait donner du sens à des décisions qui peuvent parfois paraître comme peu compréhensibles. Cela permettrait en tout cas une plus grande transparence et la possibilité aux différents interlocuteurs de faire valoir leur point de vue ce qui contribuerait probablement à la diminution de certains malentendus.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Thomas W. Salmon. The Care and treatment of mental diseases and war neuroses « shell schok » in the british Army. New York: The National Committee for Mental Hygiene;1917:116p.
2. Ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au Service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides.
3. Fassin D, Rechtman R. L'empire du traumatisme enquête sur la condition de victime. Paris: Flamarion; 2011.
4. Fribourg-Blanc A. Les fausses simulations en médecine légale psychiatrique. In rapport du XXXV[e] Congrès des Aliénistes et neurologistes de langue Française (7-12 avril 1931) Paris : Masson; 1931.
5. Barois C. Le problème de la simulation des troubles psychiques en milieu militaire. In : Aspects Actuels de la psychiatrie militaire tome I. Paris : École d'application du Service de santé pour l'armée de Terre ;1984.
6. Briole G, Lebigot F, Laffont B. Psychiatrie Militaire en situation opérationnelle. Collection scientifique de la revue Médecine et Armées et de la société française de médecine des armées. Paris : ADDIM 1998.
7. Vautier V, Andruetan Y, Clervoy P, Payen A. La notion de simulation des troubles psychiques dans les armées. Évolution des idées. Annales médico psychologique 2011;168:291-6.
8. Direction centrale du Service de santé des armées. Note n°527740/DEF/DCSSA/AAD-EMP du 18 décembre 2015 relative au plan d'action 2015-2018 : « Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées.
9. Viaux J-L. L'évaluation du traumatisme psychique : entre clinique du sujet et médiatisation sociale. Compte rendu de la journée de l'Alfest du 26 novembre 2014. Réparation : le traumatisme confisqué ; disponible en ligne sur le site www.alfest.trauma.com [consulté le 6 mars 2018].
10. Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Version consolidée au 1[er] décembre 2018. www.legifrance.gouv.fr.
11. Lebigot F. Traiter les Traumatismes psychiques. Paris: Dunod ; 2005.
12. Colas M-D, Lahutte B. Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique. Médecine et Armées 2009;37:399-410.
13. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris Odile Jacob ; 1999.
14. Thomas Gilles. Réflexions éthiques à propos du cumul des fonctions expertes et soignantes du psychiatre militaire. Exemple de l'état de stress post-traumatique. Mémoire de Master SES, Bordeaux : Université Bordeaux Montaigne ; 2016:96p.
15. Lebigot F, Colas-Benayoun M-D. Reconnaissance et réparation des blessures psychiques de guerre. Stress et Trauma 2004;4:103-11.