



Immersion en Communauté  
Rapport de stage

# Mémoires de guerre

Le syndrome de stress post-traumatique et l'armée américaine. Une leçon d'Irak et d'Afghanistan.

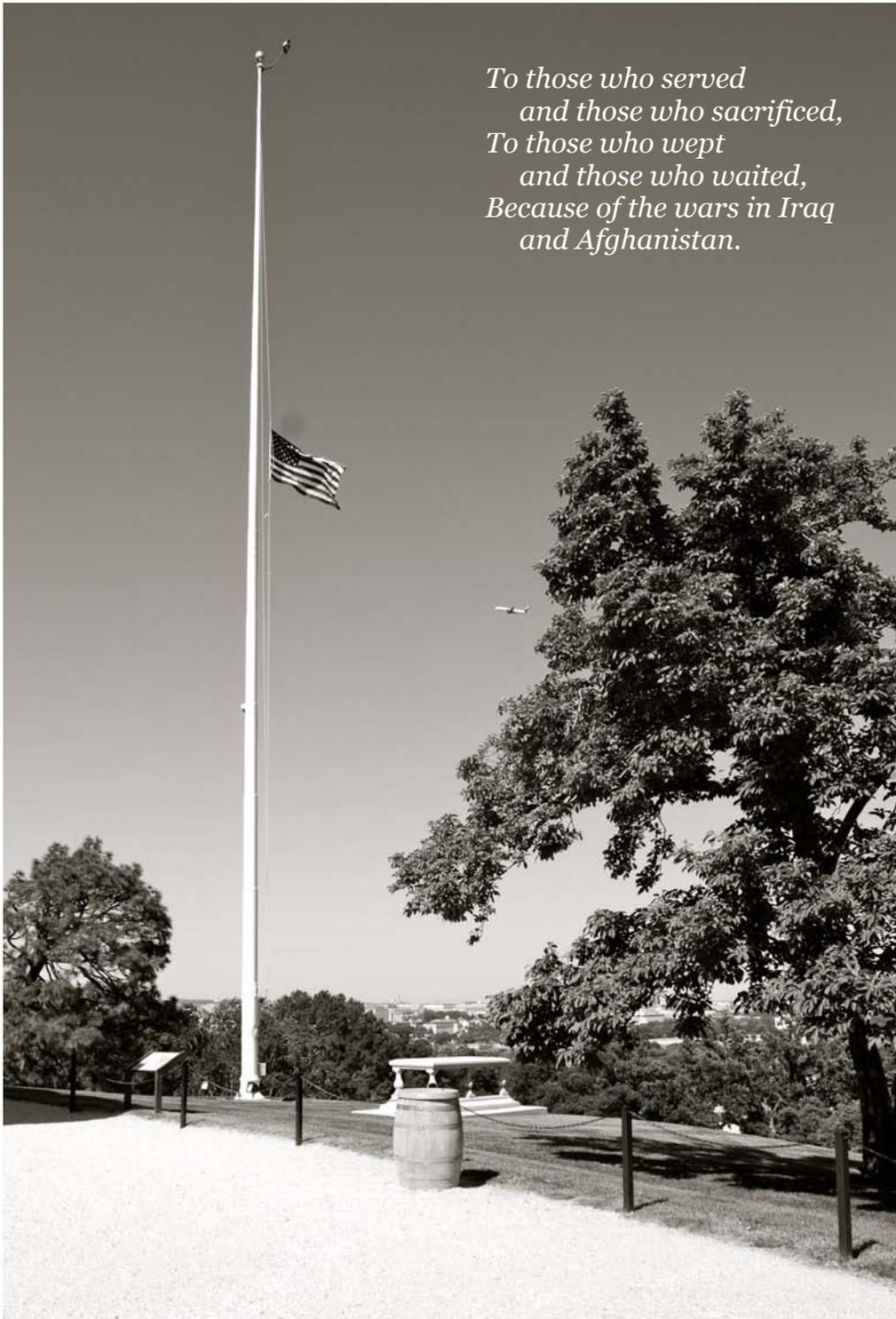
Proposé par  
**Jonas Getzmann**  
Avenue Krieg 20  
1208 Genève

A l'attention de  
**Prof. Philippe Chastonay**

Août 2011

**Laurent Levy**  
Route de Florissant 85  
1206 Genève

*To those who served  
and those who sacrificed,  
To those who wept  
and those who waited,  
Because of the wars in Iraq  
and Afghanistan.*



# Table des matières

<b>1</b>	<b>Abstract .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Quelques notions de guerre .....</b>	<b>13</b>
3.1	Du droit à la guerre .....	13
3.2	La rhétorique de guerre.....	17
3.3	L’abjection de l’Etat.....	21
<b>4</b>	<b>L’histoire du trauma et les débuts du PTSD.....</b>	<b>41</b>
<b>5</b>	<b>La biologie du PTSD ou la rhétorique de la mémoire.....</b>	<b>43</b>
5.1	Les caractéristiques diagnostiques .....	43
5.2	Les troubles mentaux associés.....	47
5.3	La prévalence.....	47
5.4	L’évolution.....	48
5.5	Les interactions gène-environnement .....	48
5.6	Le cerveau et le PTSD : circuits, plasticité et altérations .....	49
5.6.1	Conditionnement, extinction et évitement.....	50
5.6.2	Les études neurologiques sur le PTSD.....	51
5.6.3	Les amygdales .....	52
5.6.4	Les hippocampes .....	53
5.6.5	Le cortex cingulaire antérieur .....	54
5.7	La résilience ou le mythe du guerrier stoïque .....	55
5.8	Les traitements du PTSD .....	71
5.8.1	La thérapie cognitivo-comportementale (TCC).....	72
5.8.2	La thérapie EMDR.....	72
5.8.3	La thérapie psychopharmacologique .....	73
<b>6</b>	<b>Portraits de guerre.....</b>	<b>80</b>
<b>7</b>	<b>Les conséquences psycho-sociales du PTSD .....</b>	<b>95</b>
7.1	Violence et agressivité : l’autre guerre du vétéran.....	95
7.2	Déploiement et PTSD : un défi pour l’enfant .....	100
7.3	Le PTSD et l’abus de substances psycho-actives .....	104
7.4	Précarité sociale et précarité psychique : le vétéran pauvre .....	106

7.5	Désespoir et idéations suicidaires.....	114
<b>8</b>	<b>Du désastre naît le sens : le PTSD et la santé publique .....</b>	<b>117</b>
<b>9</b>	<b>Conclusion en devenir.....</b>	<b>130</b>
<b>10</b>	<b>Remerciements .....</b>	<b>131</b>
<b>11</b>	<b>Bibliographie .....</b>	<b>133</b>

**Figure sur la page de dédicace (Fig. 1)**

Robert E. Lee Memorial, *Arlington National Cemetery*, VA. La citation a été adaptée selon celle de Bernard Edelman dans *Dear America* <sup>[1]</sup>.

## 1 Abstract

Le présent travail étudie le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) parmi les vétérans de l'armée américaine déployés sur les fronts irakien et afghan. Nous décrivons les points clés de la théorie du syndrome de stress post-traumatique, dans le but d'acquiescer une vue globale du problème. Ainsi, les aspects neurobiologiques, psychologiques et sociaux du PTSD, mais également le point de vue des patients et de leurs familles seront analysés. Le but étant de démontrer les raisons pour lesquelles le PTSD doit être absolument considéré comme un problème majeur de santé publique aux Etats-Unis.

## 2 Introduction

*Cette introduction est fortement inspirée de ce que nous avons pu décrire lors de la motivation de notre projet. Volontairement, nous présentons à nouveau cette introduction. Elle nous permettra de marquer la présence, ou l'absence d'une quelconque évolution de notre conception et compréhension de la guerre, du soldat et de ses traumatismes.*

*Les autres Etats-Unis ou l'état de l'union*

C'est donc aux Etats-Unis que nous avons convenu d'aller. C'est donc aux Etats-Unis que nous avons convenu de nous immerger. Oui. Et avouons-le, cette décision serait apparemment susceptible d'en surprendre plus d'un. Pourquoi ? Reprenons. Lorsque la volonté vous vient de vous immerger dans une communauté étrangère, il est habituellement d'usage que votre raison vous oriente vers un pays en voie de développement, ou bien vers cette partie du monde développé toujours en développement, que l'on appelle le quart-monde. Misère, pauvreté, exclusion, maladies négligées, mortalités maternelle et infantile, justice sociale inexistante, droits humains violés, famine, ou action humanitaire doivent constituer les maîtres-mots de votre engagement. Le fait est que les Etats-Unis ne représentent, dans l'esprit collectif, rien de tout cela. Tout au contraire, ils n'ont de cesse d'être considérés comme la pure expression de l'hégémonie impérialiste : première puissance mondiale, première

puissance économique, première puissance militaire et première puissance académique.

Même s'il est indéniable que nous entretenons de forts liens d'amitiés avec les Etats-Unis, pour diverses raisons personnelles, qu'on ne s'y méprenne, nous n'avons ici vocation à démontrer la grandeur d'un quelconque état-continent. Car notre intérêt réside en cela : si la grandeur attire, elle repousse et déçoit aussi. Il serait alors opportun de dresser quelques clarifications essentielles à la compréhension objective de ce pays, mais également essentielles à la compréhension de notre conception de l'engagement. Aux Etats-Unis, si la pauvreté s'est substituée à la misère, la pauvreté existe, ancrée : c'est ainsi que près de 14 pour-cent de la population vit dans une pauvreté déshonorante, soit environ 42 millions d'américains. Aux Etats-Unis, mais comme ailleurs, l'exclusion est sœur de pauvreté. Des millions d'américains vivent ainsi exclus : exclus du système éducatif, exclus du système de santé, exclus de l'emploi, exclus de l'aide social, exclus de leurs maisons. Exclus, tout simplement. Aux Etats-Unis, un droit humain obligatoirement fondamental et universel n'est pas assuré : le droit à la santé. Quoique l'on puisse en dire, le système de santé y est gigantesque, tentaculaire, complexe et incompréhensible. Mais *une* caractéristique peut être distinctement mise en exergue : près de 50 millions de citoyens américains ne possèdent toujours pas d'assurance maladie, indépendamment de ce qui peut nous arriver de lire sur les réformes entreprises par le Président Barack Obama. N'y voyez quelconque allusion politique, mais plutôt une réalité objective. Nul doute qu'un tel état de fait ne peut qu'avoir des répercussions dévastatrices en terme de santé publique. Illustrons cet argument à l'aide d'un seul exemple frappant : la santé maternelle. Quelques 1.7 million de femmes, ce qui représente un tiers de l'ensemble des femmes enceintes dans le pays, souffrent chaque année de complications liées à la grossesse. Une femme sur quatre ne reçoit pas de soins prénataux appropriés, et ce, dès le premier trimestre, contribuant ainsi à l'augmentation insupportable du taux de mortalité maternelle dans certaines catégories de la population.

Certains diront alors que l'on a présenté ici des caractéristiques correspondantes à une constante corrélée à la construction inégalitaire de pays fortement développés. Oui, peut-être, en partie. Dans une moindre mesure, tout cela existe malheureusement ailleurs, dans certains pays européens par exemple. Mais les Etats-Unis se distinguent par la dureté de leurs interactions sociales, Individu-Individu ou Etat-Individu. Pour comparaison, la France peut être considéré comme un pays

d'assistanat, où l'Etat fort tient une place centrale. A l'opposé, les Etats-Unis sont fondés sur de vieilles idéologies religieuses et conservatrices, où l'Etat peut être très puissant, mais n'est pas là pour vous. Dans un pays où l'individualisme est si grand, lorsque votre ascension est singulière, votre retombée l'est aussi. C'est donc un peu cela les *Etats-Unis*.

### *Un choix contesté ou contestable*

Il ne vous aura sans doute échappé qu'il n'était, jusqu'à présent, question d'une quelconque motivation de notre part. Nous nous sommes uniquement obstinés à présenter brièvement les fragilités incontestables d'un pays qui nous tient à cœur. Il ne va pas sans dire que le fait d'avoir choisi comme pays d'accueil les Etats-Unis nous contraint à une plus grande justification. C'est, tout du moins, ce qu'il nous est possible de ressentir au quotidien, lorsqu'il nous arrive d'exposer notre projet à d'autres étudiants, médecins, voire même à des personnes extérieures à ce domaine d'expertise. Lorsque nous affichons notre souhait d'étudier un problème de santé publique aux Etats-Unis, les réactions sont partagées entre encouragement ou enthousiasme, et, critique ou dévalorisation. « Ce n'est pas un choix très original », diront certains. Pourquoi y a-t-il toujours une antinomie si manifeste entre *Etats-Unis* et *engagement humain, médical* ou *communautaire* ? Nous ne sommes pas de ceux qui partagent cet avis. Notre choix est fait et nous l'assumerons pleinement au regard des raisons évoquées plus haut.

Mais ne nous arrêtons pas ici. Nous n'avons même pas encore concrètement dévoilé le thème de notre projet, ni même la communauté concernée.

Nous avons décidés d'étudier le *syndrome de stress post-traumatique*, aussi appelé *PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)*, affectant les vétérans de l'armée américaine, ayant servi, ou servant toujours, durant les conflits armés d'Irak et d'Afghanistan. Là encore, lorsque nous expliquons notre projet, les réactions ne se font pas attendre. Et peut-être légitimement. Les visages se glacent, les regards se figent, les sourires se crispent. Généralement, les personnes impliquées ne s'intéressent que très peu au sujet, ce traumatisme épouvantable qu'est le PTSD, mais se focalisent exclusivement sur la population étudiée : l'armée américaine. Pourquoi ? Très probablement car les conceptions populaires de cette armée ont radicalement changé, façonnées par des

situations géopolitiques mouvantes et complexes, ainsi que par des années de conflits extérieurs, auxquels des millions de citoyens de part le monde se sont révélés hostiles. Ne mentionnons que pour exemple la guerre du Vietnam, ou les deux guerres du Golf. Aussi, car les conceptions populaires de la guerre ont changé. Tout le monde se dit à présent incarner de *la* morale universelle. Explicitement, mais naïvement, on implore que la guerre n'est pas *morale*, et que ceux qui la pratiquent le sont encore moins. Difficile de qualifier alors l'armée américaine, si l'on veut être le plus représentatif du sens commun. Une armée impérialiste ? Une armée d'occupation ? Une armée ne comptant dans ses rangs aucun soldat, mais bon nombre de « tueurs », des tueurs à qui l'on appris à tuer, comme le disent certains américains : « killers that are trained to be killers ». Une armée de criminels de guerre éliminant des civils innocents.

Il est alors aisé de nous opposer le fait qu'en voulant s'intéresser à cette population si particulière qu'est l'armée, l'on puisse tendre à faire victime une entité qui ne l'est pas. Aujourd'hui, les soldats ne peuvent se dire victimes, uniquement coupables. La culpabilité est devenue indissociable du métier des armes. Mais coupables de quoi ? Coupables de défendre ou d'attaquer ? Coupables de sauver ou de tuer ? Coupables de libérer ou d'occuper ? Coupables d'abandonner leurs femmes et enfants, ou celles et ceux des autres ? Nous n'en savons rien. Ce que nous osons savoir, par contre, c'est que cette représentation précise de l'armée, au sens large, et des soldats, au sens restreint, peu importe leur grade, constitue un point crucial dans l'élaboration de notre projet. Oui, concevez ici que nous ne nous intéressons guère à la première des victimes de la guerre, le civil afghan ou irakien, mais au « bourreau » américain. Aux yeux de certains, cela reviendrait à vouloir comprendre le *tueur* plutôt que le *tué*, le *violeur* plutôt que le *violé*.

Soit. Une culpabilité aux semblants ontologiques. Une culpabilité aux conséquences dévastatrices sur la santé mentale d'un soldat : un homme avant tout. Une culpabilité qui ne les abandonne jamais, pas même après le combat, pas même après la guerre, pas même après la mort.

Voilà une digression pour nous rappeler deux éléments essentiels. Premièrement, les Etats-Unis sont une nation en guerre. Deuxièmement, une aspiration à la profession médicale ne doit entraver l'intérêt à aucune population, quelle qu'elle soit.

## *Les Etats-Unis en guerre : quatre ou cinq chiffres*

L'on ne s'en rend pas compte. Les Etats-Unis sont en guerre, au front de deux guerres. Les théâtres sont différents. Les conséquences sont semblables.

La première : le 7 octobre 2001. C'est la *guerre d'Afghanistan*, également connue sous le nom « *d'opération liberté immuable* » (*OEF* ou *Operation Enduring Freedom*). 1'752 soldats américains sont morts. 13'000 soldats américains sont blessés, mutilés de façon visible, physiquement, ou de façon invisible, psychiquement. L'opération est toujours en cours. De nouveaux morts et blessés viennent quotidiennement alourdir ces bilans effroyables. Plus de 100'000 soldats sont actuellement basés en Afghanistan.

La seconde : le 20 mars 2003. C'est la *guerre d'Irak*, également connue sous le nom « *d'opération liberté pour l'Irak* » (*OIF* ou *Operation Iraqi Freedom*). 4'474 soldats américains sont morts. 49'396 soldats américains sont blessés, mutilés de façon visible, physiquement, ou de façon invisible, psychiquement. L'opération a officiellement pris fin le 31 août 2010. Malgré cela, de nombreux morts et blessés sont à redouter. 50'000 soldats sont actuellement basés en Irak.

### *Plus précisément*

Maintenant, nous nous devons d'aborder plus précisément l'étrange déclencheur qui a fait que nous nous retrouvons, aujourd'hui, à vouloir étudier cette problématique qu'est le PTSD au sein de l'armée américaine. L'origine de cette idée tient sûrement dans la lecture des colonnes du *New York Times*, célèbre quotidien américain. C'est le parcours méthodique d'une série d'articles consacrés à la guerre en Afghanistan qui a très certainement joué un rôle déterminant dans le choix de notre projet. Cette série d'articles, rédigé par le photojournaliste Damon Winter, s'intitule *A Year at War, Une Année à la Guerre*. Dans cette section du journal, Damon Winter, immergé en Afghanistan dans les bataillons d'un régiment d'infanterie de l'Armée Américaine, rend compte de la guerre dans son état le plus brut. Il place une véritable emphase sur le soldat américain et son entourage. Ses motivations, ses réticences, ses craintes, ses doutes, ses espoirs, ses joies, ses peines, sa violence, sa culpabilité : l'analyse est fine, mais parfois choquante, bouleversante, et brutale. Le visionnage

privilegié de séquences de combats meurtriers auxquels participaient des soldats américains a laissé une empreinte durable sur notre conception généraliste de la guerre. Voir ces soldats, à peine plus âgés que nous, cigarette à la bouche, perdre le bras, perdre la jambe. Voir ces soldats, à peine plus âgés que nous, encore adolescents, en pleine construction, ne sachant pas trop pourquoi ils combattent, tomber au champ d'honneur de la guerre. Voir ces soldats, à peine plus âgés que nous, se suicider sur le champ de bataille, devant la violence insoutenable de la guerre. Et puis écouter ces très jeunes soldats pleurer, regrettant d'avoir laissé une femme et un enfant dans leur pays, n'avouant jamais avoir peur de mourir, culpabilisant, toujours. Ou les écouter, tout excités d'avoir pu participer à leur première bataille, d'avoir pu tirer, crier, ou gueuler. Damon Winter nous a indubitablement fait imaginer ce que *guerre* signifie. Oui, uniquement imaginé : car nous n'avons jamais connu la guerre, et espérons ne jamais la connaître. C'est ce qui nous a bouleversé : quelles conséquences la guerre peut-elle avoir sur la santé mentale, sur le fonctionnement psychique des soldats et de leur famille ? Lorsque l'on a 19 ans, lorsque l'on perd une jambe et assiste à la levée de dépouille de son frère d'armes, sort-on indemne de la guerre ? Qui sort indemne de la guerre ? Est-ce simplement possible ? Lorsque l'on a 19 ans, lorsque l'on est déployé comme un pion à la guerre pour défendre des valeurs de liberté que l'on ne comprend même pas soi-même, et que l'on porte dans la culpabilité de la mort d'un innocent, sort-on indemne de la guerre ? Nous n'aurons peut-être pas l'opportunité d'aborder ce sujet dans notre travail : les femmes soldats. Comment vivent-elles la guerre ? Car il faut se rendre compte que la logique de la guerre a changé. Depuis le Vietnam, les femmes ont acquis une nouvelle position dans les rangs armés. Auparavant, elles étaient réquisitionnées aux tâches administratives et ménagères. Aujourd'hui, les femmes combattent, tout autant que les hommes. Ceci est un point important à ne pas omettre. Retenez qu'un enfant peut à présent perdre son père à la guerre, comme il peut perdre sa mère.

Imaginez. Si l'on ne sort pas indemne d'une simple expérience journalistique, aussi poignante soit-elle, quand est-il des soldats ? Ici, il n'est pas question de faire victime, coupable ou innocent qui que soit. Par un regard neutre en apprentissage que peut se permettre d'avoir un étudiant en médecine, nous aimerions simplement comprendre. Et vouloir modestement comprendre le fonctionnement cognitif de soldats revenant de la guerre vous fait obligatoirement vous intéresser au syndrome de stress post-traumatique : cette défaillance de la mémoire qui fait durer la guerre, in-

définiment. Mais nous ne souhaiterions pas avoir une vision hémiplégique du problème. S'intéresser au PTSD ainsi qu'au soldat ne constitue pas un tout. La famille, les enfants, les décideurs politiques doivent être abordés pour tendre à la vision communautaire la plus globale possible.

### *Un problème de santé publique*

Alors, lorsqu'il convient d'aborder une problématique de santé qui ne touche pas la population habituellement étudiée, l'on s'empresse de s'interroger : mais où se trouve donc la dimension globale, communautaire ou publique de ce projet ? Il est, en effet, peu évident de répondre à cette interrogation sans quelques connaissances de l'armée et de ce qu'elle représente aux Etats-Unis, ainsi que du contexte social et politique qui prévalent dans ce pays. Néanmoins, il n'est pas question de préciser ces sujets maintenant. Mais l'on se doit d'ajouter des précisions cruciales.

Ainsi, rappelons quelques chiffres clés pour mieux comprendre. L'armée américaine, de part son effectif, possède à elle seule, un caractère populationnel. Si l'on combine les membres actifs et de réserve, l'on peut clairement établir que ses rangs comptent un peu plus de 1'300'000 soldats. En rapport avec cet effectif global de l'armée de terre, précisons encore le nombre de soldats engagés, respectivement, en Irak et en Afghanistan : 300'000 et 100'000 soldats américains. Et, dans cette valse de chiffres, les milliers de morts ainsi que les dizaines de milliers de blessés qu'il nous est déjà arrivé de citer plus haut, ne doivent laisser quiconque indifférent. Finalement, sur les quelques 500'000 vétérans qui sont traités dans les *VA Hospitals* aux Etats-Unis (hôpitaux pour les vétérans), les chiffres les plus optimistes affirment qu'environ 180'000 personnes ont été diagnostiquées comme souffrant d'un traumatisme psychologique ou psychiatrique lié à la guerre (PTSD). Nous avons souligné que ces chiffres sont optimistes, car ils ne prennent pas en compte les milliers de soldats américains qui, par fierté ou par peur, n'osent révéler le traumatisme dont ils souffrent, et avec lequel ils vivent, engagés, au jour le jour.

La manière la plus appropriée d'appréhender la problématique de santé publique serait de la résumer crûment : les récents conflits armés initiés par les Etats-Unis ont créé, à très vaste échelle, une population d'*infirmes* et de *malades mentaux*. D'abord, les handicapés, autrement dit tous ces soldats ayant perdu un bras, une

jambe, parfois les quatre membres, et étant contraint de réorganiser complètement leur vie. Ensuite, les malades mentaux, autrement dit tous ces soldats atteints d'un traumatisme psychique infligé par la guerre, mais également tous ces soldats dépressifs, souffrant de douleurs invisibles mais permanentes, tous ces soldats que la guerre aura définitivement transformée. Quelle société américaine est-on en train de construire ? Pensons, ne serait-ce qu'un instant, aux conséquences sociétales durables de la guerre. Pensons à ces centaines de milliers de vétérans vivant dans l'enfer du syndrome de stress post-traumatique, évitant leur famille, évitant leurs amis, évitant la société, vivant en permanence le cauchemar de la guerre. Mais pensons également à leurs familles, à tous ces enfants dont un parent est marqué par les stigmates de la guerre. Quelles en sont les répercussions sur le développement infantile, sur les relations familiales? Comprendre le PTSD en tant que problème majeur de santé publique élargit le sens que tout un chacun peut se faire de la guerre et de ses répercussions.

N'oublions pas, également, ces milliers de vétérans atteints de PTSD qui, faute d'avoir reçu une aide médicale suffisante et adaptée, tombent dans l'abus de substances. Autrefois héros de la nation, ces vétérans deviennent toxicomanes ou alcooliques. Ces milliers de vétérans qui, s'ils ne sont immédiatement pris en charges par le système de santé, glissent dans la précarité la plus totale. Oui, le PTSD représente un problème majeur de santé publique, mais actuellement, très peu de personnalités aux affaires ne le reconnaissent. Les médecins, psychiatres, psychologues, infirmières se battent quotidiennement pour faire reconnaître ce traumatisme de guerre comme priorité nationale de santé.

Intéressons-nous encore aux suicides dans l'armée américaine, dont la prévalence est supérieure à la moyenne nationale. Ce suicide de délivrance qui, après la dépression, clôt un cercle insupportable. Ce suicide qui survient généralement au sein d'une population de soldats fortement affectée par la guerre, mais n'osant pas mettre au jour leur souffrance, ou n'étant pas suffisamment écouté ou reconnu par un système de santé dur et rigoriste. Les millions de dollars injectés par le département américain des vétérans dans la création de programmes de prévention du suicide adressés aux vétérans, n'a pu que très modestement améliorer une situation catastrophique. Actuellement, le nombre de suicides dans l'armée américaine tend à égaliser le nombre de morts survenus en Afghanistan. Cette constatation en dit très long sur ce qui reste à faire dans la prise en charge globale de la santé mentale des vétérans.

Et la violence ou les comportements hétéro-agressifs ? N'entretiennent-ils pas des liens étroits avec la santé publique ? Cette violence intra-familiale ciblant les femmes ou les enfants, révélatrice d'une transposition des situations de guerres au cœur même du contexte personnel.

Et après ? Quelles perspectives peut-on envisager pour l'avenir ? Que compte-on faire de ces centaines de milliers de vétérans, personnes avant toute autre chose, devenues non seulement dépendantes de part leur handicap, mais également de part leur vieillesse. Quelles stratégies globales va-t-on mettre en place pour leur apporter les meilleurs soins possibles, dans un pays où l'adoption d'un système de santé universel fait toujours débat ? Tout reste encore très flou.

Et comme toute pathologie ayant trait aux circuits de la mémoire, le PTSD fait actuellement état de connaissances limitées. Toutefois, une question fondamentale peut être relevée en termes de santé publique, et fait l'objet d'une attention très particulière : le syndrome de stress post-traumatique prédispose-t-il d'une manière ou d'une autre au développement d'états démentiels tels que la maladie d'Alzheimer. A cette question, beaucoup de chercheurs n'arrivent à donner une réponse cohérente. Mais les craintes légitimes sont à la hauteur des conséquences d'une telle hypothèse, dans le cas où celle-ci se révélait véridique.

Vous le voyez, sûrement incomplètement. C'est précisément *cet* aspect de la guerre que nous aimerions révéler.

## **3 Quelques notions de guerre**

### **3.1 Du droit à la guerre**

[1, 20, 42] Les indécences physiques ou psychiques du soldat n'auront jamais qu'une seule cause : la guerre. Je n'ai jamais connu directement la guerre. Et, je pense ne pas savoir en parler. C'est bien pour cela que je ne m'élancerais certainement dans une pesante discussion de la guerre et des hommes. La guerre, de même que son constituant humain ou inhumain, l'armée, dépasse toute idée que l'on puisse en apporter quelque appréciation pressée, maladroite ou intentionnellement brutale. Ainsi, ce ne sont pas des réponses que je me permettrais d'apporter. Plutôt, des questions mériteraient d'être soulevées. Probablement, ces interrogations ne font qu'être révélé-

lées. Révélées par la généralisation de l'argumentation moderne. Une revendication simple et le plus souvent amalgamée, floue, et singulièrement fondée sur l'émotion. "Ah ! Quelle guerre inutile". "C'est vraiment une mauvaise guerre ; ce n'est pas une bonne guerre". "Vous savez, tous ces pauvres soldats, ce sont des victimes de l'égoïsme politique. Ils sont morts pour rien !". "Je ne comprends pas la mise en scène réalisée à la mort de chaque soldat ! Et tous ces anonymes morts à la suite d'un accident de travail ! Pourquoi n'en parle-t-on pas ?" Arrêtons-nous ne serait-ce qu'un instant. Qu'on ne s'y méprenne, la guerre est une notion bien trop grave pour ne pas faire preuve de rectitude dans le choix des mots et des pensées. Encore une fois, il serait hors de propos de retracer les grandes guerres des siècles passés, leurs considérations, et les perceptions que l'on a pu en avoir d'elles jadis. Non. Mais il faudrait s'en tenir à quelques précisions fondamentales, qui s'imposent, me semble-t-il.

L'effet de distanciation que nous offre l'histoire doit nécessairement nous faire considérer un siècle dont les contours ont été façonnés par la *culture de Guerre* : le XXème siècle, et sa partition interminable de conflits armés, ponctués par des accents de haine, de violence, et de brutalité difficilement concevables. La notion de culture de Guerre, définie classiquement comme étant "la manière dont les contemporains se sont représentés et ont représenté le conflit", a été développée en rapport avec la première guerre mondiale. La première guerre mondiale ou la Grande Guerre : la première guerre "moderne". La culture de guerre prend effectivement en compte ce que la modernité a apporté : la mort d'hommes jeunes, le paroxysme de la violence reflétée dans la mort de masse, le deuil de masse, le déchirement des familles. C'est aussi avec la première guerre mondiale que les nations engagées familiarisent tragiquement avec l'étendue terrible des dégâts infligés au corps des hommes, mais pas seulement. Les différentes sociétés côtoient la guerre d'une manière nouvelle. La guerre est source de situations extraordinairement traumatisantes. On découvre alors avec effroi, ceux que la guerre a rendu fou : les "blessés nerveux". Le premier conflit de l'histoire moderne a donc non seulement un caractère mondialisant, mais aussi obligatoirement globalisant. Il touche la nation dans son ensemble, du simple citoyen, à l'Etat lui-même. En ce sens, la Grande Guerre constitue comme la matrice du XXème siècle, un tournant fondamental dans l'étude des traumatismes liés à la guerre. D'une part, car ayant absolument réfuté tout principe de limitation de la violence affligée *et* infligée, la première guerre mondiale en atteindra des seuils jamais égalés auparavant. D'autre part, car la guerre devient objet de "totalisation", en ne faisant

plus de distinction entre militaires et civils. La contribution directe ou indirecte de chaque membre de la société à la construction de l'acte de violence, hommes, femmes, et enfants, donne à la guerre un impact populationnel que nul n'avait été préparé à affronter.



**Fig. 2** : Guernica, Pablo Picasso, 1937.

Le premier conflit mondial fera dire que la guerre est une chose simple. Oui, *dans la guerre, tout est simple, mais le plus simple est difficile*. Ce semblant de définition de *la guerre* est apporté par le célèbre stratège prussien Carl von Clausewitz durant l'année 1832. Ici, il ne fait que mettre en exergue un principe nécessaire à quiconque veut construire les ébauches d'une compréhension non pas du sens de la guerre, mais de la guerre en tant qu'acte. Ce principe n'est autre que le paradoxe. Un paradoxe que certains appellent à l'envie, l'ambivalence. Mais tous se rejoignent sur une idée commune : la complexité des sentiments et des questionnements que la guerre peut évoquer en chacun. Si la guerre révèle la haine et la violence, elle révèle ainsi la fraternité et l'amour. Si la guerre révèle la bravoure et la fierté, elle révèle ainsi la lâcheté et la honte, de même que le questionnement de la vie côtoie le questionnement de la mort. Une ambivalence perverse donc ; corolaire absolue de l'essence de guerre.

Discuter la guerre rend impossible toute référence à la subjectivité, voire même à l'objectivité, sans faire apparemment sous-entendre la certitude d'appartenir au bon camp. Comment dire alors que la guerre est d'abord et surtout un *acte de violence*, ce que von Clausewitz nommera dans son traité *De la guerre*, un "combat singulier", opposant des hommes à d'autres hommes. Comment dire alors qu'il se pourrait que la guerre n'appartienne pas au domaine de l'inconditionnel, mais certainement au domaine du relatif. Car dans une société où la raison prévaut, la guerre n'est pas condition de la volonté de Dieu, mais de l'intention des hommes : c'est *l'intention hostile*. Ici, il serait totalement erroné de concevoir l'intention hostile telle une justification du sens de la guerre ou du conflit. Tout au contraire, elle n'est que véritable mobile d'affrontements pour les hommes. Et au paradoxe d'apparaître à nouveau ! Précisément. Si cette intention peut être gouvernée par des perspectives politiques, stratégiques ou bien par des calculs rationnels, elle peut également être relative à des passions, des émotions voire des instincts primaires. La guerre peut donc être tout autant inspirée par des facultés aussi complexes que l'entendement et la raison, que par la "simple manifestation des instincts grossiers" : la haine et la violence. Et, certainement, la Grande Guerre sera la première d'une série inconcevable à dramatiquement exposer la complexité de ce paradoxe. L'Iraq et l'Afghanistan n'en sont peut-être pas d'aussi mauvais exemples.

Ici encore je ne serais pas en mesure d'apporter quelque explication ou commentaire. Je voudrais simplement rendre attentif. Travailler la guerre ou côtoyer le soldat exige de votre part, un examen particulier du sens des mots que vous employez. Et pour dire vrai, la guerre exigerait cette attention de la part de tous. Car elle n'engage pas uniquement certains hommes, mais tous les hommes. Lorsque l'on exclame de manière si assertive "Ah ! Quelle guerre inutile !", l'on n'a pas véritablement conscience des notions que l'on dévoile : la doctrine de la guerre juste, "*de jus ad bellum*", du droit à la guerre, théorisé notamment par Cicéron ou Thomas d'Aquin. Car ainsi affirmer qu'une guerre puisse être inutile, ne signifie rien d'autre que questionner la pertinence de la guerre. C'est, en d'autres termes, directement impliquer que la guerre puisse avoir une valeur utile. L'honneur de cette discussion ne me revient certainement pas. Sachons que cela n'a que peu à voir avec une quelconque prise de position. En discutant cet aspect de la guerre, l'on ne pénètre ni dans le domaine du pacifiste béat, ni dans celui du militariste froid et convaincu. Mais il y va de notre propre compréhension. Cette permanente dualité fait de la guerre une notion évidem-

ment absurde. Mais concevoir l'absurdité dans sa dimension galvaudée reviendrait à faire de la guerre un non-sens, c'est-à-dire dessiner les ébauches d'une justification. Non, la guerre est une notion absurde en ce sens, qu'elle ne peut en rien être justifiée de manière préétablie.

Il y va de même lorsque l'on déplore avec cette intonation miséricordieuse si caractéristique : "Que cette guerre est mauvaise !". L'on introduit alors une nette dichotomie au sein du principe de guerre. Il découle, de cette manière, que si les mauvaises guerres prévalent, de bonnes guerres existent néanmoins. Le sens commun voudrait que l'on puisse concevoir la mauvaise guerre assez aisément. Personnellement, j'en doute fort. Qu'est-ce qu'une mauvaise guerre ? La guerre par définition ? Une guerre où les instincts prédominent l'entendement ? Mais diable, qu'est-ce qu'une bonne guerre ? Une guerre d'absolue nécessité ? Son idéal étant dans la mémoire collective, la seconde guerre mondiale. Et Victor Hugo de me rappeler que "la bonté d'une guerre se juge à la quantité de mal qu'elle fait"...

Peut-être êtes-vous encore en train de vous demander quelle est la relevance des ébauches d'explications dans le contexte de l'étude des traumatismes de guerre ? L'occasion me viendra par la suite de m'en expliquer plus précisément. Mais retenons pour l'heure cela. La guerre est une chose simple. Horriblement simple. Et simplement horrible. Certains considéreront cette conception comme un pléonasme, comme une succession de mots naïfs. Certainement, aimerais-je vous répondre...pour quelqu'un qui n'a pas connu la guerre.

### **3.2 La rhétorique de guerre**

[1, 20, 22, 40-42] L'attention envers les guerres d'Irak et d'Afghanistan a significativement décliné au cours de ces dernières années. L'on pourrait même oser affirmer que ces deux guerres n'ont jamais véritablement fait l'objet d'une attention particulière de la part des principales nations engagées. En me basant sur les sociétés américaine et française, toutes deux vigoureusement mobilisées en guerre, je veux partir d'un constat simple, sous la forme d'une interrogation facilement objectivable. D'où pourrait provenir une rupture si impressionnante entre une nation et son armée ?



**Fig. 3** : War Graffiti. (Source : Peter van Agtmael, Bagdad, 2006)

En premier lieu, la guerre est un acte perpétuellement condamné par les masses comme le mal absolu. En s'éloignant de la seconde guerre mondiale, le consentement des peuples pour les actions violentes de l'Etat n'a fait que décroître, tout en préservant les liens étroits existant entre la population et son armée. Mais un radical bouleversement des valeurs s'est progressivement opéré. Non seulement l'assentiment des peuples pour la guerre s'est voilé de manière absolue, mais la représentation de la composante physique de la guerre, c'est-à-dire des hommes, a radicalement changé. Coupables lorsqu'ils sont vivants. Victimes lorsqu'ils sont morts.

La *culture de guerre* telle que l'on a pu la définir durant la première guerre mondiale, semble avoir totalement disparu. On ne comprend plus la guerre. Loin de ne plus la comprendre, on ne se la conçoit plus. La guerre est aussi absurde qu'abstraite. Pour exemple, arrive-t-on à prendre la mesure de la mort quotidienne de 850 soldats, engendrée par la violence de la première guerre mondiale durant les quatre années de conflit? Comme le dit justement l'historienne française, Annette Becker, "l'empreinte de la Grande Guerre aujourd'hui tient simultanément à l'effet paradoxal de proximité — par le rejeu de l'actualité internationale, du mot Sarajevo, à nouveau prononcé, aux guerres « mondiales » d'Afghanistan et d'Irak — et

d'éloignement par l'absence de références permettant l'entendement d'un événement à la fois si tragique et si dérisoire". Absence de références historiques par défaut d'appréciation ou par banalisation de la gravité singulière des conflits passés se caractérisant essentiellement par une adhésion totale de la nation à l'usage de la violence, une haine extraordinaire exprimée envers *l'autre*, ou encore un patriotisme viscéral (i.e. "le sens de la nation") : la seconde guerre mondiale et la guerre du Vietnam en seront de macabres exemples. Mais absence de références actuelles, également. Puisque depuis la fin des conscriptions nationales, l'armée ne compte dans ses rangs que des hommes et des femmes *volontaires*. Ainsi, la guerre, si elle a lieu, ne concerne généralement qu'une minorité de la population. Et ceci est particulièrement vrai pour des pays tels que la France ou encore les Etats-Unis, pays dans lesquels respectivement 0.5% et 1% de la population sert dans les corps armées. Et, comme il nous l'est déjà arrivé de le dire, et comme il nous l'arrivera encore de le répéter, cette minorité de personnes supporte un fardeau inimaginable de mutilations physiques et psychiques. La guerre *les* concerne donc, mais ne *nous* concerne plus. Il est dès lors extrêmement complexe pour la population générale de se représenter au travers d'une minorité manifestement non visible à tout point de vue, et de discerner par conséquent les impacts dévastateurs de la guerre sur la santé mentale, la santé physique ou sur ce que l'on appellera habituellement la *situation sociale*. C'est exactement le cas des guerres d'Irak et d'Afghanistan.

Est-on capable d'appréhender, aujourd'hui encore, la signification du métier de soldat, du métier des armes ? Que dis-je ! D'abord, le sens premier du soldat n'est absolument pas de porter les armes : d'autres le font. Ensuite, être soldat se révèle dans ce que beaucoup appelle à tort un métier. Détrompons-nous ! Être soldat ne relève en aucune façon de l'ordre du métier. Les hommes que vous pourrez côtoyer diront qu'ils ont une mission, ou bien qu'ils sont en mission. La frontière est subtile, et discutable. Être militaire, c'est en quelque sorte faire le sacrifice de ne plus appartenir à sa propre famille. Être militaire, c'est faire le sacrifice d'appartenir à la nation. Et que dire de cette notion de sacrifice employée aujourd'hui sans réfléchir ? Prêtons ici un intérêt au sens des mots. Qu'est-ce que le *sacrifice* ? "Je m'engage à défendre ma nation, et accepter par là l'éventualité du sacrifice ultime". Les origines du mot *sacrifice* se trouvent dans la langue latine : *sacrificare*, signifiant *rendre sacré*. Dès lors, un soldat, en acceptant le sacrifice ultime, supporte la possible incertitude de rendre sacré un de ses actes : sa mort à la guerre.

Et la mort à la guerre. Que dire de la mort à la guerre ? La discussion de la guerre implique une exposition parfois brutale à la simplicité de principes tels que l'engagement, la vie et la mort. Des notions très difficiles à embrasser dans des sociétés si hédonistes que les nôtres. On ne comprend plus la mort à la guerre, étant donné que l'on ne comprend plus la guerre. Oui, on ne comprend plus la mort à la guerre. L'on tend de plus en plus à généraliser la théorie selon laquelle la guerre serait un acte "subie", par des "soldats-victimes". C'est toute l'étendue de la notion de "victimisation des soldats" qui se voit exposée alors. Une notion qui prend ses racines dans l'évolution du rapport d'une population donnée à la violence, de son degré de consentement aux actes de violence, mais avant tout de sa représentation de la guerre ainsi que de l'armée. Cet aspect est crucial. Car, en assumant que les soldats *subissent* la guerre, en assumant que les soldats en *sont victimes*, on tend à omettre grossièrement un élément historique déterminant. Depuis la Révolution française de 1789, la mort à la guerre est constitutive de la citoyenneté des grandes démocraties. Être militaire, c'est donc s'engager à donner la mort, et à la recevoir. Admettre la théorie de victimisation des soldats reviendrait ainsi à privatiser la mort à la guerre, c'est-à-dire à la percevoir comme un simple fait divers, comme un banal accident. Une violente erreur. Tout au contraire, la mort à la guerre est l'égalisatrice ultime des hommes. Tellement égalisatrice que, depuis la mort en masse de la Grande Guerre, le grade des hommes disparaît sous le sacrifice du combat, au regard de la nation. Au regard de la nation, assurément. C'est encore en ce point que la mort à la guerre n'est pas une mort comme les autres, puisque la mort d'un soldat tombé au combat est *nationalisée*. Une notion terriblement complexe à appréhender. Précisément, *nationaliser* la mort à la guerre signifie, au sens strict, ne pas rendre la mort d'un soldat à sa famille, mais à la nation entière. Ce sont les solidarités d'armes, et les solidarités d'âmes, prouvées non pas dans la privatisation de la mort, mais dans la collectivisation du deuil.

En définitive, au terme de la seconde guerre mondiale, ou bien à l'inverse, à l'entrée de la guerre du Vietnam, a émergé un semblant d'idéologie *pacifique* ou *pacifiste*. Tout cela peut être intelligible. Depuis, les sociétés des nations alors engagées ne comprennent tout simplement plus la rhétorique de la guerre : "probablement par culpabilisation [...] d'avoir trop consenti à ce qui semble de plus en plus impensable, faire la guerre, tuer. L'horreur de l'ennemi s'est transformée en horreur de la guerre".

### 3.3 L'abjection de l'Etat

[1, 42] “La télévision a apporté la brutalité de la guerre dans le confort des salons. Le Vietnam a été perdu dans les salons d’Amérique – non pas sur les champs de bataille du Vietnam.” Marshall McLuhan, *Sociologue des Médias*, Montréal, 16 Mai 1975.



Fig. 4 : La marche anti-Vietnam, Washington D.C., Marc Riboud, 1967.

La guerre change, me dit-on. Nous ne sommes plus à l’entrée du XXème siècle. Une période de “classicisme” de guerre s’achève alors. Laissant ainsi suggérer que la guerre est un art, auquel on pourrait distinctement attribuer des périodes. Probablement. Néanmoins, les quelques précisions incomplète et maladroite que j’ai pu acquérir de la guerre pourraient me laisser affirmer cela. Si la guerre évolue, c’est-à-dire si *l’art et la manière* de faire la guerre évoluent, l’essence de guerre demeure. Elle met brutalement à dos, non seulement des hommes, mais également des émotions et des principes. Et c’est précisément cette conflictualité qui rend la guerre si inintelligible.

Voilà ce que l’on dit : “ à bien des égards, les guerres d’Irak et d’Afghanistan sont détestées, car à bien des égards, ces guerres sont détestables“. Cette affirmation n’est certainement que le reflet d’un sentiment le mieux partagé. Objectivement, et même si l’on peut discuter de la conjoncture dans laquelle émerge ce type de représentation, est-ce un phénomène nouveau ?

Je savais qu'une guerre, particulièrement, avait constitué une étape décisive dans l'évolution de l'histoire moderne de la culture de Guerre des Etats-Unis : la guerre du Vietnam. Et ce, pour de multiples raisons.

Une première raison tient en un élément nouveau, apparu dans la société américaine au milieu des années 50 : la télévision, aussi ingénue que cela puisse paraître. Puisqu'avec le développement *et* la "démocratisation" de la télévision, le citoyen américain moyen peut, à présent, *se rendre compte* de la guerre. Afin de dégager une représentation commune de la guerre, la société américaine, majoritairement non engagée au front vietnamien, a besoin de voir et d'entendre. Car l'on conçoit bien que sans ces deux aspects, la représentation subjective de la guerre est extrêmement complexe. Ainsi, l'apparition de la télévision permet-elle une véritable transposition de toute l'étendue du conflit armé dans le cadre familial de la maison américaine. On découvre alors la guerre de manière non censurée (i.e. en comparaison des informations reçues durant la seconde guerre mondiale qui vient de s'achever, il n'y a que quelques années), crue et brutale, dans ce pays si lointain qu'est le Vietnam. On découvre alors un visage d'une Amérique tirillée : de jeunes soldats, âgés d'une vingtaine d'années pour la plupart, engagés spontanément ou circonscrits par l'Etat, c'est-à-dire forcés à combattre.



**Fig. 5** : Philip Jones Griffiths, Dead Marine body rescued during the Tet offensive, Vietnam, 1968.

En second lieu, et probablement en conséquence de la première raison apportée, la société américaine toute entière prend terriblement conscience des conséquences physiques de la guerre sur l'individu : plus précisément au retour des tous premiers soldats déployés. Soldats mutilés par les blessures, brûlés par les produits chimiques utilisés par l'armée tels que des défoliants et autres liquides : ce sont les agents orange et rose, ou encore le napalme, pour ne citer que les plus populaires. Soldats massivement amputés, à la suite d'explosions, qui les ont également rendus sourds, ou aveugles. C'est ainsi que sur les 1.5 millions de militaires américains ayant été directement exposés au combat des fronts vietnamiens, 150'000 reviendront lourdement blessés. Sans oublier les quelques 58'000 soldats morts en action.

Ensuite, c'est à cette période également que la nation américaine découvre avec effroi, au travers d'investigations journalistiques de guerre, que des exactions sont commises au Vietnam, sur des civils, et ce, par leur propre armée. Dans ce contexte, mentionnons, par exemple, le massacre de *My Lai* en Mars 1968, durant lequel près de 400 vietnamiens, essentiellement des civils, sont froidement et singulièrement abattus par un bataillon d'infanterie de l'armée américaine. C'est une nouvelle face du conflit qui se montre : des soldats *brutalisés* voire *ensauvagés* par la guerre, n'agissant plus par raison, mais par simple instinct. Vraisemblablement, l'atroce marginalité de ces faits, qui les rend extrêmement marquants voire traumatisants pour la société américaine des années 60, va très vite la contraindre à généraliser ces massacres en les considérant comme l'écho de la guerre sur le fonctionnement psychique de leur propre jeunesse, de leurs propres enfants. Cela constitue sans doute un revirement spectaculaire dans la double représentation de l'armée et de la guerre au sein de la population américaine. D'une part, la conception d'*armée de libération*, généralisée depuis la seconde guerre mondiale, se substitue progressivement à l'idée d'une *armée d'occupation*, uniquement offensive, et délibérément violente. D'autre part, il n'est plus temps de glorification ni de la guerre, ni du "métier des armes". L'on sait maintenant, pratiquement, que la guerre rend fou. En plus des raisons philosophiques, éthiques, ou politiques que je n'ai volontairement pas évoquées, cette perspective humaine ou médicale est principalement avancée dans l'explication du renforcement du mouvement anti-guerre préexistant l'engagement effectif des Etats-Unis au Vietnam. C'est donc, en quelque sorte, avec la guerre du Vietnam, que naît l'histoire moderne du *traumatisme de guerre*, que l'on qualifiera bien après et scientifiquement : le syndrome de stress post-traumatique. Les prémices d'une reconnais-

sance scientifique et populaire de la problématique de la *santé mentale* au sein de l'armée semblent se profiler. La mise en place d'études gouvernementales à vaste échelle, le développement d'un service de santé des armées entièrement dédié à la cause des troubles psychologiques ou psychiatriques conséquences d'une exposition traumatique en période de guerre, viendront soutenir ce sentiment naissant. Et, ce seront indubitablement les circonstances post-vietnam qui nécessiteront cette évolution de l'étude, de la compréhension ainsi que de la prise en charge de ces traumatisés de guerre. Puisque les travaux les plus récents nous indiquent que sur les 3.4 millions de soldats déployés au Vietnam durant les vingt années de conflit, 1.7 millions ont déjà présenté des symptômes significatifs de syndrome de stress post-traumatique. De plus, les chercheurs ayant réalisé cette étude affirment que si l'on concentre notre attention sur cette dernière population de soldats affectés par les symptômes du PTSD, il s'en dégage que près de 830'000 d'entre eux (49%) souffrent encore, de façon cliniquement significative, de symptômes handicapants directement liés à leur exposition traumatique antérieure.

A vrai dire, ces raisons s'inscrivent dans une perspective tout à fait *objective* des conséquences de la guerre : des faits journalistiques, des études gouvernementales, des sondages d'opinion etc. Mais qu'en est-il de la perspective *subjective*, c'est-à-dire de la réalité sensible de la guerre rapportée par ceux qui l'ont vécu, les vétérans eux-mêmes. Il semble clairement établi que je suis tout à fait ignorant de ce point de vue là. Autrement dit, il convient d'acquérir, au travers des protagonistes de la guerre, au travers de ceux qui l'ont vécu, affronté ou subi, une compréhension différenciée de la notion de conflit. Comment se sont-ils représentés la guerre ? Comment ont-ils vécu la désolidarisation de la nation américaine au consentement à la guerre du Vietnam et à leurs actions violentes ? Quelle répercussion cette désolidarisation a-t-elle eu sur le fonctionnement singulier au sein de la société américaine ? Considèrent-ils significativement la place du PTSD dans leur vie de soldat ou de vétéran ? Quelles parallélismes voient-ils entre les guerres du Vietnam, d'Irak et d'Afghanistan ? Ce ne sont qu'un bref échantillon des interrogations auxquelles Dr. Tom Berger (Ret. U.S. Navy, et devenu psychologue clinicien) ainsi que Bernard Edelman (Ret. Marine Corps, et devenu écrivain), tous deux vétérans de la guerre du Vietnam et membres fondateurs de l'organisation ***Vietnam Veterans of America***, ont bien voulu accorder leur commentaires.



**Fig. 6 :** Dr. Tom Berger & Bernard Edelman, Vétérans de la guerre du Vietnam, *Vietnam Veterans of America*, Washington D.C., Juin 2011.

**Tom Berger** – Bien. Il y a une association historique entre Vietnam Veterans of America et le PTSD. Car le PTSD fait partie de l'organisation elle-même, en tant que notion constitutive de sa fondation. A la fin des années 60, au début des années 70, lorsque les vétérans ont commencé à revenir du Vietnam, le pays (les Etats-Unis) ne nous a pas du tout accueilli. C'est un premier facteur important. Nous nous sommes sentis complètement abandonnés. Nous étions seuls, complètement seuls. Beaucoup d'entre nous souffraient des symptômes de ce que l'on appelle aujourd'hui le PTSD. Mais nous n'en savions rien. Nous savions pas comme ce truc s'appelait. Cela ne s'appelait pas le PTSD, cette *maladie* n'avait pas de nom. Et personne ne s'est vraiment empressé à étudier la problématique. Nous avons donc décidé de donner un nom à ces symptômes. Nous, les vétérans, avons appelé cela le *syndrome post-Vietnam*. Même si ce problème n'avait pas de nom, on savait plus ou moins qu'il existait, d'après ce que l'on avait pu entendre ou voir après les première et seconde guerres mondiales aux Etats-Unis. En se focalisant sur ce problème qui nous pourrissait la vie, et ayant conscience du fait que l'on était totalement laissé pour compte avec

nos stigmates de guerre, certains vétérans ont commencé à se rassembler afin de parler de leurs expériences de la guerre. Et au fur et mesure que l'on se rassemblait, et que l'on discutait, on se rendait bien compte que l'on était absolument pas seuls à souffrir. D'autres vétérans souffraient tout autant que nous, mais on ne le savait pas. Alors on se rassemblait encore et encore : on nous appelait les *rap groups* (groupes de discussion ou d'accusation). On se retrouvait, où l'on pouvait : dans des librairies publiques, aux domiciles des vétérans, dans des bâtiments communautaires etc. Parallèlement au développement de ces groupes de discussion des vétérans du Vietnam, un psychiatre, un pionnier, Dr. Robert Lifton, a commencé à reconnaître le fait que notre problème n'était pas un *phénomène isolé*, c'est-à-dire survenant chez un seul et unique vétéran, mais qu'il était commun aux personnes qui avaient servi dans des pays en guerre, précisément au Vietnam. Dr. Robert Lifton, pionnier dans la compréhension et l'étude des conséquences de la guerre sur le fonctionnement psychique des individus, et donc un des premiers, si ce n'est le premier psychiatre de guerre moderne à considérer la dimension communautaire voire globale du dit syndrome de stress post-traumatique. En plus de ces vétérans présentant des symptômes communs après avoir été exposé au combat durant la guerre du Vietnam, on s'est rendu compte que certains soldats souffraient également à la seule suite de leur service militaire au Vietnam, c'est-à-dire sans avoir directement participé à des combats. On a ainsi découvert, avec le Vietnam, deux types de syndrome post-Vietnam (i.e. PTSD) : un lié immédiatement au combat, et un autre immédiatement lié au service. Par exemple, lorsque j'ai été déployé au Vietnam, j'ai été personnellement en contact avec des mécaniciens de l'armée de l'air (U.S. Air Force) qui ont clairement souffert de PTSD alors qu'ils n'ont jamais vu le combat au sens strict du terme. Ils ont développé un PTSD, car ils ont été témoins de camarades qui ont été avalés par les moteurs des avions de chasses ou d'hélicoptères, ou bien car ils ont été témoins d'attaques de roquettes sur leur bases militaires pendant la réparation des avions. Mais dans les années 60 et 70, on ne s'intéressait pas au PTSD de ces soldats, on se concentrait pratiquement uniquement sur les *combat-vets* (les vétérans ayant directement combattu durant leur déploiement). Même si à cette période, en pleine guerre du Vietnam, et à la fin de la guerre, ces symptômes ont été considérés comme valides dans le diagnostic du PTSD, *pratiquement rien* n'était fait pour la *communauté* des vétérans du Vietnam, c'est-à-dire pour les vétérans au sens global, en termes de bénéfices, d'accès à l'assurance maladie etc. C'est précisément à ce moment là que le VA (i.e. Depart-

ment of Veterans Affairs, né en 1930) a repris notre concept de *rap groups* et l'a développé pour en faire des Vets Centers (centres pour vétérans), qui existent toujours par ailleurs. Un réseau de centres pour vétérans a ainsi été mis en place à l'époque dans tout le pays. A l'origine, ce ne devait être qu'un projet pilote mis en place sur 5 ans. Parce qu'il faut savoir que le VA aime conduire des projets pilotes (*sourire, ironie*). C'est à cette période précisément, et dans ces circonstances historiques que notre organisation Vietnam Veterans of America est née, environ 3 ans après la fin de la guerre, en 1978.

**Bernard Edelman** – Oui, c'est précisément à cette période que Bobby Muller, un vétéran du Vietnam, devenu paraplégique à la suite d'un tir ennemi au combat, fonde le conseil des vétérans du Vietnam, avec d'autres soldats tels que John Kerry (Sénateur démocrate actuel). Pour eux, il n'est pas possible de se rencontrer uniquement par petits groupes, souvent anonymement. Il faut avoir une base solide sur laquelle il sera ainsi possible de développer une organisation sérieuse, autrement cela ne durera pas. A la suite de sa fondation en 1978, et 10 années plus tard environ, VVA a été admise par la loi comme seule organisation représentant les vétérans du Vietnam auprès du congrès américain. Nous pouvons ainsi aider les vétérans, pas uniquement ceux du Vietnam, mais de tous les horizons de guerre (y compris ceux d'Irak et d'Afghanistan) dans leur lutte pour obtenir des compensations de l'Etat fédéral au regard de leur service dans l'Armée.

**Tom Berger** – Dans ce contexte, il faut également savoir que nous n'avons pas fondé VVA dans le seul but de faire reconnaître les conséquences catastrophiques du PTSD sur les soldats revenant du Vietnam. Deux autres problématiques nous sont fondamentales : l'exposition à l'agent orange, et POW/MIA (Prisoners of War/Missing in Action). Ces 3 problématiques de vétérans constituent véritablement les bases sur lesquelles sont fondées notre organisation. A la fin des années 80, nous avons commencé à introduire une législation concernant le PTSD, avec d'autres partenaires, y compris d'autres associations de vétérans qui, à cette période, et il faut le savoir, ne croyaient pas du tout à l'hypothèse du PTSD en tant que maladie psychiatrique, ou tout du moins en tant que condition médicale. Peu importe. Nous avons lutté pour que l'Etat apporte aux vétérans déployés durant la guerre du Vietnam des compensations ou des indemnités en fonction du pourcentage d'invalidité résultant

de l'apparition d'un PTSD. Tous ces programmes ont été développés dans des hôpitaux militaires ou des vétérans (VA hospitals), dans le cadre de programme d'étude de la santé mentale des vétérans. Mais à nos yeux, c'est-à-dire aux yeux des vétérans, ces hôpitaux ne représentaient absolument pas le modèle à suivre en termes de soins apportés à nos problèmes. La communauté des vétérans ne reconnaissait que les centres de vétérans (Vets Centers) comme modèle. Et cela est compréhensible ! Ces centres employaient principalement, à leur tête, des *Combat Vets* (des vétérans ayant vécu le combat à la guerre) en tant que cliniciens, psychiatres, psychologues, ou travailleurs sociaux. Donc ces centres étaient dirigés par des vétérans. L'autre aspect fondamental qui avait rendu ces structures de soins si attractives aux yeux des vétérans du Vietnam était le fait que la très grande majorité des conseillers eux-mêmes étaient des *Combat Vets*. Aujourd'hui, comme vous le savez, notre génération de vétérans, de psychologues ou de cliniciens est en train de se retirer progressivement, non sans conséquence. Le grand avantage de développer ce mode de soins est le suivant : je me sens à l'aise, je peux faire confiance à mon clinicien lorsqu'il m'arrive de discuter de mon PTSD. Toi (clinicien), tu n'es pas seulement un psychiatre ou un psychologue, mais tu es également un *Combat Vet*. Tu connais la guerre. Tu sais ce que la guerre signifie. Comme on le dit dans ce pays : tu y étais, tu l'a fais. C'est pour cette raison même que notre organisation VVA, a toujours été, et sera toujours un fervent défenseur de ces *Combat Vets*, de ces structures de soins étant le mieux à même de nous comprendre, de comprendre ce que l'on a vécu, et les traces que la guerre a laissé sur nous. A la fin officielle de ce projet pilote de 5 ans, il y a de nombreuses tentatives de la part du VA de mettre un terme à ce programme de soins communautaires dirigés par les vétérans eux-mêmes. C'est alors que notre organisation est vigoureusement intervenue dans le but de maintenir ces centres en activité et d'y trouver les financements nécessairement appropriés.

**Bernard Edelman** – Un autre élément important que Tom n'a pas mentionné est que les *Vet Centers* ne sont jamais établis près des hôpitaux des vétérans. Tout au contraire, ils se situent généralement dans des quartiers. Parce que pour être franc, depuis sa création en 1930, le VA n'arrête pas de changer (et change encore). À l'origine, ce département était essentiellement dirigé par des vétérans de la seconde guerre mondiale qui croyaient que l'on méritait leurs meilleurs efforts, et qu'il fallait nous fournir les conditions optimales de traitement dans des hôpitaux de vétérans ou

des hôpitaux militaires ; car ils savaient que nous avions perdu la guerre, que nous avions été traînés pendant des années au Vietnam, et étions uniquement considérés comme des *baby killers* (tueurs d'enfants) dans la population américaine. Mais les vétérans du Vietnam ne croyaient pas du tout à ces bonnes intentions. Allez vous faire voir ! Nous n'irons jamais au VA, car nous n'avons rien à faire là-bas. C'est pour cette raison également, que les vétérans se sont dirigés vers ces Vets Centers, situés en banlieue, dirigés par nos propres camarades du Vietnam (devenus psychologues), pour chercher des traitements à nos problèmes mentaux, nos problèmes émotionnels etc. Aussi, ces Vets Centers, à la très grande différence du VA, avaient décidé de traiter les familles de vétérans et pas uniquement les vétérans du Vietnam. Ils avaient tout à fait bien reconnu le fait que le PTSD affectait nos familles de façon catastrophique, et qu'il fallait ainsi les aider à faire face à cette nouvelle donne. Ils nous comprenaient.

**Tom Berger** – Beaucoup plus récemment, durant les dix dernières années, des changements significatifs ont été engagés pour les vétérans, et dans la bonne direction. Il y a eu la mise en place de nouvelles législations, de nouvelles directives au sein du VA qui ont plus ou moins bénéficié aux vétérans du Vietnam. Spécifiquement, le secrétaire d'Etat aux vétérans, le Général E. Shinseki, qui est lui-même un vétéran invalide de la guerre du Vietnam a ordonné que les procédures diagnostiques du PTSD au sein du VA soient modifiées, de telle sorte que les vétérans ne doivent plus montrer des documents officiels attestant de l'événement stressant ou traumatisant, c'est-à-dire attestant de leur présence durant un combat, pour recevoir des traitements et d'autres soins. La guerre est folle, messieurs. Je veux que vous le sachiez. Particulièrement au Vietnam, les comptes-rendus concernant les unités ou les soldats participant à des combats ou d'autres actions militaires ont été réalisés de manière aléatoire et extrêmement discutable. Si bien que l'on ne sait plus *qui* à participé à *quoi*. C'est pourquoi un nombre extraordinaire de vétérans, faisant partie de notre génération du Vietnam, ont été purement et simplement balancés, jetés, renvoyés par le VA lorsque ceux-ci recherchaient un traitement pour leur PTSD. Tout simplement car ils n'avaient pas de documents attestant leur présence à des combats au Vietnam. On ne les croyait pas. Aujourd'hui, et c'est précisément l'ironie du sort, l'armée, qui est un département différent de celui des vétérans, a également effectué des modifications (secrètes) de ses procédures diagnostiques en particulier des troubles de la per-

sonnalité. Pourquoi ? Lorsqu'un soldat retourne d'Irak ou d'Afghanistan avec des symptômes spécifiques de PTSD, et vient consulter dans l'armée à plusieurs reprises, alors qu'on lui a refusé le traitement, l'armée essaie de lui faire comprendre qu'il souffre d'un trouble de la personnalité et non pas d'un PTSD. Face à cette vague non maîtrisable de cas de PTSD, c'est une méthode que les différentes branches de l'armée ainsi que le département de la défense ont trouvé pour ne pas attribuer des indemnités infinies à ces centaines de milliers de vétérans. Ils écartent donc tout simplement ces soldats, qui n'ont jamais souffert d'aucun trouble de la personnalité (une pathologie qui se développe essentiellement durant la période pré-adolescente ou adolescente, et non durant la vie adulte à la suite d'exposition traumatique) en leur disant qu'ils souffrent d'une pathologie mentale certainement antérieure à leur service dans l'armée et en zones de guerre. L'armée décide ainsi d'écartier (i.e. licencier) définitivement ces soldats. De plus, ce diagnostic de troubles de la personnalité (en lieu et place de PTSD), peut vous rendre, suivant votre status, totalement inéligible pour l'obtention d'une assurance maladie. VVA, en partenariat avec l'Université de Droit de Yale, a ainsi décidé de poursuivre pénalement le département de la défense ainsi que toutes les branches de l'armée pour faux diagnostic, et ainsi faire toute la lumière sur cette affaire. Et l'on pourrait continuer ainsi des heures durant. Prenez l'exemple de cette étude réalisée par le département des vétérans quelques années après la fin de la guerre du Vietnam. Elle visait à évaluer le taux de PTSD parmi les soldats ayant été déployés au Vietnam, durant les 15 années de conflit. Cette étude se voulait la plus globale possible, en tentant de comprendre les effets de la guerre sur le fonctionnement psychique du soldat et sa santé, et la plus représentative possible de la population servant dans l'armée américaine en termes d'ethnie (noirs, blancs, hispaniques, indiens), d'âge, de sexe etc. Cette étude se voulait ambitieuse, et l'on avait espoir, nous les vétérans, de mieux comprendre ce dont on souffrait alors : le PTSD. Les résultats n'en étaient pas moins surprenants : plus de 30% des vétérans du Vietnam avaient déjà souffert à un moment donné, de symptômes de PTSD (selon les outils diagnostiques présents à cette période, notamment le DSM-III). C'était la première véritable étude sur le PTSD jamais réalisée. Tout le monde scientifique, y compris le monde militaire en était complètement bouleversé. Néanmoins, un grand nombre de membres du département des vétérans et du gouvernement de l'époque continuait à considérer le PTSD comme un phénomène mineur dont il ne convenait absolument de s'empresse à étudier. Cela ne les regardait pas. Mais les vétérans

s'attendait à ce que le VA continue la seconde partie de l'étude, c'est-à-dire réaliser une véritable et sérieuse étude longitudinale sur le PTSD, les conséquences de la guerre sur la santé dans l'armée américaine. Cela ne s'est malheureusement pas passé ainsi. Notre organisation de vétérans du Vietnam a alors confronté le VA au sein même du congrès américain afin de les contraindre à étudier cette problématique. Le VA nous promettait constamment de la continuer, et justifiait ce retard d'étude par des problèmes d'administration ou je ne sais quoi. Finalement, ils n'ont rien fait. Nous sommes au début des années 2000 ! Imaginez ! 25 ans se sont déjà écoulés. Nous avons donc décidé de mettre une réelle pression sur le congrès ces deux dernières années, qui lui a finalement ordonné le VA de continuer l'étude. Rendez-vous bien compte. Il a fallu attendre les années 2000 et plus, pour enfin se pencher sérieusement sur la problématique du PTSD dans l'armée américaine de la guerre du Vietnam. Si le VA avait réalisé cette étude de manière continue des dizaines d'années auparavant, lorsque tous les vétérans croyaient que le département allait la réaliser, toutes les informations obtenues auraient été rassemblées sous formes de connaissances solides afin d'aider la génération actuelle de vétérans, revenant d'Irak et d'Afghanistan, et faisant terriblement face à la problématique du PTSD. On a ainsi accumulé un retard insupportable à cause de la simple négligence d'un département étatique. En conséquence, comprenez que des centaines de milliers de vétérans, voire des millions de vétérans souffrent aujourd'hui de cette négligence.

**Bernard Edelman** – Car il faut comprendre dans quelles circonstances tout cela s'inscrit. Lorsque nous sommes revenus du Vietnam, nous étions considérés, par l'Etat et la population américaine dans son ensemble, comme des pleurnicheurs et des complaignants. Et si vous (vétérans) ne montriez pas votre total consentement à la continuation de la guerre au Vietnam, peu importe les morts ou vos blessures, vous étiez tout simplement exclus du système, et fortement marginalisés. Le VA a toujours excellé dans le traitement des blessures physiques de la guerre. Si tu reviens de la guerre avec une jambe arrachée, tu recevras les meilleurs traitements possibles. La plupart des gens que tu rencontreras le reconnaîtront volontiers, même parmi la communauté des vétérans les plus critiques. Parce que cette blessure est considérée comme "l'ordonnance de l'ennemi" : c'est une blessure visible par la population américaine. Dans ce cas précis donc, les hôpitaux affiliés au département des vétérans prendront soin de toi. Mais lorsque l'on vient à discuter des autres conséquences de

la guerre, telles que la problématique de la santé mentale (PTSD, TBI etc.) ou encore l'apparition de cancers due à l'exposition à l'agent orange (utilisé massivement par l'armée américaine durant la guerre du Vietnam comme défoliant) ou encore à la dioxine, alors la considération et la rhétorique du VA changent radicalement. Tu ne reçois rien, à moins que tu ne demandes : c'est un peu la mentalité de l'armée et du département des vétérans en termes d'accès aux soins différent des blessures de guerre. Ici il est intéressant de rappeler ce que Rudyard Kipling disait : "For God and the soldier we adore, In time of danger, not before ! The danger passed, and all things righted, God is forgotten and the soldier slighted." ("Pour Dieu et le soldat que nous adorons, en période de danger, mais pas avant ! Le danger est passé, et les choses se rétablissent, Dieu est oublié et le soldat est humilié."). Quand les gars sont revenus du Vietnam, ils se sont sentis véritablement abandonnés par le gouvernement.



**Fig. 7 :** Bruno Barbey, Vietnam du Sud, Guerre du Vietnam, 1971.

Parce que...l'on n'a pas gagné la guerre au Vietnam. Et, vous devriez vous rappeler qu'au Vietnam, la plupart des soldats étaient déployés en tant que remplaçants, comme des pièces de rechange, et non comme une unité entière. Et lorsqu'ils revenaient de la guerre, ils le faisaient individuellement. Aujourd'hui, une unité entière, une compagnie, ou une brigade est déployée en Irak ou en Afghanistan, sert 5 à 15 mois, et revient ensuite toujours sous forme d'une unité. C'est une notion radicalement différente de ce que l'on a pu connaître au Vietnam. Au Vietnam, tu n'étais

qu'un individu parmi les autres. Tu venais et tu repartais. Tu savais que tu allais rester dans le pays pour au moins 12 mois, à moins que tu ne sois blessé en cours de mission ou renvoyé chez toi dans un sac plastique. Donc, lorsque les gars sont rentrés du Vietnam, il n'y avait pas de "Bienvenue à la Maison" dans le rassemblement d'une nation américaine reconnaissante. Il ne pouvait pas y avoir de parades quelconques. Bien sûr, dans de petites villes au fond du Texas, la population se rassemblait pour accueillir *Johnny* à son retour du Vietnam, mais dans la plupart des grandes villes américaines cela ne se passait pas ainsi. C'était un contraste extrêmement significatif avec l'accueil que l'on faisait aux soldats américains durant la seconde guerre mondiale. Voilà une raison pour laquelle de nombreux soldats se considéraient comme totalement abandonnés. L'on a rien gagné du tout au Vietnam. On retourne chez nous aux Etats-Unis. Nous ne sommes absolument pas accueillis. Tu as tué. Ton meilleur ami est mort. Ton autre ami est rendu fou par la guerre. Et toi, tu es là, tout seul, considéré comme un tueur... et tu es encore obligé de faire face à ta santé mentale qui se dégrade de jour en jour. Il n'y a aucun support social voire sociétal autour de toi. C'est bien pour cela, par la force des choses, que l'on a été amené à se rencontrer, se rassembler et discuter entre vétérans. Les gars du Vietnam, comme tout autre soldat ayant été déployé dans une zone de combat, ou ayant participé à des combats, est foutu en l'air mentalement par la guerre. On voit des choses que sûrement la très grande majorité des civils ne verra jamais nécessairement, on l'espère : tuer, se faire tuer, voir tes amis blessés, voir tes amis se faire tuer, observer ces cadavres, subir les attaques de bombes, les coups de feu, tout le temps, le jour, la nuit...Ce n'est pas un endroit très commun...

**Tom Berger** – Justement. Je veux dire que personne ne part à la guerre sans revenir inchangé. Il y a beaucoup d'histoires sur la guerre. Et j'affirmerais que toutes ces histoires de guerre ne sont que des conneries, sauf pour un *fait*: un groupe de gars part à la guerre, certains d'entre eux reviendront à la maison, mais complètement anéanti. Toujours.

**Bernard Edelman** – Connaître les atrocités de la guerre, mais également subir l'abjection de l'Etat, et plus largement l'abjection de la nation américaine toute entière...laissent des traces sur vous. C'est pourquoi nous sommes bien décidés à tout faire

pour éviter cela aux nouvelles générations de vétérans, en particulier celles revenant des guerres d'Irak et d'Afghanistan.

**Tom Berger** - Et puisque l'on mentionne ici l'Irak et l'Afghanistan, dans le contexte de la guerre et de son corollaire nécessaire, le PTSD...Il est important de savoir que nous n'aidons pas uniquement les vétérans du Vietnam souffrant de PTSD, mais également ceux de tous les autres conflits que les Etats-Unis ont pu connaître durant leur histoire moderne, y compris ceux d'Irak et d'Afghanistan actuellement. Ces guerres sont totalement différentes des nôtres, pour de nombreuses raisons, d'ailleurs : géographie, politique, évolution des mentalités par rapport à la guerre. Aussi, parce que la "machine de guerre" a fortement évolué en près de 55 ans. Lorsque tu étais appelé durant la guerre du Vietnam (i.e. car à cette période l'armée ne comptait pas seulement des volontaires dans ses rangs, mais également des civils forcés à s'engager au travers de la conscription), à moins que tu ne fût volontaire dans l'armée américaine, tu savais que tu allais rester dans le pays pour au moins 12 mois d'affilé, voire plus dans le cas d'un Marine. Cette période de service nous était communiqué avant de nous engager, en présumant bien évidemment que tu ne sois ni blessé, ni abattu par l'ennemi. Et tu devais te porter volontaire pour retourner au Vietnam (*sourire*). Aujourd'hui, les soldats *volontaires* de l'armée américaine sont déployés 6 à 7 fois en Irak ou en Afghanistan, mais de manière discontinue (i.e. ces déploiements ne durent plus une année entière). En considérant que la durée moyenne actuelle de déploiement est d'environ 12 mois (malgré le fait qu'elle ait été réduite à 9 mois pour certaines unités) ! Et pour dire vrai, nous n'avons strictement aucune idée de l'impact à long terme de ces déploiements multiples sur le fonctionnement psychique du soldat et le développement de PTSD. C'est une situation extraordinairement nouvelle, différente de ce que l'on a pu connaître durant la guerre du Vietnam par exemple. Une autre différence fondamentale avec les conflits d'Irak et d'Afghanistan est la *femme*. Au Vietnam, les seuls femmes à servir dans les zones de combat étaient les infirmières et, dans une moindre mesure, certaines volontaires de la Croix-Rouge qui s'appelaient les *donut dollies* ("napperons de beignets"). Un petit nombre d'entre elles opéraient dans des bases de combat, dans lesquelles étaient rassemblés les blessés de guerre. Ces femmes savaient mieux que quiconque ce que la guerre, le combat, et la blessure signifiaient. Elles avaient un rôle plutôt simpliste mais primordiale, en distribuant de la bonne humeur, des sourires, de l'écoute...



**Fig. 8** : Une « Donut Dolly », hôpital militaire accueillant des blessés, Vietnam, 1967.

Aujourd'hui, l'on compte environ 14-16% de femmes pleinement intégrées dans l'armée américaine. Elles n'occupent plus uniquement des postes d'infirmières, mais leur rôle devient de plus en plus équivalent à celui des hommes : conducteurs de camions, médecins, infirmières, pilotes de chasse, soldat combattant etc.

**Bernard Edelman** – Ce qui est en plus intéressant à ce sujet est que les dernières recherches effectuées sur les femmes dans l'armée américaine, toujours en relation avec le développement de troubles psychiques, ont montré que le PTSD affectant les femmes est radicalement différent de celui développé par les hommes. C'est une donne nouvelle que l'on commence à peine à appréhender, apparu à la fin des années 90, et au début des années 2000, avec les guerres du Moyen-Orient. Pour donner exemple, l'apparence est un élément beaucoup plus déterminant aux yeux des femmes, qu'aux yeux des hommes. Si ces femmes perdent un bras ou une jambe à la guerre, quelles en seront les conséquences psychologiques ? Nous n'en savons rien.

**Tom Berger** – Une dernière différence que l'on peut évoquer entre la guerre du Vietnam et les guerres d'Irak et d'Afghanistan (outre la politique, la philosophie, la considération éthique de la guerre, la représentation de la population etc... que l'on a pas à aborder ici) est le traumatisme sexuel militaire ("*military sexual trauma*"). Personne n'aime vraiment parler de ce sujet. Il concerne essentiellement les femmes en

service, mais également les hommes, dans une moindre mesure. Vous voyez donc qu'il y a quelques différences majeurs que l'on peut relever entre ces guerres actuelles et le Vietnam. Et, l'unique discussion des problématiques graves naissant avec l'évolution de la guerre, et de l'armée constitue un changement majeur par rapport au Vietnam. A l'époque, juste après la guerre, on ne discutait que de nos problèmes personnels, de nos difficultés à trouver le sommeil, de nos cauchemars, etc. Mais aujourd'hui les choses changent. On apprend de plus en plus sur la guerre et ses conséquences, sur ce dont on souffrait. Vous connaissez le vieux modèle, "plus jamais ça", apparemment difficilement applicable en ce qui concerne la guerre. Nous essayons tout du moins de le suivre pour tenter de faire en sorte que les problèmes psychiques (i.e. le PTSD) de nos vétérans, hommes ou femmes, noirs, blancs, rouges, ou bleus, soient correctement diagnostiqués et qu'ils aient l'assurance d'avoir accès aux meilleurs soins mentaux *individualisés* actuellement disponibles.

**Bernard Edelman** – Mais si l'on se concentre, comme vous le faites, sur les conséquences psychologiques de la guerre, je pense qu'il y a d'autres commentaires déterminants à apporter.

**Tom Berger** – Bien évidemment ! Si l'on reprend. Il y a des différences majeurs dans le type de guerres qui se sont jouées, d'une part au Vietnam, et d'autre part en Irak ou Afghanistan. Pour exemple, en règle général, un nombre beaucoup plus conséquent de soldats survivent à leurs blessures en Irak ainsi qu'en Afghanistan, si l'on compare à ce que l'on a pu connaître au Vietnam. Cette augmentation du taux de survie des blessés de guerre est essentiellement expliquée par des progrès significatifs en terme de médecine de guerre, de médecine d'urgence, mais avant tout de technologie. Et, les chiffres sont très éloquentes ! Durant la guerre du Vietnam, sur 6 blessés de guerre, 1 mourrait. Tandis qu'actuellement, en Irak et Afghanistan, sur 30 soldats blessés, 1 décède. Mais cette augmentation significative du taux de survie possède également ses effets négatifs ! Puisque le nombre de vétérans amputés a littéralement explosé avec ces guerres nouvelles, de même que le nombre de vétérans présentant des blessures sévèrement défigurantes. La fréquence de ces blessures est nettement plus élevée qu'au Vietnam. Comme vous le savez certainement, les insurgés en Irak ou en Afghanistan, tout comme au Vietnam, utilisent des engins explosifs improvisés (*IED*, "*Improvised Explosive Devices*"). La violence de ces explosions et le souffle y

associé sont les causes principales des membres arrachés, de la perte de vue, de la perte de l'audition, et des graves traumatismes crâniens de guerre (*TBI*, "*Traumatic Brain Injury*"). Les guerres d'Irak et d'Afghanistan nous ont apporté une sorte de visibilité sur ces blessures de guerre. C'est une différence majeure avec la guerre du Vietnam. Bien sûr, ce type de blessures et le mode opératoire utilisé pour les occasionner existait déjà au Vietnam, mais leur fréquence n'était pas aussi élevée. D'une part, parce que l'armée ne rapportaient pas toute les blessures, uniquement celles qu'elles voulaient, et qu'elles pouvaient reporter. D'autre part, parce que la grande majorité des soldats blessés de cette manière mourrait. Et aujourd'hui, l'armée a une attitude bien particulière vis-à-vis de ces blessés de guerre. Si ta fonction n'est pas indispensable au sein de ton unité, c'est-à-dire si l'armée est en mesure de te remplacer ou de te substituer, alors elle te décharge de toutes fonctions et te laisse recouvrer ta santé en tant que civil. Mais si tu occupes une fonction extrêmement spécifique au sein de ton bataillon (p.ex. le maniement d'explosifs), l'armée fera tout pour te renvoyer au front, après que tu aies reçu les soins appropriés, et ce, même si tu as été victimes de plusieurs traumatismes crâniens par exemple. La spécialisation militaire est vue comme trop importante par tes officiers de commandement. Et cette conception ne peut se comprendre que dans les racines du fonctionnement de l'armée : les aptitudes physiques ou intellectuelles priment *toujours*, à la guerre, sur la condition médicale. C'est ainsi. Actuellement, l'armée renvoie des milliers de soldats en Irak et en Afghanistan, malgré le fait que ceux-ci souffrent de PTSD ou de TBI, et qu'ils n'aient pas reçu les traitements adéquats.

**Bernard Edelman** – Mais ne nions pas, strictement parlant, que ce qui est fait pour les blessés de guerre, au front, en termes de soins médicaux apportés, est tout simplement fascinant voire incroyable pour nous vétérans. Malheureusement, lorsque vous êtes à la guerre, vous apprenez un élément crucial : La guerre apporte toujours des innovations et des progrès médicaux majeurs, notamment en Médecine d'urgence. Et on le voit en Afghanistan ainsi qu'en Irak actuellement. Voyez ce qui est fait pour les soldats en termes de soins dans les premières minutes suivant un trauma (i.e. explosion, tirs de balles, brûlures etc.)... Pour ne prendre qu'un seul exemple, considérez les avancées majeures faites dans la technologie aussi simple soit elle des garrots (tourniquets de chirurgie) ! Aujourd'hui, chaque soldat porte un garrot sur lui, dans l'éventualité d'une hémorragie qu'il pourrait ainsi stopper de par lui-même.

**Tom Berger** – J’aurais tellement voulu avoir toutes ces appareils avec moi lorsque j’étais au Vietnam. J’étais un *Navy Corpsman* (i.e. unités de sauveteurs rattachées à l’armée de terre et la marine). Vous savez....si j’avais eu tous ces appareils durant la guerre....je ne vivrais pas aujourd’hui avec toute cette honte, cette culpabilité, ces remords....d’avoir dû laisser ces soldats mourir devant moi...parfois sur moi. Je suppose que c’est la seule chose positive qui découle de la guerre...

**Bernard Edelman** – Au Vietnam, j’ai moi même été au contact de chirurgiens de guerre. Eux-mêmes pratiquaient une médecine pour laquelle ils n’avaient pas été entraînés (comparez avec l’avancement de la médecine de guerre actuelle !), une médecine dont ils n’avaient rien lue dans quelque livre que ce soit. La guerre...c’est une sorte d’éducation que tu n’obtiens pas à l’école. Est-ce une bonne éducation ? Oui, je le crois...Mais des gens doivent mourir pour elle...C’est l’ironie de ce jeu...

## LE DEPLOIEMENT



**Fig. 9** : Dernier adieu avant l'Irak. Sgt. Richard Kauth quitte son petit fils, Richard Jr., et son épouse, Cynthia. (Source : Sgt. Stephanie Carl, US Army)



**Fig. 10** : Les premiers soldats quittent leur baraquement pour aller à l'aéroport militaire d'Hickam où un avion les attend pour l'Irak. (Source : Sgt. Bradley Rhen, US Army)



**Fig. 11** : L'embarquement. Quelques 4000 soldats s'envoleront depuis *Hickam Air Force Base*, Hawaï, pour leur mission annuelle en Irak. (Source : Sgt. Stephanie Carl, US Army)

## 4 L'histoire du trauma et les débuts du PTSD

[2-4] Le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) est, ce que l'on appelle plus précisément en psychiatrie, un trouble anxieux. Officiellement, il a été qualifié ainsi pour la première fois dans les années 1980. Mais il est important de se rappeler qu'il ne s'agit pas d'une « maladie récente ». Le PTSD est tout simplement une nouvelle description pour un désordre qui existe depuis plusieurs milliers d'années. Les expériences potentiellement traumatiques de la guerre ont toujours eu un impact sévère sur le fonctionnement psychique des soldats qui les ont vécues.

Il y a quelques trois mille ans, *Hori*, un célèbre vétérane de l'Égypte antique, a décrit, au retour de la guerre, plusieurs des sentiments qu'il a pu exprimer : « Les frissons te bloquent, ton âme est dans tes mains, mais tu décides d'avancer. » Ces mots sont parmi les premiers à démontrer comment la guerre affecte les pensées d'une personne, et ce, d'une manière extrêmement importante. Les décisions raisonnables deviennent difficiles, survivre est la priorité. La peur constante est difficile à gérer. L'aspect tout à fait fondamental de cette description est qu'elle se révèle toujours valable. Et l'on peut aisément se permettre d'envisager que de telles situations *extrêmes* aient des conséquences catastrophiques, à long terme, sur la personne concernée : le soldat.



**Fig. 12** : Scène de la Bataille de Marathon. (Source : <http://karenswhimsy.com/battle-of-marathon.shtml>, 21.08.2011).

Les histoires des événements traumatiques se continuent en Grèce antique. Lorsque l'historien Hérodote parle de la Bataille de Marathon en 490 av. J.-C., il mentionne un guerrier athénien qui est devenu aveugle après avoir assisté au meurtre d'un autre soldat. Ce texte d'Hérodote pourrait être interprété comme une des premières descriptions de ce que nous appelons aujourd'hui, scientifiquement, le PTSD.

L'histoire est riche d'événements traumatiques, tout simplement car l'histoire est riche de guerres. On peut le voir durant les siècles suivants. En 1678 précisément, des médecins militaires suisses ont utilisé le mot « nostalgie » pour nommer les comportements observés suite à un combat. La condition définie était caractérisée par des termes comme la mélancolie, l'insomnie, la faiblesse, le manque d'appétit, l'anxiété, les palpitations cardiaques, la stupeur et la fièvre. Une description extrêmement fine, on pourra le voir, de ce l'on appelle aujourd'hui le PTSD.

Selon Dr. Bessel van der Kolk, spécialiste du PTSD au *Trauma Center at Justice Resource Institute*, Brookline, le neurologue allemand Herman Oppenheim a été le premier à utiliser le terme de « névrose traumatique » (1889) pour décrire la symptomatologie présentée par des accidentés de la construction du chemin de fer. L'apparition fréquente de symptômes cardiovasculaires chez les personnes traumatisées à la suite d'accidents de travail, puis chez des soldats sur la ligne de feu, a ensuite amorcé une longue tradition d'association de problèmes post-traumatiques avec la « névrose cardiaque ». On a parlé de « cœur irritable » ou de « cœur de soldat », selon l'antique représentation du cœur comme organe et siège symbolique des sentiments et émotions.

A l'époque de la construction des chemins de fer à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, Jean-Martin Charcot, médecin clinicien et neurologue à Paris, avait remarqué de semblables symptômes chez ses patients. Il se consacra, ainsi que Pierre Janet et Sigmund Freud, à l'étude de la « névrose hystérique », concept important pour le futur développement des réflexions sur les événements traumatiques.

Les séquelles psychologiques graves présentées par les vétérans de la Première Guerre mondiale, et ceux revenus massivement du Vietnam en 1975, ont entraîné un regain d'intérêt pour la pathologie traumatique qui devient de plus en plus connue sous le nom de « trouble de stress post-traumatique » où les symptômes apparaissent bien après la survenue de l'événement traumatisant.

L'influence des pacifistes et des féministes a poussé à faire reconnaître les traumatismes résultant des violences civiles, familiales et sexuelles et a contribué à

faire progresser les recherches dans ce domaine pour aboutir à une description rigoureuse et précise du PTSD, et à son inscription en 1980 dans le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de l'*American Psychiatric Association*) et en 1992 à la *Classification internationale des maladies* (CIM) de l'*Organisation mondiale de la santé* (OMS).

## **5 La biologie du PTSD ou la rhétorique de la mémoire**

### **5.1 Les caractéristiques diagnostiques**

[5] Le PTSD désigne spécifiquement un type de trouble anxieux sévère. La caractéristique essentielle est le développement de symptômes faisant suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême, impliquant le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, pouvant constituer une menace de mort ou une blessure sévère, et représenter des menaces pour sa propre intégrité physique. Le trauma, en accord avec sa description rigoureuse, doit être consécutif au fait d'être témoin d'un événement pouvant occasionner la mort, une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne. Elle peut également être applicable au fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave, et une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille voire un ami proche (*Critère A1*).

La réponse de la personne à l'événement doit comprendre une peur intense, un sentiment de désespérance et d'horreur. Chez les enfants, la réponse doit comprendre un comportement désorganisé ou agité (*Critère A2*).

Les symptômes caractéristiques résultant de l'exposition à un traumatisme extrême comprennent la reviviscence persistante de l'événement traumatique (*Critère B*), la persistance de l'évitement à des stimulus associés au traumatisme, avec émoussement des réactions des réactions générales (*Critère C*), ainsi que la persistance des symptômes caractéristiques de l'activation neuro-végétative (*Critère D*).

Le tableau symptomatique complet doit être présent durant plus d'un mois (*Critère E*), et la perturbation doit entraîner une souffrance cliniquement significati-

ve ou une altération du fonctionnement social, professionnel voire dans d'autres domaines importants (*Critère F*).

Les événements traumatiques qui sont vécus directement, comprennent de manière non limitative, le combat militaire, les agressions interpersonnelles violentes (agression sexuelle, attaque physique, vol), le kidnapping, la prise en otage, les attaques terroristes, la torture, l'incarcération en tant que prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration, les catastrophes naturelles ou d'origine humaine, les accidents de voiture graves ou le fait de recevoir le diagnostic d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital.

Chez les enfants, les éléments traumatiques sexuels peuvent inclure des expériences sexuelles inappropriées par rapport au développement, sans violence ou blessure grave ou réelle.

Les événements dont le sujet est témoin peuvent comprendre, de manière non limitative, le fait d'assister à la blessure grave ou à la mort non naturelle d'une autre personne à la suite d'une agression violente, d'un accident, d'une guerre, ou d'une catastrophe, et de percevoir de manière inattendue un cadavre ou les morceaux d'un corps.

Les événements vécus par *l'autre* et qui sont rapportés au sujet, peuvent également être considérés comme potentiellement traumatisants. Ils comprennent généralement les agressions personnelles violentes, les accidents sévères, ou les blessures graves vécues par un membre de la famille, la mort subite d'un proche, et la nouvelle que son enfant a une maladie mettant en jeu le pronostic vital.

Le trouble peut être particulièrement sévère ou prolongé quand le facteur de stress est lié à une activité humaine (p. ex., torture, viol). La probabilité de développer un PTSD augmente significativement en fonction de l'intensité et de la proximité physique du facteur de stress.

L'événement traumatisant peut être revécu de diverses manières. Habituellement, le sujet a des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement (*Critère B1*) ou des rêves répétitifs provoquant un sentiment de souffrance durant lesquels l'événement est remis en scène ou bien représenté (*Critère B2*). En de rares occasions, la personne vit des états dissociatifs qui durent de quelques secondes à plusieurs heures, voire quelques jours, durant lesquels les composantes de l'événement sont revécues, et la personne se comporte de telle manière qu'elle semble revivre l'événement précisément (*Critère B3*). Ces événements, souvent appelés « flash-

backs » sont typiquement brefs, mais peuvent être associés à une détresse prolongée et une activation neuro-végétative extrêmement importante. On observe souvent une souffrance psychologique (*Critère B4*) ou une réactivité physiologique (*Critère B5*) intense, lorsque la personne est exposée à des événements déclenchant qui ressemblent ou symbolisent un aspect de l'événement traumatique (p. ex., dates anniversaires de l'événement traumatique, temps froid et neigeux ou gardes en uniforme pour les survivants des camps de la mort situés dans les régions froides, temps chaud et humide pour les anciens combattants du Pacifique Sud etc...).

Les stimuli associés avec le traumatisme sont évités de manière durable. Le sujet fait habituellement des efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement traumatique (*Critère C1*), et les activités, les situations ou toute personne entraînant une réactualisation spécifique des souvenirs (*Critère C2*). Cet évitement des souvenirs peut inclure l'amnésie d'un aspect important de l'événement traumatique (*Critère C3*). Une diminution de la réactivité au monde extérieur, appelée « émoussement psychique » ou « anesthésie émotionnelle » débute habituellement peu de temps après l'événement traumatique. Le sujet peut se plaindre d'une diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités antérieurement sources de plaisir (*Critère C4*), ou de se sentir détaché ou étranger vis-à-vis des autres (*Critère C5*). Il peut également présenter une capacité nettement diminuée à ressentir des émotions (particulièrement celles associées avec l'intimité, la tendresse et la sexualité) (*Critère C6*). Une personne ainsi qualifiée de traumatisée peut avoir le sentiment d'un futur « amputé », c'est-à-dire qu'elle ne s'attend absolument plus à un cours normal de la vie. Pour exemple, une femme peut ne plus s'attendre à avoir une carrière professionnelle, se marier, ou avoir des enfants (*Critère C7*).

Le sujet présente des symptômes persistants d'anxiété et d'hyper-vigilance qui inexistent avant le traumatisme. Ces symptômes peuvent comprendre une difficulté à s'endormir ou à maintenir le sommeil. De telles difficultés peuvent être due à des cauchemars répétitifs durant lesquels l'événement traumatique est revécu (*Critère D1*), et caractérisés par une hypervigilance (*Critère D4*) et des réactions exagérées de sursaut (*Critère D5*). Certains sujets font état d'une irritabilité ou d'accès de colère (*Critère D2*), voire d'une difficulté à se concentrer et mener à bien les tâches dans lesquels ils sont impliqués (*Critère D3*).

## Le DSM – un chef-d'œuvre ?

[6] Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder ou DSM), publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), est un manuel de référence classifiant et catégorisant les critères diagnostiques ainsi que de recherches statistiques de troubles psychiatriques spécifiques. Il est aussi bien considéré comme manuel de référence aux Etats-Unis qu'internationalement, par les cliniciens, chercheurs, psychiatres et compagnies d'assurance santé et pharmaceutiques.

Les critères diagnostiques du PTSD (cf. 5.1) sont décrits précisément dans la partie des troubles anxieux de ce manuel. Or, la valeur clinique du DSM, depuis la troisième édition (i.e. DSM-III), est l'objet de vives critiques de la part de nombreux psychiatres et psychologues cliniciens. En effet, durant notre séjour aux Etats-Unis nous avons eu l'occasion d'aborder, à maintes reprises, le débat agité prenant place autour de la véritable pertinence de certains aspects du DSM. Nous avons pu en aborder quelques aspects, notamment, avec un expert reconnu dans le domaine : Prof. Sandro Galea, Directeur du Service de Santé Publique et d'Epidémiologie à l'Université de Columbia, New York. « Je pense que le Critère A devrait être aboli dans la prochaine édition du DSM. Il n'est pas nécessaire et rend les choses plus compliquées. Dans le futur, je pourrais imaginer une sorte d'évaluation avec des marqueurs biologiques. Mais nous sommes loin de ça en ce moment. »

Mis à part les experts, les patients eux-mêmes critiquent vivement les méthodes diagnostiques employées. Ils vont jusqu'à remettre vivement en question l'utilisation du terme *PTSD*. Michael Jernigan, un des premiers soldats à revenir blessé de la guerre d'Irak en 2003, et vétéran des U.S. Marine Corps a été la victime d'un bombardement ennemi dans le quel, il a perdu une portion de son crâne ainsi que son œil gauche. Il est l'un des premiers vétérans à défendre ardemment la cause du PTSD aux Etats-Unis. Michael Jernigan nous explique précisément que le terme *PTSD* est insuffisant selon sa propre expérience pour décrire les enjeux tels qu'ils se décrivent dans leur globalité : « PTSD est un terme très clinique, très médical. On pense à des cellules caoutchoutées, à des camisolles de force. On parle de *désordre psychologique*, de *maladie mentale*. Ce n'est pas du tout cela. » Une des critiques principales que Michael Jernigan a tenté de nous expliquer, est que la problématique

n'est pas simple du tout. Le PTSD se montre de nombreuses façons, et il n'est pas toujours facile d'en acquérir une vue obligatoirement globale.

Une cinquième et prochaine édition du DSM est en développement et sera publiée en mai 2013. Le manuel inclura de nombreux changements, probablement, et espérons le, dans la partie *PTSD*.

## **5.2 Les troubles mentaux associés**

[5] Les sujets ayant un PTSD peuvent décrire des sentiments de culpabilité douloureuse pour avoir survécu alors que d'autres pas, ou en raison de ce qu'ils ont du faire pour survivre. Des conduites d'évitement peuvent interférer avec les relations interpersonnelles et conduire à des conflits conjugaux, au divorce ou à une perte d'emploi. Des hallucinations auditives et des idées délirantes peuvent être présentes dans certains cas sévères et chroniques. On peut également observer les symptômes suivants, en particulier après des facteurs de stress de nature interpersonnelle (p. ex., abus sexuel ou physique dans l'enfance, mauvais traitements domestiques, prise d'otage, incarcération en tant que prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration, torture) : altération de la modulation des affects, comportement autodestructeur et impulsif, symptômes dissociatifs, plaintes somatiques, sentiment de n'être plus comme avant, perte des croyances antérieures, hostilité, repli social, sentiment d'être constamment menacé, altération des relations avec autrui, ou modification des caractéristiques de la personnalité antérieure du sujet.

Le PTSD est associé à des taux élevés de trouble dépressif majeur, de troubles liés à l'utilisation d'une substance, d'attaques de panique, d'agoraphobie, de trouble obsessionnel compulsif (TOC), de troubles anxieux généralisés, de phobie sociale, de phobies spécifiques et de troubles bipolaires. Ces troubles peuvent préexister le PTSD, en être une conséquence directe, mais également apparaître concomitamment.

## **5.3 La prévalence**

[5] Les études faites en population générale révèlent une prévalence du PTSD sur la vie d'approximativement 8% chez les adultes aux Etats-Unis. Actuellement, il n'existe pas de données disponibles quant à la prévalence de ce trouble dans d'autres

pays. Les études de sujets à risque (c'est-à-dire groupes exposés à des incidents traumatisants spécifiques) ont rapporté des données variables avec les taux les plus élevés (allant du tiers à plus de la moitié des sujets exposés) chez les survivants de viols, de combats et de détention militaires.

#### **5.4 L'évolution**

[5] Le PTSD peut survenir à tout âge, y compris durant l'enfance. Les symptômes débutent habituellement dans les trois premiers mois après le traumatisme bien que puisse exister un délai de plusieurs mois voire même de plusieurs années avant que les symptômes n'apparaissent. Fréquemment, la perturbation remplit initialement, dans les suites immédiates du traumatisme, les critères d'un PTSD (cf. 5.1). Les symptômes et l'importance relative de la reviviscence, de l'évitement ainsi que de l'hyper-vigilance peuvent varier dans le temps. La durée des symptômes est variable avec une guérison complète survenant en trois mois dans environ la moitié des cas alors que de nombreux autres sujets ont des symptômes qui persistent plus de douze mois après le traumatisme. Il est également possible que l'évolution soit émaillée de périodes d'amélioration et d'aggravation de symptômes. Une réactivation des symptômes peut survenir en réponse à certains éléments rappelant le traumatisme initial, à des stress liés à la vie, ou bien à de nouveaux événements traumatisants.

La sévérité, la durée, et la proximité de l'exposition d'un sujet à l'événement traumatique sont les facteurs les plus importants dont dépend la probabilité de développer ce trouble. Les soutiens sociaux, les antécédents familiaux, les expériences durant l'enfance, les variables de personnalité et les troubles mentaux préexistants peuvent influencer le développement du PTSD. Ce trouble peut se développer chez des sujets ne présentant aucun facteur prédisposant, surtout si le facteur de stress a été particulièrement important, comme cela peut être le cas avec les événements de guerre.

#### **5.5 Les interactions gène-environnement**

[5] Afin de mieux comprendre la contribution des facteurs génétiques dans le développement du PTSD, nous nous sommes rendu au Centre National pour le PTSD,

à West Haven, dans le Connecticut. Nous avons eu l'immense privilège de discuter de cette problématique avec Dr. Joel Gelernter, Professeur de génétique à la Faculté de Médecine de l'Université de Yale, et chercheur de renommée mondiale dans le domaine de la génétique du PTSD.

Dr. Joel Gelernter a pu notamment nous confirmer le concept selon lequel il existerait des données en faveur d'une composante héréditaire dans l'apparition du syndrome de stress post-traumatique. "Les gènes qui codent pour des transporteurs de la sérotonine pourraient jouer un rôle important dans le développement du PTSD", dit-il. « Et, ceci est également vrai pour les gènes qui sont impliqués dans la voie de signalisation des glucocorticoïdes. »

Il s'agit de gènes cruciaux dans la réponse au stress et à l'anxiété. Dr. Gelernter nous explique qu'il y a des études de jumeaux qui ont montré qu'une mutation dans un de ces loci augmente la probabilité qu'un individu développe un syndrome de stress post-traumatique, après avoir été exposé à un événement traumatisant. De plus, des antécédents de dépression chez les apparentés de premier degré ont été associés à une augmentation de la vulnérabilité par rapport au développement d'un PTSD.

Il est aussi important de se rappeler que l'environnement joue un rôle déterminant dans l'expression des gènes à risque. Il est probable qu'un environnement spécifique influence le type de gènes qui sera exprimé. Ceci aurait des conséquences importantes d'un point de vue génétique, puisque les gènes partiellement responsables du développement du PTSD, ne seront précisément pas les mêmes s'il s'agit, par exemple, d'un trauma de guerre ou d'un abus sexuel.

On peut en déduire que le PTSD est un syndrome polygénique complexe. Le PTSD, en tant que pathologie psychiatrique, ne se transmet pas directement. Au contraire, les prédispositions qui le déterminent peuvent être transmises d'une génération à l'autre. Dans le futur, il est envisageable que la thérapie et la prévention du PTSD soient basées, en tout cas en partie, sur le diagnostic génétique.

## **5.6 Le cerveau et le PTSD : circuits, plasticité et altérations**

[7] Depuis quelques années, la recherche s'est penchée sur les éléments neurobiologiques relatifs au PTSD. Plusieurs de ces éléments ont été examinés avec attention par le biais de techniques de neuro-imagerie structurale telle que le CT-scan ou

IRM, et fonctionnelle telle que le PET-scan ou encore l'IRMf. Le but de ces études est d'identifier si les modifications enregistrées dans la structure, ou le fonctionnement du cerveau des personnes victimes de traumatismes psychiques, et souffrant de troubles de stress post-traumatiques sont la conséquence des psycho-traumatismes. Peut-être y a-t-il également un facteur prédisposant la personne à ces troubles. Afin de bien comprendre ces recherches, il faut au préalable décrire le modèle théorique de la peur et du stress.

### **5.6.1 Conditionnement, extinction et évitement**

[7] Un des modèles neurobiologiques du PTSD conçoit les psycho-traumatismes telle une forme de conditionnement de peur. Le conditionnement peut être défini comme l'apprentissage par association de deux ou plusieurs stimuli. Par exemple, on présente une lumière verte à un rat, suivie immédiatement d'un choc électrique. Le rat apprend alors à avoir peur de la lumière verte, et ce, après un seul test. Si le conditionnement est assez fort, la réaction de peur (ou dans le cas d'individus traumatisés, la détresse émotionnelle) peut apparaître lors de la présentation d'un stimulus différent mais apparenté au stimulus traumatisant original. Il pourrait s'agir, pour suivre l'exemple du rat de laboratoire, de la présentation d'une lumière bleue. Appliquons cette notion aux traumatismes de guerre. Et admettons qu'un soldat embarqué dans un véhicule blindé ait survécu à une explosion de voiture piégée en Irak. Dans la vie civile, il est extrêmement probable que ce même soldat, à la vue d'une voiture se rapprochant trop rapidement, réagisse émotionnellement en transposant la situation présente dans son environnement traumatique antérieur.

Une autre notion théorique importante est celle de l'extinction. L'extinction correspond au processus par lequel l'animal (ou l'individu traumatisé) apprend à ne plus avoir peur. Cet apprentissage se fait en présentant un grand nombre de fois le stimulus redouté (par exemple, la lumière verte) sans qu'aucune conséquence négative ne survienne (le choc électrique). Il est essentiel de comprendre que ceci ne constitue en aucun cas un oubli de l'ancienne association, mais certainement un nouvel apprentissage qui prime dorénavant sur l'apprentissage antérieur. Si le processus d'extinction réussit, en d'autres termes s'il se trouve consolidé dans la mémoire, la réaction de détresse/peur disparaît. Naturellement, il est plus facile de traiter la peur qu'inspire une lumière verte chez un rat que de traiter la détresse et l'angoisse

qu'inspire la série d'éléments qui nous rappelle un événement traumatique, comme celui associé à la guerre.

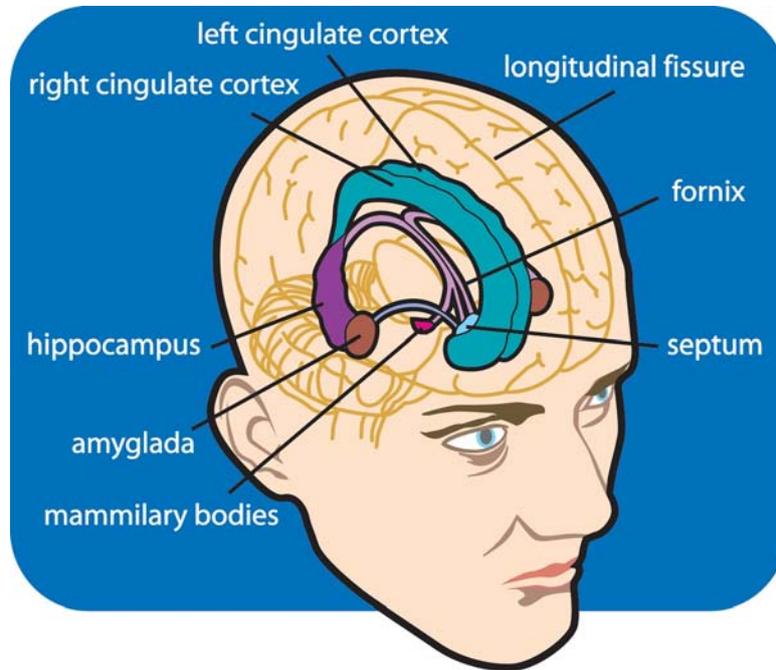
Il y a donc deux phases cruciales dans le conditionnement à la peur : l'acquisition et l'extinction. Ceci compose le modèle neurobiologique du PTSD, qui prédit que le trauma est en fait un conditionnement de peur qui résiste au processus d'extinction.

L'évitement est un aspect crucial du processus de consolidation de l'apprentissage de peur, car il ralentit spécifiquement l'extinction. En évitant les stimuli qui provoquent les réactions de détresse et de peur, l'individu évite les sensations, les émotions négatives associées au souvenir du trauma (par exemple, aller à l'endroit où s'est produit « son » accident), et ne peut, par conséquent, apprendre que la présence du stimulus n'est pas toujours signe de menace. Ainsi, les personnes qui évitent des éléments rappelant le traumatisme ne peuvent intégrer de nouveaux apprentissages par rapport au traumatisme. Les statistiques épidémiologiques supportent indirectement ce modèle neurobiologique, en indiquant que la plupart des victimes qui sont exposées à un événement traumatique et qui ont précisément développé un PTSD un mois après l'événement traumatique, indépendamment de leur acquisition du processus de conditionnement, se remettent naturellement de cet événement. Cela voudrait donc dire que la plupart des victimes ont un processus d'extinction efficace. Par contre, il demeure un pourcentage significatif d'individus ne présentant pas ce processus d'extinction. Ceux-ci pratiquent continuellement l'évitement. Chez ces patients, l'apprentissage de la peur se consolide et se généralise. Les études neurologiques tentent donc d'examiner quelles parties du cerveau sont impliquées dans le conditionnement à la peur et dans l'extinction, afin de pouvoir intervenir au bon moment avec une thérapie appropriée. Le but de ces thérapies futures étant de faciliter le processus naturel d'extinction, et d'empêcher le réflexe d'évitement.

### **5.6.2 Les études neurologiques sur le PTSD**

[7] Les études neurologiques du PTSD s'appuient largement sur les connaissances obtenues après d'intenses recherches sur le conditionnement à la peur et le stress, chez le rat. Le raisonnement de ces études est simple : puisque tous les mammifères possèdent un cerveau limbique semblable, les résultats obtenus chez le rat devraient trouver une certaine correspondance chez l'être humain. Plus précisément,

ces études ont révélé que trois structures spécifiques pourraient être impliquées dans le PTSD. Celles-ci sont les amygdales, les hippocampes et le cortex cingulaire antérieur.



**Fig. 13** : Schéma tridimensionnel du cerveau avec représentation du système limbique. (Source : Prof. Roger K. Pitman, Massachusetts General Hospital, Boston)

### 5.6.3 Les amygdales

[7] L'amygdale est une petite structure du système limbique comportant plusieurs ensembles fonctionnels situés dans la partie antérieure des lobes médio-temporaux. Elle est constituée de plusieurs noyaux qui reçoivent des informations des aires sensorielles, elles-mêmes connectées au cortex limbique, à l'hippocampe et à divers centres impliqués dans la réaction au stress comme l'hypothalamus. L'hypothalamus étant précisément impliquée dans la sécrétion des hormones de stress telles que le cortisol.

Les différentes études chez le rat s'entendent sur le fait que l'amygdale est impliquée dans l'apprentissage de la peur, dans la consolidation de cet apprentissage, ainsi que dans les réactions ultérieures aux stimuli de stress. Ainsi, les études de neuro-imagerie fonctionnelle ont cherché à déterminer si l'amygdale est plus ou moins activée chez des personnes souffrant de PTSD, lorsqu'elles sont comparées à des su-

jets qui ne souffrent pas de PTSD. Les résultats obtenus jusqu'ici tendent à montrer que l'amygdale serait hyperactive chez des personnes souffrant de PTSD comparées à des participants sains. Ceci pourrait expliquer les réactions de sursaut, les souvenirs intrusifs ainsi que l'état d'hyper-vigilance constatée.

#### 5.6.4 Les hippocampes

[7] L'hippocampe est une petite structure sous-corticale située dans les lobes temporaux. Cette structure est connue pour son rôle central dans la mémoire, permettant le transfert des informations autobiographiques et sémantiques de la mémoire à court terme vers la mémoire à long terme. Elle est également impliquée dans l'orientation spatiale et dans l'estime de soi. L'hippocampe présente un grand nombre de récepteurs aux glucocorticoïdes, donc au cortisol, l'hormone de stress qui est sécrétée lorsqu'un stress est perçu.

Une autre voie qui a mené à l'étude de l'hippocampe est le fait que les personnes atteintes de PTSD ont souvent des difficultés à se souvenir d'éléments de la vie courante, comme les éléments d'une liste d'épicerie, des numéros de téléphone. Certains ont également de la difficulté à se souvenir ou à raconter certains aspects de leur événement traumatique sous la forme d'un récit cohérent.

Plusieurs études de neuro-imagerie structurelle ont examiné le volume de l'hippocampe chez des personnes atteintes de stress post-traumatique. Ces études ont révélé que le volume de l'hippocampe est souvent plus diminué chez des personnes souffrant de PTSD, lorsqu'on le compare à celui d'autres personnes, n'ayant principalement jamais été exposées à un événement traumatique. C'est l'hypothèse structurelle qui prévaut ici. Car il est aisément compréhensible que le fonctionnement d'une structure anatomique atrophiée soit amoindrie, parfois de façon conséquente. L'hippocampe en est un exemple pertinent.

Par contre, les études ne peuvent s'entendre sur le lien de cause à effet, comme nous l'explique Prof. Steven Southwick, Professeur de psychiatrie la Faculté de Médecine de l'Université de Yale, et directeur du Centre National pour le PTSD (*National Center for PTSD, NCPTSD*). "Il y a deux possibles interprétations de ces résultats", dit le Prof. Southwick, "un volume plus petit est une conséquence de la présence du PTSD pendant plusieurs années, étant donné l'effet toxique des hormones de stress sur certains types de neurones de l'hippocampe. Ou alors, un volume hippocampique

diminué est un facteur de risque préexistant l'événement traumatique. C'est-à-dire que lorsque la personne est exposée à un tel événement, cela entraînera une incapacité plus ou moins conséquente à se remettre du trauma. Ce n'est que par le biais d'études futures que nous devrions obtenir une meilleure compréhension du rôle de l'hippocampe dans le PTSD. »

### **5.6.5 Le cortex cingulaire antérieur**

[7] Le cortex cingulaire antérieur (CCA) est une portion des régions limbiques frontales qui enveloppe le corps calleux, une structure de matière blanche qui unit les deux hémisphères cérébraux. Le rôle de cette région cérébrale n'est pas encore très bien compris, mais certaines études tendent à montrer qu'elle serait impliquée dans les processus d'autorégulation, et qu'elle pourrait de fait réguler voire arrêter l'activité de l'amygdale. Donc, cette structure corticale sert notamment à empêcher des réactions de peur qui s'avèrent inappropriées à un contexte donné. Il faut mentionner que le traitement de l'information par l'amygdale est grossier mais très rapide, tandis que le celui effectué par le cortex cingulaire antérieur est beaucoup plus concis et riche, cependant plus lent, d'où son rôle inhibiteur. Comme nous avons déjà pu le souligner précédemment, le cortex cingulaire antérieur serait responsable de l'extinction du conditionnement à la peur, de concert avec l'hippocampe.

Plusieurs études ont donc été entreprises dans le but de mieux appréhender l'état d'activation de cette structure lors de la présence de symptômes, chez des individus souffrant de PTSD. En effet, la majorité des études ayant étudié la question ont observé un niveau d'activation inférieur du CCA chez les personnes atteintes de PTSD, lors de la présentation d'éléments relatifs au trauma. Le CCA pourrait donc jouer un rôle dans le PTSD, mais de nombreuses controverses demeurent. Les futures recherches auront certainement un impact considérable sur notre compréhension actuelle de la neurobiologie du PTSD.

## **La neurobiologie du PTSD – conclusions**

[7] Après notre visite de trois jours à la Division de Neurosciences Clinique du Centre National pour le PTSD à West Haven, où nous avons pu discuter avec de nombreux professeurs quelques uns des aspects les plus fondamentaux de la biologie du PTSD, et assister à leur recherches dans différents laboratoires, nous pouvons nous permettre de conclure qu'il est certain que le cerveau des personnes exposées à un événement traumatique, et qui développent un PTSD persistant n'est pas en tout point semblable à celui de personnes saines. Il semble que le centre nerveux responsable de l'émotion de peur soit hyperactif, alors que les centres responsables de l'inhiber ne soient pas aptes à la supprimer tel qu'ils le devraient.

Cela étant, le PTSD est un trouble complexe et il est possible que de nombreuses autres structures participent au développement et à la persistance de ce trouble. « Nous sommes encore à un stade précoce dans la compréhension des bases neurobiologiques de ce trouble » dit Dr. John Krystal, psychiatre spécialiste des circuits neuronaux du PTSD à la Faculté de Médecine de l'Université de Yale, et directeur du NCPTSD. « Par ailleurs », ajoute-t-il, « ce n'est pas parce qu'une cause possible est trouvée dans le cerveau que nous devons adopter une position fataliste et déterministe. Ce n'est pas parce que certaines structures sont plus petites ou moins activées que nous devons croire qu'il en sera toujours ainsi. La capacité première du cerveau est celle d'apprendre. Les études de neuro-imagerie, en nous indiquant quelle structure cérébrale, et donc quelle fonction, est touchée, nous aideront à valider ou développer des traitements psychothérapeutiques et pharmacologiques pour venir en aide aux vétérans qui souffrent de PTSD, mais pas seulement » ajoute-t-il.

### **5.7 La résilience ou le mythe du guerrier stoïque**

[19, 22, 24, 35] *“Il parla ainsi, et la noire nuée de la douleur enveloppa Achille, et il saisit de ses deux mains la poussière du foyer et la répandit sur sa tête, et il en souilla sa belle face; et la noire poussière souilla sa tunique nektaréenne; et, lui-même, étendu tout entier dans la poussière, gisait, et des deux mains arrachait sa chevelure. Et les femmes, que lui et Patrocle avaient prises, hurlaient violemment, affligées dans leur cœur; et toutes, hors des tentes, entouraient le belliqueux Achille,*

*et elles se frappaient la poitrine, et leurs genoux étaient rompus. Antiloque aussi gémissait, répandant des larmes, et tenait les mains d'Achille qui sanglotait dans son noble cœur. Et le Nestôride craignait qu'il se tranchât la gorge avec l'airain (i.e. épée). Achille poussait des sanglots terribles, et sa mère vénérable l'entendit, assise dans les gouffres de la mer, auprès de son vieux père. Et elle se lamenta aussitôt.*  
**L'Iliade, Homère.**

Qu'est-ce qu'un soldat ? Un homme ? Une machine ? La question se veut évidente ou complexe, tout dépend de l'angle de vue duquel vous voudrez bien vous placer. Pourquoi ? Manifestement, une conception du soldat prévaut actuellement, celle qui vient à le considérer non pas comme un homme raisonnable, mais comme un simple *corps*, élément malléable représentatif d'une énorme masse physique : l'armée. Et ici, l'image du corps du soldat n'est tout simplement pas anodine. D'une part, parce que cette association entre corps et soldat, aussi grossière soit-elle, se présente évidemment à notre esprit, telle une figure imposée par l'histoire : c'est l'image du *corps du soldat*, exhibant une musculature aussi imposante qu'inutile, certainement constitutive d'une sorte "d'armure" du guerrier prêt à aller à la guerre. D'autre part, parce que considérer cette conception revient à faire abstraction de toute dimension intellectuelle ou rationnelle du soldat. L'on dénie ainsi complètement le soldat en tant qu'homme : il n'est qu'une *machine* prête à *fonctionner*. C'est ainsi que l'on tend à agréger la froideur caractéristique de la chose, c'est-à-dire de la machine, au soldat lui-même. Comprenez ici qu'il n'y a pas l'opportunité de la présence de quelconques émotions. L'on vient alors à assumer que la guerre n'exprime en lui ni peurs, ni craintes. Le soldat tue froidement ce qu'il se doit de tuer, sans respect de la proportionnalité, ni considération de la cible, sans aucun regret. L'idée de la mort à la guerre, bien qu'acceptée totalement, ne l'ébranle jamais. De même qu'il reste insensible à la mort de ses camarades, en n'exprimant ni pleurs, ni chagrin. Certains trouveront, bien entendu, ces représentations excessives. Ceux-là mêmes qui n'osent généralement pas consentir au fait qu'elles existent, et prédominent souvent dans les conceptions populaires de la guerre et du soldat. Peu importe. Il serait plutôt judicieux de se pencher sur les origines de ces représentations.

L'ambivalence de la guerre avec laquelle il nous est arrivé de nous familiariser tendrait à nous faire adopter la perspective selon laquelle la guerre est avant tout une affaire d'émotions, et probablement d'émotions conflictuelles. Cette perspective, pré-

cisément, ne laisse pas beaucoup de place au doute. Si la guerre est généralement sœur de peur, de peine, de tristesse, de colère, de honte, d'horreur, et parfois de haine, il se peut également que la joie, l'espérance ou encore l'empathie viennent s'y mêler. Si l'on tente d'omettre volontairement l'extrémisme des représentations citées plus haut, c'est-à-dire si l'on se permet de ne pas considérer le soldat comme une véritable machine de guerre, mais tout au contraire d'envisager que l'expression des émotions est déterminante pour ce qui n'est qu'un *homme fait soldat* et ainsi façonné par la guerre, alors l'on pourrait affirmer cela. De toutes les émotions qui peuvent être dévoilées en un soldat en temps de guerre, une seule prédomine clairement et distinctement : la peur. Et des actes tels que le courage, la bravoure ou la hardiesse cultivées par les corps armés doivent être considérés comme le moyen qu'à trouver le soldat pour éteindre, ou tout du moins voiler certaines émotions communes à *tout* homme mortel, justement : la peur, ou la crainte. C'est ainsi que l'on s'accorde à dire que la guerre constitue certainement "l'ultime défi" posé au "courage imperturbable", un courage imperturbable qui "ne laisse pas beaucoup de place à la peur". Ici ce ne sont pas tant les mots "courage", ou "peur" associées à la guerre, et empruntés à l'écrivain britannique Christopher Isherwood, qui pourraient nous faire durement questionner, que le terme "imperturbable" associé à la nécessaire absence de peur. Car l'écrivain ne fait ici que relever une interrogation fondamentale, à l'origine même de la conception radicale du *soldat-machine* : la guerre permet-elle l'expression des émotions *humaines* des soldats ? Quelle attitude serait-il opportun d'adopter face à la révélation de leurs émotions, et dans un environnement si particulier que celui de la guerre ? La question demeure tout à fait légitime face à ceux qui nous affirment, sans véritablement convaincre, que les soldats ne sont que de simples tueurs de sang-froid sans craintes, ni peurs.

"*You'll be scared!*" "Vous serez effrayé !", telle est la formule lancée dans un célèbre pamphlet de l'armée américaine écrit à l'intention des nouvelles recrues au cours de la seconde guerre mondiale, en 1944. Et il continue ainsi : "*You'll be frightened at the uncertainty, at the thought of being killed*" : "Vous serez effrayé par l'incertitude, à l'idée d'être tué". Ici, l'horreur de la guerre, ainsi que la peur y liée semblent être clairement explicités. Néanmoins, rien n'est dit sur la posture à choisir afin de faire face à ces constituantes de la guerre. Faudrait-il alors au moins concéder, même si cela reste fortement discutable, que le fameux "pas de place pour la peur" ne semble pas si incongrue dans un monde militaire ? Une philosophie, quoi qu'on en

dise, relativement appropriée au guerrier, au soldat dont la “fonction principale reste de survivre et fonctionner dans un monde organisé”, et structuré de manière *radicalement* différente, “un monde organisé pour la mort de l’autre“. Pourquoi diable sommes-nous toujours tentés de se sentir pratiquement forcé, comme de manière redondante, et sans aucune véritable remise en question, d’adhérer à ce semblant de philosophie de guerre, apparemment si séduisante ?

Les origines de ces questionnements pourraient être trouvées dans la complexité d’un courant philosophique antique majeur, qu’il conviendrait certainement de mettre en exergue : le stoïcisme. Un courant de pensée particulièrement adéquat dans l’explication des conceptions précédemment énoncées, et précisément né durant la Grèce antique, aux alentours de -300 av. J.-C.

“*Nous voulons que l’homme heureux soit sain, inexpugnable, dur et fortifié, de telle sorte qu’il ne soit pas largement sans peur, mais complètement*“. “*Et qu’est ce que la bravoure ? Ce n’est que la forteresse inexpugnable de notre faiblesse mortelle. Lorsqu’un homme s’y entoure, il peut ainsi résister librement à toute anxiété [peur] durant le siège de la vie, pour laquelle il utilise sa propre force et ses propres armes*“. En abordant les thèmes de l’homme brave, heureux et sans peur, Cicéron et Sénèque, philosophes et écrivains stoïciens, ne font qu’expressément donner les bases à cette philosophie de guerre discutée, élaborée et façonnée au cours de siècle de conflits, exigeant en quelques sortes que la peur n’ait pas sa place dans quelque rang armé que ce soit. Et ce qui est dit pour la peur, est probablement valable pour toutes autres émotions *négatives* que la guerre peut évoquer en un soldat, telles que la tristesse ou la honte. Effectivement, l’axe de pensée principal du stoïcisme se fonde sur l’idée que l’homme doit être, d’une manière ou d’une autre, totalement détaché de l’influence externe des émotions, qui n’ont donc aucune place à tenir dans la vie d’un homme. Car ces émotions telles que la “peur“, la “colère“, “ou toutes autres émotions ordinaires“, ne font que nous “désinformer“, nous tromper dans notre discernement du “réel bien et du mal dans nos vies“. En ce sens, et pour exemple cardinal, le stoïcisme dans ses vues les plus “prescriptives“ considère “toute peur comme une émotion irrationnelle“.

L’on peut alors comprendre les raisons *pratiques* pour lesquelles le stoïcisme le plus orthodoxe est devenu une foi évidente au sein des corps armés : formater un individu en un soldat froid, austère et détaché de son environnement émotionnel constitue un avantage non seulement conséquent, mais aussi déterminant dans les

rapports de force caractéristique du conflit. Un soldat qui ne tremble pas devant les horreurs de la guerre. Un soldat qui reste détaché de la peur qui peut le traverser lorsqu'il vient à tuer. Un soldat qui reconnaît la tristesse et la peine accompagnant le décès d'un camarade, mais qui ne pleure surtout pas. Involontairement, remarquons que nous en revenons directement aux représentations populaires du *soldat-machine*. Nous venons finalement de démontrer les caractéristiques les plus extrêmes de ce que certaines appelleront fameusement : le guerrier stoïque.

Mais est-ce bien cela le stoïcisme : un homme, un soldat ne réagissant strictement à aucune émotion singulière ? Loin de dénoncer vigoureusement le non-sens de cette conception, l'on pourrait, à bon droit, relever une vision du stoïcisme grec devenu un véritable tissu d'erreurs. Pourquoi ? De tous les soldats que nous aurons certainement rencontré, du plus lâche au plus brave, du plus craintif au plus courageux, aucun ne nous dira qu'il ne lui est jamais arrivé d'être sous l'emprise des tremblements de la peur à l'idée de recevoir la mort ou de la donner, aucun ne nous dira que la tristesse et la peine accompagnant le deuil d'un camarade tombé au combat n'ont jamais eu comme autre conséquence de provoquer en lui une abondance de larmes, aucun ne nous dira qu'avoir erronément tué un *autre* ne l'aura jamais soumis qu'au singulier procès de la honte. Aucun. Et il ne faudrait absolument pas venir à penser que ces *faiblesses* sont la représentation du seul guerrier *moderne*, dans une histoire des armées où prédomine l'orthodoxie du stoïcisme. Car les écrits de la période gréco-romaine, encore une fois, nous relate d'histoires tout à fait similaires. Que dire d'Achille, dans l'Iliade d'Homère, certainement décrit comme le guerrier le plus courageux, héroïque et brave de la mythologie grec. N'est-il pas une figure première du guerrier stoïque ? Celui-là même qui, apprenant la mort de son camarade Patrocle, "sanglotait dans son noble cœur", et "poussait des sanglots terribles", jusqu'au point que l'on "craignait qu'il ne se tranchât la gorge". L'expression nécessaire des émotions du soldat, qui n'est après tout qu'un homme, constitue peut-être un premier point crucial à l'encontre de la dureté des représentations populaires du Stoïcisme. Il semble donc indiscutable que le rigorisme stoïcien, bien que théorie tout à fait attrayante dans un environnement de guerre où elle serait évidemment requise, nous confronte brutalement à sa mise en pratique extrêmement complexe, voire impossible pour tout homme mortel. Et chose intéressante, les penseurs du stoïcisme les plus conservateurs tels que Sénèque, ou encore Epictète en ont raisonnablement pris la mesure, en renforçant l'importance de l'aspect suivant. Un homme stoïque, disent-ils,

n'est pas un homme dominé par l'extinction des émotions, et plus précisément par l'extinction de la peur. Tout au contraire. De plus, l'homme stoïque n'est pas un homme formaté, comme l'on pourrait penser à formater les hommes en guerriers stoïques, c'est-à-dire en soldat-machine. Non. Un homme stoïque est un homme transformé, non pas parce qu'il est un homme sans émotions, mais parce qu'il a effectué un renversement radical de son répertoire émotionnel. Le stoïcisme admet donc l'expression d'émotions, mais d'une manière bien différente : ce que les philosophes appelleront les "*bonnes émotions*". Des émotions devant être toujours révélées avec une idée certaine de la mesure, c'est-à-dire absolument sans excès, en ne se laissant pas emporter par "l'impression" des influences externes. Ainsi, la "prudence" se substitue à la "peur", tout comme la "joie" se substitue au "plaisir", ou encore le "souhait" au "désir". Certains considéreront que les arguments utilisés ici dans le but de confronter les conceptions galvaudées du stoïcisme sont d'une fragilité extrême, invoquant la simple naïveté de croire que tels soldats *stoïques* existent. Mais cette considération ici ne relève que de la simple ignorance. Car qui sait qu'aujourd'hui *encore* de telles représentations continuent à prédominer largement dans les rangs armés, non sans conséquences. Qui sait que la peur est signe de faiblesse. Qui sait que les larmes sont signes de faiblesse. Qui sait que la honte est signe de faiblesse. Ces émotions, ces faiblesses que Sénèque s'empressera de nous rappeler qu'elles sont obligatoirement mortelles, c'est à dire inconditionnellement commune à tous les hommes. Peut-être l'a-t-on ou oublié ? Oui, car il n'est pas pensable, aujourd'hui encore, en temps de guerre, comme avant, et comme après, de dévoiler ses émotions.

Même si les éclaircissements des fondateurs du stoïcisme orthodoxe que représentent Sénèque, Epictète ou Cicéron, vont clairement à l'encontre des conceptions populaires et militaires actuelles, il n'en reste pas moins d'objections. C'est ce que nous soulignera exactement Nancy Sherman, Professeur de Philosophie à l'*Académie Navale des Etats-Unis* ainsi qu'à l'Université Georgetown de Washington, et spécialiste de la question des émotions dans le monde militaire en rapport avec la philosophie ancienne et moderne. "L'on s'attendrait à ce que l'individu le plus courageux ressente quelque peur (et pas uniquement de la prudence, la fameuse *précaution rationnelle et mesurée* des stoïciens) en face d'une bataille macabre, et qu'il vienne même à craquer face à un stress catastrophique". Prof. Sherman introduit donc l'argument selon lequel l'hypothèse des "*bonnes émotions*" émise par les philosophes stoïciens eux-mêmes, en précision de leur pensée rigide, reste toutefois in-

compatible avec la réalité de la guerre et des hommes. C'est peut-être dans la philosophie aristotélicienne qu'il conviendra de chercher les objets nécessaires à la formulation d'une objection.

En effet, toujours dicté par la théorie de la mesure et du juste milieu dont il est l'auteur, Aristote nous précise qu'il n'est pas question de demander à un homme, ou par extension à un soldat, de surpasser toutes ses émotions, ou de façon plus réductrice, de surpasser toutes ses peurs. Mais il est simplement question d'apprendre à *y faire face*. Une émotion ressurgit encore dans les discours d'Aristote : la peur. Une peur que nous avons déjà pu qualifier d'émotion prédominante en temps de guerre. Soyons encore prudent dans l'usage des mots si galvaudés aujourd'hui. De quelle peur parle-t-on ? Nous ne faisons en aucun cas référence aux peurs banales que tout un chacun serait susceptible d'expérimenter dans sa vie de civil, totalement ignorant des réalités de la guerre. Mais nous évoquons la peur particulière du soldat, confondu généralement sous le terme scientifique "d'anxiété d'annihilation". Une annihilation ressentie personnellement par le soldat, n'étant en réalité que le simple corollaire du caractère destructeur de la guerre. Cette anxiété du soldat est ainsi exposée dans la crainte *d'être tué*, mais avant tout dans la crainte *de tuer*. Elle peut également se révéler dans la crainte de détruire, ou de changer, en d'autres termes de se transformer sous l'effet de la violence de la guerre. Une peur permanente donc, envahissante, quasi absolutiste. Une peur dont la seule sensation de certains de ses objets peut être exceptionnellement traumatisante. Prof. Sherman n'aura de cesse d'ajouter, en citant Sénèque, que "l'exposition de la brutalité imminente et intime" de la guerre accompagnant la peur, "force et maîtrise l'esprit", "nous laissant complètement impuissant". Ce n'est que lorsque l'on prend la mesure de l'émotion, que l'on prend la mesure des conséquences possibles sur le fonctionnement psychique du soldat. Quelle attitude adopter alors ? Il serait un véritable non sens qu'un soldat se dresse, impassible, devant ses peurs de guerre. Et Aristote lui-même semble parfaitement appréhender la complexité de la question puisqu'il affirme explicitement qu'être stoïque ne signifie certainement pas *ne pas avoir peur*. Prof. Sherman nous détaille de ce fait la pensée d'Aristote : "Aristote argumente qu'une personne excessivement intrépide serait une "sorte de fou ou une personne inconsciente", "insensible à la douleur corporelle ou psychique". Cette personne ne serait assurément pas une candidate au vrai courage. Cependant, bien que le courage requière que l'on éprouve et endure la peur, Aristote remarque que quelques dangers peuvent dépasser toute idée qu'ils pourraient être

humainement endurés“. Aristote ne fait donc qu'ériger une limite claire aux émotions liées aux dangers dont l'homme peut être le témoin. Et quoique meilleur exemple que les dangers et les peurs de la guerre dans le dépassement constant de cette limite ! “Il existe une sorte de point critique humain que l'on devrait comprendre comme une dose- réponse aux niveaux toxiques de la terreur“. Aristote précise encore sa pensée de manière éminemment originale pour son époque : “ce qui est effrayant ou redoutable, ne l'est précisément pas pour tout le monde ; mais il y a une sorte de chose que l'on doit dire va effectivement au-delà de ce que la capacité humaine peut endurer. Ceci est considéré comme effrayant par chacun, tout du moins chacun doué d'une quelconque sensibilité ou intelligence“. La limite, dont parle Aristote, représente un seuil de stress critique au-delà duquel un individu, dans notre cas plus particulièrement, un soldat, réagira de manière catastrophique. Cette limite variant grandement d'un individu à l'autre, elle constitue tout simplement une inégalité déterminante entre les soldats en termes de réactions émotionnelles face à des situations exceptionnellement traumatisantes rencontrées en période de guerre. En abordant pour la première fois, et explicitement, la problématique des différences de réaction des individus à la peur, Aristote détaille les ébauches d'un concept majeur de l'étude des traumatismes de guerre : la résilience. Etre résilient, et probablement stoïque signifient donc en quelques sortes “rationaliser une attitude ferme face à l'adversité“.

La résilience est un sujet dont l'étude est tout à fait naissante, voire tout à fait innovante. Mais elle constitue une partie centrale dans la compréhension de la réaction aux traumatismes. Qu'entend-on par résilience à la guerre ? Quels en sont ses principaux déterminants ? Pourquoi réagit-on différemment face au stress imposé par le combat et la guerre ? Au regard de la théorie de la résilience, serait-il plausible et possible de conditionner un soldat à un potentiel événement traumatique ? C'est avec le Prof. Steven Southwick et le Dr. Robert Pietrzak, respectivement psychiatre et psychologue au sein de l'hôpital militaire du Connecticut ainsi que de l'Université de Yale que nous voudrions aborder quelques questions principales de cette étude fascinante.

Les études scientifiques sur la résilience, à proprement parler, ont débuté aux cours des années 1970, lorsqu'un groupe de recherche a focalisé son attention sur la capacité de certains enfants à suivre un développement tout à fait normal, en dépit de leur confrontation quotidienne à des événements potentiellement traumatisants. Avant de se pencher sur la résilience des adultes et d'en expliquer les déterminants, les chercheurs ont, en premier lieu, tenté de la définir d'une manière plus ou moins

consensuelle. L'Association Américain de Psychologie énoncera la définition suivante : *“la résilience est définie comme le processus d'adaptation optimale face à l'adversité, le traumatisme, la tragédie, les menaces, voire même face à des sources significatives de stress”*. Cette définition capture, en quelques sortes, la vue extrêmement large que la résilience peut avoir. Plus simplement, la résilience peut être comprise comme les trajectoires différentes, “hétérogènes”, que les individus suivent après la survenue d'un trauma, laissant supposer des différences d'adaptation parfois extrêmement importantes entre les individus, comme le mentionnait déjà Aristote dans ses textes. Elle suggère ainsi qu'un stress ou trauma significatif est une précondition nécessaire et absolue à la résilience. Afin de clarifier notre vue, pensons à la résilience comme il pourrait nous arriver de penser au courage. Un individu ne peut être finalement qualifié de courageux, tant qu'il n'a pas expérimenté la peur ou la crainte liées aux dangers. Dans cette optique, un soldat ne peut être qualifié de résilient, de “dur” comme on le dit si bien dans l'armée, tant qu'il n'a pas enduré directement un niveau significatif de stress associé à un événement traumatique. “Un individu résilient a donc été testé par l'adversité, et démontre des réponses adaptatives au stress, d'ordre psychologique *et* physiologique, réponses désignées sous les terme *d'allostasie psychobiologique*”.

Comme nous le précise Dr. Pietrzak, la question cruciale à l'étude actuellement, pour laquelle les chercheurs n'ont pour ainsi dire que de vagues réponses, est la suivante : en termes de résilience, quelles sont les trajectoires dominantes suivies par les soldats, après avoir été confrontés à une expérience traumatisante ? Avant la survenue du désastre causant le trauma, le soldat n'est pas du tout symptomatique. Et le trauma survient : l'on peut ainsi percevoir une élévation très nette des symptômes pour chaque individu. Mais peu après, ce que l'on appelle le processus d'adaptation se met en marche, autrement dit l'expression de la résilience. Certains individus peuvent donc ramener les symptômes du trauma à un niveau plus ou moins basal pour des raisons que l'on ne comprend pas encore tout à fait clairement. Ainsi, lorsque l'on mentionne la résilience d'une personne, l'on entend par là sa capacité d'adaptation après un trauma, à ramener dans un temps relatif, et de façon plus ou moins conséquente, ses symptômes vers le bas.

Bien qu'un nombre non négligeable d'études ait été réalisé afin d'identifier les facteurs associés à la résilience dans les populations civiles exposées aux traumas (i.e. catastrophes naturelles, attentats etc.), peu de recherches ont été entreprises visant à

remédier à l'absence de données scientifiques claires, nécessaires à l'explication de cette adaptation positive observée dans la population de vétérans, par exemple des guerres d'Irak et d'Afghanistan. Les études les plus importantes, datant de cette année même, ont été engagées par l'équipe du Prof. Steven Southwick de l'Université de Yale. Le but étant de préciser les "causes de l'adaptation positive aux traumatismes de guerre", en d'autres termes les déterminants principaux de la résilience, qu'ils soient de type psycho-sociaux, démographiques, ou encore biologiques (génétiques).

Les conséquences psychiques majeures de la guerre telles que le PTSD, la dépression grave, ou l'anxiété généralisée, constituent une problématique dramatique dans la population des vétérans ayant servi durant les conflits irakiens ou afghans. Puisque les études les moins alarmistes affirment que près de 1 vétéran sur 6 présenterait les symptômes d'une pathologie psychiatrique. Il serait donc tout à fait décisif de spécifier les raisons pour lesquelles certains soldats réussissent à faire face avec succès à des situations traumatiques sévères (i.e. résilient), tandis que d'autres n'y arrivent pas, réagissant de manière grave au-delà d'un seuil critique de stress rencontré à la guerre (i.e. non résilient). En sachant qu'un soldat résilient présente une probabilité moindre de développer un PTSD ou toute autre pathologie psychologique à la suite de l'exposition à un trauma, il s'agit maintenant d'évaluer si les facteurs associés à la résilience de ces soldats sont identiques à ceux développés dans des études antérieures ayant eu pour objet la résilience des populations *civiles* exposées aux traumatismes. Classiquement 4 types de variables principales ont été démontrés dans la détermination de la résilience :

1) **Les variables démographiques :**

- Un âge avancé
- Le sexe masculin
- L'ethnicité caucasienne
- Un haut niveau d'éducation

2) **Les variables liées au trauma :**

- Une exposition moins sévère à l'événement traumatique

### 3) **Les variables psychologiques :**

- L'optimisme
- Le sens de l'objectif (i.e. raison d'être)
- Le sens moral
- L'application personnelle
- La spiritualité
- Un comportement proactif

### 4) **Les variables sociales ou contextuelles**

- Un fonctionnement psychosocial élevé
- Les relations sociales de soutien
- Des ressources communautaires importantes

Il est fort probable que certains de ces facteurs soient associés à la résilience des vétérans. Cependant, nous ne savons toujours pas quelle est la hauteur de leur contribution. Il reste donc à définir plus finement cette *résistance au stress* (i.e. l'allostasie psychobiologique déjà rencontrée plus haut), c'est-à-dire la capacité que présentent de nombreux soldats à endurer des niveaux extraordinairement élevés d'exposition au combat, tout en n'exposant des symptômes minimaux voire nuls de PTSD. Dans cette optique, les chercheurs de l'Université de Yale ont pu observer 3 groupes de vétérans différents :

#### 1) **Groupe résilient**

- Exposition au combat élevée
- Symptômes de PTSD liés au combat faibles

#### 2) **Groupe PTSD ou non résilient**

- Exposition au combat élevée
- Symptômes de PTSD liés au combat élevés

#### 3) **Groupe contrôle**

- Exposition au combat faible
- Symptômes de PTSD liés au combat faible

Après comparaison des différents groupes de vétérans il en ressort que, d’une part certains *facteurs démographiques* ou liés au déploiement corrèlent fortement avec certaines variables observées dans l’étude des traumatismes dans les populations civiles. Comparé au groupe contrôle (i.e. faible exposition au combat, et faible symptômes de PTSD), le groupe PTSD (i.e. non résilient, forte exposition au combat, symptômes de PTSD élevés) a une probabilité accrue d’être constituée de soldat ayant un plus jeune âge, et de vivre seul (i.e. soldats non mariés, ou vivant avec une partenaire). Par contre, et à la grande différence de l’étude du trauma sur les populations civiles, Prof. Southwick et Dr. Pietrzak ont trouvé que le sexe, l’ethnicité ou l’éducation ne sont pas des déterminants significatifs de la résilience des soldats. Dr. Pietrzak nous avoue tout de même “qu’il nécessitera d’autres études, car l’on continue à penser que l’éducation reste un déterminant majeur du processus de résilience, comme il peut constituer un facteur de risque ou un facteur protecteur dans le développement du PTSD“. Le statut relationnel, le type de service armé, ou encore le nombre de déploiements n’a également pas été associé à une résilience plus élevée aux traumatismes de guerre.

**Table 1**  
Demographic and deployment-related characteristics by group status.

N	Control	PTSD	Resilient	F	p
	134	72	61		
Age*	38.6 (.9) <sup>a</sup>	33.2 (1.2) <sup>a</sup>	35.7 (1.3)	6.98	.001
Sex (% male)					
Race/ethnicity				3.48	.75
White	118 (88.1%)	61 (84.7%)	52 (85.2%)		
Black	7 (5.2%)	5 (6.9%)	2 (3.3%)		
Hispanic	5 (3.7%)	5 (6.9%)	4 (6.6%)		
Other	4 (3.0%)	1 (1.4%)	3 (4.9%)		
Education				4.39	.36
High school	16 (11.9%)	15 (20.8%)	8 (13.3%)		
Some college/college graduate	105 (78.4%)	50 (69.4%)	43 (71.7%)		
Graduate school	13 (9.7%)	7 (9.7%)	9 (15.0%)		
Married/living with partner*	91 (67.9%) <sup>a</sup>	35 (48.6%) <sup>ab</sup>	40 (66.7%) <sup>b</sup>	8.03	.018
Service duty*				8.12	.017
Active duty	20 (19.2%) <sup>a</sup>	13 (25.0%) <sup>b</sup>	20 (40.8%) <sup>ab</sup>		
National Guard or Reserves	84 (80.8%)	39 (75.0%)	29 (59.2%)		
Number of deployments	1.51 (.10)	1.54 (.14)	1.52 (.15)	.01	.98
Time between return from deployment and survey completion (months)	31.86 (1.06)	31.53 (1.45)	31.40 (1.59)	.04	.96

Note. \*Groups differ significantly,  $p < .05$ . Values with the same superscript differ significantly,  $p < .01$ .

Comparé au groupe PTSD, le groupe résilient est constitué de soldats ayant une probabilité plus grande d’être mariés ou d’être en compagnie régulière d’une partenaire. Il a été également démontré que les soldats résilients appartiennent généralement à des corps armés actifs et volontaires. Il est donc beaucoup moins probable qu’ils appartiennent à des régiments de réserve (i.e. non actifs) ou à la Garde Nationale.

**Table 2**  
Psychological screening and psychosocial variables by group status.

N	Control	PTSD	Resilient	F or $\chi^2$	p	OR or Cohen's d (Resilient vs. PTSD)
	134	72	61			
<i>Psychological screening</i>						
Positive depression screen	16 (12.0%) <sup>a</sup>	54 (75.0%) <sup>ab</sup>	9 (15.0%) <sup>b</sup>	96.65	<.001	.05 (.02-.15)
Positive alcohol screen	23 (17.7%) <sup>a</sup>	34 (52.3%) <sup>ab</sup>	17 (27.9%) <sup>b</sup>	25.31	<.001	.34 (.14-.83)
<i>Psychosocial measures</i>						
Psychosocial difficulties*	40.74 (1.43) <sup>a</sup>	56.45 (1.87) <sup>ab</sup>	40.25 (1.72) <sup>b</sup>	27.23	<.001	1.09
CD-RISC total score*	75.96 (1.88) <sup>a</sup>	66.35 (2.56) <sup>ab</sup>	80.13 (2.25) <sup>b</sup>	8.55	<.001	.69
Purpose/Control*	21.25 (.61) <sup>a</sup>	16.62 (.79) <sup>a</sup>	22.54 (.74) <sup>b</sup>	16.76	<.001	.94
Hardiness*	21.43 (.60) <sup>a</sup>	18.83 (.78) <sup>ab</sup>	23.01 (.72) <sup>b</sup>	7.96	<.001	.68
Leadership*	15.37 (.45)	14.14 (.59) <sup>b</sup>	16.57 (.55) <sup>b</sup>	4.63	.011	.52
Effort	12.09 (.35)	11.10 (.45)	12.49 (.42)	2.73	.068	.39
Spiritual	5.08 (.25)	4.63 (.33)	5.35 (.30)	1.32	.27	.28
Unit support score	42.88 (1.54)	40.07 (2.04)	44.54 (1.87)	1.35	.26	.28
Postdeployment social support*	58.69 (1.19) <sup>a</sup>	47.68 (1.58) <sup>ab</sup>	55.54 (1.47) <sup>b</sup>	15.61	<.001	.62
Community support*	21.05 (.55) <sup>a</sup>	17.79 (.72) <sup>a</sup>	19.61 (.67)	6.42	.002	.32
Instrumental support*	19.86 (.52) <sup>a</sup>	16.05 (.68) <sup>ab</sup>	18.53 (.63) <sup>b</sup>	9.89	<.001	.46
Accessibility of family/friends*	11.84 (.38) <sup>a</sup>	9.61 (.49) <sup>ab</sup>	11.25 (.45) <sup>b</sup>	6.59	.002	.42
Understanding*	5.93 (.24) <sup>a</sup>	4.01 (.31) <sup>ab</sup>	5.91 (.29) <sup>b</sup>	13.84	<.001	.77

Note. \*Groups differ significantly,  $p < .05$ . Values with the same superscript differ significantly,  $p < .01$ . Scores on all measures adjusted for age, relationship status, and service duty type.

D'autre part, si l'on examine plus précisément les *facteurs psychosociaux* déterminant la résilience, comme le souligne le Prof. Southwick, il en ressort de manière tout à fait récurrente "l'importance fondamentale de ce que nous appelons le *support social*" : le même support social qui est considéré comme l'élément prédictif le plus puissant de l'expression à long terme des symptômes de PTSD. Le groupe de soldats résilients représente environ 23% de la population de vétérans étudiés. Ces soldats, comme mentionné dans le cadre des facteurs démographiques, ont une tendance beaucoup plus élevée à être marié ou à vivre en partenariat. Vivre en relation constitue donc un support social positif, et suggère certainement la possibilité d'un facteur protecteur qui augmenterait la capacité de résilience de ces soldats. Mais il est encore à noter que le support social ne signifie pas uniquement être en relation avec les autres. Le support social se révèle également dans le sentiment perçu du soldat de la compréhension de sa famille, de ses amis ou plus largement de la société en générale, à l'égard des différentes problématiques psycho-sociales que les vétérans peuvent rencontrer au retour d'une guerre. Il peut aussi correspondre au soutien plus *communautaire* qui peut être mis à disposition du soldat à la fin de son déploiement, en terme de transition à la vie civile, de recherche d'emploi, de soutien financier, ou encore de soutien à la santé. On perçoit ici clairement le double rôle du support social. D'une part, les soldats résilients présentant un support social élevé, sont généralement moins prônes aux conséquences psychopathologiques de la guerre telles que

le PTSD ou la dépression grave. D'autre part, ils expérimentent moins les conséquences psychosociales que sont la perte d'emploi, la grande précarité, l'abus de substance ou encore la violence envers les personnes.

Les soldats du groupe résilient présentent finalement la caractéristique de n'appartenir, pour la très grande majorité, qu'à des régiments de soldats actifs. En effet, la plupart des soldats vulnérables ou souffrant de PTSD appartiennent à l'armée de Réserve ainsi qu'à la Garde Nationale. Une des explications apportées est que les soldats de Réserve ou de la Garde Nationale, ne sont pas suffisamment et efficacement entraînés à l'inoculation du stress en situations de guerre, en comparaison avec les soldats appartenant à l'armée active.

Lorsque l'on entend détermination de la résilience, il se peut que l'on face également référence à une hypothétique détermination génétique. En d'autres termes, au regard du fait que chaque individu réagit d'une manière totalement différente au stress sévère, existent-ils des gènes spécifiques déterminants notre capacité d'adaptation aux traumatismes ? Quelle est l'importance de leur contribution dans les processus de résilience ? L'étude de la génétique de la résilience n'est qu'à ses débuts, surtout dans le domaine très spécifique de la résilience aux traumatismes de guerre dans une population de vétérans si particulière. Cependant, des recherches très récentes (Prof. Adriana Feder, Nature, 2009) ont démontré que certaines régions génétiques spécifiques d'un individu peuvent rentrer en interaction complexe avec son histoire d'exposition aux stress environnementaux. Ces interactions peuvent ainsi déterminer le degré d'adaptabilité des systèmes neurochimiques de réponse au stress à des expositions traumatiques nouvelles, tout comme la fonction des circuits neuronaux impliqués dans la réponse au stress. La génétique de la résilience est donc un exemple extrêmement complexe du phénomène *d'interactions gène-environnement*, que l'on a déjà pu observer dans le cadre de la détermination génétique du PTSD. Et les différences dans ces interactions *gène-gène* ou *gène-environnement* sous-tendent clairement les variabilités interindividuelles observées dans la réponse au stress. Pour ne prendre qu'un exemple, considérons les gènes impliqués dans le système hypothalamo-hypophyso-surrénalien (i.e. système HPA). L'hormone CRH (Corticotropin-Releasing Hormone) relâchée par l'hypothalamus est responsable de l'activation de l'axe HPA, menant, en fin de cascade, à la libération de cortisol par le cortex des glandes surréaliennes. Le cortisol, une hormone stéroïde (i.e. glucocorticoïde), possède des actions contraires sur les fonctions cérébrales, dépendant de son temps de

libération. Une libération de cette hormone à court-terme constitue un facteur protecteur en promouvant l'adaptation, tandis qu'une exposition prolongée à des niveaux anormalement élevés de cortisol peut être extrêmement délétères : par exemple, à la suite de l'exposition aux puissants stress des traumatismes sévères. Ainsi, il a déjà été montré qu'une sécrétion continue et excessive de cortisol pouvait avoir des conséquences structurales complexes dans certaines régions du cerveau humain telles que l'hippocampe et l'amygdale, incluant l'atrophie de certains types de neurones. La résilience est associée à la capacité optimale de contenir toute augmentation massive de CRH et de cortisol à la suite d'un stress sévère. On pense donc que les individus résilients possèdent des polymorphismes particuliers dans des gènes spécifiques (i.e. récepteur au CRH) leur permettant de présenter une sécrétion réduite de CRH ainsi que des changements adaptatifs de l'activité des récepteurs au CRH, ces mêmes changements promouvant efficacement les phénomènes d'adaptation au stress et donc de résilience.

La dernière interrogation qu'il serait opportun d'aborder, aussi incomplet soit-on, serait la place de "l'inoculation au stress", c'est-à-dire de la préparation psychique aux traumatismes de la guerre, dans le renforcement de la résilience ainsi que de la capacité d'adaptation positive des soldats. Il nous vient à l'esprit de mettre un accent particulier sur ce sujet pour lequel l'armée américaine ainsi que le département de la défense (DoD, Department of Defense) se sont véritablement pris de passion. L'idée que l'on puisse entraîner un soldat aux stress et trauma de la guerre leur semble une approche tout à fait innovante et prometteuse, approche qu'ils ont eux-mêmes qualifiée de "*Master Resilience Training*" ou plus simplement entraînement à la résilience. Cependant, il serait là tout à fait intéressant de noter que l'idée exposée n'est absolument pas nouvelle. Prof. Nancy Sherman attire notre attention sur le fait que Sénèque déjà notait, dans ses discussions philosophiques sur le stoïcisme, que "face à un caractère irrésistible et accablant de la peur sur une personne normale, il fallait trouver les moyens de nous fortifier pour mieux apprendre à y faire face". "Et dans les moyens que Sénèque propose, il y a principalement la répétition *fréquente* et *minutieuse* d'événements futurs probables ; ce qui implique, dans le cas de la préparation des soldats, la confrontation à leur propre mort violente". "Pour l'inexpérimenté", dit précisément Sénèque, "une grande part du diable consiste en sa nouveauté". Il continue ainsi : "mais si ce diable a été considéré préalablement, alors on peut s'attendre à ce que le coup (i.e. les conséquences) soit beaucoup plus modéré". D'un point de vue

plus scientifique, cette approche d'entraînement à la résilience, nouvellement étudiée, reste critiquée par deux de ses principaux chercheurs impliqués que sont Martin Seligman, professeur de psychologie positive à l'Université de Pennsylvanie, ainsi que Charles A. Morgan, professeur de psychiatrie à l'Université de Yale (et affilié à l'armée américaine). Car la majorité des données *préliminaires* liées à ces études, principalement menées au sein de l'armée américaine, n'ont pas été aussi impressionnantes que les chercheurs l'attendaient. En effet, l'idée selon laquelle il faut donner les moyens aux soldats de mieux appréhender, *avant leur déploiement*, les contours violents de la guerre, pose de nombreux défis. La question première est de savoir s'il est vraiment possible de simuler la gravité d'une guerre, le stress, et les divers traumatismes potentiels qui en découlent. Il est extrêmement complexe d'enseigner les moyens de faire face au stress de la guerre et de l'intégrer cognitivement, si un soldat n'a jamais été déployé auparavant ; tout simplement car il est strictement impossible, psychologiquement parlant, d'anticiper sa réaction. Deuxièmement, contraindre un soldat à suivre un entraînement à la résilience quasiment académique au sein de l'armée, en l'assurant de lui apprendre à faire face à la violence, ou à s'adapter à la brutalité des traumatismes, va véritablement transformer ses vues de la guerre : c'est l'un des arguments qu'utilise Charles A. Morgan, un des auteurs de ces études. Il nous explique qu'il faut un peu considérer l'entraînement à la résilience "comme une voiture avec des airbags" : "plus vous mettez d'airbags et plus vous vous sentirez en sécurité". La résilience s'apparente fortement à cette analogie dans la mesure où si l'on enseigne les moyens de faire face à la guerre, le soldat ne fera que se sentir plus en sécurité lors de son déploiement. Des conséquences graves ont ainsi été observées sur des soldats prenant de plus en plus de risque à la guerre, s'exposant de plus en plus au combat et à sa violence, car se sentant en sécurité du fait de l'entraînement à la résilience qu'ils avaient préalablement reçu. Prof. Southwick ira même jusqu'à énoncer le postulat selon lequel la "résilience ne peut tout simplement pas être entraînée". Si l'on peut conditionner un soldat à la peur, au défi physique de la guerre, notamment par des processus d'inoculation au stress dans des conditions environnementales difficiles bien reconnues des forces spéciales américaines, de telle sorte que le soldat régule négativement les influx de stress ou de traumatisme perçus lors de la guerre, les mêmes principes ne peuvent apparemment pas être appliqués à la résilience (pour des raisons qu'il conviendra encore de déterminer dans de prochaines études). L'on ne peut finalement que penser à un célèbre proverbe de génés-

raux : “aucun plan militaire ne survit au premier coup de feu“. L’on pourrait suggérer qu’ils font tout autant référence aux planifications stratégiques qu’à la préparation psychique.

En définitive, il apparaît évident que si la résilience n’est pas une notion nouvelle, ainsi élaboré dans des textes très anciens, la recherche scientifique y relative n’est qu’à ses débuts. L’espoir formulé objectivement est que l’on puisse développer une fine compréhension des facteurs déterminant la résilience, ce qui ouvrirait très certainement la voie vers une caractérisation plus précise des cibles sur lesquelles l’on pourrait intervenir afin de préciser des stratégies de traitement ou de prévention qui viserait à accroître la résilience du soldat face au stress lié au combat. Mais la fascinante étude de la résilience nous dévoile une chose : que les capacités d’adaptation de l’homme vont bien au-delà de ce que l’on pourrait imaginer...

## **5.8 Les traitements du PTSD**

Le traitement du syndrome de stress post-traumatique est complexe. Les sujets sont souvent traités avec une combinaison de plusieurs approches. Pourtant, beaucoup de vétérans atteints de PTSD n’arrivent pas à s’en débarrasser et mener une vie normale. Un traitement adéquat et efficace se base sur les concepts suivants :

- Accepter l’expérience horrible et perturbante.
- Contrôler et maîtriser les réactions physiologiques et biologiques au stress.
- Rétablir des connections sociales sécurisantes.
- Retrouver l’efficacité personnelle.

Ces concepts de base suggèrent qu’il est important et nécessaire de traiter le traumatisme différemment, suivant les étapes de vie de la personne, mais également selon celles du syndrome. Par la suite seront présentés différents traitements du PTSD dont l’efficacité est démontrée sur la base d’études scientifiques reconnues. Les auteurs précisent que cette liste n’est pas exhaustive, et qu’il existe d’autres modalités de traitement qui peuvent être aussi efficaces que celles qui seront ainsi discutées.

### 5.8.1 La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

[8] Il y a différentes formes de TCC qui ont été étudiées pour le traitement du PTSD chronique chez les adultes. Il s'agit généralement de programmes à court terme, ce qui veut dire que le sujet participe, en moyenne totale, à 8 à 12 sessions thérapeutiques individuelles qui durent chacune environ 60 à 90 minutes, et qui sont recommandées une ou deux fois par semaine.

Les études ont montré que la méthode la plus efficace est la *thérapie d'exposition*. Il s'agit d'une série de procédures qui aide les sujets à confronter des pensées et stimuli de peur à bas risques, et qui sont généralement évités. Pour traiter le PTSD, la plupart des programmes de thérapie d'exposition comprennent une exposition imaginaire et/ou *in vivo* à des souvenirs qui peuvent déclencher une réponse d'anxiété et d'évitement liée au trauma (personnes impliquées, localisation de l'événement traumatique, situations, activités particulières menées).

Une autre forme de TCC est la *thérapie cognitive*. La théorie sous-jacente à cette modalité de traitement suggère que c'est plutôt l'interprétation subjective d'un événement traumatisant, et non l'événement lui-même, qui détermine les réactions émotionnelles lors d'un syndrome de stress post-traumatique. Le but de cette thérapie est d'identifier les cognitions erronées ou inutiles et de les substituer avec des cognitions plus réalistes et utiles en relation avec la sécurité, la confiance, le contrôle, l'intimité et l'estime de soi.

En combinant les différentes formes de TCC, l'issue pour le vétéran peut se voir grandement améliorée. C'est pourquoi les psychiatres utilisent le plus souvent une combinaison de thérapie d'exposition et de thérapie cognitive. On parle alors de « *cognitive processing therapy* ».

### 5.8.2 La thérapie EMDR

[8,9] La thérapie EMDR (« *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* ») est une approche psychothérapeutique neuro-émotionnelle de désensibilisation et de retraitement des informations faisant appel à la stimulation sensorielle par des mouvements oculaires, des stimuli auditifs ou cutanés, afin de faciliter une résolution des symptômes liés à des événements traumatiques passés. Cette thérapie trouve ses fondations dans la psychanalyse, la thérapie cognitive comportementale, la

médecine humaniste, les thérapies systémiques et les thérapies brèves centrées sur la personne.

L'EMDR, créée à la fin des années 1980 à San Francisco par la psychologue américaine Francine Shapiro, est devenue l'un des modes de traitement psychothérapeutiques les plus efficaces du PTSD. Le protocole EMDR repose sur une approche humaniste et intégrative de la médecine et de la santé : la confiance dans notre potentiel d'auto-guérison, l'importance de notre histoire personnelle et du lien psychosomatique dans la genèse des troubles constituent les aspects plus importants de cette thérapie.

De nombreuses études cliniques ont démontré l'efficacité de l'EMDR dans la résolution des états de stress post-traumatique. La thérapie désamorce, débloque et libère les expériences traumatiques anciennes de leur charge émotionnelle et de leurs distorsions cognitives par un retraitement des informations. L'image narcissique du patient est restaurée, et l'élan vital retrouvé. Cette approche permet donc une révision cognitive de l'interprétation de la réalité traumatique antérieure, ainsi qu'une réponse mieux adaptée au présent, tout en favorisant une restructuration psychologique et affective, dans le but de développer un meilleur fonctionnement personnel et social.

### **5.8.3 La thérapie psychopharmacologique**

[8] Le PTSD est associé à de nombreuses altérations de mécanismes neurobiologiques. Nous ne souhaitons pas ici discuter le domaine complexe de la balance modifiée des neurotransmetteurs dans le PTSD. Mais il est tout de même important d'en avoir quelque notion simple, afin de mieux concevoir la réalité des traitements actuels et à l'étude. Les recherches ont montré des dysfonctionnements significatifs des systèmes adrénargiques, hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA), sérotoninergiques, glutamatergiques, GABA-ergique et dopaminergique. La stratégie employée par les chercheurs dans ce domaine est simple : cibler des agents pharmacologiques de tout type pouvant potentiellement interférer avec les dysfonctions neurobiologiques observées.

Il a été démontré que certaines classes d'antidépresseurs sont efficaces pour traiter le PTSD. Les médicaments de premier choix sont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS : sertraline, paroxetine, fluoxetine). Ils réduisent non seulement les symptômes du PTSD, mais produisent également une nette amélioration

globale de l'état mental du sujet. Les ISRS sont aussi efficaces contre plusieurs comorbidités observées chez les patients souffrant de PTSD telles que la dépression, ou encore les troubles anxieux. Cette classe de médicaments engendre moins d'effets secondaires que d'autres antidépresseurs. Cependant, il faut tout de même noter qu'il est très probable que le malade (i.e. vétéran atteint de PTSD) développe des insomnies, des agitations, des symptômes gastro-intestinaux ou encore des troubles d'ordre sexuel. Dans le contexte de l'efficacité des ISRS chez les vétérans qui souffrent du PTSD, Prof. Matthew Friedman, Professeur de psychiatrie et de pharmacologie à la Faculté de Médecine à l'Université de Dartmouth, et président du Centre National d'Etudes du PTSD, nous explique que : « Les résultats chez les vétérans sont difficilement interprétables à cause de la sévérité *et* chronicité de leurs états de stress post-traumatique. Mais les ISRS restent actuellement le traitement pharmacologique de choix. »

Mis à part les ISRS, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSNa : venlafaxine), une autre classe d'antidépresseurs, ont également été prouvés efficaces dans le traitement du PTSD. Aussi utilisés, sont les agents anti-adrénergiques exclusifs comme la prazosine, la clonidine ou le propranolol.

Malgré les nombreux effets secondaires des agents pharmacologiques proposés, le traitement médicamenteux est souvent l'option thérapeutique préférée des patients. Beaucoup de vétérans n'aiment pas aborder l'état de leur santé mentale lors des sessions psychothérapeutiques. Ils ne se sentent généralement pas compris, ou n'ont pas confiance dans les soignants du département des vétérans : de jeunes psychiatres ou psychologues qui ne connaissent, disent les vétérans, "absolument rien à la guerre". Parfois il y aussi un problème d'accessibilité, car dans certaines régions rurales des Etats-Unis, il n'y a tout simplement pas de spécialistes capables d'offrir des thérapies TCC.

## **Blocage de la reconsolidation mémorielle**

Notre structure d'accueil de base aux Etats-Unis a été le Laboratoire de Psychophysiologie du PTSD, dirigé par le Prof. Roger Pitman. Le laboratoire fait partie de la division des neurosciences psychiatriques, au sein du Massachusetts General Hospital de Boston. Prof. Pitman enseigne la psychiatrie clinique à la Faculté de Médecine de l'Université d'Harvard. Son domaine de recherche s'oriente notamment vers la psychobiologie du PTSD depuis de nombreuses années, après avoir servi comme médecin dans la marine américaine durant la guerre du Vietnam. Il est l'un des experts mondiaux dans ce domaine, et a apporté des contributions déterminantes dans la compréhension du PTSD.

Actuellement, le but de plusieurs études entreprises par l'équipe du Prof. Pitman, et directement soutenues par l'armée américaine ainsi que le département américain de la défense, est la prévention secondaire du PTSD parmi les vétérans des guerres d'Irak et d'Afghanistan ayant vécu des expériences traumatiques, en administrant des agents pharmacologiques qui bloquent la reconsolidation de la mémoire. Des nombreuses recherches chez des différents animaux (i.e. souris, furet etc.) ont permis de supposer que la réactivation de souvenirs consolidés peut les amener à un état labile. De cet état labile spécifique, la mémoire peut soit entrer dans un nouveau processus de stabilisation, soit être bloqué spécifiquement. Un tel processus de stabilisation pourrait persister à long terme. Cette nouvelle stabilisation après réactivation de la mémoire est précisément appelée *reconsolidation*. Comparativement aux techniques d'extinction, un blocage de la reconsolidation pourrait aboutir à une réduction de la trace mnésique originale (cf. 5.6.1). « Nous pensons que la prochaine découverte majeure dans le traitement du PTSD nécessitera des réflexions en dehors des thérapies basées sur l'extinction ou la pharmacologie de base. L'exemple le plus prometteur actuellement est peut-être celui que nous proposons avec les interventions pharmacologiques qui bloquent la reconsolidation après réactivation de la mémoire », suggère Prof. Pitman.

Le laboratoire étudie deux agents pharmacologiques considérés comme clés dans le blocage du processus de reconsolidation : le propranolol, un bloqueur bêta-adrénergique, et le mifépristone, un stéroïde synthétique utilisé comme abortif grâce à ces effets anti-progestatifs. Mais le mifépristone est aussi un antagoniste puissant

des récepteurs aux glucocorticoïdes. La figure 4 montre l'organisation des différentes étapes des études en cours, semblable pour les deux médicaments.

Activities	Study Days			
	0	2	8	180
Informed consent	x			
Emotionally neutral video	x			
Non-reactivation study medication	x			
Structured clinical interview for DSM-IV		x		
Traumatic life events questionnaire		x		
Clinician-administered PTSD scale		x		
Script preparation		x		
Post-reactivation study medication		x		
Impact of event scale-revised			x	x
Psychophysiological assessment			x	x

**Fig. 14** : Représentation schématique des étapes des études sur le blocage de la reconsolidation.

Lors de la session dite de *script presentation*, les sujets souffrant chroniquement de PTSD décrivent leur événement traumatique. Cette description subjective sert spécifiquement à réactiver la mémoire dite traumatique. Ensuite, ils reçoivent soit le médicament (propranolol resp. mifépristone) soit un placebo (de façon randomisée et double-aveugle).

Une semaine plus tard, une imagerie cérébrale fonctionnelle dirigée par le script de l'événement traumatique a lieu (*script driven mental imagery*). Lors de cette session, les sujets sont exposés à leur événement traumatique pendant que différents paramètres psychophysologiques sont mesurés (fréquence cardiaque, conduction de la peau). Aussi, un électromyogramme enregistre l'activité de certains muscles le plus significativement associés aux réactions de stress, notamment les muscles de la face.

Les résultats obtenus jusqu'à présent suggèrent que les réponses physiologiques sont significativement plus basses parmi les sujets qui ont reçu le médicament, comparé à ceux qui ne l'ont pas reçu. Cela démontre peut-être que la force émotionnelle de la mémoire a été affaiblie par la médication. On peut en déduire que le propranolol ainsi que le mifépristone réduisent la réponse physiologique à un événement

traumatique antérieur, mais uniquement lorsqu'ils sont administrés immédiatement après une réactivation antérieure de la même trace mnésique.

Personnellement, nous avons pu participer de nombreuses fois à des activités en rapport avec ces études. Nous avons eu la possibilité de lire les histoires traumatisantes rédigées par les vétérans eux-mêmes : une lecture intéressante, mais aussi très choquante. Nous avons également pu assister aux sessions durant lesquelles les valeurs psychophysiologiques ont été enregistrées. Et nous avons nous-mêmes parcouru les différentes étapes de l'étude (sauf l'administration du médicament), ce qui nous a fait réaliser, d'une part, à quel point il est difficile d'exprimer ses propres expériences traumatisantes, et d'autre part, à quel point les interventions du thérapeute sont importantes dans l'établissement d'une relation de confiance avec le patient. Une relation d'une dimension tout à fait différente lorsqu'il s'agit d'un jeune vétéran.

Durant notre stage au Laboratoire du Prof. Pitman, une réunion d'études sur le blocage de la reconsolidation de la mémoire a eu lieu. L'équipe du Prof. Pitman ainsi que ses collègues de l'Université de Harvard, et de McGill au Canada se sont réunis à Boston pour discuter des progrès actuels de ce possible traitement. Malgré le fait que nous ayons participé à cette réunion, et après demandes réitérées de notre part au Prof. Pitman, nous n'avons pas été autorisé à communiquer les points relevés concernant les agents pharmacologiques ciblées comme potentiel traitement du PTSD. Cependant, un seul élément peut être mis en avant : les résultats obtenus sont, après révision, bien moins encourageants qu'escomptés.

## LA GUERRE



**Fig. 15** : Patrouille du 5<sup>ème</sup> régiment des US Marines dans la province de Sangin en Afghanistan.  
(Source : Lance Cpl. Dexter Saulisbury, USMC)



**Fig. 16** : Un souvenir d'Afghanistan. (Source : Joseph Sucher, MD, 909th Forward Surgical Team)



**Fig. 17** : Un blindé de l'armée américaine qui a été touché par un engin explosif improvisé. (Source : Joseph Sucher, MD, 909<sup>th</sup> Forward Surgical Team)



**Fig. 18** : Recueillement après la mort. (Source : Joseph Sucher, MD, 909<sup>th</sup> Forward Surgical Team)

## 6 Portraits de guerre

*“La guerre on ne la fait pas : c’est elle qui nous fait”, Jean-Paul Sartre*

“Je me trouve dans le centre d’appel à Al Asad en Iraq. Je tape un numéro de téléphone lorsque mon camarade de chambre sort de son baraquement et vient me rejoindre. Il sort son fusil M4, le place dans sa bouche et tire. Peu avant je l’entendais se disputer avec sa copine au téléphone. Je l’ai entendu. Lorsque j’ai entendu le coup de feu, j’ai véritablement sursauté. Mon cœur s’est mis à accélérer. Ensuite j’ai tenté de chercher d’où le coup de feu provenait. C’est à ce moment là que j’ai vu que c’était mon pote, qui avait son putain de flingue dans la gueule, avec son doigt placé sur la gâchette. Le bruit était assourdissant. Tout le baraquement résonnait. Des bruits terribles sont apparus peu après dans mes oreilles. Son sang, son cerveau et d’autres parties de sa tête ont éclaboussés tous les murs qui se trouvaient derrière lui. Lui était par terre avec son flingue à la main. On nous a ensuite demandé de fermer le baraquement où lui et moi se trouvions. Un peu après mes supérieurs m’ont ordonné de faire le ménage quoi, de nettoyer la salle. Tu sais, c’est vraiment dégueulasse de nettoyer des portions de cerveau ou de corps de ton pote, d’un mec que tu connaissais bien, et avec qui tu étais proche“.

*Soldat Anonyme, Laboratoire du Prof. Roger K. Pitman, Massachusetts General Hospital, 05/06/2011.*

*A la fin de son déploiement, ce soldat, dont nous ne révélerons pas le nom, a été déchargé de ses fonctions au sein de l’armée américaine. Les psychiatres lui ont diagnostiqué un PTSD sévère.*

### Capitaine Adrian B.

Capitaine Adrian B., 33 ans, est diplômé de l'Université de Yale en littérature anglaise. Il est l'un des officiers commandant les opérations militaires du 87<sup>ème</sup> régiment d'infanterie de la 10<sup>ème</sup> division de montagne de Fort Drum. Il est sur le point d'être déployé en Afghanistan pour la seconde fois.

### ***Avant le déploiement en Afghanistan...***

“Je m'appelle Adrian B. Je viens de Bradford, dans le Connecticut. Le scandale d'Abou Grahib, plus que tout autre chose, a été l'élément déclencheur qui m'a sérieusement forcé à considérer une entrée dans les militaires. Au moment des faits, j'avais véritablement ressenti un sentiment extrêmement fort d'indignation. Cela m'a fait alors me questionner : comment est-ce possible qu'en tant qu'américain, qu'en tant que représentant de cette idée qu'un homme peut construire une meilleure vie pour lui-même et pour les autres, d'envahir un pays tiers et de se comporter comme des bourreaux de tortures, en soumettant des autres hommes à des choses si horribles que la torture. Je me suis longuement penché sur ces événements, et suis arrivé à la conclusion qu'ils constituaient clairement la faillite du commandement. Il est apparu, par la suite, que les affaires de la prison d'Abou Grahib n'étaient rien d'autre que cela...Mon dernier déploiement était très difficile...j'ai perdu beaucoup d'amis avec lesquels j'étais très proche. Et si ce nouveau déploiement en Afghanistan est aussi dur émotionnellement que l'était le précédent, ça sera clairement difficile pour moi de continuer à rester dans l'armée. Je ne pourrais pas revivre les mêmes événements. Mais si aux yeux de mes commandants, je fais les choses correctement, je garde mes gars en vie, et je les ramène tous les soirs dans les baraquements après le combat...alors je dois dire que je pourrais me voir rester dans l'armée des années encore afin de contribuer à apporter une différence“.

“ Le déploiement à la guerre amène généralement des émotions étranges et conflictuelles. D'une part, tu sais pertinemment que toutes tes connaissances et tes habitudes en tant que civil, en tant que citoyen sont réduites à néant par la guerre. De ce point de vue là, tu ne t'empresses absolument pas d'être déployé dans un pays en guerre. Mais d'autre part, le déploiement est animant. Tu vis chaque jour dans le simple moment“.

## En temps de guerre...

6MAY2010

Jim,

Hail from Afghanistan. It's amazing, how little things change — how a second deployment is, in so many ways, an extension of the first. How natural it all feels. I think that would be the same if I were in Afghanistan or Iraq. And while the experience of deploying for the second time is a new one to me, the fact of its being a deployment, in a kinetic area, is not; the same feeling of being in an alien land (if a familiar one), the same detachment from news and the events of the world, the same lacks and wants (food, scotch, women, family, scotch).

I read "The Kite Runner" recently. I was not aware that the book had substantial scenes of sexual violence in it, this was a surprise. I was reminded of Robert Glück's "Jack The Modernist" which I read as a junior at Yale in a class taught by Michael Trask, the feminist. If you have not read this book, I do not recommend it. This is an obscure way of saying that I have now experienced nausea twice when reading a book. Strange that so many people would recommend "The Kite Runner," yet remain ignorant (willfully? necessarily?) of the common experience of sexual violence between boys (and men and boys) in Afghan culture. I suppose this would be explained as "oriental" culture, whatever that means now. Unknowable, alien.

The land here is different from the east. Much more green, more vegetation. I'm not sure what the effect of it all is, yet, it hasn't quite settled in, but I do know that it is important, I can feel that. The desert and barren

mountains of Paktika have been replaced by lush fields and farmland, with rocky mountains off in the distance, interrupted by lines of smoke drifting up from the densely-inhabited valley below our plateau. Mountains rising to the east, north, south, west. Everywhere I've been, mountains have been the boundary of the foreign — they surrounded me in Japan, in Italy, in Afghanistan, and they surround me now. My name, I've probably told you, has "mountain" in it, and it seems that mountains are as much a part of my current and future destiny as they have been a fundamental part of my past. This is not a narrative convenience.

If I have not done so before, let me thank you again for getting my back in New York City in February — you helped me hold it together during a very difficult time. A psychological and emotional trial every bit as grueling as the worst of the training we endured together, the painful and not fully-reversible transition from citizen to soldier. I owe you one.

Let me know how you're doing and what mischief you're stirring up in DC. Stay healthy & well. My regards to Frankie, and your family.

Affectionately,  
Adrian B

### ***A son retour d'Afghanistan...***

“Il me semble avoir changé depuis la guerre. À présent, lorsque j’engage une conversation avec quiconque, je commence à lui demander comment se sont passées les choses en Afghanistan, inconsciemment. Puis je m’éveille, et me rends compte que l’on n’est plus en guerre. Je dois alors retrouver les moyens de m’adapter à discuter avec les autres, de trouver les mots appropriés...et lutter contre cette tentation inconsciente d’aborder tous les recoins de la guerre que j’ai pu vivre : ce dont j’ai le plus envie d’aborder finalement avec les gens. Mais ce n’est qu’à ce moment précis que je me rappelle que je n’aborderai les horreurs de la guerre avec aucune autre personne que celle qui les a vécues. Je pense que je dois réapprendre à vivre maintenant, à écouter...peut-être dois-je simplement m’enfermer durant des semaines afin de mieux appréhender ma nouvelle personne, ce que j’ai pu voir et enduré ? Je ne sais pas“.

“Lorsque je suis revenu d’Afghanistan, lors de mon premier déploiement, la première chose que j’ai faite, dans le but apparent de me soulager, a été de boire intensivement tout ce que je pouvais trouver. Je voulais faire tout ce que je voulais dans le moment présent. Je voulais agir de façon impulsive. Je me sentais en droit de le faire, précisément à cause des expériences que j’ai pu vivre dans un pays en guerre tel que l’Afghanistan. Et tout le monde autour de moi se sentait autorisé à en faire de même, à cause de leurs propres expériences similaires. Quand tu expérimentes des actes impulsifs comme il me l’est arrivé, alors tu sais pertinemment que certains soldats vont rentrer chez eux et prendre inévitablement de mauvaises décisions. Ils vont boire et conduire, et ainsi provoquer des accidents tragiques. Ils vont être impliqués dans des combats de rue, toujours à cause de leur inconcevable état d’ébriété. Pense alors à ce qui pourrait leur arriver, ou arriver aux autres, avec une arme dans leur main. Cette fois-ci, je ferais tout pour m’encadrer moi-même, et ceux qui m’entourent, en ayant pour clair objectif d’empêcher la répétition de mes expériences passées. Je voudrais être une sorte de tête raisonnable et solide, qui fait en sorte de créer les conditions favorables d’une transition nécessaire, d’une période de guerre à une la simple vie civile“.

“ Je savais que ce second déploiement en Afghanistan allait être un déploiement difficile. Il y avait de nombreux facteurs qui étaient rassemblés, pour que ce déploiement soit horriblement dur. Il se trouve, précisément, qu’il était horriblement

dur ; probablement plus dur que je me l'imaginai personnellement. Surprenant. J'ai observé mes relations familiales voire conjugales, aux Etats-Unis, s'écorner parfois gravement. J'ai vu mes soldats blessés. J'ai été témoin de la mort de camarades, parfois des amis très chers. C'était horrible, misérable. Je n'ai pas beaucoup dormi. La seule valeur positive de ce déploiement, de mon point de vue, est le sens de l'accomplissement. Je suis ainsi persuadé, que la zone afghane que mes hommes et moi ont du pacifié, est maintenant effectivement plus ou moins pacifiée, stable et tranquille“.

“Je ne sais pas si je suis totalement en mesure d'apprécier finement les conséquences que la guerre et le déploiement ont eu sur moi. D'un côté, je ne bois plus autant qu'auparavant, ce qui constitue un changement positif, je le crois. Car, comme je l'ai dit, au retour de mon précédent déploiement en Afghanistan, boire était la seule chose que j'ai faite. Mais d'un autre côté, je me trouve beaucoup plus endurci, détaché des émotions, silencieux, parfois immobile. Je ne sais pas si cela va changer, au fur et à mesure que j'interagis avec mon environnement social...c'est un sentiment étrange, car je me comporte à présent un peu de la même manière que je me comportais en Afghanistan, après un combat violent : détaché et allant de l'avant sans faire attention à ce qui pouvait se passer autour de moi. Ces comportements de guerre continuent à me suivre“.

“Jusqu'à présent, depuis mon retour d'Afghanistan, je dois avouer que j'ai eu quelques problèmes. Des problèmes familiaux, personnels...Certains de mes camarades ont pris de mauvaises décisions de vie, parfois tragiques et fatales, et cela me fend littéralement le cœur. D'autres camarades, par contre, ont fait de bons choix jusqu'à présent, et je prie tous les jours qu'ils n'amènent pas de nouveaux troubles dans leur vie. Généralement, les incidents majeurs de mes hommes ont été associés à la police, l'alcool étant majoritairement en jeu dans ces cas là, ou à la famille, tels que d'importantes violences conjugales à la suite de rupture sentimentale, etc....Et finalement, il y a des cas extrêmement graves, comme avec le soldat Pawlowski, un de mes hommes. Il a été tué lors d'une fusillade avec la police en Arizona (Texas), après avoir lui-même abattu un homme. C'est pour moi une perte tragique. De mon expérience personnelle, je sais qu'il a sauvé ma vie deux fois. Il était terriblement loyal et engagé. (Long silence). C'est horrible. Je me sens partiellement responsable de ce qui

lui est arrivé, car il était là pour moi lorsque je me trouvais dans une situation extrêmement dangereuse, et dans laquelle j'aurais pu mourir. Il m'a protégé...et je n'ai pas été là pour le protéger à mon tour..."

"J'exprime le vœux que, dans le futur, je puisse vivre une bonne vie. Une vie qui a quelconque sens à mes yeux. Plus largement, une vie où je pourrais participer d'une manière ou d'une autre à la fabrication positive des Etats-Unis. Je veux être avec ma famille et mes amis....Je ne veux plus...non, je ne peux tout simplement plus faire partie de cela : de l'armée...et...de la guerre".

"L'horreur est humaine..."

*Province d'An-Bar, Irak, Mai 2007*

" Je roule dans le même véhicule que mes deux camarades, le sergent en chef Mack, ainsi que le caporal Palmer. Nous sommes toujours ensemble, et cela dure depuis 60 jours environ, dans la province irakienne d'An-Bar. Un jour plus tôt, mon lieutenant, le Lt. Johnson m'a informé du fait qu'il m'assigne à un autre véhicule blindé, car l'autre opérateur radio du régiment est assigné ce jour-là même sur un autre front. Mes occupations militaires spécialisées consistent à être opérateur radio et artilleur : c'est-à-dire que sur le blindé, je suis en charge du fonctionnement d'un canon, de calibre 50 millimètres plus précisément. Je ne me rappelle plus exactement la date, mais nous sommes en Mai 2007. Le Lt. Jonhson me demande de l'accompagner exceptionnellement en mission dans son blindé. Lui et moi se trouvons dans le 4<sup>ème</sup> véhicule, alors que le Sergent Mack, mon ami, se trouve dans le 2<sup>ème</sup> véhicule.

Nous quittons la base opérationnelle avancée à 10 heures du matin, environ. Nous étions en mission depuis une heure, quelque chose comme ça. Après avoir rempli notre mission, nous quittons donc la base, sans aucun problème. L'attention de chacun est toujours là même dans ces moments précis, sinon même mieux qu'au premier jour de votre déploiement dans un pays en guerre. Sur notre route, à chaque fois que nous avons trouvé des engins explosifs improvisés (IED, Improvised Explosive Devices), nous nous sommes arrêtés et avons minutieusement désamorcé les bombes et nettoyé tout le périmètre aux alentours. Nous avons particulièrement faits

attention à tout ce qui nous semblaient étrange. Nous finissons le travail, et remontons dans les blindés. Nous roulons environ 4 km lorsque le 2<sup>ème</sup> véhicule a explosé devant nos yeux. Ils ont vraisemblablement roulé sur une IED que le 1<sup>er</sup> véhicule n'a pas correctement touché. Je ne sais pas. L'explosion est énorme. Ça m'a vraiment foutu les jetons ! Dès que l'explosion a retenti, le conducteur de notre blindé s'est arrêté. Et nous avons attendu dans le véhicule environ 10 secondes, afin d'être sûr qu'il n'y a pas de seconde explosion qui se produit. A la fin de ses 10 secondes interminables, j'ai sauté dehors et couru vers le 2<sup>ème</sup> véhicule en flamme dans lequel se trouvaient mes camarades. Nous avons en fait tous couru vers le véhicule en flammes avec des extincteurs et des litres d'eau, dans le but de sauver quiconque aurait survécu. Le conducteur du blindé s'en est sorti vivant, miraculeusement, avec des brûlures du 3<sup>ème</sup> degré sur environ 90% de son corps. Mon pote, le sergent Mack a été tué dans l'explosion, tandis que le caporal Palmer a été éjecté du véhicule sur une distance d'environ 15 mètres. Il a été également tué. Le véhicule a continué de cramer complètement. Face à ce désastre annoncé, nous avons rapidement fait appel à un Medevac ((i.e. hélicoptère médicalisé) pour qu'il vienne nous aider. Nous avons du ensuite remorquer le véhicule jusqu'à la base, sans bien évidemment finir la mission.

C'était horrible. La peau du conducteur blessé du blindé était en train de fondre littéralement, comme de la glace dans le désert. Il n'y avait plus de sergent Mack. Il était rose, voilé par son cerveau et ce qui restait sur le tableau de bord du véhicule. L'odeur de la chair encore brûlante nous a fait tous vomir. Le corps du caporal Palmer était, quant à lui complètement, mutilé. Son visage était creusé par l'impact de son arme qui avait profondément érodé son visage durant l'explosion, avant même d'être éjecté hors du blindé. Ses jambes n'étaient pratiquement plus attachées à son tronc. Son cou était ouvertement fendu. Du sang s'écoulait de partout“

*Un Marines anonyme.*

*Laboratoire du Prof. Roger K. Pitman, Massachusetts  
General Hospital, 05/06/2011.*

### Sergent de première classe Brian E.

Le sergent Brian E., 36 ans, est divorcé et père de deux enfants dont il a la seule garde. Il est sur le point d'être déployé en Afghanistan pour la première fois. Il sera le sergent d'un peloton (i.e. une unité militaire composé de 30 à 50 hommes).

### ***Avant le déploiement en Afghanistan...***

“ Je m'appelle le sergent de première classe Brian E. Je suis âgé de 36 ans, et originaire de l'Etat du Wisconsin.

C'est mon premier déploiement pour l'Afghanistan. Lorsque j'ai su que j'allais être déployé, je me suis mis à m'inquiéter quotidiennement. Car je ne savais tout simplement pas qui s'occuperait de mes enfants durant mon absence. Etant divorcé, j'ai la seule garde de mes enfants. Ils n'ont quant à eux pas vu leur mère pendant 2 années entières. Je me suis alors posé des questions s'il était légal, par exemple, qu'elle s'en occupe à nouveau. Finalement, mon frère m'a averti qu'il allait prendre la garde de mes enfants. En effet, l'armée ne m'aurait pas laissé partir en Afghanistan si je ne trouvais aucune personne de garde pour mes enfants. Mon frère m'a vraiment soulagé. Il m'a appelé le jour où je lui ai dit que l'armée m'avait assigné l'Afghanistan comme prochaine. Je ne lui ai rien demandé. Il m'a simplement averti qu'il se chargerait de la garde de mes enfants Isaac et Joey, et que je ne devais surtout pas m'inquiéter...Le jour précédent mon déploiement, mon frère Shawn s'est déplacé jusqu'à Fort Drum (Base Militaire, N.Y.) afin de venir récupérer mes enfants. La nuit précédent mon déploiement a été, pour ainsi dire, une nuit normale. Mes enfants se battaient entre eux pour savoir qui passerait le plus de temps avec moi...Le plus jeune de mes fils, Joey (4 ans), ne se rendait pas véritablement compte de qui était en train de se passer, et je ne pense pas qu'il savait que j'étais sur le point de partir pour un pays en guerre. Mais mon grand (12 ans), Isaac, lui par contre, s'en rendait bien compte. Le jour de mon départ était un moment extrêmement dur émotionnellement. Lorsque mon frère a mis Isaac dans la voiture, il se comportait un peu comme un animal en cage. Il pleurait tellement, frappait contre les vitres de la voiture, s'agrippait un peu partout. C'était...(pleurs). J'ai alors dit à mon frère : pars. Vas-y. Pars“.

### ***En temps de guerre...***

Isaac E. – “C’est très dur de vivre avec un père à la guerre. Je me demande toujours s’il reviendra vivant ou non, blessé ou non. J’espère qu’il reviendra sain et sauf”.

Joey E. – “Mon papa m’a dit qu’il reviendra vivant. Mais peut-être il sera différent. Il m’a dit aussi qu’il pourrait revenir sans bras, ou sans jambes. Comme ça”.

Isaac E. – “Je pense à mon père 10 à 12 fois par jour. Je me fais beaucoup de soucis pour lui. Je veux qu’il rentre en vie”.

Joey E. – “J’ai pleuré qu’une seule fois à l’Ecole. Mais je pleurs toujours à la maison, pratiquement toujours pendant la nuit”.

Shawn E. – “On ne peut pas s’imaginer dans quelle mesure le déploiement d’un parent peut affecter les enfants. Ma femme et moi n’aurions jamais pensé que cela serait aussi difficile, pour eux...mais aussi pour nous”.

Isaac E. – “Ça a été très difficile de déménager encore une fois, de changer d’école. Ce qui a été dur aussi...c’était de se faire de nouveaux amis. Mais je ne cherche plus à m’en faire. En fait, je change tellement d’endroits de vie que j’essaie de ne pas trop m’attacher à mes amis, comme ça lorsque je pars c’est moins difficile de les quitter”.

Joey E. – “Pour moi l’Ecole, au début, ce n’a pas été très facile”.

*En effet, lorsque Joey Eisch a changé d’Ecole, après le déploiement de son père, il s’est mis à présenter des comportements très agressifs envers les autres élèves. Lors d’une récente bagarre, celle-ci a été tellement violente que les professeurs ont eu à appelé la police afin de calmer Joey.*

Shawn E. – “C’est vrai. Joey a ressenti de la colère. Il était persuadé que son père l’avait abandonné, en partant pour l’Afghanistan. J’ai longuement parlé avec lui. J’ai tenté de lui expliquer, du mieux que je pouvais, que son père avait un métier particulier et des missions à accomplir. Je dois admettre ici que Joey a eu beaucoup de diffi-

cultés à comprendre cela. C'est peut-être une des raisons pour lesquelles Joey a transposé sa propre colère, cette colère qu'il contenait en lui, sur les autres élèves de sa classe...J'ai déjà 3 propres enfants. Et maintenant, avec le déploiement de mon frère, je dois élever 2 autres petits enfants avec des problèmes tout à fait différents. C'est dur. C'est extrêmement dur“.

Isaac E. – “J'essaie maintenant de m'occuper le plus possible, pour essayer de moins penser à mon père. Je sais qu'il a une mission. J'apprécie ce qu'il fait. Mais l'idée de sa mort me suit toujours (pleurs) “.

Joey E. – “Pour moi, c'est un peu pareil. Lorsque mon père est parti, je ne voulais pas qu'il s'en aille parce que je craignais toujours qu'il ne soit tué ou blessé. Je me fais beaucoup de soucis pour lui. En fait, mon père c'est la personne que j'aime le plus aujourd'hui“.

***Il n'y aura pas d'après déploiement...Au terme de son 7<sup>ème</sup> mois de service en Afghanistan, le Sergent Brian Eisch a été touché à 3 reprises dans les jambes, lorsqu'il tentait de porter secours à un officier de police afghan grièvement blessé. Après avoir subi des opérations chirurgicales d'urgence à l'hôpital de Kaboul, le Sergent Eisch a été rapatrié au centre médical des armées de Walter Reed (Washington, D.C.).***

“A la suite de ma blessure et de mes opérations, les médecins m'ont dit qu'il fallait que je me prépare à passer quelques moments difficiles. Ils m'ont informé du fait qu'il serait très peu probable que je puisse remarcher correctement un jour, et qu'il n'était plus du tout possible pour moi de courir. Mais j'aimerais vraiment leur prouver le contraire...”

Isaac E. – “C'est assez compliqué d'imaginer que mon père a été blessé par une vraie balle tirée par une vraie personne. Ça me dépasse un peu“...

Joey E. – “C'est pour cette raison que je ne voulais pas que mon père parte en guerre, parce que j'étais sûr qu'à un moment ou l'autre, il lui arriverait quelque chose. Est-ce qu'on pourrait pas juste arrêter la guerre ?“

Shawn E. – “Brian est revenu à la maison. Il n’est certainement pas rentré comme on se l’imaginait. Sain, sauf, et inchangé. Mais il est revenu. N’est-ce pas cela l’important ? Je pense, chaque jour de l’année, à ces milliers d’enfants à ces familles qui n’auront pas la chose de revoir leur parent, leur fils ou leur frère revenir d’Irak ou d’Afghanistan, pour les raisons que l’on connaît...”

“Emotionnellement, je suis détruit. Je n’aurais jamais pensé que je serais cette personne revenant blessée de guerre. Mais c’est arrivé...Et je dois maintenant apprendre à faire face à ces nouvelle vie“.

“Lorsque j’ai quitté Walter Reed, j’étais soumis à de la kinésithérapie 2 à 3 fois par semaine. J’étais sous morphine, ibuprofène, gabapentine...tout cela pour les douleurs nerveuses effroyables que je pouvais continuellement ressentir dans mes 2 jambes. Les médecins me donnaient également des doses extrêmement élevées de somnifères. Ma situation était catastrophique. Mes proches observaient que mon humeur avait complètement changé, sous l’effet de la guerre, et des médicaments. Alors quand j’ai été informé que je pouvais quitter Walter Reed, j’ai pris la décision de ne plus prendre mes médicaments, où d’en prendre des doses beaucoup plus raisonnables. Je préfère souffrir affreusement que de prendre le risque de me retrouver avec une humeur violente devant mes enfants. C’est un pacte que j’essaie de prendre avec moi-même. Lorsque je suis avec mes enfants, je ne prends plus aucun médicament, à moins que j’en ai terriblement besoin. Les médecins sont en train de remédier à ce problème en essayant de me trouver des doses appropriées. Vous savez...c’est terriblement douloureux. J’aurais bien souhaité que mes jambes soient dans un meilleur état de guérison. Ce n’est malheureusement pas le cas aujourd’hui. Lorsque je tente de marcher, je ressens mes jambes comme une sorte de bâton mort. C’est impossible. Je ne marche pratiquement plus. C’est horrible. Devant tout le monde, j’essaie toujours de me montrer fort et invincible...mais à la fin de la journée, lorsque je suis tout seul...je suis en pleurs tellement la douleur est envahissante“.

“Je dis toujours à mes enfants : ne faites pas attention à ce que les autres pensent de vous. Mais en réalité, moi même j’y prête beaucoup d’attention. Lorsque je me présente devant mes autres camarades soldats qui n’ont aucun problème physiques, alors j’essaie de masquer ma boiterie importante, de me redresser, et de me montrer

comme un soldat fort et impassible. Mais dès que j'essaie de jouer cette comédie, et donc de ne pas boiter, je ressens instantanément des douleurs terribles. Je ressens personnellement cela comme un sentiment dégradant, principalement lorsque je me trouve avec d'autres soldats. Je suis également censé marcher avec une canne...mais c'est impensable pour moi. La canne est trop embarrassante. Je ne le ferais jamais, même si les médecins me crient et me forcent à marcher avec. J'essaie de pousser mon corps le plus loin possible, le plus vite possible. Certaines personnes, même parmi les médecins militaires, pensent que c'est une mauvaise chose. Mais je pense connaître mon corps mieux que quiconque“.

“Le sommeil est un autre problème. Je ne suis pas fatigué. Je m'endors parfois à 4h45 du matin. Parfois, je m'allonge à 23h00, mais je ne m'endors pas avant 3h00 ou 4h00 du matin. Ou encore, si la nuit passée je n'ai absolument pas trouvé le sommeil, je suis capable de m'endormir à 23h00, mais je me réveille ensuite instantanément à 3h00 du matin. Les médecins me disent que c'est une forme de PTSD. Mais je n'accepte pas ce diagnostic. Je pense simplement que c'est une question de transition à la vie civile. A la guerre, il n'y a pas d'heure pour dormir, ni d'heure pour se réveiller. Votre vie est rythmée par la guerre. Et aujourd'hui, je ne suis plus dans un pays en guerre. Je ne sais plus par quoi être rythmée. J'ai perdu mes repères puisque je ne vis plus dans un pays en guerre tel que l'Afghanistan“.

“Y a-t-il quelque chose qui me manque en Afghanistan ? Non, je ne peux pas dire que l'Afghanistan me manque, à tout point de vue. Mais le reste des Etats-Unis devrait mieux comprendre que fondamentalement, les gens en Afghanistan ne sont pas très différents d'ici. Tu sais les gens sont les gens. Ils veulent faire attention à leurs enfants, les emmener à l'école, avoir une famille en bonne santé. La seule différence est qu'ils n'ont pas autant que nous. Les conversations que j'ai pu avoir avec la population afghane ou bien avec la police nationale afghane ont été très enrichissantes. C'est peut-être le seul élément d'Afghanistan que je regrette un peu. Qui sait si dans 20 ans je ne les reverrais pas ?...”

“Au plan de la personnalité ? Je pense que depuis la guerre, je suis beaucoup plus en retrait. Il y a un sentiment en moi-même qui me dit quotidiennement que j'ai failli en tant que soldat, parce que j'ai été gravement blessé. Personne ne veut aller à

la guerre, précisément en Afghanistan pour y être blessé ou tué. De cet aspect, là je pense que j'ai complètement failli. Depuis que je suis revenu, je dédaigne pour cela ma propre personne, en quelque sorte. Mais j'essaie péniblement de trouver des sources de motivation. Je me dis que je vais guérir aussi bien que je peux, le plus rapidement possible. Encore un fois, il y a mes proches et les médecins qui me disent de ralentir un peu mes attentes. Mais je ne veux pas. Ils me disent de raisonner en années...et moi je raisonne en semaines, voire en mois“.

### *Spc. Matthew H.*

Spc. Matthew H., 21 ans, est un soldat du rang de l'armée américaine. Il a perdu une jambe en marchant sur une mine lors d'une mission en Afghanistan. Il poursuit, en ce moment, des traitements de réhabilitation au Centre Médical des Armées de Walter Reed. Il y vit avec son épouse, ainsi que sa petite fille âgée de 2 ans.

“Je m'appelle Matthew H. Je suis âgé de 21 ans. Et je suis originaire de la petite ville de Saint-John, dans le Michigan.

Le matin du 17 septembre 2010...On m'a donné l'ordre de monter, avec d'autres soldats, sur une colline dans le district Qurghan, dans le nord-est de l'Afghanistan, afin de la sécuriser...D'après ce que je peux me rappeler, j'étais en train de tirer...boum...et j'ai alors entendu une explosion...j'ai été violemment projeté à terre. Je ne savais plus où j'étais, ni ce que je faisais. Mais je pouvais ressentir une sorte de chaleur qui courrait tout le long de ma jambe droite. Je sentais aussi une odeur de brûlé...et...j'ai ouvert mes yeux...j'ai vu toute cette fumée, toute cette poussière. J'ai alors tenté d'enlever mon casque...et...j'ai essayé de me réveiller afin de me mettre en position assise. Je commençais à ressentir quelque chose dans ma jambe droite. J'ai alors relevé ma tête...pour...pour inspecter le reste de mon corps...J'ai alors vu ce qui ressemblait à l'os de ma jambe, la moitié de l'os qui ressortait de ma jambe...Je n'avais plus de pied...Le médecin de l'unité a alors couru vers moi. Il m'a placé mon tourniquet au niveau de la jambe droite, et m'a dit que ma jambe gauche s'était cassé. Je lui ai dit ok...c'est cool...je vais au moins pouvoir garder une jambe. Le jour où je me suis vraiment rendu compte que je n'avais plus de jambe droite...c'était en Allemagne, lorsque je me trouvais dans le lit d'hôpital. A ce moment là, je me suis relevé...et j'ai vu que je n'avais plus de jambe. Je ne pouvais que regarder

ce truc encore et encore. Qu'est-ce que je vais pouvoir faire avec ça...A chaque fois que j'ai une opportunité de parler avec les gars restés en Afghanistan, je leur dis : ne vous faites pas de soucis pour moi. Je suis ici à Walter Reed à boire de l'alcool...Tu sais...je dois faire face à ce qui m'arrive...je ne risque plus de me faire tirer dessus et de mourir...Faîtes attention à vous. Je prie pour eux. Je sais que je leur manque“...

“ Ça fait maintenant quelques mois depuis mon incident en Afghanistan. Tout s'est passé plus très lentement depuis. J'essaie de me réajuster à ma nouvelle vie...sans jambe. J'essaie de remarquer...C'est vraiment dur. Parfois je me réveille le matin, en étant toujours persuader que ma jambe est là. Lorsque je tombe...je me rappelle que je n'ai plus de jambe. Ma vie est *presque* normale maintenant...quand je ne pense pas à ma jambe...ou à ce que j'ai vécu“.

“Lorsque je me suis fais explosé la première fois et que l'on ma collé sur cette chaise roulante...J'ai dit à tout le monde : s'il vous plaît renvoyez moi en Afghanistan...J'ai mon gilet par balle...Filez moi un flingue...Je prends mon détecteur de mines avec moi...Les gars me disaient non, non, non. Je préférerais rester 28h par jour à patrouiller en chaise roulante en Afghanistan...que d'être collé à cette chaise dans cet hôpital. C'est clair que je remercie Dieu d'être encore en vie, de me trouver en lieu sûr avec ma femme et ma fille...Mais mec, c'est pas pour moi ici. Je préférerais être en Afghanistan, ou je préfèrerais être...“

“Lorsque l'on m'a ramené ici après mon incident en Afghanistan, c'était pratiquement impossible pour moi de dormir, non pas parce que je n'étais pas fatigué...Mais à cause de ces cauchemars...C'est comme si la guerre continuait perpétuellement dans ma tête. Ils me rappellent que je n'étais pas un bon soldat...Ils me rappellent que je n'ai pas été capable de me protéger...J'ai abandonné les autres restés en Afghanistan...Alors...Les médecins m'ont prescrit des tas de médicaments pour que je puisse enfin dormir. Et puis, j'ai rencontré un ancien camarade avec qui je me suis lié lors de mon précédent déploiement. Il m'a dit que les médicaments ne faisaient que masquer ce que mon cerveau devrait me rappeler. Il m'a alors donné un livre à lire...Je ne suis pas un bon lecteur...Mais j'en ai lu quelques passages...je dois admettre que ça m'a aidé pendant quelques mois. Pendant quelques mois seulement, puisque maintenant mes cauchemars réapparaissent toujours plus fortement. C'est bizarre. Je

suppose que je devrais me remettre à lire...C'est effrayant. Tu d'endors...Tu te plonges dans ces cauchemars...Tu te plonges dans l'horreur de la guerre...Et tu te réveilles en sursaut...Tu te demandes ce qui t'est arrivé. Lorsque tu te réveilles alors, tu pries pour ne plus te rendormir...Car tu ne veux tout simplement pas revivre ce cauchemar...Tu ne veux tout simplement pas revivre la guerre“...

“Je pense aux gars restés en Afghanistan, tous les jours, toute la journée. Lorsque je vois un gars dans la rue qui me rappelle un de mes potes de l'armée...La guerre me revient...Et je pense aux gars...Tu ne peux pas t'en défaire...Sans savoir pourquoi. Ma petite fille a mon cœur ici aux Etats-Unis. Mais mes camarades...Ils ont mon cœur entier en Afghanistan. Là-bas on vivait dans cette petite société...où tout le monde se protégeait, et faisait attention à l'autre...Ça me manque, parce qu'ici je ne fais attention à personne...Et personne ne fait vraiment attention à moi...”

## **7 Les conséquences psycho-sociales du PTSD**

### **7.1 Violence et agressivité : l'autre guerre du vétéran**

[21, 22, 25, 36] *“D'Ilios le vent me poussa chez les Kikônes, à Ismaros. Là, je dévastai la ville et j'en tuai les habitants; et les femmes et les abondantes dépouilles enlevées furent partagées, et nul ne partit privé par moi d'une part égale. Alors, j'ordonnai de fuir d'un pied rapide, mais les insensés n'obéirent pas. Et ils buvaient beaucoup de vin, et ils égorgeaient sur le rivage les brebis et les bœufs noirs aux pieds flexibles“.* Certains liraient ce passage, emprunté à l'Odyssée d'Homère, comme une simple histoire fantastique d'un guerrier légendaire : peut-être. Pour d'autres, ce passage ne constitue sans doute que la description la plus pertinente et moderne des conséquences de la guerre sur le fonctionnement psychique d'un soldat. Ici, Odyssée revient avec l'ensemble de ses compagnons et soldats dans la ville d'Ismaros, après qu'ils aient longuement combattu la guerre de Troie. Ce n'est pas tant la guerre de Troie qui attire particulièrement notre attention, que ce qu'Odyssée et ses hommes sont sur le point de commettre dans la ville d'Ismaros. Précisément, que font-ils ? Ils “dévastent la ville, et tuent les habitants“, et “partagent les femmes enlevées“. Après ce massacre, Odyssée tente de raisonner ses hommes, en leur ordonnant de quitter

rapidement la ville. Mais ceux-là préfèrent se saouler, en “buvant beaucoup de vin“. Odyssee perd alors toute autorité et contrôle sur ses soldats, qui se lancent dans des destructions sauvages. Étonnamment, Homère nous présente la scène de ce massacre sans aucune influence divine ou irrationnelle. Cette destruction de masse n'est que la simple expression physique de la violence des hommes. Elle reflète, plus précisément, l'application des compétences de guerre durement acquises à un environnement civil. Mais qui sont les victimes ? Avec horreur et émotions naïves, nous serions bien évidemment tenter de dire que les civils ne sont que les victimes innocentes de ces guerriers sauvages. Cette réponse va de soi. Mais qu'en est-il véritablement des soldats ?

Les soldats ont des compétences spécifiques, des aptitudes particulières parfois peu concevables. Des aptitudes qui n'ont strictement aucune valeur dans une quelconque société civile. Elles sont développées, cultivées, raffinées, dans l'idée permanente d'un monde où les gens, les autres, les êtres humains essaient de vous tuer réellement, de vous anéantir effectivement, en tirant un beau profit de cette destruction. Ces compétences peuvent être le contrôle de la peur, de la ruse, de l'art de la déception. La capacité à répondre à l'autre habilement, utilisant une violence toujours extrême, souvent létale. La vigilance constante, sa propre mobilisation perpétuelle face au danger. La considération des règles établies (i.e. des lois) comme de probables menaces à sa survie et à celle de ses camarades. Ou la suppression de sentiments humains tels que la compassion, l'horreur, la honte, la tendresse, la peine, le dégoût. De telles compétences n'ont effectivement aucune valeur dans une société civile. Comme le précise le Prof. Jonathan Shay, psychiatre à l'Université de Boston, et spécialiste de l'adaptation à la guerre, “ces aptitudes ne sont vraiment utiles qu'au sein d'une prison hautement sécurisée : autrement dit, une zone de guerre“. “Être un soldat d'infanterie adapte quelqu'un à la vie de prisonnier“. “Admettons tout de même que cette conception, aussi raisonnable soit-elle, est tout à fait affreuse et insupportable“. Le corps *et* l'esprit du soldat ne font donc que s'adapter conformément à la guerre, exigeant de lui qu'il se modèle dans un environnement où les situations réelles sont faites de personnes tentant de le tuer. Et la vie de civil refuse de manière inconditionnelle la persistance de ces adaptations, si bien que le soldat subit les contrecoups de cette transition, d'un renversement absolu des normes dans une société qui lui est totalement nouvelle. L'on aborde donc l'autre guerre des vétérans. Une guerre domestique, où les cadres civil, familial et amical se substituent à l'ennemi régulier. Une autre guerre, toujours animée par la violence ou l'agressivité. Bien que le soldat ait quitté la guerre

physique, il reste non moins “en mode de combat“ à son retour, se dissipant au bout de quelques semaines chez certains, persistant des mois voire des années chez d’autres, et ce, pour des raisons totalement inexplicables. Mais “un mode de combat“ ayant, comme on a pu le voir dans le passage de l’Odyssée, des conséquences catastrophiques sur son environnement ; puisqu’un soldat ainsi transformé par la violence de la guerre, acquiert donc des comportements hétéro-agressifs ou auto-agressifs, souvent extrêmement violents, se révélant dans des actes tels que le suicide, les meurtres, les fusillades, les violences conjugales, les violences envers les enfants, et les abus sexuels. C’est ainsi, par exemple, que de nombreux journaux américains tels que le *New York Times* ont recensé près de 120 cas de vétérans impliqués *pénalement* dans des actes de violence grave tels que ceux précédemment mentionnés.

Nous avons tenté, jusqu’à présent, d’élaborer sur la violence interpersonnelle, en tant que conséquence directe de l’exposition à la guerre. Ces arguments, aussi faibles soient-ils, ne peuvent être corroborés par de quelconques résultats, aucune étude n’ayant concrètement analysée la contribution directe de l’exposition au combat dans l’initiation des comportements violents. Quelques études existent néanmoins sur la contribution indirecte de l’exposition au combat ou aux traumatismes de guerre.

#### 1. William Adams Jr.

MAIDEN, N.C.

William Edward Adams, Jr., a former soldier who served in Iraq, is charged with murder in the shooting death of his father, William Edward Adams Sr., and his father’s companion, Lori Ann Abernethy Chamberlain, in Catawba County, N.C., in 2006. The police, who found rifles in the defendant’s house, believe he was upset because his father wanted him to repay a debt. Mr. Adams pleaded not guilty.



#### 2. Jose Aguilar

JACKSONVILLE, N.C.

Jose Aguilar, a Camp Lejeune marine, pleaded guilty in November to second-degree murder in the 2006 death of his son, Damien, who died from a blow to the head. At the time of the murder, Mr. Aguilar was still facing charges of felony child abuse from an earlier incident. Court proceedings in that case were delayed while Mr. Aguilar was deployed to Iraq for his second tour. The killing took place after he returned from Iraq.



#### 3. Kevin M. Allen

SPRINGFIELD, MASS.

Kevin M. Allen, an Army Guardsman who served in Iraq, was sentenced to three and a half years for motor vehicle homicide while under the influence. The accident killed Kristian O. Norman in Springfield, Mass., in 2005. Mr. Allen’s lawyer told the court that Mr. Allen had developed a drinking problem after his tour of duty.



#### 4. Russell Alligood

HARKER HEIGHTS (FORT HOOD), TEX.

Russell Alligood, a Fort Hood soldier who served in Iraq, was sentenced to life in prison for the 2005 murder of Capt. Jason Luz Gonzalez, 29, an Army helicopter pilot, in Harker Heights, Tex. Captain Gonzalez was shot to death during a home invasion, and Mr. Alligood was arrested along with three others. Captain Gonzalez, a West Point graduate, did not know his attackers. Three other men, all of them civilians, were also convicted in Captain Gonzalez’s murder.



**Fig. 19 :** Exemples de cas de justice pénale, dans lesquels des vétérans ont été condamnés en lien avec des faits de violence grave (Source: New York Times, War Torn, The Cases, 2008)

Selon l'étude d'évaluation du risque de violence de Mac Arthur, "les comportements violents se définissent comme le combat physique, ou des actions causant des blessures corporelles à une personne tiers, utilisant tous les moyens d'une arme létale ou ceux de l'agression sexuelle, afin de nuire à quelqu'un ou de le menacer, durant l'année passée". L'on a démontré, au travers d'études empiriques dans la population générale, que le risque de comportements violents est généralement associé à la présence sous-jacente de pathologies psychiatriques graves telles que la dépression ou le PTSD. Certains de ces résultats peuvent être généralisés à la population de vétérans, mais pas entièrement, puisque d'autres facteurs non psychologiques interviennent dans la contribution au développement de comportements violents.

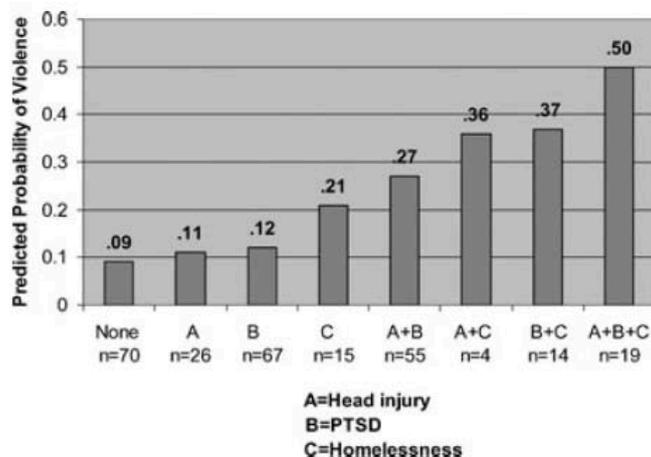
Il a été démontré que le PTSD élève significativement le risque de comportements violents, qu'ils soient de type interpersonnel (i.e. actes violents tels que le meurtre, la torture ou l'agression sexuelle commis contre des personnes tiers) ou domestique (i.e. actes violents qui peuvent être de même nature, mais commis cette fois à l'encontre de l'entourage familiale, tel que la conjointe, les parents, ou les enfants). Précisément, les vétérans souffrant de PTSD ont un risque augmenté 3 fois plus grands de présenter des comportements violents, en comparaison de vétérans sans PTSD. Le résultat est fortement intéressant puisqu'il permet d'identifier le PTSD comme un facteur de risque totalement indépendant. D'autres facteurs de risque ont également été identifiés comme contribuant significativement à la violence des vétérans, parmi lesquels l'abus de substance, les traumatismes crâniens ou encore la grande précarité. Notons encore l'absence de l'exposition à la guerre ou au combat qui, à l'inverse de ce qu'il nous est arrivé de développer plus haut, ne semble pas être un facteur prédictif suffisamment fort dans l'initiation des comportements hétéro-agressifs des vétérans. Mais des études additionnelles sont nécessaires afin de mieux caractériser l'étendue de ce probable facteur de risque.

**Table 1.** Multivariable Model Predicting Violent Behavior in Veterans With Severe Mental Illness ( $N = 278$ )

Independent variables	OR	95% CI
Substance abuse	2.43*	(1.07–5.51)
Head injury	3.00**	(1.24–7.26)
PTSD (PCL $\geq$ 45)	3.03*	(1.03–8.97)
Homeless in past 6 months	6.99***	(3.07–14.93)

*Note.* PTSD = Posttraumatic stress disorder; PCL = PTSD Checklist.  $\chi^2(1, 278) = 60.1, p < .001$ , pseudo  $R^2 = 0.27$ . Multivariate models control for the five sites using four dummy codes and are weighted according to population distributions using data from the National Institutes of Mental Health (NIMH) National Comorbidity Study.  
\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

Aussi, il conviendrait de préciser un résultat tout à fait fondamental et déterminant dans la prise en charge des vétérans violents. L'on remarque, en effet, qu'il existe une potentialisation des facteurs de risque des comportements violents. Par exemple, la probabilité de développement de comportements violents est beaucoup plus élevée en présence de PTSD dans un environnement de grande précarité, qu'en présence de PTSD comme unique facteur de risque, ou encore en absence de tous facteurs de risque. Précisons encore que ce risque de violence est plus élevé lorsque le PTSD est associé à une co-morbidité tel que le traumatisme crânien. Cette association probable est extrêmement importante, car les traumatismes crâniens constituent une des caractéristiques majeures des guerres d'Irak et d'Afghanistan. En effet, près de 30% des vétérans de ces conflits ont souffert, durant leur déploiement, d'un voire plusieurs traumatismes crâniens. Ici, il convient de mettre en perspective cette prévalence avec celle du PTSD, environ 15% à 20%. L'on peut alors aisément prendre conscience la violence interpersonnelle et domestique pourra représenter un défi majeur à la société américaine, dans les années à venir.



*Figure 1.* Predicted probability of violence by veterans with severe mental illness ( $N = 278$ ) according to head injury (A), posttraumatic stress disorder (B), and homelessness (C).

Finalement, de nombreuses études doivent encore être engagés, spécialement pour mieux caractériser les conséquences familiales de la violence domestique perpétrée par ces vétérans. Comment ne pas penser aux conséquences de ces violences physiques, de ces agressions, de ces menaces sur le fonctionnement psychique des femmes. La violence conjugale étant un facteur de risque claire dans le développe-

ment de PTSD. De plus, les enfants constituent une population fortement à risque. Le simple fait d'assister à ces violences, ou, plus gravement, de les subir, augmentent leur probabilité de développement des pathologies psychiatriques graves telles que les troubles dissociatifs ou le PTSD. Les enfants conditionnés par un tel contexte de violence voient également leur développement fragilisé, en termes d'éducation, de sentiment ou de perception de soi, d'interactions sociales, et surtout de violence.

*“Cela prend du temps, jusqu'à ce que tu sois en mesure d'interagir à nouveau avec des civils...Lorsque tu reviens de la guerre. Que cela soit avec ta famille, ton épouse, ta copine, tes amis...Peu importe. Cela prends du temps. Personnellement, cela me prend environ 6 mois jusqu'à ce que je puisse être dans la même pièce que ma propre famille. Parce que lorsque tu reviens de la guerre...Tu es en colère. Tu as cette adrénaline qui circule dans ton sang 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Tu te sens comme l'ultime marteau de Dieu...Parce qu'à la guerre, tu as le pouvoir de vie ou de mort au bout de ton doigt. Et ensuite on te demande de revenir aux Etats-Unis et de te comporter comme un mec normal ! Qu'est-ce que tu crois ! Cela prends du temps, beaucoup de temps. Cela demande de l'introspection...du retrait, jusqu'à ce que tu atteignes un niveau normal, de telle sorte que tu puisses à nouveau interagir avec les gens qui se trouvent autour de toi...Même avec les gens qui t'aiment...Parce que tu ne voudrais pas dire quelque chose, ou faire quelque chose qui pourrait les blesser“.*

Sgt. Robert Smith, 87<sup>ème</sup> bataillon d'infanterie, 10<sup>ème</sup> division de montagne de Fort Drum.

Déployé plus de quatre fois sur les fronts irakien et afghan.

## **7.2 Déploiement et PTSD : un défi pour l'enfant**

[2] *“When a soldier serves, the whole family serves“.* “Lorsqu'un soldat sert, tout sa famille sert“. Ce dicton militaire reflète un élément clé dans l'étude du traumatisme de guerres : l'influence délétère voire toxique que peut avoir un membre de la famille, lorsque celui-ci se trouve précisément atteint par le PTSD. Ce dicton nous a été expliqué, détaillé voire asséné par les familles de vétérans que nous avons eu le

privège de rencontrer. C'est ainsi que Dans les paragraphes suivants, nous aimerions essayer d'expliquer l'arrière-plan de cette phrase, en illustrant quelles conséquences peuvent avoir le déploiement ainsi que le PTSD d'un père ou d'une mère ayant servi dans l'armée américaine.

Comme nous avons pu le décrire dans un chapitre précédant, les patients qui souffrent de PTSD ont souvent tendance à développer une violence incontrôlable envers leurs proches. Dans ce contexte, les enfants constituent une population tout à fait vulnérable. Il peut s'agir d'un abus physique ou sexuel, d'une 'simple' négligence ou d'un abus émotionnel. Pour exemple, des études ont montré que les parents souffrant de PTSD sont plus à risque d'abuser leur enfant sous quelque forme que ce soit. Il est évident que les conséquences à redouter, pour l'enfant abusé, sont graves. Il peut souffrir de séquelles physiques ou développer des syndromes psychiatriques qui nécessiteront un traitement à long terme.

L'équilibre intérieur est particulièrement important pour le développement d'un enfant. Un garçon ou une fille qui est constamment stressé, angoissé ou exposé même indirectement à un traumatisme aura un risque nettement plus élevé d'avoir de présenter des altérations développementales révélées dans le développement de troubles psychologiques. Il en résultera de nombreux problèmes sociaux, cognitifs et physiques qui seront expliqués par la suite.

En général, on peut dire que les répercussions dépendent de l'âge. Les enfants très jeunes pleurent plus, et sont plus à risque de développer des cauchemars. « Les adolescents ont souvent tendance à avoir une baisse de leur performance académique ou se présentent avec des symptômes physiques comme des troubles du comportement alimentaire. Et les garçons sont parfois plus agressifs » : c'est ce que nous rapporte Dr. Joan Kaufman, directrice du programme d'Education et de Recherche sur l'enfant et l'adolescent à la Faculté de Médecine de l'Université de Yale. Selon Dr. Kaufman, ce sont par contre les enfants d'âge moyen qui souffrent le plus., c'est-à-dire ceux dont l'âge est compris entre 5 et 12 ans, période durant laquelle les liens entre les parents et l'enfant sont très importants pour un développement adéquat. Une perturbation, même mineure, de ces liens peut avoir des conséquences dévastatrices en termes de comportement. Une timidité soudaine ou, au contraire, une extroversion extrême peuvent être observée.

Lorsqu'un enfant est constamment exposé à des facteurs stressants, il est également plus à risque de développer des pathologies psychiatriques tardivement

dans son développement, comme nous l'avons souligné. Selon Dr. Christoph Müller-Pfeiffer, psychiatre et chercheur à l'hôpital de Zurich, mais travaillant actuellement dans le laboratoire du Prof. Pitman à Boston, les enfants de militaires peuvent être secondairement atteints par le traumatisme de leur parent. On parle alors de "traumatisme secondaire". Ces enfants sont nettement plus à risque de développer des troubles dissociatifs à l'âge adulte, et le PTSD au moment même de leur développement.

### **L'Association "Our Military Kids"**

"Our Military Kids" est une organisation à but non lucratif fondée en 2004. Cette organisation s'est fondée dans le but d'offrir des subventions financières aux parents d'enfants âgés entre 3 et 18 ans, et dont le père ou la mère a été déployé, ou sévèrement blessé durant les guerres d'Irak et d'Afghanistan. Ces subventions donnent aux enfants la possibilité de participer aux activités parascolaires de leur choix. Des activités dont ils ne pourraient souvent pas profiter sans l'aide de 'Our Military Kids', en raison du fait que les familles de militaires du rang servant dans l'armée sont généralement issues de milieux modestes, et donc financièrement limitées. « Environ un tiers des soldats gagnent moins d'argent dans l'armée que dans leur vie civile. Les répercussions sur toute la famille sont évidentes », explique Michelle Nelson, directrice des programmes familiaux et relations communautaires de l'organisation que nous avons pu rencontrer à Washington, D.C.

Quand un enfant reçoit une subvention, il obtient un dossier "officiel" avec différents objets symboliques, dont une lettre et un certificat le remerciant pour "son" sacrifice. Ceci l'aide généralement à retrouver une certaine idée de l'estime soi, et à se sentir fier de son père ou de sa mère qui a été déployé ou blessé dans un pays en guerre. Il peut ainsi outrepasser le sentiment d'abandon profond qu'il peut lui arriver de ressentir lors de l'absence d'un parent. Un remerciement que les familles de militaires iront même jusqu'à concevoir comme ayant, rien qu'en soit, une quelconque valeur thérapeutique.

Des sports comme la danse, le patinage, ou les beaux-arts sont les activités préférées des enfants qui participent au programme. « Nous les aidons ainsi à faire

face à l'absence de leur parent », dit Michelle Nelson. En occupant les enfants, l'on évite ainsi qu'ils ne pensent trop fortement à la guerre ou à leur parent. Un parent qui n'est plus là, ou qui est sévèrement blessé, qu'il s'agisse d'une blessure psychique invisible telle que le PTSD, pouvant sérieusement affecter la personnalité d'une personne et changer son comportement et son affection envers un enfant, ou d'une blessure physique visible telle qu'une amputation d'un membre. Les enfants ou adolescent peuvent alors se détendre, et par là se délier du poids extraordinaire et intolérable que peuvent avoir les soucis durant cette période de développement.

Un autre élément clé dans la fondation de l'organisation "Our Military Kids" réside dans la dissémination nationale des informations sur les programmes d'aides aux familles de militaires. En effet, grâce au partenariat privilégiée qu'elle a développé avec l'armée américaine, l'organisation propose ses services à tout soldat sur le point d'être déployé en Irak ou en Afghanistan. Les soldats sont donc informés, avant leur déploiement, de la manière avec laquelle leur famille peut être soutenue pendant leur absence. C'est ainsi que l'organisation œuvre dans le but de rassurer et le parent déployé en guerre, et sa famille restée aux Etats-Unis.



**Fig. 20** : Un enfant militaire qui est heureux de retrouver son père après sa longue absence en Irak.  
(Source : *Our Military Kids*, Washington, DC).

Quand un soldat est de retour aux Etats-Unis, après avoir servi dans une zone de guerre, il se peut qu'il sente avoir perdu tout lien sentimental avec sa famille, ainsi

rompu de sa femme ainsi que de ses enfants. Les enfants eux-mêmes peuvent présenter des comportements particuliers envers le parent déployé. Car dans une grande majorité de cas, le soldat a quitté la famille lorsque son enfant était encore très jeune. Il se peut ainsi qu'il grandisse sans le reconnaître véritablement. Une situation extraordinairement traumatisante pour le vétéran. C'est ce que nous précise Michelle Nelson, en nous relatant des situations connues où un enfant n'a pas reconnu son père à son retour d'Irak. « Mais ici, il faut noter que les activités que l'enfant a entreprises pendant l'absence d'un parent peut parfois aider à rétablir des liens affectifs entre les deux », ajoute Michelle Nelson. L'enfant peut montrer à son père ou sa mère ce qu'il a appris pendant son absence. Ceci peut constituer un premier pas pour reformer une relation de confiance.

Selon elle, il est tout aussi important de se rappeler que les défis auxquels les enfants militaires font face, peuvent les aider à développer certaines capacités positives. « Comparé aux enfants civiles, les enfants militaires sont souvent plus compréhensifs, moins égoïstes et ils s'impliquent plus dans la communauté » dit Michelle Nelson qui constate généralement un développement plus rapide de ces enfants. « Ils sont plus également plus matures, et s'adaptent mieux aux changements, puisqu'ils ont été habitués très tôt aux défis que peut présenter une vie ».

Dans le futur, 'Our Military Kids' aimerait continuer ses programmes de soutien, et si possible aider encore plus d'enfants. Une prochaine étape, la plus ambitieuse selon l'organisation, serait d'offrir des subventions aux enfants dont le parent est mort au combat. Malheureusement, ceci n'est actuellement pas possible, en raison de moyens financiers limités.

### **7.3 Le PTSD et l'abus de substances psycho-actives**

[10, 11] L'abus de substances est un problème bien connu parmi ceux qui ont vécu un traumatisme. Ce postulat est particulièrement valable dans le cas des vétérans ayant développé un PTSD en conséquence de l'exposition à un traumatisme de guerre. Une proportion considérable de vétérans est actuellement touchée par ces comportements d'addiction, ce qui en fait un problème d'importance clinique directe, ainsi qu'un enjeu majeur de santé publique.

En premier lieu, il serait important de discuter le concept de co-morbidité. Car plus de 80% des patients souffrant de PTSD ont un trouble psychiatrique coexistant,

dont l'abus de substances constitue l'un des plus fréquents. Parmi les hommes atteints de PTSD, 52% sont dépendants de l'alcool, tandis que 35% consomment régulièrement différents types de drogues. Les femmes qui souffrent de PTSD, quant à elles, présentent des pourcentages un peu moins élevés.

Jacobson et al. (2008) ont étudié la consommation d'alcool parmi plus de 48'000 soldats de l'armée américaine. Ils en ont conclu que le simple fait de s'exposer au combat augmente significativement le risque d'addiction à l'alcool. L'exposition au combat est donc un facteur de risque majeur dans le développement des problèmes d'alcoolisme. D'autres facteurs de risque pour les soldats ont été identifiés, tels que le jeune âge, les problèmes matrimoniaux et un retour récent d'une zone de guerre.

L'abus de substances a de nombreuses conséquences négatives pour les vétérans atteints de PTSD. Selon Dr. Lisa Najavits, professeur de psychiatrie à l'Université de Boston, et psychologue clinicienne à l'hôpital des vétérans y lié, « comparativement à des patients qui ne présentent qu'un seul de ces troubles, les vétérans qui ont un PTSD et qui consomment régulièrement des substances psycho-actives obtiennent des issues de traitement considérablement inférieures, et développent généralement plus de problèmes psychiatriques, médicaux, légaux et sociaux. Ils sont également plus agressifs et violents ». Les répercussions des comportements d'addiction sont ainsi nombreuses qu'elles affectent le vétéran dans sa globalité.

Cependant, les conséquences de l'abus de substance ne se limitent pas aux composantes physique et psychique du vétéran. En effet, lorsqu'un celui-ci consomme de l'alcool ou d'autres substances illicites, il met en danger son propre traitement. L'approche du thérapeute en sera donc totalement modifiée. Il a été documenté que ces vétérans, en conséquence directe de leurs comportements abusifs, sont souvent confrontés à des réactions négatives de la part de leur environnement, de leur famille, ou encore plus largement, de leur communauté. Le médecin joue un rôle primordial ici, car en adoptant une approche adaptée excluant toute confrontation, il permet de rétablir un lien de confiance primordial dans toute relation entre un soignant et un soigné. Il doit encourager son patient, se montrer de collaboratif et éducatif envers lui, définir des buts raisonnablement envisageables, surveiller les progrès et ajuster le traitement en fonction de ses besoins.

Il est aussi important de les aider à réaliser l'impact des substances sur leur PTSD. Certains vétérans prennent des substances pour diminuer leurs symptômes. L'exemple type est l'héroïne, utilisée par certains vétérans pour se détendre, et dimi-

nuer leur niveau de stress. Ce que l'on sait moins est que d'autres substances peuvent, par contre, augmenter les symptômes du PTSD. Un patient prenant de la cocaïne peut, à tout moment, devenir encore plus anxieux et agité.

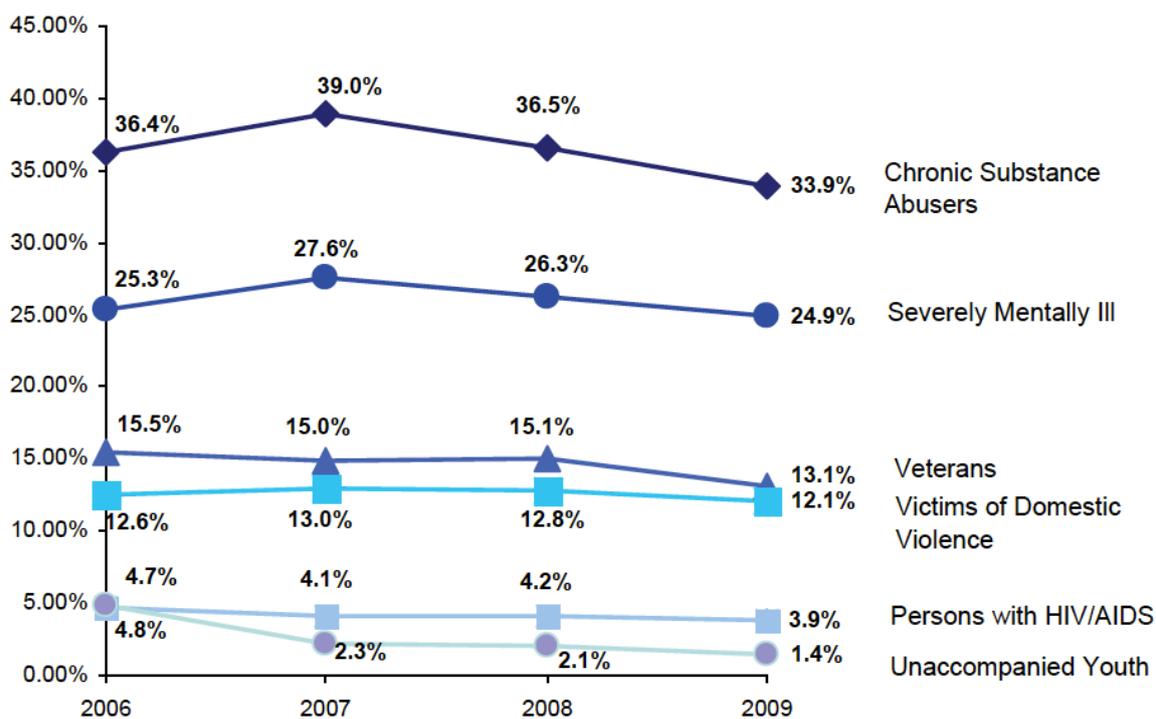
#### **7.4 Précarité sociale et précarité psychique : le vétéran pauvre**

[22, 23, 36-39] Lors de notre discussion de la résilience aux stress et traumatismes de guerre, nous avons fermement mis l'accent sur le fait que les vétérans "résilients" des conflits irakiens et afghans présentaient généralement, à leur retour, un niveau inférieur de difficultés psycho-sociales, en comparaison avec la majorité de vétérans dits non résilients. Les études récentes des Prof. Southwick et Dr. Pietrzak de l'Université de Yale, ont encore suggéré qu' "au retour de leur déploiement, les vétérans des guerres d'Irak et d'Afghanistan qui expérimentent moins de difficultés psycho-sociales, ont étonnement une probabilité augmentée de se voir résilier au développement de symptômes de PTSD", et ce, indépendamment de l'exposition traumatique antérieure. L'on observe ainsi une relation bidirectionnelle entre difficultés psycho-sociales et pathologies psychiatriques telles que le PTSD. Mais qu'entend-on ici précisément par difficultés psycho-sociales ou conséquences psycho-sociales ? Nous faisons certainement référence à une caractéristique sociale spécifiquement exprimée dans un environnement psychologique particulier. Nous voudrions développer une des difficultés psycho-sociales les plus conséquentes observée dans la population de vétérans américains : l'extrême précarité.

Actuellement, le département américain des vétérans se rend compte que les plans d'urgence engagés annuellement ne pourront plus contenir, très longtemps encore, ce fléau honteux qu'est la précarisation croissante des vétérans. Il a donc fait le choix d'orienter son attention vers une caractérisation plus précise de la population de vétérans concernée, dans le but ambitieux d'établir de nouvelles stratégies de prévention primaire contre la précarité extrême. Certaines études majeures ont été publiées cette année, notamment celle menée par le Prof. Robert Rosenheck du centre nationale d'étude de la précarisation des vétérans. Elles visent à contredire de nombreux préjugés en apportant un éclaircissement fin sur leurs déterminants, où règnent les interrelations complexes entre support social, pathologies psychiatriques et influences de la guerre.

Les chiffres officiels montrent qu'environ 1.6 million de personnes aux Etats-Unis sont sans abris, en d'autres termes vivent dans une précarité telle qu'elles sont contraintes de vivre dans la rue, ou, pour les plus "chanceuses" d'entre elles, de se loger et de se nourrir dans des hébergements d'urgence souvent provisoires. Mentionnons, pour préciser, que nous ne discutons pas ici de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, soit environ 13% à 14% de la population américaine selon le département d'Etat du recensement, mais de la précarité extrême. Les personnes dont il est question ici "n'ont tout simplement plus rien". Sur les 1.6 millions d'américains recensés comme sans-abris, il a été démontré qu'environ 8% à 11% d'entre eux sont des vétérans : ce qui représente une population d'environ 140'000 personnes.

**Exhibit 2-10: Trends in Sheltered Homeless Subpopulations 2006-2008**



Source : 2006-2009 Continuum of Care Applications : Exhibit 1, CoC Point-in-Time Homeless Population and Subpopulations Charts.

Il est intéressant de noter que l'étude de la problématique de l'extrême précarité parmi les vétérans est complexe, en ce sens que les données obtenues à la suite de recherches dans la population générale ne peuvent être généralisées à la population de vétérans. Effectivement, il est couramment possible d'observer des différences si-

gnificatives en termes, de sexe, d'âge, d'ethnicité ou encore de durée de vie dans la rue ou dans des hébergements d'urgence. Ainsi, en comparaison du sans-abris "civil", le sans-abri vétéran présente les caractéristiques suivantes. En premier lieu, le sans-abri vétéran a une probabilité plus grande d'être un homme, à la différence de la population générale de sans-abris (92.5% vs. 63.7). Ces résultats peuvent trouver une explication partielle dans le fait que la population majoritairement représentée dans l'armée américaine reste les hommes. Deuxièmement, le vétéran sans-abri tend également à être plus âgé : près de 38% d'entre eux ayant plus de 50 ans (vs. 14% dans la population de sans-abris non vétéran). Cependant, ces résultats sont à prendre avec précaution. Les guerres d'Irak et d'Afghanistan n'ayant toujours pas abouti, il se pourrait que dans les années à venir nous observions une augmentation significative de la proportion de vétérans jeunes dans la population totale de vétéran sans-abris. Enfin, il y existe une probabilité élevée qu'il soit de race blanche (49% vs. 38%). Ici donc, ont été présentées quelques caractéristiques importantes, à notre stade, et nécessaires à la compréhension de la diversité complexe de la population dont il est question.

<b>Exhibit 3-1: Demographic Characteristics of Sheltered Homeless Veterans, All Veterans, and All U.S. Adults, 2009</b>			
<i>Characteristic</i>	<i>Sheltered Homeless Veterans</i>	<i>All Veterans</i>	<i>All U.S. Adults</i>
<b>Number</b>	136,334	22,906,784	231,718,105
<b>Gender</b>			
Female	7.5%	6.8%	51.5%
Male	92.5%	93.2%	48.5%
<b>Ethnicity</b>			
Non-Hispanic/non-Latino	88.9%	94.8%	86.4%
Hispanic/Latino	11.1%	5.2%	13.6%
<b>Race</b>			
White, non-Hispanic/non-Latino	49.2%	81.2%	68.1%
White Hispanic/Latino	8.3%	3.6%	8.6%
Black or African American	34.0%	10.5%	11.8%
Asian	0.3%	1.2%	4.6%
American Indian or Alaska Native	3.4%	0.7%	0.8%
Native Hawaiian or other Pacific Islander	0.4%	0.1%	0.1%
Other/Several races	4.4%	2.7%	6.0%
<b>Age</b>			
18 to 30	8.4%	8.0%	24.2%
31 to 50	44.6%	23.1%	36.5%
51 to 61	38.1%	21.4%	18.5%
62 and older	8.9%	47.4%	20.8%

Sources : 2009 Homeless Management Information Systems ; U.S. Census Bureau 2006-2008 American Community Survey 3-Year Estimates.

**Exhibit 3-1: Demographic Characteristics of Sheltered Homeless Persons in 2009 Compared to the 2008 U.S. and Poverty Populations**

Characteristic	Percentage of All Sheltered Homeless Persons, 2009	Percentage of the 2008 U.S. Poverty Population	Percentage of the 2008 U.S. Population
<b>Gender of Adults</b>			
Male	63.7%	40.5%	48.7%
Female	36.3%	59.5%	51.3%
<b>Race</b>			
White, Non-Hispanic	38.1%	46.2%	65.4%
White, Hispanic	11.6%	15.0%	9.6%
Black or African American	38.7%	22.1%	12.4%
Other Single Race	4.7%	13.8%	10.3%
Multiple Races	7.0%	2.9%	2.3%
<b>Age <sup>a</sup></b>			
Under age 18	22.2%	33.9%	24.3%
18 to 30	22.3%	23.8%	18.2%
31 to 50	38.3%	21.9%	28.2%
51 to 61	14.4%	9.2%	13.9%
62 and older	2.8%	11.3%	15.4%

Sources : Homeless Management Information System data, 2009 ; 2008 American Community Survey.

De nombreuses conceptions demeurent largement répandues au sein de la société américaine, précisément lorsqu'il s'agit de discuter de la précarité des vétérans. Pour certains, appartenir au monde militaire, faire la guerre, être vétéran conditionnent de façon absolue le basculement des individus dans la grande précarité. Pour d'autres, l'extrême pauvreté n'est qu'une conséquence nécessaire de pathologies psychiatriques ou de problèmes d'abus de substance, tels que l'abus d'alcool, de drogues, ou de médicaments. En affirmant cela, l'on ne fait que sous-entendre l'existence de populations à risque, et ébaucher quelques déterminants de la précarité.

L'on relève habituellement qu'un tiers (33.9%) de la population de sans-abris américains souffrent d'abus de substance, tandis qu'un quart (24.9%) souffrent de pathologies psychiatriques graves telles que le PTSD, la dépression chronique, les troubles de la personnalité etc. Nous mentionnons volontairement ces résultats relatifs à population générale de sans-abris, car c'est à peu près les seuls qui peuvent être raisonnablement généralisés aux vétérans sans-abris, particulièrement ceux des guer-

res d'Irak et d'Afghanistan. D'une part, il a été démontré, dans l'étude nationale du Prof. Rosenheck, que l'abus de drogues illicites accroît de près de 4 fois le risque de basculer dans la précarité extrême, tandis que l'abus d'alcool l'accroît d'environ 2 fois. Les comportements d'addiction peuvent être considérés comme les facteurs prédictifs les plus fortement associés au basculement d'un vétéreran dans l'extrême misère. Néanmoins, la complexité de l'analyse réside probablement dans la contribution des pathologies psychiques à la grande précarité, les résultats divergeant énormément.

**TABLE 2.** Logistic regression comparison of recently homeless versus nonhomeless VA mental health (MH) services users: Fiscal year (FY) 2009 administrative data

Sample	VA MH services users	OEF/OIF veterans	Veterans $\geq$ 50% SC
<i>N</i> :	<i>N</i> = 1,079,269	<i>N</i> = 118,459	<i>N</i> = 347,561
% Homeless ( <i>N</i> ):	9.9 ( <i>N</i> = 107,371)	3.8 ( <i>N</i> = 4,478)	3.1 ( <i>N</i> = 10,655)
Variable	OR	OR	OR
Male	1.4***	0.8**	1.0
OEF/OIF veteran	0.4***	—	0.9*
Age			
40–49	1.7***	0.9	1.1*
50–64	1.2***	0.8	0.9*
65–74	0.6***	—	0.6***
75–85	0.4***	—	0.4***
>85	0.2***	—	0.4***
Race			
Black	1.4**	‡	1.6
Unknown/other race	0.8	‡	0.7
Hispanic	0.8*	‡	0.8
Geography			
Large rural area	0.5***	0.6***	0.6***
Small rural area	0.4***	0.5***	0.5***
Isolated rural area	0.3***	0.4***	0.5***
Income			
7–15K	0.8***	1.4***	0.7***
15–25K	0.5***	1.1	0.4***
>25K	0.3***	0.7***	0.4***
Disability status			
SC < 50%	0.5***	0.8***	—
SC $\geq$ 50%	0.3***	0.5***	—
Diagnoses			
Dementia	0.4***	3.0	0.8
Schizophrenia	1.1***	3.3***	1.7***
Bipolar disorder	1.0**	1.7***	1.4***
Major depression	0.9***	1.4***	1.0
Anxiety disorder†	0.7***	0.9**	0.9
PTSD	0.7***	1.0	0.8***
Alcohol use disorder	2.0***	1.8***	2.0***
Drug use disorder	3.3***	4.4***	4.7***
Pathological gambling	2.4***	2.4*	2.0***
Personality disorder	1.6***	2.2***	1.6***

\**p* < .01; \*\**p* < .001; \*\*\**p* < .0001; — = not applicable.

†Not including posttraumatic stress disorder.

‡Not enough data given small sample size.

Homeless = used VA homeless services at least one time during FY2009 or been given a V60.0 code indicating "lack of housing"; OEF/OIF veteran = veteran who participated in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom; SC = service-connected, identifying those receiving service-connected disability compensation; OR = odds ratio; PTSD = posttraumatic stress disorder.

Si l'on considère la sous-population de vétérans des conflits irakien et afghan, alors l'on remarque que les pathologies psychiques augmentent, de façon tout à fait dramatique, la probabilité de devenir sans-abris : par exemple, la schizophrénie augmente de 4 fois le risque de précarité, la dépression grave l'augmentant, quant à elle, de près de 1.5 fois. Il serait opportun de déterminer si ces pathologies, dans le cas particulier des vétérans, ont préexisté l'expérience de la guerre (c'est-à-dire qu'elles étaient présentes avant même l'engagement du soldat dans l'armée), sont la conséquence de l'abus de substance, ou la conséquence directe de l'exposition traumatique en période de guerre. Même si l'on ne remet pas en question leur implication, les pathologies psychiques sévères précédemment mentionnées ne sont pas des facteurs prédictifs suffisamment puissants. Ce constat révèle simplement l'hypothèse selon laquelle, ces pathologies ne seraient pas suffisantes pour initier un processus de précarisation, mais nécessiteraient la présence d'une co-morbidité telle que l'abus de substances pour initier complètement ce processus. Le résultat le plus étonnant provient, toutefois, de l'association entre PTSD et précarité, puisque les résultats de l'étude montre que le PTSD n'est ni un facteur protecteur, ni un facteur prédictif dans le vers la grande précarité. Mais notons, tout de même, qu'*aucune* étude longitudinale prospective (aucune étude en réalité), n'a été réalisée afin de déterminer précisément la contribution du PTSD dans la précarisation du vétéran. En d'autres termes, il reste extrêmement difficile d'évaluer si l'exposition au combat, l'exposition au traumatisme de guerre, ou tout simplement le PTSD, sont des déterminants potentiellement cruciaux dans ce processus. Une des raisons à ce manque apparent d'intérêt, tient peut-être dans le fait que le département américain des vétérans se complait dans ses propres résultats montrant que, grâce à la prise en charge qu'elle a récemment développée à l'intention des vétérans d'Irak et d'Afghanistan, la proportion de sans-abris y est plus basse que dans n'importe quelle autre population de vétérans. Cette explication est bien discutable, puisque dans ce contexte même Prof. Rosenheck affirme explicitement qu' "il serait tout à fait plausible de penser que des pathologies psychiatriques", conséquences complexes de la guerre ainsi que le PTSD, " indépendamment ou en addition à des comportements d'addiction", "constituent un caractère débilitant pour les vétérans", en les menant progressivement vers un processus de précarisation extrême.

En conséquence, trois stratégies de prévention primaire pourraient se profiler afin de contenir, voire probablement d'enrayer le basculement massif de vétérans des

guerres d'Irak et d'Afghanistan, dans la misère la plus déshonorante. Premièrement, il conviendrait pour le département des vétérans, en association avec le département de la défense, de repenser complètement le support social communautaire apporté aux vétérans à leur retour immédiat de la guerre. En améliorant significativement le support social des vétérans, l'on pourrait envisager qu'ils soient ainsi plus à même de faire face aux difficultés psycho-sociales rencontrées lors de la transition de militaire à civil. Aussi, un support social accru diminue, de façon non négligeable, la probabilité de développer les symptômes caractéristiques du PTSD. Deuxièmement, il faudrait fortement améliorer l'accès aux soins pour les vétérans souffrant de comportements d'addiction grave. Pour exemple, entre 1996 et 2006, le nombre de vétérans traités pour des troubles de l'addiction ont dramatiquement chuté, pour des raisons "peu claires" dit le département américain des vétérans. Il est évident qu'une telle stratégie aurait des impacts considérables sur le taux de précarisation des vétérans, l'abus de substance (i.e. alcool ou drogues illicites) constituant le facteur prédictif le plus fortement associé à ce taux. La troisième stratégie de prévention primaire est quelque peu idéaliste, au regard de la situation actuelle des connaissances, des intérêts politiques ou sociaux. Elle consisterait en une prise en charge globale améliorée du PTSD, en termes d'accès aux soins, de traitements pharmacologiques ou de thérapies psychologiques. Rappelons simplement que 70% de la population totale des vétérans n'a jamais consulté un hôpital des vétérans. L'on redoute, actuellement, que ce chiffre puisse être pratiquement supérieur dans la population de vétérans jeunes des guerres d'Irak et d'Afghanistan. Une meilleure prise en charge du PTSD, diminuerait significativement le risque d'abus de substances, d'apparition de pathologies psychiatriques co-morbides telles que la dépression grave et, de facto, de glissement dans la précarité extrême.

Un exemple à considérer serait certainement celui du *New England Center for Homeless Veterans (NECHV)*. Un centre multidisciplinaire situé au sein même de la ville de Boston. Ce centre joue non seulement le rôle d'hébergement d'urgence, en permettant au vétérans sans-abris de se loger et de s'alimenter, mais aussi le rôle de centre d'hébergement permanent. Structuré de manière militaire, et entièrement coordonnée par les vétérans eux-mêmes, il permet de s'y installer de manière permanente, afin d'y recevoir parallèlement des traitements spécifiques, qu'ils concernent le PTSD ou l'abus de substance, pour ne citer que les plus importants. Ce centre pour vétérans se décrit précisément comme un soutien communautaire apporté à une po-

pulation de vétérans méritante. Il n'est absolument pas fondé sur l'idée directrice de pitié dans l'assistanat, ou de charité miséricordieuse. Le but du *NECHV* est précisément la réintégration sociale proactive des vétérans. Il leur donne ainsi les moyens matériels et intellectuels pour se remettre sur la voie du travail, obtenir des compensations dues auprès de l'armée américaine ou du département des vétérans. Les vétérans acquièrent une certaine idée de la considération de soi que la vie misérable dans la rue les avait contraint de perdre, en tentant ainsi de se réintégrer progressivement dans la communauté.



**Fig. 21** : NECHV, Boston, Juin 2011.

En définitive, ce sujet sensible mériterait la plus fine attention des scientifiques, médecins et autres politiques américains. Car il est tout à fait insupportable, et par ailleurs inconcevable, que des hommes et des femmes ayant “rendu un service à la nation”, en acceptant crûment de “mourir pour elle”, soient laissés dans un tel état de déchéance. Un état de déchéance inhumain, dont personne ne peut par la simple imagination véritablement en prendre la mesure. Les vétérans pauvres, ou les pauvres vétérans, ne représentent rien d'autre que la pure et simple *honte* de la nation américaine.



**Fig. 22** : NECHV, Boston, Juin 2011.

Rappelons-nous encore de la célèbre citation de l'écrivain américain Rudyard Kipling. "For God and the soldier we adore, In time of danger, not before ! The danger passed, and all things righted, God is forgotten and the soldier slighted".

## **7.5 Désespoir et idéations suicidaires**

[12-15] Le suicide peut être considéré comme la conséquence ultime du PTSD. Pour beaucoup de vétérans, c'est malheureusement le seul moyen de fuir les mémoires intrusives de la guerre. Les chiffres sont inconcevables : depuis 2005, le taux de suicide dans l'armée américaine a constamment augmenté. Actuellement, le Centre National des Statistiques de Santé affilié au Département de la Santé rapporte un taux de 37.19 suicides pour 100'000 vétérans, ce qui correspond au double du taux enregistré avant le début des guerres en Irak et Afghanistan. Les chiffres sont significativement plus élevées dans la population des vétérans comparé à celles de la population générale. Il semble donc évident que la guerre joue un rôle important dans le déclenchement d'idées suicidaires.

Il n'est pas facile de décrire les raisons et motifs qui poussent un sujet à se suicider. De multiples facteurs interviennent dans ce processus dont des vulnérabilités individuelles ou des expériences négatives. Pour un soldat, les déploiements multiples jouent un rôle important: il est séparé plus longtemps de sa famille et exposé plus souvent à des situations de combat, ce qui augmente le risque de développer des troubles mentaux comme le PTSD. Selon Jakupcak et al. (2009), les vétérans qui souffrent d'un état de stress post-traumatique ont quatre fois plus à risque d'avoir des idées suicidaires comparés à ceux sans PTSD.

Quand les soldats rentrent de leur déploiement, ils ont souvent des problèmes de réajustement à la vie civile. Beaucoup se sentent isolés et ont l'impression de ne plus être compris par les autres. Un manque de support social diminue les capacités de résilience des vétérans (cf. 5.7) et peut aggraver leur détresse psychologique.

Un autre facteur de risque important à mentionner dans le contexte de développement d'idées suicidaires sont les blessures physiques. Les progrès de la médecine militaire moderne sont responsables d'un taux de survie plus élevé qu'auparavant parmi les soldats sévèrement blessés au front de la guerre. Mais en même temps il en résulte de vétérans souffrant d'handicaps physiques prolongés. Les conséquences psychologiques d'une perte d'un membre, d'une paralysie, d'une brûlure ou d'une autre déformation corporelle sont graves. Selon Sher (2009), les vétérans avec des limitations significatives de leur activité physique ont des taux de suicide plus élevés que ceux sans ce genre de limitations. En général, le risque de suicide augmente quand un soldat a été blessé et/ou hospitalisé de multiples fois ce qui suggère que l'intensité du trauma physique et/ou psychologique influence le risque suicidaire.

D'autres études qui se sont concentrés spécifiquement sur le PTSD lié au combat ont démontré que l'indice le plus significatif pour prédire une tentative de suicide est la culpabilité liée au combat. Beaucoup de vétérans expérimentent des pensées très intrusives, et une culpabilité extrême à cause de ce qu'ils ont fait ou pas fait durant leur service, à la guerre. Ces pensées peuvent souvent dépasser les capacités émotionnelles des vétérans à faire face aux événements du passé, et alors constituer un facteur déclencheur d'idées suicidaires.

## LA BLESSURE



**Fig. 23 :** La lutte. Un soldat blessé à Lashkar Gah, Afghanistan, vendredi, 21 janvier, 2011. (Source : Kevin Frayer, AP Photo)



**Fig. 24 :** L'amputation. Marjah, Afghanistan, jeudi, 27 janvier, 2011. (Source : Kevin Frayer, AP Photo)

## 8 Du désastre naît le sens : le PTSD et la santé publique

[18, 26-36] “C’est un problème de santé publique ! Non, c’est un problème *majeure* de santé publique !”

Il n’est plus aucun problème de santé, actuellement, dont on ne revendique plus à l’envie son caractère public, qu’il soit éminemment grave ou simplement bénin. Du cancer aux pertes capillaires, en passant par le diabète et la sinusite. Nous exagérons certainement, mais consciemment. Un problème de santé qui ne concerne donc plus uniquement la sphère individuelle du malade, mais également la société dans laquelle celui-ci est intégré. L’on passe ainsi progressivement d’une responsabilité individuelle, à une responsabilité collective du problème de santé, où les institutions scientifiques, pharmaceutiques, politiques, voire médiatiques et régulatrices doivent, nous dit-on, forcément jouer un rôle, sans nécessairement déterminer lequel. Ainsi, la généralisation malheureuse de la notion de santé publique, au travers d’une banalisation non maîtrisée, n’aura eu comme seule conséquence d’avoir certainement raison de son sens véritable.

Alors, nous avons eu envie, nous aussi, de nous questionner sur la pertinence du fameux et non moins probable *caractère public* du syndrome de stress post-traumatique. Nous pourrions placer une terminaison rapide et absolue à notre interrogation, affirmant que le PTSD est un problème majeur de santé publique, et ce, en invoquant encore une fois l’idée vague que l’on aurait d’une prévalence exagérée au sein de la communauté des vétérans. Ou nous pourrions émettre l’idée première selon laquelle, apparemment, le syndrome de stress post-traumatique n’est pas un problème de santé comme les autres. D’une part, car le PTSD est la *seule* pathologie uniquement et entièrement exprimée à la suite d’une exposition à un certain environnement. L’on ne peut développer un PTSD sans être exposé à un son déterminant majeur, le traumatisme ; lui-même conséquence des circonstances d’un certain environnement (i.e. guerre, violence interpersonnelle, attentats, catastrophes naturelles). D’autre part, car lorsque l’on se réfère à un problème de santé, de surcroît dans sa dimension publique, l’on sous-entend généralement *un problème de santé physique*, ce que ne constitue pas directement le PTSD. Ici réside une pièce importante dans la construction de la compréhension de ce syndrome. Un concept

fondamental et indubitablement nouveau : *la santé mentale publique*. Autrement dit, la santé mentale en tant que problème majeur de santé publique. S'il est vrai que l'on ne cesse d'assimiler tout problème physique à tout problème public, il conviendrait d'avouer qu'il n'y va certainement pas de même pour la santé mentale. Tentons d'exemplifier nos arguments simplement. Admettons que l'on observe, dans un société donnée, une recrudescence importante d'un problème de santé physique comme le diabète affectant une population de jeunes adultes. L'on s'empresserait alors d'invoquer le fait que le diabète est *un problème de santé publique* dans cette société, et comme causes probables l'augmentation de l'obésité juvénile, de l'inactivité physique ou encore de la pauvreté de la diversité alimentaire. Raisonnons à présent en termes de santé mentale. Nous observons une augmentation très significative de dépression majeure, et d'idées suicidaires dans cette même société. Qu'en sera-t-il de notre réaction ? Sans commettre quelconque barbarisme de langage, la santé mentale n'est pas la santé physique. Une évidence pour certains. Une complexité pour d'autres. En effet, la dépression et la santé mentale, plus largement, sont nécessairement associées au stigmat. Les pathologies psychiatriques "n'arrivent qu'aux autres", et doivent obligatoirement être confinées dans un environnement hospitalier, familial ou simplement individuel. Car les malades mentaux : ce sont "les fous", "les tarés". Et sous-entendre ainsi l'évolution d'une société, à première vue, est inconcevable.

Pourtant, cette transition dramatique est en train de se produire dans une certaine sous-population de la nation américaine : l'armée. Une armée, qui de part l'explosion dramatique de ses nombres de pathologies psychiatriques directement liées aux guerres d'Irak et d'Afghanistan (i.e. PTSD, traumatismes crâniens ou TBI, dépression grave, troubles de la personnalité), ne fait que mettre en exergue une situation nationale où la question de la santé mentale et de ses conséquences méconnues sur la santé physique, quoique "handicapantes et communes", restent "sous-reconnues et sous-traitées", ainsi que nous l'affirme explicitement Prof. Sandro Galea, responsable du département de santé publique à l'Université de Columbia.

Le syndrome de stress post-traumatique dans la communauté des vétérans des guerres d'Irak et d'Afghanistan constitue-t-il un problème majeur de santé publique au sein de la société américaine ? Nous ne pouvons nous permettre d'ériger si gravement une telle supposition, sans convenir de façon plus détaillée les différentes conditions devant être nécessairement remplies afin de considérer raisonnablement

un tel postulat, ainsi que l'ensemble des conséquences qu'il implique pour une société telle que les Etats-Unis.

L'on aime aujourd'hui conditionner la notion de santé publique au simple fait de la prévalence. Dans le cas complexe du PTSD, au sein de la communauté des vétérans des conflits irakiens et afghans, la prévalence n'est certainement pas le seul facteur intervenant dans la démonstration de sa dimension publique, mais il y contribue. Car les chiffres sont relativement éloquentes. Commençons, tout d'abord, par la prévalence de l'exposition au trauma. Il faut absolument la différencier de la prévalence du PTSD. Elle correspond précisément au pourcentage de soldats ayant été directement confrontés à un événement potentiellement traumatique, la définition du trauma étant établie par la classification du DSM-IV. Ici, l'on ne peut que déplorer encore une fois le manque d'études concernant l'exposition traumatique des soldats durant les conflits irakiens et afghans. Pour préciser nos arguments, l'on ne peut que se reposer sur un rapport du département américain des vétérans, datant de 2003. Celui indique précisément que 39% des vétérans ont reporté une exposition au combat. Cette exposition varie en fonction du sexe du soldat. L'exposition au combat est, comme l'on peut en douter, plus élevée pour les hommes (41%) que pour les femmes (12%). De plus, 36% des vétérans affirment avoir été exposé à la mort, à l'agonie, ou la blessure de guerre, qu'elles aient concernées des camarades, des ennemies, ou bien encore des civils. Précisons encore que ces types de traumatismes sont associées à une probabilité extrêmement élevée de développer des symptômes de PTSD. Il serait intéressant de mettre en rapport la prévalence d'exposition au trauma, avec la prévalence de PTSD des vétérans d'Irak et d'Afghanistan. Après quelques résultats surprenants révélés par le département de la défense, démontrant que la prévalence du PTSD ne s'élèverait "qu'à" 8 % ou 11%, des études récentes, menées nationalement dans les principaux hôpitaux des vétérans, ont montré que près de 20% à 30% des vétérans revenant d'Irak et d'Afghanistan souffriraient de PTSD. En considérant que 2.2 millions de soldats ont *jusqu'à présent* servis dans ces conflits, le nombre de cas de PTSD s'élève donc d'environ 450'000 à 660'000.

Toutefois, il serait intéressant d'apporter deux raisons qui nous laisseraient envisager l'hypothèse selon laquelle les prévalences seraient effectivement plus importantes que celles que nous venons de détailler. Premièrement, la prévalence d'exposition aux traumatismes de guerre, telle qu'elle est présentée par l'armée américaine ou le département des vétérans, est fortement arbitraire, puisqu'elle ne

prend finalement en compte que les soldats ayant été confronté directement au combat, ou aux horreurs du champ de bataille. Elle ne prend d'aucune manière en considération les soldats potentiellement confrontés à des événements traumatisants, hors des théâtres de combat. L'on pourrait mentionner, pour exemple, les soldats présents sur les bases opérationnelles avancées en Iraq ou Afghanistan, et soumis quotidiennement à des attaques de roquettes parfois extrêmement violentes. Il est très probable que si l'on considérait l'évaluation de l'exposition aux traumatismes de manière plus adéquate aux réalités obligatoirement traumatisantes de la guerre, la prévalence d'exposition serait significativement plus élevée, et par là, la prévalence du PTSD. La deuxième raison qui nous laisserait envisager des résultats plus élevés tient dans l'explication suivante. La majorité des études visant à déterminer la prévalence du PTSD ont été conduites au sein même des hôpitaux des vétérans, sans aucun partenariat avec l'armée américaine. Elles n'ont donc eu comme objet d'étude que les populations de vétérans d'Irak et d'Afghanistan *consultant* les ressources de soins leur étant mises à disposition par l'Etat. Mais le fait est que l'on estime entre 70-80%, le pourcentage de vétérans *ne consultant pas* ces structures spécialisées. Ce qui nous laisse dramatiquement supposer qu'un nombre considérable de cas de PTSD n'ont tout simplement pas été diagnostiqués.

Mais la prévalence ne suffit absolument pas à démontrer qu'un problème de santé possède une dimension publique. Lorsque l'on évoque une pathologie psychiatrique telle que le PTSD en tant que problème de santé, il nous arrive le plus souvent de décrire le retrait social, l'isolement personnel, le défaut de concentration, le manque de sommeil, ou encore les cauchemars, en d'autres termes, des caractéristiques neurologiques ou psychiatriques. Cette description du PTSD est en réalité extrêmement réductrice. Pourquoi ? Tout un chacun a déjà expérimenté un stress soutenu, au bout duquel il s'aperçoit de quelque retentissement physique tel que des maux de têtes, des maux de ventre, une perte d'appétit, pour ne citer que les symptômes les plus communément reportés. On a ainsi tendance à directement associer ces symptômes physiques au stress ressenti. Une telle association est, pour ainsi dire, révélatrice d'un postulat fondamental récemment établi dans l'étude des traumatismes de guerre : les conséquences de la *santé mentale* sur la *santé physique*. Les premières études menées sur des vétérans du Vietnam, au cours des années 1980, ont effectivement démontré que ceux qui souffraient de symptômes de PTSD avaient un risque nettement plus élevé de voir leur santé se dégrader au long cours. 20 ans

plus tard, et quelques 8 études de plus, cette association demeure et ne fait que se renforcer. L'on sait aujourd'hui pertinemment que les vétérans d'Irak ou d'Afghanistan présentant un diagnostic de PTSD, auront un risque significativement accru de développer les pathologies somatiques suivantes : les maladies hypertensives (risque augmenté de 56%), les maladies circulatoires telles que les coronaropathies coronariennes ou (risque augmenté de 36%), les maladies digestives telles que les colites ou les maladies intestinales (risque augmenté de 24%), les maladies du SNC ou SNP telles que les migraines ou les douleurs neuropathiques (risque augmenté de 81%), ou encore les maladies musculo-squelettiques telles que les arthropathies ou le rhumatisme (risque augmenté de 49%). Aussi, les études menées sur les vétérans du Vietnam montraient que ces pathologies se développaient sur de très longues périodes de temps suivant le diagnostic de PTSD, ce qui a été totalement contredit récemment. En effet, la majorité des symptômes physiques se développent très rapidement après la fin du service militaire, la durée médiane entre le diagnostic de PTSD et le celui des premiers symptômes physiques n'étant que de 3 à 9 mois. La santé physique démontre ici une facette complètement nouvelle des problématiques de santé mentale. L'intérêt de cette association, dans le cadre de la santé publique, vient donc du fait que le PTSD démultiplie non seulement les conséquences psychiques, mais également les conséquences physiques sur le vétéran. Malheureusement, cette association reste trop souvent méconnue, sous-estimée, voire négligée par les corps médicaux, scientifiques, et étatiques. Une prise en charge globale future du PTSD voudra obligatoirement que le rententissement physique des pathologies psychiatriques soit pris en considération, surtout durant une période où les cas de PTSD diagnostiqués augmentent graduellement à mesure que rentrent les soldats d'Irak et d'Afghanistan.

Un autre argument que nous pourrions avancer dans la démonstration du caractère public du PTSD ne serait autre que son association probable avec la démence. Comme nous l'explique le Prof. Sandro Galea, des études récentes ont pu montré que les vétérans atteints de PTSD ont un risque 2 fois plus élevé que les vétérans n'ayant pas été diagnostiqués avec un PTSD, de présenter une dégradation progressive de leur fonction cognitive menant inévitablement à la démence. Il serait important de rappeler que, primairement, le PTSD est une maladie de la mémoire où celle-ci se focalise précisément sur l'événement traumatique à l'origine même de la dysfonction. A première vue donc, cette association peut sembler quelque peu

évidente. Mais ses causes n'en restent pas moins complexes, et certainement multifactorielles. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer cette association, parmi lesquelles deux sont d'une importance particulière. Premièrement, le PTSD peut être associé de façon causale au développement de la démence. En d'autres termes, il constitue un facteur de risque indépendant et direct dans ce développement. En effet, le PTSD est généralement associé à des altérations cognitives importantes telles que des modifications de l'attention, du processus d'apprentissage, ou encore des fonctions exécutives. Les vétérans atteints de PTSD présentent, par exemple, des résultats inférieurs aux tests cognitifs, en comparaison des vétérans ne souffrant pas de PTSD. Ne possédant pas suffisamment de réserve cognitive du fait de leur PTSD, ils ont ainsi un risque fortement accru de développer des altérations cognitives graves menant à l'établissement de la démence. Deuxièmement, le PTSD n'est autre qu'un stress chronique. Un tel niveau de stress peut être associé à des modifications neuroanatomiques importantes, notamment au travers de dérégulations hormonales telles qu'une sécrétion massive de cortisol. Ainsi, Prof. Roger Pitman, psychiatre et chercheur au Massachusetts General Hospital de Boston, a précisément démontré que le PTSD promeut de façon souvent conséquente l'atrophie de l'hippocampe, une structure essentielle aux processus d'apprentissage et de mémoire à court terme. Les vétérans souffrant de PTSD ont donc un risque beaucoup plus élevé d'atrophie de l'hippocampe, elle-même associée à des déficits de mémoire à court terme et cognitifs importants, pouvant nécessairement mener à un processus de démence. Nous devrions encore préciser que nous ne faisons ici référence qu'au PTSD et autres modifications cognitives, dans l'explication du risque augmenté de démence. Nous n'avons pas mentionné les maladies cardiovasculaires, ou les traumatismes crâniens (*Traumatic Brain Injury* ou *TBI*) qui entretiennent des interrelations étroites et significatives non seulement avec les fonctions cognitives, mais également avec le PTSD lui-même. La démence sera un des enjeux de santé majeure des 10 à 20 prochaines années pour l'armée américaine, le département des vétérans ainsi que le gouvernement fédéral.

Les guerres d'Irak et d'Afghanistan, au travers du PTSD, ont violemment mises en exergue la problématique de la santé mentale et l'extraordinaire diversité et complexité de ses conséquences. Jusqu'à présent, l'argumentation que nous avons pu développer, dans la démonstration du *PTSD en tant que problème de santé publique*, nous a toujours amené à considérer les conséquences du PTSD sur le vétéran. Il

conviendrait alors d'aborder un élément qui pourrait marquer, de manière cruciale, l'entourage proche d'un vétérán atteint d'une telle pathologie psychiatrique : la génétique. Néanmoins, nous ne tenons certainement pas à discuter la génétique selon la perspective très théorique et biologique des variabilités génétiques qui rendent un individu plus ou moins prone au développement du PTSD. Nous aimerions simplement relever le fait que les facteurs génétiques associés au PTSD constituent un élément fondamental dans la dimension de santé publique, et ce pour plusieurs raisons précises. D'une part, il semble clairement établi que le risque de développer un PTSD s'explique partiellement par la contribution importante de facteurs génétiques. Si tel est le cas, détaille Prof. Karestan Koenen, professeur d'épidémiologie et spécialiste de la génétique du PTSD à Harvard School of Public Health, "alors l'on pourrait envisager que la prévalence de PTSD soit plus élevée parmi les membres de la famille" d'un vétérán atteint. En d'autres termes, lorsqu'un vétérán présente un diagnostic de PTSD, à la suite d'une exposition à un traumatisme de guerre, cela révélerait une susceptibilité spécifique à l'expression de PTSD dans l'entourage proche de ce vétérán : ce que l'on qualifie plus précisément de transmission intergénérationnelle du PTSD. Cependant, ajoute Prof. Koenen, "cette probable aggrégation de cas de PTSD au sein d'une même famille ne nous renseigne pas plus, puisqu'il est impossible de savoir si elle est due à des causes génétiques, environnementales, ou multifactorielles". D'autre part, les évidences s'accroissent pour considérer le PTSD comme pathologie psychiatrique transmissible. Mais il faut être prudent avec le terme transmissible. Ce n'est pas le PTSD en tant que telle qui se transmet, mais précisément les facteurs génétiques qui le déterminent à la hauteur d'environ 30%. Une transmission extrêmement importante en termes de santé publique, lorsque l'on sait que les facteurs génétiques influencent spécifiquement l'exposition aux événements potentiellement traumatiques. Une interaction plus connue sous le terme de corrélation gène-environnement, selon laquelle la sélection de l'environnement par un individu (i.e. combat, guerre, violence interpersonnelle), et par là son exposition potentielle au trauma, est partiellement déterminée par des facteurs génétiques. Des études seraient nécessaires afin de savoir si l'exposition au combat, à la violence interpersonnelle, et de fait au trauma, est plus élevée parmi les membres de la famille d'un vétérán atteint de PTSD, comparativement à la population générale de vétéráns. Mais il est à envisager que les facteurs génétiques déterminant le PTSD aient un spectre encore plus élargi dans leurs conséquences

sur le vétéran et son entourage familial. Effectivement, la majorité des gènes contribuant à l'élévation du risque de PTSD, contribuent également à l'élévation des risques de pathologies psychiatriques telles que la dépression, l'anxiété généralisée ou les attaques de panique (60% de facteurs génétiques communs avec le PTSD), et des comportements d'addiction aux drogues, à l'alcool ainsi qu'au tabac (40% de facteurs génétiques communs avec le PTSD).

Aussi, la dimension de santé publique du PTSD se révèle-t-elle dans l'ensemble des conséquences dites sociales que nous avons pu détailler précédemment. Le suicide, tout d'abord, dont les cas ont tragiquement atteint un niveau historique avec près de 40 suicides recensés pour 100'000 vétérans chez les 20-24 ans. De plus, environ 6% des soldats régulièrement engagés dans l'armée américaine (i.e nous ne mentionnons que l'armée de terre, et non les autres branches de l'armée telles que les Marine Corps ou l'armée de l'air) ont déjà sérieusement considéré et structurer l'hypothèse d'un suicide. Le facteur causal à relever ici n'est autre que le PTSD, puisqu'il accroît d'environ 10 fois le risque d'idées suicidaires.

Les comportements d'addiction ensuite, qui représentent un véritable fléau de guerre. Ainsi, près de 25% des soldats ayant été exposé au moins une fois au combat, en Irak ou en Afghanistan, présentent un comportement d'addiction à l'alcool. Dans les populations de vétérans atteints de PTSD, cette proportion atteint environ 55%. Et il en va de même pour les drogues illicites. 6% des vétérans abusent régulièrement de drogues, y compris des médicaments, hors de leur champ de prescription. Dans la population de vétérans souffrant de PTSD, au contraire, la présence d'une telle pathologie psychiatrique fait que près de 35% d'entre eux en abusent. Précisons que l'on tend généralement à négliger les conséquences à très court-terme de ces types de comportements d'addiction. Outre les différents types de violence que l'on précisera plus tard, les vétérans, ainsi sous l'emprise de substances illicites ou d'alcool et conduisant à vitesse excessive, ont un risque augmenté de 78% de mourir dans un accident de la route, comparativement à la population générale. Mais les vétérans ne font pas que mettre en danger *leur* propre vie, également celles des autres. Dans cette optique, le *Washington Post* ainsi que le *New York Times* ont recensé des centaines d'accidents de la route impliquant des vétérans ayant provoqué la mort de civils. Il est encore à noter que ces décès de vétérans ne sont jamais pris en compte dans les statistiques nationales sur les suicides, ni même ceux liés aux overdoses consécutives à l'abus de substances.

Mentionnons encore la grande précarité et la violence, deux conséquences sociales totalement omises dans le raisonnement tenu par le département américain de la défense. Nous en voulons précisément pour preuve son dernier rapport sur les comportements de santé et leurs conséquences au sein de l'armée américaine, rapport qui marque par l'absence des termes "violence" ou "précarité". La précarité, directement corrélée à l'abus de substance ou au PTSD, et qui concerne près de 4% des vétérans des guerres d'Irak et d'Afghanistan. Et la violence, autant associée à la grande précarité qu'aux comportements d'addiction. Une violence dévastatrice pour la société, révélée dans les agressions et autres meurtres (i.e. violence interpersonnelle), mais également dévastatrice au sein même de l'entourage proche du vétéran, révélée dans les conflits conjugaux, les abus sexuels, ou encore les maltraitements d'enfants (i.e. violence domestique). Cette dernière devrait avoir toute notre attention, car elle fragilise extraordinairement les femmes et les enfants, en les rendant, par exemple, beaucoup plus prone au développement de PTSD, ou, pour ce qui est des enfants uniquement, altère significativement leur développement psychologique, physique, social, et éducatif.

Finalement, il serait un non sens de détailler les conditions pour lesquelles le PTSD devrait être considéré comme un problème majeur de santé publique aux Etats-Unis, sans apporter quelques notions de coût. Plus qu'une question de santé, l'estimation des coûts associés au PTSD, conséquence directe des nombreux conflits armés engagés, est une question politique extrêmement complexe. Toutefois, il faut être chanceux pour trouver quelques appréciations économiques du PTSD. Peut-être doit-on encore se rendre compte du fait que le PTSD dans la communauté des vétérans d'Irak et d'Afghanistan n'est pas un problème de santé comme les autres. Car c'est un problème de santé dont la seule et unique cause réside dans la guerre. Et comme tous chiffres liés à la guerre, la révélation des chiffres du PTSD et de ses coûts économiques et humains pour la société américaine est retardée, sous-évaluée ou tout simplement cachée. Il faut croire que la question est embarrassante, précisément lorsque nous nous permettons de la poser à un haut gradé américain : "nous ne sommes pas en mesure de communiquer ces chiffres. Nous ne le savons pas clairement. Des études complémentaires doivent être entreprises". Nous n'avons trouvé qu'un seul rapport détaillant les potentiels coûts financiers du PTSD. Il a été entrepris par le Centre de Recherche Politique de Santé Militaire de *Rand Corporation*, une célèbre organisation non gouvernementale américaine proposant

des analyses pour l'ensemble des forces armées américaines. Ce rapport nous propose des estimations totalement nouvelles, puisqu'il faut avouer que les études purement économiques réalisées antérieurement ont uniquement visé à évaluer le coût global des guerres en Irak et Afghanistan, en stratifiant leur résultat pour le département de vétérans. Mais aucune étude n'avait précisé la contribution du PTSD en tant que facteur indépendant, dans l'estimation de ces coûts. Il a été démontré que les coûts associés au PTSD sur 2 ans s'élèvent de \$4-6.2 milliards. Il serait important de préciser que ces coûts prennent uniquement en considération les le diagnostic, la prise en charge, le traitement du PTSD, ainsi que la perte de productivité associé à un tel diagnostic. Ils ne prennent pas en compte les coûts dits secondaires, c'est-à-dire liés aux répercussions familiales, à la précarité, aux comportements d'addiction, aux conséquences physiques d'une pathologie psychiatrique etc. La société d'analyse ne juge pas opportun de les évaluer car, dit-elle, " la littérature est trop éparse, et les évidences manquent pour prouver qu'une pathologie mentale à elle-seule peut provoquer de telles conséquences". Néanmoins, certains économistes affirment que les coûts globaux de santé des guerres d'Irak et d'Afghanistan, pour la société américaine, se montent à des centaines de milliards de dollars.

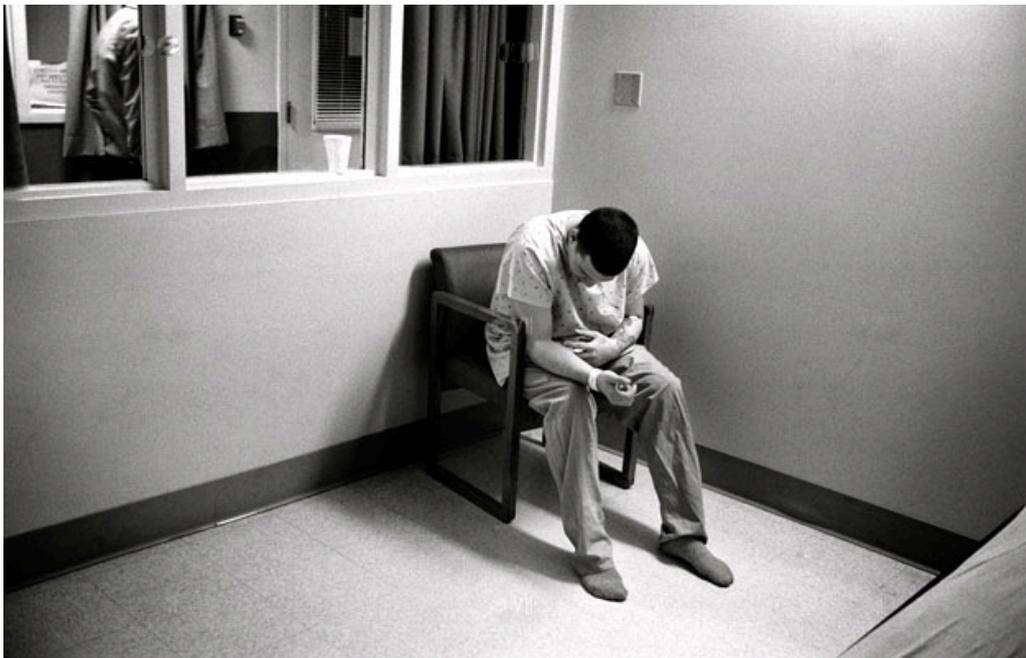
Pourrait-on se permettre d'avancer de quelconques stratégies d'amélioration de la prise en charge du PTSD ? Nous n'en savons rien. Nous ne pouvons qu'espérer que le département des vétérans, les chercheurs, et les médecins ne conservent pas une perspective réductrice du PTSD, mais prennent la mesure de toute la dimension globale que peut avoir cette pathologie dans une société telle que les Etats-Unis. Nous ne pouvons espérer que l'accès aux soins pour les vétérans soit amélioré, que le lien de confiance entre les soignants et ces derniers soit rétabli, et que s'engage une lutte acharnée contre la stigmatisation terrible associée aux traitements de pathologies psychiatriques. Mais pour arriver à ces fins, cela nécessiterait toute l'attention des américains. En d'autres termes, cela nécessiterait qu'ils aient totalement conscience d'un concept fondamental: les conséquences des conflits armés sur la santé publique. En ce sens, Bruce Shapiro, professeur de Journalisme à l'Université de Columbia et contributeurs dans de nombreux journaux américains, nous avertit "qu'il serait temps de présenter à la société américaine une image globale du PTSD, en lieu et place d'explications fragmentées généralement basées sur l'émotion soulevée par de tragiques histoires individuelles de vétéran. La solution n'est certainement pas dans l'émotion, mais dans la raison". Faudrait-il également détailler quelques stratégies de

prévention ? Nous n'en savons rien. Car s'il serait possible de discuter subtilités de la prévention secondaire du PTSD, serait-il par contre judicieux d'en explorer la prévention primaire? Certainement, pas ici. Car pour prévenir primairement le PTSD, il faudrait...mettre un terme à la guerre. Mais l'argument est faible.

## LE RETOUR



**Fig. 25** : L'oubli dans la déchéance. Spc. Ryan Cooley et Spc. Adam Ramsey, Fort Drum, NY. (Source : Erin Trieb, VII Photo Agency)



**Fig. 26** : Le désespoir du suicidaire. Spc. Adam Ramsey, Samartian Hospital, New York. (Source : Erin Trieb, VII Photo Agency)



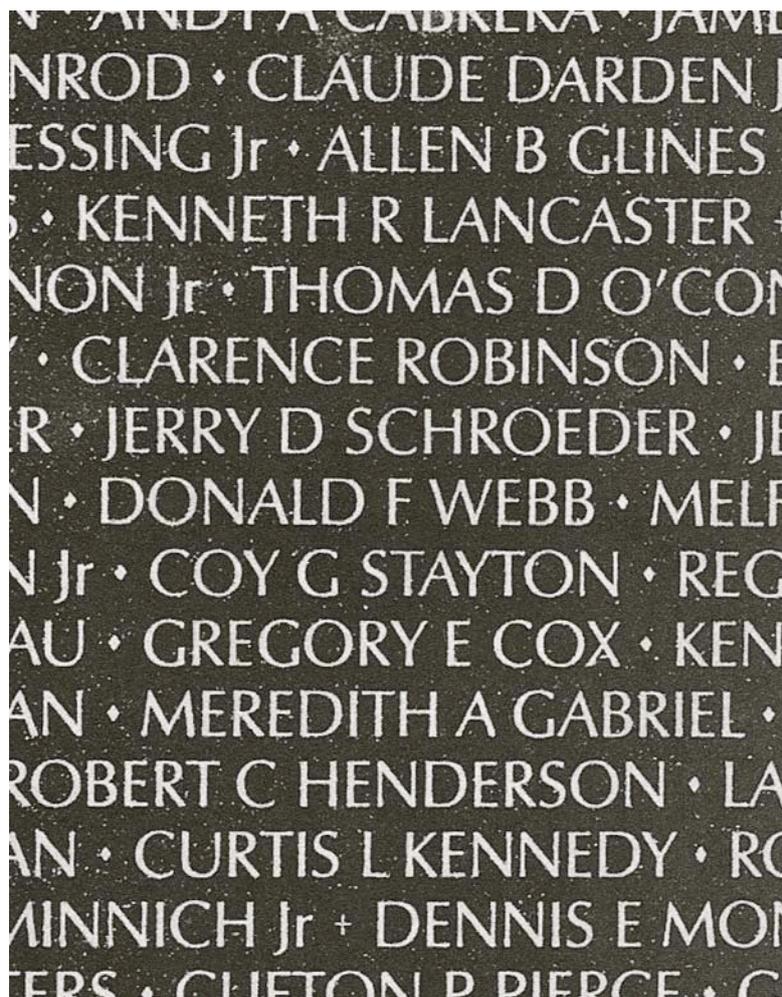
**Fig. 27 :** « L'héroïsme est peu de chose, le bonheur est plus difficile. » Traumatisé, intoxiqué, ensauvagé Staff Sgt. Cody Anderson se tue le 14 janvier 2010. (Source : Erin Trieb, VII Photo Agency)



**Fig. 28 :** La rédemption de la souffrance. Arlington National Cemetery, Arlington County, VA, Juin 2011.

## 9 Conclusion en devenir

“Chacun sait que la guerre peut dévaster le corps, mais oublie répétitivement qu’elle peut aussi dévaster l’esprit“, insiste Prof. Jonathan Shay. Le sacrifice que les citoyens font en servant leur pays dans les rangs armés, n’est simplement pas le risque de la mort, du démembrement, du défigurement, et de la paralysie. Aussi épouvantables sont ces réalités. Le risque de la guerre réside également dans la perte de la paix de son esprit. Considérez cette phrase familière, “la paix de l’esprit“, dans toute l’étendue de sa richesse. Volontairement, les soldats prennent le risque de perdre leur capacité à participer au processus démocratique. Ils prennent le risque de perdre toute idée du sens selon lequel les vertus humaines sont envisageables. La guerre n’est ainsi pas seulement qu’une blessure physique. La guerre n’est ainsi pas seulement qu’une blessure psychique. Elle est également une *blessure morale*.



**Fig. 29** : Vietnam Veterans Memorial, Washington, D.C. (Source : Bernard Edelman, VVA)

## 10 Remerciements

Tout d'abord, nous tenons à remercier le **Prof. Ulrich Schnyder**, chef du département de psychiatrie à l'*Hôpital Universitaire de Zurich*, qui s'est trouvé être la dite "personne de contact en Suisse" lors de l'élaboration de notre projet. Internationalement reconnu pour ses travaux sur le PTSD, mais également pour sa constante gentillesse et disponibilité, il a été un élément clé dans la construction de notre projet à l'étranger. En effet, sans son aide, encore une fois peu commune aujourd'hui, nous n'aurions très certainement jamais pu rencontrer tous les médecins, psychologues, chercheurs, et autres journalistes (etc.) que nous avons cité dans notre travail. Nous sommes extrêmement reconnaissants envers lui, notamment pour son rôle de soutien et ses très nombreux conseils dans l'amélioration constante de notre projet et la réalisation de notre stage.

Deuxièmement, nous aimerions remercier tout particulièrement **Prof. Roger K. Pitman**, professeur de psychiatrie à l'Université d'Harvard et Directeur du Laboratoire de Psychophysiologie du PTSD au Massachusetts General Hospital de Boston, de son accueil chaleureux dans son institution. Nous le remercions de nous avoir permis de participer à de nombreuses réunions, conférences, ainsi qu'à diverses activités au sein du Laboratoire. Durant toute la durée de notre stage, Prof. Pitman s'est intéressé à notre travail ainsi qu'à la rédaction de notre rapport. Nous le remercions encore, pour les discussions fascinantes que nous avons pu avoir avec lui sur le PTSD ou sur la guerre.

Nous exprimons nos remerciements également à **Dr. Christoph Müller-Pfeiffer** (Psychiatre à l'Hôpital de Zürich) ainsi que **Prof. Scott Orr** (Professeur associé de psychiatrie à l'Université d'Harvard), et collaborateurs dans le laboratoire de Dr. Pitman. Nous sommes très reconnaissants du temps qu'ils nous ont consacré lors de notre stage.

Enfin et surtout, nous aimerions remercier tous les **soldats, vétérans ainsi que leurs familles**, que nous avons eu le privilège de rencontrer et avec lesquelles nous avons pu longuement nous entretenir. Ils nous ont permis d'acquérir une perception nouvelle de la guerre, et de ses conséquences. A part quelques noms mentionnés dans d'autres parties du rapport, nous aimerions respecter leur confidentialité et ne pas les citer plus précisément.

Nous souhaiterions ici remercier toutes les personnes et institutions qui nous ont vigoureusement soutenues pendant notre séjour aux Etats-Unis. Sans un tel soutien qu'il n'est malheureusement plus commun de trouver, ce travail n'aurait pu avoir lieu.

**Dr. Thomas Berger**, *Vietnam Veterans of America*, Silver Spring. **Ann Bradford**, *New England Center for Homeless Veterans*, Boston. **Maribeth Burke**, *Red Sox Foundation and Massachusetts General Hospital Home Base Program*, Boston. **Dr. Michael Dodd**, *VA Boston Healthcare System*, Boston. **Bernard Edelman**, *Vietnam Veterans of America*, Silver Spring. **Larry Fitzmaurice**, *New England Center for Homeless Veterans*, Boston. **Dr. Matthew Friedman**, *Executive Division du National Center for PTSD*, White River Junction. **Dr. Sandro Galea**, *Mailman School of Public Health at Columbia University*, New York. **Dr. Joel Gelernter**, *Clinical Neurosciences Division du National Center for PTSD*, West Haven. **Dr. Ilan Harpaz-Rotem**, *Clinical Neurosciences Division du National Center for PTSD*, West Haven. **Michael Jernigan**, *United States Marine Corps*, New York. **Dr. Joan Kaufman**, *Clinical Neurosciences Division du National Center for PTSD*, West Haven. **Dr. Karestan Koenen**, *Harvard School of Public Health*, Boston. **Dr. John Krystal**, *Clinical Neurosciences Division du National Center for PTSD*, West Haven. **Dr. Charles Morgan**, *Clinical Neurosciences Division du National Center for PTSD*, West Haven. **Dr. Lisa Najavits**, *VA Boston Healthcare System*, Boston. **Michelle Nelson**, *Our Military Kids*, McLean. **Dr. Robert Pietrzak**, *Clinical Neurosciences Division du National Center for PTSD*, West Haven. **Dr. Robert Rosenheck**, *Yale School of Public Health*, New Haven. **Bruce Shapiro**, *Dart Center for Journalism and Trauma*, New York. **Dr. Jonathan Shay**, *Boston University School of Medicine*, Boston. **Dr. Nancy Sherman**, *Georgetown Philosophy Department*, Washington, DC. **Dr. Naomi Simon**, *Red Sox Foundation and Massachusetts General Hospital Home Base Program*, Boston. **Dr. Steven Southwick**, *Clinical Neurosciences Division du National Center for PTSD*, West Haven. **Dr. Bessel van der Kolk**, *Trauma Center at Justice Resource Institute*, Brookline.

## 11 Bibliographie

- [1] Edelman, B. (2002). *Dear America: Letters Home from Vietnam*. New York: W. W. Norton.
- [2] Friedman, M. J., Keane, T. M., Resick, P. A. (2010). *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- [3] Bentley, S. (2005). A short history of PTSD: From Thermopylae to Hue. *The VVA Veteran*. URL: [http://www.vva.org/archive/TheVeteran/2005\\_03/feature\\_HistoryPTSD.htm](http://www.vva.org/archive/TheVeteran/2005_03/feature_HistoryPTSD.htm) (21.08.2011).
- [4] Wikipédia (2011). *Trouble de stress post-traumatique*. URL: [http://fr.wikipedia.org/Trouble\\_de\\_stress\\_post-traumatique](http://fr.wikipedia.org/Trouble_de_stress_post-traumatique) (21.08.2011).
- [5] American Psychiatric Association (2005). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson.
- [6] Wikipédia (2011). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. URL: [http://fr.wikipedia.org/DSM\\_\(psychiatrie\)](http://fr.wikipedia.org/DSM_(psychiatrie)) (21.08.2011).
- [7] Brunet, A., & Corbo, V. (2003). Trouble de stress post-traumatique: Revue des études utilisant l'imagerie par résonance magnétique. *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 3, 137-200.
- [8] Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., Cohen, J. A. (2009). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- [9] Gercault, M. (2011). *La thérapie EMDR*. URL: <http://www.ldurocher.com/pdf/EMDR.pdf> (21.08.2011).
- [10] Najavits, L. M. (2009). *PTSD and Substance Abuse*. URL: [http://www.ptsd.va.gov/professional/ptsd101/flash-files/Substance\\_Abuse/player.html](http://www.ptsd.va.gov/professional/ptsd101/flash-files/Substance_Abuse/player.html) (21.08.2011).
- [11] Jacobson, I. G., Ryan, M. A., Hooper, T. I., Smith, T. C., Amoroso, P. J., Boyko, E. J., et al. (2008). Alcohol Use and Alcohol-Related Problems Before and After Military Combat Deployment. *JAMA*, 300(6), 663-675.
- [12] Hudenko, W., & Crenshaw, T. (2007). *The Relationship Between PTSD and Suicide*. URL: <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/ptsd-suicide.asp> (21.08.2011).

- [13] Ursano, R. J., Goldenberg, M., Zhang, L., Carlton, J., Fullerton, C. S., Li, H., et al. (2010). Posttraumatic stress disorder and traumatic stress: from bench to bedside, from war to disaster. *Ann NY Acad Sci*, 1208, 72-81.
- [14] Jakupcak, M., Cook, J., Imel, Z., Fontana, A., Rosenheck, R., McFall, M. (2009). Posttraumatic stress disorder as a risk factor for suicidal ideation in Iraq and Afghanistan War veterans. *J Trauma Stress*, 22(4), 303-306.
- [15] Sher, L. (2009). Suicide in war veterans: the role of comorbidity of PTSD and depression. *Expert Rev Neurother*, 9(7), 921-923.
- [16] Hamblen, J. (2010). *Media Coverage of Traumatic Events: Research on Effects*. URL: <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/media-coverage-traumatic-events.asp> (21.08.2011).
- [17] Cantrell, C. (2005). *Covering Trauma: Impact on the Public*. URL: <http://dartcenter.org/content/trauma-coverage-impact-on-public> (21.08.2011).
- [18] Cohen, N., & Galea, S. (2011). *Population Mental Health: Evidence, Policy, and Public Health practice*. New York: Routledge.
- [19] Sherman, N. (2005). *Stoic Warriors: The Ancient Philosophy behind the Military Mind*. New York: Oxford University Press.
- [20] Clausewitz, C. von (2006). *De la guerre*. Paris: Perrin.
- [21] Elbogen, E. B., Beckham, J. C., Butterfield, M. I., Swartz, M., Swanson, J. (2008). Assessing Risk of Violent Behavior Among Veterans With Severe Mental Illness. *J Trauma Stress*, 21(1), 113-117.
- [22] Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2011). Psychological resilience in OEF-OIF Veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. *J Affect Disord*, doi:10.1016/j.jad.2011.04.028.
- [23] Edens, E. L., Kaspro, W., Tsai, J., Rosenheck, R. A. (2011). Association of Substance Use and VA Service-Connected Disability Benefits with Risk of Homelessness among Veterans. *American J Addict*, 20(5), 412-419.
- [24] Feder, A., Nestler, E. J., Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci*, 10(6), 446-457.
- [25] Teten, A. L., Schumacher, J. A., Taft, C. T., Stanley, M. A., Kent, T. A., Bailey, S. D. et al. (2010). Intimate Partner Aggression Perpetrated and Sustained by Male Afghanistan, Iraq, and Vietnam Veterans With and Without Posttraumatic Stress Disorder. *J Interpers Violence*, 25(9), 1612-1630.

- [26] Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Bovin, M. J., Marx, B. P. (2009). Posttraumatic stress disorder and quality of life: Extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. *Clin Psychol Rev*, 29(8), 727-735.
- [27] Anderesen, J., Wade, M., Possemato, K., Ouimette, P. (2010). Association Between Posttraumatic Stress Disorder and Primary Care Provider-Diagnosed Disease Among Iraq and Afghanistan Veterans. *Psychosom Med*, 72(5), 498-504.
- [28] Cogan, J. (2010). *Suicide claims more US military lives than Afghan war*. URL: <http://www.wsws.org/articles/2010/jan2010/suic-jo6.shtml> (21.08.2011).
- [29] Pietrzak, R. H., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Johnson, D. C., Southwick, S. M. (2010). Risk and protective factors associated with suicidal ideation in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *J Affect Disord*, 123(1-3), 102-107.
- [30] Lemaire, C. M., & Graham, D. P. (2011). Factors associated with suicidal ideation in OEF/OIF veterans. *J Affect Disord*, 130(1-2), 231-238.
- [31] Coughlin, S. S. (2011). Post-traumatic Stress Disorder and Cardiovascular Disease. *Open Cardiovasc Med J*, 5, 164-170.
- [32] Qureshi, S. U., Kimbrell, T., Pyne, J. M., Magruder, K. M., Hudson, T. J., Petersen, N. J., et al. (2010). Greater Prevalence and Incidence of Dementia in Older Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *J Am Geriatr Soc*, 58(9), 1627-1633.
- [33] Nugent, N. R., Amstadter, A. B., Koenen, K. C. (2008). Genetics of Post-Traumatic Stress Disorder: Informing Clinical Conceptualizations and Promoting Future Research. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 148C(2), 127-132.
- [34] RAND Corporation (2008). *One in Five Iraq and Afghanistan Veterans Suffer from PTSD or Major Depression*. URL: <http://www.rand.org/news/press/2008/04/17.html> (21.08.2011).
- [35] Shay, J. (2008). *Odysseus in America: Combat Trauma and the Trials of Homecoming*. URL: <http://www.nytimes.com/2008/01/13/us/excerpt-odysseus.html?pagewanted=print> (21.08.2011).

- [36] Department Survey of Health Related Behaviors Among Active Duty Military Personnel, DLAP, RTI Internation, Research Triangle Institute, Department of Defence, September 2009.
- [37] The 2009 Annual Homeless Assessment Report to Congress, U.S. Department of Housing and Urban Development, June 2010.
- [38] Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United State, U.S. Department of Commerce, U.S. Census Bureau, September 2009.
- [39] Veteran Homelessness : A Supplement Report to the 2009 Annual Homelss Assessment Report to Congress, U.S. Department og Housing and Urban Development, U.S. Department of Veteran Affairs.
- [40] Vietnam era unaccounted for statistical report, U.S. Department of Veterans Affaires, May 2010.
- [41] Report of the Department of the Army Review of the Preliminary Investigations into the My Lai Incident, March 1970.
- [42] Amrerica's wars, Office of Public Affairs, Department of Veteran Affairs, Washington, D.C.