Retour d'expérience des acteurs d'une chaîne de prise en charge médico-psychologique des commandos Marine engagés au Sahel

J. Brélivet[a], F. Rivetta[b], L.-M. Martinez[c], L. Malan[b], A. Le Gall[a]

a SLPA Lorient, BP 92222 – 56998 Lorient Cedex.
b CMA Brest/AMS Lorient-Lanester – 56998 Lorient Cedex.
c DPMM/SPM 15, rue Laborde CC 28 – 75398 Paris Cedex 08.

Article reçu le 5 décembre 2014, accepté le 28 septembre 2016.

Résumé

Déployés au Sahel, les commandos Marine ont récemment été engagés dans des combats de haute intensité dont les conséquences psychologiques potentielles nécessitent la mise en place d'une chaîne de suivi spécifique. Ce dispositif est la résultante d'une articulation entre médecins et psychologues militaires qui ont retenu au fil de leur expérience différents principes pour son élaboration et sa mise en œuvre : proximité, pluridisciplinarité, continuité dans le temps et relation de confiance. Cette dernière constitue le point-clé qui doit nous permettre de passer d'une époque où le combattant traumatisé restait trop souvent isolé dans sa souffrance par crainte de l'inaptitude entre autres, à une nouvelle ère où chaque commando marine peut réellement franchir le pas d'une demande de prise en charge médico-psychologique le cas échéant.

Mots-clés : Commandos Marine. Suivi médico-psychologique. Syndrome psycho-traumatique.

Abstract

A MILITARY OPERATION IN SAHEL: MISSION FEEDBACK FROM A PSYCHOLOGICAL SUPPORT TEAM WITH THE NAVY COMMANDOS.

The navy commandos sent to Sahel have recently been engaging in high intensity combats. The risk of potential psychological consequences required the set up of a dedicated follow–up team. This set up results from the coordination between military doctors and psychologists, they relied on much experience to establish a few key principles: proximity, versatility, continuity over time and trust. This last principle is especially key to move from a model where traumatized fighters remain isolated, alone with their trauma, because they fear to be cast aside for example, into a new era where every navy commando fighter can truly reach out for psycho-medical help.

Keywords: Navy commandos. Psycho-medical follow-up. Psycho-traumatic syndrome.

Introduction

L'intervention militaire française au Sahel a réuni en 2013 toutes les armées dans un dispositif de grande ampleur. Au sein de ce dernier les forces spéciales ont été engagées dans de nombreuses actions de combat potentiellement traumatiques sur le plan psychique. Les missions effectuées par les commandos Marine ont suscité le déploiement et la mise à l'épreuve d'un dispositif de suivi médico-psychologique, fruit d'une étroite collaboration entre médecins du Service de santé des armées (SSA) et psychologues du Service de psychologie de la Marine (SPM).

Une chaîne médico-psychologique de proximité

En amont

Ce dispositif de suivi pose ses premiers jalons bien en amont de toute Opération extérieure (OPEX) avec

J. BRÉLIVET, capitaine de corvette, psychologue clinicien. F. RIVETTA, médecin en chef, praticien confirmé. L.-M. MARTINEZ, médecin en chef, praticien confirmé. L. MALAN, médecin en chef, praticien confirmé. A. LE GALL, enseigne de vaisseau, psychologue clinicien.
Correspondance : Monsieur le capitaine de corvette J. BRÉLIVET, Service local de psychologie appliquée (SLPA) Lorient, BP 92222 – 56998 Lorient Cedex.
E-mail : jacquesbrelivet@laposte.net

la réalisation d'actions répétées de sensibilisation sur le thème des traumatismes psychiques lors de conférences ponctuelles ou de cours insérés dans le parcours de formation des commandos Marine. Au-delà de la simple connaissance des troubles post-traumatiques qui peut déjà favoriser chez un sujet une demande de prise en charge le jour venu, ce qui se joue alors relève d'une dynamique bien plus profonde. À ce stade, l'enjeu est de faire en sorte que les combattants s'approprient le syndrome post-traumatique comme un risque inhérent à leur métier et que dans le même temps soient identifiés comme réellement accessibles le dispositif et les interlocuteurs locaux concernant cette question.

Pendant la mission

Centré sur le médecin d'unité déployé, le soutien psychologique du combattant se veut avant tout pluridisciplinaire. Ce médecin de théâtre constitue un interlocuteur privilégié, connu du personnel depuis la métropole, qui s'appuie sur sa proximité et son immersion dans le milieu commando pour favoriser le dialogue et l'échange.

Ce médecin est en collaboration étroite avec l'équipe du Service local de psychologie appliquée (SLPA) sur une base solide de respect strict du secret médical et professionnel.

Ce respect de la confidence permet une relation de confiance entre les trois acteurs : le médecin, le combattant et le psychologue.

L'action de suivi psychologique du médecin peut être résumée en plusieurs phases :

– préparation personnelle avant une intervention ;

– échange individuel rapide entre le médecin et les commandos après chaque action de combat ;

– réunion de synthèse avec le groupe de commandos centrée sur les aspects saillants de la mission achevée ;

– indication, posée en fin de mandat par le médecin, de l'intervention des psychologues et ouverture d'une réflexion sur le suivi médico-psychologique à moyen et long terme.

Ces trois premières phases forment un cycle qui sera répété en boucle courte au cours d'un mandat de quatre mois environ, avec en moyenne une opération par semaine.

En cas d'événement grave (décès d'un camarade, accident grave, etc.) ou d'action exceptionnellement dure, le médecin peut solliciter la projection de psychiatres et/ou de psychologues pour mettre en place un dispositif de prise en charge immédiate (1).

La permanence, « au contact », du médecin et de l'infirmier en préparation de mission, pendant et après l'action offre la richesse d'une ouverture permanente au dialogue ; les acteurs de santé se posent en véritables référents de proximité pour le soutien psychologique.

La phase de préparation au combat nécessite une clairvoyance du médecin pour détecter, chez des personnels parfaitement connus en métropole et lors des périodes de mise en condition opérationnelle, des fragilités ponctuelles qui seraient néfastes à la bonne exécution de la mission. Par exemple, après la mort au combat d'un commando il y a quelques années, ses camarades avaient reçu pour consigne par le commandement sur place de « prendre le temps nécessaire » avant la reprise des opérations. Le moment de cette reprise avait alors varié d'un sujet à un autre en fonction de l'appréciation du médecin qui avait instauré avec chacun les conditions d'un dialogue personnalisé.

Chaque opération inclut une planification spécifique, un « *drill* » orienté avec répétition des procédures d'intervention (*reharshall*). À maintes reprises les commandos doivent entrer dans une phase de mise en pression psychologique et de concentration intense avant action. Les personnels vivent ces alternances de phases comme un véritable « ascenseur émotionnel » qu'ils considèrent très consommateur en énergie et épuisant à la longue.

Lors de cette phase de préparation centrée sur la « mécanisation » des actions, les répétitions d'actes réflexes et d'algorithmes décisionnels, l'équipe médicale est à même d'exclure temporairement des commandos dont l'équilibre psychique ne serait pas optimal. Le médecin veille alors à ce que les commandos orientent leurs ressources psychologiques vers l'action en contenant les émotions, indécisions et pensées « parasites » pour laisser libre court à une nécessaire forte motivation chez le combattant (*purpose*) (2).

À tout instant cette démarche peut être complétée par l'expertise et l'aide psychothérapeutique du sujet par un psychologue ou un psychiatre si le cycle ne permet plus à l'individu de trouver suffisamment de ressources pour la reprise des missions.

Après chaque action de combat, un échange individuel rapide et informel est réalisé entre le médecin et chaque commando. Cet échange ne se conçoit qu'après l'action, dans un cadre sécurisé mais dans des délais courts, alors que les événements sont encore très présents à l'esprit du sujet et peu censurés. Agir rapidement permet au sujet qui le souhaite d'exprimer pleinement les émotions ressenties et constitue pour lui un premier temps d'analyse et de synthèse qui favorisera une prise de recul d'avec ces émotions. L'expérience prouve que ces entretiens permettent d'atténuer le niveau de stress dû à l'événement et de favoriser les processus de récupération.

Le dialogue est d'autant plus facilité qu'il est instauré à titre individuel et systématique dans une relation de confiance protégée par le secret. Ainsi, cet entretien individuel est souvent l'occasion d'une libération émotionnelle forte, avec parfois des pleurs, des manifestations d'angoisse, l'évocation de traumatismes anciens ou de problèmes associés (familiaux, sociaux…). Le médecin doit apporter une réponse à ces manifestations par l'écoute, la parole, l'orientation vers un spécialiste, les traitements médicamenteux, voire le retrait temporaire ou définitif des missions. Suivant les cas, il arrive que le personnel soit encore tout à fait pris par les effets du stress de l'action. On ne sera plus dès lors dans le cadre systématisé d'un retour d'expérience de fin d'opération mais dans une action finalement proche d'un « *defusing* » permettant une première approche psychologique « à chaud ». En tout

cas cette verbalisation a souvent pour première vertu de baisser la « pression ».

Par ailleurs, cette première phase permettra au médecin de consigner les faits ou actions potentiellement traumatisants pour l'ensemble du groupe engagé. Cette consignation se fait de manière factuelle et se traduit par une inscription systématique au registre de constatation, ce qui est déjà pour le militaire une reconnaissance de son acte d'engagement et une protection pour lui en cas d'évolution défavorable du fait de cette action traumatisante.

Dans un second temps, le médecin organise une réunion de groupe avec les combattants.

Cette réunion permet de rappeler à tous les points potentiellement « troublants » de la mission passée et d'énoncer clairement les signes à observer dans le cadre de la survenue du syndrome post-traumatique. Cette démarche permet par ailleurs de prendre conscience collectivement de certains aspects de telle ou telle action de combat et de « fermer » temporairement une parenthèse pour permettre à une autre mission de se préparer, parfois dans des délais très courts. Cet instant est enfin l'occasion pour le médecin de synthétiser les différents vécus afin de dégager un lien général et cohérent pour le groupe. Il peut selon les cas conforter les individus dans leur perception des événements (« je ne suis pas seul à ressentir cette difficulté »), mettre en lumière des points positifs auxquels se rattacher (« il n'y a pas de dommage physique dans nos rangs ») ou au contraire identifier des points potentiellement perturbants mais nécessaires (la reconnaissance des pertes ennemies par exemple).

En fin de mandat il est important qu'une ouverture soit toujours réalisée pour la prise de relais post-OPEX par l'équipe pluridisciplinaire formée par les médecins d'unités et les psychologues de la marine. Le combattant doit toujours se sentir en confiance pour exprimer si besoin ses difficultés émotionnelles et psychologiques vis-à-vis de la mission. La proximité et l'immersion des personnels médicaux dans les groupes de combat facilitent cette confiance par une sorte de « légitimité » vis-à-vis des combattants.

Dispositif de fin de mission

Devant les effets conjugués des difficultés physiques et psychologiques de cette mission, le service médical de la *Task Force SABRE* a ainsi organisé un dispositif de fin de mission afin de favoriser un retour en France dans les meilleures conditions. À l'intervention de psychologues institutionnels a été associé le concours d'un ostéopathe (réserviste) et d'un moniteur en Technique d'optimisation du potentiel (TOP) pour créer un temps et un lieu spécifiquement dédiés à la récupération individuelle à tous niveaux. Le concours de ces deux disciplines renforce, aux yeux des commandos, le positionnement du dispositif de fin de mission dans une logique de soutien (et éloigne un peu plus les craintes éventuelles sur l'aptitude). Les médecins de la mission « SABRE » ont programmé dans les derniers temps sur zone une journée entière dévolue à ces activités dans un lieu extérieur (un hôtel en l'occurrence) sortant les commandos de leur univers de travail et créant une petite coupure géographique leur évitant les immanquables sollicitations professionnelles de chaque instant.

Dans cet espace-temps sanctuarisé, la première action des psychologues est réalisée sous la forme d'une conférence en deux volets. La première partie de cette intervention a pour objet la présentation des tenants et aboutissants des entretiens psychologiques. C'est là aussi évidemment pour les psychologues la meilleure opportunité de se présenter personnellement et de se rendre accessibles aux yeux des commandos dont certains n'ont encore jamais croisé de « psy » autrement qu'en situation de sélection. La seconde partie de cette conférence est une action de sensibilisation et donc de prévention sur les difficultés du retour d'OPEX. Intégralement basée sur les récits (trop fréquents) d'expériences malheureuses de « retours ratés », cette communication interpelle la plupart des commandos et vise à les amener à une prise de recul puis d'anticipation sur le processus de retour à la vie « normale » et bien sûr ses écueils. Parmi ces derniers, les tensions ou conflits relationnels (au sein du couple en particulier) représentent la difficulté la plus fréquemment citée par les combattants. Régulièrement des commandos nous déclarent avoir « rebondi » sur cette conférence pour en parler dans la foulée au téléphone avec leur épouse, ce qui les aidera à diminuer les risques d'incompréhension réciproque et les inscrit d'emblée dans une logique de communication mutuelle. Entremêlant bonheur et déception, la difficulté potentielle des retrouvailles de retour d'OPEX constitue parfois une sorte de tabou pour le couple qui ne parvient pas à se départir de l'idéalisation qu'elles suscitent.

Chaque commando qui le souhaite peut aussi être reçu à sa demande par un psychologue clinicien pour quelque motif que ce soit. Dans ce moment charnière que constitue la fin d'une opération extérieure certaines difficultés psychologiques, jusqu'alors correctement contenues par le sujet pour les besoins de la mission, se font plus présentes et pesantes dans le fonctionnement psychique. Il s'agit parfois de conséquences directes d'action de combat mais cela peut également être le fruit de fortes tensions ou frustrations liées à des conflits de personnes par exemple. Fréquemment les problématiques familiales ou de couple voient aussi leur résurgence à l'approche de la date de retour en France. Offrir à ce moment un espace d'écoute et d'élaboration peut alors se révéler très précieux pour ces militaires parfois esseulés dans leurs difficultés malgré une très bonne intégration au sein de leur « groupe » ou de leur unité.

L'immersion des psychiatres et psychologues au sein même du théâtre d'opérations offre de multiples avantages. D'abord cela permet une approche plus fine de l'état d'esprit ambiant et des problématiques liées au mandat qui s'achève. Ensuite, la récence des opérations favorise les échanges avec des spécialistes intégrés au sein de la Force. Enfin, l'adhésion à cette démarche est plus forte pour des personnels qui ne voient pas, dans cette étape, un retard au retour vers leur famille.

De retour au port base

De retour en France, lorsque cela s'avère indiqué, un entretien psychologique post-OPEX va être programmé pour chaque commando Marine. Il s'effectue après les permissions de fin de mission afin de ne pas être perçu comme une contrainte supplémentaire pour ces militaires qui doivent déjà en assumer beaucoup, notamment en termes de disponibilité et d'éloignement. Le but de ce bilan de fin de mission est triple : il s'agit tout d'abord de faire un point sur l'équilibre psychologique actuel du sujet. Différer ces entretiens du retour immédiat de la mission permet pour le clinicien d'apprécier au mieux le retour à l'équilibre ou non après quelques semaines passées en France, en couple, en famille, etc. Deuxièmement, le cas échéant il peut être proposé une prise en charge idoine qui pourra impliquer le SLPA, l'Antenne médicale spécialisée (AMS) ou le service de psychiatrie de l'HIA de rattachement. Même si cet équilibre est satisfaisant dans l'instant, le sujet peut se situer dans une phase de latence entre la survenue d'un traumatisme psychique et la décompensation d'un syndrome psycho-traumatique. L'identification de ce cas de figure (3) peut par exemple engendrer une action personnalisée de sensibilisation sur la survenue de ce trouble spécifique (et favoriser une demande de prise en charge ultérieure) ou une proposition de rendez-vous éloigné dans le temps afin d'assurer un suivi psychologique (préventif). Le troisième objectif de ce bilan consiste à créer dans la subjectivité des commandos les conditions d'une possible demande d'aide psychothérapique ultérieure. Ainsi il n'est pas rare qu'un sujet se tourne spontanément vers le SLPA Lorient bien après ces bilans post-opérationnels avec une demande d'aide psychologique adressée en particulier au psychologue « qu'il connaît ».

Positionnements et retours d'expérience

Un cadre sur mesure

Que ces bilans psychologiques de fin de mission soient effectués en OPEX juste avant le retour en France ou au port base après les permissions de fin de mission, ceux-ci se déroulent dans un même cadre bien défini. Ce cadre est le fruit d'une longue expérience du suivi médico-psychologique de proximité auprès des commandos Marine (4) et répond à une priorité : celle de l'efficacité dans l'accès aux soins médico-psychologiques de cette population spécifique.

En premier lieu, les bilans psychologiques sont individuels car l'univers des forces spéciales, avec la dynamique qui anime ces groupes de combat, complique considérablement l'éventualité d'admettre une souffrance devant ses pairs. En revanche l'entretien psychologique individuel offre un espace d'expression sans conséquence potentielle vis-à-vis du groupe où l'idéal d'une force collective repose sur l'illusion que chaque commando reste « sans faille ».

Ensuite, il n'y a pas de tri parmi les sujets auxquels un rendez-vous est fixé afin de ne pas stigmatiser tel ou tel qui aurait fait l'objet d'un quelconque repérage. Tous se voient donc conviés, quel que soit leur grade ou leur fonction, y compris le personnel médical. Rares sont ceux qui cherchent à esquiver cet entretien psychologique et bien sûr ce cas de figure signe souvent la présence d'un syndrome post-traumatique.

Enfin, il est précisé aux sujets que le psychologue se positionne en qualité de soignant et réalise ce bilan psychologique à leur profit (sans compte rendu d'aucune sorte vers le commandement ou le service médical) avec une vocation de dépistage, de prévention et d'accessibilité aux soins.

Le paradoxe de la confidentialité

À défaut de se décréter, la confiance se suscite et s'instaure au gré des positionnements pris par les médecins et psychologues militaires. En l'occurrence, cette relation de confiance se base sur l'engagement du respect du secret professionnel (5) quant à ce qui sera partagé en bilan psychologique. Le principe majeur de ces bilans résidant dans le fait que rien ne sera communiqué sans l'accord explicite (ou la demande !) du sujet. Cette position n'est en rien la plus confortable pour le clinicien mais l'expérience a montré qu'avec les commandos Marine, c'est de très loin celle qui offre le plus de chances qu'un sujet traumatisé accepte d'en faire part à un psychologue institutionnel puis un médecin militaire. Sans cette clause de confidentialité, le cadre de ces bilans serait davantage adapté aux commandos sans difficulté psychologique et viendrait en revanche nuire à l'authenticité de ceux qui sont en souffrance… Le secret professionnel a bien sûr ses limites. Celles-ci sont définies par le Code pénal qui prévoit que ce secret doit être levé par les professionnels de santé face au « caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme » (6). La confidentialité favorisant considérablement les chances qu'un commando s'autorise à demander une prise en charge, le psychologue peut alors proposer au sujet toutes les démarches nécessaires dont la sollicitation du médecin d'unité est souvent la pierre angulaire (7). Le médecin d'unité qui approuve cette confidentialité des bilans psychologiques peut ainsi constater le paradoxe de ce fonctionnement : en acceptant a priori de ne pas avoir un retour d'informations systématique, il verra au final bien plus de commandos se tourner vers lui et aura une meilleure connaissance des situations personnelles critiques. Fréquemment le sujet en souffrance demande même au psychologue d'expliquer directement sa situation au médecin ou au commandement avec l'espoir fondé d'être mieux compris ou soutenu.

Le soutien des blessés

Qu'il soit blessé physiquement ou psychiquement, le combattant ressent tôt ou tard un fort besoin de reconnaissance institutionnelle qui démultiplie souvent sa sensibilité en la matière : décorations, notations, gestion de carrière, etc. Le suivi médical et

psychologique est l'un des facteurs qui peuvent apporter également de l'apaisement et cela sera d'autant plus efficace, en termes de reconnaissance, que les acteurs de ce soutien seront identifiés comme appartenant à l'univers des commandos Marine.

En complément de la Cellule d'aide aux blessés et d'assistance aux familles de la Marine nationale (CABAM), le commandement de la force des fusiliers marins et des commandos a décidé de créer en 2012 sa propre structure : la « Commission de suivi des blessés et malades en service et des familles de décédés » (CSBMF). Cette dernière reprend ces principes de pluridisciplinarité et de proximité pour générer dans la durée la prise en charge des blessés avec le meilleur éclairage sur les situations individuelles, une synergie accrue entre services ainsi qu'une implication généralisée de ceux-ci.

Le soutien de la famille

« La famille ne fait pas partie du sac » dit un vieil adage de la Marine. Celui-ci implique au contraire que depuis toujours, évidemment, les problèmes familiaux ont été susceptibles de fragiliser l'équilibre du marin et donc d'impacter la bonne réalisation de la mission. Aujourd'hui l'approche institutionnelle de cette question offre une réelle place au soutien des familles comme en témoigne la création en 2011 de la cellule soutien famille de la Force des fusiliers marins et des commandos (FORFUSCO). Le SLPA Lorient offre quant à lui depuis bien plus longtemps encore une consultation ouverte aux épouses et aux enfants des commandos qui ne désemplit pas. Gratuits et sans délai d'attente excessif, ces rendez-vous sont proposés même si le motif de consultation ne semble pas lié aux contraintes de la vie militaire et viennent renforcer à raison le sentiment de soutien (voire de reconnaissance) institutionnel. Enfin, à la demande du commandement, les épouses se voient, elles aussi, proposer des conférences sur les difficultés familiales ou de couple liées à l'éloignement prolongé et répété.

Conclusion

L'expérience a démontré aux médecins et psychologues qui ont en charge le suivi médico-psychologique des commandos Marine qu'il est essentiel de fonder leur réflexion et leur pratique sur les spécificités de cette population. Ceci suppose de la part des soignants une prise en compte objective des contraintes des missions de ces commandos mais aussi une approche de leur subjectivité qui doit se situer aux confins de la psychologie et de la sociologie.

La question de la confiance réciproque associée à une proximité géographique et humaine entre soignants et combattants crée ainsi une authentique accessibilité aux démarches de prise en charge de troubles psychologiques, notamment post-traumatiques.

L'efficience de cette chaîne de suivi médico-psychologique dans la durée s'appuie sur un réseau complet d'acteurs dans le soutien du combattant associant en local service médical, psychologique, social mais aussi le commandement lorsqu'un « aménagement » est nécessaire pour assurer une démarche de soin ou plus généralement la bonne récupération d'un sujet.

Tous ces positionnements pris par les médecins et les psychologues au service de la FORFUSCO se veulent l'expression de leur complémentarité et l'aboutissement d'une pratique professionnelle reposant autant sur des préoccupations éthiques que pragmatiques afin de toujours garder le combattant au centre de leur action.

À l'échelle nationale, depuis ces dernières années les créations de postes de psychologues cliniciens en CMA se multiplient et avec elles les chances d'offrir un suivi médico-psychologique interarmées au plus près des unités.

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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lebigot F. L'effroi du traumatisme psychique, le regarder ou s'en protéger. Revue francophone du stress et du trauma 2002 ; 2 : 139-46.
2. Mcraven W. Spec ops case studies in special operations warfare : theory and Practice. New York : Presidio Press ; 1996.
3. Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques. Paris : Dunod ; 2011.
4. Martinez LM, Brélivet J. Les spécificités du dispositif global de prise en charge psychologique des commandos Marine. Médecine et Armées 2011 ; 39 : 147-9.
5. Code de déontologie des psychologues, mars 1996 actualisé en février 2012. http://www.codededeontologiedespsychologues.fr/
6. Code pénal. Article 226-14 modifié par la loi n°2015-1402 du 5 novembre 2015 — art. 1.
7. Plan d'action 2015-2018 « Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées », note n°527 740/DEF/DCSSA/AAD-EMP du 18 décembre 2015.