

Séance publique du 5 mars 2018

Les névroses traumatiques de guerre et post-attentat

André SAVELLI

Académie des Sciences et Lettres de Montpellier

MOTS CLEFS

Névrose traumatique, stress, troubles psychiques différés, confrontation au réel de la mort, syndrome de répétition, résilience, guerre du Golfe et envoi de psychiatres sur le terrain, névroses traumatiques non reconnues.

RÉSUMÉ

Après une clarification du concept de névrose traumatique (NT), à propos d'un exemple introductif, est décrite la symptomatologie de cette névrose liée à une confrontation à la mort. La résilience explique pourquoi tous les témoins ne sont pas touchés de la même façon. Un mot de la préhistoire et de l'histoire de cette NT est rappelé avant la naissance du concept par Oppenheim en 1884, puis à son élargissement aux situations de guerre. La guerre du Golfe entraîne la projection sur le terrain de trois psychiatres. La réparation des NT est décrite en milieu militaire et civil, comme la prise en charge individuelle de ces blessés psychiques. Une Cellule d'Aide aux Blessés de l'Armée de Terre (CABAT), est mise en œuvre. Quel devenir pour les NT non reconnues ? Exemple rare : la biographie d'Henri Laborit décrivant la mort de son père puis une mort imminente lors de l'explosion du bateau de guerre dont il était le médecin. Deux éléments de résilience vont lui permettre de surmonter sa névrose traumatique très probable puis de révolutionner la chirurgie et la psychiatrie.

1. Clarification du concept et évolution historique

La névrose traumatique (NT) est un concept récent d'actualité civile et militaire.

En 2009, dans le rapport sur les besoins de prévention en santé des militaires d'active, six questions retenues : le stress, l'alcool, les lombalgies, les infections en opérations extérieures, le surpoids, les risques liés à la préparation physique.

C'est dans l'air du temps, dans les médias (trauma, stress au travail, cellules médico-psychologiques, attentat, faire son deuil). Alors que les difficultés et les drames sont de tous les temps, l'évolution des mœurs de la société, de la campagne à la ville, de la famille à la solitude, entraîne un mode de vie de plus en plus individualiste avec pour conséquence de se retrouver seul face à une difficulté.

La NT, objet de mon propos, est une partie des troubles psychiques de guerre différés, et des troubles post-attentats, à côté des bouffées délirantes et des psychoses chroniques. La dénomination américaine PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), j'y reviendrai, l'a remise à l'ordre du jour. C'est un trauma psychique et non post-commotionnel cérébral qui est, lui, le syndrome psychique des traumatisés crâniens. Et il y a une distinction fondamentale, dans la conception française, entre la confrontation brutale à la mort et les suites psycho-émotionnelles de ces événements bouleversants.

1.1. Exemple introductif :

Imaginons que nous sommes tous, ici, comme sur un campus américain où cela s'est effectivement passé, et encore tout récemment : des coups de feu qui se rapprochent, un élève fait irruption, arme au poing. Après avoir dévisagé l'assistance, il tire, plusieurs d'entre nous s'écroulent, blessés à mort, il s'enfuit. Nous sommes quasiment tous stressés. Le stress qualifie à la fois une situation contraignante et les processus mis en place par l'organisme pour s'y adapter, soit un ensemble de réactions physiologiques (sueurs, accélération du cœur et de la respiration) et psychologiques (inquiétude puis troubles du sommeil). De cette situation restera un mauvais souvenir pour la plupart d'entre nous. À l'inverse, plusieurs parmi nous seront confrontés, à ce moment, au réel de la mort, sidérés dans l'effroi. Désormais ils vont revivre dans l'angoisse, dans leurs cauchemars, ou de jour, dans des flashes, la situation avec les bruits, les cris, les odeurs. Cette réviviscence de la situation traumatique, c'est le syndrome de répétition, symptôme spécifique, de la NT.

1.2. Symptomatologie de la NT :

Après une période de latence, de quelques jours à un mois, apparaît :

a) *Le syndrome de répétition.*

Il est riche : sous forme d'hallucinations, de souvenirs intrusifs, de ruminations mentales, de cauchemars vécus comme si, de sursauts, de jour comme de nuit. Il s'accompagne d'un vécu de surprise, de frayeur, d'inquiétude, d'anxiété, d'impuissance et de troubles neurovégétatifs : pâleur, sueurs, vertiges, tachycardie, nausées. Sa fréquence est variable : plusieurs fois par jour ou par semaine. Il s'accompagne d'une sensibilité aux stimuli spécifiques.

b) *D'autres symptômes névrotiques non spécifiques peuvent apparaître :*

Une asthénie physique, sexuelle et psychique, des difficultés de concentration et des troubles mnésiques. Des symptômes de névrose hystérique (théâtralisme, exagération des affects, suggestibilité), phobique (de la foule), ou obsessionnels (idées fixes, vérifications). Également des troubles psychosomatiques : asthme, hypertension artérielle, colite, eczéma, et des troubles du comportement : crises de nerf, fugue, errance, tentatives de suicide, alcoolisme.

c) *La personnalité traumatique névrotique est aussi spécifique avec :*

Un état d'alerte, d'hyperveil, qui-vive permanent, résistance au sommeil et réveil inquiet en pleine nuit.

Un syndrome d'évitement : effort pour éviter les pensées et les sentiments associés au trauma ou l'évoquant, fuite dans l'hyperactivité. Une régression narcissique avec exigence insatiable d'affection, de considération, de recherche de protection, mais froidur vis-à-vis des autres. Des relations sociales perturbées, sentiment d'être étranger aux autres, d'être incompris, avec retrait social et irritabilité. Des conséquences dépressives avec suicide, troubles du caractère, retentissement professionnel, social et familial, puis passage à l'acte, alcool et violences.

1.3. Le traumatisme est une confrontation au réel de la mort.

Cette confrontation à la mort peut être directe, rencontrée chez un autre, ou liée à des conditions de morts horribles. La confrontation à la mort est un vécu personnel, singulier.

a) Confrontation directe, face à face solitaire :

Par exemple en Afrique du Nord, l'officier face à un fellaga qui le vise, mais qui est tué par un de ses hommes, il revoit toujours ses yeux. Ou lors d'un attentat celui qui se sent visé et voit s'effondrer son voisin.

b) Confrontation médiante :

Un sous-officier confronté à la mort d'un de ses hommes lardé de coups de couteaux par un camarade de chambrée. Ou, lors d'un attentat, la vue d'un blessé mourant.

c) Soit confrontation à mort horrible :

Découverte d'un charnier de corps mutilés après passage d'un bulldozer, recueil des restes humains après un attentat ou un accident.

Ainsi le témoignage du Général canadien Dullaire :

« C'est comme si quelqu'un m'avait ouvert le cerveau et greffé sur le cortex une image ensanglantée de cette horreur qui a pour nom le Rwanda : les visages surtout, je les revois avec précision, le visage des femmes aux seins coupés avec des bouteilles ou des couteaux entre les jambes, le pont de cadavres que je dois franchir pour passer la rivière »

Un évènement n'est pas traumatique en soi mais potentiellement traumatique. C'est toujours un vécu personnel singulier, comme dans le campus, tout à l'heure. Autre exemple, recueilli dans les expertises des victimes de l'airbus A300 d'Air France, le samedi 24 décembre 1994 :

- 227 personnes partagent les mêmes conditions dans un huis clos de 54 heures. 4 terroristes prennent en otage à Alger cet airbus reliant Alger à Paris avec les 227 personnes à bord. Ils revendiquent la libération de leurs camarades. Après de longues négociations diplomatiques tendues et l'exécution de trois passagers, l'avion quitte Alger pour Marseille où il sera libéré par le GIGN le 26 décembre. - Seuls six passagers vont présenter une NT : Un passager Kabyle ne parlant pas l'arabe, qui voit abattre deux otages par le hublot. Un passager arabe convaincu qu'il va mourir quand il entend les ravisseurs murmurer la prière des morts. Un steward homosexuel et une hôtesse de l'air s'occupant des passeports sur la passerelle, tous deux, témoins des exécutions. Un membre du GIGN blessé à l'épaule et paniqué quand il voit un terroriste couché dans le cockpit avec une bombe. Un second membre du GIGN ouvrant la porte de l'avion, éjecté deux fois avec vision du camarade blessé.

Pourquoi, comme dans le campus, ne sont-ils pas tous touchés de la même façon ?

C'est là qu'intervient la résilience, chère à notre confrère psychiatre Boris Cyrulnik : Une explication valable : Au fil du temps, les réactions de l'individu sont influencées par un ensemble complexe de facteurs biologiques, sociaux, tempéramentaux et expérientiels qui ont des effets positifs. C'est la résilience. La résilience est la capacité de certains à « rebondir » et à faire face aux effets délétères d'un environnement hostile. Les facteurs constitutionnels et surtout circonstanciels, vécus et dépassés, jouent un rôle prépondérant.

1.4. Préhistoire et histoire de la NT

Mais parlons maintenant un peu de l'histoire et de la préhistoire de cette NT qui ne disait pas son nom.

C'est un diagnostic rétrospectif à partir des textes des historiens et des biographes qui préfigurent les études cliniques. Toute maladie préexiste à sa

description médicale et à la découverte de son origine. La NT est un concept récent de la fin du XIX siècle, révélé il y a peu de temps. Quelques exemples parmi tant d'autres :

a) Lucrèce (100-55 av JC) poète et philosophe latin.

Dans "De Natura Rerum", il décrit le syndrome de répétition, mais sans lui donner de nom : « Les hommes, occupés de violentes actions qu'ils ont accomplies, répètent et revivent leurs actions dans leurs rêves » et, plus loin, « éperdus de terreur et une fois tirés du sommeil, ils ont peine à retrouver leurs esprits. »

b) Charles VII -1422 à la Rochelle

Le chroniqueur Brachet remarque que l'altération mentale de Charles VII remonte à l'époque de son couronnement le 3 octobre 1422 et que, quelques jours auparavant, Charles VII avait été victime d'un accident à la Rochelle. Le plancher de la salle du Conseil s'était écroulé et la plupart des assistants avaient été précipités à l'étage inférieur. Beaucoup furent tués, le Roi, légèrement blessé, dut ressentir un choc nerveux qui devait amener une névrose : asthénie psychique, aboulie, apathie, indifférence pour les défaites, mélancolie, dépression morale ; il laissa faire ceux de ses conseillers qui s'emparaient du pouvoir et ne protesta même pas quand ils tuèrent sous ses yeux ses favoris.

c) Confiance de Charles IX à Ambroise Paré, son médecin, quelques jours après le massacre de la St Barthélémy, le 22-24 août 1572 :

« Ambroise, je ne sais pas qui m'est survenu mais je trouve le corps et l'esprit aussi émus que si j'avais la fièvre. Il me semble à tout moment, aussi bien veillant que dormant, que ces corps massacrés se présentent à moi, les faces hideuses et couvertes de sang ». Il mourut deux ans après, fou pour les uns, de remord disent les autres.

d) Blaise Pascal, savant, philosophe et écrivain français (1623-1662)

En 1654, il ressent une vive frayeur lorsque son carrosse avait failli être précipité dans la Seine, au Pont de Neuilly, par ses chevaux emballés. Il éprouva durant la nuit une vision de l'accident dont il consigna la mémoire sur un papier qu'il portait toujours sur lui. La sensation de ce malheureux événement, sans cesse retracé dans son imagination, le troublait partout, surtout la nuit, au milieu de son insomnie et de son dépérissement. Le jour, il croyait toujours voir un abîme du côté gauche de son carrosse et il y faisait placer un siège pour se rassurer, écrivit Philippe Pinel, en 1798 qui avait lu ses mémoires. Aliéniste, précurseur de la psychiatrie, Philippe Pinel œuvra pour l'abolition des entraves des malades mentaux.

2. Naissance du concept :

2.1. Hermann Oppenheim

Le terme de NT a été créé en 1884 par Hermann Oppenheim, grand neurologue allemand, afin de désigner les états psycho-pathologiques susceptibles d'apparaître chez les victimes après les accidents ferroviaires. Nombreuses furent les théories sur sa complexité étio-pathogénique.

2.2. Puis ce terme s'est élargi aux situations de guerre.

L'évolution de cette NT, secondaire aux conflits armés, est restée longtemps « confidentielle », confinée dans le cercle étroit des psychiatres militaires jusqu'à son extension actuelle civile et militaire.

De plus, il y a eu, longtemps, une non-acceptation du fait psychique par les cadres, une résistance des médecins et des militaires au fait psychique : on parlait de « lâches »...

Ainsi du Général Patton : un incident dans lequel il avait giflé un pseudo tir-au-flanc pendant la campagne de Sicile en 1943 : il présentait une NT.

Ainsi le film de 2006 « Les fragments d'Antonin ». Il rapporte la douleur psychique d'Antonin, instituteur, revenu des combats de 14/18, sans blessure corporelle mais avec une douleur enfouie, intime, intense, entraînant un mutisme presque complet et une errance. Il sera interné !

La prise de conscience de la NT date de deux évènements :

- La découverte des séquelles psychiques chez les vétérans de la guerre du Vietnam (1959-1973)
- La publication, qui a suivi, du DSM III de 1980 par les Américains avec le concept de Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Syndrome de stress post-traumatique. (DSM : Diagnostic and statistical manual of mental disorders).

Les Américains redécouvrent la NT, mais permettent sa reconnaissance officielle. En français ESPT : Etat de Stress Post Traumatique.

En France, les attentats du RER St Michel, en 1995, et les suivants entraînent une prise de conscience civile et l'ouverture aux psychiatres civils.

2.3. Revenons d'abord à l'évolution des NT dans les armées :

En 1914-1918 : Le champ de la pathologie psychique est occupé, à côté des bouffées délirantes et des psychoses chroniques, par la NT qui ne dit pas encore son nom : on parle d'obusite, de réactions pithiatiques ou hystériques.

En 1939-1945 : on parle de chocs de combat et de fatigues de combat avec troubles psychosomatiques et anxiété.

Entre 1965 et 1980 : Louis Crocq, du Val de Grâce, avec 19 publications et Claude Barrois, du même hôpital, avec 18 publications, sur les guerres d'Indochine (1946-54) et d'Algérie (1954-62), préparent le milieu psychiatrique à mesurer l'importance de cette pathologie psychique.

En 1988, Cl. Barrois crée le terme de Psycho-Traumatisme.

Dans Médecine et Armée en 1981, Cl. Barrois avait fait paraître « Les NT de guerre d'Algérie » ; en 1991, C. Vauterin publie « La NT » et G. Briole, « Les otages » (1994).

Depuis, beaucoup d'avancées, surtout après l'Indochine, où la NT était restée dénigrée et a enfermé le blessé psychique, tel ce Colonel, après le Vietnam, resté phobique des ponts, toujours accompagné par sa femme, dans la honte et le silence (2ème traumatisme !) ...depuis beaucoup d'avancées ... jusqu'à l'attitude actuelle avec reconnaissance de la NT, en 1992, et à l'inscription au registre des constatations : « A vécu un évènement potentiellement traumatisant » et à l'envoi, depuis la guerre du Golfe, en 1991, des psychiatres sur le terrain.

Pour mémoire, l'envoi de psychiatres sur le terrain a été préparé de longue date, nécessaire à vaincre les résistances des États-Majors et même du Service de Santé. Ainsi, en 1982, on ne fait pas mention des pertes psychiques !

En 1983, première ébauche, au comité consultatif des Armées : rapport du médecin général inspecteur (MGI) P. Lefèvre, professeur agrégé de neuropsychiatrie du Val de Grâce, que j'avais préparé à ce concours, et qui aborde, pour la première fois, les « Facteurs psychologiques au combat »

En 1985, paraît le memento de psychiatrie de guerre.

En 1986, la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) crée le concept logistique de prise en charge des pertes psychiques.

En 1991, la guerre du Golfe entraîne la projection de trois Psychiatres sur le terrain.

En 1992, paraît le barème pour la NT, avec la fin des soupçons.

2.4. Un mot des Vétérans de la guerre du Golfe (1990-1991)

a) Depuis 1993 aux EU et GB, nombreuses publications à leur sujet :

- Surmortalité par accidents de la route.
- Maladies identifiées : États de stress post-traumatique, liés de manière causale à un fait traumatisant psychique.
- Autres maladies psychiatriques (psychoses).
- Autres pathologies psychosomatiques.

b) En France, première étude épidémiologique sur les vétérans de la guerre du Golfe par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale entre 2002 et 2004. C'est une enquête française sur la guerre du Golfe et ses conséquences sur la santé. Cette étude montre que 9 sur 10 des sujets touchés se jugent en bonne santé, mais on relève un état de stress post-traumatique, des troubles anxieux et dépressifs, des décès accidentels et suicides, dès les premières années.

En 1995, il y a eu une conjonction d'événements très médiatisés ; attentats parisiens, Rwanda, otages militaires français en ex-Yougoslavie, libération des otages de l'Airbus à Marseille. Je rappelle les attentats :

- Juillet 1995, attentats RER station St Michel, 8 Morts, 119 blessés.
- 6 octobre 1995, attentat Métro Maison Blanche, 6 blessés.
- 16 octobre 1995, attentat RER C, 30 blessés.
- L'observatoire de la Santé des vétérans est créée en 2004.

3. Réparation des NT par les Commissions de réforme dans l'armée

3.1. La loi du 31 mars 1919

Adoptée sous la pression de l'immense cohorte des blessés et mutilés de la guerre 14-18, elle codifie un droit à réparation sous la responsabilité du Ministère des Anciens Combattants et Victimes de guerre. On distinguait l'angoisse de guerre vraie, après explosions, torpillages, morts violentes, des angoisses banales chez les prédisposés en milieu militaire. Le syndrome anxieux de guerre était évalué de 0 à 50%, mais en MALADIE.

3.2. Décret du 10 janvier 1992

Suite au travail des commissions récentes (1980-1990), fut pris le décret du 10 janvier 1992, reconnaissant les NT et acceptant la réalité du traumatisme psychique en tant que traumatisme et non plus maladie, c'est une BLESSURE.

Ce décret, une avancée importante, fut freiné par la circulaire du 06.03.1992, non règlementaire, ni légitime, mais l'administration se référait toujours à cette circulaire contredisant le décret, exigeant par exemple que l'intéressé ait été confronté à sa propre mort.

Mais, heureusement le décret de 1992 prévoit que l'expertise médicale accède au rang d'élément décisif de la preuve, ce qui est logique en raison de l'apparition souvent tardive et retardée de la symptomatologie. Un exemple à ce sujet : mon

camarade de promotion, Guy Lagrave, MGI, devenu Directeur de Invalides à Paris, continue, en retraite à Cannes, de s'occuper des blessés graves. L'un d'eux présentait des troubles psychiques non reconnus. Il m'a demandé de l'examiner. Il existait bien une NT avancée. J'ai rédigé une expertise en ce sens. Une sur-expertise a été demandée par le Centre de Réforme de la ville de la 1^{ère} expertise, ce qui est la règle. Et la NT a été reconnue et quantifiée par les sur experts après nouvel examen.

Une autre assurance complémentaire, l'AGPM Vie, à Toulon, aide les victimes, en plus des pensions militaires, m'a confirmé notre collègue le Dr. Marcel Danan.

3.3. L'évolution dans les Armées s'est modifiée

- De la guerre classique aux guérillas
- Des missions d'interposition aux missions humanitaires
- Des évacuations de ressortissants civils et militaires
- Des interventions dans un climat hostile
- Des risques terroristes.

Très nombreux ouvrages, publications civiles et militaires où l'École du Val-de-Grâce a une grande place : Claude Barrois « Les NT » ; Louis Crocq « Les traumatismes psychiques de guerre » ; G.Briole, F.Lebigot, B.Lafont « Le traumatisme psychique », « Psychiatrie militaire et sélection opérationnelle ».

3.4. En milieu civil

On peut décliner à l'infini les événements traumatisants, victimes civiles des conflits, otages, victimes d'attentats terroristes, RER, Bataclan, Hyper kacher, Charlie Hebdo, et Nice avec 96 morts et 46 blessés dont a parlé, il y a un mois, le Pr. Bassino, médecin légiste de Montpellier aux officiers de carrière en retraite et à ceux de l'Institut des Hautes Études de Défense Nationale, pointant les difficultés des autopsies ; puis, après Nice, les accidents de la route ou du rail, auxquels s'ajoute la récente collision train-car de ramassage scolaire de Millas. Seule la blessure psychique résultante sera à considérer. Pour ces blessés civils, un expert agréé par le Tribunal examine le patient et fixe le taux de la NT qui sera payé soit par les assurances de la SNCF ou de la voiture responsable, soit par le Fonds de Garantie de l'État quand le responsable est inconnu (attentat) ou non solvable (renseignements donnés par notre confrère sur expert de grande qualité, le Dr. Marcel Danan).

4. La prise en charge :

L'intervention individuelle, précoce, est la création de la psychiatrie militaire, dès 1991 (psy sur le terrain). Elle est étendue au milieu civil avec la création des cellules d'urgences médico-psychologiques en 1995. Cette prise en charge est immédiate, parfois post-médiate avec debriefing, ou encore différée quand elle est méconnue, à cause du silence, de la honte, ou de la réticence à son évocation.

Rappelons que chez Henri Laborit, un stress gravissime, a eu pour résultat un état sublimé : il va travailler toute sa vie pour sauver des vies et il obtiendra le prix LASKER.

À côté de ces prises en charge individuelles, se sont mises en place des structures :

- - 1997, en gendarmerie est créée la cellule de soutien post-traumatique.

- -2004, l'armée de terre a une cellule d'intervention et de soutien psychologique.
- -2007, l'armée de l'Air et la Marine ont une cellule spécifique.

4.1. Avancées post-Afghanistan, dans la prise en charge des militaires français, blessés psychiques.

En effet, après la folie de la Grande Guerre (14-18) avec ses controverses (choc psychique ou commotion cérébrale) et avec la suspicion et l'oubli ; après la 2^{ème} Guerre Mondiale, avec ses pertes psychiques, puis la sélection ; après la Guerre d'Indochine, avec des professionnels coupés de la Nation, confinés aux psychiatres militaires ; après la Guerre d'Algérie avec le contingent dans le silence et la honte ; après les opérations externes ; après la 1^{ère} guerre du Golfe avec déploiement des psychiatres militaires et prise en charge des troubles psychiques sur le terrain ; après l'opération Turquoise du Rwanda en 1994 avec ses horreurs et effets différés ; après l'intervention en Bosnie avec le développement d'une psychiatrie en situation, l'intervention en Afghanistan (2009-2012) va entraîner deux faits :

a) D'une part, une prise de conscience de l'augmentation de la demande de soins psychiques. Ainsi, le constat de la réalité du risque psychique, des détresses individuelles et du retentissement familial et social est confirmé. Et aussi la difficulté du repérage des troubles psycho-traumatiques.

b) D'autre part, des réponses institutionnelles.

- Au niveau du commandement, d'abord :
 - Création du Sas de fin de mission en 2009, avec première recherche des symptômes spécifiques de NT.
 - Les Troubles psycho-traumatiques sont reconnus comme priorité sanitaire en 2010.
 - Et la prise en compte des blessés psychiques se fait tout comme les blessés somatiques, ce qui n'était pas le cas auparavant.
- Puis au niveau du service de Santé des Armées :
 - Plan d'action : troubles psychiques post-traumatiques dans les armées en 2011.
 - Avec élargissement de l'offre de soin
 - Et accompagnement médico-social en vue de la réinsertion des blessés psychiques.

A ce sujet, écoutons

Audition du médecin général des armées Nédélec DCSSA (2 Novembre 2011)

« Le soutien psychologique des militaires constitue depuis de nombreuses années une priorité de l'état-major des armées et du service de santé. Le durcissement de l'engagement sur le théâtre afghan a montré la nécessité de renforcer ce soutien dans ses deux composantes que sont le soutien psychosocial et le soutien médico-psychologique qui, seul, relève de la compétence du Service. Pour renforcer ce soutien, le ministre de la défense a mandaté le SSA pour mettre en place et piloter un plan d'actions impliquant les états-majors, l'action sociale des armées et la caisse nationale militaire de sécurité sociale. Il s'agit de détecter et de prendre en charge immédiatement, puis dans la durée, tout militaire ou ancien militaire souffrant de troubles psychiques post-traumatiques ».

Mais il existe des :

Difficultés de repérage et de prise en charge :

Ainsi le silence des intéressés :

- - par crainte relative à l'incidence sur l'aptitude et l'avancement.
- - par méconnaissance du trouble.

- - ou ressenti de honte et de culpabilité.

L'absence fréquente de demande de soins est notée :

- - Dans les études américaines : seuls 25 à 50% de soldats atteints psychiquement ont demandé des soins.

- - Et dans les études françaises : 26% des militaires nécessitant une prise en charge psychique, l'ont refusée.

Il y a aussi les perdus de vue : par mutation, mission ou retour à la vie civile.

La sensibilisation des militaires des forces est effectuée :

Au niveau des unités : par des conseillers en facteurs humains et auxiliaires sanitaires.

Au niveau de la formation des chefs : à l'École des sous-officiers et officiers, et à l'Enseignement militaire supérieur.

On relève des progrès constatés sur le terrain avec plus de facilité au recours aux psychiatres.

Formation des soignants, médecins et infirmiers, au repérage et la prise en charge des troubles psychiques :

Elle nécessite des journées de formation obligatoire dans un service de psychiatrie des Armées. Puis des stages avec enseignement pratique.

L'utilisation de tests de dépistage.

Un Numéro "d'écoute défense" : des psychologues du service des armées vous écoutent. Enfin, une attention renforcée est demandée :

D'une part pour les blessés physiques, 7/10^{ème} présentent un état de stress aigu et 1/3 développeront un ESPT dans l'année. (État de stress traumatique.)

Et d'autre part pour les soignants du service de santé des armées qui vivent une double exposition traumatique.

Il faut optimiser l'offre de soins :

Avec les ressources du service de Santé des Armées :

- - Les services de psychiatrie et les consultations de psychiatrie décentralisées avec utilisation éventuelle d'antidépresseurs,

- -L'apport des psychologues cliniciens avec insertion dans l'équipe médicale des forces (nombre en augmentation) et rappel aux réservistes, apportant des techniques cognitivo-comportementales.

- Et aussi avec les ressources du dispositif de soins civils :

- - Identification des dispositifs civils avec consultations de psycho-traumatologie utilisant, au début, d'anciens psychiatres militaires.

- - Financement partagé par le SSA et les structures civiles quand l'imputabilité est reconnue.

Militaire ou civil, l'accompagnement dans le processus de réinsertion est nécessaire, car la problématique commune aux blessés physiques et psychiques, c'est la peur de devenir un patient ordinaire, avec retour à l'anonymat et ses difficultés, avec désillusions et amertume.

L'isolement des blessés psychiques entraîne des troubles du caractère avec agressivité, un évitement des relations sociales et, de plus, une accentuation du vécu de solitude quand le blessé psychique est mis en congé de longue durée (CLD) pour maladie mentale.

4.2. En 2011, pour lutter contre ces troubles, est créée la Cellule de Réadaptation et de Réinsertion des Blessés en opération :

- Avec un médecin physique de réadaptation et un psychiatre, on met en œuvre la Cellule d'Aide aux Blessés de l'Armée de Terre. (CABAT)
- Les acteurs de santé impliqués dans le parcours des soins des militaires blessés sont :
- Tous les praticiens de l'hôpital militaire Percy à Paris Clamart. (Le Val de Grâce est fermé),
- Hors champs médical : les cellules d'aide aux blessés, les services sociaux de l'Office National des Anciens Combattants,
- La mission handicap du Ministère de la Défense : le blessé et sa famille.
- Cette cellule de réadaptation se réunit tous les deux mois, elle réexamine 35 à 40 blessés par séance, elle invite des personnes d'organismes extérieurs.

Cela approfondit les connaissances sur les différents aspects du parcours des blessés en opérations.

a) Le premier objectif de cette cellule de réadaptation et de réinsertion du blessé en opération :

- C'est d'Aider et simplifier le processus par divers moyens :
- Une approche multidisciplinaire globale.
- Les meilleures conditions pour la réinsertion et si possible, la reprise du service.
- L'amélioration des circuits administratifs.
- Une meilleure articulation entre l'équipe médicale, le commandement et les acteurs sociaux.
- Enfin, la prise en compte de la singularité de chaque situation.

b) Le deuxième objectif est de :

Créer un forum de réflexion et d'échange, avec analyse des problèmes, développement de nouveaux concepts et propositions de solutions innovantes.

D'où, des réalisations concrètes :

Création de cellules d'accueil des blessés.

Accélération des dossiers de pensions.

Participation aux rencontres sportives des blessés. Et surtout

Financement des projets de reconversion civile et accompagnement.

Ainsi, l'opération Oméga est lancée en avril 2015 pour proposer aux blessés psychiques un processus de réinsertion sociale et professionnelle. Au 1er juillet 2017, plus de 600 blessés psychiques de l'armée de terre sont suivis par cette cellule CABAT.

80% des blessés psychiques en congé de longue durée ne réintègrent pas l'armée de terre. En entreprise, avec l'accord d'un médecin militaire, le blessé psychique fait l'objet d'une période d'immersion gratuite, d'un mois à un an, permettant une adaptation optimale au poste envisagé. Il participe, par sa qualification de travailleur handicapé, à la valorisation des 6% de travailleurs en situation de handicap imposé par la loi, dans les usines, les industries et la fonction publique.

Cette participation au processus de reconnaissance et de réparation entraîne des effets psychiques favorables...

5. Névroses traumatiques pas encore reconnues ou non reconnues

En effet, l'intervention du thérapeute inaugure l'entrée des troubles dans le champ médico-psycho-social et influence leur l'évolution. Et, on ne connaît des psycho-syndromes post-traumatiques que ceux dans lesquels la souffrance psychique a provoqué une demande d'assistance plus ou moins directe.

Est-on autorisé à inférer de l'existence de tels troubles chez ceux qui, « silencieux », ont gardé en eux la marque du psycho traumatisme ?

Et, dans quelle mesure un tel événement vécu ne pourrait-il pas générer au contraire des effets positifs ? ... Le sublimer, grâce à la résilience.

1) De telles questions risquent de rester sans réponse. Cependant, la lecture d'une biographie peut soudain prendre un sens nouveau, et ébranler des certitudes. Henri Laborit (1914-1995), médecin militaire de la Marine, titulaire du prix Lasker (antichambre du Nobel), savant incontesté reconnu, mais longtemps méconnu dans son propre pays, nous propose une autobiographie scientifique et intime dans « La vie antérieure », « L'esprit d'un grenier » et « Une vie ». L'on y trouve, décrite au moins à deux reprises, l'expérience indiscutable d'une mort imminente dont il déclarera 50 ans plus tard « ne rien connaître ». Je vais reproduire, en partie, ce qu'il a écrit :

2) 11 mai 1940, un médecin de Marine de 26 ans, H. LABORIT embarque et va participer, au large de Dunkerque aux missions du Sirocco. À chaque attaque du bâtiment, il « *participe inconsciemment à cette tension de tout le corps* », qu'il devra « *si souvent connaître dans les jours qui suivront, cette tension vers la détection d'un danger qu'on devine imminent mais qui reste invisible* ». De plus, « *un bateau de guerre est une boîte à munition toute prête à sauter, et au combat cette idée et ses conséquences se représentent parfois bien involontairement à l'esprit* ».

Et que dire lorsque, « *le souffle court et souvent suspendu* », on suit du regard la chute des bombes, jusqu'à reprendre sa respiration à leur explosion à côté du navire. Premier blessé, première victime, « *et ces hommes qui bien souvent ont déjà vu passer la mort très près d'eux, restent plusieurs jours douloureusement impressionnés par ce visage grimaçant qu'ils ne lui connaissent pas encore. Sous l'avalanche de fer qui tombe du ciel ou des batteries côtières, il faut recueillir les rescapés, soigner les blessés. Bâtiments anglais et français - Adroit, Chacal, Frondeur, Fougueux, Orange, Niger- que de bateaux déjà hors de combat ! À quand notre tour ? Nous ne pouvons y échapper* ». C'est désormais la conviction qu'Henri Laborit partage avec l'équipage.

Le 30 mai, c'est l'instant inévitable, le Sirocco est touché par deux torpilles : explosion, obscurité totale. Brusquement, le bateau s'incline et horizontal, s'enfonce peu à peu dans la mer, dans une atmosphère indescriptible : cris d'épouvante, coups de revolver de ceux qui se suicident, ne sachant pas nager... Henri Laborit lutte avec la dernière énergie pour ne pas être recouvert par la coque. Un grand remous, la nuit ; « *il s'abandonne, les yeux fermés, cela devait arriver, c'est fini...* ».

Il faut lire dans leur intégralité les pages où il décrit les suites du naufrage dont quelques citations ne sauraient rendre le caractère dramatique, la nage dans l'eau noirâtre, gluante de mazout et malodorante, au milieu des noyés, des survivants qui s'accrochent à lui, l'entraînant à plusieurs reprises dans les profondeurs ; désespérés qu'il doit « décrocher » pour sa propre survie ; ses efforts répétés et vains lorsqu'il tente de s'accrocher, épuisé, au filin que lui jettent les marins d'un bateau salvateur ; « *le mazout qui rend tout glissant* », et qui, relate-t-il, « *me fait lentement glisser vers la défaite finale après avoir entrevu la délivrance* ». Ainsi évoque-t-il - au temps présent - ces instants tragiques au cours desquels il fut confronté à la certitude de mourir.

Si l'on s'en tient à ses mémoires, écrites près de 50 ans plus tard, la mort aurait occupé ses pensées bien antérieurement. Elle aurait jalonné le cours de son activité professionnelle et de ses découvertes, fruits d'une lutte contre l'inéluctable.

3) Dans son dernier récit autobiographique, le premier chapitre s'intitule « Au commencement était la mort ». Son interlocuteur, après avoir témoigné de son

admiration pour un parcours scientifique foisonnant qui le fit passer de la chirurgie à l'anesthésie, côtoyer la psychiatrie, approfondir la biologie des comportements, l'interroger sur les fondements de son parcours atypique.

Henri Laborit les rapporte aux conséquences de la mort de son père, médecin militaire, survenue alors qu'il n'avait que 5 ans, « *type extraordinaire, mythe qu'il devait reproduire* ».

Muté en Guyane, à Mana, son père va décéder bientôt du tétanos à 31 ans. Henri Laborit se souvenait du retour à St Laurent-du-Maroni, en pirogue, assis avec sa mère, enceinte de 6 mois, sur le cercueil provisoire de son père. À mon avis, le début de sa résilience.

4) Reçu au concours du Chirurgical, ce fut d'abord l'exercice d'une illusoire toute puissance chirurgicale, « la mort de l'autre c'est aussi la mort de soi que l'on refuse », « l'absurde contre lequel le chirurgien croit s'opposer en s'arcboutant ».

Puis, autre élément de résilience, c'est l'interrogation devant les échecs et la mort de malades correctement opérés, ses travaux sur le choc traumatique avec son ami Morand, physiologiste de la Marine à Toulon, l'utilisation avec succès des cocktails lytiques (Phénergan, Largactil, Dolosal) et l'hibernation artificielle, contre le choc traumatique, qui vont révolutionner la chirurgie. « *On se dit qu'il doit y avoir des moyens d'empêcher la mort, qu'il y a sûrement des mécanismes qu'on n'a pas encore découverts, et qu'on en sera le découvreur* », c'est du moins ce qui dynamise l'action d'un jeune praticien confronté aux premiers blessés de guerre d'une longue série à venir.

À noter au passage son génial constat clinique et la mise en évidence de l'action psychotrope de la Chlorpromazine (le Largactil) qui va révolutionner la psychiatrie. J'ai vécu cette période, au Val de Grâce, assistant du Pr. Coirault, ami de Laborit, et j'ai utilisé, une des premières fois au monde, avec succès, le largactil dans les psychoses aiguës ! De proche en proche, son insatiable appétit de connaissances bouleverse les conceptions classiques du stress : « *le fait que l'on ait confondu et que l'on confonde toujours, même dans le public spécialisé, stress et agression, fait qu'effectivement on passe à côté de l'essentiel* ». Dans ses mémoires, Laborit situe la mort « au commencement ». S'agit-il d'une reconstruction rétrospective ? À la lumière des seules confidences écrites à ce sujet, on ne saurait avoir la prétention de construire une psychopathologie de sa vie quotidienne et affirmer l'existence, chez Henri Laborit, d'un syndrome post traumatique.

Il existe cependant un faisceau de signes pour le moins évocateurs. Trouver sous sa plume les descriptions cliniques modèles de la NT et dans son portefeuille, après sa mort, le texte de la citation accompagnant la décoration lié aux événements vécus le 30 mai 1940, reste lourd de sens et donne une certaine crédibilité à l'existence d'un trauma psychique, mais ici sublimé.

En 1994, à la question de Claude Grenier : « Avez-vous cherché à apporter à l'espèce humaine quelques informations supplémentaires ? », il répondit : « Je ne les ai pas apportées à l'espèce, mais à moi-même... L'individu et l'espèce n'ont qu'une seule raison d'être, survivre ... J'ai changé, je me rends compte qu'on ne fait rien dans une vie d'homme... on n'est pas là pour faire quelque chose. On est là, autant que possible pour être bien dans sa peau ».

5) Ainsi, chez ce savant génial, convaincu du bien-fondé de l'interdisciplinarité, père entre autres découvertes de la neuro- psychopharmacologie, le sceau de la mort vécue aurait pu ne pas entraîner une répétition obsédante et stérilisante de névrose traumatique, mais devenir au contraire- sans qu'il en ait une claire

conscience- un puissant facteur de connaissance, de découvertes, de progrès et de culture. Un cas très vraisemblable de sublimation d'une névrose traumatique, peut-être facilitée par la mort de son père dans des conditions dramatiques, premier élément de sa résilience.

Mais avant de terminer, je voudrais exprimer toute ma reconnaissance à mes anciens élèves et amis du Val de Grâce, assistants et spécialistes, pour leurs travaux où j'ai puisé les éléments de cette conférence. Je cite : Louis Crocq et Maurice Bazot, qui m'ont adressé tous leurs documents, Claude Barrois, Pierre Lefebvre, et leurs élèves, C.Vauterin, G.Briole, F. Lebigot, B.Lafont et Franck de Montleau, tous devenus à leur tour professeurs au Val de Grâce et médecins généraux.

BIBLIOGRAPHIE

Bazot M., *Au commencement était la mort* 2(3) :131-132, éditorial, stress et trauma 2002.

Bazot M., *La névrose traumatique*, CH/AAMSSA du 14/12/2011-

Crocq L., *Panorama des séquelles des traumatismes psychiques, Névroses traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles*, journée de l'ALFEST, Paris, 22/10/1991

de Montleau F., *Les avancées « post-Afghanistan » dans la prise en charge des militaires français blessés psychiques*, Revue francophone du stress et du trauma, 2009.

Juillet P., Moutin P., Savelli A., *Psychiatrie en milieu militaire*, Encyclopédie médico-chirurgicale, 11.1967.

Laborit H., *Éloge de la fuite*, R. Laffon, 1976.

Laborit H., *L'esprit du grenier*, Grasset, 1992.

Laborit H., *La vie antérieure*, Grasset, 1989.

Laborit H., *Une vie, derniers entretiens avec Claude Grenier*, Ed. du Félin, 1996.

Revue Neuropsy : *Les syndromes psychosomatiques*, Numéro spécial Mars 2003.

Steinitz A., Crocq L., *L'inventaire-échelle de névrose traumatique*, journée de l'ALFEST, Paris, 22/10/1991