

La réinsertion des vétérans américains blessés: le cas des *Marines* de retour d'Irak et d'Afghanistan¹

Par Cyril Berquet

À l'heure où la France s'indignait de l'échec de son équipe de football lors de la dernière Coupe du monde en Afrique du Sud, le 44^e soldat français perdait la vie en Afghanistan. Mais, fait dont on parle moins, la France compte aussi plus de 220 blessés depuis le début de l'engagement de ses troupes en Afghanistan. Aux États-Unis, pour un soldat mort, dix autres sont physiquement blessés, dont trois garderont un handicap durable.

Si certaines blessures marquent la chair et les esprits, d'autres ne marquent que les esprits. Il s'agit des troubles mentaux dont souffrent beaucoup de soldats à leur retour d'opérations. Après un temps de silence, voire de refus de la gravité de la situation dont les récentes guerres d'Irak et d'Afghanistan sont à l'origine, les États-Unis ont pris conscience de la nécessité d'agir pour la réinsertion de leurs vétérans blessés. Les problèmes qui se posent dépassent l'unique préoccupation que constitue la guérison d'une blessure, physique et/ou psychique, et sont pleinement d'ordre social.

Il s'agit en effet de reprendre sa place dans un milieu que l'on a quitté depuis un certain temps, de réinvestir son rôle de citoyen, souvent de conjoint et de parent, ainsi que d'assumer de nouveaux rôles professionnels lorsqu'au retour les soldats quittent l'uniforme. Il s'agit aussi et surtout de réapprendre à être, à penser et à agir conformément aux exigences normatives de la société dans laquelle on revient. Le problème pour les combattants ne se réduit donc pas au fait d'avoir vécu loin longtemps: s'y ajoute l'expérience d'une activité contraire aux normes sociales habituelles, celles du temps de paix, dans un contexte également hors norme, celui de la guerre. Or, que l'on parte à la guerre ou que l'on en revienne, opérer et vivre ce processus d'adaptation à un nouvel environnement et à ses normes est une épreuve pour les soldats. D'autant plus lorsqu'il faut apprendre à vivre avec les séquelles de ses blessures et leurs conséquences sociales.

Le retour des combattants américains de la guerre du Vietnam est un des meilleurs exemples de la difficulté, pour les vétérans, de reprendre leur place dans des univers sociaux, professionnels, familiaux qui ont fonctionné sans eux pendant leur absence, et d'évoluer au sein d'une société dont les membres n'ont pas toujours conscience de ce qu'ils ont vécu. Parmi les vétérans du Vietnam, 50% ont été diagnostiqués comme atteints de troubles mentaux.² A cela s'ajoute le fait qu'ils sont revenus dans un contexte marqué par un malaise social et politique insistant, généré par la défaite mais aussi par les doutes

¹ Cette note de recherche a été élaborée à partir d'un mémoire de sociologie réalisé dans le cadre du Master de Saint-Cyr (soutenu en janvier 2010). L'intégralité du mémoire est disponible en ligne à l'adresse suivante: http://www.st-cyr.terre.defense.gouv.fr/ressources/10343/03/memoire_sl_t_berquet.pdf.

² Kang & Hyams, 2005.

sur l'opportunité, les objectifs et les méthodes de la lutte. Le désir était grand à l'époque d'oublier cette guerre, et avec elle ceux qui y avaient combattu. Les vétérans du Vietnam ont fortement pâti de ce manque de soutien de la population. L'usage de drogues, l'alcoolisme, la précarité, le chômage, l'absence de logement,³ les comportements délinquants, voire criminels, sont autant d'indicateurs qui montrent, à travers l'exemple de la guerre du Vietnam, que le retour des combattants ne se fait pas sans heurts.

La situation a-t-elle changé aujourd'hui? L'objectif du présent travail est d'étudier la réinsertion dans le milieu civil des vétérans américains blessés, physiquement ou psychologiquement, lors des actuelles guerres d'Irak et d'Afghanistan. En se fondant sur l'expérience américaine, l'étude s'attache à exposer – de manière non exhaustive – les principaux problèmes que rencontrent les vétérans, et cherche à en comprendre les origines.

Réémergence de la figure du vétéran blessé

La définition de ce qu'est un vétéran fait débat aux États-Unis. Dans la mesure où une partie de notre recherche a pour objet les politiques publiques à l'égard des vétérans et leurs résultats, nous utiliserons la définition employée par le gouvernement américain. Selon celle-ci, pour obtenir le statut de vétéran, il est simplement nécessaire de servir pendant une certaine période, dont la durée varie en fonction du contexte et de la nature du service. Par exemple, en temps de paix, un soldat bénéficie du statut de vétéran s'il effectue 180 jours dans l'armée. Cette durée est réduite à 90 jours pour la majorité des soldats qui ont connu le combat, dans des conflits tels que la Seconde Guerre mondiale ou la Guerre du Golfe. Il n'existe plus de durée minimale à partir du moment où le soldat est blessé pendant son service et que son invalidité est reconnue par un certificat ('Discharge Certificate') lui donnant automatiquement droit au statut de vétéran.⁴

On distingue de manière générale deux types de blessures: les blessures physiques, c'est-à-dire celles de la chair, qui peuvent conduire par exemple à la perte d'un membre ou à une défiguration, et les blessures psychologiques, qui altèrent le fonctionnement psychique et sont susceptibles de mener à un état dépressif, d'anxiété générale ou de 'Post-Traumatic Stress Disorder' (PTSD : état de stress post-traumatique).

La Seconde Guerre d'Irak et l'engagement en Afghanistan ont particulièrement mis en exergue le problème de la prise en charge des vétérans blessés et de leur réinsertion sociale. Afin de comprendre ce phénomène, il est nécessaire de mettre en avant quelques caractéristiques de ces deux conflits.

Tout d'abord, dans un cas comme dans l'autre, nous sommes en présence de conflits asymétriques. Cela signifie que les acteurs collectifs en lutte ne disposent pas de moyens, d'infrastructures et de formation comparables. Les combattants ont recours à des

³ En 2007, le *Department of Veterans Affairs*, l'une des institutions responsables de la prise en charge et du soutien des vétérans à leur retour d'opérations, estimait qu'un peu moins de 200 000 vétérans américains étaient sans domicile fixe.

⁴ Department of Veterans Affairs, *State Veteran Status Eligibility*, acts of 2005, ch.130.

méthodes d'action différentes et poursuivent des objectifs de nature distincte. Il existe de profondes disparités entre les moyens militaires, économiques et logistiques des soldats américains et de leurs adversaires. En conséquence, l'armée américaine se retrouve confrontée en Afghanistan, comme durant la deuxième grande phase de la Seconde Guerre d'Irak, à un conflit de type 'guérilla', caractérisé par des tactiques spécifiques comme les embuscades, les explosions d'IED ('Improvised Explosive Devices' : bombes artisanales) au passage des véhicules militaires, ou bien encore les actions terroristes de plus grande ampleur, telles que les attaques suicides en centre-ville, etc.

On peut souligner deux conséquences à cette première particularité des guerres menées actuellement par les USA. La première est l'augmentation du facteur stress dans le comportement des soldats : l'ennemi est invisible, diffus, susceptible de frapper n'importe qui, n'importe quand. Le fantassin n'est pas le seul exposé à ce type de risque. Les conducteurs de convois, les constructeurs de routes, les démineurs, ou même encore ceux qui restent sur les bases ou se rendent sur les lieux des attentats pour récupérer leurs camarades défunts ou blessés le sont tout autant.

La deuxième conséquence est à associer avec une seconde particularité des guerres actuellement menées par les États-Unis : la protection accrue et l'amélioration de la prise en charge médicale des soldats. Les bombes artisanales sont un des moyens les plus employés par les adversaires de l'armée américaine, et leurs effets ne sont pas forcément meurtriers. D'autant que les USA se sont adaptés en renforçant la protection de leurs soldats et de leurs véhicules, et en améliorant la prise en charge immédiate des blessés. Au bout du compte, si l'on associe ces deux caractéristiques – conflit de type guérilla, protection accrue et soins médicaux plus efficaces –, on obtient le résultat suivant : l'armée américaine a proportionnellement moins de morts et plus de blessés que par le passé, ce qui permet de comprendre en partie pourquoi les conflits irakien et afghan font de nouveau émerger la question de la prise en charge des vétérans.

Ce phénomène était déjà apparu avec la guerre du Vietnam. Environ 3 millions d'Américains y ont été envoyés, 300 000 en sont revenus blessés, une hospitalisation s'est avérée nécessaire pour plus de la moitié d'entre eux, et un quart sont invalides. Grâce aux progrès de la médecine et aux évacuations en hélicoptère, beaucoup plus de vies ont pu être sauvées qu'au cours des guerres précédentes – précisément : 300% de plus.⁵ Cependant la plupart de ceux qui ont survécu sont restés invalides ou psychologiquement gravement atteints, ce qui a conduit des dizaines de milliers d'entre eux à la consommation de drogues et d'alcool.

Si à l'époque de la guerre du Vietnam cinq soldats sur huit survivaient lorsqu'ils étaient sévèrement blessés, sept blessés sur huit sont aujourd'hui sauvés de la mort⁶ (on estime qu'un soldat est 'sévèrement blessé' lorsqu'au moins une des ses principales fonctions physiques, telle que la respiration, l'ouïe ou la vue est affectée pour au moins 12 mois). Beaucoup de blessures qui étaient auparavant mortelles ne le sont plus. La prise en

⁵ Danitz, 1997.

⁶ President's Commission on Care..., 2007.

charge des vétérans blessés, physiquement et psychologiquement, est ainsi devenue un défi majeur pour le gouvernement américain et les institutions qui en ont la responsabilité.

Une réalité difficile à connaître

Dans le but de mieux saisir l'ampleur du problème, l'armée américaine a décidé en 2003 de réaliser un programme de recherche sur les problèmes mentaux des vétérans revenus d'Irak et d'Afghanistan. Cette étude s'est étalée sur un an, de mars 2003 à avril 2004, et a consisté à interroger des soldats ayant été déployés en Irak, en Afghanistan et sur d'autres théâtres d'opérations, afin de mesurer la corrélation entre le taux d'attrition, le pourcentage de ceux qui utilisent les services de soins, et de ceux qui ont été engagés dans des phases de combat. L'objectif était également de mesurer l'efficacité du système de prise en charge des soldats, ainsi que la pertinence du questionnaire qui leur est distribué juste après leur déploiement pour savoir s'ils ont besoin d'un soutien médical. Le questionnaire, nommé 'Post-Deployment Health Assessment' (PDHA), a été rempli par les soldats immédiatement après leur retour d'opérations. L'étude a été conduite auprès de plus de 300 000 soldats et *Marines*, et a notamment été supervisée par le colonel Charles W. Hoge, médecin renommé dans le domaine psychiatrique.⁷

Les résultats sont éloquentes: 19,1% des soldats interrogés revenus d'Irak montrent les caractéristiques d'un problème mental, contre 11,3% pour ceux d'Afghanistan et 8,5% pour les autres opérations extérieures. 35% des vétérans d'Irak interrogés ont eu accès aux services de consultation, 12% d'entre eux ont été diagnostiqués malades. Mais, au total, si plus de la moitié de ceux qui présentaient des troubles (selon le programme) ont été informés qu'ils pouvaient bénéficier d'un suivi approfondi, leur part représente moins de 10% des militaires qui suivent un traitement. Ainsi, en 2006, seulement 17% des soldats et des *Marines* ont été soignés pour des symptômes de PTSD, alors que 60% des soldats reconnus comme manifestant des symptômes de PTSD, d'anxiété générale ou de dépression n'ont pas bénéficié de soins après l'Irak! Il est nécessaire de souligner que deux tiers de ceux qui ont eu accès aux services de soins s'y sont rendus dans les deux mois qui ont suivi leur retour. Or, il y aurait une augmentation importante des problèmes mentaux trois ou quatre mois après le déploiement. Ce premier programme aurait donc sous-estimé l'ampleur du phénomène.

C'est la raison pour laquelle le Département de la Défense a commandité une deuxième étude aux mêmes chercheurs. L'objectif était de prendre en compte ce délai minimum moyen de survenue et de déclaration de problèmes mentaux de la part des soldats à leur retour d'opérations. Cette seconde étude, le 'Post-Deployment Health Re-Assessment' (PDHRA), les a donc interrogés immédiatement et trois à six mois après le retour aux États-Unis.⁸

Les chiffres sont encore plus alarmants: 20,3% des soldats d'active et 42,4% des réservistes envoyés en Irak sont atteints de troubles mentaux. Dans les familles des

⁷ Hoge, Auchterlonie & Milliken, 2006.

⁸ Hoge, Auchterlonie & Milliken, 2007.

vétérans, les conflits sont multipliés par 4 et les problèmes liés à l'alcoolisme sont nombreux, en opérations comme au retour. Une fois de plus, la plupart des soldats qui utilisent les services de soin n'ont pas été identifiés par le questionnaire, et un groupe de travail (*Task Force*) mandaté par le Congrès a estimé que le Département de la Défense n'arrivait pas à gérer ce problème, les services de soins psychologiques étant surchargés et sous-équipés en ressources et en personnels. Les systèmes d'allocation de pensions sont également pointés du doigt, puisque les familles n'ont généralement accès qu'au réseau d'assurance *Tricare*, considéré comme inéquitable et inefficace. *Tricare* dépend du Département de la Défense et, pour les réservistes, particulièrement concernés par les problèmes de PTSD, les pensions expirent au bout de 6 mois, tandis que celles du *Veterans Affairs* se terminent 24 mois après le retour à la vie civile.

Réponses institutionnelles et moyens mis en œuvre

La Deuxième Guerre mondiale marque un tournant d'envergure dans l'histoire de la gestion des vétérans américains. Près de 672 000 hommes et femmes y furent blessés, contre 405 000 tués. Pour pallier le fléau que représentait le retour de centaines de milliers de blessés, le Président Franklin D. Roosevelt signa le 22 juin 1944 le *Servicemen's Readjustment Act*, plus connu sous le nom de *GI Bill of Rights*. Les trois axes d'effort étaient de garantir un accès à l'éducation et à la formation pendant une durée de quatre ans, de lutter contre le chômage, enfin d'assurer des logements à bas prix pour les anciens combattants. Le *GI Bill of Rights* a ainsi investi plusieurs milliards de dollars pour permettre à des millions de vétérans de se réinsérer – et d'échapper aux crises économiques et au chômage de masse qu'on redoutait à l'issue du conflit. Il reste aujourd'hui l'un des socles de la politique menée par le gouvernement américain pour gérer la prise en charge des vétérans.⁹

La Guerre du Vietnam (1965-1975) fut une nouvelle étape dans l'évolution des institutions. Pendant cette période, plus de 6 millions de vétérans sont passés sous les drapeaux. Parmi eux, la proportion de blessés fut plus grande que lors des guerres précédentes. En 1972, l'armée américaine comptait dans ses rangs près de 310 000 blessés au combat. La crise économique survenue aux États-Unis au même moment fit que de nombreux vétérans se retrouvèrent sans emploi. Le gouvernement adopta une série de réformes, dont le *Vietnam GI Bill*, qui favorisèrent l'accès à l'éducation et à la formation professionnelle. Ces mesures furent efficaces, mais devant la croissance cumulée du nombre des anciens combattants (ceux de la Seconde Guerre mondiale avaient près de 65 ans), le 25 octobre 1988, le Président Reagan décida de la création d'une nouvelle agence fédérale destinée à mieux gérer leur situation: le *Department of Veterans Affairs*.¹⁰

Cette institution est encore aujourd'hui l'une des deux institutions majeures, avec le Département de la Défense, responsable de la gestion des vétérans. Elle a été fondée en vue d'atteindre trois objectifs principaux: assurer la meilleure restauration possible des

⁹ Department of Veterans Affairs, *Veterans Affairs History in Brief*, http://www1.va.gov/opa/publications/archives/docs/history_in_brief.pdf.

¹⁰ *Ibid.*

capacités des vétérans blessés (sur le plan physique, mental, ainsi que du point de vue de leurs conditions de vie), permettre une transition en douceur du milieu militaire vers le milieu civil, enfin assurer un devoir de mémoire.¹¹ Le *Department of Veterans Affairs* est ainsi subdivisé en trois administrations: la *Veterans Health Administration* gère l'accès des vétérans aux soins médicaux, la *Veterans Benefits Administration* gère le soutien social et financier, enfin la *National Cemetery Association* s'occupe des cimetières nationaux.¹²

Les moyens mobilisés pour faire face au problème de la réinsertion des vétérans sont aujourd'hui énormes. Il existe 68 organismes de soins et 154 cliniques dépendantes de l'armée, ainsi que 153 centres médicaux et 875 cliniques dont le *Veterans Affairs* est responsable. Ce dernier met également en œuvre de multiples actions dont des programmes majeurs tels que le *PTSD [Post-Traumatic Stress Disorder] Program*, qui délivrent des soins médicaux ou bien des soutiens financiers et sociaux spécifiques aux soldats revenant d'Irak et d'Afghanistan (entre autres). Au niveau local, ce sont actuellement 232 centres, les *Vet Centers*, dotés d'équipes spécialisées, qui soutiennent, conseillent et aident les vétérans et leurs familles. S'y ajoute un volet financier destiné à attribuer des pensions (*Tricare* par exemple) ou à autoriser des déductions d'impôts, des programmes d'aide à la réinsertion sociale visant un retour progressif à l'emploi, une facilitation de l'accès à l'éducation ou une prise en charge spécifique des finances, etc.¹³

Le rôle des associations n'est pas non plus à négliger. Les programmes fédéraux sont en effet renforcés par les actions de plus d'un millier d'initiatives du secteur privé. Communautés religieuses ou laïques, bénévoles en tout genre, aident les vétérans blessés et leurs familles à trouver un logement, à assurer leurs déplacements ou bien à financer certains projets à court terme. On peut citer, entre autres, la *McCormick Foundation*,¹⁴ qui est l'une des plus importantes organisations dispensatrices d'aides (1,2 milliards de budget), et a notamment participé au financement de la campagne *Operation Healing Freedom*. On doit également mentionner l'action d'organisations telles que *Homes for Our Troops*¹⁵ ou des *Volunteers of America*,¹⁶ qui aident à la construction de logements pour les anciens combattants. Le *Department of Veterans Affairs* estime que des associations de vétérans, ou des groupes tels que l'*American Legion*,¹⁷ peuvent également jouer un rôle-clé dans la prévention des suicides d'anciens combattants.

Il est par conséquent possible d'affirmer que le gouvernement américain a conscience des problèmes qui se posent au retour des soldats engagés en opérations extérieures. Après le scandale de 2007 – des vétérans d'Irak végétant dans un hôpital de Washington au sein duquel les conditions d'hébergement étaient mauvaises –, le Président Bush avait proposé un budget de plus de 86 milliards de dollars pour les services aux

¹¹ Veterans Affairs, *About V.A : Mission, Vision, Core Values and Goals*, www.va.gov/avout_va/mission.asp.

¹² Veterans Affairs, *About VA, History*, *loc.cit.*

¹³ President's Commission on Care..., 2007, *loc.cit.*

¹⁴ Easter Seal, 2008.

¹⁵ Kaufman, 2008.

¹⁶ McClatchy, 2008.

¹⁷ American Legion, 2009.

anciens combattants.¹⁸ Plus récemment (1^{er} août 2009), Barrack Obama a mis en application le *Post-9/11 GI Bill*, inspiré du premier GI Bill of Rights de Roosevelt. Ce nouveau texte a pour but d'allouer des avantages aux soldats ayant servi dans les forces armées après les attaques terroristes du 11 septembre 2001. Il s'agit d'augmenter le soutien au logement et à la formation professionnelle pour favoriser la réinsertion dans le secteur civil. Au total, d'ici 2013, 500 000 vétérans de plus pourront bénéficier de ce nouveau système de compensation, alors qu'ils en étaient auparavant exclus – bénéficiaires susceptibles, sous certaines conditions, d'être élargis aux membres de la famille.¹⁹

Afin d'améliorer les résultats des politiques publiques à l'égard des vétérans, le gouvernement américain a mis sur pied, en 2007, une Commission dont la mission était de faire un bilan de l'efficacité du système de prise en charge des vétérans et de formuler un certain nombre de recommandations sur les réformes institutionnelles à entreprendre. Le 7 mai 2009, le Président Obama a annoncé le budget prévisionnel du *Department of Veterans Affairs* pour 2010, soit près de 113 milliards de dollars.²⁰ Cela représente une augmentation de 15% par rapport à l'année précédente, mais c'est également la plus forte augmentation demandée par un Président depuis 30 ans. Les fonds seront notamment utilisés pour financer les programmes médicaux (43%), les compensations obligatoires (50%) et spécialisées (2%), ainsi que des programmes de construction (2%) et de technologie de l'information (3%).²¹ L'objectif final est, pour le Secrétaire aux *Veterans Affairs*, de transformer le département en une institution beaucoup plus coordonnée, centrée sur les patients et capable d'anticiper les actions à venir pour lutter contre les difficultés persistantes, telle que l'exclusion sociale des vétérans.

Des difficultés persistantes

Malgré les efforts du gouvernement américain, certains indices suggèrent que la prise en charge des vétérans blessés se heurte toujours à certaines limites. En effet, si on se base sur les critères suivants: les soins psychiatriques, l'alcoolisme, le stress post-traumatique, les conflits interpersonnels entre le soldat et ses proches, la dépression, le nombre de sans domicile fixe, le chômage et enfin les taux de suicide, on se rend compte que le processus d'exclusion d'un vétéran de retour de la Seconde Guerre d'Irak et d'Afghanistan s'effectue beaucoup plus rapidement que dans le cas des vétérans du Vietnam.²²

Les deux études du Département de la Défense citées précédemment montrent qu'il y a une forte corrélation entre les problèmes mentaux et le taux d'attrition (17,3% pour les vétérans d'Irak).²³ Plus grave encore, 6 250 anciens militaires ont mis fin à leurs jours en 2005. Même si le risque statistique de suicide des vétérans d'Irak et d'Afghanistan n'est

¹⁸ LCI, 2007.

¹⁹ US Department of Veterans Affairs, *The Post-9/11 GI Bill*, www.gibill.va.gov.

²⁰ US Department of Veterans Affairs, *Budget*, www.va.gov/budget/products.htm.

²¹ *Ibid.*

²² Cypel, 2007.

²³ Hoge, Auchterlonie & Milliken, 2006, *op.cit.*

pas globalement différent de celui du reste de la population américaine, il existe des groupes très exposés, comme ceux qui ont joué un rôle actif dans la guerre ou ceux souffrant de problèmes mentaux. Ainsi, le taux de suicide de la tranche des 20-24 ans envoyés en Irak ou en Afghanistan est de 3,6 fois plus important que le taux moyen dans la société américaine. Par ailleurs, de manière générale, la tendance est à l'augmentation du taux de suicide des militaires.²⁴ D'après les statistiques militaires officielles, le nombre de soldats s'étant suicidés en 2008 est le plus élevé depuis trente ans: il a atteint 128 contre 115 en 2007 et 106 en 2006. Pour la première fois depuis la Guerre du Vietnam, le taux de suicide des militaires est plus élevé que celui de la population civile: il est de 20,2 pour 100 000 parmi les premiers, de 19,2 pour la seconde.²⁵ Enfin, les vétérans d'Irak et d'Afghanistan souffriraient particulièrement du chômage en cette période de crise, puisque 11% d'entre eux seraient sans emploi, contre 9,4% pour le reste de la population.²⁶

Comprendre l'exclusion

Avant de poursuivre, il paraît judicieux d'approfondir les notions de réinsertion et d'exclusion. On pourrait sans doute faire une différence entre ce qu'on appelle 'intégration' et 'insertion', puisque un individu inséré dans un milieu n'y est pas obligatoirement intégré. Emile Durkheim, fondateur de la sociologie française et initiateur d'un paradigme holiste (les actions de l'individu sont déterminées par les normes sociales du groupe dans lequel il évolue), définit l'intégration comme le processus par lequel le groupe social s'approprie l'individu pour assurer sa cohésion.²⁷

Le concept d'intégration dépasse donc celui d'insertion puisque la cohésion d'un groupe dépend de normes sociales qui doivent être intégrées par l'individu qui s'y insère. Cependant, l'amalgame courant des deux termes, dans le langage commun aussi bien que dans le langage politique, nous incite à les considérer comme équivalents. On parle en effet de politiques de 'réinsertion professionnelle', mais également de 'réinsertion sociale'. Or, dans ce dernier cas, l'objectif est bien de permettre l'intégration d'un individu dans un tissu social. On devrait donc logiquement plutôt employer le terme de 'réintégration sociale'. Pour éviter la confusion, nous emploierons donc le terme d' 'insertion' au même titre que celui d' 'intégration'.

On peut par ailleurs établir deux niveaux de réinsertion. Il peut tout d'abord s'agir de replacer un individu dans un environnement social qu'il a quitté. Dans ce cas, la réinsertion est équivalente à un simple 'retour'. Le second niveau – qui tend à confondre réinsertion et réintégration – consiste à réintroduire dans le 'tissu social' un individu qui en a été plus ou moins exclu. Notre recherche s'inscrit pleinement dans ce second cadre, et non dans le premier, qui a tendance à laisser supposer que la réinsertion n'est qu'un déplacement d'un milieu à un autre.

²⁴ Hoge, Auchterlonie & Milliken, 2007, *op.cit.*

²⁵ Alvarez, 2009.

²⁶ Zoroya, 2009.

²⁷ *Dictionnaire de sociologie*, Le Robert, Paris, 1994.

En toute logique, nous considérons également que le processus d'exclusion est contraire au processus d'intégration. Il est difficile d'attribuer la paternité d'un concept comme celui d'exclusion à un auteur particulier. Néanmoins, on admet souvent que le livre de René Lenoir paru en 1974, *Les Exclus, un Français sur dix*, en est à l'origine. En 1995, Robert Castel compare la notion d'exclusion à celle de paupérisme, phénomène qui a marqué le 19^e siècle, et explique que toutes deux renvoient à la précarité de l'emploi, à l'absence de qualification, au chômage et à l'incertitude de l'avenir.²⁸ Ceux-ci provoquent des risques de perturbations pour la société dans son ensemble, et incitent à la mise en œuvre de réformes sociales. Cependant, même si les deux notions expriment une nouvelle condition constituée de privation matérielle, de dégradation morale et surtout de désocialisation,²⁹ les similitudes ne sont pas totales. Le paupérisme est la 'question sociale' du siècle précédent. Il caractérise l'entrée dans une société industrielle qui rabaisse l'homme au travail, affaiblit sa volonté et l'épuise. L'exclusion est quant à elle une problématique actuelle, qui traduit la crise structurelle des fondements de la société industrielle, dont le refoulement de certaines personnes hors de la sphère productive est la conséquence.

La signification de la notion d'exclusion reste malgré tout difficile à fixer. Nous retiendrons finalement celle de Robert Castel dans *La Métamorphose de la question sociale. Une chronique du salariat*, même si celui-ci écarte le mot d'exclusion. On définira ainsi l'exclusion comme :

le résultat d'un double processus de paupérisation et de perte de relation. Les deux processus étant d'ailleurs distincts et non systématiquement cumulables, mais pouvant aussi s'entraîner dans une spirale infernale jusqu'au moment où l'individu devient surnuméraire, ne reçoit plus rien et ne fournit plus aucune contribution à la société (p.318).

Pour analyser ce qu'est l'exclusion, il faut donc se placer dans un cadre dynamique : il s'agit d'un processus, c'est-à-dire d'un cumul de facteurs qui entraînent un refoulement des vétérans blessés hors des sphères productives et sociales. Néanmoins, nous nous écarterons de la définition de Robert Castel dans le sens où nous considérerons qu'il n'est pas nécessaire qu'un individu "*ne reçoive plus rien*" pour caractériser l'exclusion. En effet, la définition précédente se rapproche presque d'une totale désinsertion de la société qui, quand on y songe, ne correspond réellement qu'à l'exil ou à la mort. Si l'on se référait à cette stricte définition, seuls les vétérans qui ne perçoivent pas d'aides sociales pourraient être qualifiés d'exclus. Or, il existe des *degrés* d'intégration et d'exclusion, qui varient en fonction de l'intensité et du nombre des facteurs en jeu.

Une étude de cas

Pour mieux comprendre les problèmes de réinsertion des vétérans, s'intéresser au cas des *Marines* semble particulièrement pertinent, puisque ces soldats, très souvent

²⁸ Castel, 1995.

²⁹ Paugam, 1996.

engagés dans des opérations de combat, font partie des populations qui risquent d'être les plus touchées par les facteurs pouvant mener à l'exclusion. En effet, les risques de PTSD ne semblent pas varier selon l'âge, le sexe ou la 'race', mais on constate que les unités des *Marines* ou de l'*Army* sont 3,7 fois plus touchées par le phénomène que les unités de l'Armée de l'air ou de la Marine (11% contre 3%). En outre, les pourcentages des individus affectés par des problèmes psychologiques sont deux fois plus élevés chez les militaires du rang que chez les officiers (10% contre 5%).³⁰

Le Corps des *Marines* des États-Unis est quotidiennement confronté aux réalités du terrain lorsqu'il est déployé en Irak et en Afghanistan. Il possède une très bonne réputation, notamment au sein du Congrès, qui lui permet d'avoir d'énormes ressources financières et d'abondants moyens matériels. Cette réputation n'est pas imméritée puisque les *Marines* sont constamment parmi les premiers à être engagés sur les théâtres d'opérations, et à y rester. Ils jouissent d'une grande expérience dans le domaine du combat, acquise au prix de nombreux morts et blessés. Ils sont donc parmi les premiers à être concernés par le système de prise en charge des vétérans blessés, tant au niveau physique que psychologique.

Par ailleurs, la base militaire de l'*US Marine Corps* à Quantico (Virginie) est un endroit privilégié pour le recueil de données. Elle est en effet l'un des plus gros centres destinés à l'entraînement des *Marines*, et s'étend sur près de 260 km². Couramment considérée comme le 'carrefour du Corps des *Marines*' (*Crossroads of the Marine Corps*), elle est un passage obligé pour tous les officiers désireux de servir dans ce corps. Elle regroupe entre autres l'*Officer Candidate School* (OCS) et *The Basic School* (TBS) pour la formation des officiers, le *Corps' Combat Development and Command* pour le développement des stratégies de combat spécifiques aux *Marines*, ou encore la *Marine Corps University* (MCU) dont la bibliothèque rassemble de très nombreux ouvrages, rapports et articles de presse. Dans le cadre de notre étude, deux centres ont tout particulièrement attiré notre attention. Le premier est celui qui s'occupe de mettre en œuvre le *COSC Program* (Combat Operational Stress Control), dont l'objectif est de préparer psychologiquement les *Marines* au combat afin de prévenir les blessures psychologiques. Le deuxième est le centre de commandement du *Wounded Warrior Regiment*, particularité du Corps des *Marines* dont la mission est d'aider les *Marines* ou anciens *Marines* blessés, ainsi que leurs proches, dans toutes les étapes importantes de leur réinsertion. Quantico est également situé non loin de Washington et de Fredericksburg où se trouvent des hôpitaux militaires réputés s'occupant de la prise en charge et de la rééducation des vétérans, comme le célèbre *Walter Reed Army Medical Center*.

Dans la mesure où est impossible de travailler sur toutes les formes de réinsertion des militaires blessés, nous nous restreindrons à la réinsertion dans le milieu civil, après leur départ de l'institution militaire, des *Marines* blessés. Nous considérerons que cette réinsertion se fait aussi bien sur le plan économique (obtention d'un emploi par exemple) que sur le plan social (maintien, création ou développement d'un réseau social, structure familiale stable, etc.) Même si aujourd'hui l'opinion publique a tendance à se focaliser sur

³⁰ Kang & Hyams, 2005, *op. cit.*

les effets néfastes des blessures psychologiques, les images des vétérans gravement brûlés ou amputés restent gravées dans la mémoire de ceux qui les voient. Tous les types de blessés seront donc pris en compte.

Hypothèses

Pour comprendre pourquoi les difficultés de la réinsertion des anciens combattants dans le milieu civil persistent, trois pistes paraissent intéressantes à explorer. La première porte sur la prévention des problèmes se posant le plus fréquemment aux vétérans de retour à la vie civile, et sur la gestion de leurs conséquences à très court terme. Il s'agit de se pencher sur la préparation des troupes avant le déploiement en opérations extérieures – spécifiquement sur la préparation psychologique –, ainsi que sur les mesures adoptées immédiatement après une situation de combat ou au retour d'opérations, lorsqu'un combattant est blessé ou probablement atteint psychologiquement. Notre première hypothèse pose ainsi la question de la nature et du degré de prise en charge des soldats et des blessés en amont: au niveau de la préparation avant la projection en opération extérieure, de la gestion sur place des problèmes de santé mentale, enfin de la prise en charge immédiate au retour des soldats, des blessés psychologiques en particulier.

La deuxième piste questionne l'efficacité des institutions et des politiques publiques dédiées à la gestion des vétérans américains. Le gouvernement des États-Unis engage d'énormes moyens pour pallier les difficultés de réinsertion des vétérans blessés. Il peut néanmoins exister un décalage entre ce qui relève de la théorie – les budgets alloués par exemple –, et l'action telle qu'elle se déroule réellement, en hôpital entre autres. L'objectif est donc ici de détecter et de comprendre les éventuels écarts existant entre ce que l'on attend d'une institution et ce qu'elle est concrètement capable de faire. La question se pose également au niveau des relations complexes entre les diverses institutions et organisations œuvrant à la réinsertion des vétérans blessés. La multiplication des initiatives individuelles et la décentralisation de la prise de décision, expressions de la culture libérale qui prévaut aux États-Unis, n'aboutissent-elles pas à des effets inattendus, voire contraires à ce qui était prévu?

On ne peut pour terminer entreprendre une recherche sur le thème de la réinsertion des vétérans blessés sans prendre en compte ce qui fait leur cœur de leur situation: la blessure. Celle-ci est en effet un point central du processus de réinsertion, car elle a des répercussions non seulement sur les aptitudes – physiques et/ou mentales – du vétéran, mais également sur la perception qu'autrui a de lui, perception sociale qui joue enfin sur l'image que ce dernier a de lui-même. Cette double perception est primordiale: il y a fort à parier que c'est d'elle que souffre le plus la population qui nous intéresse, car elle est à l'origine, pour le vétéran, d'incertitudes sur son aptitude à servir au sein de l'institution militaire, d'appréhensions quant au fait de retrouver un emploi dans le milieu civil, et bien sûr de la peur du regard des autres.

Cette peur est liée au changement imposé de son apparence dans le cas d'une blessure physique, à l'impossibilité de contrôler son comportement dans celui d'une

blessure psychique. Or, ces transformations marquent une différence avec les individus qui se perçoivent comme ‘normaux’.³¹ Il existe dans toute société des normes qu’on peut qualifier de centrales; tout individu qui possède un comportement ou des caractéristiques ne correspondant pas aux normes centrales du milieu social dans lequel il vit est considéré par les autres comme *déviant*.³² La déviance n’est pas nécessairement contraire à la norme; elle peut être seulement un écart à la norme. Le phénomène de déviance existe à partir du moment où des individus ‘normaux’ *catégorisent* d’autres individus comme déviants. Elle qualifie le regard que portent les individus qui correspondent aux normes centrales d’une société sur ceux qui s’en écartent et qui sont par conséquent des ‘non normaux’. La déviance n’est donc pas innée³³: ce sont les individus qui la créent en catégorisant d’autres personnes qui, elles-mêmes, acceptent et intériorisent ces qualifications. Ainsi, un soldat qui perd un membre en opération sait que dorénavant, quoiqu’il fasse, il sera handicapé. Non pas seulement parce qu’il possède un handicap qui le contraint dans ses mouvements, mais parce que les autres vont le *voir* et le *traiter* comme un handicapé.

Ceci n’est pas sans incidences pour l’individu concerné, car être catégorisé ‘déviant’ n’est pas seulement une qualification, c’est aussi une stigmatisation. Le vétéran blessé est donc potentiellement porteur d’un *stigmat* qui se révèle lors de ses *interactions* avec autrui. Il paraît ainsi pertinent d’analyser la blessure, psychologique ou physique, en tant que stigmat, et de questionner l’expérience de la réinsertion des vétérans blessés dans le milieu civil comme expérience d’interactions sociales stigmatisantes.

Sans pour autant être exhaustives, ces trois hypothèses balayent la problématique à plusieurs niveaux afin d’en avoir une vision globale. Elles prennent sens dans le cadre d’une méthodologie fondée sur les paradigmes de la sociologie compréhensive et de l’interactionnisme. On ne livrera ici que quelques éléments d’analyse de la première hypothèse, renvoyant le lecteur désireux d’en savoir plus à la lecture du mémoire dont cette note est issue.³⁴

Prévention et gestion immédiate des blessures psychiques

Avant l’engagement l’opérationnel

On peut affirmer qu’il n’est pas possible d’anticiper une blessure physique liée au combat. On ne peut se préparer à recevoir des éclats de grenade et on ne décide pas du moment où on les reçoit. De même, on ne peut adapter le corps humain à mieux résister aux impacts des balles (sauf à améliorer la protection des véhicules et des gilets). Il semble en revanche possible aujourd’hui de préparer psychologiquement les soldats aux réalités et

³¹ Goffman, 1975.

³² La déviance l’est toujours par rapport à une norme particulière : une personne qui évoluerait dans un milieu où elle serait seule, aussi étrange soit-elle, ne pourrait être considérée comme déviante puisqu’il n’y aurait pas de normes à transgresser.

³³ Contrairement à ce qu’ont pu penser les scientifiques avant les années 1960, qui considéraient que la déviance était une caractéristique intrinsèque aux déviants.

³⁴ Cyril Berquet, *Les enjeux de la réinsertion des vétérans blessés aux États-Unis : le cas des Marines de retour d’Irak et d’Afghanistan*, Mémoire de Master (Saint-Cyr/ Rennes-II), 2010. Consultable à l’adresse suivante : http://www.st-cyr.terre.defense.gouv.fr/ressources/10343/03/memoire_sl_t_berquet.pdf .

à la violence des opérations qu'ils vont effectuer. Des études montrent que la durée des opérations actuelles (au moins six mois), le nombre de déploiements et le temps de récupération entre chaque projection aggravent considérablement l'ampleur des troubles psychologiques chez les soldats concernés.³⁵ Ces troubles sont d'autant plus importants que les soldats envoyés en opérations sont souvent très jeunes et n'ont pas toute la maturité nécessaire pour prendre du recul. Dans le cas précis des *Marines*, la population concernée est structurellement jeune puisque les soldats signent des contrats de 4 ans qui ne sont que peu renouvelés.³⁶

Ainsi, l'*Army* et le *Marine Corps*, qui enregistrent les taux les plus élevés de problèmes mentaux parmi leurs effectifs, ont développé des programmes de soins ayant pour but d'assister psychologiquement les soldats et leurs familles tout au long du processus de déploiement. Le programme de l'armée de terre s'intitule *Army Battlemind Program*. Il fournit des entraînements particuliers et des renseignements à titre préventif qui sont utiles à chaque étape majeure du cycle de projection – avant, pendant et après. Le contenu du programme varie en fonction des grades. Il date de 2005 et a été conçu pour être culturellement bien accepté par les soldats. Il se focalise sur la cohésion et le rôle des chefs. Il existe également d'autres projets qui complètent *Battlemind*, tel que le *Comprehensive Soldier Fitness Program*, qui possède également un volet d'entraînement physique. Les *Marines* ont, quant à eux, mis au point le *Marine Corps COSC Program (Combat Operational Stress Control)*. Ce programme comprend toutes les politiques et mesures qui traitent, identifient et limitent les effets des blessures psychiques développées au cours des opérations de combat. Il a aussi été créé en 2005, et diffère des autres programmes dans le sens où il place toute la responsabilité des événements sur les cadres.

Ces programmes ne se focalisent pas seulement sur la préparation psychologique des soldats, mais incluent également, pour la majorité d'entre eux, un soutien à la famille. On ne doit pas limiter par conséquent l'analyse de la préparation pré-déploiement au seul endurcissement psychologique des soldats: il faut également se pencher sur les autres mesures préventives prises pour lutter contre certains facteurs aggravants les problèmes mentaux au retour d'opérations. Il s'agit surtout de la lutte contre la consommation d'alcool ou de drogues. On abordera le cas spécifique des suicides dans la section consacrée à la phase post-opération.

Bien que constituant des avancées indéniables, ces programmes souffrent d'un manque de diffusion au sein des forces armées américaines, comme le souligne le colonel Doolin.³⁷ Le fait qu'ils ne soient pas suffisamment répandus relève-t-il cependant seulement d'un manque d'information des officiers et des soldats, ou bien s'agit-il plutôt d'un problème d'ordre culturel? Suffit-il de diffuser un message pour que celui-ci soit entendu?

³⁵ Voir Mental Health Advisory Team V, 2008.

³⁶ Manpower Briefing, 26 septembre 2009.

³⁷ Doolin, 2009, pp.74-80.

Rien n'est moins sûr. Plusieurs facteurs indépendants de l'amélioration de la communication interne nous paraissent susceptibles d'influer sur la réalisation des programmes. Le premier est le facteur temps: les délais de la phase de préparation aux opérations extérieures et les préparatifs du départ contraignent les individus à se former à ce qui sera d'utilité première, comme par exemple les attitudes appropriées face à diverses attaques et bien sûr le drill, dont l'objectif est de faire acquérir des réactions réflexes dans un ensemble de situations données.

La perception de l'utilité de ces programmes d'entraînement au stress est un second facteur d'importance. Il est sans doute difficile pour un soldat d'estimer dans quelle mesure il peut être atteint par des troubles psychologiques. Le PTSD est une blessure invisible: on en appréhende beaucoup moins bien les conséquences que dans le cas de blessures physiques. S'il nous est possible d'imaginer ce que serait notre vie s'il nous manquait un membre, on ne peut se mettre à la place d'un traumatisé psychologique. De plus, une même situation – par exemple l'explosion d'un IED – engendrera un traumatisme chez certains soldats, mais pas chez tous. Ainsi, on peut raisonnablement faire l'hypothèse que pour beaucoup de militaires, il est difficile de s'auto-identifier comme de possibles blessés psychologiques: plus ou moins inconsciemment, on se dit que c'est l'*Autre* qui sera atteint – c'est-à-dire celui qu'on identifie *a priori* comme moins résistant que soi. A cela s'ajoute le fait que lors de la phase de préparation, l'individu est normalement psychologiquement apte, et peut alors considérer qu'il n'a rien à améliorer, et verra plus tard quoi faire s'il a des problèmes.

Enfin, le troisième facteur dépend du contexte dans lequel évoluent les soldats. Il s'agit des normes de *virilité* de la culture militaire. Dans l'*Army* et le *Marine Corps*, les valeurs d'endurance, de fiabilité et de force sont symboliquement centrales. Elles se traduisent par des attitudes et des comportements contradictoires à ceux qu'impliquent les programmes de préparation à la gestion des troubles psychologiques. Il faut être "*Strong in the Army Strong*",³⁸ tandis que les *Marines* recherchent "*A Few but Good Persons*".³⁹ Or, s'intéresser à ce type de programme, c'est admettre que l'on est susceptible d'avoir des problèmes psychologiques, donc de n'être pas fiable face à certaines situations alors que d'autres le sont.

On en arrive ainsi à un possible effet pervers des programmes: la préparation psychologique peut être négativement interprétée comme une preuve de faiblesse, alors que c'est en toute logique une bonne mesure à prendre. L'issue au problème est donc en grande partie culturelle, ce qui semble être également le cas pour les contraintes pesant sur les mesures de prévention de la consommation d'alcool et de drogues.

En opérations

Qu'en est-il du suivi des programmes pendant la phase de déploiement? Il s'agit ici d'un des problèmes centraux de la prise en charge des soldats au plan psychologique. Le

³⁸ Slogan publicitaire de l'*US Army*.

³⁹ Slogan publicitaire de l'*US Marine Corps*.

film *Battle for Haditha* de Nick Broomfeld, sorti en 2008, en témoigne. Il se déroule en Irak et raconte ce que l'on qualifiera plus tard de "massacre d'Haditha", durant lequel des *Marines* tuèrent femmes et enfants.⁴⁰ On voit à travers ce film que les *Marines* sont livrés à eux-mêmes et qu'ils ne disposent d'aucun soutien psychologique, même lorsqu'ils font part de leurs doutes à leurs supérieurs.

Pour comprendre un tel événement, il faut tout d'abord préciser qu'en 2005 le COSC et le *Battlemind Program* n'étaient pas encore en application. Il est censé aujourd'hui y avoir un continuum des programmes durant la phase de projection. Il semble néanmoins qu'il y ait un manque de ce point de vue. On peut reprocher aux programmes de l'*Army* et des *Marines* de ne pas suffisamment inclure un entraînement et une formation continus sur les théâtres d'opérations. Après des événements particulièrement intenses, comme des embuscades, des débriefings sont réalisés par les cadres, mais aucune action n'est menée pour évaluer le niveau de stress que ressentent les soldats quotidiennement.⁴¹

Le *Marine Corps* semble d'ailleurs partager l'idée d'assurer un entraînement continu dans ce domaine pendant les opérations. Son Bulletin 6490 demande aux cadres d'assurer une "pause opérationnelle" juste avant le retour des troupes au pays, afin d'optimiser les bienfaits de la phase de transition vers le secteur civil. On pourrait adapter cette idée à différentes périodes de la projection pour permettre un suivi dans la formation psychologique des soldats. Les chefs profitent des moments de calme pour s'adapter aux techniques, aux procédures ou aux équipements: il doit en être de même pour les soldats. Ces moments sont importants car ils permettent les ajustements nécessaires à la réussite de la mission.

Si les chefs militaires sont responsables de la formation continue en opérations, ils ne sont pas psychologues pour autant. Il est donc nécessaire que l'armée puisse disposer de ce genre de personnels. Le colonel Doolin souligne cependant qu'il reste très difficile d'accéder aux soins, en opérations ou au retour.⁴² La raison en est simple: il n'y pas suffisamment de spécialistes disponibles. De plus, les professionnels qui possèdent ces compétences ne sont pas déployés sur les théâtres d'opérations. Or, c'est sûrement à ce stade que leur aide est la plus utile. Les aumôniers militaires, qui sont déployés avec les bataillons, disent que l'aide psychologique la plus efficace est celle dispensée sur le terrain, et qu'il est important pour un soldat de pouvoir parler de ses problèmes à une personne qui a partagé les mêmes conditions de vie. La crédibilité de la personne à qui les soldats parlent est ainsi primordiale. Dans un Corps comme celui des *Marines*, où la culture de l'expérience des combats est très forte, soit "on y était", soit "on n'y était pas".

Si déployer les aumôniers sur les théâtres d'opérations est une solution qui fonctionne, le colonel Doolin estime que cela devrait être aussi le cas pour les psychologues. Il est néanmoins important de prendre en compte le fait que parler à un

⁴⁰ Le 19 novembre 2005, un convoi de *Marines* est pris pour cible en Irak dans un attentat à Haditha. En représailles, les soldats attaquent brutalement les habitants du périmètre, faisant 24 morts, hommes, femmes et enfants.

⁴¹ Doolin, 2009, *op. cit.*, p.78.

⁴² *Ibid.*, p.75.

aumônier ou à un psychologue ne revient pas à la même chose. Dans le premier cas, l'échange est interprété comme relevant d'une aide morale et spirituelle. L'individu ne se considère pas – et n'est pas considéré par les autres – comme porteur de troubles psychologiques. Dans le second, l'échange est interprété comme une *consultation médicale*. L'objectif du psychologue est d'aider son patient, mais aussi d'évaluer les capacités mentales du soldat, autrement dit de juger de son aptitude à servir.

Il ne faut pas oublier non plus que les aumôniers sont culturellement bien acceptés dans l'institution militaire en raison de la profondeur historique de leur présence, qui leur permet de bénéficier au sein des armées d'une légitimité traditionnelle.⁴³ En France par exemple, il n'est pas rare d'entendre les récits héroïques d'anciens aumôniers qui ont accompagné les soldats au front.⁴⁴ Les *Marines* ont des traditions semblables, d'autant que la religion est plus fortement ancrée dans les mœurs aux États-Unis qu'en France. Il existe donc sans doute un ensemble de facteurs incitant les *Marines* à préférer l'avis d'un prêtre à celui d'un psychologue.

Enfin, le rôle des spécialistes dans le suivi des soldats ne devrait pas se limiter au seul domaine de la gestion du stress. La consommation d'alcool et de drogues est un problème que l'armée essaie également de prévenir. Sur les théâtres d'opérations, la consommation d'alcool est censée être strictement réglementée, voire inexistante. En réalité, il est quand même possible de s'en procurer, ainsi que certaines drogues. Or, diverses études montrent un fait important⁴⁵: les soldats qui ont des problèmes avec l'alcool ne sont que très rarement pris en charge par un traitement, le suivent peu ou ne le suivent pas du tout. L'explication la plus probable est que le suivi de ces traitements n'est pas confidentiel. La politique adoptée par l'armée en la matière est que l'accès au traitement implique obligatoirement l'action des chefs, ce qui peut nuire à la carrière du soldat si celui-ci n'arrive pas à se défaire de son addiction. Les logiques du secret médical et de l'information des chefs au sujet de l'aptitude mentale des soldats sont *a priori* contradictoires. Il n'est cependant pas absurde de penser qu'on puisse trouver une forme d'équilibre entre les deux.

Pour résumer, trois problèmes principaux se rencontrent pendant la phase de projection: le manque de confidentialité thérapeutique, la rupture du continuum de formation psychologique pourtant prescrit par les programmes, et enfin le nombre insuffisant de spécialistes pouvant fournir des soins dans un contexte où la culture militaire

⁴³ Max Weber distingue, dans *Economie et société*, trois formes de légitimités justifiant la domination et l'obéissance. La légitimité charismatique, qui repose " sur la soumission extraordinaire au caractère sacré, à la vertu héroïque ou à la valeur exemplaire d'un individu ou encore aux ordres révélés ou émis par celui-ci ", la légitimité rationnelle-légale, qui est fondée " sur la croyance en la légalité des règlements arrêtés et le droit de donner des directives qu'ont ceux qui sont appelés à exercer la domination par ces moyens ", et enfin la légitimité traditionnelle, qui est " la croyance quotidienne en la sainteté de traditions valables de tout temps et en la légitimité de ceux qui sont appelés à exercer l'autorité par ces moyens ". *Economie et société*, Paris, Plon, 1995 [1922], p.222.

⁴⁴ Notamment à Saint-Cyr, ou dans les salles de mémoire des régiments.

⁴⁵ Hoge, Auchterlonie & Milliken, 2007, *op. cit.*

tend à rendre les soldats réticents à aller consulter. Ces trois facteurs ont des répercussions sur le troisième cycle: le retour d'opérations.

De retour d'opérations

La phase de post-déploiement est une nouvelle période difficile à vivre pour les soldats. Il est dur de se réadapter à la vie de famille après avoir vécu, en bataillon, dans un pays en guerre, pendant parfois un an. Si les retrouvailles sont souvent l'occasion d'une 'euphorie émotionnelle', après quelques semaines les relations familiales peuvent devenir beaucoup plus tendues. Le conjoint parti en opérations a souvent tendance à vouloir partager ce qu'il a vécu, mais ne trouve pas forcément face à lui la personne la plus disposée à l'écouter. Cette dernière a en effet besoin qu'on reconnaisse que sa situation n'a pas été simple non plus – gérer seul une famille n'est pas chose aisée.

L'augmentation du nombre de divorces dans l'Army et dans le Marine Corps est un indicateur qui confirme nos propos. Dans l'Army, sur 287 000 couples dont un conjoint au moins est militaire, 10 200 ont divorcé l'année dernière, ce qui représente un taux de divorce de 3,5%. Ce taux est de 3,7% pour les Marines (3077 couples ont divorcé sur plus de 84 000 en 2008).⁴⁶ Les femmes sont particulièrement touchées, puisque 9,2% des Marines femmes divorcent, contre 3,3% de leurs homologues masculins. Des associations de vétérans précisent que ces chiffres sont sous-estimés, ne prenant pas en compte les divorces qui ont lieu après que les militaires ont quitté le service. En outre, certains couples restent mariés mais sont au bord de la rupture: une étude réalisée en Irak montre que 15% des soldats interrogés avaient l'intention de divorcer au retour.

Les guerres d'Irak et d'Afghanistan que livrent actuellement les États-Unis sont en partie responsables de l'augmentation du nombre de divorces parmi les militaires. La durée et le nombre de projections en sont les principales causes. Mais il faut également ajouter les problèmes mentaux des soldats au retour d'opérations, dont l'anxiété ou la colère aggravent les relations au sein des couples. Tous les services de l'institution militaire ont décidé de mettre en place un ensemble de mesures pour aider les familles. Sur la base du volontariat, *Battlemind* propose de discuter des problèmes de réadaptation. Les Marines ont créé des groupes de travail pour apprendre aux conjoints à gérer les conflits. Tout est fait pour simplifier la vie des familles: le ramassage scolaire, les meilleures écoles, les garderies, et même des week-ends organisés pour que les couples retrouvent une certaine stabilité. En informant les familles, l'objectif est également d'améliorer l'identification des soldats souffrant de blessures psychologiques: étant les premières au contact, il est important qu'elles soient au courant des différents symptômes.

L'identification des blessures psychologiques

S'il est relativement simple d'identifier un blessé physique, ce n'est pas le cas pour les soldats atteints de PTSD, de TBI (Traumatic Brain Injury) ou d'autres traumatismes psychologiques. Or, les études disponibles montrent que des centaines de milliers de soldats de retour d'Irak et d'Afghanistan souffrent de symptômes de stress nécessitant une

⁴⁶ Jelinek, 2008.

identification et un traitement rapides. Plus le temps passe, plus les problèmes s'aggravent. De retour d'opération, le colonel Doolin a interrogé ses *Marines*: la plupart trouvaient que la vie en régiment était monotone, qu'ils s'ennuyaient, et peu avouèrent avoir éprouvé des symptômes de stress liés aux combats – insomnies, anxiété, périodes de colère. Cependant, la plupart d'entre eux avaient considérablement augmenté leur consommation d'alcool, ce qui suggérait que certains problèmes n'étaient pas pris en compte.⁴⁷

Pourtant, l'armée dispose bien d'outils censés permettre l'identification des soldats traumatisés psychologiquement: les questionnaires PDHA et PDHRA.⁴⁸ On a déjà mentionné que le PDHA a tendance à sous-estimer l'ampleur des problèmes mentaux. Il consiste en une série de questions auxquelles le soldat répond lui-même (celui-ci peut mentir); il n'est évidemment pas anonyme (or, avouer des symptômes de traumatismes est potentiellement nuisible à la carrière); il manque de précision en ne se concentrant que sur la détection du PTSD et en ne distinguant pas les cas de dépression ou d'anxiété. Enfin, le PDHA écarte les problèmes d'alcoolisme et de consommation de drogues puisqu'il ne comporte aucune question sur ces sujets. Les problèmes sont sensiblement les mêmes pour le PDHRA. Même si des efforts ont été réalisés, notamment dans la diversification des questions, il n'enregistre que les 'aveux' des soldats. Il permet néanmoins d'obtenir une vue de la situation plus précise que le PDHA. En l'occurrence, plus précise signifie plus grave: les conflits dans les familles passent de 3,5 à 10,3%, les cas de PTSD de 11,8 à 16,7%, et ceux de dépression de 4,7 à 10,3%⁴⁹ – pour les militaires d'active.

L'identification post-déploiement des troubles psychologiques reste donc un problème central. Afin d'améliorer la situation, les officiers et les familles sont maintenant associés à l'identification des symptômes, même si leur diagnostic est en grande partie subjectif. Cette phase d'identification est pourtant vitale, notamment pour prévenir les tentatives de suicides dans les forces armées.

La question du suicide: un enjeu de taille croissante

Les militaires actuellement déployés en Irak et en Afghanistan sont les plus susceptibles de mettre fin à leurs jours. Les taux de suicide des militaires n'ont jamais été aussi élevés depuis trente ans, et dépassent ceux de la population civile. Un suicide peut avoir lieu avant, pendant ou après une opération, pour une multitude de raisons plus ou moins liées à la projection. Il est donc nécessaire d'analyser le suicide comme étant la conséquence d'un ensemble de facteurs, dont la consommation d'alcool et de substances illicites peuvent, entre autres, être des indicateurs auquel il faut s'attacher. Durant les quatre dernières années, 30% des suicides de l'*Army* ont eu lieu en opérations, 35% au retour d'opérations, les 35% restants n'avaient aucun lien avec les déploiements.⁵⁰ En ce qui concerne les *Marines*, 72% des suicides sont liés à un déploiement en opérations

⁴⁷ Doolin, 2009, *op. cit.*, p.74.

⁴⁸ Hoge, Auchterlonie & Milliken, 2007, *op. cit.*

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ Alvarez, 2009, *op.cit.*

extérieures.⁵¹ Si au total ce sont 42 *Marines* qui ont volontairement cessé de vivre en 2008, en réalité 146 ont tenté de se suicider.

On trouve des points communs à ces suicides: les problèmes financiers,⁵² légaux, familiaux et professionnels. Cependant, les causes majeures sont directement liées au déploiement des soldats. Le nombre des opérations et leur durée, 7 mois pour les *Marines* et au moins 10 mois pour l'*Army*, jouent sûrement un rôle majeur. Plusieurs études ont établi des corrélations entre certains facteurs et le suicide. Un soldat atteint de PTSD est plus susceptible de se suicider qu'un autre.⁵³ Les soldats déployés en Irak pour la troisième ou quatrième fois ont deux à trois fois plus de risques d'être atteints par des troubles psychologiques que ceux projetés pour la première fois.⁵⁴ Parmi les soldats blessés en Irak et en Afghanistan, 64% le sont par des explosions, ce qui provoque des traumatismes crâniens (TBI) et augmente les risques de suicide. En somme, plus un soldat connaît de déploiements, plus il est un candidat potentiel au suicide.

Pour lutter contre le suicide, chaque service de l'armée possède sa propre politique. L'*Army* tente de trouver les causes du suicide,⁵⁵ tandis que le *Marine Corps* se concentre sur le rôle des chefs. Dans les deux cas, les programmes *Battlemind* et le *COSC* ont également pour but d'aider les familles et les officiers à repérer ceux qui pourraient passer à l'acte. Il leur est donc nécessaire d'identifier les comportements à risque – le fait qu'un soldat de retour d'opérations décide d'acheter une moto très puissante n'est par exemple pas bon signe; cela signifie qu'il veut retrouver dans la vitesse les montées d'adrénaline qu'il a connues au combat.⁵⁶ Chez les *Marines*, tout est fait pour que les chefs, responsables de leurs hommes, puissent anticiper les cas de suicides au retour d'opérations. Des conférences sur le sujet leur sont données, le *COSC* produit des brochures et des cours qui détaillent les différents symptômes alarmants. Pour les sous-officiers, il existe le *NCO Training Course Resource Library* et pour tous les cadres le *Leader Guide for Managing Marines in Distress*⁵⁷ qui sont facilement disponibles sur le site du *Marine Corps*. Pour répondre au manque de donneurs de soins, l'*Army* prévoit d'embaucher 300 spécialistes et intègre les aumôniers dans les programmes de prévention. Cependant, elle est toujours réticente à envoyer ses soldats se faire soigner dans le milieu civil.⁵⁸ De son côté, le *Department of Veterans Affairs* a mis en place depuis juillet 2007 une ligne téléphonique de type 'numéro vert', que peuvent appeler à tout moment les soldats et vétérans en détresse psychologique. Plus de 100 000 appels ont été enregistrés, ce qui a permis de

⁵¹ CDR Aaron D. Werbel, Marine Corps Suicide Prevention Program.

⁵² Certains réservistes qui partent pour un an en Irak ou en Afghanistan apprennent qu'à cause de la crise financière aux USA, l'entreprise dans laquelle ils travaillaient ferme. Cela influence beaucoup les conditions du retour.

⁵³ Martin, Ghahramanlou-Holloway, Lou & Tucciarone, 2009, pp.101-118.

⁵⁴ McClatchy, 2009, *op.cit.*

⁵⁵ La grande majorité des études qui recherchent les causes du suicide viennent de l'*US Army*.

⁵⁶ Misslin, 2009.

⁵⁷ Voir le site du MCCS, <http://www.usmc-mccs.org/military/>.

⁵⁸ Alvarez, 2009, *op. cit.*

porter secours à 2 600 personnes.⁵⁹ Enfin, des associations privées existent également, dont les actions sont officiellement reconnues par le *Veterans Affairs*.⁶⁰ Tous ces efforts et initiatives sont utiles, mais il faut reconnaître qu'à l'échelle des États-Unis, ils n'ont qu'un impact limité.

Des enjeux contradictoires

Ceci est d'autant plus vrai que les États-Unis sont actuellement en guerre. Il existe d'autres enjeux et objectifs en balance avec la détection et le traitement des blessures psychiques : la question des effectifs en premier lieu. En Irak, les 300 000 soldats demandés par les responsables militaires n'ont jamais pu être déployés.⁶¹ L'armée américaine est confrontée à un manque d'effectifs, qu'elle tente de combler par une politique misant sur les réserves et un recrutement extrêmement soutenu. Les militaires américains sont aujourd'hui tous volontaires, et la tâche est rude pour les recruteurs. Les objectifs fixés sont extrêmement difficiles à atteindre.⁶² L'armée de terre espère faire signer rapidement 20 000 nouvelles recrues. Cependant la guerre n'est plus très populaire aux États-Unis, et les recruteurs supportent parfois très mal la pression – quatre recruteurs se sont suicidés en 2006.⁶³

Pour obtenir ses effectifs, l'armée américaine est donc obligée de recruter des candidats de niveaux et d'aptitudes plus faibles, plus susceptibles de développer des troubles psychologiques, car également moins entraînés. Mais on peut aussi penser que l'armée garde certains soldats tout en sachant qu'ils présentent des troubles. Le sergent Blaylock par exemple, qui a été renvoyé en Irak une deuxième fois alors qu'il avait été placé en réserve pour des raisons psychologiques. Après un divorce difficile au retour, il s'est tiré une balle dans la tête.⁶⁴

Dans le cas du *Marine Corps*, les engagés signent pour une période de quatre ans : la population y est donc très jeune. Un tel engagement leur semble synonyme d'une première expérience professionnelle dure mais valorisante pour soi, d'emploi bien rémunéré, et de fierté de servir dans un Corps prestigieux reconnu dans le civil. Mais parmi les soldats parvenus au terme d'un contrat de premier lien, seuls 34% décident de se rengager. Le *Marine Corps* se trouve donc confronté à un véritable challenge : recruter 30 000 individus par an. Cependant, il ne semble pas trop souffrir de ce problème. Il s'agit en effet d'un Corps qui attire encore beaucoup. L'institution peut se permettre d'avoir des taux d'échec et d'attrition pendant la formation de respectivement 20 et 14%⁶⁵ ; ce qui n'est

⁵⁹ PN, "Hotline Saves Lives", *Phoenix*, no.63, 2009, p.64.

⁶⁰ Comme c'est le cas avec l'*American Legion*, dont les vétérans peuvent être d'une aide très utile pour repérer les individus qui présentent des symptômes de stress, et pour réagir en conséquence de manière rapide et efficace. Cf. *American Legion*, 2009, *op.cit.*

⁶¹ LCI, "Bagdad sans troupes américaines en juillet 2009 ?", 4 septembre 2008, <http://lci.tf1.fr/monde/moyen-orient/2008-09/bagdad-sans-troupes-americaines-en-juillet-2009-4908689.html>.

⁶² En 2006, les recruteurs ont reçu leur consigne sous forme de slogan, "Must Do Two" (il faut en faire signer deux).

⁶³ Misslin, 2009, *op. cit.*

⁶⁴ Goode, 2009.

⁶⁵ Manpower Briefing.

pas le cas de l'Army où certains candidats inaptes physiquement sont quand même acceptés.⁶⁶

Il faut pour terminer ajouter à ces remarques les enjeux associés à l'identification des troubles psychologiques. Comment un chef militaire, non spécialiste, est-il censé faire la différence entre un traumatisme profond et durable, qui nécessite un traitement lourd, un traumatisme conjoncturel, et la simulation? La question se pose également pour un spécialiste: comment un expert est-il capable de différencier les cas sans apprécier l'évolution de l'individu sur un certain temps? Si on raisonne en prenant en compte le contexte de guerre dans lequel évolue l'armée américaine, et ses conséquences en termes d'effectifs, on peut supposer une sous-estimation de la gravité des problèmes, ou encore une surestimation du nombre de simulateurs.

Conclusion

Des progrès semblent encore réalisables dans l'élaboration des programmes de prévention et de gestion immédiate des blessures psychiques et psychologiques. Le gouvernement et l'institution militaire se sont donné les moyens de les mettre en œuvre, mais leurs efforts sont encore trop récents pour en apprécier l'efficacité, et ils contredisent parfois d'autres enjeux, dont la valeur n'est pas faible. La principale contrainte semble cependant être d'ordre culturel : faire accepter les programmes au sein de l'institution militaire est un défi majeur à relever.

Bibliographie

ALVAREZ, Lizette, "Suicides of Soldiers Reach High of Nearly 3 Decades, and Army Vows to Bolster Prevention", *New York Times*, 30 January 2009, p.A.19.

AMERICAN LEGION, "The American Legion Can Play Key Role in Vets' Suicide Prevention, Says VA", *PR Newswire*, New York, 22 August 2009.

CASTEL, Robert, *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995.

CYPEL, Sylvain, "Épidémie de suicide chez les vétérans américains", *Le Monde*, 16 novembre 2007.

DANITZ, Tiffany, "Drowning the Demons of War", *Insight on the News*, 3 March 1997.

DOOLIN, Drew T. (colonel), "Healing Hidden Wounds : The Mental Health Crisis of America's Veterans", *Joint Force Quarterly*, n°54, 2009.

EASTER SEAL, "Easter Seals Awarded \$100,000 McCormick Foundation Grant to Help Employ Wounded Veterans", *PR Newswire*, New York, 12 November 2008.

GOFFMAN, Erving, *Stigmate*, Paris, Éditions de Minuit, 1975.

GOODE, Erica, "After Combat, Victims of an Inner War", *New York Times*, 1st August 2009, p.A1.

⁶⁶ Misslin, 2009, *op. cit.*

HOGUE, Charles W., Jennifer L. **AUCHTERLONIE** & Charles S. **MILLIKEN**, “Use of Mental Health Services, and Attrition from Military Service After Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan”, *The Journal of the Medical Association*, 1st March 2006.

HOGUE, Charles W., Jennifer L. **AUCHTERLONIE** & Charles S. **MILLIKEN**, “Longitudinal Assessment of Mental Health Problems Among Active and Reserve Component Soldiers Returning from the Iraq war”, *The Journal of the Medical Association*, 14 November 2007.

JELINEK, Pauline, “Divorce Rate Up in the US Army, Marine Corps”, Associated Press, décembre 2008, voir <http://www.encyclopedia.com/doc/1A1-D94QTID80.html>.

KANG, Han K., & Kenneth C. **HYAMS**, “Mental Health Care Needs among Recent War Veterans”, *The New England Journal of Medicine*, vol.352, 31 March 2005.

KAUFMAN, Leslie, “Making it Home”, *New York Times*, 9 October 2008, p.D.1.

LCI, “Bush et le scandale des vétérans d’Irak”, *LCI.fr*, 3 février 2007.

MARTIN, Jeffery, Marjan **GHAHRAMANLOU-HOLLOWAY**, Kathryn **LOU** & Paulette **TUCCIARONE**, “A Comparative Review of U.S. Military and Civilian Suicide Behavior: Implications for OEF/OIF Suicide Prevention Efforts”, *Journal of Mental Health Counseling*, Alexandria, n°31, Issue 2, April 2009.

McCLATCHY, Martha Quillin, “Homeless Vets to Have Housing : 24 Units Being Built in Durham”, *Tribune Business News*, Washington, DC, 14 November 2008.

MENTAL HEALTH ADVISORY TEAM V, “Operation Iraqi Freedom 06-08 : Iraq, Operation Enduring Freedom8 : Afghanistan”, 14 février 2008, www.armymedicine.army.mil/report/mhat/mhat_v/Redacted1-MHATV-4-FEB-2008-Overview.pdf.

MISSLIN, Frédérique, “Suicides en hausse dans l’armée américaine”, Radio France International, 29 juillet 2009, www.rfi.fr/actufr/articles/115/article_83170.asp.

PAUGAM, Serge, *L’exclusion: l’état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996.

PRESIDENT’S COMMISSION ON CARE FOR AMERICA’S RETURNING WOUNDED WARRIORS, *Serve, Support, Simplify*, Washington, DC, Government Printing Office, 2007.

ZOROYA, Gregg, “Jobless Rate Hits 11.2% for Veterans: Poor Market Brings Re-enlistment Boost”, *USA Today*, 20 March 2009, p.A1.