



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



## Mémoire

# La continuité des soins pour les militaires atteints de syndrome de stress post-traumatique : projet d'un centre de référence interministériel<sup>☆</sup>

## *Continuity of care for the military with post-traumatic stress disorder syndrome (PTSD): Project about an interministerial PTSD reference Center*

Christine Roullière-Le Lidec<sup>a</sup>, Éric Rouhard<sup>b</sup>, Louis Crocq<sup>c,\*</sup>

<sup>a</sup> Faculté de médecine Saint-Antoine, réserve citoyenne, service de santé des armées, 75012 Paris, France

<sup>b</sup> Direction régionale du service de santé des armées de Saint-Germain-en-Laye, 78100 Saint-Germain-en-Laye, France

<sup>c</sup> Université René-Descartes, 75006 Paris, France

### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 16 janvier 2015

Accepté le 17 juillet 2015

Mots clés :

Armée

Continuité des soins

Plan d'action

Prise en charge

Syndrome post-traumatique

Traumatisme psychique

Keywords:

Action plan

Army

Care management

Continuity of treatments

Post-traumatic stress disorder syndrome

(PTSD)

Psychic trauma

### RÉSUMÉ

Neuf cents cas de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ont été identifiés en dix ans au sein de l'armée française (2013). Pour les traiter, le service de santé des armées a développé un parcours de soins continu depuis la zone de combat jusqu'au retour en France. Mais cette prise en charge globale peut être interrompue partiellement ou complètement si le sujet quitte l'institution, ou s'il souhaite ne pas consulter un médecin militaire par crainte d'une appréciation défavorable sur son aptitude. Les policiers, pompiers, diplomates et personnels des ONG sont également exposés au traumatisme psychique au cours de leur engagement. La prise en charge du syndrome de stress post-traumatique devient *de facto* interministérielle. Ainsi un centre de référence interministériel sur le SSPT et le stress opérationnel piloté par le ministère de la Défense pourrait proposer une réponse structurée et adaptée avec un maillage territorial de professionnels militaires et civils spécialisés et bien au courant des incidences tant de maintien dans l'armée que de réinsertion dans le monde civil.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

### ABSTRACT

Nine hundred cases of post-traumatic stress disorder syndrome (PTSD) have been identified these last ten years within the French army corps (2013). This pathology described since Antiquity, was the object of famous works by military psychiatrists (Barrois, Crocq, Lebigot). The various armed conflicts of the last years saw the fighters suffering from psychic wounds further to the fights. For their treatment, a psychic trauma plan builds a way to military care starting from the battle zone. This consideration of the PTSD by the Ministry of Defense is essential in the process of acceptance of the wound by the soldier and in his (her) process of reconstruction. Indeed it gives a sign of gratitude and solidarity to the wounded person. But, this global treatment can be partially or totally interrupted if the subject leaves the army or if he or she wishes to quit and his family wants him to quit the military institution, fearing an unfavorable valuation of his aptitude. In this case, the soldier and his family can be made a break by symptoms which can appear years after the initial trauma, not knowing towards which healthcare professional they can be addressed. Policemen, firemen, diplomats, customs officers, staff of the NGO can, during their functions, be exposed to a traumatic event. The current event demonstrates unfortunately that the exposure in the trauma can take place as much on the national territory as abroad, and thus concern a very important

<sup>☆</sup> Les positions exprimées dans cet article ne sont que les points de vue des auteurs et ne doivent pas être considérées comme le point de vue officiel du Service de Santé des Armées français.

\* Auteur correspondant. 12, rue du Lycée, 92330 Sceaux, France.

Adresse e-mail : lcrocq@sfr.fr (L. Crocq).

number of people belonging to very different circles. The civil offer of care is heterogeneous and not always visible for a not warned public. Every ministerial structure develops its own model of care. Yet the "Livre blanc" (White book) 2013 on the Defense and the National Security recommends a solidarity and a commitment for all the military and civil staffs who make a commitment in the service of the State. The treatment of PTSD becomes de facto interministerial, and both a civil and a military matter. In fact, managing crises requires multidisciplinary competences. Therefore, an interministerial PTSD reference Center under the guidance of the Ministry of Defense would be a very well structured and adapted response to the issue, with an territorial implantation of military and civil specialized professionals well knowing incidences of maintaining in the army or reinserting in the civil word. This center would be federative of an innovative approach to assure the continuity of treatments. It would allow to develop a common doctrine on the psychic trauma from the exchanges of experts.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

## 1. Introduction

Les militaires déployés en opération extérieure (OPEX) sont exposés à des stress intenses et peuvent souffrir de syndromes psychotraumatiques à leur retour de mission. En particulier, ceux qui ont été engagés dans des conflits armés en Afghanistan, au Mali et en République centrafricaine.

Le syndrome de stress post-traumatique, pathologie bien connue des psychiatres militaires, fait l'objet d'une attention particulière du ministère de la Défense depuis le conflit afghan en 2008 avec la mise en place en 2010 de deux plans successifs (2010/2013) « traumatisme psychique » structurant un parcours de soins pour le blessé psychique, depuis la zone de combat jusqu'au retour à la vie civile. Pour le commandement, le service de santé des armées et pour le militaire, les enjeux sont opérationnels, médicaux et sociaux : risques de décompensation psychiatrique, inaptitude à servir dans l'armée, difficultés à effectuer une reconversion professionnelle dans le civil, déstructuration du tissu familial, difficultés de réinsertion sociale.

Cette pathologie psychotraumatique peut survenir des mois, voire des années après l'événement causal. Le militaire peut avoir changé d'unité ou peut avoir quitté l'armée et se retrouver désormais dans la vie civile. Or l'offre de soins civile en psychotraumatologie est hétérogène et peu lisible.

Comment organiser une réponse cohérente et structurée pour le militaire tout au long de sa vie en intégrant deux aspects importants : d'une part, le lien thérapeutique peut mieux s'établir avec un thérapeute qui a la compréhension de l'action militaire et de son milieu ; d'autre part, le processus de reconstruction du militaire blessé doit s'étayer sur la reconnaissance de la société.

## 2. Un dispositif global pour les militaires blessés psychiques

### 2.1. Une très longue expérience, réactivée par l'actualité

#### 2.1.1. Le syndrome de stress post-traumatique

Les troubles psychiques consécutifs aux émotions du combat sont connus des médecins militaires depuis l'Antiquité [12,23,25,27,36,39]. Philippe Pinel avait ainsi décrit des « névroses de la circulation » chez les soldats des armées de la Révolution, et Dominique Larrey avait dénommé « vent du boulet » les états confuso-stuporeux présentés par des soldats que le boulet avait frôlés sans les blesser. La guerre russo-japonaise de 1904-1905 a vu se développer la psychiatrie de l'avant parce que, le chemin de fer transsibérien ne parvenant pas jusqu'au front, on ne pouvait évacuer les patients vers les hôpitaux russes [38]. C'est à l'issue de cette guerre que Georg Honigmann propose le vocable « névrose de guerre », comme variété « guerre » de la névrose traumatique

qu'Herman Oppenheim avait décrite en 1888 au sujet des accidents de chemin de fer.

Les conflits armés qui se sont produits ensuite, Première et Seconde Guerres mondiales, guerre d'Algérie et guerre du Vietnam, ont mis en évidence l'importance des blessures psychiques chez les combattants. Après chaque armistice qui a mis fin aux deux guerres mondiales (1918 et 1945), il y eut peu de publications sur les névroses de guerre et les névroses traumatiques, les psychiatres s'intéressant davantage à la pathologie du temps de paix [35]. Toutefois, ces névroses étaient encore connues dans le cénacle restreint des psychiatres militaires. Ainsi, en France, on recense une douzaine de publications de Louis Crocq [20-23,25-28,31-33,37-40] plus trois ouvrages [35,41,42], ainsi que celles de Claude Barrois [7-11], et ses deux ouvrages [12,13], celles de Guy Briole [14-16], de François Lebigot [49-52] et de Patrick Clervoy [18,19]. Concernant la guerre du Vietnam, on a dénombré 700 000 « Post-Vietnam syndromes » sur un total de 3 millions de G.I. engagés dans cette guerre entre 1964 et 1973 [35]. Le post-Vietnam syndrome [57] qui correspondait à la névrose de guerre des Européens, est devenu en 1980 le *Post-Traumatic Stress Disorder* (ou PTSD) dans la nosographie psychiatrique américaine DSM (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder*), appellation diagnostique adoptée peu à peu par les psychiatres du monde entier, et traduite en français par « état de stress post-traumatique » [1]. Par la suite (DSM-IV en 1994 et DSM-V en 2013) [2,3], les psychiatres américains ont distingué à juste titre l'« état de stress aigu », tableau clinique du 2<sup>e</sup> au 30<sup>e</sup> jour suivant le trauma, de l'« état de stress post-traumatique » proprement dit (American Psychiatric Association, 2013), état différé-chronique se manifestant après le 30<sup>e</sup> jour. Mais ils ne proposent rien pour la symptomatologie immédiate des premières heures (une journée maximum).

La classification internationale des maladies de l'OMS, dans sa dixième révision en 1992 [55], adoptait le terme d'État de Stress Post-Traumatique (répertorié F43.1), et proposait en outre deux autres diagnostics : la « réaction aiguë à un facteur de stress », pour les premières vingt-quatre heures (F43.0), et la « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » (F62.0), pour caractériser les états psychotraumatiques sévères où toute la personnalité a été impactée (CIM-10, traduction française, Masson, 2013).

Dans ce qui va suivre, nous utiliserons le vocable de « syndrome de stress post-traumatique » (SSPT), immédiat (1<sup>er</sup> jour), post-immédiat (du 2<sup>e</sup> au 30<sup>e</sup> jour) et différé-chronique (au-delà de 30 jours) pour désigner cette pathologie.

En 2009, une réunion du *Military Mental Health Expert Panel* annonçait 5 % de PTSD chez les soldats britanniques de retour d'Irak, et de 14 à 19 % chez les soldats américains. En France, le chiffre officiel donné par le ministère de la Défense en décembre

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6786448>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6786448>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)