
Septembre 2012

Fiche de l'Irsem n°20

**Syndrome post traumatique du militaire, éléments de contexte
et de réflexion stratégique**

Agnès Colin

Pour citer ce document :

Agnès Colin, Syndrome post
traumatique du militaire, éléments de
contexte et de réflexion stratégique

Fiche de l'Irsem n°20,

Septembre 2012, nombre de pages : 7

<http://www.defense.gouv.fr/irsem>

Septembre 2012

1-Introduction

Le milieu militaire expose par nature les personnels à des situations potentiellement traumatiques au plan psychique. Le syndrome de stress post-traumatique (PTSD, *Post-Traumatic Syndrom Disorder*) constitue une expression des multiples réponses réactionnelles développées par l'être humain face aux émotions violentes. Ce contexte de réactions pathologiques à des états de stress est déterminé (ou modulé) par les évolutions des conflits et des technologies utilisées pour la conception de systèmes d'armes délivrés aux militaires.

Les conflits récents confirment en effet qu'un nombre important de combattants souffrent de troubles psychiques. Si le sujet reste peu développé en France, il est une priorité pour l'armée américaine qui voit le nombre de victimes de ces blessures de guerres psychologiques augmenter de manière inquiétante face aux opérations d'envergure en Irak et en Afghanistan.

Les troubles psychiques de guerre ont été décrits de longue date. Dans le domaine médical, épopées historiques et mythes soulignent la souffrance des hommes. Avec la révolution industrielle et les premières catastrophes collectives, la névrose traumatique est décrite dès 1889 par Oppenheim à la suite des premiers accidents de chemin de fer. A partir de 1980, le concept de PTSD est apparu officiellement dans les classifications internationales (CIM)¹, (EPST : état de stress post-traumatique, en français), après la guerre du Vietnam, dans un contexte propre aux Etats Unis. Ainsi par définition, le PTSD est la dénomination d'un ensemble de symptômes psychiques observés et étudiés depuis le début du siècle sous différents vocables (stress, traumatisme, névrose, stress post-traumatique). Diverses personnes sont concernées : combattants, personnels de tous les niveaux de responsabilité et de toutes les catégories d'emploi. Les manifestations cliniques apparaissent de façon différée par rapport à l'exposition traumatique, c'est pourquoi on peut sous estimer les risques et la nécessité d'une prise en charge.

Le PTSD se caractérise par un revécu de l'événement traumatique (sous la forme d'images, de pensées, de rêves, d'épisodes de *flash-back*), et de symptômes spécifiques (difficultés de sommeil, irritabilité, difficulté de concentration, etc.), ayant généralement des répercussions sur le fonctionnement social et professionnel de la personne. Les traumatismes peuvent avoir des conséquences psychologiques, voire psychiatriques de long terme sur les individus. Ils sont bien pris en compte dans les conflits récents, en Irak et en Afghanistan. En 2009, 140 soldats américains ont mis fin à leurs jours, 70% d'entre eux avaient été au moins une fois en opération en Irak ou en Afghanistan et selon une étude de Rand Corp², un militaire sur cinq sur le retour est touché par des syndromes post-traumatiques, ce qui représenterait actuellement environ 300 000 cas³.

Le PTSD est au cœur des préoccupations des armées modernes, il est le symbole des troubles psychiques de guerre. L'évolution des conflits placent les militaires dans des contextes de menace permanente comme, la menace terroriste et NRBC, l'extension aux missions de sécurité, les

¹ Classification Internationale des Maladies, publiée par l'organisation mondiale de la santé, dixième révision. Chapitre V. Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic; traduction par C. B. Pull. Genève, OMS Paris Milan Barcelone : Masson, 305 p. 1993.

² <http://www.rand.org/multi/military/veterans.html>, consulté le 19 janvier 2012.

³ <http://www.actudefense.com/les-ptsd-une-maladie-contagieuse/>, consulté le 11 octobre 2011.

Septembre 2012

interventions dans le cadre de populations civiles hostiles, et conduit à des situations particulières de stress. Il convient donc d'être vigilant sur ces formes de traumatisme. Avec l'engagement de l'armée française en Afghanistan, les militaires vivent une situation de guerre avec des risques réels, à la merci d'IED (*Improvised Explosive Device*). Les situations potentiellement traumatiques sont nombreuses et les pertes subies entament le moral des hommes. C'est pourquoi des « sas de décompression » ont par exemple été mis en place par de nombreuses armées pour le retour des troupes d'Afghanistan. Le retour d'opérations constitue de plus, une phase délicate aux enjeux multiples : réinsertion dans les cadres sociaux « habituels » des individus, atténuation de la dimension combattante du métier et reconnaissance par l'institution, l'entourage et la Nation du sacrifice consenti. Chez certains, ce changement d'environnement, s'il est trop brutal, peut être une épreuve psychologique.

L'apparition de troubles psychiques, chez les pilotes américains de drones opérant à grande distance, en Afghanistan est par ailleurs, un fait nouveau inquiétant symptomatique de l'évolution des technologies, relaté dans des publications américaines (objet du paragraphe 3).

2- Un état des lieux

Comme le rappelle François Lebigot (2011, 2^{ème} éd), les pays latins ne s'étaient pas préoccupés du traumatisme psychique, aussi tôt que l'ont fait les Etats unis (dix ans après la guerre du Vietnam), « il y avait une sorte d'unanimité pour en nier la réalité, l'existence ». En France, pourtant la psychiatrie militaire s'intéresse à la névrose traumatique dès les années 60 grâce à Louis Crocq dont les travaux ont été marquants. A ce jour, des études menées sur l'analyse clinique des traumatismes psychiques, par des psychiatres militaires, font référence. Guy Briole *et al.* (1994) décrivent l'individu confronté de manière soudaine, inattendue et souvent violente à l'éventualité de sa propre mort, au « *réel de la mort* », qui entraîne une situation traumatique mettant à mal « l'illusion de l'immortalité » protectrice (François Lebigot 1998). Ceci conduit les individus dans un rapport intense à la violence et cette situation est particulièrement difficile à accepter et/ou à comprendre. Louis Crocq (1999) définit les névroses traumatiques (terminologie utilisée à la place de PTSD) « comme la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou à une menace ». Il développe la psychiatrie de l'avant pour les armées (2001) afin de soigner très tôt les blessures psychiques. En septembre 2008, cet auteur rappelait que « *ces blessures de l'âme sont moins glorieuses que des blessures physiques. Celles-ci sont souvent considérées comme un signe de faiblesse voire de lâcheté. Les militaires, lorsqu'ils font l'expérience d'une situation traumatisante, ont tendance à réprimer, taire ou dissimuler les symptômes. Une prise en charge précoce permet non seulement de limiter la chronicité de cette pathologie mais aussi d'en réduire les dommages collatéraux sur les relations familiales, sociales et professionnelles. D'où, l'importance de faire appel à une cellule spécialisée dans le soutien psychologique* ». Il est ainsi à l'origine des cellules d'urgence médico-psychologiques, qui, depuis 1995, prennent en charge les victimes d'attentats, d'accidents ou de catastrophes naturelles. Pour relater l'ensemble des troubles psychiques traumatiques auxquels

Septembre 2012

doivent faire face les personnes qui ont pu être confrontées à leur propre mort et ont survécu, Patrick Clervoy (2007) introduit l'expression "syndrome de Lazare". Ce syndrome représente ce dysfonctionnement relationnel prolongé entre une personne qui a traversé une épreuve traumatique et son environnement familial et professionnel (à l'image de Lazare ressuscité, pour qui tout le monde s'est détourné de lui et plus rien n'a été comme avant ; en réalité, c'est lui qui a changé). Patrick Clervoy explique comment en mobilisant les ressources psychiques et affectives, on peut essayer de déjouer le mécanisme et permettre de se réadapter à un monde qui a radicalement changé.

En France, d'un point de vue organisationnel et opérationnel, c'est le service de santé des armées (SSA) qui est l'organisme officiel en charge, apportant soins et expertise médicale, au sein du ministère de la Défense, lors de troubles du PTSD. Des moyens et solutions médicales sont appliqués. Depuis plusieurs années, les armées et le SSA mettent en place des actions concertées de prise en compte du soutien psychologique des troupes en opérations (OPEX). En France, on trouve deux niveaux de responsabilité dans les armées pour prévenir l'apparition de ces troubles et éventuellement les traiter, selon Humbert Boisseaux (2010). D'abord le commandement qui doit développer le cadre adéquat au bien-être psychique, ensuite le SSA qui propose une approche individuelle. Il est impossible, selon cet auteur, de mettre en place des examens de dépistage systématiques car le développement de la maladie ne se fait pas toujours au même rythme. Marie Dominique Colas *et al.* (2009) fournissent un état de l'art et une base de réflexion documentée sur le contexte (le milieu militaire et son évolution), sur le stress opérationnel et au combat, la conceptualisation du PTSD et ses formes cliniques, et sur la prise en charge (soutien psychologique en opération). Humbert Boisseau (2010) propose des axes de prévention (sélection, suivi du militaire tout au long de sa carrière et continuité des soins), et formule entre autres, des propositions pour une amélioration du dispositif existant : mise à jour de la fiche épidémiologique, plus grande attention à la sélection des personnels, meilleure information des militaires et nécessité de la reconnaissance de la nation vis-à-vis des syndromes. Patrick Clervoy *et al.* (2010) donnent des éléments d'information sur les modalités réglementaires médico-administratives mises en place actuellement pour la prise en charge du PTSD chez les militaires (notamment la fiche DAPIAS, déclaration d'affection présumée imputable au service).

- **H. Boisseaux**, Le stress au sein de la population militaire: du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique, *Médecine et armées*, tome 38, 1, pp. 29-36, 2010.
- **G.Brïole, F. Lebigot, B. Lafont, J-J. Favre, D.Vallet**, *Le traumatisme psychique : rencontre et devenir*, Actes du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXXII^{ème} session, Toulouse, 13-17 juin 1994, Paris, Masson.

Septembre 2012

- **P. Clervoy, C. Balaire, E. Garrabé**, Etats de stress post traumatiques (EPST) : éléments d'information, *Médecine et armées*, TOME 38, n °4, pp.381-383, 2010.
- **P. Clervoy**, *Le syndrome de Lazare: traumatisme psychique et destinée*, édition Broché Albin Michel, 2007.
- **M-D. Colas, B. Lahutte**, Le stress au sein de la population militaire: du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique, *Médecine et armées*, tome 37, 5, pp. 399-410, 2009.
- **L. Crocq**, *Les traumatismes psychiques de guerre*, Odile Jacob, 1999.
- **L. Crocq**, *Libres réflexions*, CDEF, pp. 111-113, septembre 2008.
- **L. Crocq**, *Perspectives historiques sur le trauma*. In : M. de Clercq, F. Lebigot, *Les traumatismes psychiques*, Masson, pp. 23-64, 2001.
- **D. Grossmann**, *On Killing, the Psychology Cost of Learning to kill in War and Society*, 1995.
- **F. Lebigot**, « Le débriefing individuel du traumatisé psychique », *Annales médico-psychologiques*, vol. 156, n° 6, 1998, pp. 417-420.
- **F. Lebigot**, *Traiter les traumatismes psychiques, cliniques et prise en charge*, 2 ème édition, Dunod, juillet 2011.
- **H. Oppenheim**, *Die Traumatischen neurosen*, Verlag von August Hirschwald, Berlin, 1889.

À long terme, les conséquences de ces traumatismes sont importantes, c'est un problème de santé publique, en termes de mise en place et gestion des soins. Le coût social et médical engendré par les troubles psychos traumatiques non ou mal pris en charge est en effet très lourd, au moins le double des troubles rapidement bien traités (Marie-Dominique Colas, Bernard Lahutte, 2009). Actuellement, cela amène à de multiples réflexions sur la prise en charge et la gestion de soins en termes de santé publique.

Contrairement aux Etats Unis, en France les résultats d'études épidémiologiques sont plus parcellaires et nécessiteraient une évaluation sérieuse comme le souligne Humbert Boisseau (2010). Actuellement, on évalue à 10% le nombre de militaires présentant un PTSD au retour d'Afghanistan (il existe une part d'imprécision de ces chiffres liée, tout autant à la nature de la pathologie, qu'au vécu que peut avoir le militaire)⁴.

Enfin, en ce qui concerne les recherches aux Etats-Unis, signalons les travaux de Dave Grossmann (ex Lt-Col) (1995) qui a étudié les conséquences psychologiques importantes du combat chez les vétérans américains. Depuis, ces nombreuses recherches ont continué pour essayer de mieux faire face à ces traumatismes et expliquer pourquoi tuer affecte certaines personnes plus que d'autres⁵.

⁴ www.defense.gouv.fr/content/download/.../090211_DP_cabat.pdf, dossier de presse MINDEF, Les blessés de l'armée de terre, du 9 février 2011, consulté le 19 janvier 2012.

⁵ <http://www.killology.com/ereads.htm> consulté le 26 janvier 2012.

Septembre 2012

3- L'évolution des conflits / nouvelles technologies / PTSD

Un nouveau facteur de PTSD observé récemment, est apparu chez les pilotes de drones lié aux évolutions des nouvelles technologies de l'information : la guerre à distance derrière un écran. Habituellement, on pensait que les pilotes de drones, étant à distance, ne pouvaient pas souffrir du stress habituellement ressenti par les combattants : en n'étant pas exposés au danger, ils ne devaient pas en subir les conséquences. L'expérience américaine des opérateurs basés à des milliers de kilomètres de leur cible a également démontré le contraire, comme ceux qui opèrent les drones *Predators* en Afghanistan et au Pakistan depuis des bases au Nevada. On constate en effet des phénomènes de stress aggravé chez ces personnels qui, même s'ils ne sont pas supérieurs à ceux de leurs camarades sur place, sont en tout cas bien plus importants que ce que l'on aurait pu prévoir pour des personnes « à l'abri ». En réalité, les causes et les manifestations de ce stress diffèrent de celles des personnels directement déployés sur le théâtre d'opérations. Adeline Taravella et Frédéric Coste (2012) développent la question dans une étude récente menée pour l'IRSEM. Les opérateurs de drones vivent dans deux mondes distincts dont les règles sont très différentes, un monde réel civil (au Nevada), et un monde en guerre dans lequel leur présence est « virtuelle », relayée par la machine. Cette « distanciation » conduit à une dissonance cognitive qui peut être déstabilisante voire traumatisante et conduirait à des PTSD. Les témoignages recueillis par Peter Singer (2009) sont à ce titre éloquentes : « *On fait la guerre pendant 12 heures, on tire sur des cibles, on exécute des combattants ennemis, et puis on monte dans sa voiture et on rentre à la maison. Et 20 minutes après, on est assis à la table du dîner et on parle avec nos enfants de leurs devoirs d'école* ». Il faudrait un sas de décompression pour les opérateurs avant de rentrer chez eux.

L'apparition de PTSD identifiés peut être aussi amenée par le rendu visuel des missions sur l'écran. En effet, l'amélioration des méthodes de traitement d'image (la haute résolution) permet aux pilotes de drones de voir les personnes tuées, contrairement aux pilotes de bombardiers, qui ne voient que rarement les conséquences de leurs missions.

Les progrès technologiques des systèmes peuvent donc conduire à une source d'élévation des risques traumatiques. Dans ce domaine particulier, les études scientifiques sont encore trop peu nombreuses.

- **S. Lindlaw**, « UAV operators suffer war stress », *Air Force Times*, 7 août 2008. http://www.airforcetimes.com/news/2008/08/ap_remote_stress_080708/ consulté le 24 janvier 2012.
- **PW. Singer**, « Ethical Implications of Military Robotics », *The 2009 William C. Stutt Ethics Lecture*, United States Naval Academy, 25 mars 2009.

Septembre 2012

- **A. Taravella, F. Coste**, « Relation homme-robot, prise en compte de nouveaux facteurs sociologiques », [Etude de l'Irsem n°16, 2012.](#)

4- Le traitement du PTSD, pistes de recherche

Une conférence de janvier 2009 (consensus de Cape Town) a fait le point sur les avancées théoriques, cliniques et thérapeutiques après quinze ans de travaux intenses sur les états de stress post-traumatiques (D. J. Stein *et al.*, 2009). Frédéric Canini et Marion Trousselard (2010) analysent les résultats de ces travaux et soulignent notamment de nouveaux axes de recherche thérapeutiques comme par exemple l'utilisation de l'imagerie cérébrale fonctionnelle (apport des neurosciences) ainsi que d'une pharmacopée adaptée pour l'atténuation de la mémorisation émotionnelle. Des méthodes non conventionnelles et de nouveaux outils pour les personnels militaires, apparaissent. Le domaine des nouvelles technologies de l'information peut aussi apporter des solutions, reposant par exemple (cas des Etats Unis) sur des simulateurs et la réalité virtuelle⁶ pour revivre les situations traumatisantes, ainsi que sur l'aide de jeux vidéo⁷. Ces pistes montrent l'existence de nouvelles potentialités de traitement hors des solutions médicales classiques, nécessitant une réflexion prospective spécifique.

- **F. Canini, M. Trousselard**, Les axes de recherche des états de stress post-traumatiques, *Perspectives PSY*, vol 49, 2010.
- **D.J. Stein** and al, Cape Town consensus on posttraumatic stress disorder, *CNS Spectr*, (1 suppl 1), pp. 52-58, 2009.

⁶ <http://www.army.mil/article/33128>, site officiel de l'armée américaine, consulté le 9 mars 2012.

⁷ L'armée américaine a financé une nouvelle méthode adaptée aux jeunes générations, des consoles de jeu qui simulent des scènes de guerre irakiennes ou afghanes : <http://www.france24.com/fr/20110128-console-jeu-une-arme-contre-le-stress-post-traumatique-soldats-americains>, consulté le 19 janvier 2012.