

“ Reconnaissance ” et “ réparation ” des troubles psychiques de guerre dans les armées françaises : perception subjective des militaires. Étude exploratoire qualitative chez 15 militaires français souffrant d’état de stress post-traumatique imputable au service

Marion Ribeton

▶ **To cite this version:**

Marion Ribeton. “ Reconnaissance ” et “ réparation ” des troubles psychiques de guerre dans les armées françaises : perception subjective des militaires. Étude exploratoire qualitative chez 15 militaires français souffrant d’état de stress post-traumatique imputable au service. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01734441

HAL Id: hal-01734441
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734441

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2015

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Marion RIBETON

Née le 02 avril 1986 à Libourne (33)

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE – PARIS
ANCIENNE ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES DE BORDEAUX

le 19/10/2015

« Reconnaissance » et « réparation » des troubles psychiques de guerre dans les armées françaises : perception subjective des militaires.

Étude exploratoire qualitative chez 15 militaires français souffrant d'état de stress post-traumatique imputable au service.

Examinateurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN	Président
Monsieur le Professeur Bernard KABUTH	Juge
Madame le Professeur Geneviève FIDELLE	Juge
Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE	Juge
Monsieur le Docteur Yann AUXEMERY	Directeur de thèse

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert

THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL
Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médecine)***
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
4ème sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : ***(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI
3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)
Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences)*
3ème sous-section : ***(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)***
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
Docteure Nelly AGRINIER
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)***
Docteur Aurore PERROT
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'Urgence)***
Docteur Antoine KIMMOUN *(stagiaire)*
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD *(stagiaire)*

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteure Laure JOLY

55ème Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
1ère sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET *(stagiaire)*
==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A Notre Maître et Président de jury

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN

Professeur de Psychiatrie adulte

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.

Nous avons eu l'honneur de participer à plusieurs de vos séminaires et à votre diplôme universitaire de Psychiatrie légale où nous avons apprécié vos qualités pédagogiques et votre volonté de partager votre sens clinique.

Nous vous remercions de la confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre profond respect et le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et juge

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur de Pédopsychiatrie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de la qualité de vos enseignements dans les différents séminaires de pédopsychiatrie.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre haute considération.

A notre Maître et juge

Madame le Médecin-Général Geneviève FIDELLE

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques - échelon argent

Nous vous remercions pour la bienveillance dont vous avez fait preuve à notre égard et pour les précieux conseils que vous nous avez prodigués.

Vous nous faites un immense honneur en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous prions de recevoir ici notre témoignage de sincère gratitude et l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et juge

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

Maître de conférences des universités – praticien hospitalier

Chef du service de Médecine légale et droit de la santé

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre haute considération.

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Médecin Principal Yann AUXEMERY

Médecin adjoint du Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique – HIA Percy

Docteur en Sciences Humaines Cliniques – Université Paris Diderot

Nous avons eu le privilège de travailler avec vous durant plusieurs semestres et de faire nos premiers pas dans la psychiatrie militaire sous votre compagnonnage clinique.

Nous vous exprimons ici notre gratitude pour votre disponibilité, votre bienveillance et les précieux conseils que vous avez toujours su nous prodiguer.

Nous vous remercions d'avoir guidé notre travail et d'avoir participé à son aboutissement.

Nous avons sincèrement apprécié votre engagement et votre aide tout au long de notre réflexion.

Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre haute considération.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE

Monsieur le Médecin Général Inspecteur François PONS

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Commandeur de l'Ordre National de Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques - échelon argent

Médaille d'Honneur du Service de Santé des Armées

Monsieur le Médecin Général Jean-Bertrand NOTTET

Directeur adjoint de l'École du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

Aux

Médecin en chef Claude CARNIO

Chef du service de Psychiatrie de l'HIA Legouest

&

Docteur Bernard BLANCHARD

Chef du service de Psychiatrie infanto-juvénile à Metz

Vous m'avez accueillie dans vos services respectifs durant mes semestres de formation et m'avez permis de progresser au quotidien.

Avoir travaillé à vos côtés est un immense honneur.

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements et l'expression de mon profond respect.

-

Médecin en Chef Arnaud LEDOUX

Ancien médecin-adjoint du service de Psychiatrie de l'HIA Legouest

Médecin Principal Céline BARTHELEMY

Médecin des Armées Sophie KNEZ

Médecins-adjoints du service de Psychiatrie de l'HIA Legouest

Travailler à vos côtés fut un plaisir et un honneur.

Pour vos conseils et votre bienveillance, veuillez accepter mes sincères remerciements.

Au Médecin-Général Rémi MACAREZ

Médecin-chef de l'HIA Clermont-Tonnerre à Brest

Ancien Chef du Bureau "Offre de Soins" à la DCSSA

Vous m'avez cordialement reçue à la DCSSA au début de mon projet de thèse.
Je vous prie d'accepter l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

-

A la Cellule d'Aide aux Blessés de l'Armée de Terre (CABAT) :

Colonel MALOUX

Chef de la CABAT

Lieutenant-Colonel MAIGRET

Psychologue clinicienne du SSA et ancienne experte en psychologie et référente des blessés du SSA à la CABAT

Capitaine LOSSIGNOL

Experte-juriste à la CABAT

Madame LAFFAGE

Experte-domaine social à la CABAT

Madame LUCAS

Experte-reconversion/réinsertion à la CABAT

Vous m'avez reçue à la CABAT ou m'avez consacré de longs entretiens téléphoniques, et vous m'avez apporté de précieux conseils et informations pour ma thèse.
Veuillez recevoir ici le témoignage de ma sincère gratitude.

-

Capitaine Marc SAINTOT

DCSSA - Bureau Médecine d'armée

Sous-direction « plans – capacités »

Vous m'avez transmis des informations et documents essentiels pour ma thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Madame Barbara HOUBRE

Psychologue clinicienne

Enseignante à la faculté des Sciences humaines et sociales de Metz

Vous m'avez ouvert les portes de la faculté des Sciences humaines et sociales de Metz, et m'avez ainsi permis d'accéder au logiciel ALCESTE.
Vous m'avez accompagnée tout au long de la réalisation de mon étude, vous m'avez patiemment consacré du temps et m'avez apporté de précieux conseils.
Veuillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude et de ma haute considération.

-

Madame Barbara ANDREANI

Attachée de recherche clinique

Centre régional de documentation scientifique

et de recherche clinique de l'HIA Legouest.

Vous m'avez aidée à mettre sur pieds mon projet et vous avez partagé avec moi votre expérience de ce type d'étude. Vous m'avez confié des documents essentiels pour permettre sa réalisation.
Veuillez agréer l'expression de mes sincères remerciements.

-

Madame Michèle BATTESTI

Docteur (HDR) en Histoire

Responsable de programme IRSEM

Vous m'avez accueillie à l'IRSEM dans le cadre de mes recherches.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

A TOUS CEUX QUI M'ONT ACCOMPAGNEE TOUT AU LONG DE MON INTERNAT

A ma famille

A mes parents adorés qui m'ont toujours soutenue, conseillée, encouragée. Merci pour votre amour intarissable.

A Lili, ma sœur chérie. Merci en particulier pour ton aide pour les traductions anglaises ! Tu me manques en ce jour...

A Gui, mon grand frérot chéri et sa femme Julie.

A mon mari Charles. Tu es là depuis le début de ce long périple... Merci pour ton soutien et ton amour indéfectibles.

A ma belle-famille qui m'a si gentiment accueillie.

A mes meilleures amies de Santé Navale : mes chouchous Céline et Audrey avec qui j'ai partagé tant de choses depuis notre rencontre en 2004...

A mes amies du lycée : Magali, Lolo D, Lolo G.

A mes nouveaux amis rencontrés à Metz : ma chère Gaëlle qui m'a accueillie à bras ouverts et m'a fait aimer la Lorraine,
mais aussi Sophie, Laure, Adeline, Anne-Laure, Caro...

A mes camarades de promotion : Damien, Vanessa, Enguerrane, Martin.

A toute l'équipe de psychiatrie de l'HIA Legouest de Metz.

A l'équipe de psychiatrie de la Maison des adolescents de Metz : Cécile, Anissa, Paola, Christine, Nadine, Maryse, Anne-Claire, Anne-Hélène...

Aux blessés

Je souhaite rendre hommage aux militaires qui ont généreusement accepté de participer à cette étude et qui ont bien voulu s'ouvrir à moi et partager certains souvenirs douloureux de leur histoire dans le cadre de ce travail.

Sans eux, cette thèse n'existerait pas.

Leur volonté de faire avancer les connaissances pour apporter des changements positifs en faveur des blessés a été remarquable et est pour moi source d'une grande admiration.

Qu'ils reçoivent mes sincères remerciements.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS 22

INTRODUCTION 24

I. Le syndrome psychotraumatique : rappels cliniques, historique, épidémiologie, prise en charge médico-psycho-sociale 27

1) La clinique du trauma 27
   a) Des symptômes spécifiques et non spécifiques 27
   b) Clinique épidémiologique 33
2) Perspectives historiques de la reconnaissance et de la réparation des troubles psychiques de guerre 39
   a) Reconnaissance des troubles psychiques de guerre 39
   b) Réparation des blessures de guerre 50
3) Dispositifs actuels de prévention, de prise en charge et de réparation de l'ESPT dans les armées françaises 60
   a) « Reconnaissance » médicale : dépister, diagnostiquer et faciliter le parcours de soins .. 61
   b) « Reconnaissance » institutionnelle et symbolique 64
   c) Réparation pécuniaire du dommage psychique 76

II. Étude exploratoire qualitative : analyse lexicale du discours de quinze blessés psychiques de guerre 93

1) Problématique 93
2) Objectifs 93
3) Type d'étude 94
4) Population de l'étude 94
5) Matériel 95
6) Méthodes 105
7) Considérations éthiques 108
8) Résultats 109
   a) Population étudiée 109
   b) Résultats de l'analyse ALCESTE 111
9) Discussion concernant la méthodologie employée et limites du logiciel ALCESTE 151

III. Analyse de contenu et discussion psychopathologique 156

1) La « reconstruction » plutôt que la « réparation » : les soins en première ligne..... 157

a) Redéfinition de la « réparation » par la voix des patients 157

b) Primauté des soins médico-psychologiques 158

c) Absence de montant pécuniaire chiffrable à la blessure psychique 160

2) Les difficultés d'acceptation et d'information en milieu militaire exprimées par les blessés..... 162

a) Une évocation difficile en milieu militaire hors service de santé 162

b) Place de l'information sur les troubles psychiques de guerre dans l'Institution 165

c) Reconnaissance symbolique par l'Institution des troubles psychiques de guerre..... 169

3) Des entretiens marqués par le trauma : le discours des blessés évoque la pathologie traumatique sur la forme et le fond 171

a) Le discours témoin des symptômes psychotraumatiques : répétition, indicibilité, irritabilité, honte, culpabilité, dépressivité, isolement..... 171

b) Une ambivalence réciproque entre le blessé de guerre et la société ?..... 174

IV. Synthèse et perspectives 179

CONCLUSION..... 186

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 188

ANNEXES..... 195

Liste des abréviations

AFC : analyse factorielle des correspondances
ALCESTE : analyse des léxèmes co-occurents dans les énoncés simples d'un texte
BASGN : bureau d'action sociale de la Gendarmerie nationale
BEH : bureau environnement humain
CABAM : cellule d'aide aux blessés et d'assistance aux familles de la Marine
CABAT : cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre
CABMF-Air : cellule d'aide aux blesses, maladies et familles de l'armée de l'Air
C2RBO : cellule de réadaptation et de réinsertion des blessés en opération
CCM : commission consultative médicale
CDH : classification descendante hiérarchique
CEMAT : chef d'Etat-major des armées
CEMCR : centre d'expertise médicale et de commission de réforme
CFH : conseiller facteur humain
CIM 10 : classification internationale des maladies dixième révision
CISPAT : cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de Terre
CLDM : congé longue durée pour maladie
CLM : congé longue maladie
CM : congé-maladie
CMA : centre médical des armées
CNMSS : caisse nationale militaire de sécurité sociale
CPMIVG : code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre
CReBAT: centre de réentraînement des blessés de l'armée de Terre
CRPMI : commission de réforme des pensions militaires d'invalidité
CUMP : cellules d'urgence médico-psychologique
DAPIAS : déclaration d'affection présumée imputable au service
DAPPS : division d'administration du personnel en position spéciale
DCSSA : direction centrale du service de santé des armées
DSM : diagnostic and statistical manual of mental disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
ERC : extrait du registre des constatations
ERP : école de reconversion professionnelle
ESA : état de stress aigu
ESPT : état de stress post**-**traumatique
FDI : fiche descriptive des infirmités
FPM : fonds de prévoyance militaire
GSBdD : groupement de soutien de la base de défense
GSPI : groupement de soutien du personnel isolé
HIA : hôpital d'instruction des armées
IGeSA : institution de gestion sociale des armées
IRC : inscription aux registre des constatations
MEDEVAC : medical evacuation
MPR : médecine physique et de réadaptation
ONACVG : office national des anciens combattants et victimes de guerre
ONU : organisation des nations unies
OPEX : opération extérieure
OTAN : organisation du traité de l'Atlantique nord

PCLS : PTSD checklist scale
PMI : pension militaire d'invalidité
PTSD : post-traumatic stress disorder
RETEX : retour d'expérience
RC : rapport circonstancié
RIMa : régiment d'infanterie de Marine
RMBS : rencontres militaires blessures et sports
SDP : sous-direction des pensions
SEA : surveillance épidémiologique des armées
SGA : secrétariat général pour l'administration
SLC : service local contentieux
SMPA : service médico-psychologique des armées
SMPCAA : service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique
SRE : service des retraites de l'état
SSA : service de santé des armées
TPPT : trouble psychique post-traumatique
TRN : titre de reconnaissance de la nation
UC : unité de contexte
UCE : unité de contexte élémentaire
UCI : unité de contexte initiale
VMP : visite médicale périodique

« Ces Français que nous fûmes contraints de jeter dans la bataille, ils ont des droits sur nous »
G. Clémenceau (1917)

INTRODUCTION

Au fil des conflits armés, les médecins ont progressivement mis en évidence parmi les blessures de guerre l'existence des blessures psychiques et en particulier l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT).

Depuis la Seconde Guerre Mondiale, les militaires français ont continué à être confrontés à des situations de guerre lors des Opérations Extérieures (OPEX), que ce soit en Ex-Yougoslavie, au Rwanda, au Kosovo et plus récemment en Afghanistan, au Mali ou en République Centrafricaine.

Ces dernières années s'est opérée une nouvelle prise de conscience des conséquences psychologiques de ces opérations de guerre. Cette prise de conscience s'est particulièrement acutisée en 2008, d'une part avec la réalisation d'une étude mandatée par le Ministre de la Défense, intitulée la « Grande enquête », portant sur les besoins de prévention en santé des militaires d'active, et d'autre part en raison du durcissement du conflit en Afghanistan, en particulier après l'attaque d'Uzbeen qui a coûté la vie à 10 militaires français le 18 août 2008.

Le Service de Santé des Armées (SSA) a élaboré dès 2011 un premier plan d'action relatif aux troubles psychiques post-traumatiques (TPPT), suivi d'un second plan en 2013. Ces deux plans d'action ont fixé les grandes orientations de la politique de prévention dont « l'objectif est de garantir à tout militaire ou ancien militaire, victime de troubles psychiques post-traumatiques du fait du service, le soutien et la reconnaissance qu'il est légitimement en droit d'attendre de l'Institution et de la Nation. » [1]

Parallèlement, l'administration a développé des dispositifs visant à l'information des militaires psychotraumatisés, ainsi que des moyens pour leur prise en charge et la réparation des dommages subis.

Si les troubles psychiques de guerre ont fait l'objet de nombreux travaux épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques, nous n'avons pas retrouvé d'études évaluant la perception des actions de « réparation » chez les militaires concernés.

Cette thèse s'intègre dans mon parcours de médecin qui, depuis maintenant quatre années, reçoit, écoute et prodigue des soins aux militaires souffrant de ce « mal invisible ».

S'intégrant par ailleurs dans une volonté exprimée dans le second plan d'action de 2013 envisageant la réalisation d'« enquêtes de satisfaction » parmi les militaires souffrant de TPPT imputables au service, ce travail a pour objet de faire un état des lieux de leur perception subjective et de leur « ressenti » concernant les mesures de « reconnaissance » et de « réparation » mises en œuvre par les Armées.

Au fil des entretiens avec ces patients, j'ai été amenée à me poser la question qui a motivé cette étude :

« **Comment les militaires blessés psychiques perçoivent-ils la volonté de reconnaissance et de réparation de leur trouble par l'Institution ?** »

Notre thèse s'articule en quatre grandes parties.

Nous abordons tout d'abord le syndrome psychotraumatique en rappelant ses principaux déterminants cliniques, puis en en exposant les principales données épidémiologiques, avant de retracer l'évolution de la considération des troubles psychiques de guerre au cours de l'Histoire. Puis nous détaillons les dispositifs actuels de prévention, de prise en charge et de réparation des troubles psychiques post-traumatiques dans les Armées françaises.

Après avoir examiné les résultats de l'analyse lexicale du discours par le logiciel ALCESTE, nous exposons les résultats de notre étude portant sur la perception subjective de la « reconnaissance » et de la « réparation » des troubles psychiques de guerre, chez quinze militaires souffrant d'état de stress post-traumatique imputable au service.

Nous procédons ensuite à une analyse qualitative du contenu de ces différents discours et en discutons les éléments psychopathologiques.

Nous terminons par une synthèse des « ressentis » et attentes exprimés par les blessés interrogés.

I. Le syndrome psychotraumatique : rappels cliniques, historique, épidémiologie, prise en charge médico-psycho-sociale

1) La clinique du trauma

a) Des symptômes spécifiques et non spécifiques

L'état de stress post-traumatique (ESPT) survient dans les suites d'un évènement confrontant brutalement à la mort (ou ses équivalents), évènement éprouvé avec un sentiment de peur, d'impuissance ou d'horreur (détresse péri-traumatique), et s'associant à une dissociation péritraumatique (ou *effroi*) [2] [3]. Apparaissant dans les jours, les mois ou les années suivant cet évènement traumatique, peut se structurer un syndrome psychotraumatique. D'après la classification américaine actuelle des troubles mentaux le DSM IV-TR [4] et plus récemment le DSM-5 [5] (annexe 1), ce syndrome psychotraumatique s'exprime par un trépied diagnostique associant les reviviscences traumatiques (cauchemars de répétition et ecmnésies diurnes), l'hyperactivité neurovégétative (hypervigilance, réactions de sursaut, irritabilité) et les stratégies d'évitement (des situations et des cognitions qui rappelleraient les circonstances traumatiques). Si elle est souvent présente dans les jours suivants le trauma, cette symptomatologie s'apaise en général par la suite, pour réapparaître de nouveau à distance de l'évènement traumatique, suite à une période de latence pauci-symptomatique qui peut durer plusieurs années [6]. Reconnu le plus souvent a posteriori du fait de l'absence de symptômes spécifiques post-traumatiques, ce temps clinique « latent » est souvent caractérisé par des plaintes somato-psychiques aspécifiques. De surcroît, même lorsqu'un ESPT est déclaré, les symptômes *spécifiques* ne sont que rarement au cœur d'une demande directe de soins. Le sujet psychotraumatisé sollicite surtout les soignants pour des symptômes *aspécifiques* psychiques ou somatoformes. Si les comorbidités addictives [7], les somatisations et les répercussions anxiodépressives sont bien décrites depuis la fin de la guerre du Vietnam, les conflits

contemporains et l'évolution des techniques d'investigations paracliniques ont permis d'authentifier d'autres formes cliniques de souffrances psychotraumatiques, dont les troubles dissociatifs, les évolutions psychotiques ou encore les complications sociales [8] [9] [10] [11]. Les symptômes non spécifiques de l'ESPT sont ainsi communs à d'autres cadres diagnostiques et se déclinent en épisode dépressif caractérisé, difficultés de concentration, asthénie, autres troubles anxieux et phobiques, troubles des conduites, altérations de la personnalité… [12][13]. La clinique psychotraumatique étant très complexe et n'étant pas l'objet de ce travail, nous avons choisi de rappeler deux de ces « complications » qui seront intéressantes pour la suite de notre travail et permettront de développer certaines dimensions de notre objectif :

- la dépression post-traumatique ;
- le risque de désocialisation.

• **La dépression post-traumatique** [14]

Il convient en premier lieu de rappeler les différences de définition séméiologique, pour la nosographie actuelle, entre l'« épisode dépressif caractérisé » et l'« état de stress post-traumatique ».

L'« **épisode dépressif caractérisé** » associe un ou deux symptômes cardinaux que sont la tristesse pathologique de l'humeur et l'anhédonie, avec d'autres symptômes dont l'aboulie, l'asthénie, l'auto-dévalorisation, les difficultés de concentration, le ralentissement psychomoteur et le fléchissement des fonctions instinctuelles (inappétence alimentaire avec perte de poids, baisse de libido). L'insomnie d'endormissement du fait de ruminations morbides est souvent associée à des réveils nocturnes multiples et au lever matinal précoce. Les facultés intellectuelles sont inhibées par des troubles cognitifs de la concentration et de l'attention, la pensée restant pauvre et bradypsychique.

Se différenciant de la dépression caractérisée dans la nosographie américaine [14], l'« **état de stress post-traumatique** » survient, comme nous l'avons dit ci-avant, dans les suites d'un

évènement traumatique résultant d'une brutale confrontation à la mort ressentie dans un sentiment de peur, d'impuissance ou d'horreur. Au niveau clinique, le repérage du trauma est basé sur deux éléments pathognomoniques : la présence d'un instant d'*effroi* dans l'anamnèse et la survenue passée ou actuelle de reviviscences traumatiques.

Pour la nosologie américaine, l'ESPT reste référencé parmi les troubles anxieux comme incluant des chevauchements cliniques avec le trouble panique avec agoraphobie, la phobie sociale et le trouble anxieux généralisé [3]. Mais la dépression caractérisée reste également l'une des expressions des répercussions psychotraumatiques. Si le sujet psychotraumatisé vit consciemment dans l'évitement des pensées, des sentiments, des conversations, des gens et des lieux qui pourraient lui rappeler son trauma, paradoxalement, cette nécessité implique de penser malgré tout en permanence aux déterminants de l'évènement traumatique pour mieux tenter de les fuir. Ces ruminations et évitements confinent au repli dépressif du patient qui s'enferme dans son silence, restreint ses activités sociales et évite tout contact dans l'espoir de ne pas être confronté à un nouveau traumatisme ou à des phénomènes qui pourraient lui rappeler le trauma initial. D'autre part, l'hyperactivité neurovégétative est pourvoyeuse d'insomnies, de difficultés de concentration et d'irritabilité. S'établit progressivement une diminution diffuse d'intérêt et de plaisir, le sujet apparaissant comme détaché de son environnement. Enfin, les patients souffrant de reviviscences traumatiques et ne bénéficiant pas de soins, développent le plus souvent avec le temps une tristesse pathologique de l'humeur.

Ces éléments dépressifs sont évoqués depuis le DSM-IV et apparaissent dans l'échelle de l'ESPT, la PCLS (« PTSD Checklist Scale »). La PCLS est un auto-questionnaire à 17 items représentant les 17 symptômes diagnostiques d'état de stress post-traumatique du DSM-IV, côtés par le sujet de 1 à 5 [15]. Cette échelle de référence a été validée en français [16] (annexe 2). Les items peuvent être regroupés en trois sous-échelles correspondant aux sous-syndromes principaux de l'état de stress post-traumatique : la répétition (items 1 à 5), l'évitement (items 6

à 12) et l'hyperactivité neurovégétative (items 13 à 17). Mais les items 9 à 15 peuvent être également rattachés aux symptômes dépressifs : « perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir » (item 9), « se sentir distant ou coupé des autres personnes » (item 10), « se sentir émotionnellement anesthésié ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous » (item 11), « se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci » (item 12), « avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi » (item 13), « se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère » (item 14), « avoir des difficultés à vous concentrer » (item 15).

La dépression post-traumatique *secondaire* à l'ESPT est une autre forme de réaction clinique, fréquente dans les suites d'un évènement traumatique. Un trauma s'est structuré et a entraîné la survenue d'un syndrome de répétition traumatique qui s'est compliqué de dépression caractérisée dans un second temps. Il s'agit d'un épuisement psychophysiologique réactionnel à la détresse émotionnelle réitérée lors des reviviscences, aux insomnies, au sentiment d'insécurité permanent et aux conséquences délétères de cette symptomatologie en termes d'adaptation sociale.

Les caractéristiques dépressives post-traumatiques les plus saillantes sont une hyperréactivité de l'humeur associée à un sentiment d'hostilité générale et à des exacerbations caractérielles en réaction à la frustration. Simultanément, le sujet confie des troubles majeurs des fonctions cognitives d'attention et de mémorisation.

Au niveau psychopathologique, les dimensions de honte, d'abandon, de culpabilité et de fin d'illusion d'immortalité qui caractérisent la psychopathologie du trauma sont proches des déterminants dépressifs [4]. L'évènement traumatique comme confrontation brutale à l'horreur de la mort est paradigmatique d'un désert de langage qui déshumanise le sujet, l'exclut de la communauté des hommes et le culpabilise d'avoir « regardé l'interdit » [4]. Mutisme, exclusion et culpabilisation dévorante sont autant de dimensions dépressives et dépressogènes.

Par crainte du regard de l'autre, le sujet psychotraumatisé reste enfermé et s'isole de ses semblables, ne supportant plus leurs remarques ni leurs regards, allant parfois jusqu'à adopter des comportements pathologiques qui majorent l'exclusion sociale. Du fait de la confrontation à la mort, la fin de l'illusion d'immortalité et le rappel régulier de cette mort lors des flashbacks entraînent une faillite narcissique durable qui grève l'envie de produire et de construire : le sujet reste figé dans ses reviviscences. La culpabilité d'avoir transgressé l'interdit, parfois en endossant le rôle du survivant ayant fui, d'autres fois en ayant participé activement à des atrocités, modifie profondément le regard du sujet psychotraumatisé sur la nature humaine et sa propre nature : en résulte une profonde désillusion sur la vie, les hommes, et finalement sur lui-même. Le rapport au monde et à l'autre est marqué par des réflexions pessimistes incluant l'impossibilité de maîtriser son destin et l'absence de sens intrinsèque à l'existence.

Il est à noter que les dépressions, et en particulier ces dépressions post-traumatiques, sont à haut risque de conduites auto-agressives et d'équivalents suicidaires [17]. Le risque suicidaire post-traumatique est en effet très élevé. En 1985, Golomb affirmait que 30% des 115 000 vétérans du Vietnam décédés après leur retour de la guerre s'étaient donné la mort par suicide [18]. Lehmann et Hendin confirmaient les travaux précédents en affirmant que 17% de ces sujets ayant commis un passage à l'acte autoagressif souffraient d'un trouble anxieux dont l'ESPT était le plus représenté [19] [20]. La question du suicide dans les Armées est toujours d'actualité au vu des taux de suicide élevés au retour des combats [21]. En France, Omnes [22] et Vaiva [23] ont analysé les données de l'enquête « Santé mentale en population générale » et ont mis en évidence que le risque de suicide doublait lorsqu'un sujet était confronté à un évènement traumatogène quel qu'en soit le retentissement (psychotraumatique ou non). Le risque suicidaire est multiplié par sept en cas d'ESPT complet établi par les critères du DSM-IV, et ce même risque quadruple si l'on diagnostique une réaction psychotraumatique (absence de l'ensemble des critères de l'ESPT). En comparaison avec la population générale, les sujets

présentant un ESPT actent quinze fois plus de tentatives de suicide [24]. Marshall évoque une corrélation significative et linéaire entre le nombre de symptômes psychotraumatiques et un trouble comorbide anxieux ou dépressif, le handicap global et l'existence d'idées suicidaires [25]. Cette corrélation entre ESPT et suicidalité se maintient après contrôle d'un trouble thymique préexistant. Si le suicide du sujet psychotraumatisé est le paradigme de l'auto-exclusion de la communauté humaine, beaucoup de patients se désocialisent aussi de manière plus insidieuse.

- **Le risque de désocialisation des patients psychotraumatisés**

La souffrance traumatique est par essence indicible : il est illusoire de croire que le patient s'engagera spontanément en psychothérapie avec « une demande » directe de soins [25]. Si cette demande est présente en arrière-plan, encore faut-il pouvoir la conforter, là où le trauma n'est peut-être jamais totalement verbalisable. Les proches du patient ont ici un rôle prégnant : ils vont demander pour l'autre en l'amenant à consulter parce que « *il (ou elle) fait des cauchemars toutes les nuits* ». Cet intérêt des proches pour le fait traumatique s'inscrit dans une mutation sociale où l'accès à l'information médicale et psychologique est généralisé par l'utilisation ubiquitaire d'Internet.

Le syndrome de répétition traumatique se déclenche souvent à « l'arrière des combats », dans une zone de sécurité, au retour dans la famille, lorsque les conditions sont propices à son expression et que la vie n'est plus directement menacée. Alors que les familles se reconstituent, l'incompréhension empiète sur la joie des retrouvailles. L'agressivité du sujet psychotraumatisé le surprend souvent lui-même : comme les reviviscences s'imposent à lui, il en est de même de l'agressivité. À l'inverse, des conduites de repli voire de retrait social ou d'inhibition peuvent également se manifester voire alterner avec des attitudes agressives.

Au sein d'une société communicante qui alerte l'opinion publique sur les effets des traumatismes psychiques, les proches comprendront rapidement la nécessité d'une consultation

médicale [26] [27]. Plus rarement, la verbalisation spontanée des évènements au sein du couple permettra un retour à l'apaisement sans accompagnement médical. Dans les forces armées, l'invitation thérapeutique vient souvent du médecin généraliste d'unité, bien formé au dépistage des troubles psychotraumatiques. L'étayage social de l'encadrement militaire doit jouer ici pleinement son rôle contenant, d'autant que le traumatisme psychique est le fait du service. De surcroît, les militaires sont parfois réticents à évoquer les traumas vécus par peur de mettre en lumière un point de faiblesse qui viendrait réduire leurs perspectives de carrière. Pourtant, la levée des symptômes est source d'épanouissement professionnel chez ces sujets qui, grâce à leurs expériences, deviennent régulièrement les confidents de camarades en difficulté.

La circulation de la parole éloigne les symptômes traumatiques [28] [29]. Avant l'entrée en psychothérapie, il demeure particulièrement difficile de s'échapper des symptômes, des répétitions circulaires et immuables. Le lien de parole se rétablira progressivement via une verbalisation descriptive des évènements médiée secondairement par les associations idéiques connexes à la scène traumatique. Au niveau social, de nombreuses dynamiques d'entraides ont été mises en place pour les soldats. Les associations de vétérans et de leurs familles participent activement à apaiser les souffrances.

b) Clinique épidémiologique

Dans cette partie, nous commencerons par rappeler les facteurs de risque de psychotraumatisme puis nous détaillerons les derniers chiffres officiels des troubles psychiques post-traumatiques.

- **La notion moderne des facteurs de risque du trauma**

Les études épidémiologiques ont individualisé de nombreux facteurs de risque de développer un ESPT. Les facteurs de risque **sociodémographiques** classiquement décrits se déclinent en

sexe féminin et jeune âge au moment du trauma [30] [31] [32] [33]. Les personnes issues des milieux sociaux les moins favorisés seraient plus vulnérables [31] [34]. Les antécédents familiaux de troubles psychiques ont également été retrouvés, et particulièrement les troubles anxieux, thymiques et addictifs [30] [32] [35]. Au niveau des antécédents personnels, sont incriminés certains traits de personnalité comme le peu d'estime de soi [31] [34] et les troubles psychiques préexistants [32] [33]. Les troubles addictifs favorisent quant à eux l'exposition au risque traumatique ainsi que le développement subséquent d'un syndrome de répétition traumatique. Par essence, le traumatisme psychique est caractérisé par la répétition. Les sujets ayant souffert d'expériences difficiles dans l'enfance et l'adolescence sont davantage à risque de développer un ESPT suite à la confrontation ultérieure à un milieu potentiellement hostile et traumatogène [30]. Pour prendre l'exemple de la population militaire, les expériences difficiles et les traumatismes psychiques de l'enfance sont corrélés épidémiologiquement à un syndrome de répétition traumatique au retour des combats [36]. Dans un premier temps clinique, la thématique des répétitions traumatiques reste éloignée des difficultés endurées avant l'engagement militaire, avant que ne se dévoile secondairement un sens biographique au trauma. Le traumatisme psychique est ainsi le résultat d'une rencontre entre une histoire antérieure et un évènement, qui va donner lieu, immédiatement après le choc, à une réaction de stress dépassé.

En effet, si la réaction de stress est présente pour préserver l'individu, elle peut parfois « être dépassée », avec pour corollaire la mise en danger du sujet submergé par son stress. Différentes réactions se déclinent avec la possibilité de sidération, ou au contraire d'agitation désordonnée, ou encore de fuite panique ou bien d'activités automatiques [37]. Les vécus de déréalisation, de surprise, de frayeur et la difficulté à maîtriser rationnellement les évènements sont des indices du vécu traumatique d'un stress [37]. Rapidement après l'évènement, la présence d'une

réaction de stress dépassé, comme un état de stress aigu, une dissociation péritraumatique ou une détresse péritraumatique, est prédictive d'un état de stress post-traumatique ultérieur.

L'état de stress aigu (ESA) est défini par la présence conjointe d'une dissociation péritraumatique et d'un syndrome de répétition traumatique apparaissant dans les quatre semaines suivant un évènement traumatique et durant entre deux jours et un mois. Au vu de sa proximité avec les troubles dissociatifs d'une part et l'ESPT d'autre part, un ESA est considéré comme un facteur de risque de chronicité du syndrome de répétition traumatique [38]. D'après la classification américaine du DSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder) [4], l'ESA est déterminé par deux éléments : le sujet a été confronté à sa mort (ou à celle d'autrui) et la réaction à cet évènement s'est traduite par un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Pendant l'évènement ou juste à son issue, le sujet présente des symptômes dissociatifs avec un sentiment de torpeur ou de détachement, une réduction de la conscience de son environnement, une impression de déréalisation et de dépersonnalisation souvent doublée d'une incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme, ce qui caractérise une amnésie dissociative. Au décours de l'évènement traumatique, ce dernier est revécu par des images, des rêves, des pensées ou des illusions obsédantes. En réaction, se structure un logique évitement des stimuli qui éveillent ou pourraient éveiller la mémoire du traumatisme, avec distanciation des lieux, des situations, des personnes ou des pensées qui rappelleraient le trauma. Cette réaction psychique est vécue sur fond de tonalité anxieuse, et l'ensemble du retentissement clinique entraîne une détresse significative qui altère le fonctionnement social et professionnel du sujet. Une telle difficulté d'inscription sociale comprend également l'impossibilité pour la personne de demander de l'aide ou de verbaliser ses souffrances à ses proches et c'est pour cette raison que des débriefings sont activement proposés à ce stade [39].

Au-delà de ce syndrome d'ESA, des éléments séméiologiques plus simples de **dissociation péritraumatique** et de **détresse péritraumatique** peuvent être utilisés comme des facteurs

prédictifs de syndrome psychotraumatique. La dissociation péritraumatique regroupe plusieurs éléments cliniques comme la sensation de détachement, de rétrécissement du champ de conscience et de distorsion des perceptions réelles (déréalisation, dépersonnalisation et amnésie dissociative). Dans une méta-analyse conduite entre 1980 et 2000, elle est l'élément clinique le plus significativement relié à la prédiction d'un syndrome de répétition traumatique [3]. Dernier élément séméiologique prédictif de reviviscences ultérieures, la détresse péritraumatique inclut conjointement des réponses émotionnelles (honte, colère, surprise, impuissance) et des réponses physiques (panique, sudation, tremblement) [40].

Tous ces éléments de réactions de stress dépassé qui se déclinent en ESA, dissociation et détresse péritraumatiques sont aisément repérables à la phase aiguë d'un trauma et peuvent faire l'objet d'une attention thérapeutique pharmacologique et/ou psychothérapique. Il est à noter cependant que ces dimensions cliniques ne sont ni sensibles ni spécifiques à 100% pour statuer sur la survenue subséquente d'un trouble psychotraumatique ultérieur. Leur présence justifiera néanmoins l'instauration de mesures de prévention secondaire parmi lesquelles les débriefings et les médicaments [39].

- **Quelques chiffres**

En population générale, la prévalence vie entière du stress post-traumatique a été estimée à 5-6% chez les hommes et 10-14% chez les femmes aux USA [41], tandis qu'elle a été estimée à 1-3% en Europe [42] [43]. En population générale française, l'enquête « Santé Mentale en Population Générale » (menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003) retrouve une estimation de la prévalence d'ESPT complet de 0,7% [44]. Cette prévalence peut devenir très importante au sein des populations impliquées dans des événements catastrophiques, et peut concerner 25 à 75% des victimes directes au cours de l'année qui suit l'événement, et 5 à 40% des membres des équipes de secours intervenus sur l'événement [43] [45].

En population militaire, une méta-analyse réalisée en 2009 sur l'incidence de l'ESPT au retour d'Irak dans l'Armée américaine, montre que le taux d'ESPT varie de 1,4 à 31% en fonction des populations et des questionnaires utilisés [46]. Une autre étude (US Army) en 2004, retrouve un taux de 6,2% au retour d'Afghanistan et de 12,9% au retour d'Irak, et met en évidence la difficulté de reconnaissance de ces troubles [47].

Peu de travaux en langue française tentent de cerner le problème du dépistage et de l'incidence de l'ESPT en milieu militaire. La surveillance épidémiologique des armées rapporte un nombre de cas annuels très variable (40 cas en 2002, 19 en 2003, 145 en 2004) liés aux événements opérationnels [48]. La seule étude française réalisée hors conflit en 2005 estimait, d'après la passation de la PCLS, une **prévalence de 1,7%** parmi les personnels militaires de deux unités opérationnelles de l'Armée de Terre [49]. Les données épidémiologiques récentes en population militaire française proviennent essentiellement de la surveillance épidémiologique des armées (SEA) [50] [51]. Une surveillance du « *syndrome de répétition traumatique* » a été mise en place dans les armées depuis 2002 avec une modification des modalités de déclaration à partir de 2010 pour considérer « *tout trouble psychique [survenu] dans les suites proches ou lointaines d'un évènement traumatique* » [50]. Il est à noter que la SEA mesure **l'incidence annuelle des troubles psychiques déclarés**, c'est-à-dire l'incidence de recours aux soins (et non l'incidence ou la prévalence *stricto sensu*). Sur la période 2010-2011, les médecins des armées ont déclaré 432 troubles psychiques en relation avec un évènement traumatisant (dont 418 concernant des évènements survenus en service) (figure 1), soit un taux d'incidence à 63,9 pour 100 000 personnes-années [50].

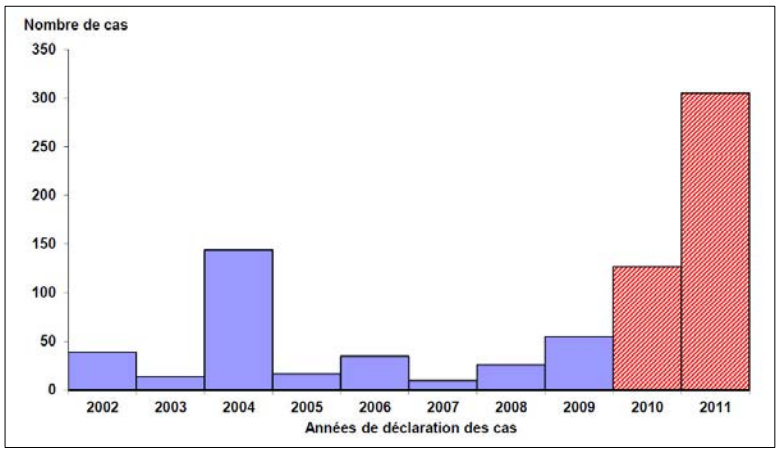


Figure 1 : Distribution de l'incidence annuelle dans les armées des stress post-traumatiques de 2002 à 2009, et des troubles psychiques en relation avec un évènement traumatisant de 2010 à 2011 [50].

Sur ces 432 sujets souffrant de troubles considérés comme secondaires à un évènement survenu en service, près de 95% étaient des hommes, issus de l'Armée de Terre pour 85% d'entre eux, et d'âge médian de 27 ans, avec un temps de service médian de 6 années [50]. On note que depuis 2010, l'incidence des blessures psychiques dépasse celle des blessures physiques par arme à feu ou engin explosif (figure 2).

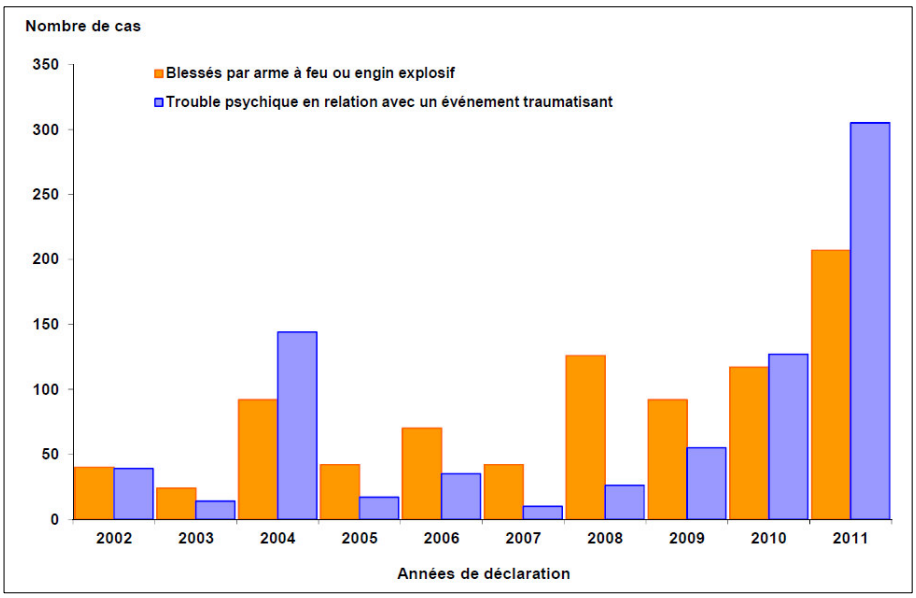


Figure 2 : Distribution de l'incidence annuelle des blessés physiques et psychiques déclarés dans les armées de 2002 à 2011 [50].

Récemment, la SEA a publié les chiffres des troubles psychiques post-traumatiques pour la période 2010-2013 qui faisaient état d'un total de 1093 cas [52], avec une incidence croissante des déclarations de 2010 à 2013. Dans 64,5% de ces cas, les événements traumatiques étaient

survenus en Afghanistan. Depuis 2013, des cas liés à l'opération Serval au Mali ont également été déclarés et représentent 9,1% de l'ensemble des déclarations (figure 3) [52]. De même, des militaires souffrant d'ESPT commencent à être déclarés au retour du conflit en République Centrafricaine.

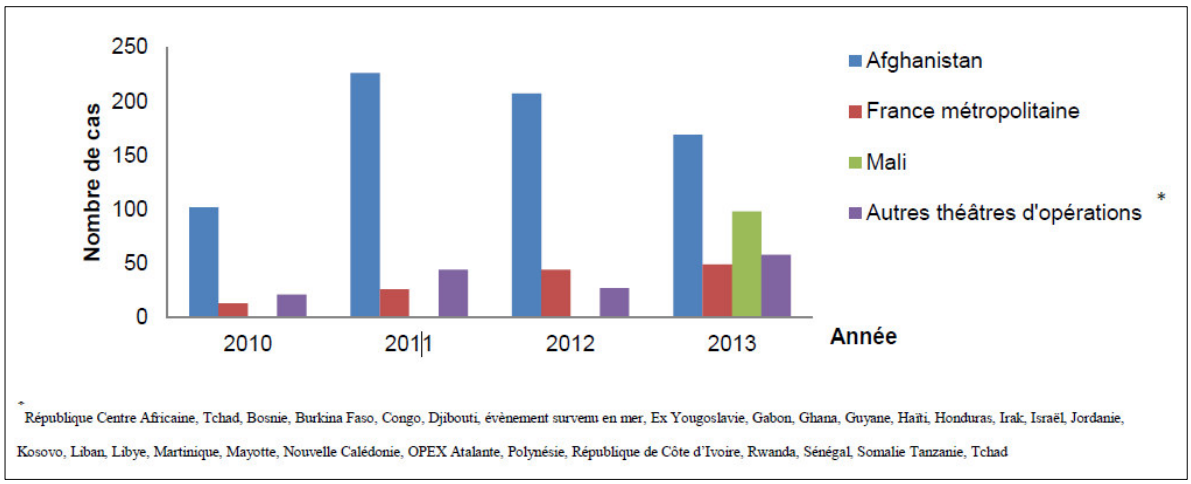


Figure 3 : Distribution des cas de troubles psychiques post-traumatiques déclarés dans les armées entre 2010 et 2013 selon le lieu de survenue de l'événement traumatisant, N=1093, p-value < 0,001 [52]

Concernant les données les plus récentes de la SEA, on retrouve 243 cas déclarés en 2014 et 129 cas déclarés à ce jour pour 2015 [53].

2) Perspectives historiques de la reconnaissance et de la réparation des troubles psychiques de guerre

a) Reconnaissance des troubles psychiques de guerre

A travers l'histoire des guerres, le processus de reconnaissance des blessures psychiques a connu un véritable parcours du combattant.

Si l'on reprend le fil de l'histoire, on repère bien dans les récits de guerre, et de tous temps, l'impact des rencontres traumatiques, depuis l'Antiquité avec les « **rêves de bataille** » du *Traité des Songes* d'Hippocrate, au « **syndrome du vent du boulet** » des campagnes napoléoniennes, en passant par les « cauchemars » de Charles IX au lendemain du massacre de la Saint-Barthélemy ou encore la « **nostalgie** » décrite au sein des armées de l'Ancien Régime

[54].

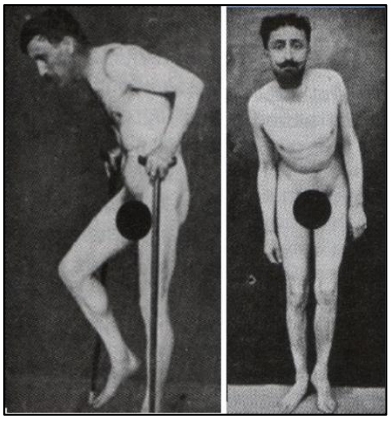
Au fil des trois derniers siècles, l'intérêt pour les troubles psychiques survenant en temps de guerre a pris une importance croissante, probablement parce que dans le même temps, les progrès en hygiène médicale entraînaient une diminution des grands fléaux épidémiques qui dominaient alors les questions de santé en milieu militaire : où s'effaçaient le typhus et le choléra se laissait voir progressivement l'impact de la bataille sur l'état psychologique du soldat [54].

Mais c'est la société industrielle et ses accidents de chemin de fer, sur fond de luttes sociales, qui a inventé la « **névrose traumatique** », entité proposée par l'Allemand Herman **Oppenheim** en 1884, mais préfigurée dès 1808 par P. Pinel dans les « névroses de la circulation et de la respiration consécutives aux émotions morales » [55] [56] [57]. Cependant, Jean-Martin **Charcot** à la Salpêtrière ne voulut pas reconnaître l'autonomie de la « névrose traumatique » et rattacha cette pathologie à « **l'hystérie »** ou à « **l'hystéro-neurasthénie** », diagnostic créé pour la circonstance [58] [59]. Après la mort de Charcot, la névrose traumatique avait cependant gagné droit de cité, et des auteurs comme **Kraepelin** reconnaîtront son existence dans leurs nosographies. L'année 1889 fut le pivot de ces découvertes avec la thèse de doctorat de Pierre **Janet** intitulée *L'automatisme psychologique*, dans laquelle il montre que, sous hypnose, l'on peut découvrir **l'origine traumatique** de cas d'hystérie et de neurasthénie et en réduire les symptômes, et attribue leur pathogénèse à la « dissociation de la conscience », c'est à dire la partie de la conscience liée à la souvenance brute de l'expérience traumatique. Il s'agirait, selon Janet, d'une espèce de « souvenir » portant plus sur des sensations et des éprouvés bruts que sur des représentations mentales, et qu'il dénomme « idée fixe », faisant bande à part dans un recoin de la conscience, tel un corps étranger, et suscitant des actes et des rêveries archaïques, inadaptés, « automatiques », sans liaison avec le reste de la conscience qui continue d'inspirer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés [58]. En

1893, Sigmund **Freud** dans sa *Communication préliminaire* [60], emprunte à Janet cette hypothèse de la dissociation du conscient et du corps étranger « parasite », trouve le mot de « réminiscence » pour caractériser la souvenance brute de l'évènement traumatique, et prône une thérapeutique cathartique de ces « **hystéries traumatiques** » dans laquelle il convient de faire revivre l'évènement assorti de toute sa charge d'affect et de faire associer à son sujet.

En 1908, l'Allemand **Hœnigman** qui a participé comme psychiatre volontaire de la Croix-Rouge à la Guerre russo-japonaise (1904-1905), crée le terme de « **névrose de guerre** ». C'est au cours de cette guerre que fut instauré le concept capital de la « psychiatrie de l'avant », avec charrettes hippomobiles parcourant le front à la recherche des blessés psychiques, triés, puis traités à proximité du front.

Mais cette doctrine fut vite oubliée lorsqu'éclata la **Première Guerre Mondiale**, et la masse de blessés psychiques évacués sur les hôpitaux de l'arrière finit par constituer une fonte d'effectifs non négligeable [57]. Le nombre impressionnant des « pertes psychiques », ces soldats indemnes d'atteintes organiques et pourtant incapables de poursuivre le combat, vient mettre en échec le discours dominant d'un idéal patriotique censé conduire à la victoire, et se heurte à la voix de la réprobation morale [55]. Sur le plan clinique, la moitié des troubles neurologiques retrouvés sont alors des « **conversions hystériques »**, et les descriptions cliniques de ces cas se multiplient : des « trembleurs », des « inertes psychiques », des « persévérateurs », des « exagérateurs », des « criards », des « estropiés à temps » etc. [54]. Les conversions les plus surprenantes restent les contractures, les plus caricaturales les camptocormies.



Les médecins furent ainsi convoqués, avec une obligation de résultats, et s'en suivit la mise en œuvre de mesures thérapeutiques aversives, voire sadiques, avec par exemple des traitements à

base de décharges électriques pour corriger les postures des camptocormiques. La brutalité physique mais aussi psychique basée sur la suggestion, la persuasion, l'intimidation voire la menace, a véritablement été érigée en mode thérapeutique. La résistance que ces manifestations « hystériques » offrent au discours des maîtres de l'époque conduit rapidement à les assimiler à de la « **simulation** ». Babinski les appellera d'ailleurs les « simulateurs de bonne foi ». Ainsi la pratique médicale s'est-elle centrée, pour une part, sur une **chasse aux simulateurs**, auxquels il ne restait, une fois identifiés, guère d'autres choix que le retour au front ou le passage devant les tribunaux d'exception.



Figure 4 [61]

Cette carte postale canadienne satirique montre un soldat prétendu « simuler » les effets d'un traumatisme dû aux bombardements, et comporte un poème sur les médecins militaires qui ne se laissent pas abuser.

Collection d'archives George-Metcalf

La guerre 1914-1918 a donné lieu à l'identification successive de quatre entités, au gré de la conduite des opérations militaires : d'abord « **l'hypnose des batailles** », ainsi dénommée par Milian en 1915 pour caractériser l'état confuso-stuporeux, quasi hypnotique, des rescapés des premières batailles de Belgique particulièrement violentes en août 1914, puis le « **vent de l'obus** » ou « **shell-shock** » pour les Anglais, états confusionnels post-commotionnels, puis « **l'anxiété, la neurasthénie et l'hystérie de guerre** », dont les célèbres camptocormies, et

enfin le regroupement en 1917-1918 de toutes ces manifestations sous le nom de « **névrose de guerre** » ou « psychonévrose de guerre ». A la fin de la guerre, plusieurs psychiatres aux armées (Demaye, Roussy, Lhermitte) préconiseront à nouveau des dispositifs de psychiatrie de l'avant, concept qui sera codifié en 1917 par le psychiatre américain **Thomas Salmon**, envoyé par son gouvernement en observateur sur le front de la Somme. Celui-ci édictera les cinq principes de la prise en charge psychiatrique de guerre : immédiateté, proximité (du front), espérance de guérison, simplicité (des moyens thérapeutiques), et centralité (une même doctrine enseignée à tous les soignants). Au congrès de Budapest en 1918, les dégâts tant physiques que psychiques de la guerre chez les soldats, mais aussi dans la population, amènent **Freud** et un grand nombre de cliniciens à se pencher sur l'étude approfondie des névroses traumatiques. Freud mûrit alors sa deuxième réflexion sur le « **trauma »**, laquelle aboutira à la publication en 1920 de son essai *Au-delà du principe du plaisir* [62], où il explique l'action de la « compulsion de répétition », elle-même relevant de la « pulsion de mort », et où il présente sa métaphore de l'appareil psychique comme « vésicule vivante ». Selon cette métaphore, l'appareil psychique serait contenu dans une membrane protectrice sphérique, le « pare-excitation ». Le *trauma* correspondrait à une « effraction » de ce pare-excitation, et à un « dépôt » de l'image traumatique dans la vésicule vivante, image qui se retrouverait ainsi « incrustée » dans l'appareil psychique tel un « corps étranger interne ». Selon cette théorie, le psychotraumatisme serait une « rencontre avec le réel de la mort » [6], avec ce qui n'est pas représentable psychiquement. Freud disait ainsi : « nous savons tous que nous allons mourir mais nous n'y croyons pas, nous vivons comme si nous étions immortels » [62].

Les enseignements thérapeutiques de la Grande Guerre furent malheureusement à nouveau oubliés lorsqu'éclata la **Seconde Guerre Mondiale** en 1939. La débâcle de juin 1940 procura à l'Etat**-**Major français des soucis plus urgents que le traitement des blessés psychiques, tandis

que du côté allemand, tout problème psychique, considéré comme une faiblesse et un signe de « flétrissure de la race », était sévèrement réprimé. Dans les armées anglaise et américaine, les évacuations systématiques vers l'arrière seront une fois de plus causes de fonte d'effectifs. Ce n'est que le 26 avril 1943 que le général américain Bradley, en accord avec ses psychiatres, mettra fin à ces carences, en édictant une circulaire prescrivant de traiter tous les blessés psychiques sur place pendant une semaine, et de n'évacuer vers l'arrière que les cas résistants. Néanmoins, il décida également de récuser le vocable « névrose de guerre » au profit de celui d'« **exhaustion** » (« épuisement » en français), ce qui gommait toutes les nuances diagnostiques et compliquait le travail des cliniciens. Après les deux incidents occasionnés par Patton en août 1943 (qui invectiva et gifla des soldats traumatisés au combat), les psychiatres aux armées purent cependant œuvrer à leur guise et différencier les simples réactions de combat (« combat reactions »), des névroses de guerre (« war neuroses ») plus durables. Sur le plan clinique, on constate alors moins d'hystéries et davantage de **troubles psychosomatiques** avec lésions d'organes, tels qu'ulcère d'estomac, asthme, hypertension artérielle, eczéma, psoriasis etc. Sur le plan étiopathogénique, on incrimine non seulement la violence et la perduration du combat (et le mot « **stress** » fait son apparition sous la plume de deux psychiatres américains R. Grinker et J. Spiegel), mais aussi les **conflits intrapsychiques** présents (le « fight or flight », combattre ou fuir) ou anciens, et extrapsychiques (conflits de groupe). Malheureusement, si les psychanalystes ont permis une réflexion étiopathogénique concernant les troubles psychiques de guerre, ils n'ont pas permis de s'extraire des jugements de valeur et de la **question du soupçon** : soupçon de lâcheté durant la guerre, soupçon de recherche de compensation financière après, avec au final un discrédit toujours porté sur le soldat traumatisé [55]. Sur le plan thérapeutique, les options utilisées durant la Seconde Guerre Mondiale sont novatrices : la narco-analyse et l'hypnose sont pratiquées à grande échelle au sein de programmes de traitement et de réhabilitation où la sociothérapie tient

également une place importante [57]. La guerre 1939-1945 s'est achevée par la découverte horrifiée des camps d'extermination nazis et par les deux bombardements atomiques de Hiroshima et Nagazaki. Un « **syndrome des déportés** » sera très tôt identifié par le Français Targowla (1950), avec asthénie et « hypermnésie émotionnelle paroxystique » (équivalent du syndrome de répétition d'aujourd'hui).

En **1953**, **O. Fenichel** reprend les conceptions de Freud et détermine clairement le tableau clinique de la **névrose traumatique** selon trois axes : 1) les symptômes de répétition, 2) les « complications psycho-névrotiques » anxio-phobiques, hystériques ou obsessionnelles, 3) le blocage des fonctions du Moi, fonctions de filtration des stimuli de l'environnement, fonction de présence, fonctions libidinales de sexualité et de relation affective à autrui.

Si la **guerre de Corée** (1950-1953) a pu instaurer un dispositif de psychiatrie de l'avant efficace, les guerres post-coloniales d'**Indochine** (1946-1954), d'Indonésie, d'**Algérie** (1954-1962) et d'Angola ont encore une fois oublié cette leçon thérapeutique des guerres précédentes. Sur le plan clinique, on y observe un profil différent du profil des guerres à grosses puissances de feu, et on décrit ce que Louis Crocq appelle la « névrose de guérilla », où l'insécurité quotidienne de la vie en poste isolé, des patrouilles, des embuscades, et la culpabilité éprouvée comme témoin ou acteur d'exactions, créent un climat névrogène et une pathologie proche de l'ancienne « nostalgie » souvent compliquée d'alcoolisme. Dans une large partie de l'opinion publique et politique, l'on a pu remarquer un certain désintérêt, une impopularité voire une franche hostilité pour ces guerres tenues pour coloniales ou servant des intérêts particuliers. La reconnaissance des blessures psychiques lors de ces conflits fut très difficile [63]. Concernant la prise en charge des militaires lors de la **guerre américaine du Vietnam** (1964-1973), à la lumière des expériences du second conflit mondial, des dispositions avaient d'emblée été prises par le commandement américain pour maintenir la santé mentale des troupes et « éviter » la survenue de névroses de guerre, comme par exemple

un système de relève régulier des combattants exposés. Mais à pratiquer une psychiatrie de l'avant simpliste qui se contente de « camoufler » les symptômes « honteux » sans aborder la question du trauma, on se réservait des lendemains qui déchantent [56]. Ainsi à partir de 1972, sur le territoire américain, on vit de plus en plus de vétérans du Vietnam présenter des troubles psychotraumatiques et des difficultés de réinsertion à la vie civile. Ces « **post-Vietnam syndromes** », apparus après une phase de latence de plusieurs années parfois, ont atteint un nombre inquiétant, concernant à des degrés divers jusqu'à 25% des effectifs (soit près de 750 000 hommes), posant un véritable problème national. Ils ont ainsi justifié la création des « Vet Centers », centres de consultations pluridisciplinaires extrahospitaliers, implantés sur tout le territoire américain. C'est ce phénomène, couplé à des convergences d'intérêts entre des vétérans détruits par ce qu'ils avaient vécu et d'autres groupes de pression, comme notamment les mouvements féministes qui cherchaient à faire reconnaître les violences faites aux femmes, qui amena l'introduction en 1980 dans la nosographie américaine DSM (DSM III) du diagnostic de « **Post-Traumatic Stress Disorder** » (**PTSD**) traduit « **état de stress post-traumatique** » (**ESPT**) en français, diagnostic encore utilisé aujourd'hui. L'on assiste enfin à la reconnaissance de la souffrance psychique du soldat.

A partir des **années 1980**, la littérature psychiatrique américaine produit alors une efflorescence de publications et d'ouvrages sur les PTSD du Vietnam, avec par exemple des auteurs comme C. Figley, M. Friedman ou encore T. Keane. Ces travaux aboutiront à affiner la clinique du syndrome, ses variantes et sa « pathologie associée » (en fait les symptômes non spécifiques de la névrose traumatique). Par-delà l'expérience des militaires, toute une série d'observations et de réflexions sur les traumatismes psychiques survenant dans la société civile en temps de paix, est venue étoffer le corpus des travaux sur le PTSD : catastrophes naturelles ou technologiques, accidents individuels ou collectifs, agressions, viols etc., donnant lieu à de nombreuses publications telles que celle de M. Wolf et A. Mosnaïm en

1984, ou encore celle de B. Van der Kolk en 1987.

Au plan international, la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies (**CIM-10**) parue en **1992**, adopte ce diagnostic d'« **état de stress post-traumatique** » (coté F43.1) en remplacement de celui de « névrose traumatique » trop connoté d'aprioris pathogéniques freudiens. Elle y ajoute la « réaction aiguë à un facteur de stress » (F43.0) pour qualifier les troubles immédiats, et la « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » (F62.0) pour qualifier les perturbations au long cours, au-delà de l'ESPT habituel.

La **psychiatrie francophone** développe ses réflexions surtout à partir des **années 1990**, et marque ses différences vis-à-vis des concepts américains, en retenant le terme générique de « **syndrome psycho-traumatique** ». Elle s'attache notamment à souligner la distinction entre la notion neurobiologique de « stress » et celle, plus psychologique, de « trauma », à proposer une chronologie des troubles en trois phases successives (périodes immédiate, post-immédiate et différée), à affiner les méthodes thérapeutiques individuelles (psychothérapiques notamment) et à proposer un système d'intervention immédiate sur le terrain pour aller au-devant des victimes, avec notamment la création des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP).

De 1990 à 1991, la France participe à une coalition de forces armées rassemblées dans le Golfe persique, prête à combattre l'armée irakienne qui a envahi le Koweït. Le spectre de l'emploi d'armes non conventionnelles, notamment chimiques, induit des états d'angoisse individuels qui pourraient se traduire à l'échelon du groupe par des paniques collectives aux conséquences imprévisibles. Des psychiatres partent alors sur le terrain dès le début du déploiement. Une nouvelle doctrine voit le jour : la **psychiatrie militaire en situation opérationnelle**. Portée par le Professeur Bernard Lafont, cette doctrine porte sur la place et le

rôle du psychiatre en opération auprès du commandement et en relation avec le médecin d'unité. Le principe de « non-obligation de retour au combat » voit le jour. Une **veille psychologique** va alors se mettre en place auprès des militaires projetés, avec une écoute apportée là où quelqu'un la sollicite, loin des consultations formelles d'un hôpital. Cette libre circulation de la parole, qui doit obéir aux mêmes normes rigoureuses de confidentialité que lors de consultations programmées, permet souvent de désamorcer des situations de crise.

L'année suivante, un symposium international est organisé dans l'enceinte du Val-de-Grâce sous l'impulsion de psychiatres militaires français, et les fondements de cette doctrine sont posés et validés.

Lors de la dernière décennie du vingtième siècle, après les longues années d'immobilisme apparent de la Guerre Froide, les soldats français retrouvent les champs de bataille mais dans des conditions d'exercice qui ont radicalement changé : on les appelle désormais **« soldats de la paix »** car ils participent à des opérations d'interposition et de maintien de la paix sous mandat international de l'ONU ou de l'OTAN, à des missions de police au profit du tribunal international, ou encore à de l'accueil humanitaire de populations réfugiées. Les **années 1994 et 1995** voient plusieurs évènements marquants fortement médiatisés produire des effets conjugués sur la prise de conscience des pouvoirs publics en matière de souffrance induite par un traumatisme psychologique. Les militaires sont alors exposés à un stress permanent lié aux menaces individuelles, et la limitation des conditions de l'ouverture du feu en cas d'attaque les expose à un sentiment d'impuissance et de vulnérabilité en lien avec l'impossibilité de riposter, à l'ennui, l'enfermement, la pression médiatique ou encore la perte de l'identité nationale. En juillet 1994, lors de l'Opération turquoise au Zaïre, une épidémie de choléra fait rage dans un camp de réfugiés : les militaires français sont alors confrontés à des scènes terribles, des corps décomposés s'amassant avec horreur sous leurs yeux. Le commandement se décide alors, non sans ambivalence, à faire venir un « spécialiste d'hygiène mentale » à

Goma [63]. **Les potentialités traumatiques de telles scènes sont enfin reconnues historiquement dans le champ médical, non sans réticence**. Les soldats exposés, ces « fossoyeurs de l'horreur » eux-mêmes, ont du mal à accepter cette intervention, cette rencontre qui laissera une trace dans leur parcours. Le psychiatre voit tout le monde en consultation et propose l'inscription au registre des constatations (IRC) de ces hommes en contact direct avec les charniers. Ainsi, il permet une reconnaissance plus facile d'un lien de causalité entre leur action et la survenue éventuelle de troubles psychiques différés [63]. A nouveau en 1995, des psychiatres sont amenés à intervenir sur un théâtre d'opération à l'occasion d'une prise d'otages de militaires français sous mandat de l'ONU en Ex-Yougoslavie.

Depuis lors, à chaque nouvelle OPEX, se pose la question de la nécessité d'un soutien médico-psychologique. Mais la question d'une intervention spécialisée va également rapidement se poser en France lors de la prise en otage de passagers d'un avion sur l'aéroport de Marseille**-**Marignane ou encore lors des attentats terroristes du RER B parisien en 1995. Autant d'évènements catastrophiques motivent la création des **CUMP**, sous l'impulsion de psychiatres militaires, en particulier le Professeur Louis Crocq, et avec leur création la possibilité de diffuser auprès des professionnels des tableaux cliniques spécifiques et l'initiation aux techniques d'intervention précoce individuelles et de groupe adaptées. L'intervention des CUMP est désormais sollicitée dans toute catastrophe, attentat ou accident collectif à forte répercussion psycho-sociale.

Depuis le 11 septembre 2001, le Monde a basculé dans une nouvelle forme de conflit, la guerre contre le **terrorisme**. Ces nouveaux engagements opérationnels sont marqués par des ennemis masqués dans les foules urbaines, des engins explosifs improvisés sur le bord des routes... Ces engagements actuels de nos forces exposent les militaires à de nombreuses situations difficiles, avec la nécessité de s'adapter à des facteurs de stress multiples, mais

également à faire face à des **évènements potentiellement traumatiques**.

L'« **état de stress post-traumatique** » est donc aujourd'hui reconnu à part entière dans les classifications internationales (CIM, DSM) et est systématiquement recherché par les médecins militaires devant toute symptomatologie traduisant une souffrance psychologique d'un soldat au retour d'une opération extérieure.

Après plusieurs modifications des critères cliniques composant ce syndrome, on retient désormais le tableau du DSM IV-TR [4], et tout récemment du DSM-5 [5] (non encore traduit en français) (annexe 1).

b) Réparation des blessures de guerre [64] [65]

Si la reconnaissance du diagnostic d'état de stress post-traumatique fut un « parcours du combattant », la réparation des blessures des militaires, et encore plus des blessures psychiques, connut également un cheminement long et parsemé d'embûches.

- **L'hébergement des blessés** [64]

Jusqu'à Saint-Louis, on se préoccupa peu des blessés, mutilés et invalides. Les blessures et la mort étaient considérées comme des **risques du métier** chez les militaires et ceux-ci acceptaient cette fatalité sans penser à demander réparation. Les mesures prises par les différents souverains à leur égard étaient considérées, non pas comme un devoir, mais comme un acte de générosité. Par exemple, l'Empereur Auguste fonda une caisse militaire destinée à venir en aide aux blessés, ou plus tard Charlemagne eut l'idée d'imposer aux monastères et abbayes de fondation royale l'obligation de recevoir des soldats mutilés.

Le premier établissement destiné à recevoir les invalides est l'**hospice des Quinze-Vingt**. La tradition veut qu'il ait été fondé par Saint-Louis à son retour de Palestine pour 300 chevaliers donnés en otages au Soudan et auxquels les Sarrasins auraient crevé les yeux. En réalité, en

1254, Louis IX fit construire une vaste maison destinée à recevoir les gentilshommes ayant perdu la vue pendant la croisade. L'établissement, terminé en 1260, pouvait recevoir 300 invalides. Saint-Louis leur donna des statuts primordiaux et une rente annuelle et perpétuelle. Les successeurs de Saint-Louis continuèrent à couvrir la maison de leur protection.

En 1575, Henri III créa l'Ordre de la charité chrétienne composé d'officiers et de soldats infirmes entretenus aux frais des couvents qui les avaient reçus comme oblats. En 1597, Henri IV affecta à ses soldats l'Hôpital de la charité chrétienne, fondé au XIIIe siècle par Marguerite de Provence (veuve de Saint-Louis), pour les mettre à l'abri de la misère durant leur vieillesse.

Après l'hospice des Quinze-Vingt, le deuxième établissement important destiné à recevoir les invalides est l'**hospice de Bicêtre**. La construction du bâtiment, décidée par Louis XIII en 1633, fut réalisée à la place du château de Bicêtre, et était destinée à la Commanderie de Saint-Louis pour y loger les « soldats estropiés, vieux et caducs ». Mais sous l'impulsion de Louis XIV, l'hospice va devenir Hôpital général, destiné à enfermer les vagabonds, mendiants et aliénés de Paris, et les locaux vont rapidement devenir trop petits. Les soldats invalides quitteront donc Bicêtre et seront hébergés plus tard à l'Hôtel des Invalides, grand projet architectural de Louis XIV.

Le troisième établissement d'importance construit pour les invalides de guerre est donc l'**Hôtel des Invalides**, le plus grand jamais construit, qui fut décidé par **Louis XIV en 1670**. Cet édifice majestueux était pour Louis XIV un témoignage de sa reconnaissance envers ceux qui avaient risqué leur vie pour le royaume. Les premiers invalides arrivent en 1674, beaucoup quittant leur demeure du Cherche-Midi où on les avait installés provisoirement après qu'ils aient été chassés de Bicêtre. L'institution des Invalides abritera jusqu'à 4000 pensionnaires à la fin du XVIIe siècle.



Au début du **XIXe siècle**, l'église royale des Invalides, appelée église du Dôme, devint une nécropole et reçut notamment le tombeau du maréchal de Turenne, le cœur de Vauban ou encore le corps de Napoléon qui y repose depuis 1861, ainsi que nombreux autres personnages historiques (les maréchaux Lyautey, Foch et Leclerc, le chirurgien Larrey...). Malgré la transformation progressive d'espace toujours plus grand en musée, une partie du bâtiment est toujours restée fidèle à sa vocation première, l'hébergement pour les militaires invalides. Après la guerre 1914-1918, il a été assimilé à un hôpital militaire et a poursuivi sa mission première de maison de retraite pour grands invalides après avoir été rattaché au Ministère des Anciens Combattants. En 1955, un centre médico-chirurgical est créé, spécialisé dans le traitement des blessés médullaires. Aujourd'hui, un quart du bâtiment est toujours affecté aux Anciens Combattants. L'Institution des Invalides est également ouverte depuis 1991 aux blessés victimes d'attentat.

- **La réparation pécuniaire**

Le droit à réparation pour les militaires victimes de préjudice est une notion d'apparition relativement récente. Les combattants de métier, volontaires, acceptaient comme un « risque du métier » les blessures, les mutilations, la mort ; toute forme de réparation relevait de la bonne volonté du maître.

Si déjà du temps de l'Empire romain, les vétérans des légions pouvaient se voir octroyer, en témoignage des services rendus, des récompenses honorifiques ou en nature comme par exemple des terres au sein des territoires nouvellement conquis, la réparation pécuniaire des victimes de guerre ne commence que vers la fin du XVIIIe siècle.

La première pension apparaît dans une **Ordonnance royale du 22 décembre 1776** pour les « militaires mis dans l'impossibilité d'assurer leur subsistance ». Il ne s'agit pas encore d'une

réparation à proprement parler, mais plutôt d'une aide financière pour leur permettre de vivre correctement.

Par la loi du **2 août 1790**, l'Assemblée Nationale Constituante stipule que les pensions sont une « **dette de reconnaissance de la Nation** ». Cependant, les finances publiques de la France à l'époque, alors particulièrement obérées, n'en permirent pas une réelle exécution.

Il faut attendre le règne de **Louis-Philippe** avec les lois des **11 et 18 avril 1831** pour voir apparaître le premier système juridique élaboré concernant les pensions militaires d'invalidités (PMI) [64]. Et c'est seulement en 1887, par décision ministérielle, que l'on voit apparaître l'indemnisation à la fois de l'invalidité et du préjudice subi par le militaire du fait de l'interruption de sa carrière par une infirmité due au service.

Pour évaluer le dommage, des **barèmes** sont réalisés : le premier est une **échelle de gravité** datant du **23 juillet 1887** qui ne s'applique qu'aux invalidités importantes ; le deuxième est le **barème du 24 mars 1915** qui, suite à la Première Guerre Mondiale et à la multitude de ses blessés, tient compte des progrès de la chirurgie. Georges Clémenceau sera le plus illustre instigateur de l'évolution de ces mesures de reconnaissance et de réparation lorsque, le 20 novembre 1917, il déclare dans son discours d'investiture à la présidence du Conseil prononcé devant la Chambre des députés : *« Ces Français que nous fûmes contraints de jeter dans la bataille, ils ont des droits sur nous »*.

Le dernier barème, datant du **29 mai 1919**, décrit les règles pour la classification des infirmités d'après leur gravité, en vue de la concession des pensions accordées par la loi du **31 mars 1919**.

C'est en l'honneur des « Poilus » qui, pour beaucoup, devinrent des « Gueules cassées » quand ils ne laissaient pas derrière eux veuves et orphelins, qu'un véritable droit à réparation pour les Anciens Combattants infirmes est érigé par cette loi du 31 mars 1919 modifiant la législation des pensions des Armées de Terre et de Mer, en ce qui concerne les décès

survenus, les blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service. Cette loi est censée faciliter la réinsertion des blessés de guerre dans la vie civile tout en tenant compte de leur handicap. La loi du 31 mars 1919 permet également la reconnaissance des notions d'aggravation, de présomption d'imputabilité et d'origine des infirmités par le fait ou à l'occasion du service.

Cependant, la terminologie employée dans le guide-barème de 1919 a souvent une signification imprécise et une coloration moralisatrice, voire péjorative : par exemple, l'on parle de dystonie neurovégétative, de sinistrose ou encore de neurasthénie, psychasthénie, spasmophilie, débilité ou de folie intermittente [63].

Ces trois barèmes (1887, 1915, 1919) sont encore applicables aujourd'hui. D'autres décrets, instructions et circulaires, parus entre 1925 et 1940, complétèrent les textes de 1919 ; parmi eux, le décret du **22 février 1929** fixe les taux d'invalidité concernant les affections neuropsychiatriques.

Quelques années plus tard, la **loi du 6 août 1947**, relative à la codification des textes législatifs concernant les pensions militaires d'invalidité, posait le principe d'une codification permanente par décrets, sans changement de législation. Ainsi par un **décret du 24 avril 1951** portant codification des textes législatifs concernant les pensions militaires d'invalidité, les droits et avantages attachés à la qualité d'ancien combattant ou victime de guerre, le premier Code des pensions militaires d'invalidité était créé ; il rassemble un ensemble de dispositions légales, et sera refondu par la **loi du 3 avril 1958**. Ce Code de 1958 est toujours en vigueur actuellement et porte le nom de « **Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre** » (**CPMIVG**) [66]. Son article L.1 résume bien son esprit : « La République française, reconnaissante envers les anciens combattants et victimes de guerre qui ont assuré le salut de la patrie, s'incline devant eux et devant leurs familles. Elle proclame et détermine, conformément aux dispositions du présent code, le **droit à réparation** due : 1° aux militaires

des armées de terre, de mer, et de l'air, aux membres des forces françaises de l'intérieur, aux membres de la Résistance, aux déportés et internés politiques, et aux réfractaires affectés d'infirmités résultant de la guerre ; 2° aux veuves, aux orphelins et aux ascendants de ceux qui sont morts pour la France. »

- **Caractéristiques de la législation** [66]



La législation militaire est la première à avoir codifié la réparation et l'indemnisation de la victime. Elle repose sur le **CPMIVG**, et le **guide-barème des invalidités** en vigueur, bien que très ancien puisqu'il rassemble les trois barèmes de 1887, 1915 et 1919. Ce dernier barème a été modifié par différents décrets mettant à jour l'évolution des connaissances scientifiques.

En matière de psychiatrie, les deux décrets les plus importants ayant modifié le guide-barème sont celui du 22 février 1929, et surtout celui du **10 janvier 1992** [67] qui sera détaillé plus bas.

Par cette législation, l'Etat admet implicitement sa responsabilité et assure directement la réparation par l'intermédiaire du Ministère des Anciens Combattants. Contrairement au droit commun, l'existence de la faute d'un tiers n'est pas nécessaire. La preuve doit être apportée par le demandeur, mais il est aidé en cela par l'administration qui réunit les pièces du dossier. Selon l'article L.2 du CPMIVG [66], « **ouvrent droit à pension** : 1° Les infirmités résultant de blessures reçues par suite d'événements de guerre ou d'accidents éprouvés par le fait ou à l'occasion du service ; 2° Les infirmités résultant de maladies contractées par le fait ou à l'occasion du service ; 3° L'aggravation par le fait ou à l'occasion du service d'infirmités étrangères au service ; 4° Les infirmités résultant de blessures reçues par suite d'accidents éprouvés entre le début et la fin d'une mission opérationnelle, y compris les opérations

d'expertise ou d'essai, ou d'entraînement ou en escale, sauf faute de la victime détachable du service. »

Conformément à l'article L.4 du CPMIVG [66], « les pensions sont établies d'après le degré d'invalidité. Sont prises en considération les infirmités entraînant une **invalidité égale ou supérieure à 10%.** Il est concédé une pension : 1° Au titre des infirmités résultant de **blessures**, si le degré d'invalidité qu'elles entraînent atteint ou dépasse **10%** ; 2° Au titre d'infirmités résultant de **maladies** associées à des infirmités résultant de blessures, si le degré total d'invalidité atteint ou dépasse **30%** ; 3° Au titre d'infirmité résultant exclusivement de maladie, si le degré d'invalidité qu'elles entraînent atteint ou dépasse : 30% en cas d'infirmité unique ; 40% en cas d'infirmités multiples. En cas d'aggravation par le fait ou à l'occasion du service d'une infirmité étrangère à celui-ci, cette aggravation seule est prise en considération, dans les conditions définies aux alinéas précédents. Toutefois, si le pourcentage total de l'infirmité aggravée est égal ou supérieur à 60%, la pension est établie sur ce pourcentage. »

Le taux de la pension définitive ou temporaire est fixé, dans chaque grade, par référence au degré d'invalidité apprécié de 5 en 5 jusqu'à 100%. Quand l'invalidité est intermédiaire entre deux échelons, l'intéressé bénéficie du taux afférent à l'échelon supérieur.

Cette réparation est **forfaitaire** comme en législation sociale, et non intégrale comme en droit commun. Ce qui revient à dire que cette réparation ne se fait que sur le préjudice patrimonial par une rente proportionnelle au taux d'invalidité, le débiteur de la rente étant l'Etat. Il n'y a pas de réparation du préjudice extrapatrimonial dans cette loi, donc pas de *quantum doloris*, préjudice esthétique, préjudice d'agrément, préjudice sexuel, etc. Le préjudice extrapatrimonial finira néanmoins par être pris en compte en 2005 et donnera lieu à une réparation complémentaire suite à l'**arrêt Brugnot**, que nous détaillerons par la suite.

- **Le décret du 10 janvier 1992** [67]

Il détermine les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre. Ce décret est d'une importance capitale en matière de psychiatrie. Il vit le jour à la demande du Secrétaire d'Etat aux Anciens Combattants et Victimes de Guerre qui chargea une commission, animée par le Médecin-Chef des Services Claude Barrois, psychiatre des armées, de préparer une refonte du guide-barème jusque-là en vigueur. Le décret qui en naquit, et qui est toujours d'actualité, fut inséré au guide-barème des invalidités en vigueur. Ce décret a l'avantage de clarifier, de simplifier et d'uniformiser les pratiques expertales. La terminologie utilisée est celle de la CIM-10 qui répertorie les syndromes sans référence doctrinale [68]. Le chapitre premier consacré aux principes de l'expertise psychiatrique, proscrit le recours à des entités nosologiques « archaïques », et parfois péjoratives, telles que « neurasthénie », « psychasthénie », « spasmophilie », « hystérie » etc, souvent ressenties douloureusement par le sujet qui est détenteur du libellé de son diagnostic (le diagnostic est noté sur le carnet de soins médicaux gratuits, que le patient pourra être amené à montrer à des tiers). En ce sens, le diagnostic pertinent à l'époque sera celui de « psychosyndrome traumatique », ex- « névrose traumatique ».

Le décret souligne l'attitude **neutre et bienveillante** de l'expert vis-à-vis du patient, l'expert devant être conscient que sa « tâche comporte indirectement une **dimension thérapeutique**. » Le décret précise les aspects cliniques en insistant sur le psychosyndrome traumatique qu'il faut considérer comme une **blessure** psychique et non comme une maladie. Par ailleurs, « la notion d'une causalité directe et déterminante avec le ou les faits de service suffit à établir l'imputabilité au service. La discussion doit s'appuyer sur une véritable argumentation. Ainsi, la négation de l'existence d'un trouble ne saurait uniquement reposer sur le caractère subjectif de l'expression des plaintes ; de même, la négation d'un lien avec le service ne saurait se fonder seulement sur le délai écoulé jusqu'à l'apparition des troubles ou sur l'absence de

documents médicaux contemporains des faits évoqués ». Dans ce cas, « l'expertise médicale peut accéder au rang d'**élément parfois décisif de preuve**, fondée sur la rigueur de l'argumentation » [67].

L'indemnisation dépend du **pourcentage d'invalidité**. Ce pourcentage mesure, non pas une diminution ou une perte de capacité de travail comme dans la législation des accidents du travail, mais une « diminution de l'intégrité physique et générale de l'individu reposant sur une description de la symptomatologie ».

A titre de repère, le décret établit un barème, selon une échelle qui décrit **six niveaux** de troubles de fonctionnement décelables, espacés de 20% de taux d'invalidité, qui seront évalués comme suit :

- absence de troubles décelables : 0 p. 100 ;
- troubles légers : 20 p. 100 ;
- troubles modérés : 40 p. 100 ;
- troubles intenses : 60 p. 100 ;
- troubles très intenses : 80 p. 100 ;
- déstructuration psychique totale avec perte de toute capacité existentielle propre, nécessitant une assistance de la société : 100 p. 100.

Une telle définition par critères doit permettre d'indiquer aux experts et à l'administration les conditions minimales requises pour étayer les propositions concernant le taux d'invalidité. Ceci doit permettre également d'éviter les estimations superficielles et constitue une référence commune à tous les experts ainsi qu'une base d'argumentation suffisamment transparente en cas de désaccord.

Les critères développés ci-dessous correspondent à des situations assez typiques et moyennes, reflétant la démarche clinique qui est surtout globalisante et ne procède jamais par des estimations à 5% près, mais par niveau de 20% sur l'échelle nominale. Ils offrent toute liberté à l'expert pour proposer des pourcentages intermédiaires, dans la mesure où tel cas particulier

se situerait entre deux niveaux, et dans la limite où le taux proposé est un multiple de cinq. L'expert pourra ainsi étayer son avis de manière rigoureuse. En fait, il s'agit de nombres indicatifs du degré de souffrance existentielle. En ce sens, un taux de 30% ne signifie pas la moitié de 60%. Ce code particulier correspond à la nécessité d'un instrument d'évaluation utilisable à la fois par l'expert et l'administration.

En pratique expertale, les critères constitutifs de l'évaluation de l'invalidité sont essentiellement : la **souffrance psychique**, la **répétition** (troubles au long cours ou rémittents), la **perte relative de la capacité relationnelle** et le **rétrécissement de la liberté existentielle** (mode de relation à autrui, degré d'inadéquation des conduites aux situations). Sont pris en compte également des critères positifs tels que la **capacité de contrôle des affects et des actes**, le **degré de tolérance à l'angoisse et à la peur**, l'**aptitude à différer la satisfaction et à tenir compte de l'expérience acquise**, les **possibilités de créativité, d'orientation personnelle et de projet** [67].

Ces critères sont indépendants de toute spécificité nosographique. Chacun peut faire l'objet d'une évaluation assez précise, voire d'une vérifiabilité ou d'une prédictivité. C'est la raison pour laquelle les pourcentages d'invalidité sont mentionnés indépendamment des descriptions cliniques. En cas de pluralité de troubles psychiques imputables, il sera procédé à une évaluation globale du taux d'invalidité du sujet. Le libellé correspondant regroupera la description des différents syndromes et/ou symptômes constitutifs de l'affection ainsi définie.

Le « Psychosyndrome traumatique » dans le décret du 10/01/1992 [67] :

> La névrose traumatique de guerre [...] doit être considérée comme une **blessure** et ne peut être assimilée, d'un point de vue structural, aux états névrotiques au sens classique attribué à ce terme en psychopathologie, qui constituent des maladies. Cependant, dans le cadre du travail d'expertise, elle constitue, comme les séquelles psychiques d'accidents ou de catastrophes du temps de paix, un état pathologique consécutif à des situations particulières (non exclusif de la possible association avec une agression physique contemporaine) ou lié à l'exposition à des situations de danger, soit exceptionnelles, soit apparemment banales, mais comportant toujours des répercussions psychologiques pour le sujet.

Le mode évolutif de la névrose traumatique (principalement de guerre) et le rapport très particulier que le malade y entretient avec ses symptômes ont deux conséquences qui méritent d'être soulignées : le **point de départ des troubles est rarement mentionné** dans les documents médico-administratifs contemporains de l'événement traumatisant ; le moment où il fait l'objet de plaintes de la part du patient **peut être très tardif, après des années d'évolution**.
L'événement traumatisant a, quand il s'est produit, souvent été minimisé par l'intéressé ou est passé inaperçu. C'est seulement dans les cas, peu nombreux, où il a été immédiatement suivi d'un épisode de bouleversement psychologique que l'on en trouve parfois une mention explicite dans les divers documents établis à cette occasion.
Du reste, le délai qui sépare l'événement traumatisant de l'apparition du syndrome de répétition peut être de plusieurs années : c'est la classique **période de latence**.
De surcroît, les sujets ne viennent se confier au médecin que lorsque les troubles entraînent pour eux une gêne ou une souffrance majeure, c'est-à-dire, dans de nombreux cas, longtemps après leur installation.
La gêne fonctionnelle résulte de la conjonction de l'importance relative des symptômes spécifiques (syndrome de répétition) avec d'autres manifestations éventuelles.
Taux d'invalidité à évaluer en fonction de l'intensité du syndrome de répétition, notamment des troubles du sommeil et de la gêne provoquée par les autres symptômes.

3) Dispositifs actuels de prévention, de prise en charge et de réparation de l'ESPT dans les armées françaises

Si le processus de reconnaissance des blessures psychiques a subi à travers l'Histoire un véritable « parcours du combattant », une évolution majeure s'est faite ces dernières années en France suite au durcissement de l'engagement des forces françaises en Afghanistan et à la prise de conscience des conséquences psychologiques individuelles et collectives de cette situation de guerre. En témoigne la réalisation, à la demande du Ministre de la Défense, de **deux plans d'action successifs** sur les **« Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées »** (2011-2012 et 2013-2015) [1] [69] par le Service de Santé des Armées (SSA), qui s'inscrivent dans la politique générale d'amélioration de la prévention en santé des militaires.

Ainsi, ces deux **plans d'action** exposent-ils l'objectif majeur commun précédemment cité qui est de « *garantir à tout militaire ou ancien militaire victime de trouble psychique post-traumatique du fait du service,* ***le soutien et la reconnaissance qu'il est légitimement en droit d'attendre de l'Institution et de la Nation****, ce qui implique une amélioration de la prise en*

charge immédiate et dans la durée » [1].

Il se décline en plusieurs objectifs principaux :

- mieux **prévenir, repérer et diagnostiquer** les troubles psychiques post-traumatiques (TPPT) ;
- améliorer la **prise en charge des conséquences** immédiates, à court terme et à long terme d'une rencontre avec un évènement traumatique au plan psychique ;
- garantir une **juste réparation** des troubles ;
- mieux répondre aux **besoins psychosociaux** spécifiques du militaire et de sa famille avant, pendant et après les missions, mais aussi tout au long de sa carrière et au-delà, après son retour à la vie civile ;
- mieux **informer les militaires et leurs familles** sur le stress opérationnel, les TPPT et les dispositifs de soutien.

Nous détaillerons par la suite ce qui est décrit dans les différents objectifs du plan d'action comme le « soutien et la reconnaissance que [le militaire] est en droit d'attendre de l'Institution et de la Nation », en considérant que cela correspond tout d'abord à une « **reconnaissance médicale** » du trouble par les acteurs de santé (dépistage, diagnostic et prise en charge), mais aussi à une **reconnaissance « symbolique »** par **l'Institution**. Concernant l'objectif du plan d'action insistant sur la nécessité d'une « juste réparation des TPPT », nous avons considéré que celle-ci correspondait à la reconnaissance du trouble par **l'Etat** via la **réparation juridique et l'indemnisation des préjudices**.

a) <u>« Reconnaissance » médicale : dépister, diagnostiquer et faciliter le parcours de soins</u>

L'une des étapes indispensables dans le processus de reconnaissance d'un problème médical est de nommer le trouble en question, donc de le dépister et d'en faire le diagnostic. Pour cela,

différentes mesures ont été mises en place depuis plusieurs années par le SSA.

- **Meilleur dépistage des TPPT par les médecins des Centres médicaux des armées (CMA)**

- Cela commence par la **formation** renforcée des aspirants-médecins des armées et des médecins d'unité sur le diagnostic des ESPT, d'une part lors de la formation initiale à l'Ecole du Val-de-Grâce, mais aussi en formation continue par le biais de formations délivrées par les psychiatres des Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA) qui se déplacent régulièrement dans les CMA. Les infirmiers des CMA bénéficient également de cette information par les spécialistes des HIA.

- Par ailleurs, au retour d'une OPEX, ou de toute mission plus généralement, dès lors qu'un militaire a été exposé à des situations de combat ou à des évènements potentiellement traumatiques, il fait l'objet désormais d'un **repérage systématique** d'éventuels TPPT par son médecin d'unité, dans les **trois mois** qui suivent son retour, lors d'une **visite dédiée post-opérationnelle**.

- Il a plus généralement été mis en place dans les CMA un « **dépistage** » **systématique** de TPPT lors de la visite médicale périodique (VMP) qui a lieu tous les deux ans, notamment par la passation individuelle de l'auto-questionnaire **PCLS** (Post-traumatic stress disorder Check List Scale).

- **Meilleure prise en charge des TPPT**

- Les médecins d'unité sont présents sur tous les théâtres d'opérations extérieures et également sur les missions intérieures. Lors des missions à haut risque d'exposition à des évènements potentiellement traumatiques, comme c'était par exemple le cas en Afghanistan, un psychiatre militaire voire un psychologue du SSA est également présent sur le terrain. De plus, le recours aux psychiatres et/ou psychologues des armées est devenu systématique en cas de situation d'urgence médico-psychologique hors guerre, comme ce fut le cas par

exemple récemment lors du crash aérien d'un F16 grec sur la base aérienne d'entraînement d'Albacete qui a causé plusieurs décès français et pour lequel un psychiatre du Service Médical de Psychologie Clinique Appliqué à l'Aéronautique (SMPCAA) a été déployé.

- La nécessité d'une cohérence de ces actions de soutien psychologique a engendré la réalisation d'une Charte [70], signée en 2013 par les majors généraux des quatre armées (Armée de terre, Armée de l'Air, Marine, Gendarmerie nationale) d'une part, et par le Directeur central adjoint du SSA d'autre part ; cette charte, intitulée « Charte d'organisation relative aux interventions sur le terrain en cas d'évènement potentiellement traumatique des psychiatres et psychologues des établissements du SSA, et des psychologues des armées et de la gendarmerie nationale » définit le cadre général du fonctionnement sur le terrain de ce soutien psychologique, qui intervient à la demande du commandement, mais dont les actions sont coordonnées par le coordonnateur du Service médico-psychologique des armées (SMPA), service créé en 2011 lors du premier plan d'action TPPT, au sein de la Direction centrale du SSA (DCSSA).

- Le médecin d'unité est chargé de coordonner le **parcours de soins du militaire** pour que ce dernier soit pris en charge rapidement et efficacement. Il note tout acte médical dans le livret médical militaire (et le livret médical réduit en OPEX) qui garantit la traçabilité des souffrances liées à la blessure du traumatisé psychique. Cette traçabilité médicale sera importante pour les démarches de réparation. L'un des mesures fondamentales de ce parcours de soins est la **Déclaration d'Affection Présumée Imputable au Service** (**DAPIAS**). Cette DAPIAS, document administratif établi par le médecin de CMA, atteste que la blessure est « présumée imputable au service ». Elle permet la gratuité des soins, des examens et de l'hospitalisation pour l'affection désignée. Sur prescription médicale, les frais de transport des personnels se rendant en consultation peuvent également être inclus. C'est la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (**CNMSS**) qui assure, pour le compte de la DCSSA, le

remboursement des actes aux différents professionnels de santé. Cette mission, déléguée par le ministère de la Défense, a fait l'objet d'une **convention** entre CNMSS et DCSSA, qui a pris effet le 1er janvier 2004. Ainsi, dès validation de la demande, la CNMSS renvoie au CMA un document qui est remis au blessé. Pour assurer la prise en charge financière des soins et examens, ce document doit être systématiquement présenté par le patient et tamponné par les professionnels de santé (médecins, pharmacie, transport ambulance, kinésithérapie, laboratoire d'analyses...), et ceci sans faire l'avance des frais. La DAPIAS est valable 6 mois renouvelables, tant que le militaire ne bénéficie pas d'une pension militaire d'invalidité (PMI) (qui attesterait alors de l'imputabilité au service).

- Enfin, à la demande du ministère de la Défense, un dispositif d'appel gratuit et anonyme « **Ecoute Défense** » (figure 5) a été mis en activité en janvier 2013, au profit des militaires et de leurs familles. Les appels, reçus par des psychologues cliniciens du SSA, orientent les blessés psychiques vers le réseau de soins constitué. Ce dispositif est coordonné par le SMPA.



© photo : J-R Drahi – Sirpa Terre – Création graphique : BCISSA/DCSSA
Figure 5 : Affiche sur le dispositif Ecoute-Défense

- Plusieurs **psychologues cliniciens du SSA** ont également été recrutés et affectés en janvier 2013 dans les CMA éloignés des HIA, principalement à proximité des unités opérationnelles fortement confrontées à des évènements graves potentiellement traumatisants.

b) « Reconnaissance » institutionnelle et symbolique

Le ministère de la Défense a engagé depuis plusieurs années un effort considérable pour que la reconnaissance de la Nation soit à la hauteur de l'engagement et des sacrifices consentis par les militaires français. Cette reconnaissance institutionnelle et symbolique s'exprime de façon

directe ou indirecte par différentes actions que nous détaillons par la suite.

- Cela passe tout d'abord par la **sensibilisation** et la **formation des troupes** sur les TPPT via l'inscription du thème des TPPT dans le programme des formations initiale et continue de tout engagé, ainsi qu'une formation spécifique pour les cadres.

- Une communication plus « visible » sur les TPPT est également faite dans les unités, avec notamment des **affiches** placardées en CMA sur les symptômes d'ESPT devant alerter le militaire (figure 6).



Figure 6 : Affiche sur l'ESPT en CMA

- L'Armée de Terre a par ailleurs créé en 2004 la **Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de Terre (CISPAT)** composée d'officiers formés à la psychologie du travail, qui participent au soutien psychologique d'urgence des troupes après un événement grave. Les officiers psychologues de la CISPAT sont avant tout des soldats comprenant la dynamique de groupe des militaires sur le terrain, et interviennent sous la responsabilité du commandement pour son déploiement opérationnel.

La CISPAT s'inscrit dans un dispositif global de gestion de crise qui s'appuie sur différents acteurs au sein des régiments (Conseillers facteur humain, référents section…).

- La CISPAT est chargée de former des **Conseillers Facteur Humain (CFH)** (anciennement Officiers Environnement Humain ou OEH) qui contribuent à maintenir la capacité opérationnelle en préservant le facteur humain dans les régiments. Le CFH est un officier volontaire, choisi par le Chef de corps, ayant l'expérience des OPEX. Il est l'un des conseillers du commandement, présent en amont des missions pour informer sur le stress et sa gestion, mais aussi pendant la mission au cours de laquelle il détecte les situations à risques et le personnel vulnérable, et participe également à la préparation au retour en métropole. Au retour d'opération, il participe au dépistage et au soutien des militaires en souffrance psychique.

- La CISPAT forme également depuis la directive du 14 avril 2009, des **Référents section**, militaires du rang ou sous-officiers expérimentés, sélectionnés par leur chef et ayant la confiance de leur section, dont le rôle est d'identifier les réactions psychologiques et comportementales inadaptées au sein de l'unité. Ce sont les acteurs d'alerte de premier niveau en opération.

- Un intérêt accru pour la problématique psychotraumatique est également présente au niveau des cadres militaires qui participent activement au dépistage des militaires en souffrance. Ont ainsi été créées les **fiches de suivi post-opérationnel**, renseignées sur le théâtre par le commandement, et destinées à indiquer le vécu opérationnel de la mission. Ces fiches sont classées « confidentiel personnel », insérées dans le dossier administratif, et décrivent les faits marquants de l'opération sans aucune évaluation de la manière de servir ou l'état psychologique de l'intéressé. En métropole, le commandement prend le relais et détaille l'aspect « normalisation et suivi après mission ». En outre, un **entretien post-opérationnel** doit être réalisé par un supérieur trois mois après la fin de la mission, pour permettre la détection d'éventuels problèmes psychologiques.

Les cadres ont donc un rôle essentiel dans le dépistage des TPPT.

Au-delà de cet aspect, ils ont aussi un rôle primordial dans la procédure de reconnaissance de l'imputabilité du trouble au service. Les chefs militaires sont en effet tenus de notifier toute affection du militaire survenue pendant le service sous forme d'un **rapport circonstancié** (RC) détaillant l'affection et les circonstances de son apparition. Ce rapport est inscrit dans un registre, le « **Registre des constatations** des blessures, infirmités ou maladies survenues pendant le service », et sera complété par le médecin qui y décrira toutes les constatations médicales résultant de l'accident de service. Son extrait, appelé « **Extrait du registre des constatations** » (**ERC**), est obtenu par copie certifiée conforme. Ces documents administratifs (RC et ERC) seront les pièces maîtresses pour l'étude des droits à pension militaire d'invalidité (PMI) (figure 7).

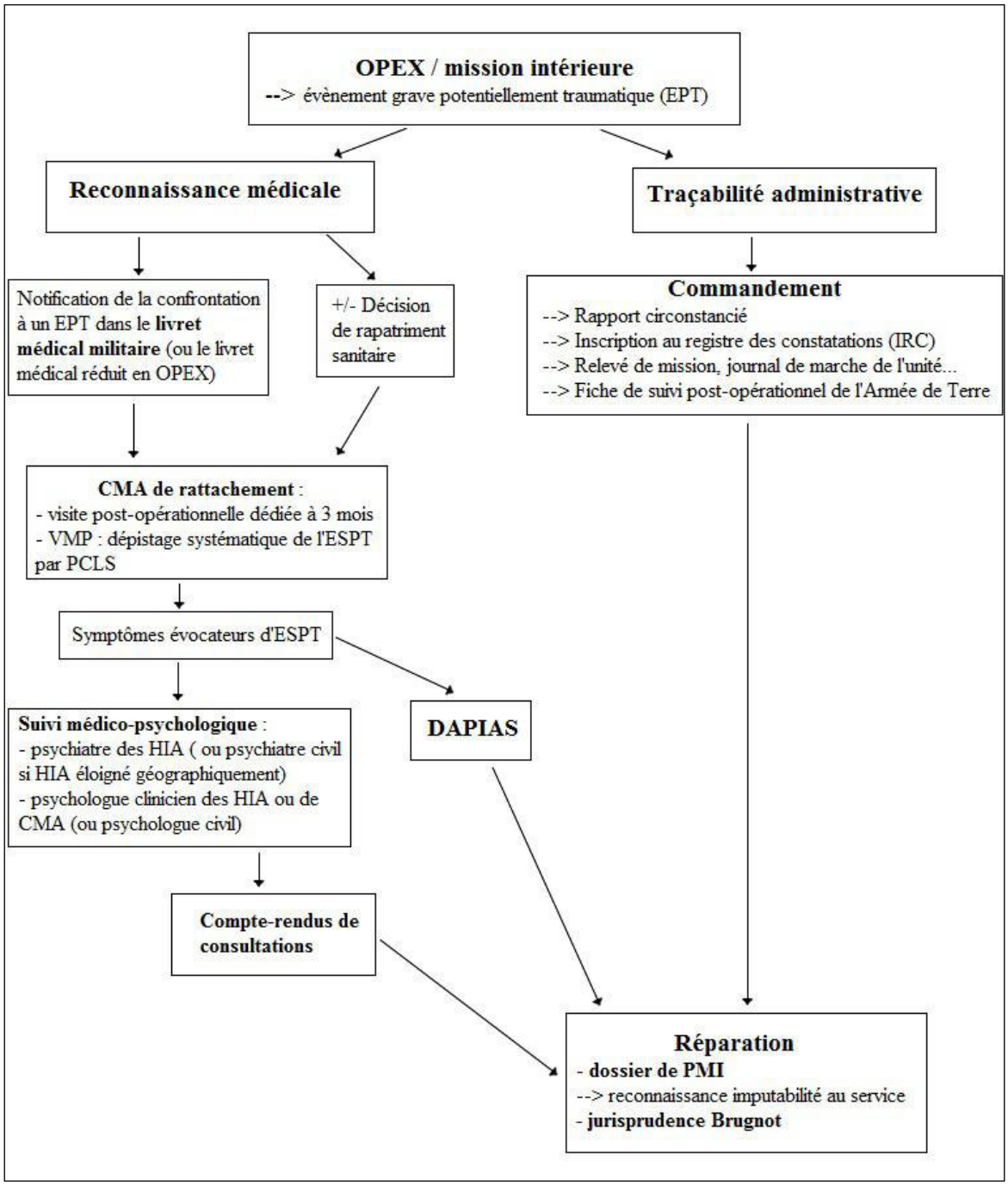


Figure 7 : Schéma récapitulatif des documents médico-administratifs nécessaires à la reconnaissance d'un ESPT imputable au service.

- Par ailleurs, depuis septembre 2009, l'Armée de Terre, s'appuyant sur la CISPAT, organise un « sas » de fin de mission appelé « **sas de décompression** ». Mis en place au départ pour les OPEX en Afghanistan, il consistait en un séjour de trois jours à Paphos sur **l'île de Chypre**, pour tous les militaires terminant leur mandat afghan. Ce « **sas de**

décompression » permet aux militaires de faire une transition entre l'OPEX et le retour en métropole auprès de leur famille et de la société civile, et permet également aux psychologues présents sur place de repérer les militaires les plus marqués par la mission. Avec la fin de l'engagement français en Afghanistan, ce sas a été utilisé au départ pour les premiers mois de l'engagement au Mali, puis a été délocalisé en septembre 2014 à **Dakar** au Sénégal pour les militaires déployés au Mali et en République Centrafricaine.

- Le Chef de corps ou son représentant, le président de catégorie, les CFH, les référents section, l'assistante sociale défense, ou encore le Bureau Environnement Humain (**BEH**) du régiment qui a un rôle de conseil technique et d'assistance du militaire et de sa famille dans ses démarches, constituent pour le militaire blessé et sa famille, le premier point de contact au niveau local.

En complément, il existe par ailleurs au niveau de chaque armée, une **cellule d'aide aux blessés** chargée de coordonner les actions en faveur des blessés et de veiller à ce que tous leurs droits soient pris en compte. Ainsi chaque armée possède-t-elle sa propre cellule d'aide : la **CABAT** pour Cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre, la **CABAM** pour Cellule d'aide aux blessés et d'assistance aux familles de la Marine, la **CABMF.Air** pour Cellule d'aide aux blessés, malades et familles de l'armée de l'Air, ou encore le **BASGN** pour Bureau de l'action sociale de la Gendarmerie nationale, et sa Cellule de suivi des blessés en cours de création.

Concernant l'Armée de Terre, il s'agit donc de la **CABAT** qui a été créée en 1993 par le général Monchal, Chef d'Etat-major de l'Armée de Terre (CEMAT) de l'époque [71].

Placée sous le commandement du gouverneur militaire de Paris, la CABAT constitue une véritable « tour de contrôle » agissant au niveau national pour le soutien des blessés et des

familles des soldats décédés. En lien direct avec le cabinet du CEMAT, elle entre en action dès la réception de l'information « évènement grave », et le rapatriement sanitaire du blessé s'il a lieu, de façon à organiser l'accueil des familles lors de l'arrivée du blessé à l'hôpital. La CABAT coordonne ensuite tout le processus d'entraide depuis la prise en charge médicale jusqu'à la réinsertion, et s'appuie pour cela sur cinq groupes de personnels : **un groupe de suivi des blessés** composé de « référents blessés » (appel téléphoniques réguliers pour prendre des nouvelles des blessés, répondre à leurs questions, les guider dans les différentes démarches administratives...) et **quatre groupes d'expertise** : une **expertise sociale** pour assurer un accompagnement social et répondre aux éventuelles difficultés matérielles liées à la blessure et à ses conséquences, une **expertise juridique**, une **expertise psychologique,** et une **expertise reconversion / réinsertion** pour faciliter les démarches de réinsertion professionnelle du militaire en s'appuyant sur les pôles Défense Mobilité de l'**Agence de Reconversion de la Défense**. La CABAT s'appuie sur un processus baptisé « **IFA** » pour « Identifier, Flécher, Accompagner » [71] : **Identifier** la blessure, le profil social, le profil ressources humaines, le profil administratif et le profil de protection et d'indemnisation par les assurances du blessé, **Flécher** en aidant le blessé à mettre en évidence les objectifs à atteindre aux niveaux administratif (par exemple l'ouverture d'un dossier de PMI) et socio-professionnel en tenant compte des desiderata du blessé, puis **Accompagner** en s'appuyant sur des acteurs semi-institutionnels traditionnels (assurances, mutuelles) et associatifs, et parfois des mécènes. En effet, la CABAT ne possède pas de budget propre mais travaille à coordonner les différents réseaux d'entraide, sources d'apports financiers, venant d'associations libres telles que **Terre Fraternité**, **Solidarité Défense**, **les Gueules Cassées**, **l'ADO** (l'Association pour le développement des œuvres d'entraide dans l'armée) pour ne citer que les plus connues, ou d'organismes sociaux tels que l'**IGeSA** (Institution de gestion sociale des armées), ou encore les assurances privées professionnelles telles que l'**AGPM**

(Association générale de prévoyance militaire) et la **GMPA** (Groupement militaire de prévoyance des armées), ou encore la **mutuelle militaire UNEO**. Il existe donc une complémentarité entre un corpus légal et institutionnel (SSA, CNMSS, ONACVG...) et le monde des associations dans toute sa diversité.

La CABAT s'engage également dans le domaine de la « reconstruction des blessés par le sport», qu'il s'agisse des « Rencontres militaires blessures et sport», du stage « Sports, Mer et blessures », du soutien au « Marine Corps Trial » aux Etats-Unis ou aux « Invictus Games » en Grande-Bretagne. Ainsi, depuis maintenant trois ans, la CABAT organise, en association avec les différents partenaires institutionnels et associatifs, un grand rassemblement autour des blessés en opération et en service au pôle « sport et handicap » du CREPS (Centre de ressources, d'expertise et de performances sportives) de Bourges : les **RMBS** (**Rencontres Militaires Blessures et Sports**). Lors de ces rencontres qui ont lieu chaque année, les blessés physiques et psychiques en cours de réadaptation peuvent découvrir la pratique d'activités sportives adaptées à leur handicap tout en échangeant entre eux et avec les acteurs de leur suivi.



- Un peu à part, mais également basé sur le sport, le **Centre de Réentraînement des Blessés de l'Armée de Terre** (**CReBAT**) a été créé en septembre 2014 dans le sud de la France, à l'initiative de la CABAT, en s'appuyant sur les infrastructures du 21ème RIMa de Fréjus. Il s'agit d'un stage de 10 jours destiné aux blessés psychiques, ayant un double but : d'une part, la resocialisation, la sensibilisation du blessé à son environnement et la création d'un esprit d'équipe, et d'autre part, la valorisation des ressources individuelles, et le retour à la capacité de prise de décision. Les stagiaires organisent eux-mêmes le stage dans une volonté d'autonomisation et de responsabilisation, et sont conseillés par les professionnels accompagnants pour les activités techniques. Le but final est de permettre à ces blessés

d'identifier des objectifs de reprise du travail, que ce soit dans le milieu militaire ou dans une démarche de reconversion. Ce stage, qui s'est révélé particulièrement bénéfique, sera reconduit en 2015 sous forme de quatre sessions annuelles.

- Une autre initiative du ministère de la Défense est la possibilité d'octroi aux blessés en opérations d'un **séjour gratuit en centre de vacances IGeSA** d'une durée de 7 jours consécutifs (hors frais de transport et de déplacement). « Afin d'apporter un témoignage de reconnaissance à ses agents ayant été gravement affectés dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions [...], le ministère de la Défense peut octroyer aux bénéficiaires du présent dispositif un séjour gratuit, dans l'un des établissements de vacances gérés par l'IGeSA » (métropole, Corse ou département d'Outre-Mer). Les bénéficiaires du séjour gratuit sont les militaires gravement blessés lors d'une opération (OPEX ou opération de maintien de l'ordre, de sécurité publique ou civile), ainsi que les accompagnants. Le conjoint survivant d'un agent tué en opération peut également bénéficier de ce séjour gratuit, ainsi que ses enfants à charge. La demande de séjour peut être effectuée à l'initiative du blessé auprès de son commandement, à l'initiative du conjoint survivant, ou sur proposition du commandement. Le commandement remet alors au militaire un formulaire de demande de séjour, complété et signé par le Chef de Corps (ou par le Chef de la cellule d'aide aux blessés de l'armée considérée pour un conjoint survivant).

- **Cellule de réadaptation et de réinsertion des blessés en opération** (**C2RBO**)

Mise en place à l'HIA Percy en 2011 sous l'impulsion des Professeurs De Montleau (psychiatrie) et Lapeyre (MPR), il s'agit d'une cellule pluridisciplinaire (CABAT, SSA, services sociaux, ONACVG...) qui se réunit régulièrement pour étudier au cas par cas la situation des blessés et mettre en œuvre l'accompagnement et le soutien adaptés (retour dans l'unité, parcours de soins, situation du dossier de PMI, stage de formation avec

reconversion...). Cette cellule a pour principal objectif d'articuler les actions du corps médical, du commandement et des acteurs sociaux pour créer les conditions les plus favorables à la réadaptation et à la réinsertion du blessé. Cette cellule est en cours de déploiement dans les autres HIA.

- **Cellules « Blessés de l'armée de Terre »**

Les Cellules « Blessés de l'armée de Terre » ont été créées en 2012 par l'Etat-Major de l'Armée de Terre afin de faciliter la reprise précoce du travail des blessés **en milieu militaire**. Ces cellules sont implantées au sein des unités dans le but de fournir aux blessés graves en opération, des **postes spécialement aménagés** en fonction de leur handicap. L'affectation au sein de ces cellules est du ressort de la Direction des ressources humaines de l'Armée de Terre qui, à la demande du blessé, et en collaboration avec la CABAT et le médecin référent, déclenche son affectation. Il s'agit de permettre au militaire blessé une **reprise progressive** du service et de limiter le temps passé en congé de maladie ou en position statutaire de non-activité (congé longue durée pour maladie : CLDM ou congé longue maladie : CLM). Cette cellule favorise la réinsertion du personnel qui se trouve ainsi placé dans un milieu familier, donc potentiellement favorable sur le plan psychologique. Ces cellules sont de véritables outils de réinsertion en milieu militaire, avec emploi, poste et horaires aménagés (selon une fiche de poste), sur une période de **6 mois**, renouvelable deux fois 3 mois, avec une durée d'affectation maximale d'un an.

- Une autre manière pour le ministère de la Défense de montrer l'intérêt qu'il porte désormais à la problématique psychotraumatique, est la signature, fin 2013, d'un **protocole** entre le **CEMAT** et la **DCSSA**, permettant un financement des consultations de psychothérapie réalisées en milieu civil par des psychologues cliniciens. En effet, le SSA ne prend en charge les psychothérapies réalisées en milieu civil qu'à hauteur du tarif pratiqué en

HIA, dans la limite de dix séances, et sous réserve d'un accord préalable du SSA. Ceci implique qu'il peut exister un reste à charge pour le patient qui y a recours. Ainsi, l'Armée de Terre, via la CABAT, peut, grâce à cet accord, constituer un intermédiaire entre le militaire bénéficiant de ces soins et le **milieu associatif** qui peut mettre en œuvre un financement complémentaire sur des fonds associatifs, d'une partie de ces psychothérapies en milieu civil. Une demande préalable doit pour cela être faite à la CABAT ; les sommes restant à charge du militaire pourront être remboursées dans la limite de 40 euros par séance pour dix séances. A noter que pour les soins de psychothérapie, le militaire avance les frais et est remboursé secondairement par la CNMSS et par le milieu associatif.

- **Homologation de la blessure de guerre**



Une autre forme de reconnaissance par l'Institution est l'**homologation de la blessure de guerre**, dont la demande est faite par le blessé au commandement, qui s'étaye sur des justificatifs en particulier le certificat médical et le rapport circonstancié. Cette homologation autorise le militaire blessé à porter l'**insigne des blessés**. A noter que la loi de programmation militaire 2014-2019 doit notifier, après validation du Conseil d'Etat, les nouvelles directives d'attribution pour cette décoration.

- **Défilé du 14 juillet sur les Champs-Elysées**

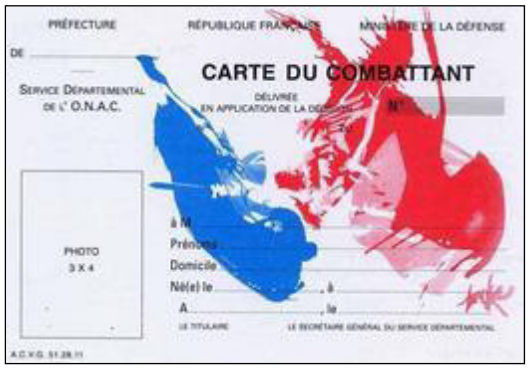
Lors de la Fête Nationale du 14 juillet, les familles des morts au combat, les blessés et leurs proches sont invités à participer aux cérémonies. C'est l'occasion de les honorer, sur les Champs-Elysées d'abord, où ils assistent au défilé dans une tribune face à celle du Président de la République qui vient les saluer, puis lors de la traditionnelle réception des défilants à l'Hôtel de Brienne. Ils sont également reçus par le CEMAT et par le gouverneur militaire de Paris lors d'autres réceptions.

- **Médailles / lettre de félicitations**

Différentes actions des autorités ont pour but de montrer au militaire blessé la reconnaissance de l'Institution et de la Nation vis-à-vis de leur courage et du sacrifice consenti : déplacement des chefs militaires, voire du Ministre de la Défense, dans les HIA en cas de rapatriement sanitaire pour blessure, attribution de médailles, de lettres de félicitations etc.

- **L'Office national des anciens combattants et victimes de guerre** (**ONACVG**) [72]

L'ONACVG, établissement public d'état créé durant la Première Guerre Mondiale, a pour principales missions d'« exercer la reconnaissance et la solidarité de la Nation envers les personnes affectées par la guerre » grâce à l'attribution de cartes, titres et de diverses aides financières. Ainsi l'ONACVG délivre-t-elle la **carte du combattant** et le **Titre de Reconnaissance de la Nation** (**TRN**) aux soldats de toutes les générations du feu (depuis la Première Guerre Mondiale jusqu'aux OPEX contemporaines). Tout militaire reconnu blessé de guerre ou ayant appartenu à une unité combattante durant 4 mois en OPEX, peut bénéficier de la carte du combattant (et du TRN). L'obtention d'un de ces titres donne droit, entre autres, à obtenir des aides sociales en cas de difficultés financières, à des aides pour **financer une formation** en vue d'une reconversion, à bénéficier de la **retraite du combattant** à partir de 65 ans (pour les titulaires de la carte du combattant), à la constitution d'une **rente mutualiste majorée par l'Etat** qui bénéficie d'avantages fiscaux, à la **gratuité des transports en commun** dans de nombreuses villes, au port de la **croix du combattant** (pour les titulaires de la carte du combattant) et au port de la **médaille de reconnaissance**





de la Nation, au privilège de recouvrir le cercueil d'un drapeau tricolore, ou encore donne accès à des **formations de reconversion professionnelle** dans l'une des neuf écoles gérées par l'ONACVG (**ERP** : Ecoles de reconversion professionnelle). Par ailleurs, l'ONACVG peut concéder d'autres avantages tels que la **carte d'invalidité des pensionnés de guerre** (pour les titulaires d'une PMI dont le taux d'invalidité est d'au moins 25%) qui donne droit à des réductions sur les billets de train (50 à 75% selon les cas).

Il est à préciser que la présentation des différents dispositifs de reconnaissance et de soutien aux militaires blessés détaillés ci-avant, ne se voulait pas exhaustive, mais souhaitait donner un aperçu d'un certain nombre de démarches mises en places depuis quelques années par les Armées au bénéfice du militaire blessé.

c) <u>Réparation pécuniaire du dommage psychique</u>

- **Rappel concernant le congé maladie et la position statutaire de non-activité** [73]

Le militaire en position d'activité, victime d'un accident ou gravement malade, bénéficie, quel que soit son statut, d'un congé maladie (CM) d'une durée de 180 jours (consécutifs ou fractionnés) sur une période de 12 mois calendaires. Ce congé est accordé par l'autorité militaire au vu des certificats médicaux établis par un médecin. Lorsque le militaire totalise 90 jours de CM sur une période de 12 mois, le médecin des armées statue alors soit sur une reprise de service avant 180 jours de CM, soit sur une consultation chez un médecin spécialiste des armées, en vue de l'octroi d'un congé de longue durée pour maladie (CLDM) ou d'un congé de longue maladie (CLM). Si un placement en CLDM ou CLM est décidé, le militaire est placé en **position statutaire de « non-activité »** dès le 181ème jour de CM. Cette position de "non-activité" permet la perception de la solde indiciaire, de l'indemnité pour charges militaires, et des primes et indemnités liées à la qualification. Le militaire peut

conserver son logement, perçoit la totalité des indemnités de résidence, des prestations familiales ainsi que, le cas échéant, la majoration de l'indemnité pour charges militaires. Néanmoins, la nouvelle bonification indiciaire est suspendue et les cartes de circulation SNCF et famille doivent être restituées.

Dans le cadre des **troubles psychiques** présentant une évolution prolongée et dont le retentissement professionnel ainsi que le traitement sont incompatibles avec le service, comme c'est le cas de l'ESPT, un **CLDM** sera attribué au militaire sur fondement d'un certificat médical établi par un médecin spécialiste des HIA. Ce CLDM est d'une durée de 3 à 6 mois renouvelables. Dans le cadre d'une blessure en lien avec le service, le militaire, de carrière ou contractuel, bénéficie de **8 ans de droits de CLDM**, **dont 5 ans à solde entière et 3 ans en demi-solde**. A l'issue de chaque CLDM, une nouvelle expertise par un spécialiste des HIA est réalisée pour décider d'une aptitude à la reprise, d'un renouvellement de CLDM ou encore d'une réforme médicale en cas d'inaptitude définitive au service.

- **Le « congé du blessé »** [74]

Un nouveau congé, le « **congé du blessé** », a été créé par l'ordonnance du 10 juillet 2014, au profit des militaires blessés en opérations extérieures, dont un retour à l'emploi est probable, pour éviter les conséquences négatives d'un placement dans l'un des congés de la position de non-activité (CLM ou CLDM). Il s'agit donc d'un congé spécifique, relevant de la **position d'activité**. Ce congé s'applique à tout militaire blessé en opérations extérieures, qu'il soit de carrière, sous contrat ou réserviste. Le Rapport au Président de la République relatif à cette ordonnance estime que « cette création est la contrepartie de l'esprit de sacrifice et de l'acceptation des risques consubstantiels à l'état de militaire, en particulier pour ceux d'entre eux qui combattent en OPEX. Elle est aussi un moyen pour la Nation de manifester sa reconnaissance aux militaires qui reviennent blessés physiquement et psychologiquement ou

qui y contractent une maladie. » Ce congé du blessé, d'une **durée maximale de 18 mois**, « est attribué, après épuisement des droits à congés de maladie [...], au militaire blessé ou ayant contracté une maladie en opération de guerre, au cours d'une opération qualifiée d'opération extérieure [...], sauf faute détachable du service, s'il se trouve dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et s'il présente une **probabilité objective de réinsertion ou de reconversion au sein du ministère de la Défense** ou, pour les militaires de la Gendarmerie nationale, au sein du ministère de l'Intérieur. » Il permet à ses bénéficiaires de rester affecté dans leur formation d'origine avec bénéfice de la solde intégrale et des accessoires de soldes, de se maintenir le cas échéant dans le logement concédé par nécessité absolue du service, de conserver sa carte SNCF, et d'accéder au CMA de la formation d'affectation.

- **Fonds de prévoyance militaire** [75]

Le fonds de prévoyance militaire (**FPM**) a été créé pour assurer la couverture des risques inhérents à l'exercice de la fonction militaire, risques d'invalidité ou de décès imputables ou en lien avec le service. Sa vocation est d'indemniser les militaires victimes **d'infirmités imputables au service, ayant entraîné une retraite ou une réforme définitive**. A noter que récemment, un nouveau décret (datant de septembre 2013) a porté création d'une allocation versée par le FPM aux militaires blessés en OPEX **sans condition de radiation des cadres ou des contrôles**. Le FPM est alimenté principalement par des cotisations obligatoires prélevées sur la rémunération des militaires (ICM : indemnités pour charges militaires), et par les produits financiers générés par les placements des réserves financières. Tous les cotisants victimes d'accidents en service ou en lien avec le service, et leur famille (veuve, orphelins, ascendants), ont droit aux allocations des FPM. Les taux de l'allocation varient en fonction du grade, de la situation familiale et des circonstances au cours desquelles a été causée la blessure ou contractée la maladie. Il s'agit d'un capital versé en une seule fois. Les demandes

d'indemnisation sont faites auprès du Commandant de formation administrative qui transmet le dossier au Bureau d'Aide aux Familles du Centre expert des ressources humaines et de la solde (CERHS) de Nancy ; ce dernier, après vérification, adresse le dossier à la Caisse des dépôts et consignations de Bordeaux qui est chargée d'instruire la demande et de la présenter aux commissions des fonds de prévoyance pour proposition d'indemnisation.

- **Pension militaire d'invalidité (PMI)**

Quelques explications concernant **l'instruction d'un dossier de PMI** [76] :

La procédure de cheminement d'un dossier de demande de droit à pension remonte à l'instruction n° 8 du 31 mai 1920 qui découle de la loi du 31 mars 1919 codifiant les prescriptions en vigueur relatives aux droits à pension. Cette procédure était attribuée au départ à chaque Directeur Régional du Service de Santé des Armées qui agissait par délégation du général commandant ou gouverneur militaire de chacune des régions de corps d'armée ou gouvernement militaire. Cette responsabilité a d'abord été transférée aux Directions Interrégionales ou Interdépartementales des Anciens Combattants. Ces dernières ayant été supprimées le 1er novembre 2011, c'est maintenant la **Sous-Direction des Pensions (SDP)**, organisme de la Direction des ressources humaines du Ministère de la Défense, lui-même dépendant du Secrétariat général pour l'administration (SGA), qui vient de reprendre cette charge. Depuis le 1er janvier 2012, la circulaire n° 230125 du 12 février 2010 relative à la constitution, à l'instruction et à la liquidation des dossiers de PMI relevant du CPMIVG, définit la procédure actuelle.

- **Instruction administrative du dossier** [77] :

Toute instruction de dossier de PMI débute par une **demande** faite par le militaire. Celui-ci renseigne et remet le formulaire de demande de pension accompagné des pièces qu'il doit fournir (annexe 3) à son **commandant d'unité** qui les transmettra au groupement de soutien de la base de défense (**GSBdD**) ou au service chargé de la gestion du personnel. Le militaire reçoit alors un accusé de réception qui vaut enregistrement de la date de dépôt de la demande, celle-ci conditionnant la date d'entrée en jouissance de la pension. Le GSBdD constitue le dossier en rassemblant les pièces administratives et médicales utiles, puis l'envoie à la **SDP de La Rochelle** (figure 8).

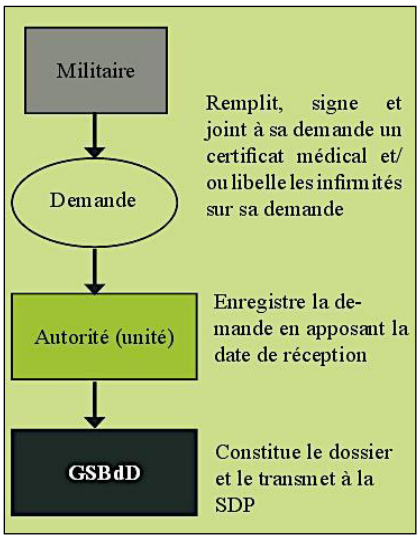


Figure 8 : Début des démarches pour une demande de PMI [77]

A noter que pour l'ESPT, les éléments de preuve déterminants à inclure dans le dossier de PMI sont le **Rapport circonstancié** et l'**Extrait du Registre des Constations** (**ERC**) fournis par le commandement, ainsi que la **Déclaration d'affection présumée imputable au service (DAPIAS)** rédigée par le médecin de son CMA ou par le psychiatre militaire de son HIA de rattachement.

A la réception de la demande de PMI, le dossier va être analysé à la SDP. Un **instructeur** de la SDP va instruire administrativement le dossier et en sera responsable tout au long de son

évolution. Il a pour mission de vérifier les pièces médicales et administratives, et peut demander des pièces complémentaires. En fonction du formulaire de demande de pension et des pièces médicales, il identifie et propose un certain nombre d'infirmités à analyser. Quand il estime que le dossier est en état d'expertise médico-légale, il le transmet au **médecin chargé des PMI** du Centre d'expertise médicale et de Commission de Réforme (**CEM/CR**) dans le ressort duquel réside l'intéressé (il en existe onze en France : Paris, Lille, Metz, Rennes, Lyon, Tours, Bordeaux, La Rochelle, Toulouse, Marseille, Ajaccio). Ce médecin désignera un **médecin-expert** choisi parmi les médecins civils habilités par la SDP, l'habilitation des médecins civils étant délivrée par la SDP pour une durée d'un an tacitement renouvelable. Le médecin CEM/CR nomme autant d'experts que nécessaire, en fonction des spécialités concernées par la ou les infirmités. Il adresse une lettre de mission au médecin-expert dans laquelle il lui demande de vérifier l'identité du sujet, d'analyser ses doléances, de rechercher un éventuel état antérieur, de confirmer le diagnostic posé, de décrire l'état séquellaire et le retentissement fonctionnel des infirmités. En cas d'urgence et s'il n'existe aucun médecin civil, un médecin militaire peut être désigné. Le médecin-expert une fois missionné, envoie une lettre de convocation au militaire afin de fixer un rendez-vous pour l'expertise.

- Instruction médicale du dossier [76] :

Le CPMIVG ouvre droit à une pension proportionnelle au dommage, lui-même apprécié au regard du déficit fonctionnel et de l'atteinte de l'état général. Ce n'est pas une blessure ou une maladie que l'expert a pour mission d'évaluer mais leurs **séquelles**.

L'expertise proprement-dite se déroule obligatoirement en quatre temps : 1) examen des pièces préalablement rassemblées par la SDP ; 2) interrogatoire avec recueil des faits ; 3) allégations et doléances du postulant puis examen centré sur l'infirmité examinée ; 4)

rédaction du rapport d'expertise dénommé **protocole**.

Protocole d'une expertise médicale au titre des PMI [78] :

- **Rappel des faits** : libellé de l'infirmité à examiner, circonstances de l'accident (date, lieu, contexte (guerre ou hors guerre)), lésions initiales (siège, nature, importance), prise en charge instaurée, évolution des lésions, situations professionnelle et personnelle.
- **Antécédents** : recherche de l'existence d'un état antérieur ayant pu jouer un rôle favorisant ou déclenchant de l'infirmité pour laquelle le sujet demande réparation. Seuls les antécédents en rapport avec l'infirmité doivent être rapportés.
- **Doléances** : il s'agit pour l'expert de rapporter les mots du patient qui expose son cas, raconte ce qu'il a vécu et ressenti lors de l'accident et dans ses suites.
- **Examen clinique** (+/- examen complémentaire) : description clinique précise.
- **Discussion** : établissement du diagnostic clinique et étiologique, et discussion de l'imputabilité selon la nature de l'instance : en première instance, le médecin-expert n'a pas à formuler de conclusions sur le rattachement de l'infirmité au service puisqu'il ne dispose pas des pièces administratives du dossier de l'intéressé.
- **Conclusion** : évaluation du déficit fonctionnel et proposition d'un taux d'invalidité en fonction du guide-barème des PMI.

Ce protocole rédigé par le médecin-expert devra répondre ou tenter d'apporter des éléments de réponse aux items suivants :

- distinguer les allégations des constatations ;

- préciser le **diagnostic** qui doit être un libellé synthétique, précis, concis, à la fois clinique et étiologique ;

- indiquer si les séquelles relèvent de **blessure** ou de **maladie** au sens du CPMIVG ;

- donner un avis sur le caractère permanent ou non des infirmités, sur leur curabilité et leur évolution possible ;

- émettre une **proposition de taux d'invalidité** en s'appuyant sur le guide-barème ;

- discuter **l'étiologie**, c'est-à-dire l'origine exacte de l'infirmité, comme certaine, ou la reconnaître comme possible, probable, impossible ou inconnue.

Après réception du (ou des) rapport(s) d'expertise, le **médecin de PMI du CEM/CR** procède à l'étude des droits à pension de l'intéressé et établit sur un document pré-imprimé son avis sur le droit à PMI. Le médecin des PMI n'est pas tenu de retenir le même taux que celui proposé par l'expert. Le document rempli par le médecin de PMI n'est différent du constat provisoire adressé au demandeur que sur une mention supplémentaire, le médecin de PMI devant y préciser s'il propose la saisine facultative de la Commission consultative médicale.

L'avis du médecin chargé des PMI qui est transmis à la SDP mentionne pour chaque infirmité : son libellé exact, sa relation médicale avec d'autres affections, sa nature (blessure ou maladie), son caractère temporaire ou définitif, le taux d'invalidité proposé, le point de départ du droit, l'avis médical sur l'imputabilité (celui-ci ne préjugeant pas du résultat de l'étude juridique à effectuer par les services administratifs). Lorsque le taux minimum indemnisable n'est pas atteint (10% pour une blessure telle que l'ESPT), il n'est pas procédé à la recherche de l'imputabilité.

Sur le fondement de l'avis du médecin chargé des PMI du CEM/CR concernant les aspects médico-légaux du dossier et les éléments recueillis au cours de l'instruction administrative, la SDP établit un projet de **constat provisoire** des droits à pension ou demande un dernier avis complémentaire à la **Commission consultative médicale (CCM)**.

La **CCM** est une structure à visée consultative, localisée à La Rochelle. Elle est instituée auprès du Ministre de la Défense, est placée sous l'autorité du SGA, et sa direction est assurée par un médecin militaire du SSA. Elle remplit auprès de l'administration centrale le rôle de conseiller technique. Ses attributions consistent à examiner ou contrôler, aux points de vue médical et médico-légal, toute question d'ordre technique que le Ministre soumet à son appréciation. La CCM ne procède que par étude des pièces et des dossiers et émet un avis sur le droit à pension après qu'une première appréciation médico-administrative ait été réalisée par la SDP ou par la Commission de réformes des pensions militaires d'invalidité (présentée

plus bas). La CCM vérifie l'exacte application du guide-barème des invalidités, la juste application des textes en vigueur, et vérifie la conformité des propositions aux connaissances médicales actuelles et aux usages dans le domaine de la réparation du dommage corporel. La CCM effectue une analyse totale et globale du dossier (contrairement au médecin des PMI qui réalise une analyse infirmité par infirmité) et délivre son avis qui peut être conforme ou non à l'avis du médecin des PMI. En cas de non-conformité, elle rectifie les conclusions provisoires, demande un complément d'expertise ou une surexpertise. Son avis précise de façon systématique le diagnostic, son origine, la curabilité des infirmités, le caractère temporaire ou définitif, le point de départ des droits, le pourcentage d'invalidité, les droits annexes et la période de validité. Au total, la CCM se prononce sur l'ensemble des droits médicaux et administratifs du sujet. Bien que n'ayant pas de pouvoir de décision, sur le plan médical, son avis s'impose au médecin chargé des PMI. La saisine de la commission par la SDP intervient soit de manière facultative, soit de manière obligatoire pour certains dossiers, et notamment **systématiquement pour tous les dossiers relatifs à l'imputabilité des troubles psychiques de guerre**.

- Une fois les différents avis recueillis, la SDP adresse le **constat provisoire** à l'intéressé (par lettre recommandée avec demande d'avis de réception) et mentionne la faculté qu'il a à demander de saisir la **Commission de Réforme des pensions militaires d'invalidité (CRPMI)**. Le demandeur dispose de quinze jours maximum après la notification du constat provisoire pour accepter la proposition ou demander l'examen de son dossier par la CRPMI. La saisine de la **CRPMI** qui est une instance de recours, est donc facultative et réservée au seul postulant. Si ce dernier la demande, son dossier pourra être examiné sur pièces ou en sa présence. La commission entend alors les observations que peut avoir à faire le demandeur, et ordonne, si besoin, toute nouvelle instruction ou expertise médicale. Elle formule une proposition sur l'imputabilité au service, le degré d'invalidité, le caractère permanent ou non

des affections, et sur l'admission au bénéfice d'avantages accessoires à la pension. L'avis de la CRPMI fait l'objet d'un **procès-verbal** qui sera adressé en copie au patient. Il peut être conforme ou non à celui du constat provisoire. Il existe onze CRPMI en métropole et six en Outre-Mer.

- A l'issue de cette étape, la SDP élabore une décision de rejet ou élabore une proposition de pension qu'elle adresse au **Service des retraites de l'Etat (SRE)**, sous forme de **fiche descriptive des infirmités (FDI)** (figure 9).

Le **SRE** peut alors soit agréer cette proposition et émettre un titre de pension qui est adressé au militaire directement par le service payeur, soit solliciter un complément d'étude, soit rejeter la proposition. Dans les 2 derniers cas, la SDP réexamine le dossier et peut soit le présenter à nouveau au SRE, soit prendre une décision de rejet.

Dans le cas où le droit à pension n'est pas ouvert, la SDP notifie au militaire la décision de rejet.

S'il y a concession de la pension par le SRE, la SDP notifie au militaire la FDI. Lorsqu'une pension est accordée, deux documents sont notifiés au militaire : le **titre de pension** édité par le Ministère de l'économie et des finances qui précise le montant de la pension, et la **FDI** relevant du Ministère de la Défense qui précise le libellé, le taux et l'origine de chaque infirmité. Le SRE avise alors le comptable publique compétent qui met la pension en paiement sous forme d'une **rente** à échéance mensuelle.

Le montant de la pension est calculé en fonction du taux d'invalidité, de la valeur du point et du grade du militaire. En effet, à chaque grade correspond un « nombre de points d'indice » qui est d'autant plus important que le grade est élevé. Le nombre de points multiplié par la valeur du point donne la rente mensuelle. Ainsi, plus le grade est élevé, plus le montant de la pension sera élevé, pour un même taux d'invalidité et une même valeur de point.

Les titulaires d'une PMI deviennent ressortissants de l'**ONACVG.**

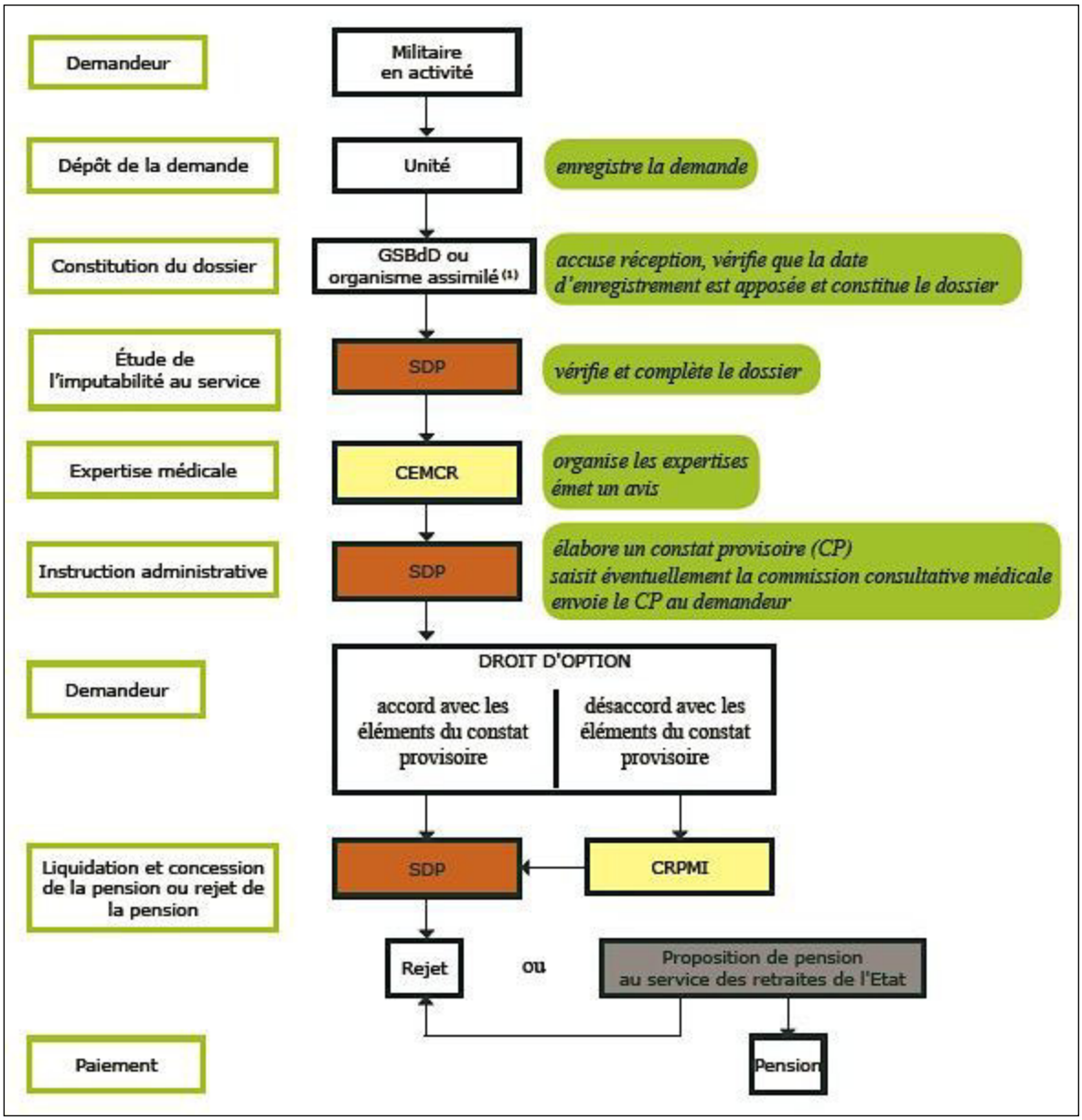


Figure 9 : Schéma simplifié de la procédure de traitement des dossiers de PMI (demande initiale) [77]

• L'attribution d'une pension pour une infirmité ouvre droit aux **soins gratuits** pour les seules infirmités pensionnées **(article L.115 du CPMIVG**). Le pensionné reçoit donc un **carnet de soins médicaux gratuits** sur lequel seront inscrites les infirmités pour lesquelles le militaire est pensionné. Ainsi, chaque professionnel de santé inscrira ses actes sur ce carnet pour ensuite se faire rembourser par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) qui en a la charge.

- **Voies de recours contentieuses** (figure 10) [79] :

Le traitement d'une demande de PMI s'inscrit dans une **procédure amiable**. Ce n'est qu'en cas de désaccord avec les propositions et décisions prises que le demandeur peut demander un **recours au niveau judiciaire**. Il existe trois niveaux de recours. Les contestations peuvent être jugées en premier ressort par le **Tribunal des Pensions**, puis en appel par la **Cour Régionale des Pensions** du domicile de l'intéressé. Enfin, les arrêts rendus par les Cours régionales des pensions peuvent être déférés au **Conseil d'Etat** par la voie du recours en cassation.

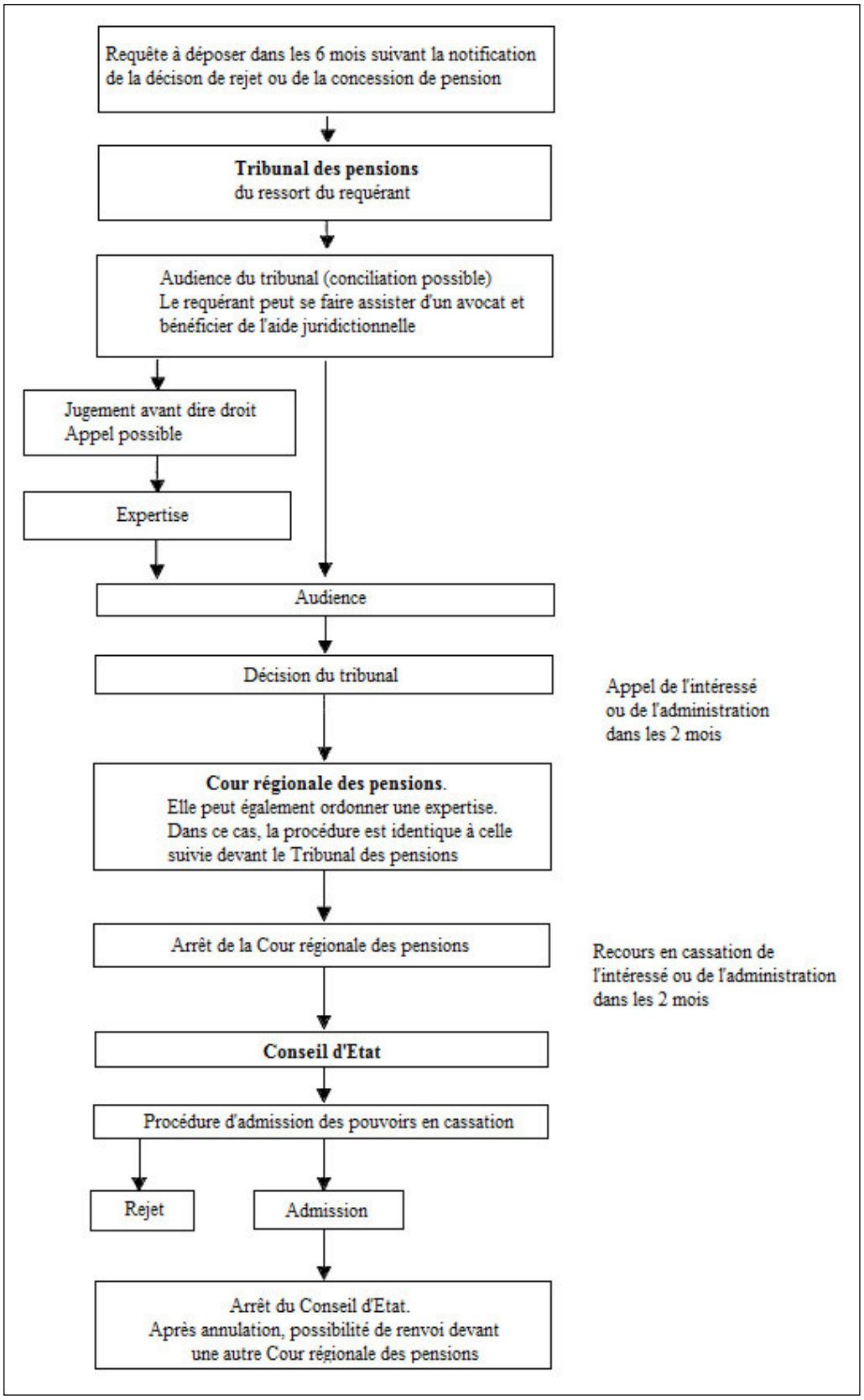


Figure 10 : Voies et procédures de recours contentieuses pour les PMI [79]

- **Quelques chiffres**

Concernant la réparation du dommage induit par la blessure, qu'elle soit physique ou psychique, les derniers chiffres de la SDP de La Rochelle estiment qu'en 2013, 80% des dossiers de militaires présentés au titre d'un ESPT ont bénéficié de la reconnaissance de l'imputabilité au service de leur trouble et reçoivent une PMI (figure 11) [80]. Actuellement, on estime à environ 350 000 dossiers de PMI ayant des droits reconnus.

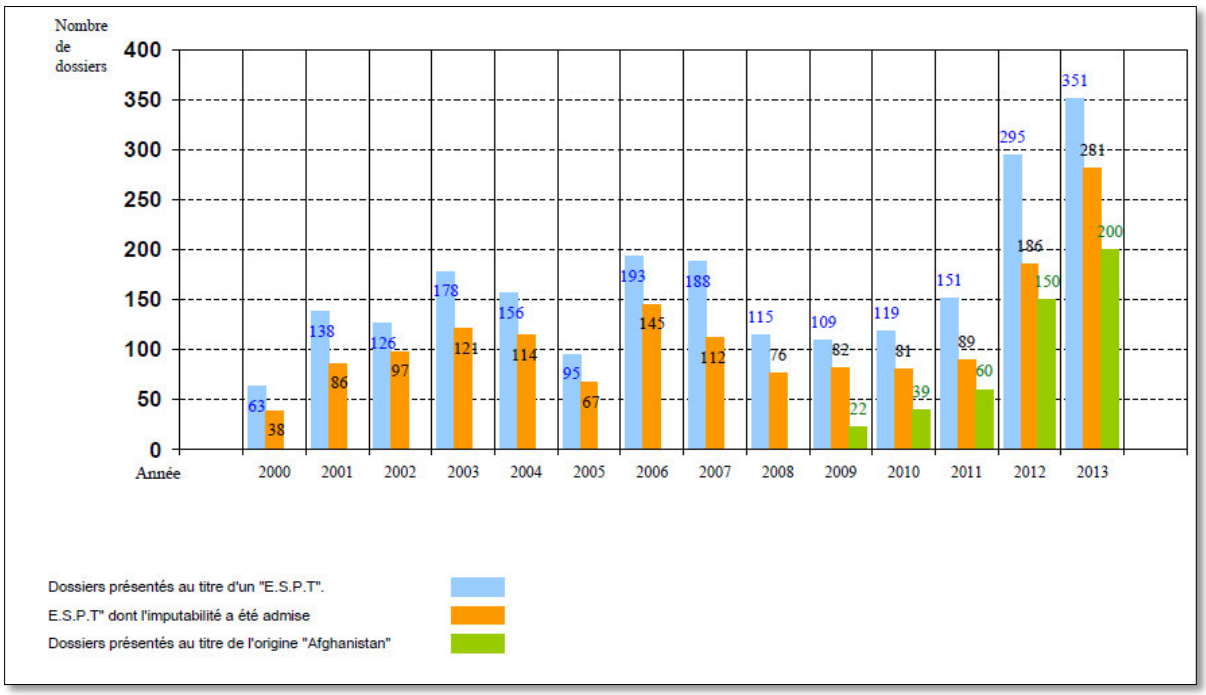


Figure 11 : Evolution des dossiers de PMI ouverts au titre d'un état de stress post-traumatique de 2000 à 2013 [80]

- **Jurisprudence Brugnot** (source CABAT)

En application de la jurisprudence *Moya-Calville* (arrêt du Conseil d'Etat du 4 juillet 2003), une protection élargie s'applique aux fonctionnaires, agents de l'Etat et aux personnels civils de la Défense. Par équité, la **décision du Conseil d'Etat « Brugnot » du 1er juillet 2005 a** accordé la **réparation des préjudices extrapatrimoniaux** des militaires victimes. Il s'agit d'une indemnité complémentaire à la législation relative au CPMIVG. Ainsi, depuis l'arrêt Brugnot, un militaire victime d'une affection, blessure ou maladie résultant de l'exécution du

service, peut prétendre à une indemnité complémentaire réparant les **souffrances endurées, les préjudices esthétique et d'agrément** qu'il a subis. Dès lors que l'imputabilité au service est établie, la réparation statutaire (notamment l'octroi d'une PMI) ne fait pas obstacle à ce que le militaire obtienne une indemnisation complémentaire réparant, même en l'absence de faute de l'Etat, les préjudices extrapatrimoniaux distincts de l'atteinte à l'intégrité physique. Les droits sont ouverts à la **date de consolidation médicale** de la blessure (physique ou psychique) ou de la maladie, et la durée de prescription est fixée à **4 ans** à compter de la consolidation. Pour rappel, le terme de « **consolidation** » désigne soit la guérison, soit l'accession à un état de santé suffisamment stable pour être jugé définitif et permettant au médecin-expert d'effectuer son évaluation. Pour pouvoir prétendre à cette indemnisation complémentaire, et sous réserve que les conditions liées à l'imputabilité au service soient remplies, le militaire doit en faire la **demande lui-même auprès du Service local contentieux** (**SLC**) (qui fait lui-même partie du Service du Commissariat des Armées) dont son unité dépend géographiquement. Pour les OPEX, le SLC compétent est celui de Villacoublay. Le militaire devra réunir pour sa demande tout document permettant d'apprécier les circonstances de la lésion, la nature et l'importance des préjudices subis, en particulier le rapport circonstancié et le dossier médical. Dans l'hypothèse où le militaire ne percevrait pas de PMI parce que sa demande demeurerait en instance d'instruction, parce que les conditions d'imputabilité n'auraient pas été établies ou parce que son degré d'invalidité n'atteindrait pas le minimum indemnisable, sa demande d'indemnisation complémentaire pourra cependant être transmise. Après réception de la demande, le SLC informera le militaire qu'une expertise médicale sera diligentée pour étudier les postes de préjudices désignés et évaluer chacun d'eux au cas par cas. A noter que cette expertise est distincte de celle de la PMI. Lui sera également demandée la remise d'une fiche de renseignements, du dossier médical sous pli « confidentiel médical », d'un certificat de consolidation et de toutes pièces

justificatives, telles que par exemple les attestations de la pratique d'un sport (licences sportives, adhésion à un club etc).

Pour la cotation des préjudices pour l'indemnisation *Brugnot*, l'expert applique la **nomenclature civile Dintilhac** qui s'appuie sur une échelle numérique à sept degrés enrichie par les médecins-experts de demi-degrés permettant de cerner au mieux la réalité des souffrances subies.

• **Au total, les postes de préjudices indemnisables**, patrimoniaux et extrapatrimoniaux, (tableau 1) ont été précisés par l'arrêt du Conseil d'Etat dit *M. et Mme Noé* rendu le 7 octobre 2013 :

- **la PMI** a pour objet de réparer d'une part les **pertes de revenus et l'incidence professionnelle** de l'incapacité physique, et d'autre part le **déficit fonctionnel**, entendu comme l'ensemble des préjudices à caractère personnel liés à la perte de la qualité de vie, aux douleurs permanentes et aux troubles dans les conditions d'existence personnelles, familiales et sociales ;

- **l'indemnisation complémentaire *Brugnot*** a pour objet de réparer les **souffrances endurées** (ou « **pretium doloris** »), physiques et psychiques, **avant la consolidation**, le préjudice **esthétique**, le préjudice **sexuel** (important dans le cas des ESPT du fait des troubles fréquents induits non seulement par le trouble mais également par un certain nombre de ses traitements médicamenteux), le préjudice **d'agrément** lié à l'impossibilité de continuer une activité sportive ou de loisirs, et le préjudice **d'établissement** lié à l'impossibilité de fonder une famille. Pour les **ayants-droit**, l'indemnisation répare le **préjudice moral** du fait du décès du militaire.

REPARATION STATUTAIRE	REPARATION COMPLEMENTAIRE Depuis 2005 en application de la jurisprudence *BRUGNOT*	
Imputabilité au service	**ABSENCE DE FAUTE DE L'ETAT** *Réparation « élargie »*	**FAUTE DE L'ETAT OU D'UN MILITAIRE** *« Réparation intégrale »*
Préjudices patrimoniaux	**Préjudices extrapatrimoniaux**	**Tous autres postes de préjudices (notamment patrimoniaux)**
- frais de santé immédiats (hospitaliers, chirurgicaux, médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques...) – **DAPIAS** ; - dépenses de santé futures (soins esthétiques, appareillages, prothèses, hospitalisations...) ; - dommage corporel et réparation des atteintes à l'intégrité physique (par l'octroi d'une **PMI**) ; - **maintien de la solde** (180 jours de congé maladie – congé du blessé – congé longue maladie – congé de longue durée pour maladie) ; - **fonds de prévoyance** ; - capital-décès ; - pension de retraite (si radiations des contrôles à la suite d'une infirmité) ; - allocations chômage ; - pension de réversion (au profit du conjoint survivant).	- **préjudice moral** (si décès, handicap lourd et ESPT) – uniquement au profit des ayants-droit ; - **souffrances endurées**, douleurs avant consolidation (*pretium doloris*) ; - **préjudice esthétique** (permanent et définitif) ; - **préjudice d'agrément** (activités culturelles, sportives ou de loisirs, perte de la qualité de vie, perte des joies usuelles) ; - **préjudice sexuel**, stérilité et impossibilité de fonder une famille.	- perte de revenus - perte de chance (professionnelle / scolaire) ; - incidence professionnelle (carrière / reconversion / formation / retraite ...) ; - aménagement du cadre de vie ; - adaptation d'un handicap (logement, voiture, travail...).

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des préjudices indemnisés par la PMI et la jurisprudence Brugnot (source CABAT)

II. Étude exploratoire qualitative : analyse lexicale du discours de quinze blessés psychiques de guerre

1) Problématique

Nous venons de le voir dans cette première partie théorique, il existe aujourd'hui une multitude d'actions mises en œuvre depuis ces dernières années par le ministère de la Défense pour aider le militaire blessé à se soigner et à se réinsérer dans la société.

Mais qu'en perçoit le militaire blessé psychique d'aujourd'hui ? Comment ressent-il la volonté de reconnaissance et de réparation voulue par les Armées ? En est-il satisfait, cela correspond-il à ses attentes ?

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études s'intéressant à ces questions.

2) Objectifs

Objectif principal :

L'objectif principal de notre étude est d'explorer la perception subjective des militaires français souffrant d'état de stress post-traumatique imputable au service, concernant la « reconnaissance » et la « réparation » de leur trouble par l'Institution.

Objectifs secondaires :

Discuter ces « ressentis » en fonction des déterminants psychopathologiques à l'œuvre dans le psychotrauma.

Mettre en perspective les attentes des blessés psychiques pour dégager des pistes d'optimisation des prises en charge médico-psycho-sociales existantes et conseiller le commandement.

3) Type d'étude

Nous avons mené une **étude exploratoire qualitative** réalisée à partir d'entretiens semi-directifs.

La recherche exploratoire vise à clarifier ou à mieux identifier un problème. Elle peut être un préalable à des recherches qui, pour se déployer, doivent s'appuyer sur un minimum de connaissances. C'est ce que notre étude cherche à réaliser : circonscrire le sentiment de « reconnaissance » et de « réparation » des militaires psychotraumatisés.

Notre étude porte sur un nombre restreint d'individus, le but étant de balayer de façon la plus exhaustive possible les différentes notions évoquées par des individus psychotraumatisés sélectionnés au hasard parmi les militaires consultant pour ESPT à l'HIA Legouest.

L'approche qualitative est la plus appropriée pour analyser les perceptions subjectives et les ressentis. L'objectif n'est pas de quantifier ou de calculer des fréquences mais bien d'explorer en profondeur ce que les militaires souffrant d'ESPT imputable au service peuvent penser et ressentir sur le thème précis de la « reconnaissance » de leur trouble par l'Institution. La démarche qualitative éclaire et permet de comprendre une situation en recueillant et analysant des informations plus riches que l'approche quantitative. Contrairement aux questionnaires, la méthode par entretiens présente l'avantage d'être interactive : le résultat des entretiens est en effet le fruit d'une relation intersubjective entre un enquêté (le patient) et un enquêteur (le clinicien), ce qui permet une riche exploration des questions de recherche posées.

4) Population de l'étude

La sélection des sujets de l'étude s'est faite de manière contemporaine parmi les militaires consultant à l'HIA Legouest pour état de stress post-traumatique (ESPT) imputable au service, que ce soit pour des soins ou pour des avis d'expertise, à partir du mois d'avril 2014 jusqu'à saturation des données. En recherche qualitative, la taille adéquate d'un échantillon est

en effet celle qui permet d'atteindre la saturation théorique, c'est-à-dire lorsqu'on ne découvre plus d'information nouvelle capable d'enrichir la théorie. Ce principe repose sur le fait que chaque unité d'information supplémentaire apporte un peu moins de nouveauté que la précédente jusqu'à ne plus rien apporter.

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique était posé en première ligne par le médecin généraliste du CMA de rattachement du militaire et confirmé par un autre psychiatre du service ou par moi-même, d'après les critères du DSM-5 [5]. Tous les patients étaient déjà suivis au niveau médico-psychologique (médecin traitant et/ou médecin d'unité, et suivi psychiatrique en centre médico-psychologique et/ou en HIA).

Critères d'inclusion : tout militaire majeur, non radié des contrôles, en position d'activité ou de non-activité (en congé de longue durée pour maladie), consultant dans le service de psychiatrie de l'HIA Legouest pour un état de stress post-traumatique confirmé en lien direct avec le service, et ayant donné son consentement écrit de participation à l'étude (annexe 4) après avoir reçu une information claire et appropriée.

Critères de non-inclusion : tout militaire refusant de participer à l'étude ou ancien militaire radié des contrôles, ou pour lequel le diagnostic d'état de stress post-traumatique a été infirmé (par exemple, autres troubles psychiques post-traumatiques tel que psychose post-traumatique...).

5) Matériel

Le discours est la traduction mais aussi l'expression de nos pensées.

A partir de l'enquête qualitative réalisée sous forme d'entretiens semi-directifs, et afin de mettre en évidence les perceptions et ressentis communs des militaires interrogés, nous avons réalisé dans une première approche une analyse lexicale de leur discours à l'aide du logiciel informatique « ALCESTE ». Nous avons ensuite combiné cette analyse lexicale à une analyse

de contenu permettant de revenir au texte et à la singularité des perceptions.

- **Le logiciel ALCESTE** [81] [82] [83] [84] :

La distribution des mots dans le discours n'est pas le fait du hasard. Dans la continuité de l'analyse exploratoire de données initiée par le mathématicien Jean-Paul Benzécri, Max Reinert, ingénieur au CNRS, sous-tend l'hypothèse que l'activité discursive comme toute activité humaine s'introduit dans un certain ordre. Ainsi a-t-il conçu en 1986 un logiciel informatique capable d'analyser cette activité discursive : le logiciel d'analyse automatique de données textuelles « ALCESTE », acronyme signifiant « Analyse des Léxèmes Co-occurents dans les Enoncés Simples d'un Texte ». Ce logiciel permet d'objectiver les intuitions que l'on peut avoir vis à vis d'un corpus de textes tout en mettant en exergue certains aspects qu'une analyse manuelle ne relèverait pas aisément. Il s'agit d'une aide à la lecture non séquentielle des textes.

ALCESTE est orienté vers l'analyse de contenu. Il éclaire sur des faits statistiques d'un corpus de textes qui peuvent être de diverses natures (textes littéraires, articles de journaux, entretiens...), et offre des pistes interprétatives.

Le logiciel Alceste est donc ici employé comme un outil d'aide à l'interprétation du corpus textuel composite, au sein duquel il va permettre de dégager des lignes de force et des polarités sur lesquelles nous pourrons étayer notre interprétation.

Ce logiciel est propriété de la société IMAGE.

- **Les principes d'ALCESTE** [81] [82] [83] :

Le logiciel ALCESTE utilise à la base une méthode de classification originale dite « classification hiérarchique descendante » : il fractionne de façon successive le texte pour en extraire des classes de mots représentatives.

Ce logiciel est fondé sur une analyse statistique distributionnelle. Les mécanismes qu'il met en œuvre sont indépendants du sens : ALCESTE classe les « phrases » du corpus (ne correspondant pas forcément à des « phrases » au sens commun - tout particulièrement pour des transcriptions de l'oral dont la syntaxe n'a que peu de choses à voir avec celle de l'écrit - mais à des segments de texte) dénommées « unités de contexte », en fonction de la distribution du vocabulaire présent en leur sein. Pour relier les contextes qui ont des mots communs, le logiciel repère le vocabulaire dans les différentes unités de contexte et les met en relation. ALCESTE permet d'effectuer une analyse sur un volume important de documents numérisés.

Afin d'obtenir un résultat pertinent, le logiciel requiert deux conditions : 1) le corpus qui lui est soumis doit être suffisamment volumineux pour que l'élément statistique soit valide ; 2) le corpus doit présenter une certaine cohérence thématique (dans la mesure où le principe du logiciel est de comparer les distributions des vocables au sein d'un corpus, encore faut-il que les différentes parties du corpus aient des mots en commun).

- **Comment Alceste procède-t-il ?** [81] [82] [83]

A partir d'un texte à analyser ou ***corpus*** mis en forme par l'analyste, le logiciel découpe le texte en « unités de contexte » puis il reconnaît les « formes » dans ces unités de contexte.

Deux types d'unités de contexte (UC) sont à distinguer :

- D'abord, le ***corpus*** est découpé par l'analyste en unités appelées « ***unités de contexte initiales*** », ou **UCI**. Ce peut être n'importe quel découpage qui convienne à l'analyste : différents articles de journaux par exemple, les chapitres d'un livre, des entretiens, les différentes scènes d'une pièce de théâtre...

Chaque UCI correspond, dans notre étude, à chaque entretien réalisé auprès d'un militaire.

Lorsque l'on prépare le corpus pour l'analyse, l'on associe à chaque UCI des données, par exemple des caractéristiques sociodémographiques de la personne interviewée (âge, sexe, etc.). Ce sont des « variables » supplémentaires, introduites par le chercheur, qui ne font pas partie du texte. On appelle ces variables des « ***mots étoilés*** » en raison de la façon dont le logiciel les repère lors de l'analyse dans le texte préparé (notées à l'aide du signe « étoile »). Ces mots étoilés attribués à ces UCI permettent ensuite de les croiser pour éventuellement dégager des types de discours en fonction de chacune de ces variables (analyses en tris croisés).

- Le deuxième découpage du corpus est effectué cette fois par le logiciel, qui définit les « phrases » à partir desquelles le logiciel va procéder à l'analyse : comme nous l'avons expliqué plus haut, ce ne sont pas forcément des phrases au sens propre mais des segments de texte de taille réduite appelés « ***unités de contexte élémentaires*** » ou **UCE**. Cette segmentation se fonde principalement sur la ponctuation si elle existe (définie par l'analyste lors de la retranscription écrite du discours), et sur le nombre de mots. Ces UCE sont regroupées par concaténation en UC afin que ces dernières soient composées d'un nombre entier d'UCE et contiennent un nombre minimal de formes analysables différentes.

Dans ALCESTE, les « ***formes » textuelles*** (ou *formes simples*) sont des suites de caractères séparés par des blancs (ou d'autres caractères comme les points, les virgules…), c'est**-**à**-**dire en général, des mots. Le logiciel identifie les occurrences de chaque forme grâce à un dictionnaire. Les « mots outils » (ex : là-bas, je, me, te, ce, avoir, devoir...) et les locutions sont distingués des « mots pleins » (ex : compte, unité, blesser, commandant...).

ALCESTE regroupe l'ensemble des « mots pleins » susceptibles d'appartenir à une même « famille morphologique » quelle que soit leur catégorie syntaxique. Il classe ainsi par exemple sous la même forme « présent+ » les mots : « présenter, présent, présentation,

présentable, présentée, présentait », etc. Le logiciel établit ainsi un « dictionnaire des ***formes réduites*** » du corpus à partir de la racine des mots : cette opération est appelée ***lemmatisation***.

Ces « *formes réduites* » sont réparties en deux catégories : les *formes analysables* utilisées pour la classification descendante décrite ci-après et les *formes illustratives* qui servent à décrire les classes qui en résultent (mots-outils, mots étoilés, locutions).

A partir de cette partition des UC et des formes, le corpus est modélisé par un tableau de données comprenant les UC en lignes et les « mots pleins » (ou formes analysées) en colonnes. ALCESTE effectue ensuite diverses classifications. Il croise les UC et la présence/absence des formes, puis il crée des classes à partir des UC qui contiennent les mêmes mots. De façon itérative, le logiciel fait varier le nombre de mots par unité de contexte, compare les classes obtenues et conserve les classes qui sont associées au plus grand nombre d'UC. En fin d'analyse, on obtient un certain nombre de classes de mots représentatives du texte analysé : c'est la ***classification descendante hiérarchique (CDH)***.

Le logiciel regroupe ainsi les UC en ***classes d'énoncés significatifs*** : ces énoncés d'une même classe sont considérés semblables et aussi différents que possible des énoncés d'une autre classe. Ces classes d'énoncés peuvent être entendues comme des « ***mondes lexicaux*** » différenciés par la distribution de leur vocabulaire, c'est-à-dire des ensembles de mots plus particulièrement associés à une classe.

- **Les phases de l'analyse** [81] :

L'analyse se déroule suivant un « plan d'analyse » en quatre phases subdivisées en plusieurs opérations.

<u>L'étape A</u>

Lors de cette première étape, ALCESTE reconnaît les UCI (choisies par l'analyste) et les « mots étoilés » (les variables associées aux UCI). Puis il effectue trois traitements successifs

: il découpe le corpus en « formes », il procède à une catégorisation syntaxique (permettant d'identifier les locutions et les mots-outils) puis à une lemmatisation. Cette étape permet d'établir le dictionnaire du vocabulaire du corpus, puis le dictionnaire des formes réduites.

L'étape B

La deuxième étape découpe le corpus en UCE et regroupe ces UCE en UC plus larges de dimensions variables, puis effectue leur classification en fonction de la distribution du vocabulaire. C'est l'étape de la CDH. ALCESTE constitue ainsi des classes sur la base du contenu lexical de chaque UCE : il rapproche les UCE contenant les mêmes formes lexicales. À chaque couple (forme, classe) correspond une valeur de Chi2 (ou de Phi) mesurant l'intensité de leur association.

Cette étape B est essentielle puisque c'est sur ces classes, caractérisées par leur vocabulaire dominant, que va s'appuyer la démarche interprétative.

A noter que deux classifications successives sont effectuées, en faisant varier légèrement la longueur de l'UC analysée afin de contrôler la stabilité des classes obtenues.

L'étape C

Lors de la troisième étape, les résultats des calculs précédemment effectués sont mis sous forme de fichiers : les classes obtenues, et pour chacune des classes, le logiciel fournit des éléments de description, le vocabulaire spécifique à la classe, des énoncés caractéristiques, les mots étoilés et les mots-outils caractéristiques.

L'étape D

Au cours de l'étape D, des calculs complémentaires sont effectués :

- une **analyse factorielle des correspondances** (croisement du vocabulaire du corpus et des classes) dont l'objectif est de donner une représentation spatiale simplifiée et schématique des relations entre les classes ;

- une **classification ascendante hiérarchique** permet de mettre en évidence des voisinages, des liens plus ou moins proches entre les mots dans une même classe. La classification ainsi obtenue est représentée par un arbre hiérarchique appelé dendrogramme de la classification ascendante ;

- des analyses en **tris croisés** (tout le vocabulaire du texte est croisé avec un mot étoilé ou un mot particulier), ce qui peut éventuellement permettre de mettre en évidence des spécificités du discours des sujets en fonction de la variable (ou caractéristique) choisie.

Ces analyses constituent une aide à l'interprétation des résultats statistiques et à la description des classes [85].

Synthèse du vocabulaire du logiciel ALCESTE [82] :

- Corpus : ensemble de textes réunis en fonction d'un objectif particulier.

Dans le cas de notre étude, le corpus est composé des transcriptions écrites des 15 entretiens de militaires psychotraumatisés.

- Unité de Contexte Initiale (UCI) : les UCI sont des divisions naturelles du corpus, par exemple, les réponses à une question ouverte, chaque entretien d'une enquête (ce qui est le cas dans notre étude), les différents chapitres d'un livre etc. Elles sont introduites par une ligne (« ligne étoilée ») contenant les variables signalétiques appelées « mots étoilés ».

- Unité de Contexte Elémentaire (UCE) : composée d'une ou plusieurs lignes de texte consécutives (« segments de texte »), elle est considérée comme l'unité statistique de base essentielle par ALCESTE.

- Unité de Contexte (UC) : ce sont des segments de texte à la base de la classification sous ALCESTE. L'objectif de l'analyse est leur classement en types de contexte. Elles peuvent être définies a priori par l'utilisateur, ou plus souvent calculées par ALCESTE. Les UC sont formées par concaténation des UCE de sorte que chaque UC contienne un nombre de mots analysés différents. Il est ensuite effectué une classification descendante hiérarchique sur le tableau qui découle de cette concaténation.

- Occurrence : on appelle occurrence l'apparition d'un élément de langue dans un texte.

- Co**-**occurrence : on appelle co**-**occurrence l'apparition simultanée de deux unités linguistiques.

- **Interprétation des résultats** [81] :

L'analyse ALCESTE est une analyse textuelle permettant de dégager les différentes fractures dans la distribution des mots qui pourront être prises par l'utilisateur comme autant de « faits bruts » et révéler l'aspect problématique, multipolaire de cet objet d'étude.

L'objectif est d'obtenir, via la CDH, un classement statistique des UC du corpus étudié, en fonction de la distribution des mots dans ces unités, ceci afin d'en dégager les mots les plus caractéristiques (« mondes lexicaux »).

Pour l'interprétation, chaque classe obtenue est nommée en fonction de son vocabulaire représentatif, et chaque mot est étudié en fonction de sa proximité avec les autres mots de la classe par différentes représentations et analyses complémentaires (réseaux de formes, analyse factorielle de correspondances, classification ascendante hiérarchique).

Ensuite, l'interprétation pourra s'appuyer sur les « mots-étoilés » décrits plus haut via par exemple la réalisation d'une analyse en « tris croisés » (c'est-à-dire une nouvelle analyse, distincte de l'analyse principale, permettant de refaire un classement du vocabulaire selon chaque « mot-étoilé » d'intérêt).

L'interprétation s'appuiera également sur les « mots-outils » mis en évidence par le logiciel. Ces « **mots-outils** » sont tous les mots permettant de construire des phrases, c'est-à-dire les mots de liaison (et), les pronoms personnels (je, me, tu, te, il, lui...), les adjectifs et pronoms possessifs (son, sa, mon, ma, le tien, le mien...), démonstratifs (cette, ce, celui-ci, celle-ci...), relatifs (qui, que, dont...) ou indéfinis (quelques, aucun, chaque, tous, certains...), les verbes modaux (devoir, falloir, vouloir, pouvoir, savoir, croire) et les auxiliaires (être et avoir). Ces différents « mots-outils » définissent pour ALCESTE différents marqueurs : tout d'abord les ***marqueurs d'une modalisation*** qui sont les marqueurs que l'énonciateur peut utiliser pour exprimer sa subjectivité et qui peuvent être des mots (verbes, adverbes, adjectifs...), des expressions, ou encore des figures de style (comparaison ou métaphore) dont voici quelques

exemples : « je pense », « je crois », « il semble », « pour ma part », « peut-être », « certainement », « quand même » ou encore les négations (« ne », « pas ») ; ensuite, les ***marqueurs d'une relation spatiale*** (dans, sur, là-haut, là-bas, autour...), les ***marqueurs d'une relation temporelle*** (quand, au moment, demain, avant, après...), les ***marqueurs d'une intensité*** (plus, moins, mieux...), les ***marqueurs d'une relation discursive*** (pourtant, cependant, par contre, en effet, effectivement, au contraire...) et les ***marqueurs de la personne*** (je, me, ma, moi, nous, j', ils, vous, lui...). Tous ces « mots-outils » et marqueurs, et leurs catégories grammaticales respectives, donneront un éclairage supplémentaire pour l'interprétation de l'analyse.

Un dernier élément utile pour l'interprétation des données d'analyse d'ALCESTE sera l'étude des « ***postures énonciatives*** » (ou ***discursives***) des individus qui se fonde sur l'existence d'une surreprésentation d'une ou plusieurs catégories grammaticales (et donc de certains marqueurs ou mots-outils) dans chaque classe. L'on s'intéresse ici à **la façon dont les choses sont dites**, c'est-à-dire à la **façon dont le locuteur se positionne par rapport à son discours** (implication, retrait, abstraction...).

Reinert explique ce qu'il entend par « postures énonciatives » [86] en reprenant la théorie de l'analyse sémiotique de Charles Sanders Peirce, philosophe américain de la fin du XIXe siècle. Ainsi Reinert décrit-il les « trois modes d'être » peirciens, à savoir « la priméité », « la secondéité » et « la tiercéité » qui selon lui expriment des « modes d'être au monde » et introduisent à des postures et des registres de discours.



Dans son article de 1891, Peirce introduisait ces trois « modes d'être » ainsi : « *Premier est la conception de l'être ou de l'exister* ***indépendamment de tout autre chose***. *Second est la perception de l'être* ***relatif à quelque chose d'autre***, *la conception de la réaction contre quelque chose*

*d'autre. Troisième est la conception de la **médiation** par quoi un Premier et un Second sont mis en relation.*»

Reinert a appliqué cette approche aux analyses faites par le logiciel ALCESTE et en a tiré la définition de trois « postures énonciatives » possibles pour un énonciateur [86] :

- A la « **priméité** », qui concerne « le contenu immédiat, [...] la matérialité concrète, [...] et dépend des habitudes de vie », Reinert associe la « **posture du Témoin** » dont le style de discours sera plutôt **observateur et descriptif**, et marqué par les noms, les adjectifs et les adverbes. Pour Reinert, « le registre évoqué est ici plutôt celui de l'Imaginaire, au sens d'un mode de sensations ayant pris sens à travers un vécu depuis l'enfance, l'évidence matérielle des gestes quotidiens, formés de nos habitus et habitudes. Le vocabulaire associé à ce registre [...] regroupe les mots du monde quotidien, de la nature, de l'extériorité », des images et objets concrets, et des sensations.

- La « **Secondéité** » **implique de la part du locuteur un engagement** et naît, pour Reinert, « quand autre chose résiste au contenu », quand « une **altérité** [résiste] à la toute**-**puissance imaginaire. » « La secondéité **marque sa présence**, avec la négation et les modalisations diverses, les déictiques, les pronoms personnels [...]. Les mots de la secondéité sont relatifs à [...] l'émergence d'une **intériorité** : actes, sentiments, affects, émotion, choc, révolte, violence, effort, combat, etc. Ce mode de présence dédoublée, en prise directe avec **l'altérité**, implique une posture particulière par cette ouverture de la conscience au corps, par son engagement dans un sens : la **posture de l'Acteur**. » Le discours sera ici marqué par un vocabulaire émotionnel, et le style sera plutôt **narratif**, incluant une **temporalité**. Le registre qu'il évoque exprime une tension entre intérieur et extérieur, les passions, les luttes sociales, la temporalité, les rapports sociaux, la famille, les actes, etc.

- la « **Tiercéité** » sera l'expression d'une **médiation**, d'un **compromis** entre le contenu, lié à la toute**-**puissance imaginaire, et ce qui résiste au contenu comme trace d'une altérité. Ce

compromis s'exprime au plan du discours dans la **représentation** ou l'**interprétation**, et est marqué par le vocabulaire des lois, des institutions, des concepts philosophiques ou scientifiques, du religieux, du politique, etc., caractérisé par son **niveau élevé d'abstraction** ; tous ces mots à la fois représentent et organisent des « formes de vie », éventuellement en donnant un **sens à la souffrance**. Le registre qui en dépend est celui du « Symbolique » et la posture du sujet qui l'emploie est appelée par Reinert la « **posture du Patient** ». Le style de discours associé est plutôt **assertif**, **prescriptif**, **démonstratif**.

6) Méthodes

- **Recueil des données**

A partir d'avril 2014, après deux entretiens tests, nous avons réalisé la première inclusion. Le recueil des données était réalisé sous forme d'entretiens en face à face menés par l'investigateur principal, avec une méthode standardisée. L'enquêteur suivait un guide d'entretien comme trame, conçu spécifiquement à cet effet, et abordant les différents thèmes d'intérêt (annexe 5). Ces entretiens étaient menés de façon semi-directive, c'est-à-dire s'appuyant principalement sur des questions ouvertes, ce qui permettait de laisser toute liberté de parole aux sujets interrogés. Une incitation à la relance de l'expression était réalisée pour faciliter la fluidité des réponses, les compléter, et explorer au mieux l'objet de l'enquête.

Les thèmes et sous-thèmes interrogés ont été préalablement définis en fonction de l'objet de notre étude. Trois grands thèmes étaient ainsi abordés par les différentes questions : la « reconnaissance » du trouble dans tous ses aspects (médical, institutionnel, symbolique...), l'« information » sur le trouble, et la « réparation ».

Tous les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone avec l'accord des participants.

Après recueil des réponses orales, les entretiens étaient retranscrits par écrit au format texte par l'investigateur principal à l'aide du logiciel de traitement de texte Word, sur support

amovible crypté. Les entretiens étaient retranscrits tels quels, sans interprétation. Une lecture attentive et un « nettoyage » de chaque transcription étaient ensuite réalisés (corrections orthographiques, homogénéisation de mise en forme). Les données étaient dès le départ anonymisées.

Le logiciel ALCESTE utilisé pour notre analyse (version 2012) est celui installé à la faculté des Sciences Humaines et Sociales de Metz et mis gracieusement à notre disposition pour notre étude.

- **Préparation du corpus pour ALCESTE**

Les textes ont été transcrits en un seul document répondant aux critères de formatage d'ALCESTE (saisie, majuscules, étoiles, tirets, apostrophes, etc).

Une préparation du corpus était réalisée avant le passage dans le logiciel ALCESTE avec marquage des lignes et « mots étoilés » (éléments de repère n'intervenant pas dans l'analyse). Dans notre étude, les « mots étoilés » choisis comprenaient les caractéristiques suivantes :

- caractéristiques sociodémographiques du militaire :

- sexe (*sexe) : féminin (f) ou masculin (m) ;
- âge (*age) représenté par classes d'âges : a (20-25ans), b (26-30ans), c (31-35ans), d (36-40ans), e (plus de 40 ans) ;
- statut matrimonial (*sm) : célibataire (c) ou en couple (marié, pacsé) (m) ;
- enfant(s) (*enf) : oui (o) ou non (n) ;
- niveau scolaire (*ns) représenté en classes : a (brevet des collèges), b (BEP ou CAP), c (Baccalauréat), d (post-Baccalauréat) ;

- caractéristiques militaires :

- armée (*aé) : Terre (t) ou Gendarmerie (gend) ;
- arme / régiment (*a) : gendarmerie (gend), infanterie (inf), forces spéciales (fs), train

(train), transmissions (tr), médical (s) ;

- ancienneté (*anc) représenté en classes : a (moins de 5 ans), b (5-9 ans), c (10-14 ans), d (15 ans et plus) ;

- grade (*gr) : militaire du rang (mdr), sous-officier (so), officier (o) ;

- nombre d'opérations extérieures et/ou intérieures effectuées (*no) : chiffre ou x (signifiant opérations multiples > 15, principalement pour les gendarmes) ;

- fonction en France / métropole (*ff) : combattant ou gendarme (c), soutien (s), auxiliaire-sanitaire (m) ;

- caractéristiques concernant l'opération traumatique :

- opération extérieure (OPEX) (*opex) : oui (o) ou non (n) ;

- fonction lors de l'opération traumatique (*fo) : idem fonction en France (c, s ou m) ;

- lieu de l'opération (*lo) ;

- date de l'opération (*do) ;

- ancienneté lors de cette opération (*ao) ;

- présence d'une blessure physique (*bp) : oui (o) ou non (n) ;

- participation à un sas de décompression (*sas) : oui (o) ou non (n) ;

- antécédents psychiatriques (*asp) : oui (o) ou non (n) ;

- suivi psychiatrique actuel (*sp) : civil (c) ou militaire (m) ;

- score global à l'échelle PCLS (*pcls) ;

- activité professionnelle actuelle (*act) : position statutaire d'activité (dont arrêt-maladie de moins de 180 jours calendaires) (o) ou de non-activité (CLDM) (n) ;

- marques de reconnaissance de l'Institution :

- médaille (*méd) : oui (o) ou non (n) ;

- lettre de félicitations (*lf) : oui (o) ou non (n) ;

- **mesures de réparation** (pension militaire d'invalidité) (*pmi) : oui (o) ou non (n) ;

- vie civile envisagée par le militaire (*vce) : oui (o) ou non (n).

7) Considérations éthiques

Cette étude a été élaborée selon les dernières recommandations de déontologie et de bonnes pratiques en épidémiologie parues en 2007 [87].

La confidentialité des données était garantie par une anonymisation complète selon les conditions prévues par la CNIL.

Tout participant a eu le libre choix de participer à l'étude après avoir reçu une information claire, loyale et appropriée, et a donné son accord écrit pour l'utilisation des données recueillies. Les enregistrements ont été réalisés dans le respect de l'anonymat des personnes et des conditions légales prévues par la CNIL qui sont les suivantes [84] [88] :

- l'enregistrement des conversations en face à face ne peut être réalisé qu'en cas de nécessité reconnue et doit être proportionné aux objectifs poursuivis ;

- les personnes interrogées doivent être informées, préalablement à la mise en place du dispositif d'écoute : des objectifs poursuivis par l'installation de ce système, des conséquences individuelles qui pourront en résulter, des destinataires des enregistrements, des modalités d'exercice de leurs droits d'accès.

Lorsque les enregistrements sont réalisés à des fins de recherche, la commission recommande une durée de conservation maximale de deux ans. Pour notre étude, les enregistrements ont été intégralement détruits dès la fin des retranscriptions écrites.

8) Résultats

a) Population étudiée

Tous les militaires sollicités ont accepté de participer à l'étude.

La saturation des données a été obtenue après réalisation de 15 entretiens.

15 militaires ont ainsi participé à cette enquête : tous étaient militaires d'active (c'est-à-dire non radiés des contrôles), dont 12 issus de l'Armée de Terre et 3 gendarmes. 4 étaient encore en position d'activité (au travail ou en arrêt-maladie depuis moins de 180 jours), et 11 en position de non-activité (CLDM) (tableau 2). Les entretiens ont duré en moyenne 1 heure (étendue de 50 à 90 minutes) représentant 71 pages de texte sous Word (interligne simple, police « Times new roman », taille de caractères 12).

Les caractéristiques des personnes interrogées (âge, sexe, fonction…) (« mots-étoilés » pour ALCESTE) ont été référencées afin de pouvoir mettre en perspective le discours de chacun (tableau 2).

Caractéristiques			n	(%)
Sexe		F	1	7
		H	14	93
Age (ans)		20-25	2	13
		26-30	4	27
		31-35	5	33
		36-40	3	20
		>40	1	7
Statut familial		célibataire	3	20
		en couple	12	80
Enfants		oui	13	87
		non	2	13
Niveau d'études		Brevet des collèges	2	13
		CAP/BEP	6	40
		Bac	3	20
		Post-Bac	4	27
Armée		Terre	12	80
		Gendarmerie	3	20
		Air	0	0
		Marine	0	0
Arme ou régiment	**Terre**	Infanterie	7	47
		Transmissions	1	7
		Train	1	7
		Forces Spéciales	1	7
		Médical	2	13
	Gendarmerie		3	20
Ancienneté (ans)		< 5	0	0
		5-9	4	27
		10-14	8	53
		≥ 15	3	20
Grade		Officier	0	0
		Sous-officier	6	40
		Militaire du rang	9	60

Caractéristiques		n	(%)
Nombre d'opérations	1	4	27
	2-3	4	27
	> 3	5	33
	multiples (> 15)	2	13
Fonction en métropole	Gendarme	3	20
	Fantassin	6	40
	Auxiliaire-sanitaire	3	20
	Soutien	3	20
Evènement traumatique en OPEX	oui	13	87
	non	2	13
Fonction lors de l'évènement	Gendarme	3	20
	Fantassin	5	33
	Auxiliaire-sanitaire	4	27
	Soutien	3	20
Lieu de l'évènement	Afghanistan	11	73
	Métropole	2	13
	Guyane	1	7
	Tchad	1	7
Ancienneté lors du trauma	< 5	5	33
	5-9	7	47
	10-14	1	7
	≥ 15	2	13
Blessé physique	oui	4	27
	non	11	73
Antécédent de suivi psychiatrique	oui	4	27
	non	11	73
Suivi psychiatrique actuel	Civil	5	33
	Militaire	10	67
Situation professionnelle	Activité	4	27
	Non-activité	11	73
PCLS	< 44	5	33
	≥ 44	10	67

Tableau 2 : Caractéristiques des militaires blessés interrogés. n=15

b) Résultats de l'analyse ALCESTE

Le logiciel ALCESTE nous a permis de mettre en évidence le vocabulaire prégnant utilisé par les sujets interrogés pour l'organiser selon des classes de mots représentatifs.

Quatre classes de discours ont été distinguées par le logiciel ALCESTE (figure 12).

Figure 12 : Fenêtre principale affichant les résultats après l'analyse

L'indice de pertinence à 72% signifie que les quatre classes retrouvées par ALCESTE regroupent 72% des unités textuelles du corpus, donc que 72% du corpus a été retenu et analysé. Ce pourcentage est un gage de validité de l'analyse (qui est jugée valide à partir de 66% d'unités classées [81]).

Ces classes sont numérotées en fonction de leur ordre d'apparition dans l'arbre de classification.

Sur les 72% des unités textuelles analysées, la classe 1 est la plus spécifique et la plus volumineuse du corpus avec 28% des unités, suivie par la classe 2 (23%), la classe 3 (13%) puis la classe 4 (8%).

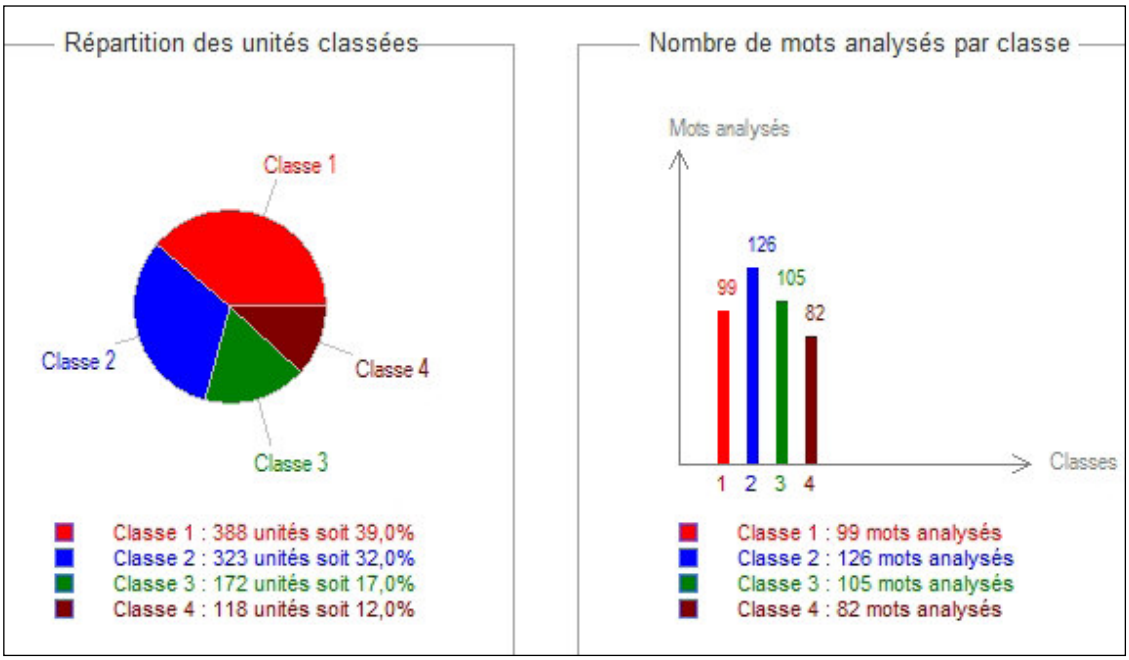
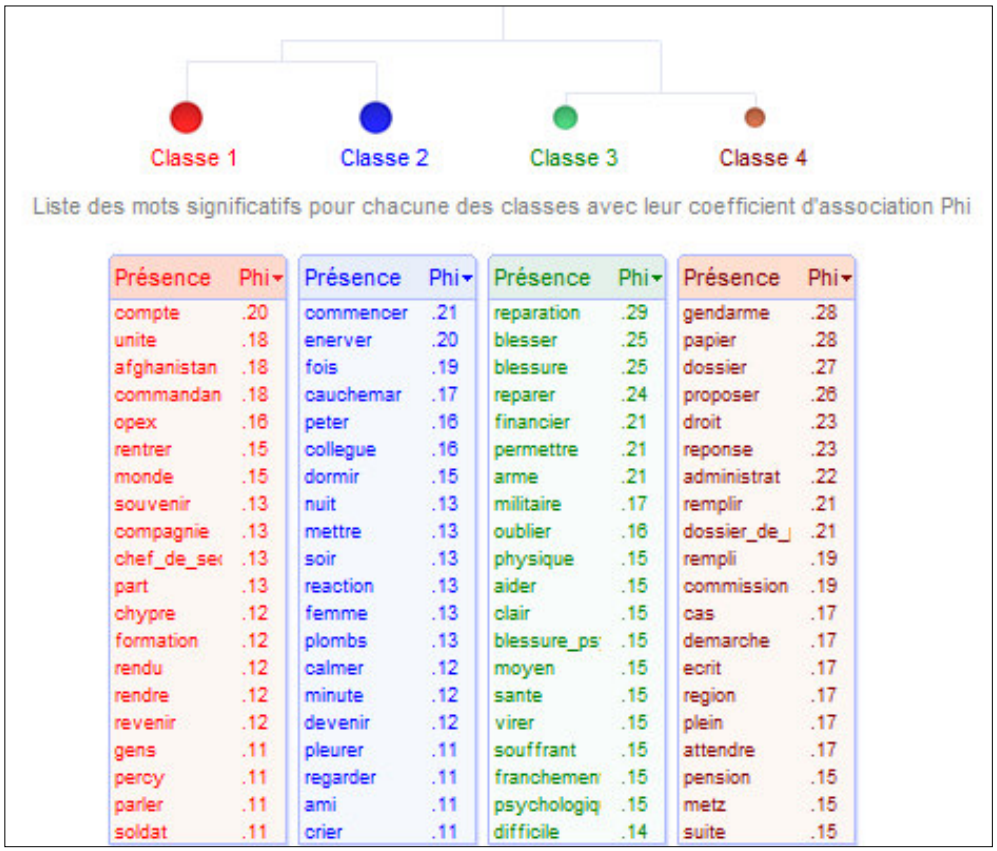


Figure 13 : Répartition des unités textuelles et des mots analysés par classe



Présence	Phi	Présence	Phi	Présence	Phi	Présence	Phi
compte	.20	commencer	.21	reparation	.29	gendarme	.28
unite	.18	enerver	.20	blesser	.25	papier	.28
afghanistan	.18	fois	.19	blessure	.25	dossier	.27
commandan	.18	cauchemar	.17	reparer	.24	proposer	.26
opex	.16	peter	.16	financier	.21	droit	.23
rentrer	.15	collegue	.16	permettre	.21	reponse	.23
monde	.15	dormir	.15	arme	.21	administrat	.22
souvenir	.13	nuit	.13	militaire	.17	remplir	.21
compagnie	.13	mettre	.13	oublier	.16	dossier_de_	.21
chef_de_se	.13	soir	.13	physique	.15	rempli	.19
part	.13	reaction	.13	aider	.15	commission	.19
chypre	.12	femme	.13	clair	.15	cas	.17
formation	.12	plombs	.13	blessure_ps	.15	demarche	.17
rendu	.12	calmer	.12	moyen	.15	ecrit	.17
rendre	.12	minute	.12	sante	.15	region	.17
revenir	.12	devenir	.12	virer	.15	plein	.17
gens	.11	pleurer	.11	souffrant	.15	attendre	.17
percy	.11	regarder	.11	franchemen	.15	pension	.15
parler	.11	ami	.11	psychologiq	.15	metz	.15
soldat	.11	crier	.11	difficile	.14	suite	.15

Figure 14 : Quatre classes ont été individualisées par ALCESTE.
A noter, les mots sont classés par valeurs de Phi décroissants,
et seuls les mots les plus spécifiques de chaque classe sont représentés.
Les résultats complets détaillés sont en annexe 6.
Phi est le coefficient traduisant la force d'association statistique de chaque mot avec sa classe (il existe un lien fort entre le mot et la classe à partir d'un Phi supérieur à 0,20).

- **Interprétation des résultats**

Nous avons donné à chaque classe un titre résumant les idées principales véhiculées par leurs mots représentatifs :

Classe 1 : lien au service ;

Classe 2 : clinique du syndrome psychotraumatique et sa prise en charge médicale ;

Classe 3 : reconnaissance et réparation de la blessure ;

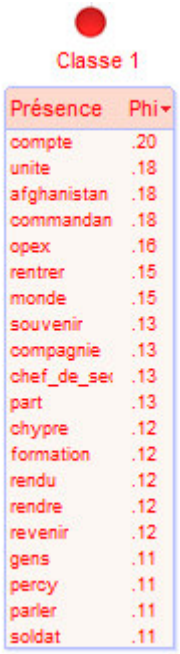
Classe 4 : démarches administratives.

Il est tout d'abord intéressant de souligner que l'on peut noter une chronologie dans l'ordre des classes retrouvées par ALCESTE qui reproduit la chronologie du trouble : la classe 1 décrit un ou des évènements potentiellement traumatiques, la classe 2 le trouble qui s'ensuit, c'est-à-dire la clinique de l'ESPT, la classe 3 évoque les éléments de reconnaissance du trouble à tous les niveaux, et enfin la classe 4 détaille les démarches administratives en vue de la réparation.

Classe 1 : Lien au service

Cette première classe est la plus spécifique et la plus volumineuse du corpus. Elle est formée de 388 unités, soit 39% des unités textuelles classées du corpus.

- Analyse du vocabulaire



Le discours de cette classe regroupe des mots spécifiques du **monde militaire** : « rendre compte », « unité », « Afghanistan », « commandant d'unité », « opex », « compagnie », « chef de section », « soldat », « combat », « régiment », « colonel », « lieutenant ».

Cette classe montre le lien très important des blessés au monde militaire :

- l'esprit de cohésion qui y est attaché avec la notion de groupe (« unité », « compagnie », « régiment ») ;

- les verbes traduisant les valeurs chères aux armées (« devoir », « falloir ») ;

- l'importance du « chef » (« commandant d'unité », « chef de section », « colonel », « lieutenant ») ;

- les opérations de guerre (« Afghanistan », « opex », « combat »).

Ces mots d'« attachement » au monde militaire sont en opposition avec d'autres signifiants retrouvés dans cette classe illustrant à l'inverse l'impression des blessés d'être « laissés tombés » au retour d'opération, au moment où ils souhaiteraient du soutien ; il leur semble alors subjectivement devenir des « numéros ». La notion de groupe retrouvée auparavant se mue en

un sentiment de solitude. Leurs fortes attentes déçues concernant le commandement et en particulier leurs « chefs directs » de proximité mis en position d'aînés, de pairs voire de pères, sont vécues avec un sentiment d'incompréhension voire d'abandon traduit par des mots tels que « laisser », « tomber », « enfoncer ». Le souci de ne pas décevoir leurs chefs, représentants de l'Institution, ou encore la volonté de s'accrocher à leur « fierté » de militaires, ou bien le sentiment de « honte » à ressentir une souffrance psychologique expliquent peut-être la difficulté pour ces militaires à parler de leur trouble étant donnée la façon dont celui-ci leur semble encore être perçu dans les armées. On peut ici s'interroger sur l'existence d'un possible mécanisme de défense projectif.

Un autre thème est également représenté dans cette classe : **l'information** sur l'état de stress post-traumatique, qui est ici « bidirectionnelle ». Celle-ci décrit en effet l'information telle qu'elle est réalisée actuellement dans les régiments avec l'emploi des termes « formation », « amphi », « affiche », ainsi que le « sas de décompression » à « Chypre » mis en place après le durcissement du conflit en Afghanistan. Elle décrit aussi l'information telle qu'elle est « reçue » ou perçue par le militaire, et telle que ce dernier ne parvient pas à la rapporter à sa hiérarchie en retour en rendant compte (« rendre », « compte »).

- Posture discursive

On note que cette première classe est d'un style très **narratif**. Elle donne une place importante aux *marqueurs de relations temporelle* (« au moment », « avant », « demain », « tout de suite », « en même temps », « après », « quand »…) et *spatiale* (« dans », « ici », « chez », « autour », « en face », « là-bas », « là-haut », « sur », « derrière », « au fond »…), catégories de mots surreprésentées, avec également des *marqueurs de lieux et de pays* qui positionnent le sujet dans son histoire. Le temps et le lieu du trauma semblent « incrustés » dans le psychisme des blessés. Sans être surreprésentés de façon significative, les verbes modaux (« falloir »,

« devoir »), sont nombreux dans la classe 1, symbole d'un discours normatif accordant une place importante aux règles comme le veut l'esprit militaire. Enfin, l'on retrouve dans cette classe de nombreux *marqueurs d'une modalisation* tels que « oui », « je pense », « non », « pas », « rien » qui impliquent le sujet dans son discours et lui confèrent une « ***posture énonciative d'acteur*** » telle que décrite par Reinert [86].

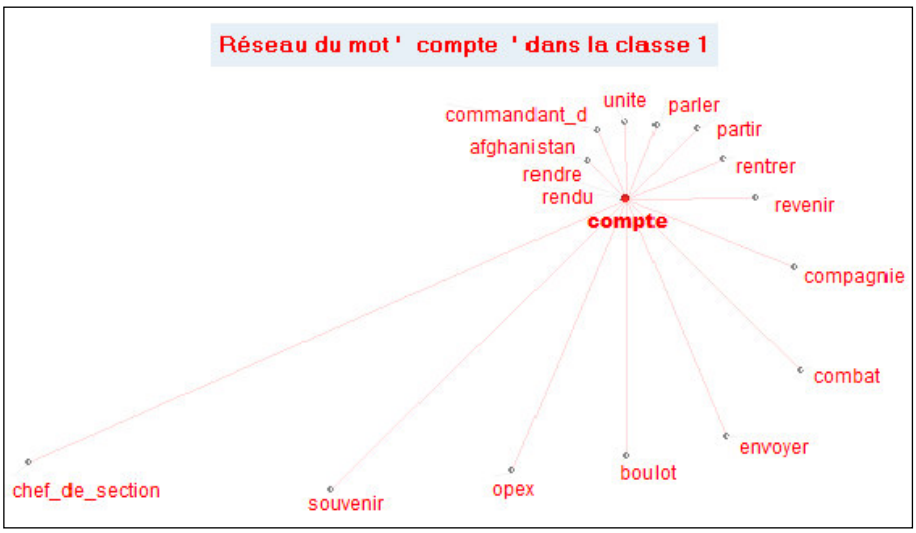
- Réseaux de proximité des mots les plus représentatifs

Nous nous sommes ensuite intéressés plus précisément à **l'étude des mots** employés par les blessés, à travers leurs importances respectives dans le corpus en termes de **spécificité**, mais également à travers leurs **interrelations** dans une même classe.

Ainsi est-il possible d'étudier, grâce aux « ***réseaux de proximité*** », les relations entre formes dans une classe donnée. Ces « réseaux » nous indiquent pour chaque forme, les formes les plus proches en termes de cooccurrence et de distance à l'intérieur des unités textuelles.

Nous avons choisi d'étudier les « proximités de mots » pour les trois formes les plus spécifiques de la classe 1 : « compte », « unité » et « Afghanistan ».

* Le mot « **compte** » est la forme le plus spécifique de la classe 1 avec le coefficient d'association Phi le plus élevé (Phi = 0,20).



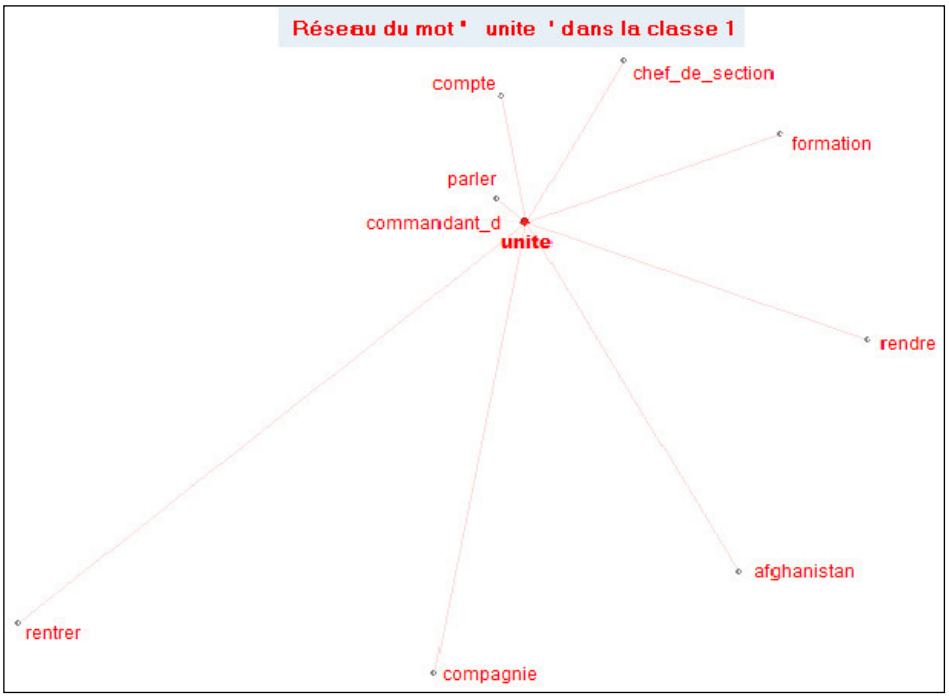
Dans notre corpus, « **compte** » est utilisé principalement dans les expressions « rendre **compte** » et « **compte**-rendu », comme cela est illustré par sa proximité sur le réseau de formes des mots « rendre » et « rendu ».

Cela n'est pas surprenant car le fait de « rendre **compte** » et de produire des « **compte**-rendu » est pour le militaire une activité spécifique faisant partie intégrante de son travail, représenté sur le réseau de proximité par le mot « boulot ». Ainsi le militaire doit-il, au quotidien, rendre compte de tout ce qu'il fait à ses supérieurs hiérarchiques, par oral et/ou par écrit : de la bonne application des ordres, des éventuels problèmes rencontrés, des demandes qu'il soumet... En pratique, les chefs demandent également à leurs soldats, dans la mesure du possible, de rendre compte de leurs ennuis de santé, et en particulier du problème que représente leur trouble psychique (« parler »). Ces militaires ont été formés par l'Institution à rendre compte. Dans le cas des militaires interrogés dans notre étude, comme cela est représenté dans le réseau de proximité, ils doivent rendre compte au « commandant » et au « chef de section », de leur départ en opération (« partir »), de leur retour en métropole (« rentrer », « revenir »), de ce qu'ils ont fait en « opex », en particulier en « Afghanistan », de tout ce qui a pu concerner leur « unité » et leur « compagnie », mais également donner des indications sur leurs activités sur place (« souvenirs »), les éventuels « combats »...

Or précisément, ce pour quoi l'Institution les a formés, c'est-à-dire à faire des « compte-rendu », va à l'encontre de ce que la clinique psychotraumatique nous rappelle : le trauma, qui traduit « la rencontre avec le réel de la mort » [6], est par essence innommable et indicible, ne pouvant pas faire l'objet facilement et spontanément d'un « compte-rendu ». Les blessés ne peuvent ainsi pas rendre compte du fait de guerre qui fait trauma de par leur sidération, ils ne peuvent pas non plus rendre compte de leurs réactions parfois inadaptées pour des raisons pathologiques, et ils ne peuvent enfin pas rendre compte de leur trauma. L'« effraction »

traumatique induit donc l'« infraction » aux convenances et aux ordres militaires. La demande directe et/ou tacite de l'Institution est donc en l'occurrence impossible à satisfaire pleinement, et majore les conséquences cliniques de l'effraction traumatique en éloignant encore un peu plus le militaire de sa « communauté », de son système de valeurs, de son mode de fonctionnement.

* Le mot « **unité** » est la seconde forme à apparaître dans la classe 1, avec un Phi à 0,18.



Le mot « **unité** » est particulièrement intéressant car il est polysémique.

En effet, il désigne tout d'abord, tel qu'il est principalement employé dans le corpus par les militaires, l'« **unité** » au sens de la « compagnie », la « formation militaire », le groupe de combat, constitué par un nombre fixe de soldats qui se connaissent et ont appris à travailler ensemble. Ensuite, l'« **unité** » évoque ce qui est un, ce qui est unique, l'unité par opposition à la pluralité : les militaires d'une même « **unité** » doivent ne faire qu'un, toute singularité se doit d'être fondue dans et pour le bien du groupe, créant par là-même une subjectivité groupale qui sublime les subjectivités individuelles. La pensée et l'action doivent être communes à tous les

éléments du groupe, être à « l'unisson ». Or précisément, dans le psychotraumatisme, l'évènement qui fait trauma est singulier à un individu, ou comme le disait Bertrand Lahutte dans son article de 2011 [89], « c'est la rencontre de quelque chose, pour quelqu'un, qui fait traumatisme ». Ainsi l'individu qui souffre d'un psychotrauma se démarque-t-il sans le vouloir de son groupe, de son « **unité** » et éprouve des difficultés à le reconnaître, comme si cela « trahissait » un peu le groupe. L'« **unité** » évoque enfin la notion de solidarité et d'entraide entre les hommes d'une même équipe, les hommes d'une même unité se protégeant les uns les autres en OPEX, notamment en « Afghanistan », et se soutenant jusque dans leurs vies privées. Cette « **unité** » ressentie en Afghanistan est souvent mise en opposition avec son « éclatement » au retour, de par les permissions octroyées ou encore le contexte moins confiné, moins « symbiotique » au retour. Cette question du « retour » à l'« **unité** », illustrée par le mot « rentrer », est d'ailleurs particulièrement évoquée par les blessés interrogés : la plupart d'entre eux a ainsi exprimé ses difficultés à se réadapter au rythme plus « calme » du régiment, mais aussi aux collègues ou aux chefs qui ne sont pas partis et qui ne connaissent pas forcément les évènements traumatiques vécus en OPEX, ou encore qui ne comprennent pas les réactions et les problèmes liés au psychotraumatisme. C'est également la déception pour les blessés de ne pas se sentir assez soutenus par leurs chefs. On note d'ailleurs que le mot le plus proche du terme « **unité** » est le mot « commandant » pour « commandant d'unité ». On retrouve ici l'importance des chefs, évoquée également par la proximité du mot « chef de section », chefs desquels les blessés sont beaucoup en attente de soutien, de compréhension et de reconnaissance.

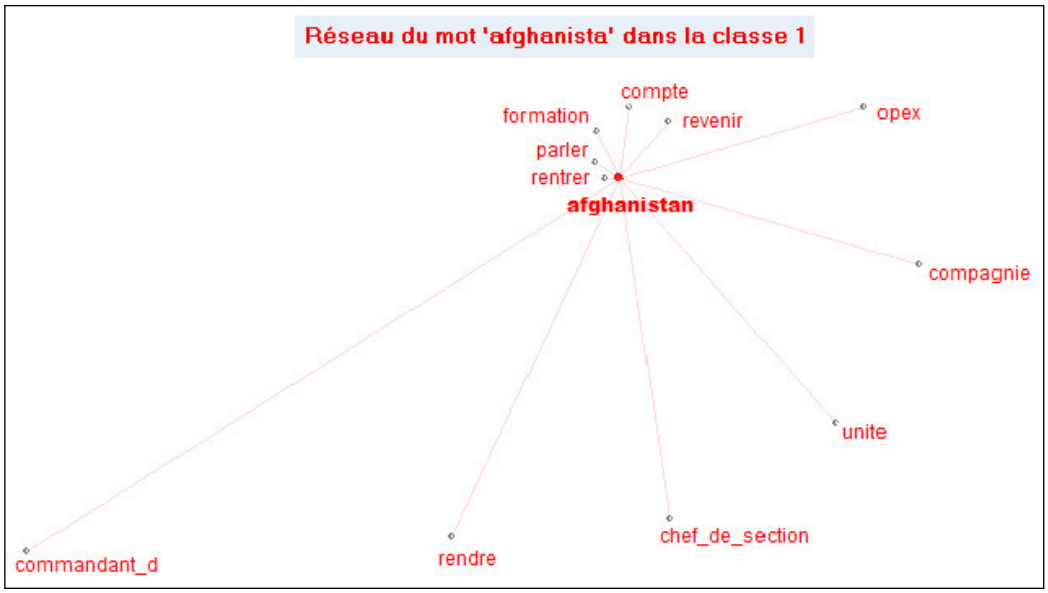
On remarque que le mot « **unité** » est également proche du mot « compte », dans le sens où le militaire est tenu de « rendre des comptes » à son « **unité** », via la voie hiérarchique par le « chef de section » et in fine via le « commandant d'unité », sur le problème que son état

psychologique peut représenter au niveau militaire, sur ses absences (pour arrêt-maladie par exemple), ses rendez-vous (médicaux notamment) : en somme lui être « loyal » et ne rien lui cacher.

On observe que le mot « parler » apparaît dans le réseau du mot « **unité** ». Et c'est en effet une question centrale qui interroge beaucoup les blessés : doivent-ils « parler » ou non de leur problème à l'« **unité** », avec en toile de fond une certaine « honte » à être atteint de ce trouble ; et si oui, à qui doivent-ils en « parler », et surtout comment en « parler » à l'« **unité** » avec la crainte d'être incompris ou jugé négativement par les collègues et/ou par les chefs.

Enfin, le dernier terme apparaissant à proximité du mot « **unité** » est celui de « formation » qui vient ouvrir la question de l'« information » sur le syndrome psychotraumatique en unité.

* Le troisième mot par ordre de représentativité, apparaissant dans la classe 1, est le mot « **Afghanistan** » avec un coefficient Phi à 0,18.



Le mot « **Afghanistan** » est particulièrement rapporté par les militaires dans notre corpus, ce qui ne nous surprend pas : en effet, au moment de nos entretiens, les ESPT post-Afghanistan sont épidémiologiquement encore les plus fréquents, et également ceux qui consultent le plus

du fait du long temps de latence du trouble, de son délai de diagnostic et de son évolution. L'« **Afghanistan** » représente l'« OPEX » par excellence de ces dix dernières années. C'est d'ailleurs depuis l'Afghanistan et la prise de conscience de ses potentialités traumatiques sur le plan psychologique, que les mentalités ont évolué ; en témoignent d'une part l'intérêt accru des médias pour ce conflit et ses conséquences au niveau psychologique (multiples articles, reportages et interviews de militaires blessés psychiques en Afghanistan...), mais aussi l'intérêt croissant des politiques qui en ont fait un axe prioritaire de santé publique et ont initié différentes actions en faveur des blessés psychiques, illustrées notamment par le premier plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques » en 2011 détaillé plus haut.

Ainsi les reviviscences traumatiques ramènent-elles sans cesse les blessés psychotraumatisés en « **Afghanistan** » : la proximité sur le réseau du mot « rentrer » ne représente d'ailleurs pas la réalité psychique de ces blessés, car leur trauma fait qu'ils sont en réalité « encore là-bas » psychiquement.

Les mots « rentrer » ou « revenir » sont employés par les blessés interrogés pour exprimer la question du « retour » d'« **Afghanistan** » et leurs difficultés de réadaptation à la vie quotidienne, tant aux niveaux professionnel que familial. Le « retour » signifie retour à la « vie normale » et entraîne un changement dans les relations entre les individus de la « compagnie ». En effet, beaucoup de blessés décrivent une entente parfaite et une complicité extraordinaire entre les membres de leur « unité » en « **Afghanistan** », tous veillant les uns sur les autres et se protégeant les uns les autres ; cette « protection mutuelle » est alors vitale. De même, les blessés décrivent des relations presque amicales en Afghanistan avec leur « chef de section » voire même avec leur « commandant d'unité », la rudesse de l'OPEX rapprochant les hommes quels que soient leurs grades. Et au retour, le relâchement, normal, de ces liens entre soldats, de par le « retour » en régiment et également le « retour » en famille, est très difficile à vivre pour

les blessés. Le retour est également parfois difficile avec les « chefs » qui ne sont pas forcément les mêmes que ceux partis en Afghanistan.

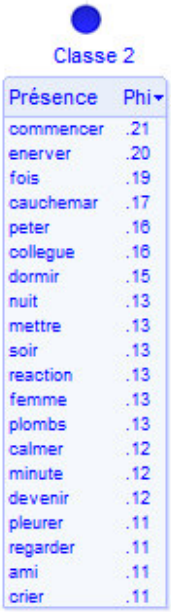
On note par ailleurs la proximité des mots « parler », « rendre », « compte » qui traduisent l'expression par les blessés d'une difficulté à « parler », à « rendre compte » de leur expérience en « **Afghanistan** », de l'impossibilité de traduire en mots l'horreur de certaines scènes vécues, la dureté des affrontements, la violence de certaines expériences.

Enfin est évoquée par les blessés la question de la « formation », très complète sur l' « **Afghanistan** » avant le départ (durant 6 mois en moyenne), et à l'inverse une « (in)formation » sur les potentialités psychotraumatiques d'une telle OPEX, et plus généralement sur l'ESPT, insuffisante ou inadaptée selon eux.

Classe 2 : Clinique du syndrome psychotraumatique et sa prise en charge médicale

Cette classe est la deuxième à se démarquer dans le corpus et comprend 32% des unités classées (soit 323 unités).

- Analyse du vocabulaire



Elle présente les **conséquences de l'ESPT pour le blessé et notamment les symptômes cliniques**.

La première observation rapportée par les blessés interrogés est leur prise de conscience d'un **changement** par rapport à leur état antérieur, souligné par des mots tels que « commencer », « devenir », « muter », « arrêter », « finir ».

L'on retrouve le vocabulaire décrivant les différents **symptômes** du trouble. La principale plainte exprimée concerne les modifications au niveau de la personnalité avec l'apparition d'une **irritabilité** majeure correspondant à l'hyperactivation neurovégétative ; celle-ci est largement illustrée par les mots « énerver », « péter [les] plombs », « agressif », « réaction », « crier »,

« calmer », « casser », « monter ». Les autres symptômes décrits évoquent le syndrome de répétition illustré par le mot « cauchemar », et plus globalement les troubles du **sommeil** (« dormir », « nuit », « soir », « sommeil », « endormir », « réveiller », « fatigue »). Enfin, est évoquée la symptomatologie **dépressive**, constitutive de l'ESPT, par des termes tels que « pleurer », « larme », « craquer ». La comorbidité addictive est également rapportée par l'emploi du mot « alcool ».

Une autre partie de cette classe est constituée par le vocabulaire de la **prise en charge médicale** avec des signifiants tels que « docteur », « rendez-vous », « traitement », « psy », « hospitalier ».

Le **retentissement** de ces différents symptômes et le handicap que ceux-ci peuvent générer dans la vie du blessé sont listés : répercussions tant sur le plan **professionnel** (« collègue ») que personnel, aux niveaux **familial** (« femme », « époux », « gamins », « maison », « sœur ») et **amical** (« amis », « proches »).

- Postures discursives

A l'instar de la classe 1, la classe 2 est marquée par un **discours narratif** caractérisant la « *posture énonciative d'**acteur*** » [85], avec l'utilisation surreprésentée de verbes, d'une part à dominante « action » tels que « faire », « aller », « parler », « mettre », « crier », « monter », ce qui caractérise le « trauma militaire » dans lequel le sujet est souvent actif du fait de sa mission, mais exprimant également des émotions et des ressentis « à l'état brut » (« crier », « énerver », « calmer », « pleurer », « craquer », « hésiter », « inquiéter », « réfléchir »).

On observe ensuite dans cette classe une surreprésentation des « *marqueurs de personne* » (« je », « me », « il », « moi », « lui ») qui impliquent le sujet dans son discours en exprimant son vécu et en se positionnant (« je ») par rapport à l'autre (« il »).

Il est intéressant de noter cette progression dans l'emploi des mots, celle-ci illustrant la

progression suivie en psychothérapie : le blessé décrit au départ l'« action » de son trauma et sa motricité lors de celle-ci, puis a accès à ses émotions, et enfin réaffirme sa position de sujet par le « je » qui permettra ensuite une représentation, une symbolisation de son vécu.

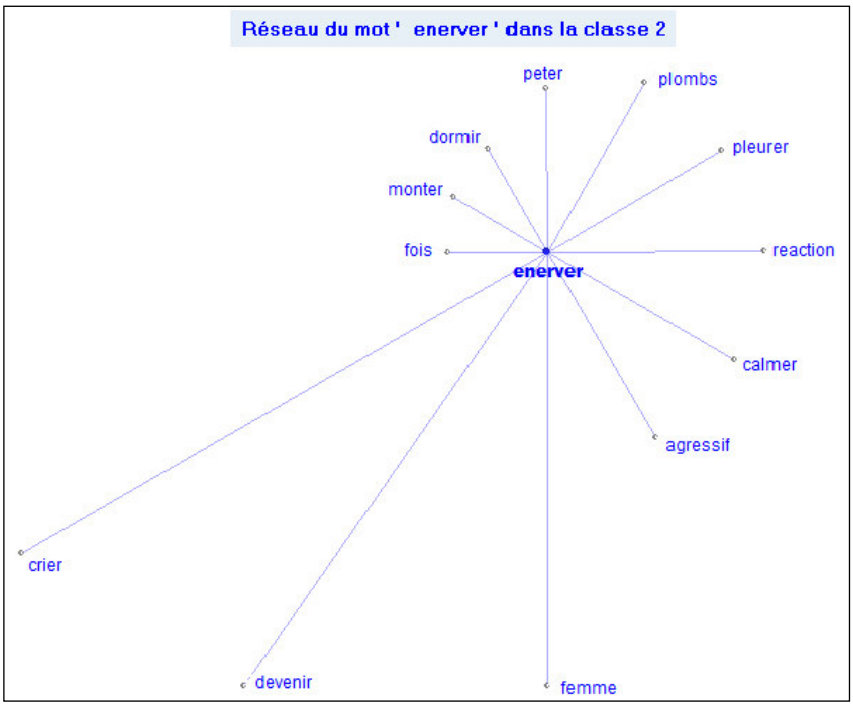
Ce point est à mettre en perspective avec les notions de « réparation » du fait d'autrui ou de la société, c'est-à-dire d'un tiers, qui enlève, ou peut enlever, ou peut être perçue comme enlevant le sentiment de culpabilité du sujet, et donc le déposséder d'un mécanisme de défense opérant, sans nécessairement lui en substituer un autre plus utile. En effet, une façon de retrouver une position de sujet actif peut se matérialiser par la culpabilité, par la colère. Si autrui fait pour le blessé, le risque est que la passivité vécue lors du trauma se réinstalle. Ainsi en consultation, nous ne considérons pas les militaires blessés que comme des victimes, ce qui serait anti-thérapeutique. La réparation ne doit pas déposséder le sujet de lui-même et de son histoire, de même que le « statut de blessé », la « condition de victime » ne doivent pas « désubjectiver » les individualités.

Au total, les catégories grammaticales retrouvées dans les classes 1 et 2, qui reflètent un discours plutôt narratif et indiquent une posture énonciative du sujet en tant qu'acteur, sont en concordance avec les thématiques abordées dans ces deux classes, impliquant le blessé au niveau émotionnel pour ce qui concerne les souvenirs militaires dans la classe 1, ou encore les affects négatifs ressentis dans le cadre de l'état de stress post-traumatique dans la classe 2.

- Réseaux de proximité des mots

Parmi les mots les plus spécifiques de la classe 2, trois ont retenu notre attention : les mots « énerver », « fois » et « cauchemar ».

* Le mot « **énerver** » est le mot d'intérêt le plus spécifique de la classe 2, avec un coefficient d'association Phi à 0,19.



Le mot « **énerver** » est particulièrement utilisé par les militaires interrogés. L'irritabilité qu'il traduit est d'ailleurs l'un des principaux motifs de consultation des militaires psychotraumatisés en psychiatrie, étant donné le retentissement important à tous les niveaux que peut avoir cet « énervement », ou en termes plus cliniques du syndrome psychotraumatique, cette « hyperactivation neurovégétative ». Ainsi le mot « **énerver** » est-il proche des mots « femme » pour décrire les disputes conjugales, ou encore des formes « devenir », « monter », « réaction », « agressif », « crier » pour dépeindre leurs changements de comportement et leurs difficultés à se contrôler. C'est d'ailleurs souvent un moment d'emportement au régiment qui fait réagir le militaire et/ou son commandement, et le pousse à demander de l'aide.

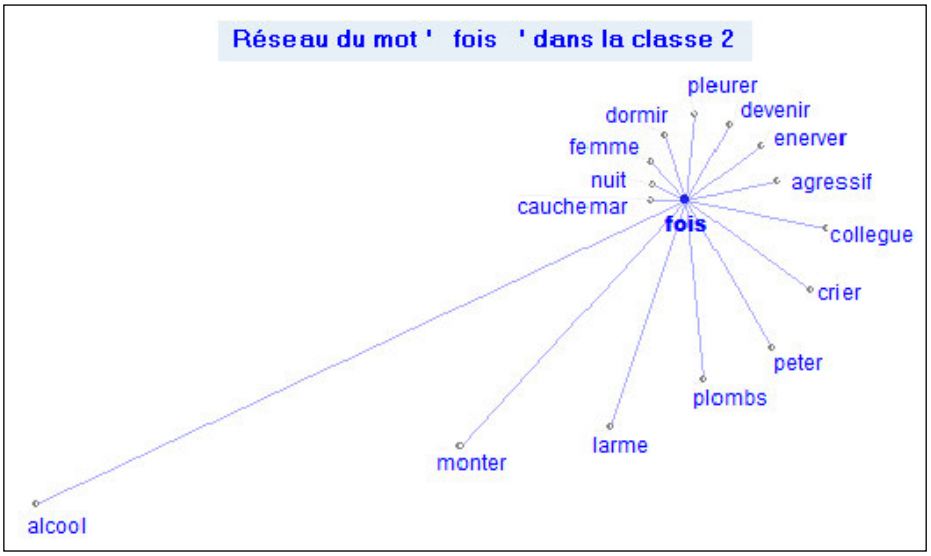
On remarque également que le mot « fois » est celui apparaissant le plus proche du mot « **énerver** » sur le réseau de proximité, ce qui nous traduit la répétition des moments d'énervement et l'épuisement qui l'accompagne. On pourrait ainsi considérer que dans l'ESPT d'Afghanistan, l'énervement fait partie intégrante du syndrome de répétition, l'hyperactivation

neurovégétative n'étant qu'une reviviscence du trauma. Ceci a pu être traduit par ce que certains médias ont baptisé le « syndrome afghan ». En réalité, le « syndrome afghan » est un état de stress post-traumatique très caractéristique avec la brutalité de ses cauchemars et reviviscences auxquels s'ajoutent les stratégies d'évitement et l'hyperactivité neurovégétative. Comme le rappelle Y. Auxéméry dans une communication récente [90], « une spécificité de cet ESPT est l'hyperactivité neurovégétative qui rappelle la permanente hypervigilance du terrain, aux aguets et à l'affût des roquettes, des tirs, des engins explosifs improvisés et des *suicide bombers* : l'hypervigilance est ici un équivalent de reviviscence ». Ses conséquences sont connues et ont déjà été détaillées : irritabilité permanente et son risque médico-légal hétéro-agressif, isolement social avec rupture familiale et désadaptation professionnelle, apaisement par l'alcool, avec finalement épuisement psychophysiologique dépressif et risque très élevé de suicide. Les derniers chiffres en population militaire américaine retrouvent ainsi davantage de vétérans morts par autolyse à leur retour sur le sol américain que de morts par combats sur le terrain.

Ces moments d'« explosion » sont illustrés par l'expression « péter [les] plombs » - l'emploi du mot « plombs » n'est du reste pas anodin pour des militaires - qui révèle la charge majeure de souffrance de ces blessés psychiques. Le mot « pleurer » est d'ailleurs lui aussi représenté très proche du mot « **énerver** », et l'on sait à quel point il est difficile pour un militaire de reconnaître avoir eu des larmes, une action d'énervement leur étant ainsi souvent substituée.

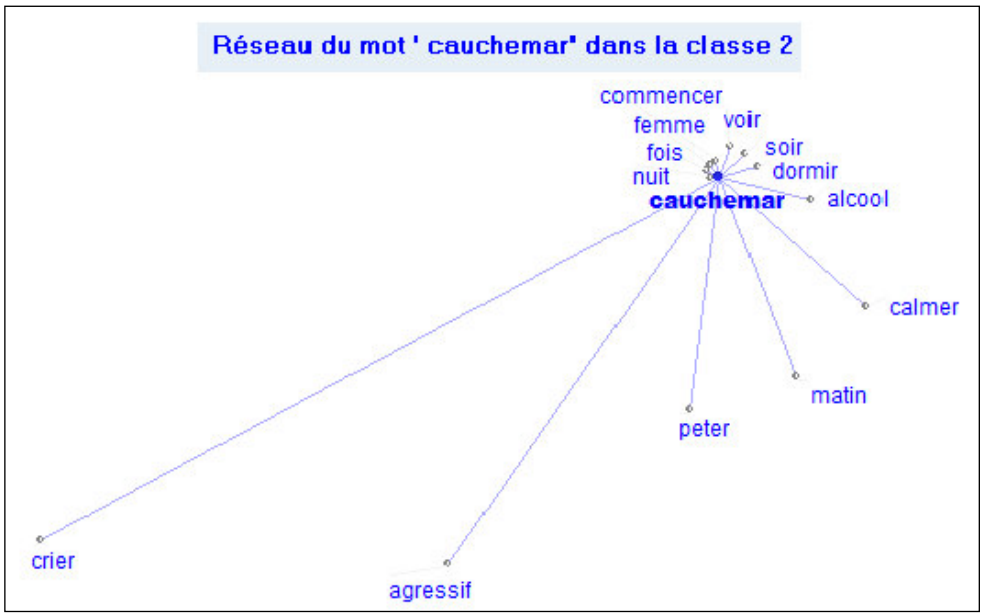
Cet énervement se traduit non seulement dans le comportement mais également intérieurement avec une « hypervigilance » permanente empêchant le blessé de se relâcher, de se détendre, de se laisser aller dans le sommeil traduit par la proximité du mot « calmer » et « dormir ».

* Le second mot apparaissant très représentatif de la classe 2 est le mot « **fois** » que nous comprenons comme un indice du syndrome de répétition, syndrome pathognomonique du psychotraumatisme.



Ainsi la répétition, traduite par le mot « **fois** », apparaît-elle à la fois dans le fond (répétition des symptômes et symptômes de répétition) et la forme du discours (répétition des mots) : répétition des « cauchemars », des moments d'irritabilité (« énerver », « agressif », « crier », « péter [les] plombs », « monter »), des moments de tristesse et de désespoir (« larmes », « pleurer »), des disputes conjugales (« femme ») ou au travail (« collègue »), mais également des consommations d'« alcool », complication fréquente du syndrome psychotraumatique, le militaire tentant d'oublier ses reviviscences au moyen des substances psychoactives.

* Le troisième mot d'intérêt spécifique à la classe 2 est le mot « **cauchemar** » pour lequel on retrouve un Phi à 0,17.



Le mot « **cauchemar** » est employé par les militaires interrogés pour décrire leur syndrome de répétition nocturne, syndrome pathognomonique du psychotraumatisme. Le mot « fois » est d'ailleurs l'un des mots les plus proches sur le réseau de proximité. Il est représenté sans surprise à proximité des mots « nuit », « soir », « dormir », « matin », mais aussi à proximité des mots « crier », « agressif », « péter » reflétant les conséquences du manque de sommeil sur la majoration de l'hyperactivation neurovégétative. La proximité du mot « voir » traduit l'incrustation de l'image traumatique dans le psychisme à partir d'une perception le plus souvent visuelle de la scène qui réapparaît à l'identique dans les cauchemars.

Le mot « femme » est souvent exprimé à proximité du mot « **cauchemar** » car le conjoint est souvent le premier témoin de l'horreur revécue par les blessés la nuit dans leurs cauchemars (les blessés s'agitent dans leur sommeil, crient, se débattent, se battent...), et aussi celui qui est là pour « calmer », pour apaiser et rassurer.

Le mot « alcool » qui est également représenté non loin du mot « **cauchemar** », traduit malheureusement la tendance à « l'automédication » par l'alcool, souvent utilisé par les blessés à visée hypnotique.

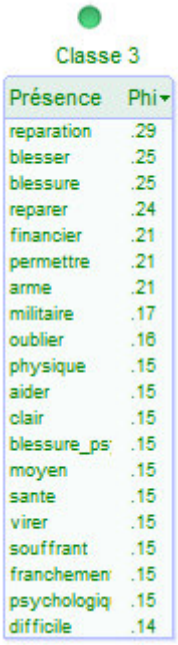
Classe 3 : Reconnaissance et réparation de la blessure

Cette classe regroupe 17% des unités textuelles classées (172 unités).

- Analyse du vocabulaire

Elle pose d'abord la notion de « blessure » et le mot de « blessé » pour décrire le militaire psychotraumatisé.

Ensuite, elle se compose de tout le vocabulaire en rapport avec les différents moyens participant à la « réparation ».


Classe 3

Présence	Phi
reparation	.29
blesser	.25
blessure	.25
reparer	.24
financier	.21
permettre	.21
arme	.21
militaire	.17
oublier	.16
physique	.15
aider	.15
clair	.15
blessure_ps	.15
moyen	.15
sante	.15
virer	.15
souffrant	.15
franchemen	.15
psychologiq	.15
difficile	.14

L'aspect des **soins psychologiques** représente une part importante de ce que les blessés classent dans la « réparation », avec des termes tels que « santé », « médical », « soutien ». Les blessés évoquent ce que le terme « réparer » signifie pour eux : on retrouve la **dimension des soins psychiques** avec le mot « guérir », et de façon plus psychologique ce qu'ils espèrent et entendent d'une réparation : « oublier », « continuer », « avancer », « vivre », « reconstruire », « vie », « sens ».

Une place importante est également donnée dans le domaine de la réparation à la « CABAT » pour les blessés de l'Armée de Terre spécifiquement.

L'aspect **pécuniaire** illustré par les mots « argent » et « financier », participe pour les blessés psychiques à la réparation par ce qu'il permet de réaliser et non en soi : « permettre », « aider », « payer », « aide », « reconversion », « fournir », « études ». Les termes « préjudice » et « victime » ne sont ainsi retrouvés que de façon peu significative.

A l'opposé de ce qu'une « réparation » devrait pouvoir leur apporter, ressortent également du vocabulaire de cette classe des **ressentis négatifs** que les mots « difficile », « pire », « souffrant », « handicap » illustrent, et les actions ou les inactions qui leur sont attachées (« virer », « seul »). Le parcours est souvent long et difficile pour les ESPT sévères tels que ceux

de notre échantillon.

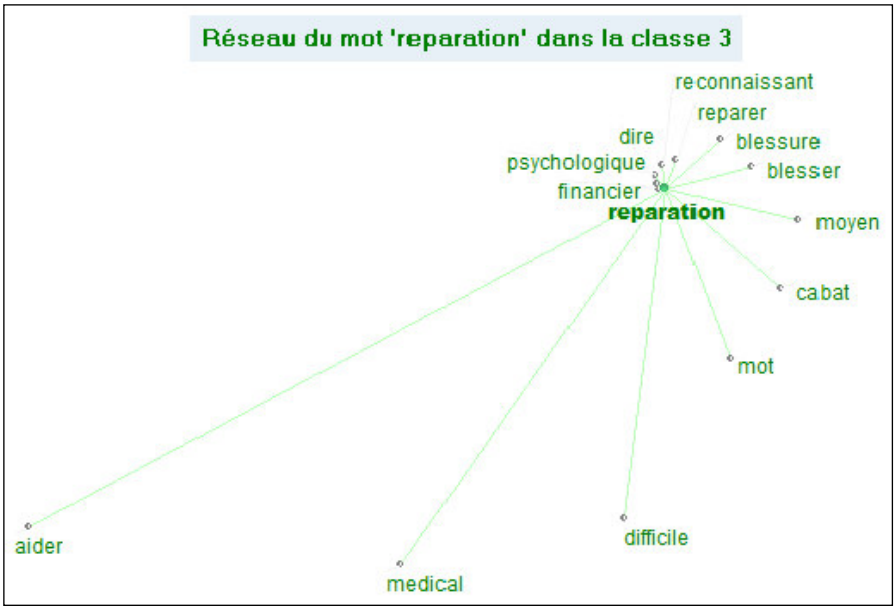
- Postures discursives

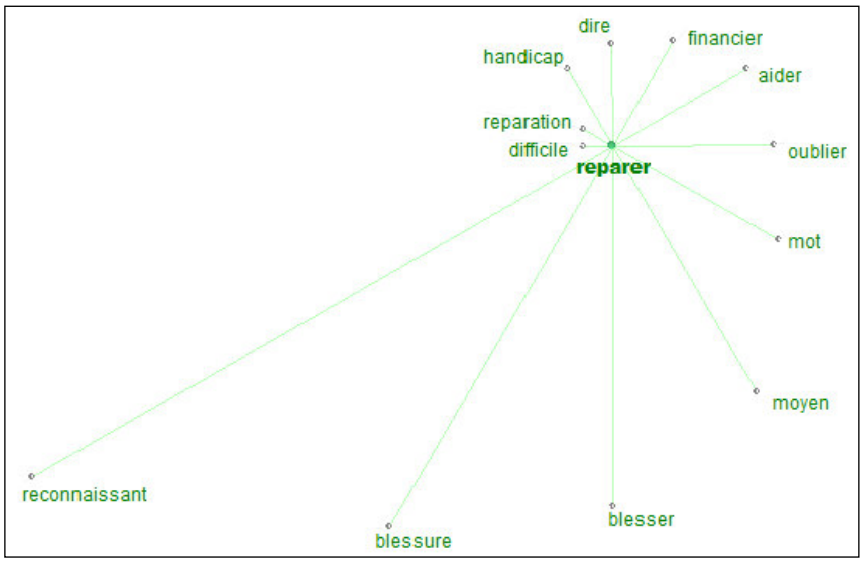
L'analyse des postures discursives de la classe 3 sera détaillée avec celles de la classe 4, ces deux classes partageant les mêmes caractéristiques.

- Réseaux de proximité des mots

Les mots les plus spécifiques de la classe 3 ont tous un coefficient d'association Phi supérieur à 0,20. Ce sont les mots « réparation » avec un Phi à 0,29 (que nous avons associé au mot « réparer » : Phi à 0,24), « blessure » avec un Phi à 0,25 (que nous avons associé au mot « blesser » : Phi à 0,25 également) et « financier » avec un Phi à 0,21.

* Le mot « **réparation** » est le plus spécifique de la classe 3.





Il reprend le terme employé dans les questions posées aux militaires interrogés : « qu'évoque le mot "**réparation**" pour vous ? » Néanmoins, si les militaires reprennent ce terme de « **réparation** » pour répondre à la question posée, ils expriment presque tous ne pas apprécier ce « mot ». Cela se comprend car le terme « **réparer** » est réifiant, c'est-à-dire qu'il met en position d'objet le blessé qui, quant à lui, a déjà fait l'expérience de la réification, de la déshumanisation lors de son trauma en étant déserté par la parole. Et c'est justement le phénomène inverse que vise à atteindre la thérapie du psychotraumatisé, en l'accompagnant dans une démarche de réappropriation de l'évènement traumatique au moyen du langage, de son langage, pour qu'il puisse donner du sens à son trauma et le resituer dans sa trajectoire personnelle et singulière de « sujet ». Cependant, le terme « **réparation** » est le terme juridique et se doit donc d'être employé comme tel ; il est d'ailleurs souvent associé au mot « financier » (d'où sa proximité sur le réseau de formes) qui représente l'aboutissement de la réparation au niveau de la loi, c'est-à-dire l'indemnisation des préjudices via le versement d'une pension militaire d'invalidité.

Sur le réseau de proximité, on note que le mot « **réparation** » est le plus proche du mot « psychologique », mais aussi « médical », les militaires entendant d'abord la réparation

comme la « **guérison** » de leur trouble. Dans le discours des militaires interrogés, les mesures de « **réparation** » sont tous les « moyens » permettant d'« aider » le blessé à avancer vers la guérison, guérison consistant pour eux à « oublier » leur trauma, ce qu'ils perçoivent comme « difficile ». La proximité du mot « dire » montre la prise de conscience pour le blessé que « dire » les choses, exprimer ses souffrances par la création de la parole, est le moyen permettant de tendre vers la « réparation-guérison ». Car finalement pour nos militaires blessés, la « **réparation** » est un tout qui doit mener à cette « guérison ».

Les blessés entendent également par « **réparation** » le fait d'être accompagnés, « aidés », et évoquent en cela fréquemment la « CABAT ».

Les différentes mesures de réparation pouvant être mises en place au profit des blessés sont perçues par ceux-ci comme une « reconnaissance » (illustré par la proximité du mot « reconnaissant ») de leur « blessure », du fait qu'ils sont réellement « blessés », et du « handicap » que peut constituer leur ESPT.

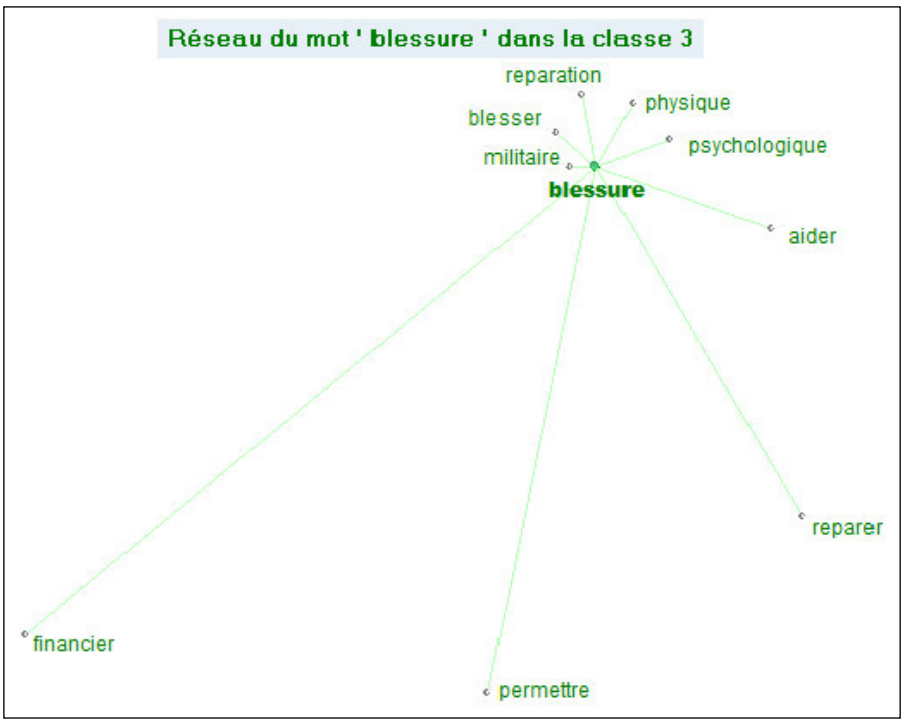
L'on peut à cette occasion s'interroger sur la pertinence de la différenciation des notions de « reconnaissance » et de « réparation », les deux étant intriquées et se confondant, l'une – la « reconnaissance » – pouvant permettre ou même faire partie de la « réparation », l'autre – la « réparation » – pouvant en soi constituer une « reconnaissance ».

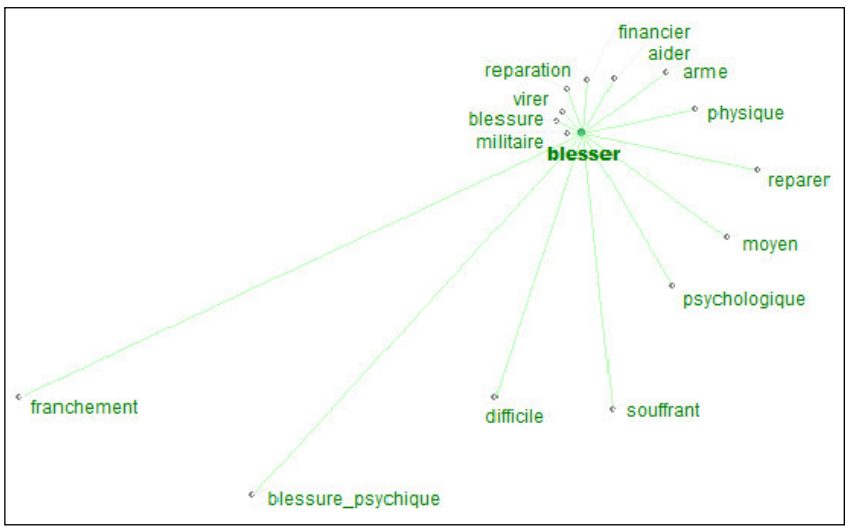
* Le second mot très spécifique de la classe 3 est le mot « **blessure** ».

Ce mot « **blessure** » est celui utilisé dans le CPMIVG pour décrire l'ESPT et en évaluer le droit à réparation. Ce terme nous semble d'ailleurs tout à fait adapté car, pour rappel, selon la définition du Larousse, la « **blessure** » est la « lésion produite par un choc » : en l'occurrence, la blessure psychique correspond parfaitement à cette définition, en ce sens qu'elle est la marque produite par l'effraction traumatique sur l'appareil psychique.

Cette blessure psychique est décrite par le militaire comme une « souffrance » illustrée par la

proximité du mot « souffrant » dans le réseau du mot « **blesser** ».





L'emploi du mot « **blessure** » de la part des militaires interrogés n'est pas anodin.

Tout d'abord, leur emploi atteste que ceux-ci reconnaissent comme une « **blessure** » leur syndrome post-traumatique et se reconnaissent de ce fait « **blessés** », mais ce cheminement pour accepter leur trouble est difficile pour les militaires qui sont souvent dans le déni de leurs problèmes psychologiques. Ensuite, cette notion de « **blessure** » semble représenter

exactement ce que tous les militaires ressentent lors de l'évocation de leur syndrome psychotraumatique : une blessure narcissique par l'aveu d'impuissance et de faiblesse qu'ils y rattachent.

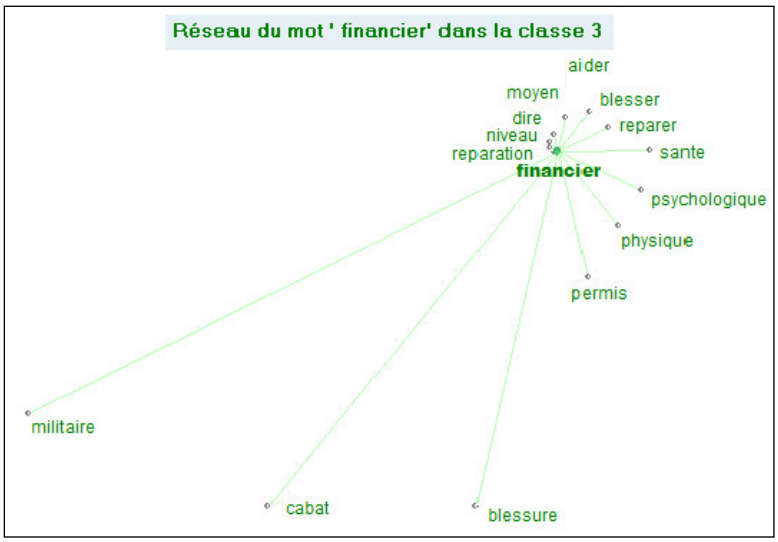
On note au niveau du réseau de formes que le mot « psychologique » et le mot « physique » sont à égale distance du mot « **blessure** », ce qui montre l'indistinction d'emploi du mot « **blessure** » pour l'une ou l'autre des affections ; mais cette indistinction d'emploi du mot « **blessure** » est parfois difficile à faire accepter aux militaires, ceux-ci ayant tendance à ne s'estimer « **blessés** » qu'en cas de blessure physique.

La proximité du mot « aider » montre que le militaire est conscient d'avoir besoin de l'autre pour avancer et apaiser sa « **blessure** » : aide de la part du monde « militaire » (le mot « arme » pour « armée » est représenté dans le réseau de proximité du mot « blesser »), aide « psychologique », aide « financière », etc. Ces différents « moyens » d'aide sont évoqués en opposition avec un autre mot très proche du mot « **blesser** » : le mot « virer ». En effet, pour le militaire blessé, le fait de demander de l'aide et de reconnaître de ce fait sa souffrance psychologique, a pour pendant la peur de perdre certaines aptitudes militaires, notamment opérationnelles, et avec elle la hantise de devenir *persona non grata* au sein de leur régiment et de se faire « virer », c'est-à-dire plus précisément que leur contrat ne soit pas renouvelé ou qu'ils soient réformés.

* Le mot « **financier** » est spécifique de la classe 3 car utilisé par les militaires en réponse à la question « que pensez-vous de la "réparation **financière**" ».

On note que les mots les plus proches du mot « **financier** » sont les mots « aider », « moyen », « permis », « santé » montrant l'état d'esprit des militaires blessés interrogés et leur positionnement par rapport à l'argent qui pourrait leur être versé en guise d'indemnisation : l'indemnisation pécuniaire revêt une dimension symbolique de reconnaissance de leur trouble

et de leur souffrance, et n'est pas une fin en soi. L'argent n'est qu'un « moyen » qui doit « permettre » (« permis ») de les « aider » à retrouver la « santé », qu'elle soit « physique » ou « psychologique ».



Classe 4 : Démarches administratives

Cette classe représente seulement 12% des unités textuelles classées (112 unités) mais est très spécifique du discours des **gendarmes** interrogés.

- Analyse du vocabulaire

Classe 4

Présence	Phi
gendarme	.28
papier	.28
dossier	.27
proposer	.26
droit	.23
reponse	.23
administrat	.22
remplir	.21
dossier_de_	.21
rempli	.19
commission	.19
cas	.17
demarche	.17
ecrit	.17
region	.17
plein	.17
attendre	.17
pension	.15
metz	.15
suite	.15

Tout d'abord le vocabulaire de cette classe regroupe des termes décrivant les **droits** auxquels les blessés savent avoir accès : « droit », « pension », « Brugnot », « indemniser », « dommages », « euros ». Ensuite sont décrites les différentes **démarches administratives** nécessaires à une demande de réparation au sens juridique du terme : « papier », « dossier », « administratif », « dossier de pension », « démarche », « écrit », « courrier », « remplir », « feuilles », « expert », « commission ». Y est associée toute une série de termes décrivant la **fastidiosité, la pénibilité et la complexité de ces démarches** (« plein », « énormément », « long », « compliqué »), ainsi que le sentiment d'être démuni et seul pour les accomplir : « battre », « débrouiller ».

Le vocabulaire de cette classe comprend également plusieurs mots décrivant l'impression de lenteur de réponse de l'administration : « réponse », « attendre », « renvoyer », « an », « mois ».

Au contraire, les blessés expriment **l'aide qu'ils souhaiteraient recevoir** de la part des services administratifs : « proposer », « attentif », « accompagner », « explication », « savoir », « apporter », « apprendre », « donner ».

On note qu'une catégorie de sujets interrogés ressort de cette classe de façon très significative : les « gendarmes ». En effet ceux-ci exposent leurs difficultés pour être guidés dans ces multiples démarches, choses pour lesquelles la CABAT exerce un rôle majeur au profit des blessés de l'Armée de Terre, mais pas pour les gendarmes, aucune structure dédiée ne proposant ces services en Gendarmerie au moment de notre étude.

- Postures discursives

On note qu'à l'inverse des classes 1 et 2, les classes 3 et 4 sont plus marquées par un discours **descriptif**, avec des observations illustrées par l'emploi surreprésenté d'adjectifs tels que « armé », « militaire », « seul », « financier » dans la classe 3 ou encore « long », « personnel », « mauvais », « nécessaire », « indispensable » dans la classe 4. Ce discours « descriptif » utilisé dans ces deux classes n'est pas étonnant car il y est question de la « réparation », et rappelons que la « réparation » au sens juridique consiste à décrire les lésions, les quantifier et à donner une évaluation chiffrée du dommage. L'emploi dans la classe 4 de noms tels que « papier », « dossier », « réponse », « commission », « démarche », « pension » renforce encore le « discours d'observateur », lui conférant une posture énonciative préférentielle de « **témoin** », plus spectateur et « passif », « subissant » la thématique représentative de cette classe, c'est-à-dire la complexité des démarches.

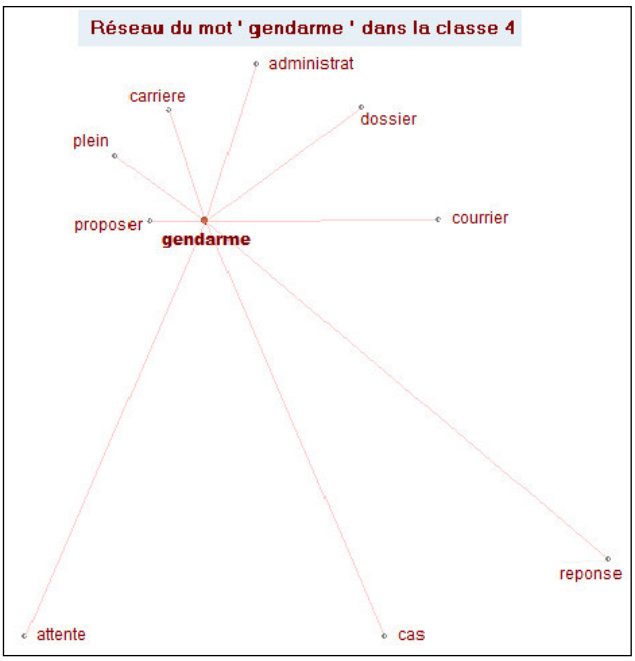
L'on pourrait également considérer une partie de la classe 3 comme empreinte d'un discours

plus abstrait lorsque les militaires expriment de façon plus « psychologique » ce qu'ils espèrent et entendent d'une réparation : « oublier », « continuer », « avancer », «vivre », « reconstruire », « vie », « sens ». L'on pourrait estimer que le sujet est alors dans une « **posture énonciative d'abstraction, de patient** » comme décrite par Max Reinert [86].

- Réseaux de proximité

Les mots les plus spécifiques de la classe 4 ont tous, à l'instar de la classe 3, un coefficient d'association Phi supérieur à 0,20. Ce sont les mots « gendarme » avec un Phi à 0,28, et « papier » avec un Phi à 0,28 (que nous avons associé aux mots « dossier » (Phi à 0,27) et « administrat » (Phi à 0,22) évoquant les mêmes notions). Nous reviendrons également sur le mot « attendre », moins spécifique en terme de Phi (Phi à 0,17), mais intéressant à souligner en terme d'interprétation.

* Le mot « **gendarme** » est employé dans la classe 4 pour « gendarmerie » dont il est la forme réduite.



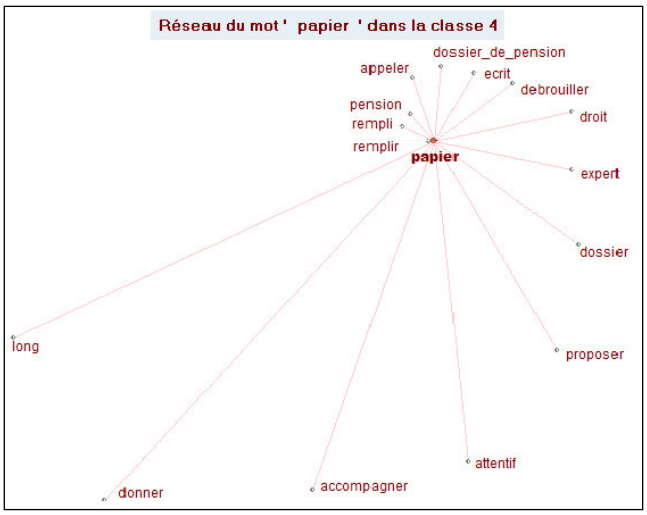
Le discours de la classe 4 est d'ailleurs très spécifique aux « **gendarmes** » de l'échantillon interrogés, et très centré sur l'« administratif » qui fait partie intégrante du travail de

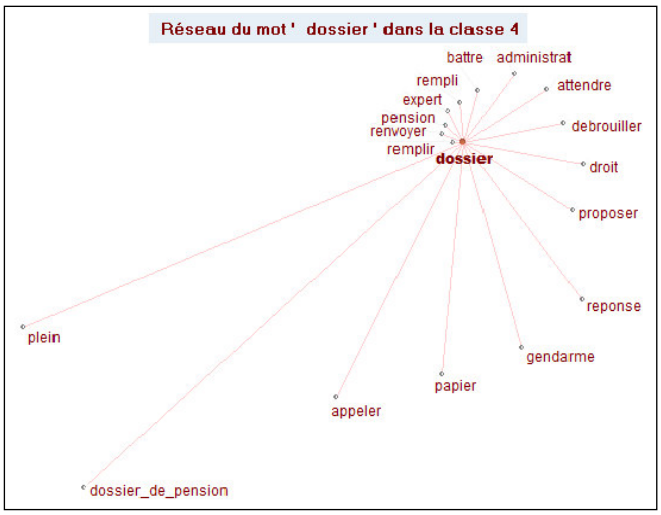
« **gendarme** ».

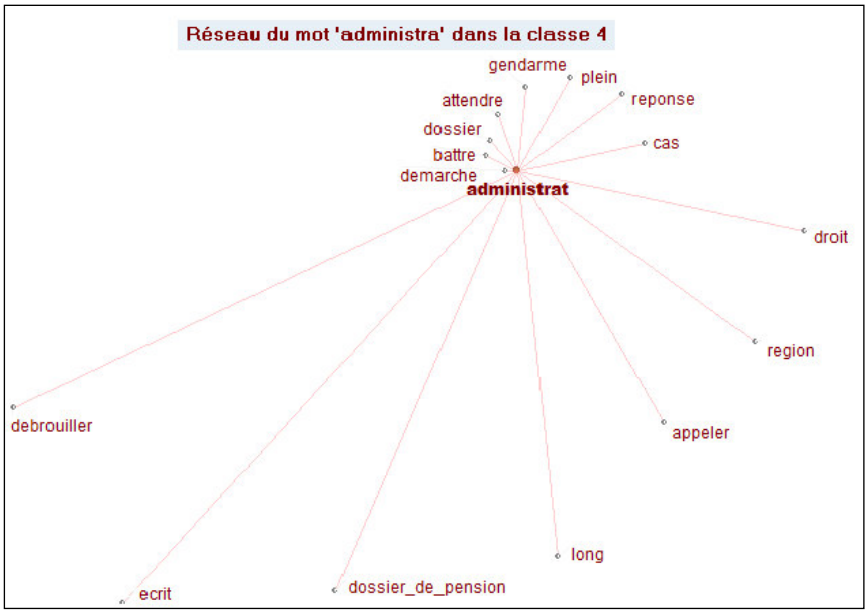
Néanmoins ici, l'« administratif » décrit non pas les formalités administratives habituelles propres à leurs fonctions, mais les démarches destinées à obtenir réparation pour leur traumatisme : « papiers », « dossier », « courrier ». Les mots « réponse » et « attente » traduisent une plainte de leur part concernant la fastidiosité, la complexité et la lenteur des démarches et du retour de la part de l'administration concernée.

Une notion également assez spécifique du discours des « **gendarmes** » est l'impression d'être le premier et unique « cas » de la gendarmerie ayant ce syndrome, et le sentiment intense de solitude qui lui est attaché. Les « **gendarmes** » expriment quant à eux le souhait de pouvoir être accompagnés dans leurs démarches (illustré par le mot « proposer », sous-entendu « de l'aide ») et informés sur leurs droits comme cela peut être fait dans l'Armée de Terre via la CABAT, un dispositif équivalent n'existant pas encore tel quel en Gendarmerie mais étant en cours d'optimisation.

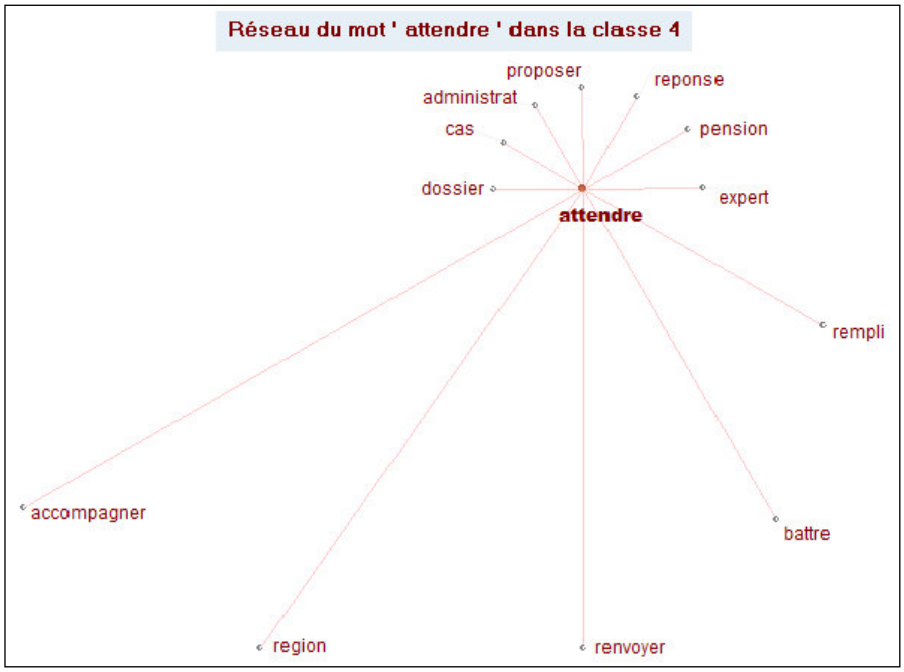
* Les mots « **papier** », « **dossier** » et « **administratif** » reprennent les mêmes idées, illustrées par leur proximité sur le réseau de formes à la fois des démarches à effectuer (« remplir », « appeler », « renvoyer », « écrit », « dossier de pension », « expert »), mais également du sentiment de solitude (« débrouiller »), de difficulté, de fastidiosité (« long », « plein », « attendre ») et de manque de soutien (« battre ») ressentis par les gendarmes interrogés. Ils décrivent aussi leurs attentes concernant l'aide et le soutien qu'ils aimeraient recevoir de la gendarmerie pour ces démarches administratives, à travers la proximité des mots « accompagner », « attentif », « donner » (des réponses ou des informations par exemple) et « proposer ».







* Le mot « **attendre** » (Phi à 0,17) et son réseau de proximité reflètent également l'état d'esprit des blessés interrogés. Ceux-ci sont à la fois dans l'« **attente** », au sens temporel du terme, de par la longueur des démarches et des délais de traitement par l'administration qui les oblige à patienter : ils sont en attente de nouvelles de leur « dossier », de « réponses », de la convocation de l'« expert », du versement de leur « pension », etc. ; et à la fois dans l'« **attente** », c'est-à-dire espérant pouvoir compter sur l'Institution pour les soutenir, les « accompagner » et leur « proposer » une assistance : par exemple pour les gendarmes, par l'intermédiaire de la « Région » de gendarmerie.



Pour ce qui est de l'« **attente** » au sens temporel, leur métier de gendarme devrait les avoir habitués à supporter la « lenteur » de l'administration. Plus généralement, l'« **attente** » fait partie du travail du militaire (attendre l'action, missions de surveillance, missions de protection en sentinelle de longues heures postées, etc.), et le militaire apprend dès son engagement à « **attendre** » même si cela s'oppose à « l'action » qui définit habituellement l'Armée et la personnalité du militaire.

Pour en revenir aux sujets interrogés, on note que les gendarmes, qui sont habituellement experts des procédures administratives et de ses codes, et qui sont globalement plus gradés dans notre échantillon que nos soldats de l'infanterie, même eux ont des difficultés avec les papiers : cela montre bien à quel point ces démarches peuvent être difficiles en l'absence d'aide.

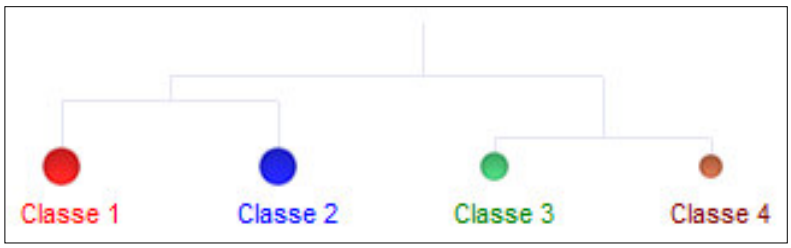
Cette « lenteur administrative » et l'« **attente** » qui en est le corollaire, entre en opposition avec la clinique du trauma de l'immédiateté, du surgissement de l'évènement traumatique dans la psyché. Mais la « lenteur » nous rappelle aussi un aspect de l'instant traumatique qu'est la déréalisation lors de l'*effroi*.

Pour finir, cette « lenteur » est certes difficile à supporter pour nos militaires pour les différentes raisons que nous avons détaillées, néanmoins, il ne faut pas oublier que la « cicatrisation » d'un psychotraumatisme prend du temps et que cela fait sans doute partie du processus de guérison (retour au calme après la frénésie des opérations de guerre).

➢ Synthèse graphique

- Classification descendante hiérarchique (CDH)

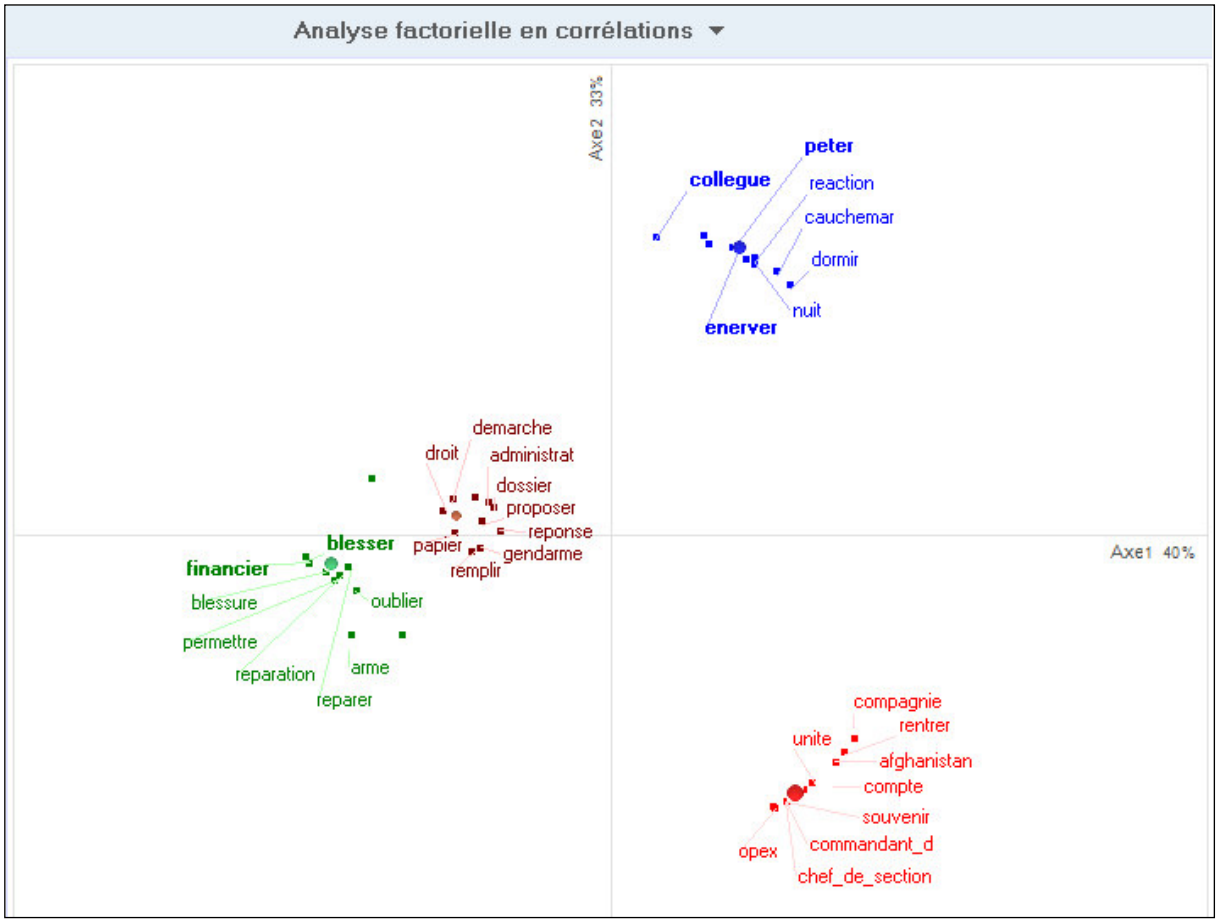
La CDH montre une opposition nette entre les classes 1 et 2 d'une part, et les classes 3 et 4 d'autre part.

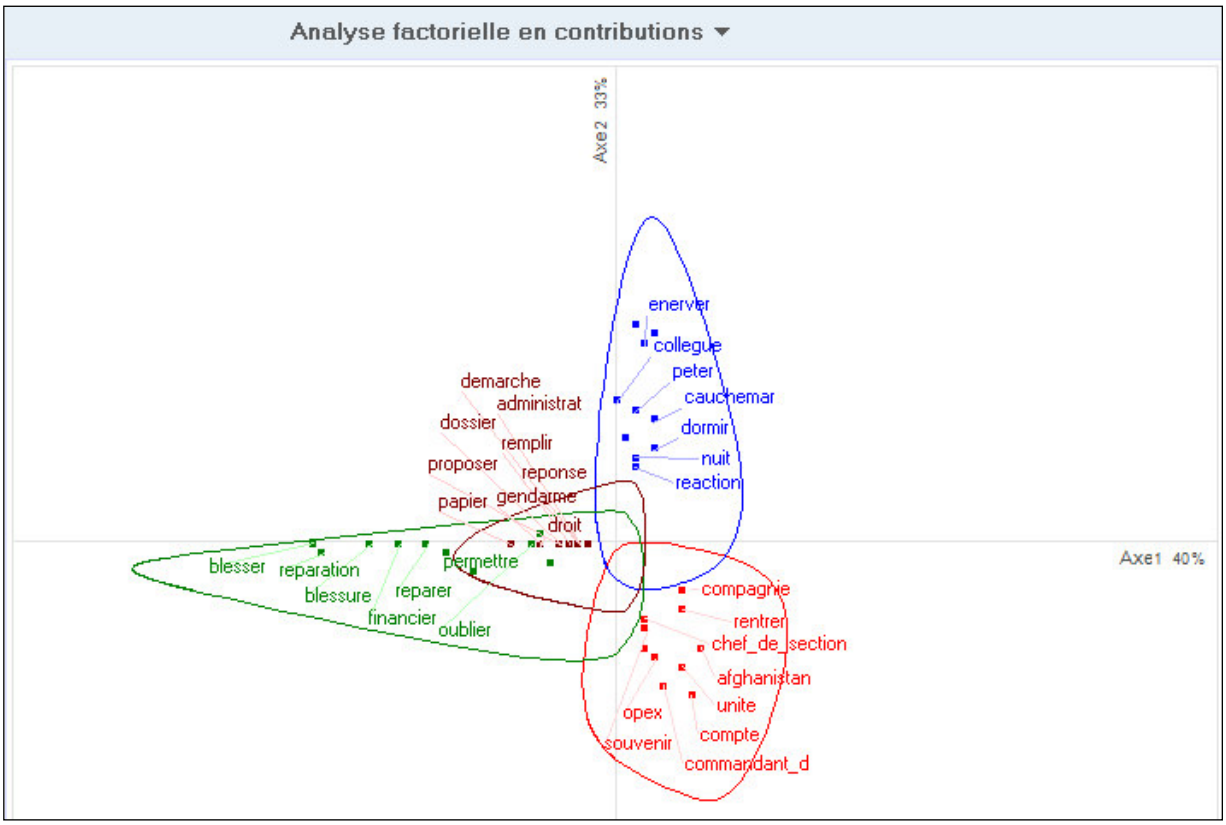


Et en reprenant l'illustration des postures énonciatives ou discursives décrites par Reinert [86], on retrouve une cohérence dans cette opposition. En effet, alors que les classes 1 et 2 regroupent un vocabulaire d'« action » impliquant le sujet qui exprime des sentiments contrastés concernant l'armée et le trouble post-traumatique, à l'inverse les classes 3 et 4 se composent de catégories grammaticales et d'un vocabulaire illustrant principalement une posture de « témoin », « passif » et qui n'est que spectateur d'un « manque de reconnaissance » de son trouble ou encore de démarches administratives longues et fastidieuses. Cette opposition est également visualisable sur les graphes d'analyse factorielle de correspondance (AFC) dont la représentation schématique est très parlante.

- Analyse factorielle des correspondances (AFC)

L'AFC (qu'elle soit représentée en corrélations, en coordonnées ou en contribution) présente la façon dont les quatre classes se positionnent sur les deux premiers axes factoriels, ainsi que les mots les plus représentatifs de chaque classe.





Cette AFC met en évidence deux éléments :

- d'une part, une intersection forte entre les classes 3 et 4 (bien visible sur l'AFC en contributions et en coordonnées) : on retrouve tout ce qui touche à la **réparation** ;

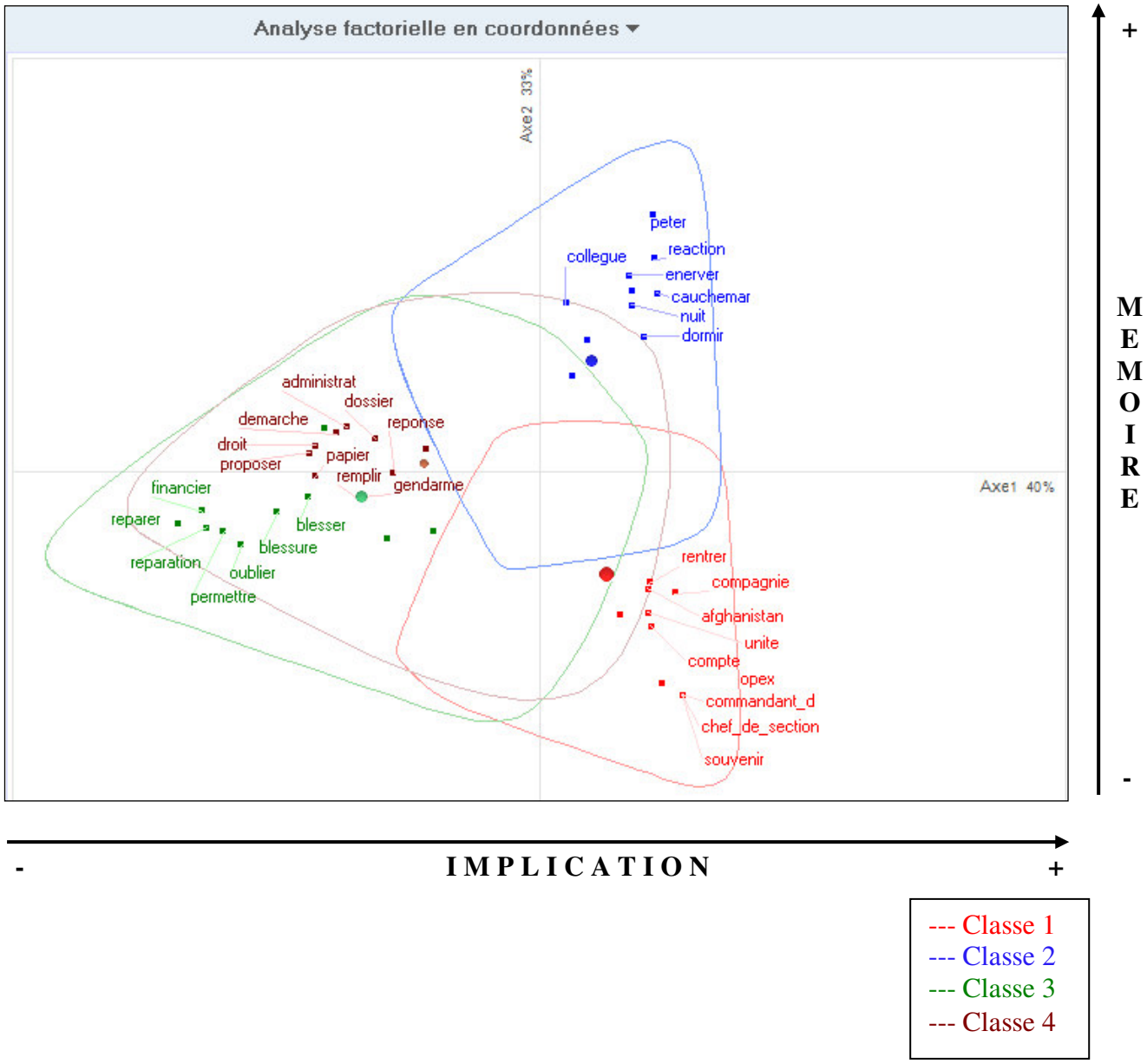
- d'autre part, une opposition nette entre ces deux classes et les deux autres (1 et 2) (bien visible sur l'AFC en corrélations), opposition déjà retrouvée dans la représentation de la CDH : représentation de tout ce qui touche au **« trauma » des blessés**.

Par ailleurs, l'AFC en coordonnées (cf ci-après) met en exergue deux grandes oppositions, via ses deux axes factoriels :

- l'axe des ordonnées oppose ce que l'on peut appeler la **remémoration « normale »** des souvenirs dans la classe 1 (coordonnées négatives), à la **répétition** et l'« **hypermnésie** » de l'évènement traumatique et de la symptomatologie psychotraumatique dans la classe 2

(coordonnées positives) (les classes 3 et 4 étant plutôt « neutres » sur cet axe, au niveau du zéro) ;

- **l'axe des abscisses** oppose les formes des classes 1 et 2 qui montrent une implication du patient dans son discours, une **expérience** et un **vécu** qui le positionnent en tant qu'« acteur », aux formes des classes 3 et 4 qui traduisent plutôt un positionnement du patient en tant que **spectateur** et **destinataire** d'actions réalisées pour lui, donc plutôt ici une posture de « témoin ».



➢ **Analyse des caractéristiques des sujets selon les classes**

Concernant les sujets interrogés, on peut noter que certaines de leurs caractéristiques, en particulier militaires, apparaissent de façon plus significative dans certaines classes que dans d'autres.



Présence	Phi
*a_inf	.30
*sm_m	.22
*lo_Afgha	.22
*ao_8	.21
*pcls_68	.21
*anc_b	.18
*méd_o	.17
*no_5	.15
*aé_t	.14
*ff_c	.14
*ns_a	.13
*sp_c	.13
*lf_o	.13
*bp_n	.12
*ao_3	.11
*pcls_60	.11
*ao_5	.10
*fo_c	.10
*pcls_36	.10
*a_tr	.09

Présence	Phi
*ff_m	.18
*a_san	.17
*no_2	.17
*pcls_47	.17
*sas_o	.14
*fo_m	.14
*sm_c	.13
*do_2011	.13
*bp_n	.11
*enf_o	.10
*sexe_m	.10
*ao_7	.09
*age_c	.08
*aé_t	.08
*pmi_n	.08
*pcls_37	.08
*asp_n	.07
*lo_Afgha	.07
*no_7	.06
*gr_mdr	.06

Présence	Phi
*ao_4	.17
*a_train	.17
*pcls_69	.17
*lo_Tchad	.17
*lf_n	.14
*sm_c	.14
*no_1	.11
*ff_s	.11
*fo_s	.11
*méd_n	.11
*do_2009	.11
*bp_o	.10
*a_san	.08
*anc_c	.07
*sas_n	.07
*a_tr	.07
*no_2	.07
*ns_b	.07
*enf_n	.07
*sexe_f	.07

Présence	Phi
*a_gend	.35
*aé_gend	.35
*pcls_20	.30
*lo_Guyane	.30
*bp_o	.23
*gr_so	.18
*no_x	.18
*opex_n	.18
*lo_France	.18
*sas_n	.17
*ns_d	.16
*ao_7	.15
*age_d	.15
*ao_18	.14
*do_2014	.14
*pcls_52	.14
*age_b	.14
*sp_m	.12
*ff_c	.10
*pcls_59	.10

Absence	Phi
*ao_7	-.22
*sm_c	-.22
*a_san	-.19
*no_2	-.18
*pcls_47	-.18

Absence	Phi
*sas_n	-.14
*sm_m	-.13
*ff_c	-.12
*bp_o	-.11
*age_b	-.11

Absence	Phi
*a_inf	-.21
*do_2012	-.14
*lf_o	-.14
*sm_m	-.14
*ff_c	-.12

Absence	Phi
*aé_t	-.35
*lo_Afgha	-.29
*bp_n	-.23
*gr_mdr	-.18
*opex_o	-.18

* Ainsi la **classe 1** comprend-elle de façon très significative des militaires blessés issus de l'Armée de Terre (aé_t), principalement de l'infanterie (a_inf) (Phi 0.30), ayant en France une fonction de « combattant » (ff_c), c'est-à-dire des fantassins, partis en OPEX en Afghanistan (lo_Afgha) également en tant que combattants (fo_c). A noter également la présence

significative dans cette classe de patients ayant déjà effectué plusieurs OPEX (en l'occurrence 5 (no_5)), donc expérimentés, ayant déjà de l'ancienneté lors de l'opération traumatique.

Cette classe regroupe finalement le « noyau » des militaires psychotraumatisés que nous recevons en consultation, qui ont été fortement exposés à des évènements potentiellement traumatiques en particulier en Afghanistan, et qui ont été baignés depuis l'âge de leur engagement (en général à 18 ans), dans les traditions, les règles militaires, et ont un discours marqué par ce « lien au service ».

* La **classe 2** quant à elle, comprend de façon plus significative des blessés travaillant en régiment médical (a_san) (Phi 0,17) et ayant la fonction d'auxiliaire-sanitaire en France (ff_m) (Phi 0,18) et en opération (fo_m).

Il est intéressant de noter que la classe où sont le plus représentés les auxiliaires-sanitaires, militaires appartenant à l'Armée de Terre et souvent anciens combattants, formés pour donner les soins de premier secours sur le terrain au plus près des fantassins blessés, est la classe des « symptômes psychotraumatiques et de leur prise en charge médicale ». Le discours de ces auxiliaires-sanitaires est ainsi très imprégné de notions médicales et du vocabulaire du soin qu'ils prodiguent dans leur fonction.

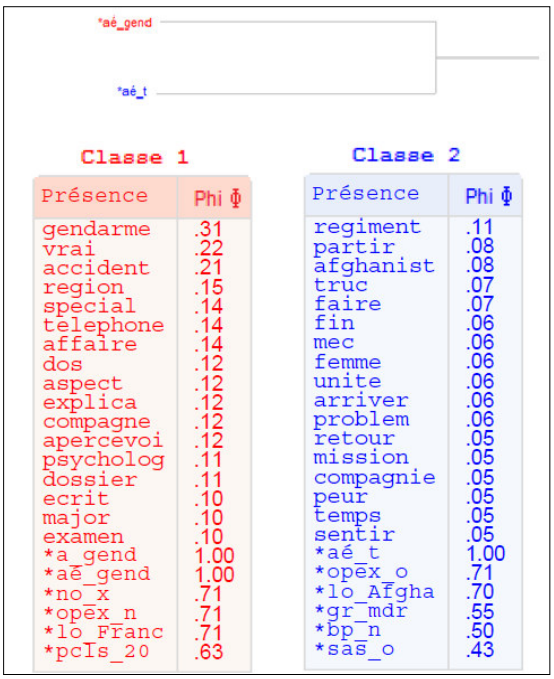
Pourtant, il est à remarquer que si leur discours est très « médicalisé », il n'en demeure pas moins vrai que cette catégorie de militaires « soignants » est l'une de celle, dans l'Armée de Terre, qui a habituellement le plus de difficultés à venir consulter et à exprimer ses propres symptômes et sa souffrance, difficultés sans doute liées à la fonction du soignant qui ne s'autorise pas à « aller mal ».

* La **classe 3** n'est pas très marquée par une caractéristique en particulier des sujets interrogés, mais concerne globalement plus souvent des militaires ayant une fonction de soutien (ff_s, fo_s) que ce soit en France ou en opération. On note par ailleurs, que sont significativement

absents de cette classe (qui pour rappel aborde les mesures de réparation de la blessure psychique) les blessés de l'infanterie, les fantassins, ceux-ci ayant visiblement des difficultés à se positionner en tant que blessés et à demander réparation si leur blessure n'est pas physique.

* La **classe 4** est assez réduite en taille mais est très spécifique des gendarmes (aé_gend, a_gend) (Phi 0,35) de notre échantillon. Cette classe, qui décrit la « lourdeur des démarches administratives en vue de la réparation », traduit le sentiment de solitude ressenti par ces gendarmes pour les effectuer et leur « fixation » sur ce « manque d'aide ». Les gendarmes expriment se sentir délaissés et comparent leur condition à celle des militaires de l'Armée de Terre, beaucoup plus encadrés et accompagnés dans leurs démarches grâce à la CABAT. On note d'ailleurs l'absence significative dans cette classe des militaires de l'Armée de Terre décrits en classe 1.

Ces données de discours spécifiques à chaque armée sont retrouvées dans **l'analyse en tris croisés** réalisée sur la caractéristique « armée » (*aé) : classe 1 : gendarmerie (*aé_gend), classe 2 : armée de Terre (*aé_t).



Ainsi pour la classe 1 (*aé-gend), on retrouve sans surprise un discours centré sur les « gendarmes », et les spécificités de leur travail : « accident », « affaire ». On retrouve les notions évoquées plus haut sur le fait que les gendarmes se sentent délaissés par l'Institution et « à part » (« spécial »). On identifie les mêmes remarques concernant leurs attentes de la part de la « Région » de gendarmerie

(« explica[tions] »), et les démarches à effectuer (« dossier », « écrit », « téléphone », « examen »).

Pour la classe 2 (*aé_t), on note l'importance du « régiment » (« unité », « compagnie ») et de tout ce qui concerne l'OPEX (« partir », « Afghanistan », « retour », « mission »), ce qui confirme encore une fois leur attachement à leur métier et à l'Institution, mais aussi leur **ambivalence** quant à celle-ci. Ils parlent souvent de la quitter mais n'arrive pas à en partir, ils détestent certains de ses aspects mais la défendent sans cesse...

➢ **Extrait du dictionnaire du corpus**

Extrait du dictionnaire du corpus

Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq	Forme	Freq
aller	556	compte	76	retour	47	genre	34	entendre	27	reprendre	22	impression	18	alcool	15
fait	547	moment	76	connaitre	47	opex	33	reconnaissan	27	retourner	22	chef_de_corp	18	arrete	15
voir	410	militaire	75	part	46	papier	33	vivre	26	directement	22	aimer	17	facile	15
faire	404	seul	73	pareil	46	laisser	33	foutre	26	sens	21	suite	17	monter	15
parler	270	unite	67	psychologiqu	46	compagnie	33	pension	26	arret	21	appele	17	positif	15
dire	253	blesser	67	psy	44	reparation	33	medaille	26	enfant	21	charge	17	chercher	15
chose	196	comprendre	67	besoin	44	limite	32	commandant_d	26	infirme	21	maison	17	reaction	15
medecin	157	rentrer	66	mission	44	retrouver	32	stress_post_	26	accident	21	revoir	17	situation	15
prendre	135	jour	65	collegue	44	information	32	boulot	25	repartir	21	compris	17	tellement	15
vraiment	135	monde	65	reconnaitre	44	important	31	savoir	25	annee	20	exister	17	compliquer	15
gens	123	donner	64	attendre	43	envoyer	30	discuter	25	peter	20	reponse	17	declencher	15
arriver	123	essayer	63	dormir	42	vecu	29	question	25	depart	20	revivre	17	mot	14
venir	118	trouver	63	revenir	42	civil	29	etat	24	machin	20	souvenir	17	pote	14
regiment	116	aide	62	peur	41	manque	29	gros	24	remplir	20	finalement	17	tirer	14
fois	115	an	61	aider	40	rendre	29	nuit	24	possible	20	rendez-vous	17	argent	14
demander	109	envie	61	appeler	40	changer	29	revenu	24	permettre	20	chypre	16	stress	14
petit	98	suivre	57	vie	39	gendarme	29	regarder	24	ressentir	20	marque	16	dernier	14
passe	96	travail	57	forcement	39	cauchemar	29	poser	23	hui	19	contact	16	instant	14
temps	93	partir	56	sortir	38	different	29	rendu	23	gerer	19	docteur	16	maladie	14
problem	93	chef	54	enerver	38	justement	29	train	23	simple	19	reparer	16	pleurer	14
mettre	92	femme	53	raconter	38	tete	28	souffrir	23	aujourd	19	service	16	reunion	14
mois	90	commencer	53	fin	37	medica	28	completement	23	pouvoir	19	proposer	16	special	14
truc	89	parti	50	mec	37	personnel	28	cote	22	soutien	19	remettre	16	accepter	14
coup	87	ecouter	49	sentir	37	psychiatre	28	garde	22	physique	19	con	15	reflechir	14
passer	87	premier	49	famille	37	cabat	27	partie	22	consulter	19	dur	15	interesser	14
vrai	86	semaine	49	cas	36	plein	27	servir	22	difficile	19	main	15	effectivemen	14
afghanistan	84	blessure	48	heure	35	bureau	27	courant	22	bonne	18	mort	15	chef_de_sect	14
arme	83	expliquer	48	personne	35	dossier	27	obliger	22	ancien	18	amphi	15	prise_en_cha	14
rester	79	normal	47	debut	34	hopital	27	ensemble	22	guerre	18	jeune	15	base	13
niveau	78	penser	47	droit	34	attentif	27	financier	22	confiant	18	moral	15	idee	13

Figure 15 : Extrait du dictionnaire du corpus ALCESTE

Pour finir, nous souhaitions dire un mot de **l'extrait du dictionnaire du corpus** (figure 15) qui détaille la fréquence des mots employés par les blessés interrogés : on note ainsi que certains mots d'importance en termes de fréquence ne sont pas classés par le logiciel car insuffisamment représentatifs des classes, mais sont néanmoins importants à souligner. C'est notamment le cas du mot « médecin » (cité 157 fois mais non analysé) ou encore des mots « demander » (109 fois), « problème » (93), « penser » (47), « besoin » (44), « sentir » (37)…
Sans prendre en compte le rangement dans l'une des quatre classes données par le logiciel, nous avons souhaité résumer l'état d'esprit de nos blessés concernant la reconnaissance et la réparation de leur trouble, en citant certains de leurs mots par ordre de fréquence :

médecin (157) > **régiment** (116) > fois (115) > **seul** (73) > **aide** (62) > **chef** (54) > **écouter** (49) > psychologique / psy (45) > **information** (32) > **manque** (29) > cauchemar (29) > cabat / **attentif** (27) > pension / médaille (26) > guerre (18) > **exister** (17) > mort (15) > argent (14).

9) Discussion concernant la méthodologie employée et limites du logiciel ALCESTE

- **Méthodologie générale**

La méthodologie de notre étude est originale dans le sens où elle s'est intéressée spécifiquement au **discours** et à l'emploi des **mots** des militaires psychotraumatisés qui ont pu exprimer librement leurs ressentis. L'intérêt d'une étude qualitative à visée exploratoire était de pouvoir analyser en profondeur la thématique de la reconnaissance et de la réparation perçue par des militaires souffrant d'ESPT imputable au service, sans forcément rechercher une représentativité au sens statistique. Notre étude a donc retenu certes un petit échantillon de 15 militaires, mais cet effectif est suffisant pour arriver à saturation des données. Ainsi notre étude manque-t-elle de puissance mais donne une première idée de ce que des militaires psychotraumatisés peuvent ressentir quant à la reconnaissance de leur trouble et à sa réparation,

notions très peu étudiées dans la littérature. Cet échantillon n'est donc **pas statistiquement représentatif** de la population des sujets psychotraumatisés car il n'a pas été tiré au sort dans une population de militaires souffrant d'ESPT et en outre il ne comprend pas de sujets de l'Armée de l'Air ni de la Marine Nationale. Les résultats ne peuvent de ce fait pas être généralisés à l'ensemble des militaires souffrant d'ESPT. Notre étude n'avait cependant pas cette prétention, mais avait pour objectif de mettre en évidence de façon exploratoire les perceptions globales pouvant ressortir du discours de ces militaires qui nous sont apparus **cliniquement représentatifs** de ceux rencontrés en consultation.

Cette sélection de l'échantillon parmi des militaires psychotraumatisés consultant en HIA peut constituer un **biais de sélection**, et plus précisément de recrutement, les sujets interrogés étant issus uniquement du secteur hospitalier et pouvant avoir un ESPT potentiellement plus sévère et compliqué. De plus, les militaires interrogés étaient volontaires pour participer à cette étude ce qui peut représenter un **biais d'autosélection**, les blessés volontaires étant possiblement plus motivés que les autres ou ayant plus de choses à exprimer sur ce sujet. Néanmoins, un élément nous permet de relativiser ce biais, le fait que nous n'ayons essuyé aucun refus de participation.

Un dernier élément pouvant biaiser l'interprétation de notre étude est le recrutement de patients pouvant être suivis par mes soins : les militaires interrogés ont ainsi pu répondre à mes questions en réfléchissant, non pas selon leur propre perception, mais selon l'idée qu'ils pouvaient se faire des réponses que je souhaitais obtenir. En cela on rejoint la possibilité d'un **biais d'enquêteur**, c'est-à-dire l'induction de réponses par l'enquêteur (en l'occurrence par moi-même). Ce risque a été minimisé par l'utilisation d'un guide d'entretien semi-dirigé avec la présence de questions ouvertes pour ne pas orienter le sujet dans un sens plutôt que dans un autre. Néanmoins, on ne peut nier la **subjectivité de l'enquêteur** dans ses relances par exemple, ou encore dans sa manière de poser les questions. En effet, l'enquêtrice que j'ai été dans cette étude avait à cœur de comprendre ce que les militaires blessés pouvaient ressentir, et

en particulier ce qu'ils pouvaient « reprocher » à l'Institution concernant leur accompagnement, sur quoi pouvaient porter leurs récriminations, et de mieux cerner leurs attentes. La relation est de plus **intersubjective** entre un clinicien-chercheur (moi-même) et un patient. Une façon de diminuer ce risque de biais systématique aurait pu être de demander à un autre enquêteur de réaliser également les entretiens. Une autre faiblesse méthodologique possible de notre étude touche à l'absence d'homogénéité des sujets interrogés concernant leur suivi psychiatrique : en effet, certains des patients étaient suivis en soins avant l'étude alors que d'autres ont débuté un suivi après l'acquisition des données de l'étude suite au départ de leur psychiatre référent. Enfin, une dernière limite de notre étude est l'absence d'exploration précise des comorbidités dans les caractéristiques des sujets : consommation de substances psychoactives, épisode dépressif caractérisé, autre trouble anxieux (agoraphobie, anxiété généralisée…).

- **Limites d'ALCESTE** [91]

Si ALCESTE est un outil puissant permettant d'automatiser l'analyse des discours en mettant en évidence leurs structures les plus signifiantes, il reste un logiciel informatique qui ne peut véritablement pas interpréter le sens des énoncés qu'il analyse. Comme le dit Reinert lui-même, il s'agit « non pas de chercher le sens d'un texte mais de déterminer comment sont organisés les éléments qui le constituent » [92].

Il ressort par ailleurs qu'ALCESTE laisse de côté certains mots (les mots-outils qui ne serviront qu'à titre illustratif mais pas dans l'analyse principale qu'est la CDH), et surtout qu'il ne retient pas (et donc n'analyse pas) certains termes peu cités par les personnes interrogées, ou insuffisamment « stables ». En l'occurrence dans notre étude, 72% des unités textuelles ont été analysées, autrement dit 28% du corpus ne l'ont pas été, soit près d'un tiers ce qui n'est pas négligeable. Or rien ne dit que ce qui a été conservé et analysé par le logiciel est bien l'« essentiel ».

Ensuite, les UCE, unités statistiques de base pour ALCESTE, sont constituées en fonction de la distribution du vocabulaire et de la ponctuation, et rien ne dit qu'une UCE corresponde à une unité ayant un sens.

De plus, ALCESTE ne prend absolument pas en compte la logique interne d'un discours, et chaque UC aura le même « poids », la même importance pour lui ; ainsi, si une partie d'un entretien est considérée « hors sujet » ou secondaire par le clinicien, elle sera traitée comme le reste par ALCESTE. Aucune hiérarchisation dans le discours d'une même personne n'est possible dans ALCESTE.

On peut également repérer que les formes d'origine (c'est à dire les mots tels qu'ils apparaissent dans l'entretien) sont lemmatisées et que donc, par exemple, sont perdus pour l'analyse les différents temps d'un même verbe ou encore les divers sujets du verbe qui sont autant de lectures instructives pour l'analyste. De même se pose la question des affirmations, négations, interrogations, toutes ces variations autour de mêmes verbes, adjectifs, noms et adverbes qui seront diluées dans l'analyse : autant dire qu'ALCESTE résume de la même manière un énoncé et son contraire (sa négation), ou encore une affirmation et une question. Là est le travail de l'analyste d'interpréter les mots en fonction de leur contexte.

Une autre des limites d'ALCESTE concerne toute la perte d'informations concernant l'élocution, l'intonation, les hésitations, les mimiques, etc. de la personne interrogée, informations observées par l'enquêteur lors de l'entretien mais non transcriptibles par écrit. Il s'agit bien là de sortir l'élocution de son contexte qui pourtant peut lui donner un sens. De même, toutes les fractures dans le discours, les ruptures de rythme ou encore les silences sont gommés par le logiciel.

Enfin, il y a tout ce qui peut être « lu », et donc compris et analysé par le logiciel, qui, sans correction préalable par l'analyste, ne saurait être classé par les divers dictionnaires d'ALCESTE. Il y a en effet un écart non négligeable entre le langage parlé et le langage écrit,

d'autant plus que les sujets interrogés sont des militaires qui possèdent un langage bien à eux. Toute forme d'origine doit pouvoir être associée à une forme réduite (d'après un dictionnaire) pour pouvoir être reconnue et analysée par ALCESTE : il faudra alors faire le choix de « corriger » ou non certains termes familiers ou abréviations pour que ceux-ci puissent être reconnus et analysés par le logiciel (exemple : « Afgha » pour « Afghanistan », « aux_san » pour « auxiliaire-sanitaire »), le risque étant de « grossir » la partie qui sera analysée. ALCESTE nécessite aussi une mise en forme notamment des expressions ou termes composés (termes comme « chef_de_section », « commandant_d'unité » spécifiques au monde militaire) et qu'ALCESTE séparerait sans le « tiret bas » les reliant.

Au total, ALCESTE est un outil intéressant et efficace d'analyse de discours comme nous l'avons vu dans nos résultats, mais il reste un outil **exploratoire** [93]. S'il permet de faire émerger un certain nombre d'éléments, de pistes interprétatives, il semble également important d'aller plus loin dans l'analyse, et de travailler au-delà des simples mots, ce qui implique de reprendre un à un chacun des entretiens.

Après ce premier éclairage « lexical » du corpus nous ayant permis d'explorer les mots des blessés de façon très précise, nous revenons donc à une analyse de contenu « manuelle » classique.

III. Analyse de contenu et discussion psychopathologique

L'expression de la diversité des situations rencontrées et de la diversité des subjectivités est prégnante dans les réponses à la question « Avez-vous le sentiment que l'Armée reconnaît l'ESPT comme une blessure de guerre ? » qui tutoient les extrêmes de « *oui complètement* » à « *non pas du tout* » en passant par « *oui mais pas suffisamment* » ou « *ils essayent* ». Les justifications de ces réponses sont d'une grande variabilité en termes de liens logiques et de thématiques, juxtaposant des propositions en apparence disparates « *ben de toute façon dans ma pension c'est ce qui est marqué* » ou « *non… c'est perçu comme une faiblesse, celui qui a pas supporté, qui avait pas les épaules* », ou encore « *en étant soigné oui* ». Cette dernière proposition est intéressante car elle remet au-devant du discours les soins, ce qui est fréquemment le cas chez les patients interrogés, alors que d'autre part, le traitement du trouble permet de revenir à un état thymique satisfaisant permettant d'appréhender le monde différemment qu'enfermés par les difficultés.

Dans cette partie discutant l'analyse de contenu, nous aborderons la redéfinition signifiante et signifiée des termes de « reconnaissance » et de « réparation » par les blessés. Puis nous évoquerons par leurs mots les difficultés qu'ils ont pu ressentir en termes d'acceptation de leur trouble ; nous développerons ensuite la thématique concernant l'information sur les blessures psychiques de guerre. Enfin, nous reprendrons le discours de ces sujets car ils détiennent, sur la forme et sur le fond, les conséquences cliniques traumatiques qui nous permettent de mieux discuter et comprendre leurs pensées subjectives.

1) La « reconstruction » plutôt que la « réparation » : les soins en première ligne

a) Redéfinition de la « réparation » par la voix des patients

Le signifiant « réparation » en dommage corporel est une notion essentiellement descriptive et chiffrée, alors que les patients la récusent au profit des **soins** qui sont orientés vers la subjectivité. La demande d'aide médico-psychologique est au premier plan de leur discours, faisant dire à l'un des patients que « *la réparation, c'est la réparation psychologique* ». Le terme consacré par la « réparation juridique du dommage corporel », et implicitement psychique, a ainsi assez peu convenu aux patients rencontrés qui l'ont considéré comme « *un mot horrible* », un terme « *mécanique comme on répare un robot* », ou encore comme « *un truc de mécano* ». D'autant qu'une réparation entendue comme un retour à la vie d'avant « comme si de rien n'était » paraît non atteignable pour beaucoup : « *quand je dis réparation de l'armée, je pense que c'est un mot très difficile, parce que c'est impossible de réparer ce qu'on revit aujourd'hui, c'est impossible* », ou bien : « *je sais pas si on peut être réparé à 100% quand même* », ou encore « *ce que j'ai aujourd'hui ça me suffit, du moment que je suis entre guillemets "réparé"* ».

Il nous appartient de plaider pour intégrer la réparation du dommage psychique dans le dommage corporel, ce qui est le cas en pratique, ou du moins ce que les textes permettent, comme le font remarquer certains sujets « *le physique plus le stress c'est un ensemble… que ce soit la tête ou le physique c'est pareil…c'est le corps humain quoi* » avec pour processus générateur d'être « *blessé intérieurement* ».

Pour les patients, ce signifiant « *réparation* » est substitué par des verbes d'action tels que « *reconstruire* », « *refaire* », « *reprendre* », « *redevenir* », « *re-rentrer* » ou « *revivre* », verbes qui projettent une émancipation tout en portant la répétition en suffixe, si ce n'est de l'événement traumatique, mais de la vie nostalgique d'avant ce trauma. L'objectif affiché par

ces patients est souvent celui de « *guérison* » afin de « *retrouver* » leur vie antérieure, de « *reprendre les choses comme elles étaient avant* », de « *pouvoir ré-entrer dans la vie quotidienne et refaire les choses comme avant* ». Mais le terme de « **reconstruction** » paraît plus heureux et plus juste, éloigné d'une organicité mécaniciste ou d'un fantasme qui solliciterait des soins « *pour aider à oublier* ». Alors, comment « *se reconstruire derrière* » ? Selon les mots de l'un des patients, il s'agirait plutôt d'« *apprendre à vivre avec cette blessure, parce que c'est une blessure même si elle est invisible, invisible pour les autres mais pas pour nous puisqu'on a ça en nous* » avec l'objectif « *que ce soit un peu comme avant* ». La marque traumatique est considérée par certains comme immuable, ce qui se traduit par différentes formulations : « *On n'est plus les mêmes. Je sais que je serai plus jamais le même* » ; « *ce sera plus jamais pareil* » ; « *il y a toujours un petit truc qui restera gravé* » ; « *on peut pas tout enlever je pense* ». Les notions d'oubli et de guérison sont ici à aborder avec circonspection, puis de façon critique ; retenons la phrase de l'un des blessés qui affirmait : « *pas à guérir parce que c'est pas ça, mais à mieux accepter la blessure* » ou encore « *se dire que ça fait partie de nous* ».

b) Primauté des soins médico-psychologiques

Pour les patients rencontrés, les **soins médico-psychologiques** sont en première ligne d'intérêt et les mesures immédiatement citées ensuite leur sont toujours étroitement subordonnées. Notons que si la place de la prise en charge médico-psychologique est la plus importante pour tous les patients reçus, cette notion est peut-être le fait d'un biais de sélection de notre étude qui a recruté essentiellement des sujets souffrant d'ESPT chronique sévère. Toutefois, l'intérêt de l'échantillon est justement d'analyser des patients dont l'intensité du trouble est importante car c'est avant tout vers eux que doit se focaliser notre attention.

Le médecin d'unité possède une position privilégiée dans le parcours de soins. Le seul patient qui s'était initialement ouvert de son trouble à son médecin traitant civil s'est secondairement rapproché de son médecin militaire, nous déclarant « *j'avais un manque de confiance mais en fin de compte ça s'est très bien passé* ». Cette « méfiance » envers le médecin militaire peut concerner au départ la crainte d'être privé d'une aptitude professionnelle, notamment opérationnelle (« *qui dit médecin militaire dit inaptitude* »), en « s'accrochant » à un état antérieur et en niant les conséquences du trouble. Néanmoins, le médecin militaire est le plus souvent la personne de premier recours pour adresser ses symptômes de « *stress* », d'« *épuisement* », de « *fatigue* », de « *ras le bol* », de « *problèmes de sommeil* » et d'« *agressivité* ». Pour la majorité des patients, c'est le médecin militaire qui va au-devant du diagnostic, ce qui nous a été rapporté dans les termes suivants : « *ben en fait, c'est lui qui m'a posé la question* » ou bien « *ben c'est le médecin-en-chef en fait. C'est lui vraiment qui a tout de suite su…, je pense qu'il a su avoir les mots, avec ses mots choisis, donc il a su en fait*. » Notons ici que les patients nous rappellent une impression quotidienne à la consultation : en psychotraumatologie plus qu'ailleurs, la démarche diagnostique est en réalité déjà thérapeutique. Une relation de confiance est décrite avec celui qui connaît bien le milieu militaire, et notamment les OPEX (« *il connaît ce que j'ai pu vivre et il sait ce qu'il se passe vraiment* »), et qui souvent côtoie le militaire avant son départ, l'accompagne parfois pendant, et évalue son état médico-psychologique au retour, en se rendant ainsi plus facilement compte des changements éventuels de caractère. Dans le cadre de la reconnaissance des troubles, en sus de l'aspect médical, le médecin militaire est un officier qui représente l'Institution et qui peut parler pour elle, qui peut affirmer la blessure de guerre à la fois médicalement et institutionnellement. **La reconnaissance symbolique pourrait être considérée comme « thérapeutique » en soi**, et les patients ont avancé qu'une grande part de cette reconnaissance était apportée par les soins prodigués au sein de l'Institution.

L'attribution de congés maladie est souvent une part thérapeutique importante comme le note l'un des sujets blessés : « *la possibilité d'être en arrêt sur une période suffisamment longue pour avoir le temps de me reconstruire derrière* ». Le fait que les soins soient pris en charge par l'Institution, grâce aux praticiens militaires et aux lieux dédiés tels que les CMA et l'HIA, sur des temps également fournis par l'Institution (sur les temps de service ou en arrêts-maladies calendaires et de longue durée), est perçu par beaucoup comme une reconnaissance importante de leur condition de blessé de guerre. La possibilité d'un temps de rétablissement pour se resituer en famille tout en bénéficiant de soins au cours d'un CLDM, demandé par le médecin d'unité et décidé après avis spécialisé, est accueillie très favorablement : « *tu peux continuer à faire vivre ta famille en essayant de te reconstruire* ».

c) Absence de montant pécuniaire chiffrable à la blessure psychique

Certains sujets posent la question rhétorique de savoir si une compensation financière peut indemniser les souffrances, la perte d'emploi, la dislocation du couple… Selon les paroles des sujets interrogés, « *s'il fallait fixer un montant, je serais incapable de dire* » ou encore « *je sais très bien que la réparation elle sera jamais à la hauteur du préjudice subi* », ou bien même l'évidence « *de toute façon ils me rendront pas un bras* ». Pour synthétiser les dires des patients par la voix de l'un d'entre eux « *c'est difficile à chiffrer, c'est même pas que c'est difficile, c'est que c'est inchiffrable* », après avoir été indicible. Ainsi, une frustration est souvent la règle, car comment réparer l'irréparable, celui de la subjectivité, avec une quantification chiffrée du dommage ? La déception ne peut être que présente si le sujet attend une « réparation complète ».

Toutefois, lorsqu'elle est attribuée, c'est souvent favorablement, non pas par une quantification de pourcentage, mais par l'**affirmation diagnostique** d'une part, et par la **reconnaissance du**

statut de blessure de guerre par la société d'autre part. Un patient confiait avec retenue « *je pense que c'est bien* », un autre sujet affirmait « *ça aide pour l'avenir* », finalement un des blessés concluait : « *la pension militaire c'est laborieux, mais ça fait plaisir d'avoir une compensation financière* ». Ainsi, si un blessé affirme, en revenant à la reconstruction médico-psychologique, qu'un peu plus d'argent ne le fera pas moins souffrir et que « *la pmi c'est pas une réparation, c'est une compensation* », néanmoins « *si on peut pas vous aider, je sais pas, à réparer ça, au moins on vous verse quelques chose pour compenser* ».

Un sentiment global d'insatisfaction perdure sur la nécessité de « *se battre pour les papiers* », la lenteur des procédures, « *les pièces toujours manquantes* », la **complexité du cheminement des dossiers** d'un bureau à l'autre ou « *d'une administration à une autre* », voire la difficulté de trouver un médecin expert parce qu'ils « *sont mal payés* ». Les difficultés d'envisager les délais et la quantification, majorés par les conséquences psychopathologiques du trouble, se développent souvent sur des incompréhensions des patients concernant ce qu'ils peuvent réellement attendre des mesures de compensations financières. Ici, le médecin militaire a une place privilégiée d'informateur et de conseiller, il pourra utilement même devenir « médecin de recours » du blessé lors de ses démarches d'expertise. Ainsi, les longs délais peuvent en partie s'expliquer par la nécessité d'attendre une certaine stabilisation des troubles, voire la consolidation, avant de réaliser une expertise complète. Très souvent, la réparation juridique des dommages est vécue comme très complexe, le sujet se retrouvant souvent perdu entre des logiques de réparation, des textes et des usages très divers. Sans qu'un dommage ne puisse être indemnisé plusieurs fois, de nombreuses ressources concourantes ou concurrentes existent, le sujet s'y perdant plus facilement qu'il ne pourrait en bénéficier. Ainsi les dispositifs de réparation déclinent-ils pêle-mêle les pensions militaires d'invalidité, la jurisprudence Brugnot, les éventuelles assurances privées (dédiées au militaires ou non), les fonds de prévoyance des différentes armes (fonds de prévoyance militaire, fonds de prévoyance aéronautique), la

commission d'indemnisation des victimes d'infraction, des associations comme Terre Fraternité ou Les Gueules Cassées qui possèdent un patrimoine, etc.

Par ailleurs, notons qu'un militaire s'interroge sur le taux de sa pension attribué en fonction de son grade alors que « *c'est le même corps* », ou plus sûrement le « même esprit ». Sans que nous puissions en discuter le fond, un autre patient rapportait que les PMI ne prenaient pas en compte « *tout ce qui va être préjudiciable à ma carrière, à mon statut* ». Enfin un dernier sujet rapportait que seules ses blessures physiques avaient été indemnisées initialement : « *j'ai fait des expertises pour les pensions mais ils prennent pas en compte le niveau psychologique* ».

Notons pour clore ce chapitre que le signifiant de « pension d'invalidité » n'est pas très heureux et ne devrait pas se substituer au sujet, parfois perçu comme tel par la société, ou comme il s'y identifie ou s'y laisse identifier lui-même.

2) Les difficultés d'acceptation et d'information en milieu militaire exprimées par les blessés

a) Une évocation difficile en milieu militaire hors service de santé

Les militaires interviewés rapportaient leurs difficultés à parler de leur trouble en milieu militaire, avec aux premières loges les sentiments de « *honte* » et de « *fierté* », beaucoup craignant d'« *être mal vus* » ou de « *paraître faible* » au régiment. Ainsi l'évocation du trouble se fait-elle de manière initialement « indirecte », parlant de « *ras le bol* » ou « *d'une grosse fatigue* », parole parfois libérée « *après quelques verres* ». La plupart des patients ont rapporté s'être ouverts de leurs difficultés au médecin militaire, plus rarement à des amis militaires ou à des collègues qu'ils appréciaient, parfois encore avec le binôme avec le(s)quel(s) ils avaient vécu la mission traumatique ou d'autres missions éprouvantes, et qui étaient parfois blessés eux-mêmes. Mais c'est globalement le **silence** qui semble prédominer en régiment sur la question. L'un des blessés exprimait avoir été agréablement surpris d'être convoqué par son

commandant d'unité qui « *s'inquiétait de sa santé* » : « *mon commandant d'unité, il a compris. J'ai même été étonné... c'est lui qui a déclenché le suivi médical parce que j'avais pas de suivi médical, j'avais rien* ». Un patient rapporte s'être confié à un aumônier militaire en déclarant « *un aumônier militaire, c'est un peu comme un psychiatre ou un psychologue* ». Pour un autre patient, c'est sa femme également militaire qui arrive à faire le lien avec l'unité. La volonté d'évocation des difficultés des sujets interrogés au sein de leur unité est très variable. Une classique retenue, voire une réticence compréhensible par des déterminants psychopathologiques, est à l'œuvre. Mais les patients se confient d'autant plus facilement qu'ils auront l'impression d'être écoutés. D'après les sujets interrogés, nous pouvons supposer que certaines unités avaient plus ou moins de connaissances et d'expériences eu égard aux troubles psychiques de guerre, les prises en compte à l'unité paraissant ainsi aléatoires, d'autant plus si les troubles étaient initialement passés inaperçus. Différemment, lors d'une procédure « MEDEVAC » (c'est-à-dire un rapatriement sanitaire d'OPEX) ayant conduit à une hospitalisation, les blessés rapportent régulièrement avoir été bien soutenus par leur unité, leur chef de corps et leurs camarades. D'autres se plaignent de **l'absence de prise de conscience de leurs difficultés** déclarant pour reprendre les mots de l'un d'entre eux : « *personne ne s'est occupé de nous, comme s'il ne s'était rien passé en fait. Alors qu'une petite phrase, une petit bonjour ça va, comment ça c'est passé, peut-être que ça aurait été bien* ». Une connaissance du suivi du blessé de guerre ne serait ainsi pas uniformément partagée par toutes les unités, peut-être pour des raisons structurelles car certains régiments de soutien ne sont pas fréquemment confrontés à des personnels blessés, alors que dans d'autres cas ce seraient quelques personnalités de cadres qui seraient problématiques. Un patient traduisait cela dans les termes suivants : « *J'ai l'impression que je suis le premier blessé en fait* ». Certains blessés rapportent avoir été très bien considérés dans leur unité opérationnelle mais se sont ensuite sentis dépréciés ou dévalorisés dans les suites d'une mutation à leur demande vers une unité de

soutien. Souvent, ce sont juste un petit mot, « *une oreille attentive* », un petit appel téléphonique qui semblent avoir manqué.

La place d'une **attente correspondant à l'écoute apportée par la hiérarchie** est ainsi très forte chez les patients qui ont régulièrement exprimé cette thématique : « *moi ce qui m'a manqué, ben c'est l'écoute des chefs au régiment* », ou bien « *plus d'attention, et puis … qu'il y ait un peu plus de compréhension. De la part des chefs, c'est un peu pour eux qu'on fait le boulot* », ou encore *« nos chefs d'habitude ils ont réponse à tout, ben là non, ils ont pas de réponse* ».

Le problème d'acceptation par les cadres de contact des congés maladie semble poser parfois problème, sans que ne soit faite de distinction évidente entre un congé maladie jugé « complaisant » prescrit en milieu civil pour une démotivation à la vie militaire, et un congé maladie imposé par le médecin militaire pour un trouble psychique de guerre imputable au service. Plutôt qu'une volonté d'être en arrêt-maladie, il est beaucoup plus fréquent que les militaires refusent les congés maladie, lesquels leur sont alors parfois « imposés » par le médecin militaire qui vient prendre la charge de cette culpabilité d'« être en arrêt ». Mais dans tous les cas, l'ambivalence de certains cadres vis-à-vis des congés maladie de leurs hommes ne pourrait que surprendre, car les congés maladie ne sont que proposés par un médecin militaire ou civil, alors qu'il revient au commandement de décider de les attribuer. Une certaine **suspicion vis-à-vis des congés maladie** serait aussi présente dans les rangs parmi leurs camarades dont les blessés s'inquiètent parfois des railleries ou de l'incrédulité, faisait dire à un patient : « *J'avais pas envie d'y aller de toute façon… et encore moins envie d'y aller quand j'ai su en plus les réactions que ça avait suscité* ».

Notons aussi que, usage du milieu militaire, la **demande de rédaction de « compte-rendu »** est très mal perçue, car envisagée comme une défiance, un reproche, ou la nécessité de devoir justifier ses difficultés. Comment en effet parler de tout cela, et comment l'écrire ? Il paraît

difficile à certains chefs militaires de s'enquérir directement de la situation de leurs hommes alors que leur démarche semble pourtant avoir vocation d'aide et de bienveillance. Quand un cadre demande à l'un de ses subordonnés de rédiger un compte-rendu justifiant ses absences alors qu'on lui retire un matériel d'ostéosynthèse en hôpital militaire, l'on ne peut être que surpris. Ne doutons pas que ces approximations sont le fait d'erreurs d'appréciation, mais erreurs qui sont préjudiciables voire dévastatrices. Un patient décrit son attitude lorsqu'on lui a demandé un compte-rendu parce qu'il était en congé maladie : « *c'est la secrétaire en fait de la compagnie. J'ai dit c'est quoi ça, depuis quand ça… du coup, j'ai pris une feuille blanche, j'ai marqué juste… j'ai même pas marqué… j'ai juste marqué je soussigné… mais j'ai fait vraiment comme un chiffon, un torchon. J'ai marqué et puis j'ai mis dans une enveloppe, je l'ai envoyé... tellement ça m'a énervé. Et le jour où je suis retourné là-bas, ils m'ont rien dit* ». Un autre patient rapporte : « *j'ai dû faire je sais pas combien de compte-rendu pour le colonel, rendre compte à mon commandant d'unité… donc à chaque fois je devais réexpliquer l'histoire et pourquoi, les détails… donc qu'on doive expliquer un peu oui, mais rentrer dans les détails, je pense qu'à la limite ça les regardait même pas... c'était plutôt privé* ». Ici, le médecin militaire, la cellule d'aide au blessé et l'assistante sociale de l'unité peuvent avoir un rôle important d'information des cadres de contact, tout en préservant le secret professionnel.

b) Place de l'information sur les troubles psychiques de guerre dans l'Institution

Les militaires interrogés rapportent avoir reçu une information sur les troubles psychiques de guerre, sans se penser forcément concernés alors, et donc sans s'en rappeler précisément ensuite. La moitié des patients ne se rappellent pas avec certitude s'ils ont bénéficié d'une information sur le trauma avant le diagnostic de leur blessure. Si certains militaires se plaignent initialement du **manque d'information**, ils se souviennent souvent au cours de leur discours

qu'ils avaient en fait reçu une sensibilisation, mais dont ils ne se rappellent globalement rien ce qui se traduit en ces mots : « *non pas spécialement, non… je l'ai su dans les affiches* ». Après avoir assuré n'avoir jamais été informé, un autre sujet rapportait : « *après je sais pas si c'est inexistant, ou si moi j'avais tellement verrouillé que… je veux pas trop m'avancer… mais ça me dit rien du tout* ». Les gendarmes de l'échantillon étaient par contre tous catégoriques : « *à aucun moment on est informé de ce genre de choses* », « *le syndrome de stress post-traumatique, zéro. Il n'y a aucune information sur cet état-là* ». Il paraît effectivement difficile de transmettre une information sur le thème, comme le soulignent les sujets : « *Je pense qu'il y a un gros manque d'information, c'est-à-dire que, comme tout, tant qu'on n'y est pas confronté, on sait pas ce que c'est* », ou encore « *non parce que... bon en fait avant, tout ce qui était médical, je m'en foutais un peu*.» Un autre militaire précisait que « *quand on est en pleine forme, on se dit que ça ne nous arrivera de toute façon jamais* », alors qu'un autre blessé concluait « *comme personne n'y avait été confronté directement, on se rendait pas compte et on se posait pas plus de questions que ça, les informations nous suffisaient* ».

En y réfléchissant plus précisément, les militaires de l'Armée de Terre interrogés rapportaient différentes sources d'informations qui étaient venues à eux pour parler des « *syndromes machin* » : information en amphithéâtre, rappel par le chef de section, affiche portant le numéro "Ecoute défense", séance d'instruction par le médecin d'unité pour les soldats formés aux premiers secours (Secours au Combat niveaux 1 et 2), information en petits groupes sur support PowerPoint au sas de Chypre, information orale par le médecin du théâtre… Un blessé rapportait avoir été informé « *plus ou moins* » alors qu'un autre assurait consciencieux : « *oui et puis j'ai réussi à garder en mémoire tout ce qu'ils m'avaient dit, enfin le plus gros* », même si cette information était postérieure au déclenchement de son trouble. L'un des blessés, d'ailleurs l'un de ceux qui estimait avoir été bien soutenu au régiment, se souvenait de son « *chef de section qui parlait souvent de ça* » : « *même au retour, il nous en parlait. Il disait "les gars, s'il*

y a un souci, venez me voir directement. On en parle, après moi je vous pousserai à l'infirmerie, et puis après on voit comment ça se passe quoi" ».

Notons que l'ESPT entraîne également d'importants troubles mnésiques, à la fois rétrogrades et antérogrades de mécanismes neurobiologiques, ce qu'un patient pouvait rapporter en ces termes : « *une information ? Non pas dans mes souvenirs* ».

Au plan psychopathologique, comme l'avait bien énoncé Freud, chacun vit au présent de l'immortalité en se refusant à conscientiser qu'il va mourir, déniant même la possibilité d'existence de la mort dans l'inconscient. **L'Institution militaire pourrait ici être ambivalente dans sa délivrance d'information** : si un soldat se convainc qu'il pourra être blessé au combat, y partira-t-il le jour venu ? Notons bien que cette interrogation peut être présente pour tout militaire, du soldat au haut cadre. L'on répond classiquement par l'affirmative sous la réserve qu'en cas de blessure le soldat sera évacué du front et traité. Certains gradés pourraient avoir le fantasme qu'une information permettrait de limiter les risques d'effraction traumatique alors qu'en réalité, une sensibilisation vise plutôt à favoriser par anticipation la prévention secondaire, à savoir le recours aux soins une fois un trouble latent ou patent déclaré, mais également à informer ceux, non blessés, qui pourraient remarquer des symptômes de souffrance psychologique chez leurs camarades et les encourager à consulter. Par contre, la sélection de la population militaire, l'entraînement, la cohésion du groupe et le partage du sens de la mission sont des facteurs assurément protecteurs de survenue de troubles psychiques.

Alors comment informer sur l'irreprésentable ? Comment délivrer une information à ceux qui, pour des raisons de structuration psychique normale, ne seraient pas forcément enclins à la recevoir ? Que proposent les patients rencontrés pour améliorer la délivrance du message ? Les propos « *ben c'est au moins d'en parler quoi* » peuvent en résumer la trame, mais comment en parler justement ? Une présentation de type cours magistral en amphithéâtre « *où tout le monde*

dort au bout d'une demi-heure » ne paraît pas la plus appropriée. Le placardage d'affiches à l'unité ou au CMA peut souffrir des mêmes difficultés : « *quand on n'est pas concerné, on lit pas forcément les choses* », même si ces affiches sont plutôt destinées aux sujets souffrant déjà de troubles post-traumatiques pour les inciter à consulter. Pour améliorer les stratégies d'information, plusieurs des soldats blessés proposent de **recourir aux témoignages**, témoignages qui étaient le cœur de notre étude. Sur le modèle du retour d'expérience cher au milieu militaire (ou « **RETEX** »), les patients proposent d'inviter à l'unité le témoignage de militaires blessés encore en activité ou ayant quitté l'Institution pour « *faire des amphis avec des anciens militaires qui ont eu ce genre de syndrome* », « *que les jeunes soient un peu plus marqués, qu'ils comprennent vraiment que ça existe* », et soulignent qu'« *on se souvient plus des choses quand c'est quelqu'un qui y a été confronté ou a vécu cette situation* », que « *c'est toujours plus facile de s'identifier à une personne* », ou encore qu'un témoignage « *ça touchera beaucoup plus de personnes qu'un papier ou un cours proprement-dit* ». L'un des patients s'estimait lui-même prêt à témoigner de son histoire avec une restriction : « *je me sentirais de le faire sur un régiment où je ne connais personne, j'aurais du mal à le faire dans mon ancien régiment* ». Notons que la société actuelle est encline à évoquer les troubles psychiques de guerre, avec plusieurs documentaires et films récemment réalisés sur le thème, essentiellement en population de vétérans américains, films qui sont d'ailleurs bien accueillis par les militaires et utiles selon eux pour s'informer : « *dans les médias, on entend parler du stress post-traumatique. Et maintenant ils font beaucoup d'émissions pour expliquer le pourquoi du comment du stress post-traumatique. Donc on regarde ces émissions pour essayer de comprendre.* »

Un autre militaire proposait de reprendre aussi **l'information des cadres**, et la nécessaire information qu'ils doivent transmettre à leurs hommes, ce qui nous ramène aux changements des mentalités déjà évoqués précédemment, et effectivement engagés depuis plusieurs années

par l'Institution. Un patient rapportait cette idée dans les termes suivants : « *le problème c'est de toucher après la chaîne de commandement directement au sein des régiments, il y a encore une mentalité ancrée qui est difficile à faire évoluer […] je pense que ça devrait faire partie de la formation des cadres* ».

En pratique, sans doute convient-il ici d'associer et de croiser les sources d'information en allant **au-devant du soldat** avec des **temps de sensibilisation collective et individuelle** pouvant être effectués par les cadres militaires, les cellules psychologiques des différentes armées, l'action sociale des armées, les cellules d'aide aux blessés, et les personnels du SSA. En pratique, il nous semble que des progrès très importants ont été réalisés en ce sens et doivent se maintenir, parfois être améliorés en ce qui concerne les cadres de contact en régiment.

c) Reconnaissance symbolique par l'Institution des troubles psychiques de guerre

L'attribution de médailles ou de compensations financières semble être mise à distance, assez loin derrière la prise en charge médico-psychologique.

Pour ce qui est des « **marques de reconnaissance** », les blessés évoquent pêle-mêle en fonction de leurs parcours personnels : les soins médico-psychologiques, les mutations pour raison médicale, les cellules d'aide aux blessés, une lettre du chef de corps, l'aide à la réadaptation professionnelle militaire ou civile, les arrêts-maladies standards et de longue durée, les lettres de félicitations, le passage d'un grade sous le feu, l'invitation au 14 juillet, le maintien de la solde pendant la position d'arrêt-maladie, la retraite à jouissance immédiate puis la pension d'invalidité. Un patient note que lui proposer de re-signer un contrat serait une marque de reconnaissance car il sait qu'il n'est plus apte « à servir en tous temps et en tous lieux ».

Certains blessés ne mentionnent pas spontanément les décorations qu'ils ont obtenues. L'attribution de médailles ou de lettres de félicitations ne paraît pas être centrale pour les militaires interrogés qui arguent une dévalorisation des récompenses souvent attribuées à des personnels peu méritants selon eux, du fait de la nécessité d'atteindre des « quotas » de décorations : « *90% des gens qui sont partis ont eu cette médaille, alors pour moi ça n'a aucune valeur*. » Ainsi certains sujets rapportent qu'ils ont eu la médaille « *que tout le monde a eue, [qu'on soit] dans un bureau ou sous le feu* », alors que la portée des distinctions non systématiques est atténuée par les termes suivants d'un autre sujet : « *avoir le même niveau de récompense que le gars qui a changé la baignoire d'un colonel, ça laisse quand même un goût amer dans la bouche* ». D'autres militaires blessés, via un sentiment proche de la « culpabilité du survivant », s'excusent presque d'avoir bénéficié de cette reconnaissance alors que « *les autres n'ont rien eu* ». Si la Valeur Militaire paraît toutefois citée avec fierté au même titre que la médaille de la Gendarmerie Nationale, l'insigne des blessés semble avoir été attribué pour l'instant de façon plus confidentielle. A la question « Avez-vous le sentiment que l'Armée reconnaît l'ESPT comme une blessure de guerre ? » l'un des militaires déclarait : « *j'ai reçu récemment la médaille des blessés de guerre. Donc pour mon cas oui* », même si en réalité il s'agit de l'« insigne » et pas de la « médaille » sans que cette différence signifiante ne soit relevée. Dans tous les cas, **cette marque de reconnaissance symbolique ne doit se substituer ni aux soins, ni à l'écoute d'une parole**. Ainsi un patient semblait étonné d'avoir simplement reçu « *un morceau de carton marqué lettre de félicitations, c'est tout* ». Certains blessés paraissent avoir ressenti que l'attribution d'une médaille ou d'une pension étaient un moyen de limiter leur énonciation, « de les faire taire » en quelque sorte, ou d'acheter leur silence.

D'autres fois, cette reconnaissance symbolique semblait leur avoir beaucoup apporté au quotidien comme le mentionne un patient auquel avait été décernée une médaille qui a semblé changer le point de vue de ses camarades sur lui : « *suite à ça, y'en a qui ont écouté, y'a*

certaines personnes qui m'ont dit "Ah oui quand même, t'as pas fait semblant quoi, pourquoi tu l'as pas dit avant ?" Ben j'ai dit je vais pas me vanter de... je vais pas le crier sur les toits... donc après... suite à ça y'en avait qui étaient quand même... on va dire qu'ils ont bien compris quoi ».

3) Des entretiens marqués par le trauma : le discours des blessés évoque la pathologie traumatique sur la forme et le fond

a) Le discours témoin des symptômes psychotraumatiques : répétition, indicibilité, irritabilité, honte, culpabilité, dépressivité, isolement…

Le discours des sujets blessés apparaît souvent peu structuré, haché, enchaînant une juxtaposition de groupes de mots sans locutions d'articulation. **La répétition traumatique** est perceptible dans le discours où se réitèrent souvent des groupes de mots : « *je dormais plus, je dormais plus, et puis là je revivais, je revivais, que ça, que ça* ». **L'indicibilité** du trauma est rendue caricaturale par certaines phrases : « *par rapport à tout ce qui a pu se passer… je peux pas… j'arrive pas à dire que c'était vraiment une angoisse ce que j'ai vécu… parce que j'ai l'impression de… d'une peur… j'arrive pas à dire* ». Cet effondrement de la capacité à l'énonciation du trauma explique que l'entrée dans le parcours de soins est souvent le fait de l'insistance d'autrui : « *ma femme m'a dit que j'avais changé, que je parlais plus, que je m'étais renfermé sur moi-même… moi je voulais pas le reconnaître […] je m'énervais pour rien alors qu'avant j'ai toujours été quelqu'un de calme […] ma femme elle me l'a dit plusieurs fois, donc au début je voulais pas l'écouter... il faut que j'aille consulter parce que sinon je risque de faire des bêtises quoi* ».

L'incommunicabilité de leur expérience est souvent rapportée par nos patients comme le résultat d'une invisibilité de leur blessure aux yeux d'autrui. Ainsi « *une bonne amputation, ce*

qui se voit, ça c'est bien, c'est une bonne blessure de guerre », alors que le patient ressent que « *ce qui est psy est une faiblesse* ». Sans distinction des reconnaissances humaines ou pécuniaires, un blessé rapportait « *ma blessure au bras, au niveau de l'artère, des nerfs, tout ça, ça a été reconnu* » en gardant pour l'ellipse que sa blessure psychique était passée inaperçue, même s'il n'avait peut-être pas pu en parler. **L'expression du mal-être est alors détournée par l'isolement, l'irritabilité, des conduites pathologiques addictives**. L'un des patients qui avait souffert conjointement d'une blessure organique et psychique a confié avoir justifié ses difficultés grâce à ses cicatrices : « *une fois, j'ai même enlevé mon haut, parce que ça m'a tellement énervé, j'ai enlevé mon haut, ma veste, j'ai tout enlevé, j'ai dit regardez-moi. Regardez si vous voyez vraiment que je suis en train de raconter des mensonges* ». Ainsi, le trouble est davantage apparent par l'irritabilité ou des conduites pathologiques comme le mésusage d'alcool. La peur de s'énerver dans les contextes professionnels et privés conduit souvent à l'isolement de ces patients qui sont parfois aussi délaissés par leurs proches à travers un engrenage qu'il faut tenter d'inverser au plus tôt.

Les états de stress post-traumatiques résultants de l'Afghanistan sont marqués par une hypervigilance massive souvent génératrice d'irritabilité et d'impulsivité : « *c'est vraiment la violence qui a fait qu'il fallait que je vois quelqu'un avant d'en arriver là* ». L'interaction avec autrui est ici régulièrement médiée par des **interprétations négatives**, où l'autre est facilement vécu comme intrusif même s'il reste silencieux. Le regard de l'autre perçu comme inquisiteur ou comme juge de l'horreur traversée n'est plus supportable. Toutefois, cette dimension ne semble pas entièrement conscientisée sur le coup par les sujets psychotraumatisés, même s'ils se rappellent cet état une fois le trouble apaisé, comme le mentionnait l'un d'entre eux : « *je me rendais compte que j'avais pas de patience mais j'avais toujours l'impression d'être dans mon bon droit… et au final quand on va mieux et qu'on revient sur plein de ces moments-là, on se dit… c'est incroyable à quel point l'objectivité elle peut partir en éclats avec ce genre de*

problème en fait ». Le **poids des affects dépressifs post-traumatiques** paraît aussi central dans l'expression de certains sujets qui entrevoient le monde à travers le prisme de leurs difficultés, difficultés bien réelles mais doublées de ruminations morbides, de pessimisme foncier et des modifications cognitives dépressives, et dépressogènes. L'un des militaires nous a rapporté son impression de « *dégoût* » global des choses concernant son lien avec l'Institution, dégoût qui dans son récit rappelle en fait l'**émotion négative éprouvée lors de l'instant d'*effroi*.**

Certains sujets gardent dans leur discours une large place à la **culpabilité**, mécanisme de défense classiquement opérant dans les suites d'un trauma pour recouvrer une position de sujet, mais culpabilité qui peut aussi renfermer le sujet sur lui-même en lui faisant négliger ou refuser une aide extérieure. La culpabilité inhérente à la clinique traumatique s'ajoute, en milieu militaire, à l'**effondrement de l'identité d'invincibilité fantasmée du guerrier** que nous rapportait un patient dans les termes suivants : « *parce que c'est vrai que j'ai toujours été à fond dans tout ce que je faisais, j'étais toujours le premier devant, à rentrer dans le tas donc… et puis du jour au lendemain, je me retrouve en position de faiblesse quoi* », ou encore un autre ayant servi dans les Forces Spéciales qui exprimait : « *ils forment des durs là-bas* ».

L'isolement des sujets est souvent le résultat de multiples déterminants : honte et abandon par la communauté humaine résultant du trauma, affects dépressifs, mécanisme d'évitement des perceptions traumatiques de peur de rencontrer les personnes qui pourraient réactiver les reviviscences ou simplement poser des questions : « *je suis complètement limité, même au niveau social. C'est une fatalité, c'est aussi une des conséquences du problème, c'est qu'on se met à l'écart parce qu'on se rend compte qu'il y a quelque chose qui ne va pas, on se met à l'écart parce qu'on a aussi peur de devoir en dire un petit peu plus... j'ai coupé avec plein de gens parce que j'avais peur qu'ils me demandent pourquoi j'étais comme ça. Alors que c'est finalement l'inverse qu'il faudrait faire, mais c'est impossible à ce moment-là* ». Comment en

parler en milieu militaire alors qu'« *on a peur que l'autre il déforme tout* », alors que la répétition est immuable et qu'on peine à l'évoquer ? Le **sentiment d'être incompris par autrui** est régulièrement confié lors des entretiens de l'étude : « *ils peuvent pas comprendre* », « *ils comprendraient pas* ». Plusieurs sujets ont interprété le fait que si l'unité ne prenait pas de nouvelles d'eux, c'est qu'on les prenait pour des « *fainéants* » ou des « *cas soc'* », alors qu'une autre interprétation tout aussi possible est qu'il s'agit d'un désintérêt ou d'une gêne à apporter un soutien humain du fait de ne pas savoir comment s'y prendre, tellement cette situation se différencie des rapports habituels du système militaire. Le retour en métropole disloque également parfois le groupe militaire, habituellement contenant, du fait de la fin de la mission et des permissions allouées, mais aussi à cause de l'expérience traumatique, parfois partagée.

La clinique traumatique peut alors faire rejeter un soutien, voire l'envisager de manière très ambivalente. Comme le décrit très bien l'un des patients de l'étude qui attendait un soutien de la part de la « *grande famille* » des militaires et qui rapporte ne pas l'avoir ressenti : « *il aurait fallu que j'aille voir quelqu'un, mon chef ou le médecin, mais bon c'est pas facile* ». Depuis quelques temps maintenant, et notamment depuis la rédaction des Plans d'action « Troubles psychiques post-traumatiques », **les médecins comme les chefs militaires vont et se doivent d'aller au-devant du blessé.**

b) <u>Une ambivalence réciproque entre le blessé de guerre et la société ?</u>

L'instant traumatique et ses conséquences dissociatives nous semblent pouvoir entraîner un **mécanisme de défense projectif** : « *j'ai toujours aimé ce que je faisais, et en fin de compte, je commençais* ***à être délaissé de tout ça quoi****, de… tout ce que je voyais c'était pas bien, enfin c'était pas bon, c'était des choses négatives* ». Un mécanisme de projection du patient pourrait être un moyen de défense peu opérant car devenant un facteur pérennisant le trouble post-

traumatique en empêchant sa verbalisation et ses soins. Les patients se sont sentis « non écoutés » alors qu'ils ne pouvaient pas nécessairement dire, ils se plaignaient parfois de l'absence de réponses apportées alors qu'ils ne posaient pas souvent de questions. Les sujets se rapportaient mal informés avant leur trouble tout en étant peu réceptifs à ce type de difficultés contraires à l'idéal militaire mais aussi impensables à tout homme. Dans l'après coup, certains patients souhaiteraient pouvoir développer des stratégies d'informations pour leurs camarades non blessés, surtout par la possibilité de témoignages de vétérans. Ce changement de point de vue entre l'ante- et le post-traumatique est retrouvé dans le regard qu'ils pouvaient porter naguère sur certains camarades, mêmes regards qu'ils se plaignent parfois de subir aujourd'hui. **L'incompréhension, ou le déni des difficultés médico-psychologiques chez le camarade alter ego, projection de son propre déni**, est une blessure supplémentaire après coup chez ces sujets psychotraumatisés qui se culpabilisent de leurs fausses idées d'alors.

A la question posée « *Quelle aide attendiez-vous de la part de l'Institution ?* », nombre de blessés ne savait pas quoi répondre, et quelques-uns ont dit qu'ils n'en attendaient pas forcément quelque chose, ou qu'ils ne savaient pas ce qu'ils pouvaient ou voulaient en attendre. Ainsi l'un des patients rapportait : « *c'était vraiment un appel à l'aide… genre faut faire quelque chose… par contre, j'attendais rien, j'avais aucune idée derrière de ce qui allait se passer… et j'en avais aucune attente particulière* ». L'Institution peut effectivement avoir cette charge d'apporter des solutions sans que l'on attende nécessairement quelque chose de précis. En d'autres termes, les militaires semblent nous dire que ce qu'ils attendent de l'Institution c'est ce que l'Institution fera pour eux, quelque chose de nécessaire mais d'encore inconnu. Les militaires interrogés parlent d'une **volonté d'« *écoute* », d'« *oreille attentive* », d'« *attention* », de « *compréhension* »** ou encore de la possibilité de se « *resituer dans l'Institution* » malgré leur trouble, voire de « *passer à autre chose* » par un retour à la vie civile. Parfois, les blessures physiques et/ou psychiques sont telles qu'il est difficile pour le sujet de rester dans l'Institution

en tant que militaire, ce qui peut alimenter une **impression d'abandon**. Un sujet rapportait : « *j'avais pas envisagé de quitter l'armée, c'est comme une blessure physique, c'est-à-dire qu'à un moment donné, on n'est plus apte à servir* ». Aujourd'hui, de nouvelles dispositions ont été prises pour permettre aux sujets blessés qui le souhaitent de réintégrer, malgré une condition physiologique hors normes, un emploi dans un poste militaire non opérationnel (notamment en « cellules blessés de l'Armée de terre ») ou un emploi civil sous statut « civil de la Défense ».

Il nous semble que l'**ambivalence vis-à-vis de l'Institution** se fonde avant tout sur la clinique traumatique. En effet, c'est leur engagement militaire, certes personnel, mais médié par l'Institution, qui a conduit ces soldats à vivre leurs difficultés. Ensuite, symptôme cardinal de l'état de stress post-traumatique, les stratégies d'évitement cognitives et comportementales peuvent entraîner un rejet de l'Institution et de tout ce qui s'y rapporte. Ceci explique sans doute que malgré la volonté de ne « plus vouloir y retourner », aux sens premier et traumatique, **le sujet possède encore en lui son engagement militaire, les valeurs qu'il mettait dans l'Institution, et même son amour, qu'il est maintenant tenté de fuir**.

La rupture ponctuelle avec l'Institution, avec l'effondrement de ses valeurs lors de l'instant d'*effroi,* alimente une ambivalence mutuelle entre l'Armée et le soldat. Un patient rapportait sa réflexion : « *en fait, ils ont du mal à prendre en compte tous ceux qui peuvent rester au bord de la route parce qu'ils ont été victimes des missions* ». Les sujets psychotraumatisés n'ont pas envie de dire, et d'autant moins si la société ne veut pas l'entendre. Une sorte d'accord tacite paraît se structurer : la société ne veut pas l'entendre, et le sujet ne veut pas en parler.

Une faiblesse des plus forts peut être déniée par autrui et la société, de peur qu'elle ne se retourne sur eux ou qu'elle gagne, comme d'après le précepte freudien de la mort pensable pour les autres et impensable pour soi. Ainsi la société pourrait-elle déployer le même mécanisme d'action que ces individus, ce que l'un des sujets traduisait ainsi : « *vu qu'on veut pas que ça nous arrive, on minimise* ». Ce **mécanisme de défense par déni** a été retrouvé dans notre étude

concernant l'information, la capacité à entendre qu'un camarade pouvait être en difficulté, ou encore pour solliciter le recours aux soins.

Comment la société peut-elle recueillir en son sein des sujets qu'elle a projetés vers l'horreur qui reniait ses valeurs ? Comment le sujet psychotraumatisé pourrait-il se réinsérer dans ce groupe qu'il a quitté et qui l'a quitté subjectivement lors de l'expérience traumatique ? Nous avons détaillé l'importance du repérage clinique puis de la prise en charge médico-psychologique à laquelle sont associées des mesures de réadaptation au milieu professionnel en fonction des possibilités et de la volonté de chaque blessé. Les services de santé comme l'administration militaire vont ici encore au-devant du blessé car ce dernier n'est pas toujours en mesure de solliciter une demande d'aide.

La simplification de la prise en charge administrative des blessés s'est faite de manière indirecte grâce aux cellules d'aide aux blessés qui assurent un soutien humain aux militaires, les conseillent et les guident dans leurs démarches. Egalement, la création du SMPA à la DCSSA a permis de créer des réseaux afin qu'un individu ne reste pas sans prise en charge médico-psychologique et/ou sociale. Enfin, lors de la mise en position statutaire de non-activité par l'attribution d'un congé longue-durée, le militaire est administrativement suivi, non plus par son unité d'origine, mais par une unité administrative spécialisée (GSPI, DAPPS…) qui veille sur sa situation et résout les éventuelles difficultés. Ces différentes structures ont le mérite, au plan symbolique, d'être à la fois internes à l'Institution militaire tout en étant un peu singularisées.

Certains patients interrogés relèvent aussi que l'Institution a positivement changé les mesures d'accompagnement et de prise en charge, notamment avec la montée en puissance des **cellules d'aide aux blessés**. L'un de nos blessés traduisait cela en exprimant : « *la CABAT c'est vraiment ce qu'il y a de mieux* ». A l'inverse en Gendarmerie, ce type de cellule semble encore nécessiter une optimisation comme cela a été exprimé par un patient : « *le problème c'est qu'en*

Gendarmerie on n'a pas l'organisation que peut avoir l'Armée de Terre, avec la CABAT notamment. »

Certains blessés ont bien ressenti ce **changement de politique en faveur des blessés psychiques, ce qui est envisagé très favorablement**. Les paroles des patients évoquent que « *ça a bien évolué, c'est sûr qu'on en parle quand même beaucoup plus* », ou « *depuis quelques temps, oui… oui, on en parle souvent* », même si pour l'un d'entre eux « *on est encore loin derrière les Américains* ». Nous terminerons ce chapitre par la voix des blessés : « *les médecins ils savent, les collègues ça dépend… les militaires qui partent commencent à savoir ce que c'est* » ; « *c'est des bonnes choses, faut que ça continue, faut que ça perdure* » ; « *c'est déjà un pas en avant, c'est déjà bien* » ; « *l'attention qu'on nous porte […] l'armée essaie de faire des efforts* » ; « *l'Armée essaie de faire en sorte que ce soit reconnu* ».

IV. Synthèse et perspectives

En faisant la synthèse de ce que les blessés psychiques interrogés nous ont confié dans cette étude, nous retenons plusieurs éléments dont certains ne nous semblaient pas évidents à première vue.

Soulignons d'abord que ces militaires, malgré leur psychotraumatisme, ne regrettent pas leur engagement. Au contraire, ils en gardent une empreinte positive ainsi qu'une certaine nostalgie. Leur discours révèle un **réel attachement à leur Armée** et à ceux qui la représentent, **en particulier à leurs chefs** (chefs de section, commandant d'unité). Cet attachement explique la forte attente des blessés psychiques vis-à-vis de leurs supérieurs.

D'autre part, lorsqu'on écoute plus spécifiquement le sentiment exprimé par les blessés sur la prise en compte de leur psychotraumatisme, on note qu'ils sont globalement conscients des avancées et des efforts mis en œuvre par les Armées afin d'améliorer leur accompagnement et leur prise en charge. Les blessés interrogés étaient d'ailleurs tous prêts à participer à cette étude, non pas seulement pour eux-mêmes, mais en espérant que cela pourrait servir à leurs jeunes collègues et aux éventuels futurs blessés.

Cependant, s'ils formulent dans l'ensemble leur satisfaction de la prise en charge médicale et du soutien apportés par le SSA où ils ressentent une réelle compréhension de leur souffrance, il n'en va pas toujours de même au niveau de leur régiment. En effet, ils expriment souvent un **sentiment de manque de « reconnaissance » et de « compréhension » de leurs troubles, tant au niveau de leurs pairs que de leurs chefs**. Concernant ces derniers, les blessés interrogés regrettent un « **manque d'écoute et d'attention »**, parfois un climat de méfiance avec le **soupçon de la simulation** encore tenace dans certains régiments et illustré à de nombreuses reprises par leurs termes « fainéant » ou « cas soc' ». Cette question du « soupçon

de simulation », la médecine militaire et en particulier la psychiatrie militaire a réussi, au fil des conflits armés, à s'en défaire, au profit d'un enrichissement de la clinique du militaire [94] [95]. Malheureusement il semble qu'une certaine **forme de soupçon perdure parfois au sein des régiments**, sans doute du fait d'une méconnaissance du trouble, ou d'un déni alimenté par la crainte de réaliser que le militaire est un être humain comme les autres, avec ses « faiblesses » et ses doutes.

Il est frappant de constater que les blessés les plus satisfaits de l'accompagnement par leur régiment sont ceux pour lesquels leur chef a su faire preuve d'une « oreille attentive » et de compréhension. Et c'est finalement cela qui leur semble le plus important et qui les touche le plus. Autrement dit, la « réparation » de leur trouble n'est pas pour eux synonyme d'« argent ». Ils expriment effectivement leur satisfaction de recevoir une indemnisation pécuniaire qui peut les aider à « repartir » dans la vie - que ce soit en milieu militaire ou dans la vie civile - ou encore à payer des soins coûteux. Mais cette **indemnisation financière n'est pas l'essentiel**, car **rien ne remplace pour eux le soutien de leurs chefs, de leurs « frères d'arme »**, de la « grande famille » des militaires.

Les blessés interrogés ont tous d'une même voix clamé leur **besoin d'être « écoutés »**, d'être **compris**, et finalement d'être « **reconnus »**. Nos blessés ont en somme un **besoin vital** de **reconnaissance** [96] [97].

Le mot « **vital »** n'est pas exagéré - et c'est ainsi que nous avons pu le percevoir au cours de nos entretiens - car le **soutien des pairs**, même s'il n'est pas suffisant pour la guérison des troubles, est néanmoins indispensable pour le mieux-être des patients et pour toute progression vers cette guérison. Finalement, il est **thérapeutique en soi**.

« Vital » traduit le besoin d'un « retour à la vie », d'un « retour dans le monde des vivants » [6] après avoir côtoyé le « réel de la mort » [98] : « retour à la vie » qui sous-entend liens sociaux,

amitié, camaraderie... En bref, il signifie : **« être vivant » de nouveau aux yeux de l'Autre**, ou encore « **exister sous le regard de l'Autre** » [99] et en particulier « l'Autre-militaire ». On peut dire, au sens propre, que pour le militaire blessé, exister pour l'alter ego est à ce moment-là vital. En effet, exclu de la collectivité par le traumatisme, « il attend de la reconnaissance de ses pairs la réintégration d'une place » [97]. Pour reprendre les mots de nos maîtres militaires, « le soldat qui a subi une rencontre traumatique et a été exclu à cet instant de la communauté des vivants [100], attend d'abord que l'Autre – la collectivité, le groupe armé – lui attribue un statut, une **identité spécifique** » ; mais en même temps, il a besoin que cette communauté lui adresse des messages forts lui indiquant qu'il appartient toujours bien à ce même **groupe**, à la collectivité des hommes [101]. « En tout état de cause, la reconnaissance est un appel à l'aide de l'Autre » [97].

Il nous apparaît également important de revenir sur ce terme de « **reconnaissance** » qui titre notre travail. En effet dans notre étude, les signifiants nous ont montré à quel point ils pouvaient être chargés de sens, et parmi eux, « reconnaissance » semble être le plus important. Il revient à de multiples reprises dans le discours des blessés.

D'après le dictionnaire Larousse, la « reconnaissance » est d'abord un acte d'identification [97] : reconnaître quelque chose ou quelqu'un comme vrai, comme légitime, en somme lui reconnaître une identité, donc le reconnaître « **sujet** ». C'est tout l'enjeu de la psychothérapie du psychotraumatisé [101] [102]. La reconnaissance est donc la marque d'une « **identité retrouvée** » : le « sujet » redevient **acteur** et non un être « passif » face aux reviviscences traumatiques. Il peut à nouveau lutter, retrouver une sécurité intérieure (insufflée au départ surtout par le rôle du « père » [103]) lui permettant d'aller de l'avant. Ce **rôle de « père »** est d'ailleurs souvent joué par les chefs, qui sont mis dans cette position malgré eux et inconsciemment par les soldats, et dont les actions ou paroles sont donc particulièrement

importantes pour les blessés. A l'inverse, leur absence de soutien est extrêmement mal perçue et insécurisante pour ces blessés.

Par ailleurs, la « reconnaissance » est aussi le sentiment qui amène à se considérer redevable pour un service rendu ou envers la personne de qui on a reçu un bienfait. Il est synonyme de « **gratitude** ». Le blessé militaire attend aussi un peu cela, une certaine gratitude de la part de l'Institution et à travers elle de la société pour le sacrifice consenti.

Cette notion de « reconnaissance », par son importance et toutes les nuances qu'elle contient, nous semble synthétiser tout le parcours de soins et de reconstruction du blessé psychique.

C'est d'abord la **« reconnaissance » de son propre trouble par le blessé** qui est au départ difficile : la prise de conscience de ses symptômes revient à « se reconnaître » comme « différent d'avant ». Et ceci est insupportable au blessé qui veut préserver le « mythe du héros inébranlable », d'où sa tendance au déni du trouble.

Ensuite, le blessé doit **« reconnaître » qu'il a besoin d'aide** et qu'il va devoir faire appel à l'Autre.

Il a d'abord besoin de « l'Autre**-**Médecin » pour lui confirmer son trouble psychiatrique et le soigner. Claude Barrois considérait que « pour soigner quelqu'un, il faut le reconnaître déjà comme un alter ego » [104]. On retrouve ici l'importance pour les blessés d'être pris en charge par des médecins militaires.

Il a aussi besoin de « l'Autre**-**Famille » pour le soutenir et souvent le pousser à consulter.

Il a toujours besoin de « l'Autre**-**Militaire », « l'Autre**-**Collègue » ou « l'Autre**-**Pair » qui est indispensable pour lui montrer qu'il appartient toujours au groupe, au « corps militaire » [105].

Et surtout, il a besoin de « l'Autre**-**Chef » auquel il rattache une figure de « **père** », tant son rôle est primordial dans la reconstruction de son identité. Le **Chef** a un rôle rassurant et restructurant. Il est un modèle pour le soldat, le fruit d'un processus à la fois d'idéalisation et

d'identification, et se doit d'être soutenant et présent pour le blessé dans les moments difficiles, en lui montrant que malgré son trouble, il reste un soldat, l'un de ses hommes, l'un des leurs... Ce sentiment d'appartenance et de « filiation » nous est apparu essentiel tout au long de ce travail.

Cette « reconnaissance » par « l'Autre-Militaire », qu'il soit médecin, collègue ou chef, est pour les blessés psychiques une reconnaissance de leur engagement, de leur courage, de leur souffrance. Une absence de reconnaissance et de soutien, un « abandon » par les siens, constituerait ainsi ce que Claude Barrois a baptisé le « **traumatisme second** » [106]. « C'est souvent ce traumatisme second qui est le plus grave et qui explique souvent l'aggravation des syndromes différés [...] » [104].

Toutes les mesures de réparation, si opportunes soient-elles, ne sont finalement opérantes que lorsqu'il y a également considération par « les siens » et à travers eux par l'Institution. C'est par cette main tendue que le blessé pourra ressentir soutien et bienveillance. Son absence peut même constituer en soi un second traumatisme. Les mesures de réparation, parmi lesquelles la pension d'invalidité, représentent certes pour nos blessés une reconnaissance du sacrifice consenti, mais ne seront jamais aussi importantes que la reconnaissance par leur famille d'arme, de leur valeur et de leur dévouement, bref de leur « **identité de militaire** ».

Il est important que nous, médecins militaires, et aussi tous les cadres militaires de proximité, prenions en compte cette « **quête de reconnaissance »**, pour savoir l'entendre et y répondre. Car, comme l'indique Claude Barrois, « ce second traumatisme a l'avantage de pouvoir offrir une action : l'on peut persuader les différents interlocuteurs que ces personnes-là doivent être écoutées avec beaucoup d'attention, avec autant d'attention qu'un patient qui présente une urgence abdominale ou une maladie, un infarctus, etc, et qui souffre abominablement ; leur souffrance est aussi grande, et offre autant d'intérêt que celle d'un autre » [104].

A l'inverse, une absence d'écoute aura des conséquences néfastes au niveau thérapeutique. Citons à nouveau le Professeur Barrois qui rappelait qu'« un blessé psychique, s'il n'est pas reconnu [...], voit son traitement s'enliser ; quelquefois cela rend même impossible son traitement. [...] Les efforts du thérapeute vont se briser ou seront toujours limités par cette non-reconnaissance » [104].

Même si elles ne nécessitent pas un gros investissement, ces « attentions » que sont une remarque bienveillante, une main tendue, un appel téléphonique ou encore une simple prise de nouvelles informelle, peuvent déjà beaucoup apaiser le blessé et être le début d'un parcours de reconstruction. Le sentiment d'abandon de la communauté des hommes a été et demeure bien assez insupportable à vivre, il faut absolument éviter que le blessé ait en plus l'impression que sa communauté militaire l'abandonne à son tour (même si cette perception, nous l'avons vu, est subjective).

Ces résultats vont dans le sens d'une étude réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat de Psychologie en 2011 par Vicky Lavoie au Québec [107], étudiant la contribution du soutien social dans la satisfaction à l'égard de la vie et la détresse psychologique chez les militaires canadiens souffrant d'un ESPT, qui montrait notamment que la perception positive d'un soutien des collègues de travail permettait de prédire une satisfaction plus élevée et une détresse psychologique moindre chez les blessés, et ce, même en contrôlant la présence d'un épisode dépressif majeur et la durée des symptômes d'ESPT. L'auteur proposait ainsi qu'à un niveau organisationnel, des interventions psychoéducatives puissent être développées afin d'augmenter le soutien envers les collègues affectés par un ESPT.

Le discours des blessés et l'interprétation que nous en avons faite nous permettent de suggérer quelques perspectives d'amélioration du système existant.

Plusieurs pistes nous sembleraient ainsi aller dans le sens de ce que les militaires blessés interrogés dans cette étude nous ont exprimé attendre :

- développer l'attention et la compréhension de la part de leurs chefs, par un **renforcement de la formation des cadres militaires à l'ESPT**, notamment en Ecoles : Saint-Cyr, Saint-Maixent, séminaires de commandement… Cette formation pourrait être assurée par des psychiatres ou des psychologues cliniciens du SSA ;

- augmenter la compréhension et le soutien de la part de leurs collègues, par des **séances d'information et de sensibilisation en régiments, avec témoignages de blessés psychiques**, éventuellement accompagnés par une information d'un psychiatre ou d'un psychologue clinicien du SSA ;

- renforcer le sentiment d'appartenance et atténuer le sentiment de solitude par l'organisation **de groupes de parole de psychotraumatisés** (par exemple à l'HIA Legouest) ;

- **aller encore plus au-devant des blessés psychiques** et pouvoir leur proposer une possibilité de soins psychologiques au plus près, en ouvrant une consultation régulière de psychiatrie ou de psychologie directement au sein des régiments, sous couvert du médecin d'unité.

CONCLUSION

Donner la parole aux militaires blessés psychiques, leur permettre d'exprimer leurs ressentis concernant la reconnaissance et la réparation de leur trouble, tel a été l'objectif poursuivi tout au long de ce travail. Mais comment combler l'ineffable ? Comment cicatriser ? Est-ce entièrement possible ? Le terme de « réparation » (psychologique et pécuniaire) a été récusé par les patients qui lui préfèrent les mots de « *reconstruction* » et de « *compensation* ». La « reconnaissance » dans toutes ses définitions, et la reconstruction médico-psychologique sont centrales, même si une compensation financière en vue de poursuivre le cours de son existence dans les meilleures dispositions psychophysiologiques et sociales, reste souhaitée.

Des avancées substantielles en termes médicaux et d'accompagnement social ont été réalisées. Il conviendra à l'avenir de conserver et de parfaire ce dispositif pour faire face aux prochains théâtres d'opérations.

Si nous avons dégagé des généralités dans ce travail de recherche, les entretiens et les analyses textuelles de leur contenu ont mis en lumière que le cheminement de chaque situation clinique particulière est subtil. Les soins médico-psychologiques comme les autres aides doivent être adaptés ou créés sur mesure, en vue de proposer non pas un oubli de l'expérience, mais une mémorisation différente, non pathologique, c'est-à-dire incluse dans un réseau signifiant d'interprétation, de métaphorisation et de quête de sens.

Ainsi chaque situation reste-t-elle singulière, chaque patient pouvant se saisir en fonction de son parcours et de ses aspirations d'une aide ou des aides devant l'éventail des possibilités offertes que nous avons détaillées. Le rôle des cadres et des personnels administratifs de proximité est ici primordial.

Par ce travail, la parole des blessés psychiques a finalement permis de mettre en lumière de nouvelles pistes pour l'amélioration de leur prise en charge et de leur accompagnement.

Nous souhaiterions terminer cette thèse par quelques expressions de nos patients :

« Il y a deux choses qui me paraissent importantes quand on est blessé : c'est déjà d'être pris à temps au niveau psychologique [...], et ensuite, ce qui vient après, c'est la marque de reconnaissance... qui aide pas à guérir, parce que c'est pas ça, mais à mieux accepter la blessure. »

« *Je sais qu'il y a des efforts qui sont faits… après le problème c'est qu'au sein des régiments, il y a encore une mentalité ancrée qui est difficile à faire évoluer....*»

« *Je suis vraiment content de faire ce truc-là avec vous aujourd'hui. Je ne sais pas si ça servira à quelque chose, mais c'est sûr que si tout le monde s'en [fiche], ça ne changera jamais.* »

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la Défense. Service de santé des armées. Plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques dans les armées » 2011-2012, n°564/DEF/DCSSA/AST/TEC du 10 mars 2011. 51 p.
2. Jehel L, Paterniti S, Brunet A, Louville P, Guelfi JD. L'intensité de la détresse péritraumatique prédit la survenue des symptômes post-traumatiques parmi des victimes d'agressions. Encéphale 2006;32:953-6.
3. Holterbach L, Baumann C, Andreani B, Desré D, Auxéméry Y. Etat de stress post-traumatique et consommation de soins sur l'année écoulée : étude menée auprès de 340 militaires français de cinq unités combattantes de l'armée de terre. Encéphale 2015, sous presse.
4. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition : 2000, Texte révisé. American Psychiatric Association Press, Washington D.C.
5. American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition : 2013, American Psychiatric Association Press, Washington D.C.
6. Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge. Paris : Dunod, 2011, 239 p.
7. Fidelle G, Simon de Kergunic T, Auxéméry Y. Addictions et trauma. Données épidémiologiques et cliniques. Stress et Trauma 2009;9(1):45-54.
8. Auxéméry Y, Hubsch C, Fidelle G. Crises psychogènes non épileptiques. Revue de la littérature. Encéphale 2011;37(2):153-158.
9. Auxéméry Y, Fidelle G. Psychose et traumatisme psychique. Pour une articulation théorique des symptômes psycho-traumatiques et psychotiques chroniques. Encéphale 2011;37:433-8.
10. Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O, et al. Etat de stress post-traumatique, dépression post-traumatique et épisode dépressif majeur : la littérature. Encéphale 2001;27(2):159-68.
11. Auxéméry Y. Les troubles psychotiques post-traumatiques : un modèle physiopathologique de la schizophrénie. Ann Méd-Psychol 2011 ;169(3) :155-159.
12. Brady KT. Posttraumatic stress disorder and comorbidity : recognizing the many faces of PTSD. J clin Psychiatry 1997;58(suppl9):12-5.
13. Van der Kolb B, Pelcovitz D, Roth S, et al. Dissociation, somatization and effect dysregulation : the complexity of adaptation to trauma. Am J Psychiatry 1996;153:83-93.
14. Auxéméry Y. Formes cliniques des dépressions post-traumatiques. Encéphale 2014, sous presse. Disponible sur : http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2014.07.005.
15. Weathers FW, Litz BT, Herman DS. The PTSD checklist : reliability, validity and diagnostic utility. Paper presented at the Annual Meeting of the ISTSS, San Antonio, TX, October 1993.

16. Yao SN, Cottraux J, Note I. Evaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS. Encéphale 2003;29:232-8.
17. Auxéméry Y, Berry M, Simon De Kergunic T, et al. Etude rétrospective de trente-neuf cas de tentatives de suicide prises en charge dans un HIA. Réflexion clinique et psychopathologique. Médecine et Armées 2010;38(3):273-6.
18. Golomb D. Symbolic expression in PTSD : Vietnam combat veterans in art therapy. Arts Psychotherapy 1985;12:1-12.
19. Hendin H, Haas AP. Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. The American Journal of Psychiatry 1991;148(5):586-591.
20. Lehmann L, McCormick RA, McCracken L. Suicidal behavior among patients in the VA health care system. Psychiatric Services 1995;46(10):1069-1071.
21. Colas MD, Auxéméry Y, Daudin M. Les armées de l'OTAN face au suicide : regards croisés. Médecine et Armées 2013;41(1):21-30.
22. Omnes C, Vaiva G, Philipe A, Rouillon F, Roelandt JL. Risque suicidaire dans l'enquête Santé Mentale en Population Générale : premiers résultats. L'Information Psychiatrique 2005;81 (4):308-312.
23. Vaiva G, Ducrocq F, Jehel L, Genest P, Duchet C. Psychotraumatismes et risque suicidaire en France. Prévalences croisées dans l'enquête SMPG. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2007;7(2):69-77.
24. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. The American Jouranl of Psychiatry 2001;58(9):1467-1473.
25. Lebigot F, Vallet D, Prouvost C, Buferne R. La demande de soins dans les « névroses traumatiques de guerre ». Ann Méd-Psychol1991;149(2):131-149.
26. Auxéméry Y. Risque et utilité du Web en santé mentale chez l'adolescent, évolutions et perspectives. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2010;58(8):500-6.
27. Auxéméry Y, Fidelle G. Impact d'Internet sur la suicidalité. A propos d'une « googling study » sur la rétro-information médiatique d'un pacte suicidaire échafaudé sur le Web. Ann Méd-Psychol 2010;168(7):502-6.
28. Auxéméry Y. Les différentes « voix » de l'ESPT. Du désert langagier à la psychothérapie. Ann Méd-Psychol 2012;170(5):306-11.
29. Auxéméry Y. L'exposition traumatique du sujet dit « névrosé » : destinée ou rencontre fortuite ? Aller au-devant et au-delà de l'évènement traumatique : de la confrontation traumatique désertifiée par le langage à la voie psychothérapique. L'Evolution Psychiatrique 2013;78(3):399-414.
30. Phillips CJ, LeardMann CA, Gumbs GR, Smith B. Risk factors for posttraumatic stress disorder among deployed US male marines. BMC Psychiatry 2010;10:52.
31. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol 2000;68(5):748-66.
32. Bromet E, Sonnega A, Kessler RC. Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder : findings from the national comorbidity survey. American Journal of Epidemiology 1998;147(4):353-361.

33. Davidson JRT, Fairbank JA. The epidemiology of posttraumatic stress disorder. In : Davidson JRT, Foa EB, eds. Posttraumatic stress disorder : DSM-IV and beyond. Washington DC : American Psychiatric Press 1993:147-69.

34. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychological Bulletin 2003;129:52-73.

35. Stein MB, Jang KL, Taylor S, Vernon PA, Livesley WJ. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms : a twin study. Am J Psychiatry 2002;159:1675-81.

36. Lapp KG, Bosworth HB, Strauss JL, Stechuchak KM, Horner RD, Calhoun PS, Meador KG, Lipper S, Butterfield MI. Lifetime sexual and physical victimization among male veterans with combat-related post-traumatic stress disorder. Mil Med 2005;170(9):787-90.

37. Crocq L. 16 leçons sur le trauma. Paris : Odile Jacob, 2012, 295p.

38. Breh DC, Seidler GH. Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? Journal of trauma and Dissociation 2007;8:53-69.

39. Fidelle G, Payen A, Rondier JP. Les blessures psychiques, soins immédiats et post-immédiats. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2005;5(1):9-14.

40. Vaiva G, Brunet A, Lebigot F, et al. Fright (effroi) and other peritraumatic responses after a serious motor hehicle accident : prospective influence on acute PTSD development. Can J Psychiatry 2003;48(6):395-401.

41. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey 1. Arch Gen Psychiatry 1995;52(12):1048-60.

42. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project 1. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004;(420):38-46.

43. Institut de Veille Sanitaire (InVS). Données de surveillance par pathologie. Etat de stress post-traumatique [en ligne]. Publication du 10/03/2014. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Sante-mentale/Donnees-de-surveillance-par-pathologie/Etat-de-stress-post-traumatique (consulté le 6 août 2015).

44. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Drucocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. Encéphale 2008;34:577-83.

45. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. Epidemiol Rev 2005;27:78-91.

46. Sundin J, Feal' NT, Iversen A, Rona RJ, Wessely S. PTSD after deployment to Iraq: conflicting rates, conflicting claims. Psychological medicine 2009; 40:367-82.

47. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, et al. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. N Eng J Med 2004; 351: l3-22.

48. Ollivier L, Decam C, Cheringou H, et al. Surveillance des « stress post-traumatiques » dans les armées, 2002-2003-2004. Marseille: IMTSSA-Département d'épidémiologie et de santé publique; 2005.

49. Vallet D, Arvers P, Furtwengler P, Renaud C, Neel F, Renaut O. Etude exploratoire sur l'état de stress post-traumatique. Médecine et Armées 2005 ; 35 : 441-6.

50. Pommier de Santi V, Paul F, Marimoutou C, et al. Rapport présenté par le Médecin en chef Xavier Deparis. Surveillance épidémiologique des troubles psychiques en relation avec un évènement traumatisant dans les armées. Années 2010-2011. N°129/CESPA/USEE, Mars 2013.

51. Brewin CR, Rose S, Andrews B, Green J, Tata P, McEvedy C, Turner S, Foa EB. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. Br J Psychiatry 2002;181:158-62.

52. Wardat I. Troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant dans les armées : facteurs associés aux conduites addictives et à la prise en charge psychiatrique avant la déclaration. Résumé de mémoire de stage pour l'obtention du master professionnel « Santé Publique Société et développement » au CESPA. Soutenu le 30 Juin 2014.

53. Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées. Bulletin épidémiologique des armées. Volume n°5, semaine 37 du 7 au 13 septembre 2015.

54. Clervoy P. Psychiatrie du combattant: évolution sur trois siècles. Médecine et Armées 2008;36(5):467-73.

55. Boisseaux H. Psychiatrie opérationnelle. Quelques leçons à tirer de l'histoire. Médecine et Armées 2011;39(2):101-4.

56. Crocq L. Quelques jalons dans l'histoire des traumatismes psychiques. Actualités en psychotraumatologie. Synapse 2005;219:6-16.

57. Crocq L. Préhistoire et histoire des syndromes psychotraumatiques. Les syndromes psychotraumatiques. Neuropsy news, numéro spécial mars 2003;10-18.

58. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. Ann Méd-Psychol 2010;168:311-9.

59. Clervoy P. Petits moments d'histoire de la psychiatrie en France. Paris: EDK; 2005. 275p.

60. Freud S, Breuer J. Études sur l'hystérie (1895), précédées de Communication préliminaire (1893). Paris : PUF, 1953.

61. Musée canadien de la guerre. Le Canada et la Première Guerre mondiale. La vie au front. Les conditions dans les tranchées : les effets d'un mauvais moral [en ligne]. Disponible sur : http://www.museedelaguerre.ca/premiereguerremondiale/histoire/la-vie-au-front/les-conditions-dans-les-tranchees/les-effets-dun-mauvais-moral (consulté le 14/06/2015)

62. Freud S. Au-delà du principe de plaisir. In : essais de psychanalyse, petite bibliothèque, Paris : Payot, 1967.

63. Lebigot F, Colas Benayoun MD. Reconnaissance et réparation des blessures psychiques de guerre. Stress et trauma 2004;4(2):103-111.

64. Audet J, Katz JF. La réparation dans la législation militaire. Précis de victimologie générale, 2e édition. Paris : Dunod, 2006. p. 379-408.

65. De Kobor W. Le Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre : genèse et particularités. Dossier « Indemnisation des militaires victimes de préjudice corporel par le fait ou à l'occasion du service ». Médecine et Armées 2013;41(2):101-108.

66. Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre [en ligne]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074068 (consulté le 6 août 2015).

67. Décret du 10 janvier 1992 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre [en ligne]. Journal officiel de la République française du 12 janvier 1992. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte. do?cidTexte=LEGITEXT000006078550 (consulté le 6 août 2015).

68. Crocq L. La réparation. In : Les traumatismes psychiques de guerre. Paris : Odile Jacob, 1999. p 339-352.

69. Plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées », « lutte contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique » 2013-2015, n°517996/DEF/DCSSA/PC/CN.SMPA du 20 décembre 2013. 38 p.

70. Charte d'organisation relative aux interventions sur le terrain en cas d'évènement potentiellement traumatique des psychiatres et des psychologues des établissements de santé des armées et des psychologues des armées et de la gendarmerie. n°1275/DEF/DCSSA/PC/MA du 7 mars 2013. 9 p.

71. Association de Soutien à l'Armée française (ASAF). Mémoire et Vérité. Blessés pour la France. Numéro spécial hors série 2013. 130 p.

72. Office national des anciens combattants et victimes de guerre [en ligne]. Disponible sur : http://www.onac-vg.fr/fr/missions/introduction (consulté le 20/08/2015).

73. Ministère de la Défense. Je suis blessé ou malade : les congés liés à mon état de santé [en ligne]. Disponible sur : http://www.defense.gouv.fr/blesses/je-suis-un-blesse/je-suis-blesse - ou-malade-les-conges-lies-a-mon-etat-de-sante (consulté le 20/08/2015).

74. Code de la Défense. Ordonnance n° 2014-792 du 10 juillet 2014 portant application de l'article 55 de la loi n°2013-1168 du 18 décembre 2013 relative à la programmation militaire pour les années 2014 à 2019 et portant diverses dispositions concernant la défense et la sécurité nationale [en ligne]. Journal officiel de la République française n° 0159 du 11 juillet 2014, page 11523, texte n°33. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/ eli/ordonnance/2014/7/10/DEFX1411031R/jo#JORFSCTA000029218332 (consulté le 20/08/2015).

75. Ministère de la Défense. Les fonds de prévoyance militaires [en ligne]. Disponible sur : http://www.defense.gouv.fr/familles/votre-espace/votre-sante/l-etablissement-public-des-fonds-de-prevoyance-militaire-et-de-l-aeronautique/fonds-de-prevoyance-militaire-et-de-l-aeronautique (consulté le 20/08/2015).

76. De Kobor W. Procédure de traitement d'une demande de pension militaire d'invalidité et sa liquidation. Dossier « Indemnisation des militaires victimes de préjudice corporel par le fait ou à l'occasion du service ». Médecine et Armées 2013;41(2):119-128.

77. Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Défense. Le guide pratique d'une pension militaire d'invalidité pour un militaire en activité de service. Version n°2, mars 2015.

78. Watel M, Delprat P. Ministère de la Défense. Sous-direction des pensions. Le guide de l'expert du réseau des experts agréés en pension militaire d'invalidité. Novembre 2014.

79. De Kobor W. Voies et procédures de recours contentieuses, autres avantages liés à la pension militaire d'invalidité. Dossier « Indemnisation des militaires victimes de préjudice corporel par le fait ou à l'occasion du service ». Médecine et Armées 2013;41(2):139-148.

80. Watel M. La réparation des troubles psychiques de guerre. Présentation lors de l'atelier IRSEM « Sortir de la guerre : de la reconnaissance au droit à réparation » du 13 mai 2014.

81. Reinert M. Alceste : un logiciel d'aide pour l'analyse de discours. Notice simplifiée. Laboratoire Printemps. Centre National de la Recherche Scientifique. 44 p.

82. Image©. Alceste une méthodologie robuste et pertinente. Un logiciel de statistique textuelle ergonomique et convivial. 20 p.

83. Image©. Manuel d'utilisation Alceste 2015 [en ligne]. Version Windows. 84 p. Disponible sur : www.image-zafar.com (consulté le 10/08/2015).

84. Andréani B. Perception et évaluation subjectives du risque palustre des militaires, à l'issue des missions Harpie en Guyane : approche qualitative via le logiciel ALCESTE. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2014;62(1):83.

85. Delavigne V. Alceste, un logiciel d'analyse textuelle [en ligne]. Texto ! Textes et Cultures, Equipe Sémantique des textes, 2003, 7 p. Disponible sur : https://halshs.archives-ouvertes. fr/hal-00924168/document (consulté le 11/08/2015).

86. Reinert M. Postures énonciatives et mondes lexicaux stabilisés en analyse statistique de discours. Langage et société 2007;3(121-122):189-202.

87. Recommandations de déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie. Version France 2007. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2008;56(S3):121-148.

88. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Obligations légales [en ligne]. Disponible sur : http://www.cnil.fr/vos-obligations/informations-legales (consulté le 11/08/2015)

89. Lahutte B. La rencontre traumatique : en deçà et au-delà de l'évènement. Stress et trauma 2011;11(4):205-211.

90. Auxéméry Y, Lahutte B. Guerres et catastrophes : l'expérience de psychiatres militaires en Afghanistan. In : Société Médico-Psychologique. La psychiatrie de catastrophe : actualités et enjeux. 18 mai 2015, Hôpital Sainte-Anne, Paris.

91. Dalud-Vincent M. Alceste comme outil de traitement d'entretiens semi-directifs : essai et critiques pour un usage en sociologie. Langage et société 2011;1(135):9-28.

92. Reinert M. Une méthode d'analyse des données textuelles et une application : Aurélia de G. de Nerval. Bulletin de méthodologie sociologique 1990;26(1):24-54.

93. Tibi-Levy Y. Répondre aux besoins et attentes des malades en fin de vie et de leurs proches – Enquête auprès de 64 professionnels des soins palliatifs et bénévoles. Ethique 2009;(8):276-289.

94. Vautier V, Andruetan Y, Clervoy P, Payen A. La notion de simulation des troubles psychiques dans les armées. Evolution des idées. Ann Méd-Psychol 2010;168(4):291-296.

95. Auxéméry Y. De la facticité potentielle de l'état de stress post-traumatique au Réel du Trauma. Quelle place pour les « faux simulateurs » ? Ann Méd-Psychol 2012;170(5):318-23.

96. Letonturier E. Reconnaissance, institution et identités militaires. L'Année sociologique 2011;61(2):323-350.

97. Thomas G, Lassagne M. Traumatisme psychique et reconnaissance. A propos d'un cas. Médecine et Armées 2009;37(1):93-96.

98. Lebigot F. Le traumatisme psychique. Stress et trauma 2004;4(1):5-11.

99. Audet J, Katz JF. Le besoin de reconnaissance. Précis de victimologie générale, 2e édition. Paris : Dunod, 2006. p. 463-469.

100. Lebigot F, Nicolas JD, Hariki S. Les tentations suicidaires du traumatisé psychique. Stress et trauma 2006;6(4):207-212

101. Briole G, Clervoy P, Southwel G. Traumatisme, honte et exclusion. Nervure 1998;11(8):30-2.

101. Briole G. A l'écoute du traumatisme. Stress et trauma 2004;4(1):13-16.

102. Vallet D. Actualités cliniques du traumatisme psychique. L'Information psychiatrique 2009;85(2):161-5.

103. Jeammet P. Modèles et identifications à l'adolescence. In : Lauru D, Le Run JL. Figures du père à l'adolescence. Ramonville St Agne : Erès. 2004. p. 77-92.

104. Barrois C. Les névroses traumatiques [en ligne]. In : Conférence Parole sans frontière – Psychanalyse et exil. 15 mars 2006. Disponible sur : http://www.parole-sans-frontiere.org /spip.php?article121 (consulté le 20/08/2015).

105. Colas MD, Benslama F, Daudin M. Les « Gueules Cassées », d'une génération à une autre : approche sociologique et psychopathologique des blessures de guerre. Ann Med-Psychol 2012;170(4):238-43.

106. Barrois C. Le traumatisme second : le rôle aggravant des milieux socio-professionnel, familial, médical, dans l'évolution du syndrome psychotraumatique. Ann Méd-Psychol 1998;156(7):487-492.

107. Lavoie V. Déterminants psychosociaux de l'ajustement psychologique chez les militaires souffrant d'un état de stress post-traumatique [en ligne]. Thèse Psychologie. Québec : Université Laval, 2011, 139 p. Disponible sur : www.theses.ulaval.ca/ 2011/28208/28208. pdf (consulté le 15/08/2015).

108. Josse E. Etat de Stress Aigu et Etat de Stress Post-Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5 ? [en ligne] In : Résilience psy. 26 novembre 2013. Disponible sur : http://www. resilience-psy.com/spip.php?article46.

ANNEXES

Annexe 1: ESPT dans le DSM-IV-TR [4]

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
(1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;
(2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
Note : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
(1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;
Note : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
(2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse :
Note : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
(3) Impression ou agissements soudains «comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) ;
Note : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.
(4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;
(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

C. Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes ;
(1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;
(2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
(3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;
(4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
(5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;
(6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;
(7) Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes :
(1) Difficulté d'endormissement au sommeil interrompu ;
(2) Irritabilité ou accès de colère ;
(3) Difficulté de concentration ;
(4) Hypervigilance ;
(5) Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :
Aigu : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois,
Chronique : Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :
Survenue différée : Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

Changements apportés par le DSM-5 : [108]

Le DSM-5, cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* [5] paru en 2013, a créé un nouveau chapitre pour les **« *Troubles liés aux traumatismes et au stress* »** (« Trauma and Stress-Related Disorders »). Initialement classés dans les troubles anxieux, l'état de stress aigu et l'ESPT migrent donc vers cette nouvelle catégorie.

Elle inclut :

- l'état de stress post-traumatique (ESPT) ;
- l'état de stress aigu ;
- le trouble réactionnel de l'attachement ;
- le trouble d'engagement social désinhibé ;
- le trouble d'adaptation ;
- le trouble lié aux traumatismes et au stress spécifié ;
- le trouble lié aux traumatismes et au stress non spécifié.

Cette nouvelle catégorie vise à mettre en évidence des caractéristiques qui distinguent ces troubles des autres troubles anxieux.

Les principales différences concernant ces troubles par rapport au DSM-IV-TR ont été décrites par l'*American Psychiatric Association* (APA).

Elles comprennent notamment l'abolition du critère diagnostique du DSM-IV-TR (critère A2) concernant la réaction émotionnelle à l'événement traumatique ("la réponse du sujet a impliqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur"). En effet, le DSM-5 n'exige pas que l'individu ait manifesté une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur face à l'événement.
De plus, alors qu'il y avait trois ensembles de symptômes dans le DSM-IV-TR (la reviviscence (B), l'évitement et l'émoussement de la réactivité générale (C), ainsi que l'hyperactivation neurovégétative (D)), il y en a quatre dans le DSM-5 car l'ensemble évitement/émoussement de la réactivité générale a été divisé en deux : l'évitement (**critère C**) d'une part, et les *altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur* (**critère D**) d'autre part composé de*s* symptômes d'engourdissement émotionnel auxquels ont été adjoints deux nouveaux symptômes (le blâme persistant par rapport à soi ou à autrui, et les émotions négatives persistantes de l'humeur (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte)).
Quant au **critère E** regroupant les signes témoignant de l'hyperactivation neurovégétative, il reprend les symptômes de l'ancien cluster D ainsi qu'un nouvel item, le *comportement autodestructeur ou imprudent.*
Un critère supplémentaire, le **critère H**, a été ajouté et précise que les troubles ne peuvent être attribués à la prise d'une médication, à un abus de substance psychotrope ou à une maladie.

Enfin, pour que les troubles présentés puissent être qualifiés de stress aigu ou de stress post-traumatique, il est impératif que la personne ait été exposée à un événement adverse (**critère A**). Le DSM-5 ajoute aux événements traumatisants retenus dans le DSM-IV-TR (la mort ou la menace de mort, les blessures graves ou la menace de telles blessures et la menace pour l'intégrité physique), une circonstance spécifique, l'agression sexuelle et la menace d'une telle agression. Cependant, alors que le DSM-IV-TR considérait que seules les victimes directes pouvaient souffrir d'un trouble post-traumatique aigu ou chronicisé, la nouvelle version admet qu'un sujet puisse être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe (famille et amis proches) ou parce qu'il a été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles.

Autre nouveauté majeure apportée au PTSD dans le DSM-5 : le diagnostic demande de préciser si la personne présente des symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et/ou de déréalisation.

Changement important encore, l'élimination de la spécification liée à l'évolution de l'affection (aigue ou chronique).

Annexe 2 : Echelle PCLS

Questionnaire PCLS de dépistage des états de stress post-traumatiques

Veuillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème **dans le mois précédent**.

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées des images en relation avec cet épisode stressant	1	2	3	4	5
2. Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet évènement	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre)	1	2	3	4	5
4. Se sentir bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant	1	2	3	4	5
6. Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui	1	2	3	4	5
7. Eviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenirs de parties importantes de l'expérience stressante	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir	1	2	3	4	5
10. Se sentir comme distant ou coupé des autres personnes	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e)	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer	1	2	3	4	5
16. Etre en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement	1	2	3	4	5

<u>Annexe 3</u> : Pièces nécessaires à la constitution d'un dossier de PMI du titre du CPMIVG pour les militaires

PIÈCES D'ÉTAT CIVIL.	COMMENTAIRES.
- copie de la carte nationale d'identité en cours de validité ;	
- ou extrait de l'acte de naissance avec mentions marginales ;	Vérification de la situation de famille du postulant, s'il est titulaire d'une rente ou s'il a un enfant infirme.
- déclaration de situation de famille.	
PIÈCES ADMINISTRATIVES.	COMMENTAIRES.
- demande de pension signée, précisant la nature exacte de la ou des infirmités à examiner et comportant la date d'enregistrement à l'unité ou à l'organisme d'emploi ou au groupement de soutien de la base de défense (pour les militaires en activité de service) ou au service de l'ONAC territorialement compétent (*cf.* point 1.1.1.2. de la circulaire n° 230125 du 12 février 2010, pour les militaires radiés des cadres ou des contrôles) ou à la sous-direction des pension (pour les militaires radiés des cadres ou des contrôles lorsqu'ils résident à l'étranger, hors pays du Maghreb) ainsi que le n° INSEE (de sécurité sociale) ;	La date de réception permettant de fixer le point de départ du droit à pension, doit être apposée le plus rapidement possible pour ne pas léser le militaire. La circulaire n° 230125 du 12 février 2010 fait état d'ouverture du dossier à l'initiative de l'intéressé ou de mise en instance à l'initiative de l'administration.
- jugement de tutelle et certificat de non-recours le cas échéant ;	Si le demandeur est placé sous tutelle, la demande de pension doit être signée par son représentant légal et être accompagnée du jugement de tutelle et du certificat de non-recours.
- état signalétique et des services à jour comportant notamment la durée et la désignation des campagnes dans les territoires extérieurs ou des séjours effectués dans le cadre d'opérations extérieures (OPEX) ;	Classification dans une catégorie notamment pour les hors-guerre (article L. 4123-4 du code de la défense) cela leur permet de bénéficier du régime de la présomption. Exactitude du grade.
- document identifiant la mission opérationnelle avec date de début et de fin ;	Application de l'article L. 2-4° du code des PMIVG.
- réserviste : copie de la convocation précisant les dates de début et de fin de la période de réserve ;	Examen des droits spécifiques.
- rapport circonstancié du commandant de formation administrative ; - extrait du registre des constatations ;	Ces deux documents sont nécessaires pour apporter la preuve d'origine de la ou des infirmités.
- justificatif de la possession éventuelle d'un statut (anciens prisonniers, anciens résistants, internés résistants, déportés résistants, membres des FFI, PVM, VCA) accompagné des pièces justifiant la reconnaissance du statut.	La carte relative au statut est notamment utile pour la détermination des dispositions spéciales applicables en matière d'imputabilité, de consolidation etc.
PIÈCES MÉDICALES OU D'ORDRE MÉDICAL.	COMMENTAIRES.
- livret médical avec toutes les pièces annexes (extrait du registre médical d'incorporation, relevé des indisponibilités) ;	Elles permettent notamment de rechercher si : - antérieurement aux faits invoqués le postulant à pension a été victime d'autres incidents ayant pu provoquer l'apparition de l'infirmité ; - s'il s'agit d'une affection constitutionnelle.
- toutes pièces médicales se rapportant à la blessure ou la maladie détenues par le service médical du corps ou par l'intéressé (certificat d'origine de blessure ou de maladie, billet d'hospitalisation, séjour à l'infirmerie).	

<u>Annexe 4</u> : Consentement écrit de participation à l'étude

Formulaire de consentement destiné au militaire

Dans le cadre de la recherche dont le but est de mieux comprendre les besoins des militaires souffrant d'Etat de Stress Post-Traumatique, je soussigné(e) :

M. ……, certifie :

- Avoir été informé(e) sur le déroulement et les objectifs de l'étude ;
- Avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à cette étude ;
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même ;
- Est informé(e) du respect du secret médical et de la plus stricte confidentialité des informations recueillies ;
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document ;
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin de l'étude, à savoir au plus tard fin 2015.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer à l'étude.

Fait à : ……, le ……

Signature :

<u>Annexe 5</u> : Guide des entretiens semi-directifs

GUIDE D'ENTRETIEN

<u>Introduction de l'entretien semi-directif</u> :
Je réalise dans le cadre de ma thèse de doctorat une étude concernant votre trouble (l'Etat de Stress Post-Traumatique) qui vous a amené à consulter ici. Accepteriez-vous de répondre à quelques questions à ce sujet ?
Lors de cet entretien, je vais donc vous poser plusieurs questions.
L'objectif de cet entretien est de vous donner toute liberté de parole, afin que vous puissiez vous exprimer sur votre expérience et votre ressenti à propos de la prise en charge de votre problème.
Il est important que vous sachiez qu'il ne s'agit absolument pas d'un contrôle de vos connaissances. Vous pouvez tout dire, l'objectif est vraiment de savoir ce que vous, en tant qu'individu et militaire, vous pensez de tout cela. C'est pourquoi je vous prie de répondre de manière la plus honnête possible.
<u>Modalités de l'entretien</u> :
Cet entretien est bien sûr strictement confidentiel et devrait durer entre 45 minutes et 1h.
Je suis tenue au secret médical et les réponses que vous me donnerez resteront donc évidemment strictement anonymes.
L'entretien est enregistré et sera retranscrit en vue d'analyses que nous allons effectuer ultérieurement. Les résultats seront généraux et retranscriront ce que vous, et vos collègues militaires également interrogés, pensez. Le but est de faire une synthèse de vos différents ressentis pour voir ce qu'il en ressort.
Sachez que les entretiens en face à face enregistrés respectent les conditions légales prévues par la Commission Nationale d'Informatique et Libertés. Les enregistrements seront détruits au bout d'1 an environ c'est-à-dire dès ma thèse soutenue, soit fin 2015.
Pour enregistrer cet entretien, nous avons besoin de votre accord écrit.

Peut-on commencer ?

I) Recueil de données sociodémographiques / antécédents :
- Sexe : homme femme - Age :
- Statut matrimonial légal : célibataire pacsé marié divorcé veuf
- Vit en couple : oui non - Nombre d'enfants
- Niveau scolaire/Diplôme obtenu le plus élevé :
Brevet des Collèges BEP/CAP BAC Etudes supérieures/post-BAC Autre diplôme
- Date d'engagement :
- Arme : Terre Air Marine Gendarmerie
- Régiment : ……..
- Régiment lors de l'évènement traumatique :
- Grade : …….. MDR sous-officier officier
- Fonction :
- Fonction à l'époque de l'évènement traumatique :
- Activité actuelle : militaire en poste (même poste) changement de poste/réorientation mutation en arrêt-maladie en CLDM réformé vie civile envisagée vie civile
- Nombre d'OPEX :
- Lieux des OPEX :
- Lieu et date OPEX traumatique : - Mandat si OPEX :
- Blessé physique : oui non Si oui, localisation(s) blessure(s) :
- Evènement traumatique (qui revient en syndrome de répétition) :
- Antécédent de suivi psychologique/psychiatrique : oui non
Si oui : motif(s) : ……..

- Suivi psychologique/psychiatrique de son ESPT : oui non
  Si oui : civil militaire

- score PCLS :

II) Entretien :

Thème n°1 : Sentiment sur la reconnaissance du trouble par l'Institution militaire

Nous allons commencer par parler de votre trouble (l'Etat de Stress Post-Traumatique) qui vous a amené à consulter ici.

Question 1 :

- Quand vous êtes-vous rendu compte de vos symptômes ?

- Comment vous en êtes-vous rendu compte / par quels symptômes ?

Question 2 :

- A qui avez-vous parlé de vos symptômes au départ ? (proches/militaires)

- Comment avez-vous présenté votre trouble ? Comment en avez-vous parlé ?

- En avez-vous parlé au régiment ou ailleurs dans le milieu militaire ?
  * si OUI : qu'avez-vous ressenti lorsque vous l'avez fait ?
  * si NON : pourquoi ?

- Et au niveau médecin, vers qui vous êtes-vous tourné au départ : médecin civil ou militaire ? Pourquoi ?

Question 3 :

- Aviez-vous des attentes au départ en en parlant au régiment ? Quelle aide attendiez-vous de la part de l'Armée ?

- Que pensez-vous de la réponse apportée par l'Armée à votre problème ?

- En êtes-vous satisfait ? Est-ce ce que vous en attendiez (de l'Armée)?
  * quels ont été, pour vous, les points positifs de l'accompagnement par l'Armée ?
  * que vous a-t-il manqué ?

Question 4 :

- Avez-vous le sentiment que le syndrome post-traumatique est reconnu par l'Armée ?

- Quelles marques de reconnaissance de votre blessure psychique, (avez-vous l'impression que) l'Armée vous a-t-elle témoignées ?

- Avez-vous le sentiment que l'Armée reconnaît l'Etat de Stress Post-traumatique (c'est-à-dire le trouble dont vous souffrez) comme une blessure de guerre ? Pourquoi ?

Thème n°2 : Sentiment sur l'information donnée par l'Institution sur les démarches

Maintenant, nous allons aborder la question de l'information.

Question 1 :

- Avez-vous été informé, par l'Armée, sur ce syndrome à un moment donné ?

- Par qui ? Comment / par quels moyens / sous quelle forme ?

- Que pensez-vous des moyens d'information utilisés ?

Question 2 :

- A présent, que pensez-vous, non pas des moyens, mais du contenu de l'information délivrée par l'Armée sur votre trouble ?
- Cette information vous a-t-elle été utile ?
  * Si OUI, en quoi vous a-t-elle été utile ?
  * Si NON, pourquoi ?

Question 3 : Que proposeriez-vous pour informer les militaires sur ce trouble ?

Thème n°3 : Sentiment vis-à-vis des mesures de réparation mises en œuvre et/ou connues du patient

A présent, je vais vous poser des questions sur la réparation.

Question 1 :

- Si je parle de « réparation », qu'est-ce que cela vous évoque / veut dire pour vous ?
- Que pensez-vous de la réparation financière ?

Question 2 :

- Quelle réparation attendez-vous de l'Armée ? Pourquoi ?

Question 3 :

- A votre connaissance, quelles mesures de réparation de votre trouble, l'Armée propose-t-elle à ses militaires ?
- Que pensez-vous des (de ces) mesures de réparation offertes aux militaires ayant un Etat de Stress Post-Traumatique ?

Synthèse / parole libre de l'interviewé

Question 1 : Quel est le point qui vous a semblé le plus important dans tout ce que nous venons d'évoquer par rapport à votre trouble ?

Question 2 : Avez-vous des commentaires ou des remarques sur les sujets que nous avons abordés au cours de cet entretien ? Quelque chose que vous voudriez ajouter ou une question subsidiaire que vous auriez souhaité que je vous pose ?

III) Mesures de reconnaissance - réparation effectives :

- Est passé par le sas de décompression : oui non
  - Où ? :
  - Utile ? : oui non
  - Pourquoi ? :
- A reçu une médaille/décoration suite à son retour d'OPEX : oui non
  - Laquelle ? :
  - Importance/valeur symbolique aux yeux du militaire traumatisé psychique ? oui non
  - Pourquoi ? :
- A reçu une lettre de félicitations/citation : oui non
  - Laquelle ? :
  - Importance symbolique aux yeux du militaire traumatisé psychique ? oui non
  - Pourquoi ? :
- A été en contact avec le BEH (Bureau Environnement Humain) de son régiment : oui non

o Utile ? oui non
o Pourquoi ? :

- A été en contact avec la CABAT : oui non
o Utile ? oui non
o Pourquoi ? :

- A reçu un dossier de demande de PMI : oui non

- Si non, souhaite le demander : oui non
o Pourquoi ? :

- Si oui, a rempli ce dossier de demande de PMI : oui non
o Si non, pense le faire ? oui non
o Pourquoi ? :

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et pour la sincérité de vos réponses.

Je vous assure à nouveau de l'anonymat et de la confidentialité de cet entretien.

<u>Annexe 6</u> : Résultats détaillés d'ALCESTE

Vocabulaire spécifique de la classe 1 :
compte+(41), unite+(38), afghanistan(46), commandant_d(21), monde+(31), rentr+er(35), opex(18), exterieur+(8), combat+(7), compagnie+(22), fierte+(9), gens(42), groupe+(9), numero+(8), part+(23), rendu+(15), soldat+(9), envo+yer(16), parl+er(89), rendre.(16), revenir.(19), souvenir.(12), ancien<(10), format+ion(10), individu<(7), amphi+(8), chef_de_section(11), chypre(10), percy(9), stress_post_traumat(12), adjoint+(5), beau+(6), courant+(10), francais+(5), norma+l(16), boulot+(14), detail+(7), fin+(19), regiment+(40), connaitre.(18), laiss+er(17), partir.(24), tenir.(5), tomb+er(8), compris+(9), risque+(6), paris(6), affiche+(6), bureau+(12), colonel+(5), hopita+l(12), image+(6), lieutenant+(4), mail(4), notion+(4), poste+(5), confront+er(5), ecout+er(21), encadr+er(4), enfonc+er(4), pass+er(32), recevoir.(5), venir.(43), evid+ent(7), hont+e(5), assistante_sociale(6), chefs_directs(5), sas(4), sas_de_decompressio(7), justement(10), bilan+(3), comportement+(6).

Vocabulaire spécifique de la classe 2 :
commenc+er(32), enerv+er(27), fois(48), cauchemar<(20), collegue+(23), dormir.(22), pet+er(13), agressi+f(6), matin+(6), simple+(9), quasiment(7), alcool<(8), ami+(6), femme+(23), minute+(7), nuit+(15), reaction+(10), semaine+(23), soir+(10), calm+er(7), cri+er(6), devenir.(7), mettre.(37), mont+er(9), mut+er(8), pleur+er(10), regard+er(11), voir.(106), plombs(8), haut+(4), proche+(5), directement(11), tellement(8), vraiment(36), decembre+(5), septembre+(4), casse+(6), docteur+(8), epou+x(6), gamin+(5), genou+(4), larme+(5), maison+(10), milieu+(4), peur+(17), poids(6), pression+(6), rendez-vous(9), sommeil(5), train+(10), traitement+(6), aller.(114), arrang+er(5), comprendre.(21), craqu+er(5), endormir.(4), fin+ir(6), hesit+er(4), inquiet+er(4), marr+er(5), plaindre.(6), pouss+er(5), reflech+ir(6), retourn+er(11), reveill+er(5), appele+(9), arrete+(7), failli(6), hospitali<(5), permiss+ion(8), auxemery(5), couille+(5), fatigue(5), psy(19), re(6), sœur(6).

Vocabulaire spécifique de la classe 3 :
blessure+(21), reparation+(20), bless+er(28), repar+er(12), arme+(26), financier+(13), permettre.(12), milita+ire(23), clair+(5), difficile+(8), franchement(6), moyen+(7), sante+(6), aid+er(12), oubli+er(7), vir+er(7), phys+16(9), psycholog+16(15), souffr+ant(6), blessure_psychique(5), positi+f(7), dire+(42), etude+(4), jambe+(5), maladie+(3), mot+(5), niveau+(17), officier+(5), permis(4), sport+(4), continu+er(6), guer+ir(4), pa+yer(6), vivre.(9), bonne+(5), import+ant(9), medica<(9), oubli+e(3), reconnaiss+ant(10), aujourd(8), cabat(10), handicap+(3), hui(8), bonhomme+(4), mora+l(5), pire+(3), seul+(15), aide+(11), argent(4), commandement+(5), epaule+(3), famille+(10), guillemet+(3), histoire+(5), point+(3), prejudice+(3), reconversion(3), sens(7), soutien+(7), victime+(2), vie+(9), arret+er(4), avanc+er(5), detect+er(2), engag+er(4), essa+yer(13), fourn+ir(3), invent+er(2),invit+er(2), quitt+er(3), reconstruire.(4), souffrir.(5), compensat+ion(3), conscienc+e(2).

Vocabulaire spécifique de la classe 4 :
droit+(10), dossier+(13), gendarm+e(15), papier+(14), reponse+(10), propos+er(9), administrat<(8), rempl+ir(9), dossier_de_pension(6), rempli+(5), cas(10), commission+(5), demarche+(6), region+(4), ecrit<(4), plein+(10), attente+(3), courrier+(4), expert+(3), pension+(8), suite+(6), attendre.(10), battre.(3), renvo+yer(4), faite(4), metz(5), affaire+(2), attenti+f(6), long+(3), accident+(5), carriere+(5), dommage+(3), genera+l(4), accept+er(5),

accompagn+er(3), appel+er(10), debrouill+er(3), donn+er(12), expertis+er(3), assur<(2), explica<(2), blesse_de_guerre(2), personnel+(7), an+(10), appel+(1), baisse+(2), coup+(13), foyer+(2), guerison+(2), minimum(1), amen+er(3), indemnis+er(2), ramen+er(2), brugnot(1), euros(1), chaud+(2), indispensable<(2), mauvais+(3), necessaire+(2), enormement(2), notamment(2), juillet+(2), epoque+(3), impression+(4), mois(11), savoir+(4), apport+er(3), apprendre.(3), compliqu+er(3), pos+er(5), feuill+23(2), infirm+e(4), seri+eux(2).

Mots outils spécifiques de la classe 1 :
avec(77), devoir.(24), falloir.(53), il-me-semble(4), jamais(22), je-pense(71), non(65), ailleurs(4), autour(3), dans(78), en-face(2), ici(14), la-bas(24), la-haut(5), sur(56), apres(90), au-moment(3), avant(38), deja(41), demain(3), derriere(7), tout-de-suite(8), vers(5), assez(17), autant(4), bien(63), plus-d<(9), aussi(40), au-fond(3), au-lieu(3), en-meme-temps<(3), lors-d<(3), mais(140), par(22), parce(48), plutot(6), pourquoi(17), quand(67), sans(6), tant-que(4), elles(9), il(158), leur(22), nos(7), nous(48), ses(8), son(13), aucun+(9), certains(10), cette(16), chaque(4), en(215), il-y-a<(70), quelques(7), quelqu+(25), tel(4), aurait(10), avaient(11), avait(69), es(5), etaient(13), etait(134), sont(36), D(4), HEIN(7), etc(9), i(5), t(12), y(89).

Mots outils spécifiques de la classe 2 :
demi(4), fort(4), mal(27), ok(5), croire.(6), dire.(129), je-crois(13), juste(11), point(7), loin(3), loin-d<(3), partout(4), depuis(13), lendemain(5), longtemps(2), puis(53), moindre(3), moins(12), trop(21), alors(33), au-bout(13), a-force(3), comment(18), et(200), par-contre(7), pendant(17), pour-qu<(10), presqu+(4), sauf(2), je(246), lui(60), ma(55), me(143), mes(30), te(9), toi(5), ca(196), ces(9), des-qu<(13), est-ce<(14), personne(18), plusieurs(5), ai(161), as(7), avais(67), etais(55), eus(2), soient(2), sois(8), suis(76), A(11), J(46), d(80), j(217), m(119).

Mots outils spécifiques de la classe 3 :
entre(5), paraitre.(1), pouvoir.(41), savoir.(43), vouloir.(27), oui(37), pas(114), peut-etre(18), quand-meme(17), dessus(2), sous(3), maintenant(10), mieux(12), plus(43), tres(12), au-moins(7), bien-qu<(3), comme(43), du-moment(3), ensuite(3), en-tout-cas(3), malgre(2), meme(31), parce-qu<(49), par-exemple(3), puisqu+(4), si(40), surtout(9), eux(13), leurs(3), moi(64), sa(4), se(31), soi(1), vos(2), vous(21), autre+(24), ce(42), certain(3), ceux(5), ce-qu<(31), chacun+(2), ci(1), on(88),on-dit(2), quel(3), qui(71), qu+(137), tous(16), toute(5), voila(29), aurai(1), est(128), etre(21), sera(4), serait(8), AH(7), EUH(6), L(5), RIRES(9), S(2), Y(3), c(112), l(64), n(30).

Mots outils spécifiques de la classe 4 :
bon(24), ni(2), au-dessus(1), chez(6), pres(3), devant(6), vite(3), beaucoup(10), pas-mal-d<(2), tant(2), a-cause(2), donc(44), dont(1), du-moins(1), enfin(13), en-dehors(2), en-place(2), hormis(1), par-rapport(8), pour(56), quoiqu+(2), sinon(5), elle(22), ils(35), mon(24), tiens(1), celle(1), celui(2), cet(1), quelque-chose(9), quoi(31), aura(1), auraient(1), avez(6), avoir(10), ete(24), eu+(13), ont(19), soit(9), C(22), a(92), b(1).

Mots étoilés spécifiques de la classe 1 :
*act_n(283), *age_a(49), *age_e(46), *anc_b(125), *ao_16(46), *ao_2(73), *ao_3(30), *ao_5(49), *ao_8(66), *a_inf(261), *a_tr(27), *aé_t(356), *bp_n(307), *enf_n(27), *ff_c(255), *fo_c(229), *gr_mdr(277), *lf_o(297), *lo_Afgha(333), *méd_o(318), *no_5(91), *no_6(26),

*ns_a(75), *opex_o(366), *pcls_30(26), *pcls_36(49), *pcls_60(30), *pcls_68(66), *pcls_71(27), *sexe_f(27), *sm_m(335), *sp_c(144), *vce_o(177).

Mots étoilés spécifiques de la classe 2 :
*age_c(171), *ao_14(17), *ao_9(56), *asp_n(287), *a_san(71), *do_2011(95), *enf_o(319), *ff_m(92), *fo_m(101), *no_2(54), *no_7(51), *pcls_34(21), *pcls_37(33), *pcls_47(54), *pcls_53(51), *pmi_n(33), *sas_o(201), *sexe_m(319), *vce_n(198).

Mots étoilés spécifiques de la classe 3 :
*act_o(61), *ao_4(42), *a_fs(17), *a_train(42), *do_2006(17), *do_2009(63), *ff_s(62), *fo_s(62), *lf_n(79), *lo_Tchad(42), *méd_n(67), *no_1(64), *ns_b(96), *pcls_69(42), *pcls_70(17), *sm_c(69).

Mots étoilés spécifiques de la classe 4 :
*age_b(46), *age_d(31), *anc_c(83), *ao_18(17), *ao_7(37), *asp_o(25), *a_gend(58), *aé_gend(58), *bp_o(67), *do_2012(63), *do_2014(17), *gr_so(69), *lo_France(27),*lo_Guyane(31), *no_3(40), *no_x(27), *ns_c(28), *ns_d(46), *opex_n(27), *pcls_20(31), *pcls_52(17), *pcls_59(10), *pmi_o(114), *sas_n(85), *sp_m(102).

VU

NANCY, le **2 septembre 2015**
Le Président de Thèse

Professeur Jean-Pierre KAHN

NANCY, le **2 septembre 2015**
Pour le Doyen de la Faculté de Médecine
Le Vice-Doyen,

Professeur Karine ANGIOI

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE / 7077

NANCY, le **7 septembre 2015**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Ces dernières années s'est réopérée une prise de conscience des conséquences psychologiques des situations de guerre, et en particulier des blessures psychiques telles que l'état de stress post-traumatique (ESPT). Différentes mesures ont ainsi été mises en œuvre par le Ministère de la Défense pour aider le blessé psychique à bénéficier de soins et à se réinsérer dans la société. Cependant, aucune étude n'a étudié la perception de ces mesures par les militaires concernés.
L'objectif de ce travail est d'évaluer la perception subjective des militaires souffrant d'ESPT imputable au service concernant la prise en compte et la réparation de leur trouble par l'Institution. Nous avons réalisé une étude exploratoire qualitative à partir d'entretiens semi-directifs. Deux analyses ont été menées : une analyse lexicale du discours des blessés par le logiciel informatique ALCESTE, puis une analyse de contenu classique.
Quinze militaires français consultant à l'HIA Legouest de Metz pour ESPT imputable au service ont participé à l'étude. L'analyse ALCESTE a mis en évidence quatre classes de discours : le lien au service, la clinique psychotraumatique et sa prise en charge médicale, la reconnaissance et la réparation de la blessure, et les démarches administratives. L'analyse de contenu a précisé ces résultats en mettant en avant d'une part les soins médico-psychologiques dans un but non pas de « réparation » mais de « reconstruction » du blessé, et d'autre part, l'importance du soutien par les collègues de travail et en particulier par les chefs.

TITRE EN ANGLAIS :

« Recognition » et « repair » of mental disorders caused by war in the French Army : the military's subjective perception. A qualitative exploratory study of 15 French soldiers suffering from post-traumatic stress disorder attributable to service.

THÈSE DE PSYCHIATRIE – ANNÉE 2015

MOTS-CLÉS : état de stress post-traumatique, blessure psychique, militaire, reconnaissance, réparation, perception subjective.

MOTS-CLÉS EN ANGLAIS : post-traumatic stress disorder, mental injury, military, recognition, repair, subjective perception.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex