

N°
204

LE CASOAR



Revue trimestrielle de la Saint-Cyrienne - Janvier 2012



Dossier : le soutien aux blessés

SOMMAIRE

03 Hommage à nos morts

05 Editorial du Président

DOSSIER :

07 Les « Intouchables » de l'armée française

Bruno Dary

09 Pourquoi ?

Walter Lalubin

10 En Kapisa

Michel de Mesmay

12 Blessé sur l'axe Vermont

Laurent Catelain

14 Les blessés chez les sapeurs-pompiers de Paris

Gilles Glin

16 Tout pour les blessés

Pierre Saint-Macary

18 Les missions de la CABAT

Thierry Maloux

19 Une expérience : référent blessé

Johanna Gossart

21 Le soutien aux blessés et l'association Terre Fraternité

Bernard Thorette

23 La médecine physique et réadaptation

Eric Lapeyre

27 Le point de vue d'un psychiatre

Franck de Montleau

30 Le soutien des blessés dans l'armée américaine

Jacques Aragonès

32 Row2Recovery : Beyond Injury Achieving the Extraordinary

34 Tous les champs de bataille

Bruno Cuche

EN BREF

36 Jérôme Pellistrandi

DÉBAT

41 « L'ordre et la morale » : la grande mystification de Kassovitz et Legorjus

Jacques Vidal

43 La transformation de la gendarmerie mobile

Alain Giorgis

45 J'ai la mémoire qui flanche...

Dominique Baudry

46 Printemps arabes... quels lendemains ?

Jacques Laurioz

47 A quelques jeunes Cyrards qui se reconnaîtront

Anonyme

TRIBUNE LIBRE

48 La cavalerie blindée en Kapisa

Vincent Flore

51 Les deux planètes... à la longue-vue de la Barbacane

Jean-Claude Bertin

52 Le politique et le militaire : aucun dilemme entre subordination et interdépendance

Vincent Lamballe

55 Lyautey : cet officier terriblement inefficace

François-Régis Legrier

HISTOIRE & TRADITION

58 Pour saluer un maréchal de France...

Joan Guiguet

59 Promotion « De la Revanche » 1870-1872

Alain Aguiléra

60 Admis de droit au Bal de l'Ours

Philippe Augarde

TÉMOIGNAGE

62 Ma dernière cartouche

Robert Jambon

SAINT-CYRIENS DANS LE MONDE

64 Les clubs sectoriels, comment ça marche ?

Alexandre de la Nézière

65 Témoignage : j'ai recruté un « cyrard »

Renaud de Pressigny

66 Adieu à Jean-Claude Delafon

Gérald de Bourmont

67 Vie de l'association

68 Journée inter-grandes écoles militaires d'initiation à la reconversion

Georges Lebel

70 LES POTINS DE LA MALVINA

72 BIBLIOGRAPHIE

COURRIER DES LECTEURS

79 Mariette Javotte Métayer

LA VIE DE LA SAINT-CYRIENNE

85 Le mot du délégué général

86 Hommage à nos morts

88 Activités du Président

89 La vie des promotions

92 Liste de la promo 2011 – 2014

93 Assemblée générale 2012

98 Informations administratives et sociales

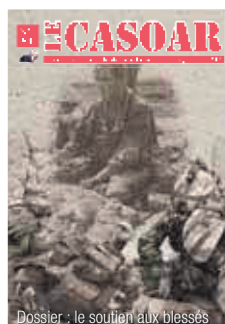
99 Compte rendu d'activités de l'association

104 Rapport du trésorier

108 Liste des correspondants de la Saint-Cyrienne dans les promotions

113 Nouvelles des familles

117 Lettres électroniques du trimestre



Dossier : le soutien aux blessés

Au début, il y a la blessure... le caporal chef Mathieu Geskoff du 13^e BCA lors d'un accrochage dans la vallée de Bédraou. (crédit SIRPA, CCH Didier Geffroy)

DR. J.MRD 8° RPIMa



20 mars 2010, Surobi, FOB TORA.
Crédit : SIRPA,ADJ Arnaud KARAGHEZIAN

DR. J.MRD 8° RPIMa

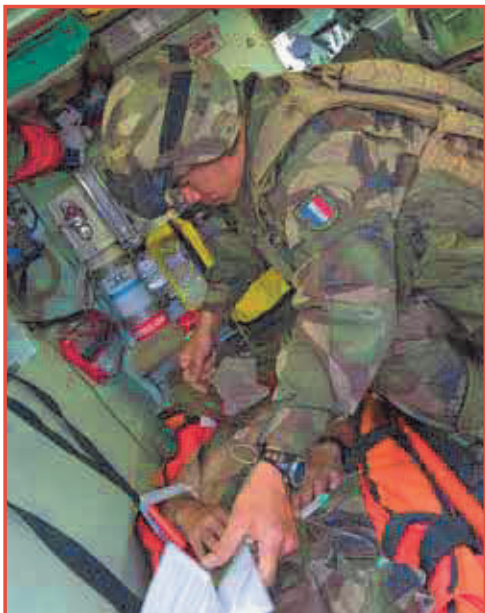


FOB TORA, MEDIVAC.
Crédit : SIRPA,ADJ Arnaud KARAGHEZIAN



DR. J.MRD 8° RPIMa

20 mars 2010, Surobi, FOB TORA, MEDIVAC d'un blessé du 2° REP
Crédit : SIRPA,ADJ Arnaud KARAGHEZIAN



L'opération resolute crossbow 11 mai 2010, un GCP du 2° REP est évacué après une blessure par balle au niveau de l'épaule lors d'échanges de tirs avec les insurgés.
Crédit : SIRPA,ADJ Arnaud KARAGHEZIAN

Les « Intouchables » de l'armée française !

Nous sommes désormais plus de douze millions de Français à être allés voir le film « Les intouchables », à avoir été émus par la personnalité des deux acteurs principaux, à avoir ri de bon cœur de la situation paradoxale où ils se trouvent et parfois même à avoir applaudi en fin de séance pour la leçon d'humanisme, d'optimisme et même d'espérance qui nous est donnée !

Mais cet exemple vécu est-il une exception ? Les handicapés sont-ils condamnés à rester des « intouchables », par la gêne, la pitié ou la peur qu'ils peuvent inspirer ? Dans notre société, qui nous met à l'abri du besoin, éloigne de nous la souffrance et fait tout pour éloigner de nous le spectre de la mort, aurions nous peur à ce point de ceux qui différent de notre environnement habituel et immédiat, pour les dénommer « intouchables » ?

Et nous autres soldats, dont le métier nous amène à risquer notre vie et même à donner la mort, aurions nous peur à notre tour de regarder en face les blessés, tous les blessés, ceux du corps, comme ceux du cœur ? Allons-nous fuir devant nos responsabilités et ne pas venir en aide à des camarades démunis, blessés au combat ou accidentés en service, aux familles de ceux qui sont morts au combat ? La réponse est simple et claire : bien sûr que non !

Mais une fois ce cri du cœur lâché, une fois décidés à ne pas oublier ceux qui ont été marqués par le destin, il nous faut passer à l'acte et nous demander comment nous devons nous y prendre pour que nos blessés ne soient pas classés dans la catégorie des « Intouchables », mais qu'ils restent dans celle des « compagnons d'armes » ?

Cette réponse a un nom, désormais bien connu, c'est la CABAT, la cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre, qui a en charge la prise en compte des blessés, de tous les blessés, ceux du cœur, c'est-à-dire les familles des soldats morts au combat ou décédés en service commandé, des blessés du corps, qu'ils l'aient été en opérations extérieures ou à l'entraînement, sans oublier les victimes d'un traumatisme psychologique. Mais comme partout, la richesse et la force principales de cette cellule sont les hommes et les femmes qui l'animent et la font vivre quotidiennement ; ce ne sont ni des surhommes, ni des super-women, mais simplement des cadres de l'armée de Terre, volontaires, disponibles, particulièrement humains, à qui il sera demandé de respecter les « dix prescriptions du référent CABAT ». En effet, le respect de ce « décalogue » constitue une condition indispensable pour que ceux qui sont appelés les « Intouchables », puissent être et rester des « touchables », et surtout qu'ils soient accompagnés pour reprendre une place normale dans la société, c'est-à-dire devenir « Intégrables » !

Sans prétendre vouloir remplacer le rôle essentiel de la famille, quand toutefois elle est présente, telle est la finalité de ces dix prescriptions.

Etre bien dans sa peau

Les volontaires pour servir à la CABAT auront à s'occuper de personnes plus ou moins déstabilisées, ne serait-ce que momentanément ; il est donc essentiel qu'ils soient bien dans leur peau, qu'ils vivent en harmonie intérieure et qu'ils aient trouvé le bon équilibre entre leurs vies personnelle, familiale et professionnelle ; il semble évident de le dire ou de l'écrire, mais l'expérience montre qu'il faut rappeler cette condition préalable, car s'ils ne sont pas eux-mêmes en « paix intérieure », ils pourront difficilement la promouvoir autour d'eux !

Savoir vaincre les préjugés

Ce n'est pas condamner notre société que de dire que nous vivons beaucoup d'apparences, que le look est roi et que les magasins de prêt-à-porter font plus recette que les lieux de réflexion ! Face à cette tyrannie du paraître, il est important que les accompagnateurs ne se laissent pas impressionner par la première approche du blessé, de son état et de son environnement ; c'est un peu difficile au début, mais avec le temps et l'expérience, la maturité arrive et l'on apprend à se focaliser sur l'essentiel, c'est-à-dire l'être.

Regarder le blessé comme un égal

Il n'y a rien de pire que de tomber, consciemment ou même inconsciemment, dans une certaine forme de complexe de supériorité ou dans un rapport du fort au faible, de celui qui est en bonne santé par rapport à celui qui est malade. L'essentiel est de voir le blessé comme un frère d'armes, qui souffre, souvent plus dans sa tête que dans son corps, et avec lequel on doit cheminer. Toute extériorisation excessive de marques de compassion, est à éviter.

Mettre le blessé au cœur au cœur de notre préoccupation

Lorsque l'on prend le temps de rendre visite aux blessés, il est absolument essentiel que chacun d'eux sente que l'on vient pour lui et uniquement pour lui. Avec la souffrance qu'ils vivent, parfois la douleur qui les marque, et la diminution de certains sens, il est fréquent de voir des blessés développer d'autres

capacités, de façon plus intense ; il serait erroné de croire qu'un blessé, même inconscient, ne mémorise pas tout ce qui se passe et se dit autour de lui ! Il n'y a rien de plus destructeur que de voir des personnes traiter de son cas devant lui en pensant qu'il n'est pas réceptif !

Savoir respecter le blessé pour les risques qu'il a pris

La majorité des blessés actuels l'ont été en opérations ; moins nombreux sont ceux qui ont été blessés en service, à l'occasion d'un exercice ou d'une manœuvre. Tous méritent un "surcroît de respect", car, en s'engageant et en partant en opérations, ils étaient conscients des risques qu'ils prenaient ; et ce n'étaient pas des risques gratuits, pour le plaisir de battre un record ou pour celui de se faire peur ! Il s'agissait bien de remplir sa mission de son mieux, c'est-à-dire pour le service du pays. Ils méritent donc le respect qui est dû à celui qui est allé au bout de son engagement et à l'extrême limite de ses forces.

Etre modeste

En effet, c'est une attitude que l'on acquiert rapidement quand on voit la patience et le courage dont font preuve la majorité d'entre eux, certains pour tant gravement atteints, et avec des conséquences durables ; il arrive souvent qu'intérieurement, l'on s'interroge en se demandant "et si ça m'arrivait, comment réagirais-je ? Serais-je capable de montrer autant de force d'âme ?"

Apprendre à se battre

Le soldat blessé entame un nouveau combat, celui contre le mal, la maladie, le handicap, le découragement, l'immobilisme, l'absence de progrès, le temps, l'éloignement, l'isolement, les maladresses ; il va être nécessaire de l'accompagner dans ce nouveau combat, où le paramètre du temps n'est plus du tout le même, où les progrès même infimes sont la source d'une joie profonde, comme les mauvaises nouvelles provoquent des abattements intenses. Il est donc nécessaire de l'accompagner, de l'aider, de partager ses joies et ses victoires. Voici quelques semaines, un blessé qui venait de passer plusieurs mois, lourds, pénibles et incertains en réanimation à Percy, a pu enfin quitter ce service pour rejoindre la rééducation fonctionnelle, accompagné d'une standing ovation par l'ensemble du personnel ! La victoire de l'un peut et doit devenir une victoire collective !

Etre gai

Il est essentiel de toujours positiver. Etre gai, ce n'est pas faire de l'humour, car l'humour peut être destructeur ou ravageur, si l'on ne fait pas toujours preuve d'un minimum de discernement. Etre gai, consiste à toujours voir le côté positif des choses ou de la situation, aussi limité soit-il ! Etre gai, consiste à inscrire son action dans le "temps long" et éviter le côté ravageur de l'émotion suscitée par l'instant présent ou par une vue à court terme ! Etre gai, c'est possible, car ceux qui vont à Lourdes - qu'ils croient ou non au ciel - sont amenés à côtoyer toute



Récupération d'un blessé en vallée de Kapisa par l'équipe interarmée (BSPP, français et allemand) sur le camp de Warehouse
credit : SIRPA, CCH Jean-Baptiste TABONE

la misère et la souffrance du monde, et seront toujours surpris par l'atmosphère de sérénité et de paix, difficilement compréhensible, qu'ils y trouveront !

Savoir à leur contact recevoir des leçons

Même notre Premier Ministre fut impressionné au cours d'une de ses visites, et il en fit un vibrant hommage en déclarant devant l'ensemble de l'IHEDN : « J'ai été bouleversé par le courage et par l'enthousiasme de ces hommes très gravement atteints dans leur chair. Il n'y en a pas un seul qui ne m'ait dit, souvent avec beaucoup de force, qu'il n'avait qu'une seule envie, qu'un seul objectif : rejoindre le plus vite possible son unité pour continuer à servir son pays. Eh bien dans une société qui parfois donne le sentiment d'être plus revendicative que constructive, ces dix blessés m'ont donné un formidable message d'espoir et une très grande leçon de courage ! »...

S'engager personnellement

Il s'agit du domaine sans doute le plus sensible, car il touche à l'intimité de chacun et de chacune. Lorsque l'on approche, en effet, des personnes qui côtoient la mort et la souffrance régulièrement et qu'on leur demande comment elles font pour tenir psychologiquement, elles vous répondent bien souvent qu'elles sont obligées de rester dans le seul domaine technique, de façon à protéger leur affectivité ! Ce qui est possible et compréhensible dans le monde civil, le devient beaucoup moins, lorsqu'il s'agit de frères d'armes et de leurs familles ; il est donc important que les hommes et les femmes, appelés à servir dans cette cellule soient suffisamment armés pour comprendre la tristesse, le dénuement ou la solitude de ceux dont ils ont la charge morale ! C'est bien là ce qui fait la grandeur de métier !



Pourquoi ?

“ L’armée de la République est au service de la Nation. Sa mission est de préparer et d’assurer par la force des armes la défense de la patrie et des intérêts supérieurs de la Nation. L’état militaire exige en toute circonstance esprit de sacrifice, pouvant aller jusqu’au sacrifice suprême, discipline, disponibilité, loyalisme et neutralité. Les devoirs qu’il comporte et les sujétions qu’il implique méritent le respect des citoyens et la considération de la Nation. ” Article 1^{er} du statut général des militaires.

L’engagement en Afghanistan a replacé l’armée de Terre face aux sanglantes réalités de la guerre menée contre un adversaire combatif et déterminé. L’année 2011, inachevée au moment où ces lignes sont écrites, s’est traduite par la mort au combat de vingt des nôtres, tandis que, en cette même année, plus de deux cents sont rentrés blessés⁽¹⁾, et pour plusieurs dizaines d’entre eux gravement mutilés.

Ces pertes ne sont pas accidentelles comme celles que toute activité humaine peut amener à déplorer (et les activités d’entraînement militaire plus que beaucoup d’autres). Elles ne sont pas subies (comme “ statistiquement inévitables ”), mais consenties, car la guerre est forcément tragique. Elles sont le prix que la Nation, ayant décidé d’agir par la force des armes, a accepté d’assumer : c’est ce que signifie le Président de la République lorsqu’il revendique la responsabilité de ces vies perdues et atteste qu’elles ne l’ont pas été pour rien.

Il est important de garder à l’esprit que, si le sacrifice est consenti par chaque soldat, le prix du sang doit l’être par ses concitoyens. C’est sans doute ce qui fit dire à Clémenceau, à propos des blessés du premier conflit mondial : “ ils ont des droits sur nous ”.

Car, si ces soldats tués ou blessés ont été jusqu’au bout de leur devoir, nous avons à accomplir le nôtre vis-à-vis d’eux.

Les devoirs que nous (Français, compatriotes, soldats et officiers) avons vis-à-vis des victimes du devoir, sont de différentes natures.

Le premier, celui de la Nation vis-à-vis de ceux qu’elle a délibérément exposés, est le devoir de réparation : réparation morale (qui passe par la reconnaissance, dont les hommages rendus sous diverses formes sont une première expression devant durer en s’inscrivant dans la mémoire nationale) ; réparation physique (autant que l’état de la science et des techniques le permet et sans considération de coût budgétaire) ; réparation sociale (visant à compenser tous les dommages qui affectent et affecteront les blessés et leurs familles tout au long de leur vie).

Le deuxième devoir, celui de l’ensemble des citoyens à un titre un peu plus personnel, est un devoir de solidarité : solidarité envers ceux qui ont souffert pour leurs compatriotes, parce que l’engagement dans la guerre n’a d’autre but que de préserver la paix, la sécurité et les intérêts de vie de chacun d’entre nous. Le sang des soldats épargne le sang des citoyens.

Le troisième devoir, celui de tout soldat épargné par la guerre, est un devoir de communion fraternelle à une souffrance consentie par chacun, mais non vécue par tous. Chaque soldat, conscient de l’aveugle chance qu’il a de n’avoir pas eu à verser son propre sang, conscient aussi d’être revêtu de la gloire gagnée par le sacrifice de ses frères d’armes, doit se sentir définitivement lié à leur sort.

Le devoir du commandement enfin, celui de l’officier dans les différentes fonctions qu’il occupe, est d’œuvrer avec toute la force de son intelligence, de son caractère et de ses compétences, pour protéger les hommes, les accompagner dans la souffrance, et aussi pour veiller à ce que la nation tout entière, et non seulement la communauté militaire, assume ses responsabilités et remplisse ses devoirs.



Remerciements de la Saint-Cyrienne

La Saint-Cyrienne et la rédaction du Casoar remercient très vivement le colonel W. Lalubin pour son aide capitale dans l’élaboration de ce dossier (pilotage des contacts et des contributions)

(1) Blessé au combat : par balle ou explosion d’IED. En 2011, plus de 125 blessés en Afghanistan (au combat et par accident) ont été rapatriés.

En Kapisa,

Commandant du bataillon Hermès

Chef de corps du 21^e de marine et du bataillon Hermès en Kapisa, de juillet à novembre 2010, j'ai mené mes hommes dans une mission exigeante, exaltante, éprouvante. L'épreuve est venue en particulier lorsque des soldats ont été tués ou blessés. Ces quelques lignes ont pour objet de partager une expérience aujourd'hui répandue chez de nombreux chefs.

Quand un chef de corps pense à ses soldats, à ses blessés, le premier mot qui lui vient à l'esprit est celui de **vaillance** : vaillance de tous les soldats qui repartent en opération après avoir vu un de leurs camarades tomber à côté d'eux, vaillance des blessés sur le terrain en attendant l'arrivée rapide des secours, vaillance à leur retour en France dans leur combat qu'ils continuent quotidiennement alors que celui de leurs camarades s'est achevé.

1. Certains d'entre nous seront blessés. La prise de conscience de cette réalité augmente progressivement, par paliers, dès lors que le régiment apprend qu'il se voit confier la mission afghane.

La préparation, d'abord, permet à chacun d'entrer plus concrètement dans la gestion des blessures. En effet, chaque soldat apprend désormais les gestes de sauvetage de combat qui lui permettent en cas de blessure de devenir le premier sauveteur de lui-même et de son camarade le plus proche. Il s'agit là d'un bond en avant réel, d'un changement de concept même de la prise en charge des blessés. De plus, chacun découvre progressivement et nettement que la situation en Kapisa est tendue, que les bataillons qui nous ont précédés, ont laissé sur la piste beaucoup de sueur et de sang.

Lorsque les unités arrivent sur le théâtre, elles découvrent que la configuration du terrain, par l'extraordinaire densité de sa végétation, donne l'avantage à celui qui connaît et tient le terrain et le défend. Lorsque les accrochages deviennent quasiment systématiques à chaque opération, même la plus courte d'entre elles, chacun devient totalement conscient du risque d'être blessé et l'accepte.

Il est alors de la responsabilité du chef de donner un sens à l'acceptation pleine et entière de ce risque. Il s'agit avec des mots simples et directs de rappeler que cette acceptation porte un nom : " l'esprit de sacrifice ". C'est au chef de corps d'expliquer que ce mot, inscrit au seuil du préambule du statut général des militaires, signifie bien au sens premier du terme *de faire quelque chose de sacré*, de toucher à ce qu'il a de plus sacré, la vie et la mort, d'accepter de la donner et de la recevoir.

2. Le rôle du chef de corps est d'abord de remplir la mission confiée tout en évitant d'avoir des blessés et en leur portant secours lorsque la blessure intervient. Eviter d'avoir des blessés résulte d'un faisceau d'actions complémentaires les unes des autres : elles sont nombreuses et il me faut en décrire quelques unes d'entre elles car elles résultent de la volonté forte de ne pas subir de pertes.

La première tient à des aspects techniques ; ainsi le gilet pare-balles a directement sauvé la vie de trois de mes soldats touchés par des tirs directs. L'entraînement individuel et collectif prend ici une part essentielle : le soldat qui sait se poster, se déplacer et utiliser ses armes risque moins d'être blessé, le sapeur qui contrôle l'axe centimètre après centimètre permet de limiter aussi le risque de blessure. La condition physique individuelle permet également d'éviter les blessures et d'encaisser mieux les coups lorsqu'ils arrivent.

La deuxième repose dans les choix tactiques : éviter d'avoir des blessés se réalise aussi par la préparation même de la mission, les choix des missions tactiques, du terrain, des horaires d'engagement, la coordination des appuis ; tous ces éléments concourent à éviter des pertes. C'est à ce moment que les moyens modernes cartographiques, photographiques et de simulation contribuent à mieux connaître la zone d'opérations. L'entretien de bonnes relations avec la population permet également de recueillir du renseignement et de déceler les nombreux engins piégés pour éviter qu'ils ne blessent nos soldats.

Enfin, le chef de corps doit créer la confiance réciproque avec ses soldats, courir les mêmes risques, réalité facilitée par le fait que l'ennemi est omniprésent et le danger permanent. La connaissance mutuelle, la cohérence et la cohésion des unités de chaque niveau y contribuent aussi pleinement. Il est alors nécessaire de faire passer trois messages essentiels :

" nous avons le temps. " Dans ce type de combat, il ne faut pas chercher à se fixer des échéances horaires qui pourraient faire courir aux soldats des dangers supplémentaires sans avantage clair.

“ dans l'exécution de la mission, j'infléchirai tout ce qui sera nécessaire de la manœuvre pour évacuer nos blessés. ” En effet, il faut que chaque soldat soit certain que tout sera mis en œuvre pour venir à son secours en cas de blessure ;

“ le fait d'être blessé n'est pas seulement une question de chance ou de malchance. ” Justement la probabilité d'être blessé, non seulement n'augmente pas avec le temps qui passe, mais diminue , au contraire, par le travail issu de la prise en compte de tous les facteurs décrits plus haut.

Il s'agit d'aider le soldat blessé à continuer à aller de l'avant en lui portant toute l'attention nécessaire sans stigmatiser les blessures reçues, physiques et psychologiques. Les soldats blessés sont aujourd'hui rapidement décorés afin de confirmer aux yeux de tous, leur valeur militaire. Il est enfin nécessaire de tout mettre en œuvre pour redonner leur place à nos blessés au sein de nos régiments et c'est à cette fin qu'une cellule a été créée pour les accueillir.



20 mars 2010, Surobi, FOB TORA, MEDIVAC - Crédit : SIRPA,ADJ Arnaud KARAGHEZIAN

3. “ Romeo 4 contact, prenez message nine lines ”. Ce message radio, souvent entendu, résonne à chaque fois que tombe l'un d'entre nous.

Le chef de corps, quand il le peut, prend quelques minutes pour aller voir ses blessés avant qu'ils ne soient évacués par hélicoptère. Je peux témoigner qu'à chaque fois la dignité, le calme, l'humour même, sont la marque de nos soldats blessés. Le contact avec la base arrière du régiment permet de prévenir la famille, de préférence si la chose est possible, par le blessé lui-même. La visite des blessés à l'hôpital de Kaboul revêt une dimension particulière car le soldat est alors coupé de ses camarades et de sa famille.

Au retour de la mission, j'ai transmis à mon successeur le régiment et ses hommes, en particulier les blessés et les familles de ceux qui sont tombés pour la France. Pourtant, de la même manière que les liens perdurent avec tous ceux qui ont vécu cette expérience d'une telle densité, ainsi le lien direct continue avec les blessés.

Pour achever ces quelques mots, je voudrais rendre hommage à la vaillance partagée par les blessés et par leurs camarades, toujours prêts à prendre des risques pour aller relever un camarade, même sous le feu intense et qui, pour certains, ont été alors blessés à leur tour. Ces remerciements se tournent aussi vers le personnel médical, médecin-chef, médecins adjoints, infirmiers, auxiliaires sanitaires, concentrés à l'extrême sur leur mission, oubliant jusqu'à leur propre sécurité, pour tenter de sauver ceux qu'ils ont côtoyés des jours et des nuits durant, et vers tous ceux et celles qui se dévouent et se battent avec nos blessés pour les aider à se reconstruire dans leur nouveau combat de tous les jours.



Blessé sur l'axe Vermont

4 août 2011, 22h30, énorme explosion sous le VAB du chef d'équipe de l'OMLT⁽¹⁾ 3 sur l'axe Vermont à hauteur de Showki, à une quinzaine de kilomètres de la base française de Nijrab en Kapisa. Le lieutenant-colonel Catelain, en reconnaissance pour sa future mission de chef OMLT, est gravement blessé.

D'origine OAEA promotion 1991, le lieutenant-colonel Catelain commande le groupement commando montagne au sein de la 27^e Brigade d'infanterie de montagne. Totalisant 35 ans de service, principalement dans les chasseurs alpins, il a été projeté en ex-Yougoslavie, en République de Côte-d'Ivoire et de Centre-Afrique et en Afghanistan en 2008 et 2010.

Après cette courte présentation, je reviens sur cet accident en service sur le théâtre le plus dur. Projeté une première fois sur la mission *Epidote* au sein de l'École d'état-major afghane de Kaboul, à l'été 2008, puis une deuxième fois comme chef du TOC⁽²⁾ au sein de l'état-major de la brigade La Fayette à l'hiver 2009-2010, je connaissais parfaitement les risques du théâtre. Le risque IED⁽³⁾, pour engin explosif improvisé, certainement le plus dangereux en cela qu'il ne prévient pas, est sournois et cause de graves dommages humains et matériels.

Le 4 août 2011, je réalisais avec trois de mes subordonnés ma deuxième reconnaissance théâtre afin de prendre le commandement de l'OMLT 3 de Nijrab à compter de septembre 2011. Le chef OMLT descendant avait concocté un emploi du temps intéressant me permettant, en une semaine, d'appréhender ma future mission. Ce jour-là donc, après avoir passé la journée auprès d'une équipe sur la base de "Red Hill" dans le Parwan, nous devions rejoindre la base française de Nijrab en Kapisa. Le trajet était prévu de nuit pour limiter de facto le risque IED. Sur le trajet, le "hot spot" de Showki est bien connu des forces françaises ; cependant, aucun renseignement ne permettait de prévoir une attaque IED particulière cette nuit-là. Pourtant, vers 22h30, par nuit noire, une forte déflagration stoppe net le VAB de tête du chef d'équipe. Malgré les brouilleurs, un poseur d'IED a réussi à initier une forte charge, qui heureusement n'était pas valorisée par embuscade. Nous étions cinq dans le VAB ; l'interprète afghan et un soldat du 2^e Régiment étranger d'infanterie sont très légèrement blessés, le conducteur et le chef de bord sont indemnes. Personnellement, je suis très gravement blessé aux membres inférieurs, la souffrance est terrible, je perds beaucoup de sang, je tâtonne dans le noir pour me redresser, hurlant de douleur. Si les premières minutes sont toujours floues pour moi, certainement à cause du stress initial et la certitude d'avoir perdu mes pieds, je reste parfaitement conscient et reprends espoir dès l'arrivée de l'infirmier du 2^e REI qui se trouvait dans le deuxième VAB.

Grâce à mon expérience et à mon entraînement, je sais exactement ce qui va se passer, aussi bien sur le plan des premiers secours que sur le plan tactique. En effet, dans les dix minutes, la zone est sécurisée par les avions de la coalition et l'ensemble des membres de l'équipe au sol, le message EVASAN⁽⁴⁾ est arrivé au TOC La Fayette, la QRF⁽⁵⁾ est prête à sortir de la FOB⁽⁶⁾ Nijrab. L'infirmier est extrêmement efficace, ses gestes sont sûrs, son aptitude à me calmer et me maintenir en vie dans des conditions difficiles est le fruit d'une sacrée expérience ; avec le recul, je peux affirmer aujourd'hui qu'il m'a sauvé la vie. Avec beaucoup de difficultés, en moins d'une heure, je suis extrait du VAB par la trappe supérieure et déposé en sécurité au sol. Je sais maintenant que j'ai de multiples fractures aux jambes et aux pieds causées par l'onde de choc ; nonobstant les trois garrots bien serrés, je perds encore beaucoup de sang et la douleur est intense. Je réclame avec force ma seconde dose de morphine et demande qu'on avertisse mon épouse qui attendait mon coup de fil. Ensuite, tout s'enchaîne très vite, la QRF avec le médecin arrive sur le lieu de l'explosion, je suis pris en compte et je crois que je perds connaissance dans le VAB sanitaire. Dans les deux heures, je serai évacué par hélicoptère à l'hôpital militaire sur l'aéroport de Kaboul.

Je resterai six jours dans le coma, six jours pendant lesquels je serai initialement stabilisé à Kaboul avant d'être transféré par STRATEVAC⁽⁷⁾ sur l'hôpital de Percy, à Paris, où je serai opéré afin de garantir à terme l'usage de mes pieds. Je tiens à saluer l'extrême compétence de toute la chaîne santé des armées, depuis la prise en charge sur le terrain jusqu'au bloc parisien. Grâce à leur professionnalisme et leur grand dévouement au profit des blessés, je vis et retrouverai l'usage de mes jambes dans un avenir proche. A aucun moment la mort ne m'a frôlé l'esprit, au contraire des accidents en montagne que j'ai eus à déplorer. En effet, la déflagration est tellement rapide, que dans la seconde on se fait une idée exacte de la situation. Pour le reste, tout réside dans la préparation avant la projection et l'expérience acquise. Malgré la douleur, j'ai suivi les premiers soins, j'ai suivi le réseau radio, j'ai "positivé", j'étais vivant, mal en point mais vivant, avec la certitude que tout serait mis en œuvre pour me sortir de là.

Avertis très rapidement par la chaîne d'alerte de la brigade, puis pris en compte sans délai par la CABAT⁽⁸⁾, mon épouse puis mes enfants m'ont retrouvé aux urgences de Percy au moment même où j'arrivais. Bien entourée par nos amis, les collègues

(1) OMLT : operational mentor and liaison team (équipe de liaison et de tutorat opérationnel) - (2) TOC : tactical operational center

(3) IED : improvise explosive device (engin explosif improvisé) - (4) EVASAN : évacuation sanitaire - (5) QRF : quick reaction force

(6) FOB : forward operating base (base opérationnelle avancée) - (7) STRATEVAC : évacuation stratégique - (8) CABAT : cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre

de travail, le personnel médical et le personnel de la CABAT, mon épouse a pu traverser cette épreuve avec dignité et sang froid. Une chaîne de solidarité s'est formée autour de nous et nous soutient toujours activement. En cela, j'ai la chance d'être un " ancien " et de disposer d'un bon carnet d'adresse. Dans ce domaine, les jeunes blessés ont moins de chance et souffrent souvent de leur solitude à l'hôpital. De plus, mes blessures, si graves soient elles, ne sont rien en comparaison de celles de certains de mes compagnons d'armes de tout grade qui resteront handicapés à vie. Je remercie les associations qui œuvrent pour les blessés et plus particulièrement, pour ce qui me concerne, la CABAT et l'Entraide Montagne.

Quatre mois après l'accident, les blessures se sont refermées, la consolidation osseuse suit son cours, le moral est bon. En janvier 2012, la rééducation débutera et j'espère retrouver ma place au sein de l'institution en mai ou juin 2012. Mes hommes attendent mon retour avec autant d'impatience que moi ; je ne les décevrai pas. Ce ne sera plus qu'un mauvais souvenir, une expérience de plus qui permet encore de grandir. Cet accident ne remet pas en cause mes objectifs à court et moyen terme, il n'a pas entamé mes certitudes ni ma motivation. Bien sûr, je maudis l'insurgé qui a branché les fils ce jour-là, mais pour moi il a raté son coup, aucun mort n'est à déplorer.

A travers ce témoignage, je voudrais que les lecteurs prennent conscience de la grande compétence de la chaîne santé des armées, de la valeur de l'entraînement et de la qualité des associations qui œuvrent dans l'ombre. Les blessés, d'Afghanistan et d'ailleurs, gardent le moral car ils sont pris en compte, ils sont au centre des préoccupations du commandement et tout est fait pour qu'ils retrouvent leur place le plus vite possible. J'aurai laissé un peu de mon sang en Afghanistan comme j'en ai laissé en montagne en entraînement, comme d'autres en ont laissé sur les multiples théâtres d'opération où intervient l'armée de Terre. Les blessures physiques et morales se referment, la vie reprend son cours et notre institution, avec l'expérience que j'en ai, met tout en œuvre pour réhabiliter ses blessés et soutenir leurs familles. Cette nouvelle expérience m'a ouvert les yeux sur la réalité des blessés que j'avais peu abordée au cours de ma carrière. En effet, nous parlons peu de nos blessés, peu d'entre-nous les visitent dans les hôpitaux à moins d'être personnellement concerné. Je croise à Percy des blessés au moral intact malgré des handicaps à vie, je croise des militaires du rang hors norme, respectueux et prêts à reprendre du service au plus vite. Belle leçon de vie que ces blessés nous donnent.



Arrivée d'un blessé en vallée de Kapisa sur le camp de Warehouse - Credit : SIRPA,CCH Jean-Baptiste TABONE

Les blessés chez les sapeurs-pompiers de Paris Un « statut » particulier

Porter secours à la population est la mission fondamentale des femmes et des hommes qui composent la brigade de sapeurs-pompiers de Paris. Mais quand le secouriste devient victime, l'ordre naturel des choses est bouleversé. Le blessé n'est plus un anonyme, mais un frère d'armes...

Quand l'un des leurs est blessé, les militaires, peu importe leur couleur d'uniforme, deviennent des sauveteurs car l'âme humaine est ainsi faite. La solidarité entre frères d'armes la grandeur d'âme et l'esprit de camaraderie font que chaque soldat est touché dans sa chair, plus ou moins profondément, lorsqu'un tel événement se produit. Les sapeurs-pompiers de Paris n'échappent pas à la règle, bien au contraire. Intégrés dans le dispositif de secours aux militaires blessés en OPEX (plan Morphée, évacuation et rapatriement sanitaire jusqu'à une structure hospitalière,...) aux côtés du personnel du service de santé des armées, ces secouristes militaires sont souvent les premiers confidents de leurs camarades blessés au combat.

Chez les soldats du feu de la capitale, le statut de blessé est ambivalent : il est à la fois cause et conséquence de la mission. La principale raison est que le secours à victime représente la mission principale du sapeur-pompier d'aujourd'hui, cette « activité » représentant près de 80 % de ses interventions. Celui que l'on surnomme « soldat du feu » pourrait donc être requalifié de « soldat de la vie », tant le soin aux blessés est au cœur de sa mission. Une omniprésence qui se traduit par conséquent par une forme de banalisation du secours à victime. Après plusieurs mois à « décaler⁽¹⁾ » au VSAV (véhicule de secours et d'assistance aux victimes), un sapeur-pompier devient vite un habitué du traitement des blessures en tous genres, des plus insignifiantes aux plus terribles.

Mais le paroxysme est atteint quand il s'agit de porter secours à l'un de ses frères d'armes. Lorsque l'un des siens est blessé – et particulièrement sur intervention – le soldat du feu prend alors conscience qu'il peut lui-même passer du statut de sauveteur à celui de victime. Un postulat qu'il a tendance à écarter, souvent du fait de son caractère altruiste, qualité que partage la majorité des sapeurs-pompiers. Cette souffrance quotidienne, mais indirecte, que le secouriste côtoie chaque jour au travers d'illustres inconnus se projette alors subitement en lui, avec brutalité. Tout à coup, les rôles sont inversés. L'homme en uniforme censé sauver des vies doit désormais remettre la sienne entre les mains de ses camarades... S'en suit alors toute une chaîne de secours, mais surtout de solidarité. Si

les sapeurs-pompiers ne travaillent pas « mieux » pour l'un des leurs que pour n'importe quelle autre victime, la composante fraternelle entre forcément en jeu. Le médecin-général Le Bever, chef du service des grands brûlés de l'hôpital Percy, expliquait dans une interview donné au magazine allo Dix-Huit⁽²⁾ : « Quand un sapeur-pompier arrive chez nous gravement brûlé, c'est qu'il a été victime de son devoir, et nous ne pouvons faire autrement que de lui porter une attention particulière lors de nos soins ».

La brigade de sapeurs-pompiers de Paris dispose en son sein de l'ensemble du personnel qualifié pour forger une chaîne de secours complète : secouriste, ambulancier, infirmier, médecin,... Quand ils ont à intervenir dans le cadre d'une intervention pour un soldat du feu blessé, chacun prend alors l'entière mesure de son action. Les gestes quotidiens deviennent spécifiques, la réserve naturelle entre le sauveteur et la victime se réduit considérablement. Pour le blessé lui-même, « l'expérience » est des plus troublantes. La grande majorité des sapeurs-pompiers blessés qui ont été secourus par leurs collègues s'accordent à dire que le fait d'avoir été accidenté permet de prendre conscience de la réalité d'une intervention. Une réalité qui reste de l'ordre de l'inhabituel pour le blessé, alors qu'elle est des plus communes pour le sapeur-pompier. Entre l'univers de la victime et celui du secouriste, le sapeur-pompier marche sur un fil. Un fil rouge...

Le tissu associatif de la BSPP au secours de ses blessés

Depuis 2004, le bureau condition du personnel – environnement humain (BCP-EH) et la fédération nationale des associations de sapeurs-pompiers de Paris (FNASPP) se mobilisent pour retrouver les anciens blessés de la BSPP. Cette mission n'est pas aisée, car à l'époque où nombre de sapeurs-pompiers de Paris figuraient parmi les rangs des appelés, beaucoup ont quitté l'Institution sans laisser de trace après leur temps de service. C'est grâce au maillage associatif important de la BSPP (associations d'anciens essentiellement) que plus de 150 « anciens » blessés ont pu être retrouvés. La Brigade a ainsi pu reprendre contact avec ces derniers, et leur apporter une aide parfois précieuse (revalorisation de certaines pensions, facilitation du quotidien, assistance juridique ou médicale, etc.).

(1) Monter dans un véhicule de secours afin de partir en intervention

(2) Mensuel publié par l'association pour le développement des œuvres sociales des sapeurs-pompiers de Paris (www.adosspp.fr)



Les blessés de la Brigade en chiffres (2011)

Type d'interventions	Nombre de blessés
Feux	17
Accidents de la circulation	2
Secours à victime	25
Assistance à personne	1
Intervention eau/gaz/élec.	2
Reconnaisances et recherches	3
Total	50 (blessés légers)

Quelques chiffres :

410 360 : nombre d'interventions réalisées par la BSPP au cours des dix premiers mois de l'année 2011 dont 75 % de secours aux personnes ; 4% d'assistance aux personnes ; 6% de reconnaissances et de recherches, 5% d'accidents, 4% d'incendie, 3% de risques technologiques urbains, 3% de fausses alertes (chiffres préfecture de Police).

Lors de ces interventions, 181 personnes découvertes en arrêt cardio respiratoire ont été sauvées d'une mort certaine.



Tout pour les blessés



1^{er} logo de la CABAT

Ces quelques mots résument l'esprit de la mission de la Cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre (CABAT) créée en cet automne 1993, alors que plusieurs milliers de nos soldats, appelés volontaires et professionnels, sont engagés en Ex-Yougoslavie.

En septembre 1993, le général d'armée Michel Guignon, Gouverneur Militaire de Paris, m'affecte dans son cabinet comme adjoint, chargé de la communication et du recrutement (ACR) et il me confie la tâche d'assurer la montée en puissance de cette nouvelle cellule. Il s'agit, avec un petit groupe, d'assurer l'accueil et l'accompagnement personnalisé des blessés en OPEX, notamment dans la durée. Cette mission s'est élargie progressivement aux familles des décédés.

Pourquoi le chargé de communication de Paris? D'abord mon prédécesseur, le colonel Bach, avait assuré cet accompagnement lors de la guerre du Golfe. Heureusement peu de tués et blessés avaient été à déplorer ; cependant la nécessité de disposer d'une entité spécialisée avait été ressentie. Pourquoi Paris? Essentiellement pour la proximité des aéroports et des hôpitaux militaires où étaient évacués nos blessés. A cela il faut rajouter l'opportunité de contacts privilégiés et directs avec le personnel des cabinets, les autorités des directions clés, seul moyen de déclencher des interventions, souvent hors normes et urgentes

La première CABAT, installée au gouvernement militaire de Paris, sous l'autorité de l'ACR, comprend seulement quatre personnes : le chef de bataillon Quesney (76-78), diplômé en droit, l'adjudant (F) Quirin, assistante, qui avait rempli ce rôle lors de la guerre du Golfe, une conseillère technique de service social détachée (malheureusement ce poste est resté quelques mois vacant, la titulaire partie à la retraite n'ayant pas été immédiatement remplacée), un jeune appelé juriste qui servait à la fois de conseil et de conducteur. Tous étaient compétents et surtout motivés pour cette mission inédite qu'ils accompliront avec beaucoup de zèle, de compréhension et d'humanité. Les services de l'ACR épaulaient la cellule et lui évitaient toutes les tâches ancillaires qui auraient pu la distraire de sa mission. Par son autorité, le général d'armée Michel Guignon, lui-même grièvement blessé en Algérie, était très sensibilisé aux premiers pas de cette cellule à laquelle il a accordé confiance, appui et sollicitude.

Les premiers pas et modes d'action

Avec mon adjoint COM nous nous sommes consacrés à la promotion de la CABAT, notamment vis-à-vis des différents interlocuteurs médecins militaires, assistantes sociales, associations qui ne voyaient pas toujours la nécessité de cet organisme et se méfiaient de cette intrusion dans leur domaine réservé. La CABAT, grâce à son action, devait bien vite les convaincre qu'elle apportait un plus indispensable, fortement mis à l'épreuve par l'afflux de blessés, notamment en 1995 (264 dossiers de blessés en OPEX). Ces savoir-faire, cet environnement des blessés avaient disparu après la guerre d'Algérie et tous ont bien vite reconnu l'utilité de la cellule et travaillé étroitement avec elle. Le personnel de la cellule visitait les blessés de l'ensemble des hôpitaux parisiens, plusieurs fois par semaine et à la demande. Très vite la cellule est devenue la plaque tournante incontournable de l'information sur les blessés et leur famille. Les régiments, les associations, les cabinets savaient que cette cellule, en plus d'une connaissance de l'environnement du blessé avait une capacité de réaction instantanée, quel que soit le niveau à saisir, si nécessaire en s'affranchissant des contraintes hiérarchiques ou administratives. Le fait d'obtenir, suite à notre insistance, les messages des théâtres d'opérations annonçant des blessés ou des tués s'est avéré un moyen précieux pour anticiper l'accueil des blessés à Paris en liaison avec les régiments, les familles et les services sociaux. L'essentiel était de gagner rapidement la confiance du blessé, de ses proches, du régiment et cela dans la durée jusqu'à qu'il soit rétabli et réinséré.

Une réponse "sur mesure"

Le cas d'un des premiers blessés que nous avons eu à accompagner se révélera exemplaire. Prévenu la veille qu'un blessé, jeune volontaire service long, allait être évacué sur le Val-de-Grâce, la situation était la suivante: l'assistante sociale de l'hôpital absente le mercredi, le district social dévoué se substitue en proposant une chambre dans un foyer subventionné de banlieue, non équipée pour recevoir une jeune femme et son très jeune enfant. Pour les déplacements, des tickets de métro! Devant l'inadéquation de la réponse et, compte tenu de l'urgence, la CABAT se mobilise pour trouver une solution mieux adaptée pour cette jeune femme qui n'avait jamais quitté le sud-ouest et allait rencontrer

son mari blessé, une éventualité à laquelle elle n'était pas du tout préparée. D'abord un contact avec le régiment qui se charge de la faire accompagner dans le train par un personnel du régiment. Ensuite le chef de la CABAT l'accueille à la gare et la guide au chevet de son mari. Dans l'après midi et grâce au cabinet du CEMAT, un studio disponible (réservé au personnel féminin), situé en face de l'hôpital a été retenu. Pour équiper le studio, l'adjudant féminin s'est procuré au BHV un lit d'enfant, une table à langer et d'autres accessoires indispensables pour le soir. Jusqu'à ce que la jeune femme se familiarise avec la vie parisienne ; un véhicule est mis à sa disposition par le pool auto régional.

Canaliser les interventions trop pressantes

Parfois quelques interventions trop pressantes autour des blessés par le " microcosme parisien " interfèrent mais sans gravité, dans l'activité de la CABAT, révélant au contraire son rôle d'interlocuteur privilégié.

J'évoquerai, à cet effet, une anecdote. Un soir le général gouverneur rentrant d'une réception, pas très content, me demande comment se fait-il qu'un blessé, hospitalisé depuis deux jours se plaigne de ne pas avoir d'affaires de toilette. Cela lui a été rapporté lors d'une réception par une épouse, fort dévouée au demeurant, d'un dignitaire militaire, qui avait visité les blessés dans la journée. Le chef de la CABAT, qui avait déjà rencontré le blessé à plusieurs reprises, surpris, se précipite à l'hôpital avec un nécessaire de toilette. Au retour, il me fait part de son enquête. Le blessé, heureusement pas grave, était entouré de sa famille, de surcroît son chef de corps était passé la veille avec une délégation de sa compagnie, apportant une valise d'affaires avec évidemment une trousse de toilette. Il en avait même trois! L'explication était cocasse : le jeune soldat blessé a vu surgir dans sa chambre le médecin général, directeur de l'hôpital, un aréopage de personnalités dont la dame en question. Pressé de questions notamment pour savoir ce dont il aurait absolument besoin, très intimidé, et ne sachant que répondre il avait lâché au hasard et pour écourter cette visite " une trousse de toilette ! ". Je rapportais cet épilogue au Gouverneur et nous en avons tiré les leçons en conseillant aux bonnes volontés de s'informer au préalable auprès de la CABAT, voire de se faire accompagner.

Cette pression louable qui se manifestait les premières semaines se réduisait au fil du temps, le régiment restait fidèle mais avec les contraintes opérationnelles, le renouvellement ; au bout de plusieurs mois il ne restait plus que la famille, la CABAT et quelques personnes dévouées ou des associations ce qui nous renforçait dans la légitimité et l'utilité de notre mission.

Malgré les difficultés d'un rodage, le personnel de la CABAT a rencontré beaucoup de compréhension et de dévouement parmi les autorités militaires et leurs épouses, toujours à l'écoute de ses demandes. Je voudrais signaler l'amiral Lanxade et son épouse qui venaient de créer Solidarité Défense et auprès de qui la CABAT trouva non seulement un appui mais un soutien moral et financier immédiat.

Dès que l'on savait que c'était une sollicitation de la CABAT sur simple appel téléphonique au cabinet du ministre de la Défense, il était possible d'obtenir une aide immédiate : par exemple, une place d'avion, en moins de 24h, Papeete-Paris pour que le père d'un blessé alors affecté à Tahiti, retrouve à Paris son fils évacué de Bosnie.

L'action dans la durée, la reconversion : tact et initiative.

Pour les blessés les plus graves, les séjours à l'hôpital étaient longs, la période de rééducation fastidieuse et douloureuse. Il fallait pour la CABAT, gérer les familles dans la durée. La plupart des épouses ou compagnes se sont montrées courageuses et exemplaires mais d'autres ont déprimé ou parfois quitté un conjoint diminué car elles n'avaient jamais envisagé cette situation. Dans ce cas, souvent la famille père ou mère, prenait le relais et l'on peut comprendre les répercussions de ces situations sur le moral du blessé. La présence discrète du personnel de la CABAT, la confiance que leur accordaient les blessés constituait un atout pour traverser ces périodes difficiles. Lorsque les blessés étaient aptes à retrouver leur famille en province, dans leur garnison ils savaient qu'ils avaient à Paris, un référent qui les connaissait bien, capable de suivre ou d'accélérer leur dossier de pension ou toute autre démarche.

S'agissant de la reconversion qui souvent ne pouvait être envisagée que plusieurs mois voire des années après, la CABAT pouvait compter sur la mobilisation des régiments, des directions du personnel et aussi, mais pas toujours, de la société civile. La plus grande déception notable a été la réponse négative, et signée par lui, d'un maire d'une grande ville, ancien ministre de la Défense, pour embaucher un ancien blessé, remis sur pied, et originaire de sa commune. Nous n'avons pas été surpris de lire ultérieurement dans un livre écrit par son épouse que celle-ci se plaignait, lorsqu'il était ministre, d'être obligée de visiter les blessés à l'hôpital !

Les opérations se sont succédées depuis 1993, le nombre des blessés et tués n'a pas diminué nécessitant le renforcement aujourd'hui de la cellule car elle continue également à suivre les plus anciens. Pour le petit noyau de 1993, c'est une grande satisfaction d'avoir défini et mis en œuvre cette entité dont il serait maintenant difficile, et inopportun de se passer.



Les missions de la CABAT (extrait)

Note de la rédaction : Le texte complet de présentation de la CABAT est disponible sur le site de la Saint-Cyrienne. Nos lecteurs peuvent trouver dans l'Epaulette n°174, du mois d'août 2011, un dossier très exhaustif sur l'accompagnement des blessés.

La CABAT en 2011

“ La CABAT, tour de contrôle des blessés de l'armée de Terre, soutien aux familles de nos soldats décédés ”

Créée en 1993.

Effectif : 16 personnes
(effectif doublé à l'été 2010)

Mission :

La CABAT assure le suivi humain des blessés en service et des familles des soldats décédés en service de l'armée de Terre.

Domaines d'action :

Suivi des blessés.

Nouveaux depuis l'été 2010 :

Suivi des familles des décédés.

Réinsertion des blessés et des conjoints de nos décédés.

Coordination de l'action des associations œuvrant au profit des blessés et des familles des décédés.

Développement d'un site internet à l'usage de ces populations.

Modes d'action :

Accueil des familles visitant leurs proches à l'hôpital.

Prise en compte financière hébergement / transport / alimentation.

Aide dans l'accomplissement des démarches administratives.

Sollicitation financière du monde associatif en complément des indemnisations légales.

Quelques chiffres :

5650 blessés ont fait l'objet d'un dossier ouvert depuis 1993.

3250 depuis 1993 ont fait l'objet d'un accompagnement particulier par la CABAT

325 sont actuellement suivi de manière active par la CABAT.

Ces chiffres correspondent aux blessés en service et après une ITT supérieure à 1 mois.

Depuis le début de l'année 2011 :

Pour l'année 2011, la CABAT recense 588 blessés en service dont 324 en opérations extérieures et 292 en Afghanistan. Sont inclus dans ce chiffre les blessés au combat, en vie courante et suite à un syndrome post-traumatique.

100 familles de blessés graves accueillies à Paris.

259 000 € d'aide apportée par Terre Fraternité.

La directive⁽¹⁾ relative au soutien des blessés et familles de décédés définit la CABAT comme la “ tour de contrôle ” de l'armée de Terre. La CABAT devient donc, sans limite de temps, le responsable du contrôle en tant que point de convergence des informations concernant les blessés et les familles de soldats décédés. La CABAT fait la synthèse des informations entre de multiples acteurs, facilite et coordonne les actions. Elle agit dans l'urgence en liaison avec l'unité dans le cas des rapatriements sanitaires sur les hôpitaux parisiens et dans le cadre du plan hommage.

La CABAT n'a pas le monopole de l'action mais celui de l'information. Elle reçoit ses ordres du cabinet du CEMAT et agit sous l'autorité du Gouverneur militaire de Paris. Elle travaille en étroite coordination avec le bureau condition du personnel et environnement humain de la DRHAT. Cette synergie permet d'agir en boucle courte avec tous les acteurs du soutien.

A la fin de l'année, avec les derniers personnels recrutés, la CABAT sera en mesure de faire face aux différentes missions et surtout d'appréhender dans leur globalité les problèmes liés au suivi médico-social. En effet, la CABAT compte 15 personnels répartis en quatre groupes :

- un groupe de suivi composé de référents...

- trois groupes d'expertise dans les domaines juridique, social et réinsertion professionnelle...

Le grand enjeu, pour ceux qui sont le plus touchés, est de “ se réinventer une vie après la blessure ”. C'est tout particulièrement dans ce cadre que la CABAT remplit sa mission : soutenir un nouveau projet de vie pour le blessé, pour sa famille, pour les veuves, les orphelins et les proches. Il faut savoir éclairer le nouveau chemin avec tous les acteurs qui entourent les militaires et les familles qui souffrent ou ont souffert.

La CABAT est comme le phare qui éclaire, guide, rassure et qui reste pour longtemps un repère.



Par le lieutenant-colonel Thierry Maloux, chef de la CABAT.

Une expérience : référent blessé

Le sergent Johanna Gossart est issue du recrutement direct. Après avoir servi deux ans au RMT comme responsable de l'ordinaire, suivant les conseils de son président des sous-officiers, elle fait le choix de servir à la CABAT. Affectée en 2010, elle témoigne aujourd'hui sur cette expérience particulière de "référent blessé".

Quelles sont vos fonctions actuelles ?

Le rôle du référent consiste à servir le blessé autant que nécessaire. Parallèlement au suivi humain, le référent assure le suivi administratif.

C'est une mission très particulière, délicate car humaine. Nous sommes confrontés, tout du moins au début de notre affectation, à la difficulté de savoir quelle est l'attitude idoine face à un blessé. Il faut tout à la fois faire preuve d'empathie, d'écoute, de compréhension et de professionnalisme afin de préserver les droits du blessé. Il n'est pas toujours aisé de prendre du recul face à la souffrance du blessé et de sa famille. Notre mission est extraordinaire et c'est un véritable honneur de servir au sein de cette cellule. Mon affectation à la CABAT sera un passage marquant dans ma carrière mais aussi dans ma vie.

Pouvez-vous décrire votre action ?

Lorsque la CABAT reçoit le message, elle prend immédiatement contact avec le régiment, en particulier le bureau environnement humain (BEH), avec l'hôpital, en particulier l'assistante sociale et surtout avec la famille du blessé. Outre les premiers contacts, cela permet de rédiger une fiche avec tous les renseignements administratifs et militaires qui seront utiles.

Dans un deuxième temps, nous allons voir le blessé pour qu'il connaisse la CABAT, qu'il sache ce qu'elle fait, nous lui expliquons ce qui va se passer sur le plan administratif, nous contrôlons sa situation administrative (assurance, etc). Nous profitons de cette visite pour lui remettre tous les documents qui décrivent le rôle de la CABAT et lui indiquent les différentes démarches (contacter les assurances, la mutuelle, etc.).

La CABAT s'occupe également des familles. Elles sont accueillies en gare ou à l'aéroport, hébergées, et surtout rassurées ! Ensuite, nous expliquons le rôle de la CABAT, les accompagnons jusqu'à leur hôtel. Nous les renseignons aussi sur tous les services dont ils ont besoin (bus, laverie, restaurant, etc). Une fois le stress retombé, nous les accompagnons à l'hôpital pour rencontrer l'assistante sociale. Nous les rencontrons très régulièrement. Si les familles rencontrent des difficultés, la conseillère technique de la CABAT met en place des aides sociales ou financières si besoin.

(1) Mission de courte durée.

Ensuite, le personnel de la CABAT rend visite très régulièrement au blessé. C'est l'occasion de récupérer les divers documents (rapport circonstancié, extrait du registre des constatations,...) et de suivre la demande de pension militaire d'invalidité, de vérifier la Déclaration d'Accident Présumé Imputable Au Service (DAPIAS) qui permet le remboursement des soins.

Le suivi du blessé ne s'arrête pas à sa sortie de l'hôpital. A long terme, comment se passe cet accompagnement ?

Les blessés bénéficient d'expertises juridique sociale dans le cadre de leur éventuelle reconversion et de la gestion des ressources humaines. L'accompagnement est adapté en fonction des desiderata du blessé et de son handicap. A moyen terme, la CABAT est toujours présente et maintient le lien entre l'institution et l'intéressé. A long terme, la CABAT épaula et conseille les blessés dans leurs démarches de réinsertion dans l'institution avec la DRHAT et l'unité, ou de reconversion pour le monde civil en lien avec l'Agence de Reconversion de la Défense. Ils sont orientés également sur le Centre national sportif des invalides où ils peuvent pratiquer un sport adapté à leur handicap.

Existe-t-il des différences entre les aides qui peuvent être accordées à un blessé en service, en OPEX et hors service ?

Oui, les aides sont différentes si le blessé est en ou hors service. Pour la CABAT, les blessés en service (que ce soit métropole MCD⁽¹⁾ ou OPEX) sont systématiquement suivis ; en revanche les blessés hors service feront l'objet d'un suivi au cas par cas.

Quels sont vos interlocuteurs pour la prise en charge d'un blessé, pour la prise en charge d'une famille ?

La famille est d'abord prise en charge par l'assistante sociale de l'hôpital qui peut assurer jusqu'à 21 jours les frais d'alimentation, de transport et d'hébergement.

Les associations sont aussi là pour aider les familles. Dans l'urgence, c'est Terre Fraternité qui intervient et prend le relais de l'assistante sociale pour l'héber-

gement, l'alimentation et le transport, au-delà des 21 jours initiaux. Ensuite, les associations d'arme peuvent intervenir en fonction des besoins. A côté de Terre Fraternité, il ne faut pas non plus oublier Solidarité Défense, Les Gueules Cassées, et bien d'autres !

La mutuelle UNEO et les assurances AGPM ou GMPA peuvent aussi prendre en charge les besoins de la famille ou du blessé. Ils interviennent sur demande de la famille, du chef de Corps ou de la CABAT.

Un militaire vous a-t-il plus particulièrement touché ?

Le 20/04/11 en Afghanistan, un VAB a sauté sur un IED, il y a eu 10 blessés et un mort. Le 1^{ère} classe X était le blessé le plus touché.

Dès que nous avons reçu le message, j'ai fait un point de situation avec l'échelon social de l'hôpital Percy et un point de situation sur les capacités d'accueil. Il a été admis au service réanimation. J'ai ensuite contacté son frère, son grand-père et son oncle. Je leur ai expliqué que, grâce au soutien de l'action sociale des armées, nous organisons et prenons en charge financièrement les déplacements, logement, etc, afin qu'ils puissent se rendre au chevet du 1^{ère} classe X.

La maman est arrivée rapidement et je l'ai accueillie à l'aéroport, puis accompagnée à l'hôtel et à l'hôpital. L'assistante sociale de Percy a pris en charge les aides financières. Ensuite, elle a pu voir son fils. Le médecin réanimateur a pu la rassurer, car elle était (et c'est normal !) très inquiète. Il avait une infection pulmonaire, des lésions aux jambes et était dans le coma. Il en est sorti le 30 avril, il parlait et a pu être transféré au service de chirurgie orthopédique.

Quelques jours plus tard, j'ai pris en charge l'arrivée de son grand-père. Là encore, c'est l'assistante sociale de Percy qui a financé le déplacement et l'hébergement. Les visites de ses frères et cousins ont également été prises en charge par l'ASA⁽²⁾ et par l'association Terre Fraternité. L'AGPM a également participé. Pour le moral du blessé, la présence de sa famille est essentielle.

Le 22 mai, il a été opéré une première fois de la cheville. Il a énormément souffert et était très fatigué. Ce n'était pas facile pour sa mère, elle était très fragilisée. La CABAT a dû intervenir auprès de son employeur pour qu'elle puisse demeurer près de son fils pendant cette période. Il avait vraiment besoin d'elle à ses côtés. Son grand-père est revenu plusieurs fois et la CABAT a trouvé à chaque fois une prise en charge financière.

J'ai aidé sa mère pour tous les documents administratifs. Logée à l'hôtel depuis le début, la CABAT a pu lui trouver une chambre à la caserne Lourcine, financée par Terre Fraternité, où elle a pu rester avec son autre fils. C'était beaucoup mieux pour eux ! La conseillère technique a également fait une demande d'aide financière à Terre Fraternité.

Mi-juin, le 1^{ère} classe pouvait se déplacer avec prudence dans un fauteuil roulant.

Lors d'une de mes visites, il m'a parlé de l'évolution de son opération et de la prochaine à venir. Je lui ai proposé, avec deux de ses camarades hospitalisés également blessés en Afghanistan, d'être sur la photo de la carte de vœux du Gouvernement militaire de Paris. Cela leur a donné l'occasion de sortir de l'hôpital, de prendre l'air et se détendre ! Ils ont accepté avec joie et étaient ravis de la petite " virée " que nous avons organisée.

Je rends visite au 1^{ère} classe X une à deux fois par semaine. La veille de sa deuxième opération, celle dite " de la dernière chance " avant amputation, il m'a impressionné. Il était au courant et était pleinement conscient qu'il pouvait se réveiller sans son pied... Mais heureusement, l'opération s'est bien déroulée, sa cicatrisation se passe bien et à ce jour il n'est plus question d'amputation.

Son régiment est venu le voir dernièrement. Maintenant, je dois m'occuper de la venue de sa mère pour les fêtes de Noël, car elle a dû retourner travailler.



(2) Action sociale des armées



*« Donnez-moi, mon Dieu, ce qui vous reste.
Donnez-moi le courage, et la force et la foi. »
Aspirant André Zirnheld, compagnon de la Libération.*

La carte de vœux du Gouverneur militaire de Paris avec le 1^{ère} classe X

Le soutien aux blessés et l'association "Terre Fraternité"

L'engagement de nos soldats, en Afghanistan ou sur les autres théâtres d'opérations, se traduit par des blessés et des morts au combat. Chaque blessure laisse des marques définitives chez ceux qui la subissent, chaque mort est un drame pour la famille qui est touchée.

Ces jeunes soldats sont les dignes successeurs de ceux qui ont combattu en d'autres époques ou sous d'autres cieux, ils sont volontaires, ils sont courageux, ils connaissent les risques de leur engagement et ils les assument.

Ils sont l'honneur de l'armée de Terre, ils sont l'honneur de la France dont ils sont les fils...

Lorsqu'arrive le drame, les blessés sont soignés par un Service de santé des armées dont on ne redira jamais assez l'exceptionnelle qualité et le dévouement. Ils sont pris en charge par les organismes institutionnels du ministère et des armées qui savent les entourer et les soutenir psychologiquement et financièrement.

Au premier rang de ces organismes figure la cellule d'aide aux blessés (CABAT), placée sous l'autorité du général Gouverneur militaire de Paris.

Chargée d'entourer ces victimes et leurs familles, la CABAT joue parfaitement son rôle, mais des fonds supplémentaires sont indispensables à son action.

Il est en effet des cas, et ils sont nombreux, que ce soit dans l'urgence ou par la suite afin de satisfaire des besoins particuliers, pour lesquels l'aide officielle ne suffit pas.

L'association "Terre Fraternité" a été créée pour répondre à ces situations.

Cette association répond à une évidence et correspond à un besoin d'urgence et de réactivité.

Une évidence.

La décision de créer "Terre Fraternité" trouve son origine dans le massacre de Bouaké, le 6 novembre 2004, au cours duquel neuf camarades furent tués et quarante blessés, dont certains très grièvement.

Il a fallu à l'époque, comme il le faut aujourd'hui, trouver les fonds nécessaires pour apporter une aide financière aux blessés ainsi qu'aux familles éprouvées par la blessure ou la perte en opérations, de l'un des leurs, afin qu'à la douleur affective ne vienne pas s'ajouter la difficulté matérielle.

L'association "Terre Fraternité" répond donc en premier lieu à cette évidence.

Un besoin d'urgence et de réactivité.

Depuis 2005, en complément de la solidarité institutionnelle qui, par la force des choses ne peut couvrir tous les cas, "Terre Fraternité" répond également à un besoin d'urgence et de réactivité en fournissant les moyens financiers permettant de venir immédiatement en aide aux blessés rapatriés vers les hôpitaux parisiens ainsi qu'à leurs familles, aux blessés en service hospitalisés en province, sans oublier les familles des militaires morts en service.

Pour la seule année 2011, "Terre Fraternité", en liaison avec la CABAT, aura attribué vraisemblablement de l'ordre de 400 000 euros d'aides diverses directes. Cette aide est en sensible augmentation par rapport à l'année 2010.

"Terre Fraternité" ayant également vocation à concourir à l'amélioration du moral et de la condition matérielle des personnels de l'armée de Terre blessés en service et de leurs familles, 60 000 euros ont été consacrés, en 2010, aux besoins de familles et aux services spécifiques (financement d'appareillages orthopédiques, aménagement de véhicules et de logements, formations diplômantes pour aider à la reconversion éventuelle des blessés...). Cette somme sera supérieure en 2011.

Ainsi, outre l'urgence, l'action de l'association s'exprime dans les domaines non couverts par les aides institutionnelles et pour les cas n'entrant pas dans les conditions requises par ces aides.

Combien de nos camarades en effet, tués et parfois pères de famille, n'étaient ni mariés, ni "pacsés", combien de parents, combien d'épouses se trouvent démunis ou désemparés au moment du drame, ... combien de familles ne trouvent des raisons d'espérer qu'en venant rendre visite, chaque semaine, à Paris, à leurs proches éprouvés par la blessure ?

"Terre Fraternité", en complément des aides officielles importantes, trouve ainsi, dans le soutien nécessaire de tels cas, sa raison d'être.

Mais le besoin d'urgence et de réactivité en appui de la CABAT, ne saurait suffire sans une implication complémentaire dans la durée.

L'association "Terre Fraternité" s'y emploie grâce à son partenariat avec l'association pour le développement des œuvres d'entraide dans l'armée (ADO).

Un engagement dans la durée

Pour répondre **aux besoins d'assistance dans la durée**, "Terre Fraternité" a signé en 2007 un accord de partenariat avec l'ADO à qui elle délègue une somme, révisable annuellement en fonction des dons reçus, dans le but de développer **"l'Entraide Terre"**. L'ADO, reconnue d'utilité publique, délivre les reçus fiscaux liés aux dons qu'elle reçoit.

C'est ainsi qu'en 2010, une somme de 150 000 euros a été déléguée à l'ADO pour répondre aux demandes communiquées par les assistantes sociales, en particulier au profit des veuves, pour financer de l'ordre de 70 bourses d'études ou pour offrir un cadeau de Noël aux orphelins. Ce dispositif a été reconduit en 2011 et le sera en 2012.

Le rapprochement de ces deux associations bénéficie ainsi à tous.

De même, outre ses liens avec l'ADO et dans le cadre de la solidarité au profit de nos soldats, "Terre Fraternité" n'agit pas de manière isolée. Sous l'égide de la véritable "tour de contrôle" des actions qu'est devenue la CABAT, elle coordonne ses aides en bonne intelligence avec les autres associations de vocation comparable, là aussi pour le bien de tous.

Afin d'étendre ses moyens d'action, elle a signé des partenariats, ou concrétisé des accords, notamment avec La France Mutualiste, l'AGPM⁽¹⁾, le GMPA⁽²⁾, la Société Générale, la Fédération Maginot, la GMF⁽³⁾, ainsi qu'avec l'IGeSA⁽⁴⁾.

Les engagements de "Terre Fraternité" entraînent un très important besoin de fonds

Pour mener son action au service de nos blessés, "Terre Fraternité" a besoin de fonds importants. Elle bénéficie de la générosité de nombreux donateurs et des organismes partenaires, mais ses besoins sont en constante augmentation : blessés plus "lourds" et à soutenir sur de plus longues durées qu'auparavant, meilleure identification des ayants droit...

Ses besoins ont été décuplés en trois ans et, fort heureusement, les dons ont suivi la même progression.

La provenance de ces dons montre d'ailleurs que **"Terre Fraternité"** est véritablement "l'association de l'armée de Terre". En effet, sur les 500 000 euros reçus en 2010, 37 % provenaient des régiments (initiatives locales comme les "portes ouvertes" ou participation à des activités centralisées comme "une semaine pour nos blessés") et 13% des commandeurs (tournois de bridge ou concerts, concours divers, etc. très souvent organisés grâce à l'engagement fort de la réserve citoyenne).

(1) Association générale de prévoyance militaire

(2) Groupement militaire de prévoyance des Armées

(3) Garantie mutuelle des fonctionnaires

(4) institution de gestion sociale des Armées

Les 650 000 euros d'ores et déjà atteints à la fin novembre 2011 confirment l'adhésion de tous, et en particulier de l'armée de Terre et de ses réservistes, à l'action entreprise.

Si l'armée de Terre se mobilise ainsi de façon exceptionnelle pour la moitié des dons reçus, l'autre moitié est due à la volonté d'engagement au profit des blessés de donateurs importants et aux partenariats signés avec les groupes ou mutuelles soucieux d'exprimer leur solidarité.

Réactivité, disponibilité, personnalisation des aides, souplesse de fonctionnement, liberté d'action caractérisent le mode d'action de l'association "Terre Fraternité" qui bénéficie bien d'un élan majeur de solidarité, de "fraternité", au sein comme autour de l'armée de Terre.



Il serait bien que cet élan de solidarité, non seulement perdure, mais aussi qu'il s'amplifie, tant la cause du service de nos blessés est essentielle, noble, indispensable et tout simplement une ardente obligation...

**Chacun peut s'y associer...
Chacun doit s'y associer...**

**Association "Terre Fraternité"
129 rue de Grenelle 75 007 Paris
Adresse mail terre.fraternite@yahoo.fr
Site Internet : www.terre-fraternite.fr**



La médecine physique et réadaptation à Percy

Professeur agrégé du Val-de-Grâce, le médecin en chef Lapeyre est chef du service de médecine physique et réadaptation de l'HIA Percy. Issu de l'Ecole du Service de santé des armées de Bordeaux (1980), il a été chef du service de pédiatrie de l'hôpital civil d'Atar en Mauritanie puis médecin chef du groupement des services de la Brigade des sapeurs pompiers de Paris. Reçu à l'assistanat en 1993, il a choisi de se spécialiser en médecine physique de rééducation

Qu'est-ce que la médecine physique et réadaptation ?

La dénomination exacte du service est " médecine physique et réadaptation " (MPR). Le service de MPR de l'hôpital Percy est le plus grand des services de rééducation des armées, le plus important en termes de capacité et d'activité : soixante lits " opérationnels " et soixante personnes dédiées à cette activité représentant douze corps de métiers différents (médecins, infirmiers, aides soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.).

La rééducation est une spécialité assez particulière qui vise à permettre au patient de retrouver son autonomie, dans un premier temps dans les activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, locomotion) et, dans un deuxième temps, à le réadapter et à le réinsérer dans son milieu et ce dans tous ses aspects : vie sociale, familiale, professionnelle et sportive.

Au regard des opérations en Afghanistan, quels sont les types de blessures que vous avez eus à traiter le plus fréquemment ?

Un blessé de guerre est un grand polytraumatisé avec des typologies de lésions que l'on retrouve chez les garçons blessés en Afghanistan :

- les cérébrolésions, ce que les Américains appellent le " *traumatic brain injury* ", le TBI. Il s'agit de traumatismes crâniens lourds ;

- les lésions vertébrales avec atteinte de la moelle épinière (*vertébro-médullaire*) : les paraplégies et tétraplégies ;

- les lésions de membres extrêmement complexes (*polyfracas*) avec un fort pourcentage d'amputations ;

- les brûlures.

Dans cette typologie, on retrouve surtout les lésions des membres. Ceci s'explique par la protection du combattant qui est aujourd'hui assez performante : gilets pour protéger le thorax et l'abdomen et casques spécifiques.

Ces lésions obéissent à une constante directement liée aux combats en Afghanistan : la forte majorité de lésions des membres et, en particulier, pour les mécanismes lésionnels, le fort impact des IED⁽¹⁾. C'est très net : les courbes de mortalité, toutes armées confondues, montrent que l'évolution, exponentielle d'ailleurs ces dernières années, est proportionnelle au nombre d'explosions d'IED. L'explosion de l'IED est particulière parce qu'on retrouve quatre types de lésions :

- les primaires sont liées à l'effet de souffle : lésions des structures cavitaires telles que les poumons, l'abdomen, etc., mais parfois aussi le cerveau ;

- les secondaires sont liées aux poly criblages ;

- les tertiaires sont liées à la projection du corps et au choc lors de sa chute, parfois violente ;

- les quaternaires peuvent être liées à l'effondrement d'un bâtiment et à la compression des membres ou des organes si la victime est ensevelie : le " *crush syndrome* ".

Par exemple, l'effet de souffle qui se propage au niveau du plancher des VAB⁽²⁾ va générer des lésions des pieds : extérieurement, le pied est indemne, mais l'architecture du pied est complètement détruite. C'est ce qu'on appelait dans l'*US Navy* " les pieds de pont " à distinguer des " pieds de mine ".

Au-delà des lésions physiques, il ne faut jamais oublier qu'elles se couplent dans les trois quarts du temps, initialement tout au moins, de lésions psychiques. Il y a donc à la fois le traumatisme de l'accident, parfois la perte du camarade, et la perspective de séquelles physiques lourdes : ce sont des événements psychiquement traumatisants.

C'est ici que le lien avec mes collègues psychiatres, à Percy, avec l'équipe de mon camarade le professeur de Montleau est fondamentale pour la prise en charge de ces combattants blessés au combat.

(1) IED = Improvised explosive device - (2) véhicule de l'avant blindé

Se “ reconstruire ” dans ces conditions est pour nos soldats blessés un nouveau “ parcours du combattant ”. Chacun a, n’a pas, ou a moins, de ressources psychiques pour aborder les situations difficiles, autant celles qui ont été vécues sur le terrain que celles liées à la perspective de lésions séquellaires qui génèrent un handicap.

Dans ce cadre, l’entourage du blessé a un rôle à jouer.

Oui, le rôle de l’entourage du blessé est fondamental : la présence des familles, des cellules d’aide aux blessés des armées et la prise en charge hospitalière sont essentielles. Cet accompagnement est transversal : c’est une interaction entre un dispositif d’horizontalité et un dispositif de verticalité. Je m’explique : horizontalité car, dès que le patient arrive à Percy, une collaboration se met immédiatement en œuvre entre les services de réanimation, de chirurgie, de rééducation et de psychiatrie. Sur les six assistantes sociales de l’hôpital, une est intégrée à mon service. Elle intervient dès l’arrivée du patient, aux côtés de l’équipe médicale. Cette horizontalité dans le soin entre tous les services cliniques est indispensable.

Le dispositif de verticalité s’installe également très rapidement avec la cellule d’aide aux blessés et en particulier la Cellule d’Aide aux Blessés de l’Armée de Terre (CABAT) car **la majorité des garçons que nous accueillons sont issus de l’armée de Terre**. Il faut rapidement pouvoir accueillir les familles. A ce propos, nous avons un projet de structure d’accueil au sein de l’hôpital car, actuellement, les familles sont accueillies à l’extérieur et ce n’est pas satisfaisant. Il faut très rapidement envisager, au-delà de la phase primaire de réanimation et de chirurgie et de la phase secondaire de rééducation, la troisième phase de réintégration avec le projet de réinsertion, quel qu’il soit. **L’idée, comme le souligne la CABAT, c’est de réintégrer le blessé au sein de son régiment**. Si le garçon a une séquelle qui ne lui permet pas de retrouver son poste, nous travaillerons pour le réorienter. Par exemple, nous avons actuellement un jeune maître-chien qui a été amputé. Nous sommes en train de flécher son parcours tant en rééducation qu’en appareillage en nous appuyant sur le commandement, la CABAT et le régiment dont il dépend, pour qu’il puisse trouver un poste adapté de maître-chien. Cela signifie qu’il faut dresser un nouveau chien et le préparer à une autre facette du métier. Pour les démineurs, c’est la même chose : nous pouvons réintégrer ceux qui le souhaitent comme instructeurs à Angers. Dans l’armée colombienne, une grande majorité des instructeurs au déminage sont d’anciens démineurs amputés. Les élèves voient ainsi directement les dangers de l’action de déminage.

Vous collaborez directement avec le commandement pour déterminer l’adaptabilité de certains postes.

Exactement. Notre rôle est aussi d’aider nos camarades dans les régiments. Nous essayons sans cesse d’améliorer le processus, le lien avec le commandement *via* les cellules d’aide aux blessés. Nous avons créé, en collaboration avec le service de psychiatrie du professeur de Montleau, **la Cellule de Réadaptation et de Réinsertion des Blessés en Opérations (C2RBO)**. Nous nous réunissons tous les deux mois avec la cellule d’aide aux blessés, le service de psychiatrie, mon service et éventuellement les services de réanimation ou de chirurgie. Nous étudions d’abord l’amélioration d’un processus particulier (lors de la prochaine réunion nous aborderons les liens avec l’Office National des Anciens Combattants (ONAC)). Nous étudions ensuite les dossiers d’anciens patients, car, au-delà du suivi médical, nous souhaitons savoir comment ils se sont réadaptés à leur environnement. Enfin, nous passons en revue les dossiers de ceux qui sont encore en rééducation pour aborder leur orientation avec la CABAT. Là, c’est un peu délicat car nous devons donner des informations au commandement sans trahir le secret médical, et ce sont ces informations qui permettront aux services des ressources humaines de travailler utilement pour trouver le poste le plus adapté à chaque cas. L’idée est toujours de les réinsérer de façon adaptée le plus tôt possible sans mettre le blessé en situation d’échec.

Je dis souvent au commandement : *on n’envoie pas ces garçons combattre pour la France si on n’est pas capable de les prendre en charge en cas de blessure*. C’est un des principes moraux des pensions militaires d’invalidité : la patrie généreuse et reconnaissante pour ses enfants. **La générosité et la reconnaissance, ce n’est pas que du pognon !** C’est aussi pouvoir exprimer à travers une action, en particulier une action de soin, de réadaptation et de réinsertion, la générosité et la reconnaissance de la Nation. Quand l’intéressé souhaite rester dans l’institution, nous l’aidons dans la mesure du possible à se réinsérer. Mais quand il ne le souhaite pas, nous l’aidons à conduire sa reconversion. Lorsque leur invalidité est reconnue imputable au service⁽³⁾, ils ont droit aux emplois réservés. Il existe également des situations de handicap très lourdes pour lesquelles nous mettons en place **un accompagnement personnalisé médical, médico-social et médico-militaire**. Par exemple, nous avons eu un traumatisé crânien très lourd avec des handicaps cognitifs et des séquelles motrices : ce sont des parcours très longs de rééducation de plus d’une année.

(3) Au sens de l’article L.115 du Code des Pensions Militaires d’Invalidité et des Victime de la Guerre (CPMIVG).

Si vous deviez préconiser une amélioration du système actuel, de quelle nature serait-elle ?

Au sein de la C2RBO, nous étudions les améliorations possibles pour le suivi des blessés. Par exemple, en matière d'appareillage, il existe de nouvelles prothèses robotisées mais non remboursées. Nous avons là un challenge dans la mesure où nous devons obtenir du ministère des Anciens combattants la prise en charge de ce type de prothèse de façon systématique, même si la sécurité sociale ne les rembourse pas encore. Il s'agit toujours d'exprimer la générosité et la reconnaissance de la Nation pour ces jeunes. Ensuite, nous devons aussi marquer l'effort dans la rapidité du traitement des dossiers de pension militaire d'invalidité, car il est très régionalisé.

Avec le conflit afghan, nous avons beaucoup affiné le processus. Il y a quinze ans, le souci de remettre en selle rapidement un blessé grave n'était pas aussi prégnant. Le lien avec le commandement, *via* les cellules d'aide aux blessés, s'est considérablement amélioré.

Avez-vous des nouvelles de ces patients que vous avez suivis il y a plusieurs années ?

Oui, bien sûr ! **La vie d'un amputé n'est pas un long fleuve tranquille.** Etre amputé et avoir un appareillage, c'est la nécessité pour chacun d'avoir un suivi médical parce qu'il faut souvent adapter la prothèse. C'est une problématique de toute une vie. Un tétraplégique ou un traumatisé crânien doit avoir un suivi médical très régulier. Ce sont des patients que nous voyons en consultation très régulièrement : ils reviennent pour des périodes d'hospitalisation et de bilans au moins une fois par an. **Ce suivi médical est indispensable car c'est aussi un suivi médico-social.** Cela montre la complexité des situations de handicap : on n'en meurt pas, mais cela nécessite un suivi régulier.

Quels sont les sujets que nous n'avons pas abordés et que vous souhaiteriez évoquer ?

En termes de réadaptation, il faut évoquer l'importance du sport, en particulier pour les militaires. Au-delà de la rééducation, il ne faut jamais oublier que le sport fait partie intégrante de la vie sociale. Dans le service nous avons développé un projet de réentraînement à l'effort, différent du handisport, dans l'objectif de les préparer à diverses activités professionnelles ou purement sportives. Nous dirigeons les blessés qui le souhaitent, vers les activités de handisport en lien avec la CABAT et le Centre national sportif des invalides. La CABAT leur propose un " pack sportif ". **Les médecins de rééducation ont donc une action bien au-delà du seul aspect médical :** dans les choix de matériels qui permettront au blessé de mieux se réapproprier la vie avec le nouvel handicap. Pour réaliser les prothèses spécifiques au sport choisi, je travaille très activement depuis quinze ans avec le Centre d'Expertise et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés (CERAH) qui dépend de l'Institut National des Invalides.

Je voulais également parler d'un projet abouti qui me tient à cœur au sein même de mon service, nous avons créé un appartement thérapeutique grâce **au financement de l'association Les Gueules Cassées.** Cet appartement est un lieu de vie autonome entièrement robotisé. On peut y placer tout patient, quel que soit son handicap. On y fait une évaluation de ses capacités et également une évaluation des possibilités d'aides médicales et techniques. Cela sert aussi de test pour sa famille : lors de son séjour dans cet appartement, il peut venir avec son conjoint et vivre sous la supervision de l'équipe de soin.

Ma spécialité, c'est la médecine physique et la réadaptation ; il y a donc une rééducation initiale visant à retrouver son autonomie au quotidien, à réapprendre la locomotion, que ce soit la marche ou l'adaptation à un fauteuil roulant. Une fois que ces éléments sont acquis, il faut penser à un projet de réadaptation pour retourner à la vraie vie, car l'hôpital est un milieu confiné et protecteur.





20 mars 2010, Surobi, FOB TORA, MEDIVAC d'un blessé du 2^e REP - ADJ Arnaud KARAGHEZIAN



Mars 2010, district de Surobi, FOB TORA, préparation d'une seringue d'atropine par le médecin chef Chinellato



Intubation d'un blessé du 17^e RGP au camp de Warehouse par le médecin principal Lemarie

Le point de vue d'un psychiatre

Le médecin en chef Franck de Montleau est psychiatre, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Parallèlement à ses activités cliniques, il enseigne la psychiatrie à l'Ecole du Val-de-Grâce. Il a participé, par ailleurs, à plusieurs opérations extérieures (Tchad, Kosovo, Liban, Afghanistan). Entre autres travaux, ses publications portent sur la clinique psychiatrique (psychoses, troubles psychotraumatiques, troubles des conduites et du comportement), sur la pratique des psychiatres en situation opérationnelle et les questions éthiques qu'elle pose, sur la souffrance psychique des soldats en opération extérieure et sur les facteurs de risque des troubles psychiques de guerre. Il est actuellement co-responsable avec le MCS⁽¹⁾ Clervoy du programme pédagogique de formation des médecins d'unité au dépistage des états de stress post-traumatiques. Il est depuis peu responsable d'un groupe de travail dont la réflexion porte sur le soutien à apporter aux équipes médicales de retour d'Afghanistan

Blessés de guerre, point de vue d'un psychiatre

Au cours de l'été 2008, à la suite de l'embuscade d'Uzbin, l'opinion publique découvre avec stupéfaction ce qu'elle avait voulu oublier, la part humaine des acteurs de la guerre, c'est-à-dire leur vulnérabilité. Le monde contemporain n'accepte plus guère le risque et peine à saisir les motivations de ses soldats qui dans leur engagement acceptent d'exposer leur intégrité physique et psychique pour servir les intérêts de leur pays. En matière de blessés de guerre, la participation des forces armées françaises au conflit afghan n'a pourtant rien révélé de nouveau, si ce n'est qu'elle a permis que le projecteur soit braqué sur ceux des combattants qui ont laissé quelque chose d'essentiel d'eux-mêmes, part physique ou psychique, souvent les deux associées. Je suis heureux que ce dossier du *Casoar* leur soit consacré car il participe même de la reconnaissance qu'ils sont en droit d'attendre de la Nation et de l'institution à laquelle ils appartiennent. Le métier de soignant, ayant à prendre en charge les blessés en opération, nous apprend très rapidement que cette reconnaissance a valeur thérapeutique et que, *a contrario*, le silence entretenu à leur endroit avive et élargit les plaies.

La blessure de guerre peut être psychique

La blessure de guerre physique, inscrite dans le corps par les traces des plaies ou de l'intervention chirurgicale, a longtemps bénéficié, à l'exclusion de toute autre atteinte à l'intégrité du sujet, du statut de blessure. Elle témoigne souvent, dans la réalité comme dans l'imaginaire, de l'exposition au sacrifice consentie par le soldat, voire de son héroïsme. A ce titre, elle est parfois même valorisée. A l'inverse, l'impact psychique des événements de guerre sur ses personnels a été l'objet d'une prise de conscience tardive par l'institution militaire. Si cet écrit n'a pas pour but de déterminer les raisons de la lente éclosion de cette prise de conscience, nous soulignerons néanmoins la connotation qui s'est faite pendant trop

longtemps du côté de la faiblesse, de la lâcheté et de la défaillance de ceux concernés par la souffrance psychologique individuelle ainsi que les attitudes de déni ou de rejet de la part de l'institution militaire face à ce qui représentait, pour elle, une menace pour sa cohésion et, de ce fait, un risque pour son intégrité. Pourtant, du fait de ses particularités sociologiques, de ses moyens d'action qui passent par l'usage de la violence (mais d'une violence qui présente la particularité d'être organisée), du fait également des situations d'insécurité, voire de menace vitale, auxquelles peuvent être confrontés ses personnels, l'exercice du métier des armes sollicite et contraint fortement ses acteurs. Ce faisant, il peut induire ou précipiter des situations de souffrance psychique. Les temps ont changé. La représentation nationale, avec le décret du 10 janvier 1992, a accordé pour les troubles psychotraumatiques le statut de blessure à part entière, avec toutes les avancées que cela comporte en matière de réparation. De son côté, le commandement a fait de la question du retentissement psychique sur les combattants des événements auxquels ils sont confrontés en situation opérationnelle, une question prioritaire : en témoignent la création de dispositifs d'intervention et de soutien psychologique pour chacune des trois armées, ainsi que la présence sur les théâtres d'opérations des psychiatres des armées. Un plan d'action de grande ampleur pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles psychotraumatiques, piloté par le Service de santé des armées, est mis en œuvre depuis 2010. Dans le quotidien, nous pouvons constater l'importance des changements tant sur le terrain opérationnel qu'en métropole. Aujourd'hui, la visite des rapatriés sanitaires pour raisons psychologiques, par leur chef de corps ou de hautes autorités militaires, n'apparaît plus comme un fait d'exception. Cette évolution nous paraît positive.

La prise en charge des blessures psychiques :

Champs d'intervention

En ce qui concerne le champ plus spécifique de son activité, le psychiatre est amené à intervenir auprès des militaires psychiquement éprouvés pen-

(1) Médecin chef des services (MCS)

nant ou au décours de leur mission opérationnelle. Cette action s'exerce dans le cadre des hôpitaux d'instruction des armées, et parfois sur le théâtre d'opérations. Elle se distingue de celle des acteurs dits psychosociaux – conseillers en environnement humain, cellules d'intervention et de soutien psychologique – qui vise pour sa part à favoriser le fonctionnement psychique et relationnel du sujet dans le groupe. L'intervention du psychiatre est, quant à elle, clairement tournée vers le sujet, ses questions personnelles, sa souffrance psychique qui peut dans certains cas être liée à l'impact éventuel du stress ou d'un événement traumatique, à la fatigue opérationnelle, etc, en tenant bien évidemment compte des contraintes de son environnement. L'expérience nous enseigne que la prise en compte des problèmes individuels est généralement un facteur d'équilibre, de cohésion pour le groupe et qu'elle contribue finalement à la capacité opérationnelle de l'ensemble. Les spécificités sociologiques de l'institution militaire, ses missions, le contexte de violence qui entoure nombre d'entre elles, marquent bien évidemment de leur empreinte les modalités d'expression mais aussi les risques encourus dans ces situations de mal-être psychique. Que cette souffrance soit multidéterminée car, répondant en partie à des facteurs extra-professionnels de la sphère affective et relationnelle, voire de morbidité psychiatrique, ne réduit en rien la pertinence d'une réflexion approfondie sur ce phénomène ni la nécessité d'actions à mener au sein de l'environnement professionnel : repérage, prise en charge et apaisement des détresses individuelles, enfin, élaboration de programmes de prévention.

Les troubles psychotraumatiques

En Afghanistan, les soldats sont confrontés à des stress répétés et à des événements particulièrement violents, qu'ils en soient les auteurs ou les objets. L'exposition au feu, mais plus encore le ramassage des corps des camarades blessés ou morts, sont pourvoyeurs d'états de stress aigus sur le terrain dont un certain nombre vont évoluer vers des troubles d'évolution persistante : les états de stress post-traumatiques. Pour l'essentiel, ces tableaux associent des cauchemars traumatiques qui vont reproduire à l'identique partie ou totalité d'une scène où le sujet a été brutalement confronté à la mort (celle des camarades, la sienne anticipée), des reviviscences à l'état de veille de ces mêmes scènes, des réactions de sursaut à des stimuli évoquant la scène traumatique (un bruit de véhicule évoque l'approche des hélicoptères d'appui avant le délugé de feu). Il s'y associe un vécu d'angoisse et de solitude extrêmes renforcé par un sentiment d'incommunicabilité de l'expérience traversée. Bien souvent, ceux qui sont atteints de troubles psychotraumatiques gardent le silence sur leur état de souffrance, aussi leur diagnostic doit-il faire l'objet d'un dépistage systématique et d'une attitude active des acteurs du service de santé, au premier rang desquels les médecins d'unité. A cet effet, de nouveaux outils ont été développés et mis à la disposition des services médicaux des unités.

(2) FOB : base opérationnelle avancée

Pour incarner la souffrance psychique qui peut résulter de ces rencontres traumatiques, j'évoquerai S., marsouin rencontré dans sa FOB⁽²⁾, trois jours après qu'il eut participé à un combat particulièrement éprouvant. *“ Il n'y a pas de mots pour dire ce que nous avons vécu ”* : ce sont ses premières paroles lorsque je le rencontre à la demande de son médecin d'unité alerté par une consommation d'alcool excessive, tout à fait inhabituelle chez ce jeune soldat. Bien que très entouré par les camarades de son groupe de combat, il apparaît démuné, perdu, en détresse et en proie à une angoisse intense. Sommairement, malgré l'ivresse, il évoque son engagement dans des combats très violents, puis sa participation au ratissage et à la découverte du corps de l'un de ses camarades morts. Alors qu'il procède à l'évacuation du corps, il éprouve un sentiment d'horreur tel qu'il envisage, quelques instants, de se donner la mort : *“ j'ai vu des choses que je n'aurais jamais dû voir, j'ai vu ce que l'homme était capable de faire à l'homme ”*. Il explique l'ébauche de geste suicidaire réalisée avec l'arme de son camarade décédé par l'idée qu'il n'y aurait plus de vie possible après avoir été ainsi au contact direct de la sauvagerie de l'homme. Au plan clinique, un syndrome de répétition traumatique s'installe d'emblée avec des reviviscences continues de la scène du transport du cadavre et de certains détails horribles y afférant, des cauchemars reproduisant ces scènes, des idées suicidaires sporadiques *“ pour échapper aux visions ”*. Le recours à l'alcool vient là tenter, sans y parvenir, de mettre à distance les terribles images traumatiques. Au cours des neuf jours d'hospitalisation au poste de secours, je constate au fil des entretiens l'amélioration de son état. Il traverse cependant des moments difficiles, avec persistance des cauchemars et des reviviscences ainsi que des réveils nocturnes accompagnés d'un sentiment de grande insécurité, d'une anxiété avec peur de se retrouver seul (*“ je suis redevenu comme un petit enfant ”*), ce qu'il commente avec autodérision au regard du rôle de leader qui était le sien dans son groupe. Progressivement, les idées suicidaires disparaissent et l'humeur se normalise. La perspective du retour selon la modalité du rapatriement sanitaire suscite un certain apaisement, non exempt de craintes, de culpabilité et de honte : *“ que dire aux autres de ce que j'ai vécu ? Que dire de mon retour ? ”*. Trois années après les faits, S. que je continue à suivre en France, reste à ce jour marqué de stigmates : irritabilité, difficultés relationnelles retentissant notamment sur sa vie de couple jusqu'à non conflictuelle, recherche de l'isolement. Ayant quitté l'armée, il a retrouvé la capacité de construire un projet professionnel. La relation thérapeutique demeure à ce jour très investie, marquée de l'empreinte de ce premier contact sur le terrain, à un moment où la rupture des liens avec la communauté des humains semblait, pour S., définitive.

Association blessure physique / blessure psychique

La pratique dans un établissement pluridisciplinaire spécialisé dans la prise en charge des polytraumatisés de guerre n'est pas sans apporter quelque enseignement à leur endroit. Leur traitement prolonge celui prodigué sur un temps très

court par les structures santé du théâtre. Pour les blessés physiques, il s'agit généralement d'un traitement initialement chirurgical poursuivi par une rééducation fonctionnelle en service de médecine physique et réadaptation, ce dernier pouvant se poursuivre au-delà d'une période d'un an. Ce sont des parcours longs où se tissent des liens forts avec les équipes médicales. Ces blessés, qu'ils l'aient été au combat, par explosion d'engin ou du fait d'un accident, présentent pour une majorité d'entre eux (près de 80%) des troubles psychotraumatiques de sévérité variable. Notre parti pris de psychiatre, soutenu par le projet de l'établissement, a été d'aller à la rencontre systématique de ces militaires afin d'évaluer un éventuel retentissement psychique des événements vécus, mais aussi toute autre problématique psychologique pouvant être soulevée (retentissement psychique du handicap, deuil de camarades morts en mission, questions personnelles antérieures à la mission, etc.). Notre intervention peut aussi se faire à la demande des équipes médicales des autres services devant des débordements comportementaux, parfois empreints d'agressivité, possibles effets d'un traumatisme psychique ou de lésions cérébrales. Ces prises en charge parfois difficiles ont eu des effets positifs sur ces sujets en situation d'intense souffrance psychique, mais aussi sur le travail des équipes hospitalières en les orientant dans le sens d'une plus grande interdisciplinarité. C'est ainsi que les services de chirurgie, de rééducation fonctionnelle et de psychiatrie – qui accueillent la très grande majorité des militaires évacués pour raison sanitaire des théâtres d'opérations – développent une réflexion soutenue sur leurs pratiques de soin incluant l'accueil de cette population spécifique des blessés de guerre et sur une politique de prise en charge des blessés de guerre qui tienne compte des différentes dimensions.

Pour une approche intégrative du blessé de guerre

Avec le Professeur Eric Lapeyre, chef du service de médecine physique et réadaptation de l'hôpital Percy, qui intervient dans ce dossier, nous avons beaucoup réfléchi sur la part que nous avons à prendre dans le soutien prolongé de ces personnels blessés qui nous arrivent pour la plupart d'entre eux directement du théâtre opérationnel. L'hôpital contemporain cumule des compétences qui présentent la particularité d'être de plus en plus efficaces, mais aussi de plus en plus focalisées sur un organe, une fonction. Ainsi donc se retrouve-t-on avec le risque d'une médecine de pointe qui segmente le sujet sans toujours tenir compte de son unité physique et psychique, même et surtout quand celle-ci a été mise à mal dans son activité de combattant. Notre défi a été, pour mieux le soigner, de refuser cette réduction du blessé à sa blessure, quelle qu'elle soit, et de prendre en compte, parallèlement à notre approche médicale, la globalité de sa personne et de son environnement, personnel et militaire. La cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT) a rejoint avec enthousiasme l'aventure et ça a été la création de la Cellule de réadaptation et de réinsertion des blessés en

opérations (C2RBO) où nous abordons ensemble le parcours de nos blessés physiques et/ou psychiques lorsqu'ils rencontrent des obstacles liés aux conséquences de leurs blessures, qu'ils soient d'ordre médical, administratif ou financier. Les aspects psychologiques, toujours présents, sont pris en compte : souffrance psychique liée aux troubles psychotraumatiques, retentissement psychique du handicap, séquelles neuropsychiatriques de lésions cérébrales. Passées les phases les plus aigües du traitement médical ou chirurgical, une réflexion se met en place sur la réinsertion en milieu professionnel : retour en milieu militaire avec ou non un aménagement de poste ; réorientation en milieu civil, emplois réservés ou non ; et pour les plus sévèrement touchés accueil en milieu spécialisé. Les acteurs de la cellule sont particulièrement sensibles aux aspects administratifs qui traînent souvent en longueur et suscitent découragement et amertume. L'alliance des différentes compétences réunies permet d'identifier les points de blocage et de les résoudre au plus grand profit des blessés. Les questions tenant aux réparations (réforme, pension) et à la reconnaissance institutionnelle ne sont pas exclues du champ de réflexion et d'action. Enfin, les familles, qui constituent la plupart du temps des interlocuteurs et auxiliaires précieux pour l'allègement du parcours de leur proche blessé, sont associées au travail de la cellule.

La reconnaissance de la Nation : un devoir et un engagement

En guise de conclusion et dans ces temps où le processus extensif de judiciarisation déploie son aile sur les activités opérationnelles (sans toujours tenir compte des conditions extrêmes qui contraignent les militaires sur le terrain) comme sur les processus de réparation, je souhaiterais jeter les prémices d'une réflexion sur l'importance, pour l'institution et au-delà pour la Nation, de cette question des blessés en opérations et du sort qui leur sera fait. Le milieu militaire porte ses spécificités qui ont valeur de statut d'exception : chacun des membres de la collectivité militaire apparaît comme celui qui est autorisé, dans certaines circonstances, à porter la mort à son semblable en même temps qu'il prend le risque d'être tué ou atteint dans son intégrité physique ou psychique. En retour de cette position d'acceptation d'aller, le cas échéant, au sacrifice suprême, la Nation a pour devoir de soutenir et d'honorer tout particulièrement ceux de la collectivité militaire qui en ont payé le prix. Tout un dispositif de mesures existe à cette fin, depuis une chaîne santé dédiée qui va du théâtre d'opérations à des infrastructures hospitalières dédiées, depuis la reconnaissance institutionnelle des actes accomplis jusqu'à la réparation symbolique et financière des dommages subis et l'accompagnement dans le parcours de vie après la blessure. La collectivité nationale se doit de maintenir cet effort, sans quoi le lien qui unit le sujet à l'institution militaire et derrière elle à son pays, serait durablement ébranlé.



Le soutien des blessés dans l'armée américaine

“ Soutenir nos soldats et leurs familles est un impératif pour l'armée de Terre américaine alors que leur courage et leur engagement pour nos valeurs contribuent à la grandeur de notre pays et de notre armée. ”

Général d'armée George W. Casey,
ancien CEMAT des Etats-Unis (2007-2011)

Engagée depuis plus d'une décennie dans des conflits difficiles sur deux théâtres, l'armée américaine a rapidement compris tout l'intérêt, mais aussi l'impérieuse nécessité, d'un soutien psychologique de ses soldats comme de ses blessés. Le ministère de la Défense américain recense près de 5 100 soldats tués au combat⁽¹⁾, en Afghanistan et en Irak, depuis le début des opérations en fin d'année 2001. Le chiffre total de blessés s'élève quant à lui, au total de 45 000 blessés en opérations. Cependant, grâce à l'efficacité des effets de protection comme des soins de l'avant, moins de 10 000 d'entre eux sont gravement touchés et font l'objet de soins de longue durée. Parmi les soldats blessés en zone de combat, les techniques modernes permettent aujourd'hui d'en sauver plus de 90%, soit un progrès de neuf points depuis la Deuxième Guerre mondiale. Cependant, ces résultats ne doivent pas faire oublier la réalité de la gravité des blessures et des séquelles qui en résultent et qui ont, logiquement aussi, augmenté. Les médecins sauvent de nos jours plus de blessés, mais les conséquences des blessures sont aussi plus graves que par le passé. Ainsi, les amputés s'élèvent à plus de 1 200 soit environ 12% des blessés graves. Cet article brosse le panorama du dispositif actuel, mis en place par les autorités, puis dans une seconde partie livre quelques réflexions issues de l'expérience d'un commandant de bataillon américain ayant commandé au combat.

Point de situation sur le soutien mis en place dans l'armée américaine

L'U.S. Army consacre chaque année près de deux milliards de dollars **pour la prise en charge de ses blessés** dans les programmes de soins ainsi que dans la recherche médicale. Depuis les théâtres d'opérations, les blessés sont d'abord évacués vers une base américaine intermédiaire en Allemagne puis dans un deuxième temps vers les Etats-Unis. Ils sont alors pris en charge par un des hôpitaux de la région de Washington : soit le *Walter Reed Military Medical Center* à Washington, le *National Naval Hospital* de Bethesda (Maryland) actuellement en pleins travaux d'agrandissement et de modernisation, le *Brooke Army Medical Center*, à San Antonio, au

Texas, et le *Naval Medical Center* à San Diego, en Californie. Les plus gravement touchés, dont la guérison prend parfois plusieurs années et nécessite de nombreuses et régulières interventions chirurgicales, rejoignent ensuite une des *35 Warriors in Transition Units* (WTU). Les WTUs sont des unités militaires établies dans la plupart des grandes garnisons américaines et dont la mission est d'assister les soldats dans la poursuite de leur carrière militaire ou leur transition vers la vie civile. Pour cela, chaque patient et sa famille se voit assigner une équipe de soins (*Triad of Care*) composée d'un personnel d'encadrement militaire, d'un médecin généraliste et d'une infirmière en charge de la gestion générale de leur dossier (*case manager*). Le rôle de cette équipe restreinte est tout à la fois de coordonner l'action de la multitude d'acteurs médicaux et sociaux impliqués, et d'aider le patient et sa famille à définir des objectifs et des choix de vie. Ainsi les WTUs apportent le soutien nécessaire à la gestion administrative et matérielle de la situation du blessé, lui assurent un accès personnalisé et prioritaire à la médecine générale, élaborent et conduisent un **plan complet de " transition " (CPT)**. En moyenne, 46% des soldats faisant partie des WTUs restent ensuite dans les forces armées tandis que les autres rejoignent les structures d'aide du ministère des anciens combattants ou *Veterans Affairs*.

Les Etats-Unis comptent actuellement 22,7 millions de vétérans. Doté d'un budget annuel de 119 milliards de dollars, dont 40% vont aux dépenses de santé, le *Veterans Affairs* répond à leurs besoins médicaux. Il prend en charge les diverses allocations dont ils bénéficient. En particulier, il dispose de plus de 150 centres médicaux pour assurer les soins dans la durée ainsi que l'inévitable période de rééducation. Il dispose également de quatre *trauma centers* qui reçoivent les blessés les plus lourds et déchargent ainsi les centres hospitaliers du ministère de la Défense.

Enfin, il existe un programme pour les **blessés les plus graves** pris en charge par les WTUs ou par le *Veteran Affairs* : le *Army Wounded Warrior*⁽²⁾ (AW2). Les soldats éligibles à ce programme sont ceux souffrant d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 30% dans certaines catégories, telles que les pertes d'audition, la perte d'un membre ou

(1) <http://www.defense.gov/news/casualty.pdf> - (2) combattant blessé de l'armée de Terre

encore les stress de combat (*Post Traumatic Stress Disorder*). Ce programme attribue à chaque soldat blessé un **conseiller particulier** qui l'accompagne et le conseille durant toutes les étapes de sa vie de blessé de guerre. La première mission de cet "**AW2 advocate**" est de contacter les familles et d'organiser leur transport, le logement voire leur déménagement vers l'hôpital d'accueil. Sur le long terme, ces conseillers aident les soldats et leur famille à obtenir des aides ou encore à déterminer une nouvelle orientation professionnelle. Le programme **Army Wounded Warrior** se charge d'environ 7 000 soldats gravement blessés. Parmi eux, seuls 3% peuvent revenir dans l'armée au terme de leur parcours de soins.

Depuis quelques années, l'armée de Terre américaine met l'accent sur le rôle crucial que jouent les familles dans le moral de ses soldats. Ainsi, avec un budget annuel de trois milliards de dollars, l'**U.S. Army** soutient les enfants des soldats grâce à des programmes d'éducation, de soin et de loisir, aide les conjoints à obtenir un emploi, investit des centaines de millions de dollars pour leur logement et celui de leur famille ainsi que dans le domaine du loisir.

Rentré tout récemment d'un long déploiement d'un an en Afghanistan comme commandant de bataillon, un officier supérieur américain a répondu à trois questions relatives au moral des blessés de son unité.

Quel est votre avis sur le soutien à apporter aux blessés au sein d'une unité de combat ?

Le système mis en place par le ministère de la Défense donne entière satisfaction. Il constitue la partie institutionnelle du soutien des blessés qui est complétée par une autre action, plus fraternelle, qui est celle de ses chefs et de ses camarades, née de la fraternité du combat. Ainsi, tout soldat blessé quitte une "famille" qu'il connaît et avec qui il a beaucoup partagé. Se retrouver ainsi sans ces repères d'amitié, en ayant de surcroît, parfois, perdu les perspectives de carrière envisagées, est extrêmement déstabilisant. Dans cette situation, tout geste de cohésion et de camaraderie doit être fait pour manifester sa solidarité et faire perdurer les liens qui relient le blessé à son unité. Dès lors, le rôle principal échoit au chef de section dont c'est une responsabilité majeure. Au même titre que pour la préparation ou la conduite de la mission, le chef de section occupe une place prépondérante dans le suivi et le soutien apporté au blessé. Car le chef de guerre reste toujours un chef dans l'esprit de ses hommes, avant, pendant et après la mission.

Quel conseil peut-on donner à de jeunes chefs de section pour se préparer à leur fonction ?

Tout d'abord, afin de remplir correctement ce rôle, le chef de section doit accomplir la transition dans son esprit d'un sujet de conversation en école à un sujet d'inquiétude majeure de son quotidien. Mais ceci représente aussi une des plus belles parts de la satisfaction du métier de chef.

Ensuite, les moyens modernes sont une aide considérable dans ce domaine et permettent grâce à l'instantanéité de la communication d'échanger en temps quasi direct, en apportant une réponse aux soucis et aux inquiétudes de l'instant. Les *mails*, les réseaux sociaux ou les blogs sont à utiliser, avec une préférence pour *Facebook* qui exige beaucoup de discipline mais qui est un outil formidable de soutien aux blessés. Pour un blessé, pouvoir partager sa douleur, son inquiétude ou ses craintes avec ses frères de combat et obtenir un soutien immédiat est une aide inestimable.

Pour moi, en combat de type contre-rébellion, le chef n'est pas réellement face à des choix tactiques complexes ; la vraie complexité est humaine et son effort doit donc logiquement se porter sur cette dimension de cohésion.

Quelles autres actions complémentaires peut-on envisager ?

Le soutien est global car la valeur d'une unité déployée sur le terrain est directement liée à la solidité des familles restées en garnison. La force des épouses, des enfants et même des parents des soldats compte pour beaucoup. De ce fait, là encore, les chefs d'élément doivent créer cette solidité avant le départ en informant les familles, en créant les tissus relationnels qui permettront aux uns et aux autres de s'entraider et de se soutenir au mieux éventuellement en ayant recours à l'institution.

Enfin, le jeune chef ne doit pas perdre de vue la dimension "soutien aux familles des tués au combat" qui est tout aussi exigeante par sa dimension émotionnelle éprouvante.



D.R. 8^e RPIMa

Row2Recovery: Beyond Injury, Achieving the Extraordinary

NdR : certains lecteurs seront sûrement choqués de voir un article en anglais dans le dossier. Row2recovery a répondu à notre sollicitation pour nous informer d'une initiative au profit des blessés britanniques : la traversée de l'atlantique à la rame par deux officiers valides accompagnés par trois jeunes frères d'armes, invalides de guerre. Partis le 11 décembre 2011 avec 16 autres équipes, il sont 3^e à l'heure où nous imprimons. Nous avons décidé de publier leur texte dans la langue de Shakespeare...une fois n'est pas coutume !

Row2Recovery is a campaign to raise £1 million in support of injured service personnel and their families as they seek to rebuild their lives. Row2Recovery aims to challenge perceptions of disability while inspiring injured service personnel, and civilians with disabilities, to go beyond injury and achieve the extraordinary.

Four severely injured service personnel will team up with two former British Army commanders Ed Janvrin and Alex Mackenzie in rowing the Atlantic in December – over 3,000 miles in around 60 days, a feat undertaken by fewer people than have been into Space.

The six man team will complete the row as part of the Woodvale Atlantic Rowing Race which starts on Dec 4th 2011 from Gran Canaria and finishes in Barbados in approx Feb 2012. They aim to use rowing across the Atlantic to highlight what severely injured service men and women are capable of achieving.



Through this challenge the team have set themselves a number of objectives which include raising £1 million to help support those who need it most. Row2Recovery has identified three service charities to support: SSAFA Forces Help, Help for Heroes and ABF, The soldier's Charity. Through a variety of initiatives set up by these organisations, they plan to leave a lasting legacy of support for injured service personnel and their families.

The crew:

Lieutenant Will Dixon: Will, 27, was blown up by an IED 10 days before Christmas 2009, in Sangin, Afghanistan. He was a platoon commander with the 3rd Battalion The Rifles and surgeons at Camp Bastion performed a below knee amputation on his left leg. He phoned home and explained to his parents he had “picked up a bit of an injury”.

Corporal Neil Heritage: Neil was a member of the Royal Signals bomb disposal team in Iraq when a suicide bomber detonated a device yards from where he was standing. It was November 2004 and his wife was six weeks pregnant with the couple's second child. Neil needed a double above-knee amputation and doctors initially predicted he would never walk again. Neil, 30, is now a school athletics coach and a keen endurance athlete.

Lance Corporal Carl Anstey: Carl was hit by the blast from a Taliban rocket-propelled grenade in Musa Qala, Afghanistan, in January 2009. It was one day after his 24th birthday. Carl, now 26, was a member of 1st Battalion, the Rifles. The damage from shrapnel shattered his femur and severed his sciatic nerve. Surgery left him with a right leg almost two inches shorter than the left and he needs a leg brace to walk.

Corporal Rory Mackenzie (no relation to Alex!) Rory was a company medic attached to the 1st Battalion Staffordshire Reg. While on a routine patrol in Basra City in Jan 2007 he was blown up by a Road Side Bomb. The blast traumatically amputated his right leg. After an extensive rehabilitation period he is now back at work as an instructor at Keogh Barracks, teaching fellow medics. Rory is South African.

Row2Recovery is proud to be partnered with and supported by BP

The team needs your help and support.

You can follow their progress online via

www.row2recovery.com

Facebook: www.facebook.com/row2recovery

Twitter: <http://twitter.com/#!/row2recovery>





Some facts and figures about the row2recovery crew's upcoming trans-atlantic row

- 2.1million - total amount of calories the crew is likely to burn
- 43,200 - Minutes each crew member can expect to row in order to cross the Atlantic
- 8,000 - Amount of calories each crew member will burn per day!
- 3,000 - Miles from La Gomera, Tenerife to Barbados
- 1, 500 - freeze packed meals
- 800 - Sheets of toilet tissue
- 295 - crews have ever successfully rowed an ocean
- 250 - pain killing suppositories will be packed
- 177 - crews have set out to row an ocean but failed
- 120 - days it took for the slowest ever successful Atlantic crossing
- 60 - days the Row2Recovery crew is hoping to take to complete the crossing
- 33 - is the age of the oldest crew member, Alex
- 32 - the shortest number of days taken for a crew to successfully row the Atlantic
- 26 - is the age of the youngest crew member, Carl
- 14 - kilograms each crew member can expect to lose over the course of the row
- 10 - litres of water each crew member must drink per day
- 6 - Row2Recovery crew members
- 4 - the number of limbs the Row2Recovery crew are missing
- 1 - Bottle of Talisker whiskey
- 0 - changes of underpants



Tous les champs de bataille

De la Seconde Guerre Mondiale aux opérations actuelles, les conflits qui ont marqué ces dernières décennies, sont à l'origine de plusieurs centaines de milliers de blessés, "Gueules cassées", "invalides de guerre". Au cœur même de l'Hôtel National des Invalides, cette Maison voulue et créée par Louis XIV pour accueillir "ceux qui ont exposé librement leur vie et prodigué leur sang pour la défense et le soutien de notre pays", existe toujours aujourd'hui l'Institution Nationale des Invalides (INI), qui depuis près de trois siècles et demi accueille les "Grands Invalides de Guerre", perpétuant ainsi à travers les âges la mission initiale de l'établissement.

Quoique très largement ouverte au service public hospitalier, l'Institution est bien plus qu'un simple hôpital ou qu'une unité de long séjour médicalisée, elle est un lieu de mémoire où l'Histoire est certes inscrite dans la pierre, mais surtout dans la chair des personnes qui y séjournent. Symbole fort de l'attachement de la nation au devoir de réparation, c'est d'abord et avant tout la "Maison des Invalides de Guerre", ceux qui ont été meurtris dans leur chair au service des armes de la France.

L'INI a pour vocation première et prioritaire, d'accueillir dans son Centre des Pensionnaires, à titre permanent ou temporaire, des Grands Invalides de Guerre, victimes des différents conflits ou encore victimes d'attentats, hommes et femmes, civils et militaires confondus. Aujourd'hui les Pensionnaires sont près de quatre vingt dix, leur doyenne est centenaire et leur benjamin est âgé de moins de trente ans. Il s'agit pour la plupart, d'anciens combattants de la Seconde Guerre Mondiale, mais également d'anciens déportés ainsi que des victimes civiles de la guerre. Plus proches de nous, ce sont des victimes des conflits plus récents comme la guerre d'Indochine et la guerre d'Algérie, et enfin des blessés en opérations extérieures ou encore des victimes d'accidents en service. Au fil du temps, l'Institution s'est adaptée pour assurer au mieux le bien-être de ses ayants-droit. Héritier de la prestigieuse Infirmerie des Invalides, le Centre médico-chirurgical est d'abord une unité de réparation, rééducation, réinsertion au service des pensionnaires et des invalides non résidents. Par dérogation et dans la limite des places, il peut accueillir d'autres victimes de traumatismes. Le Centre fait référence dans plusieurs domaines spécialisés tels que le traitement et le suivi des blessés médullaires (paraplégies et tétraplégies traumatiques) y compris leurs séquelles chirurgicales spécifiques. Son service de chirurgie dentaire permet le soin, la prothèse et l'implantologie tant au bénéfice des grands handicapés que des traumatisés faciaux complexes, les "Gueules cassées". L'unité sensori-cognitive est dédiée à l'évaluation et la prise en charge des séquelles de traumatismes crâniens ou des maladies liées au vieillissement, ainsi qu'à la basse vision.

Forte d'une longue et riche expérience acquise et développée auprès de plusieurs générations d'invalides en provenance de "Tous les champs de bataille", comme le rappelle la belle et sobre devise inscrite dans les plis de son étendard, l'Institution Nationale des Invalides, trouve tout naturellement sa place à un moment ou un autre du parcours de soins proposé à nos militaires blessés en OPEX, à toutes les époques de leur vie.

Un lieu de mémoire où l'histoire est certes inscrite dans la pierre, mais surtout dans la chair des personnes qui y séjournent.

Le Centre d'Etude et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés (CERAH), implanté à Woippy près de Metz, fait partie intégrante de l'INI. Centre d'excellence de renommée internationale, il contribue à l'amélioration du quotidien et du bien-être des personnes atteintes d'un handicap moteur par l'intermédiaire de la recherche, la mise au point et le développement de la production de prothèses, de fauteuils roulants, d'aides techniques...

Ainsi, s'ils sont intégralement pris en charge par le Service de santé des armées, dans une chaîne continue qui va du ramassage jusqu'à la rééducation, nos blessés savent qu'ils trouveront à l'INI le complément nécessaire à leur réadaptation et à leur réinsertion. Il peut s'agir assez classiquement d'appareillage, d'expertise médicale, de droits à pension, d'ergothérapie, d'apprentissage de la conduite automobile adaptée à leur handicap, de balnéothérapie ou encore de la patiente préparation des aménagements nécessaires pour leur retour à domicile. Pour ceux qui le souhaitent le Cercle sportif de l'Institution Nationale des Invalides (CSINI) propose de découvrir la pratique du handisport. Mais surtout, cet accueil du combattant blessé à l'Institution Nationale des Invalides s'inscrit dans la durée, la "Maison des Invalides" offre aux victimes de la guerre la possibilité d'un accueil à résidence définitif ou temporaire. Nombreux sont ceux qui reviennent régulièrement pour un bilan de santé, pour un bref séjour ou se sentant vieillir et plus isolés et voyant leurs forces les abandonner peu à peu, qui demandent leur admission définitive en qualité de Pensionnaire.



Jocelyn Truchet, 13^e bataillon de chasseurs alpins.
Photo parue dans *Le Monde* du 7/12/2010.

Afin de permettre aux Pensionnaires et aux hospitalisés de bénéficier au mieux de leur “ droit à reconnaissance et à réparation ”, le projet d'établissement est marqué par des orientations fortes : il s'agit de renforcer et de structurer les réseaux internes et externes de leur prise en charge à l'aide d'un solide partenariat avec les hôpitaux d'instruction des armées parisiens, tout en continuant d'affirmer l'identité propre de l'Institution et de ses domaines de compétence comme le traitement et le suivi des blessés médullaires, de veiller à l'adéquation entre l'offre de soins et l'évolution des besoins des Pensionnaires et des patients qui y sont accueillis, et également de développer les activités d'enseignement et de recherche.

Placée sous l'autorité tutélaire du chef de l'Etat, représenté par le Gouverneur des Invalides, l'INI est un lieu unique tant dans sa définition que dans ses modalités de fonctionnement. Situés en plein cœur de Paris, dans un cadre exceptionnel et majestueux, les Invalides sont tout à la fois un lieu mythique et mystique où ceux qui ont versé leur sang au service du pays, peuvent venir se faire soigner, reprendre des forces, voire couler des jours paisibles au terme d'une vie souvent bien remplie et toujours édifiante. Le Grand Roi Louis XIV, son fondateur, ne s'y était pas trompé en écrivant dans son testament : “... entre les différents établissements que nous avons faits, il n'y en a point qui soit plus utile à l'Etat que l'Hôtel des Invalides...”



Les Invalides en bande dessinée

Le général d'armée Bruno Cuche (1968-70), initiateur du projet, a préfacé cette bande dessinée en soulignant notamment le mérite de ses auteurs: “ avoir su raconter et illustrer si talentueusement l'histoire de ce temple de la grandeur et de l'honneur français”.

Avant d'offrir cette très belle BD à leurs enfants et petits enfants, parents et grand-parents peuvent sans hésiter se plonger dans ce récit qui débute en 1670 pour nous faire découvrir, au travers de multiples anecdotes et témoignages de soldats, la vie de cette institution au rythme des grands événements qui ont marqué l'histoire de la France .

Cet ouvrage est disponible à la FNAC , à la boutique du musée de l'armée et au foyer des Invalides.

En cas d'achat au foyer, une partie des bénéfices est reversée aux pensionnaires.

