

JNNP

Journal de Neurologie-Neurochirurgie-Psychiatrie

ISSN : 2708-1974

Volume 3 - Numéro 23 - 2023

Adresse : www.jnnpguinee.com

**Organe officiel de la Société Guinéenne de Neurologie
Neurochirurgie et de Psychiatrie**

SOMMAIRE

PAGE	TITRES ET AUTEURS	AUTEURS CORRESPONDANTS
ARTICLE ORIGINAL		
1 - 8	<p>Violence physique sur les femmes enceinte Aspect épidémiologiques et médico-légaux à Conakry</p> <p>A.M Diallo*, M.L. Bah**, El.O. N'doye***, G.F.O NGongang***, N Conde*, A Yansane***, F Oulare 2****, M.B balde***, A.C. Bah*, O. Barry*, H*Bah, *Service de médecine légale, Hôpital National Ignace Deen, Rep. Guinée.</p>	<p>Amadou Mouctar DIALLO</p> <p>Email : drmouctarmedleg@hotmail.fr Tel : 622 428 376</p>
9 - 15	<p>Aspects Thérapeutiques Des Lombosciatalgies Au Service De Neurologie Du Chu De Bouake (Cote D'ivoire)</p> <p>¹ Karidioula Ha, ² Seri SI, ¹ Gnazegbo A, ¹ Sylla A, ¹ Koffi Yt, ¹ Toure A, ¹ Kone Bak, ¹ Bony Ke, ¹ Kouame-Assouan A-E</p>	<p>Dr KARIDIOULA</p> <p>Hiénéya Armel-service de neurologie, CHU de Bouaké, 01 BP 1174, Bouaké 01, Côte d'Ivoire</p>
16 - 23	<p>Diagnostic de l'Hypertension intracrânienne du Neuropaludisme de l'enfant par la mesure Echographique du Diamètre de l'enveloppe du nerf optique à Lomé (TOGO)</p> <p>Dagbé M^{1*}, N'timon B¹, Bah OA², Kpakpao P³, Gbandé P⁴, Sonhaye L5, Agoda-koussema LK⁵, Adjénou KV⁵.</p>	<p>DAGBE Massaga,</p> <p>Médecin radiologue ; Email: dagbemassaga@gmail.com ; Tél : (00228) 90 91 11 34.</p>
24 - 31	<p>Profil des affections neurochirurgicales à l'hôpital industriel de l'ANAIM de Kamsar</p> <p>Cherif M¹, Berete I³, Diawara S³, Camara AM³, Bah AB³, Camara M², Koudjo ME^{1,2,3}, Traore E¹, Sylla ML¹, Kezely LB³, Souare IS¹.</p>	<p>CHERIF MOHAMED</p> <p>Email : cherifneuro@yahoo.fr Tel : 626-09-90-08</p>
32 - 38	<p>Psychiatrie en situation de guerre : prise en charge du psycho traumatisme d'un Attentat sur Casques Bleus en base arrière ; cas de Ber - Tombouctou au Mali.</p> <p>¹ SOEDJE Kmaa*, SAMA Hdb, BRAMAH Hb, SY Ac, AZA-GNANDJI Ggc, AHARA A-Kfa, MENSAH Kma, HOUNGBE-EZIN Jc</p>	<p>SOEDJE Kmaa;</p> <p>CHU-Sylvanus OLYMPIO. 01BP4702 Lomé-Togo ; Email : soedjem@gmail.com ; GSM :</p>
39 - 44	<p>Connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes de la ville de Bobo-Dioulasso sur la céphalée de tension.</p> <p>Pindéwendé Victor Ouédraogo ^{1,4}, Hamadé Savadogo ¹, Bertrandie Estelle Diaganbana Boubzouma², Herman Christel Kiengolo Ngoma³, Athanase Millogo^{1,5}</p>	<p>Pindéwendé Victor Ouédraogo</p> <p>Tel: (00226) 60144341. Email: pvictoro123@gmail.com</p>
CAS CLINIQUE		

45 - 51	<p>Deux cas d'accidents vasculaires cérébraux ischémiques révélant une polyglobulie non connue traitée par saignées au service de Neurologie du centre hospitalier Simone Veil de Beauvais (France) et revue de la littérature</p> <p>CAMARA Naby^{1,2}; DIAWARA Karinka^{1,2}; AMEVIGBE Joséphine¹; TRAORE Mohamed^{1,2}; LANKAR Naouel¹; CAMARA Nènè Aïssata^{1,2}; CAMARA Moussa Issiaga²; CISSE Amara²; CISSE Fodé Abass².</p>	<p>Naby CAMARA</p> <p>Centre Hospitalier Simone Veil de Beauvais, France, Email: nabyhcp@yahoo.fr</p>
52 - 55	<p>Intoxication au monoxyde de carbone (CO) à propos d'un cas au service de Neurologie du centre hospitalier de Gonesse (France) et Revue de la Littérature</p> <p>Camara N^{1,2}, Traore M¹, Camara NA^{1,2}, Diawara K¹, Camara MI¹, Hashem Z², Manchon E², Cissé Amara^{1,3}, Cissé Fodé Abass^{1,3}</p>	<p>Camara Naby,</p> <p>Neurologue, PH. Email: nabyhcp@yahoo.fr</p>
56 - 58	<p>Manifestation psychiatrique du lupus érythémateux systémique: A propos d'une observation</p> <p>TA Wann¹, AB Kamissoko², MLY Bah¹, S Condé³, T Camara¹, A Kaké¹, D Sylla¹</p>	<p>Thierno Amadou</p> <p>Email : thwann@yahoo.fr</p>
59 - 64	<p>Myosite orbitaire idiopathique : particularité clinique, radiologique et thérapeutiques à propos d'un cas.</p> <p>Bah OA^{1,2}, Balde AA¹, Gbande P⁵, Diallo MT^{3,2}, Balde TH^{1,2}, Balde AI⁶</p>	<p>Ousmane Aminata BAH</p> <p>Centre d'Imagerie de Reference des Armées (CIRA) Camp Almamy Samory TOURE Conakry Guinée. Email : oabah81@gmail.com Tel (00224) 627 606095BP: 1000 Conakry, République de GuinéeNo ORDIC 000000021447662</p>
65 - 70	<p>Tumeurs de la fosse cérébrale postérieure chez les enfants de moins de 18 ans : Diagnostic et prise en charge au centre hospitalier national Fann de Dakar.</p> <p>El hadji Cheikh Ndiaye SY¹, Férol Babatoundé GBENOU¹, Hugues Ghislain ATAKLA*¹, Daouda Wagué¹, Maguette MBAYE¹, Mbaye THIOUB¹, Alioune Badara THIAM¹, Momar Code BA¹</p>	<p>Hugues Ghislain Atakla</p> <p>(Centre national hospitalier universitaire Fann Dakar / Sénégal). Email: neuroscience.ghislain@gmail.com ORCID id: https://orcid.org/0000-0002-7134-6688,</p>
71 - 79	<p>Plaie crânio-cérébrale par fer à béton Trans cérébral à l'hôpital de l'amitié sino-guinéenne</p> <p>Cherif¹ M, Drame² Ba, Camara Am³, Sylla Nf¹ Y, Traore¹ E, Sylla¹ Ml, Souare Is¹.</p>	<p>CHERIF MOHAMED</p> <p>Email: cherifneuro@yahoo.fr Tel : 626-09-90-08</p>

Psychiatrie en situation de guerre : prise en charge du psycho traumatisme d'un attentat sur Casques Bleus en base arrière ; cas de Ber - Tombouctou au Mali.

1 SOEDJE Kma^{a*}, SAMA Hd^b, BRAMAH H^b, SY A^c, AZA-GNANDJI Gg^d, AHARA A-KP^e, MENSAH Km^f, HOUNGBE-EZIN J^g

a/ Service de psychiatrie du CHU-Sylvanus OLYMPIO (psychiatres)

b/ Service d'anesthésie réanimation du CHU-Sylvanus OLYMPIO / CHR-LC (Anesthésiste-réanimateurs)

c/ Service de Psychiatrie de l'Hôpital de FANN à Dakar (psychiatres)

d/ Service de Psychiatrie du CNHU-HKM de Cotonou (psychiatres)

ARTICLE ORIGINAL

RESUME

Objectifs : Ce retour d'expérience dans un contexte international de recrudescence d'attentats et d'attaques complexes permet de faire un partage pour mieux anticiper et améliorer les approches stratégiques d'évaluations et de techniques thérapeutiques.

Description : après la présentation du contexte avec ces particularités et des différentes adaptations, nous avons la mission d'évaluation était fait par les tests de la version révisée de Weiss et Marmar (1996), l'inventaire de détresse péri traumatique, le questionnaire d'expériences dissociatives et des entretiens individuels. La prise en charge était basée sur l'approche médicale et psychothérapie, dont les débriefings. La psychiatrie de l'avant était la pratique utilisée.

Conclusion : Même si la résilience psychologique des Casques bleus paraît bonne, le transfert de compétence avant le déploiement des troupes onusiennes des psychiatres militaires aux médecins généralistes à but préventif est recommandé.

Mot clés

Psychiatrie militaire ;
attentats ; psycho
traumatisme ;
debriefing ;
mission onusienne.

ABSTRACT

Objectives: This feedback in an international context of an increase in attacks and complex attacks makes it possible to share to better anticipate and improve strategic approaches to evaluations and therapeutic techniques.

Description: after the presentation of the context with these particularities and the different adaptations, we have the evaluation mission was carried out by the tests of the revised version of Weiss and Marmar (1996), the peri-traumatic distress inventory, the questionnaire of dissociative experiences and individual interviews. The treatment was based on the medical and psychotherapy approach, including debriefings. Forward psychiatry was the practice used.

Conclusion: Even if the psychological resilience of Blue Helmets appears good, the transfer of skills before the deployment of UN troops from military psychiatrists to general practitioners for preventive purposes is recommended.

Keywords

Military psychiatry;
attacks; psycho
trauma ;
debriefing ;
UN mission.

INTRODUCTION

État d'Afrique de l'Ouest, la République du Mali est limitée par la Mauritanie à l'ouest, l'Algérie au nord et nord-est, le Niger à l'est, le Burkina Faso et de la Côte d'Ivoire au sud et sud-ouest, la Guinée au sud-ouest et le Sénégal à l'ouest et sud-ouest [1]. Ancienne colonie française, elle a conservé des frontières héritiers de cette période. Ce pays couvre une superficie de 1.220.190 Km² avec une densité de 18 habitants au Km² et des estimations de population sont à 21.473.764 au 1 juillet 2022 [2]. Avec 20 millions de résidents, la population malienne est constituée de différentes ethnies, dont les principales sont les Bambaras, les Bobos, les Bozos, les Dogons, les Khassonkés, les Malinkés, les Miniankas, les Peuls, les Sénoufos, les Soninkés (ou Sarakolés), les Sonrhais, les Touaregs, les Toucouleurs. Le français est la langue officielle, mais la population parle majoritairement les langues nationales, le bambara étant le plus utilisé et servant, parallèlement au français, de langue véhiculaire. Il existe une grande disparité entre la région sud subtropical, Centre semi-aride et l'Ouest, l'Est et le Nord désertique soit sur le plan répartition humaine 90 habitants/Km² dans le delta central du Niger à moins de 05 habitants /Km² dans la région saharienne du nord. L'immensité géographique, l'inégalité de partage des ressources et des difficultés politico-historiques ont constitué un terrain fertile pour des conflits d'idéologies religieuses de multiples influences assez complexes dans un contexte international favorable.

De janvier à avril 2012, le Mouvement national de libération de l'Azawad (MNL), allié aux groupes Ansar Dine, Mujao et Aqmi, mène des attaques sur les camps militaires maliens et les villes situées dans les régions de Gao, de Tombouctou et de Kidal, remettant en cause l'unité territoriale du Mali dont l'armée a été mise en difficulté. L'unité politique du pays était ainsi plus que jamais menacée [3,4] surtout avec la proclamation le 1er avril 2012 de l'indépendance de l'Azawad par la rébellion touarègue avec plusieurs autres groupes sur les régions du nord avec l'imposition de la charia [5]. Dans un état d'urgence le Mali ayant des accords de défense avec l'ancienne métropole, la France a sollicité l'accord de l'ONU pour déclencher une intervention militaire (opération Serval) de libération du pays [6].

Cette intervention a été appuyée par les forces armées de la communauté économique des états de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) appelé Mission internationale de soutien au Mali (MISMA) sous conduite africaine. Le 1er juillet 2013, l'autorité de la MISMA sera transférée à la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation au Mali (MINUSMA) créée par sa résolution 2100, du 25 avril 2013[7].

Dès ces débuts les missions de la MINUSMA incluent notamment l'aide aux autorités de transition malienne pour stabiliser le pays en accordant une attention prioritaire aux principales agglomérations du Nord et aux axes de communication. En effet, le contexte sécuritaire du nord Mali est extrêmement dégradé, avec des attaques cessantes de groupes armés visant le personnel de la MINUSMA, les forces maliennes, les forces françaises déployées dans le cadre de l'opération Barkhane, mais aussi les populations civiles. C'est pourquoi une part importante des effectifs [8] est déployée dans le secteur ouest (Tombouctou, Goundam, Ber, Gossi), le secteur nord (Kidal, Aguelok, Tessalit) et secteur est (Gao, Ansongo, Menaka). Cette tendance est identique depuis le début de la mise en place de la mission. Il y avait plusieurs pays contributeurs de troupes dont le Burkina Faso avait un effectif important. Le bataillon du Burkina était stationné dans le secteur ouest avec pour mission la sécurisation de l'aéroport de Tombouctou. Les troupes de ce pays avaient un détachement fait d'une compagnie sur la ville de Goundam et d'une section renforcée sur la ville de Ber. C'est cette section renforcée qui a subi un attentat « Kamikaze » en août 2014. La MINUSMA étant à ses débuts en ces moments, psychiatre des armées, nous étions le responsable de l'hôpital niveau 1 de l'unité de police constituée (FPU Togo level 1 Hospital) stationné à Sévare (secteur Ouest-Mali) où il y avait aussi le Togo lever 2 Hospital (Togo-HN2) en attente de redéploiement à Kidal (secteur nord-Mali). Le Force Médical Officier (FMO) sollicite le Directeur du Togo-HN2 et le Commandant de FPU Togo pour mettre notre compétence comme psychiatre militaire dans une mission à plusieurs objectifs sur le site de l'attentat. Dans un deuxième temps le psychiatre a été rejoint une (01) semaine plus tard par un Casque bleu psychologue de bataillon togolais siégeant à Douentza et un assistant social Haïtien du staff conseil de Bamako sur la base arrière de la section victime d'attentat à Tombouctou.

Ce retour d'expérience fait exprès à distance de l'évènement pour des raisons stratégiques et dans un contexte international de recrudescence de guerres asymétriques permet de faire un partage à but d'anticiper et d'améliorer les approches de stratégies d'évaluations et de techniques thérapeutiques. Cet article met en relief la mission d'évaluation et de prise en charge des victimes de cet attentat sur leur base arrière à Tombouctou.

1. Contexte et attentats

La MUNISMA est la plus meurtrière des missions onusiennes [9]. Sur le secteur ouest, un bataillon du Burkina Faso avait un détachement sur la ville de Goundam fait d'une compagnie et un poste avancé sur la ville de Ber constitué d'une section renforcée. Il s'agissait de la 3e section renforcée de la 4e compagnie composée de 45 militaires commandés par un officier subalterne. Alors qu'ils venaient de faire la relève la veille, le 16 août 2014 aux environs de 11h25, au moment où les hommes ont fini leur première patrouille et qu'il était temps pour la soupe, une voiture a été annoncée par la sentinelle. On aperçoit un pick-up de couleur sable rempli de sacs contenant en apparence des pommes de terre. Notons que ce type de voiture était souvent utilisé par les chefs rebelles de la zone pour venir saluer le détachement sur leur site. Après avoir ralenti, le chauffeur de teint clair, turban bleu au coup et à la tête souriait et faisait la main comme s'il devrait aller vers la tente du commandement. De manière brusque celui-ci s'est mis à accélérer son pick-up sans obtempérer à des sommations de la sentinelle. La voiture a évité la barrière de situation, a dépassé la tente du chef de détachement et a foncé droit à grande vitesse sur le magasin d'armes qu'il heurte. L'explosion a été entendue à plus 60 km à la ronde. Le cratère de l'impact fait plus de quinze mètres de diamètre. Le corps de « Kamikaze » n'était pas retrouvé excepté une partie de son cuir chevelu. Les corps de deux (2) sous-officiers supérieurs ont été mutilés en lambeaux et huit (8) blessés graves ont été évacués à Togo-HN2 à Sévaré puis à l'Hôpital niveau 3 à Dakar (Sénégal) dont le commandant d'unité.

Deux (2) vont décéder des suites de leurs blessures. Il y a une odeur du sang et de la viande fraîche le premier jour et de la viande pourrie les jours suivants sur l'ensemble du site avec la présence des mouches. Notons que la mission était à ses débuts, les mandats [10] d'engagement de la force n'étaient pas aussi clairs qu'avec le temps, le mode opératoire des rebelles était assez mal connu et la connaissance du terrain par les contingents était relativement limitée. u.

Après un suivi de cinq (5) jours sur site d'attentat, les Casques bleus directement victimes ont été repliés sur base arrière à Tombouctou.

Quelque soit le niveau d'entraînement des militaires ou le niveau d'avertissement des populations professionnelles ou résidentes, le fait de vivre un évènement de ce type avec la brutalité et de la violence sur le plan de la sonorité de même que la confrontation à une situation de vulnérabilité sans pouvoir s'échapper que cela confère aux survivants d'être totalement démunis devant la mort inévitable ceci doublé de la présence des corps des frères d'armes ou amis ne pouvaient que générer une situation difficile à enregistrer comme telle à l'identique dans le psychisme humain. La force et surtout l'instant du trauma ne laisse plus le temps pour comprendre si bien qu'au lieu que se déploie le temps logique propre à la subjectivité de chacun et jusqu'au moment de conclure, il se produit un court-circuit par cette rencontre avec le réel [11] ceci met un accent sur le temps, le délai de compréhension du réel. Le traumatisme est décrit comme un phénomène bref et soudain.

Sans avoir eu le temps de se prémunir du danger, l'homme est soudainement saisi par l'irruption de la violence, il est alors fasciné, sidéré [12]. Le psychisme se trouve alors envahi par un afflux d'excitations violentes et agressantes qui débordent sa capacité de défense, bouleversant ainsi fondamentalement son fonctionnement [13,14]. Les conséquences psychopathologiques d'un traumatisme psychique sont réunies sous le nom de syndrome psycho traumatique. Dans la littérature figure également le terme d'état de stress aigu ou d'état de stress post-traumatique (ESPT), ou post-traumatique stress disorder (PTSD) [15-18].

2. Objectifs de la Mission et populations cibles

Dans la MINUSMA le soutien médical est placé sous le commandement de Chief Medical Officer (CMO) avec un volet du personnel militaire sous le FMO. La décision d'un psychiatre sur site d'attentat a été une opportunité liée à sa disponibilité occasionnelle sur le lieu de prise en charge de l'antenne chirurgicale de campagne Togo-HN2 censée faire les premières interventions sur ce secteur géographique de la mission onusienne. C'est ainsi que le FMO a fait embarquer un psychiatre militaire pour cette mission qu'il décrit. Après une première phase

in situ, le psychiatre militaire a été rejoint un psychologue et un assistant social avec une mission mieux formuler et des populations cibles différentes de la première.

2.1. Objectifs de la mission

La mission de la psychiatrie sur site était triple

-faire une évaluation générale de l'impact de l'évènement psycho traumatique en précisant le caractère opérationnel des casques par des outils techniques et des diagnostics médico-psychologiques (psychiatriques)

-assurer les soins médico-psychologiques aux victimes directes et indirectes relatives aux psychos traumatisme, mais aussi aux différents troubles psychiatriques pouvant améliorer la qualité de vie dans tout le bataillon

-faciliter le suivi éventuel à moyen et long terme avec des équipes du pays d'origine en cas de nécessité.

2.2. Population cible

On distinguait trois profils professionnels comme cible de cette mission :

-les victimes directes étaient les Casques bleus rescapés trente-cinq (35) et six (06) qui sont revenus de Togo-HN2.

-les victimes indirectes étaient surtout les autres Casques bleus ayant participé aux ramassages des corps, les premiers arrivés sur le lieu de l'attentat, mais aussi les proches collaborateurs et compagnons d'armes le plus proches des victimes disparues.

-le reste du bataillon qui avait souhaité verbaliser leur émotion, stress aux autres troubles psychiatriques.

La population cible était majoritairement d'ethnie mossi, adulte jeune, de sexe masculin vivant en concubinage, résidant en zone urbaine (Ouagadougou) et syncrétique de religion. Ils s'étaient décrits en grand nombre comme de classe sociale moyenne inférieure de leur communauté et étaient des sous-officiers subalternes en gros dans l'armée de leur pays. La ville de Ouagadougou est située sur le plateau Mossis [19].

3. Déroulement et méthodes d'intervention

3.1. Cadre de travail et dispositions générales

Le milieu dans lequel s'est déroulé l'attentat a des conditions de vie empreintes de rusticité et de précarité, tant sur le plan de l'hébergement que de l'alimentation et de l'hygiène individuelle et collective, le tout dans une chaleur étouffante [20].

Le site de la base arrière autour de l'aéroport totalement détruit de Tombouctou paraissait meilleur que sur le site de l'attentat. Cette mission avait une durée prévue entre quatre (4) et six (6) semaines.

Une séance de travail entre le commandement et les professionnels de santé mentale avait eu lieu juste a notre arrivé sur site dans le but de permettre à chacun de s'imprégner des réalités de la mission avec des supports d'image et de récits. Une salle assez vétuste dans les restes des locaux de l'aéroport a servi de salle de débriefing. L'infirmerie dans un bâtiment à moitié refait avait servi aux entretiens individuels et aux évaluations médicales. Le médecin d'unité était pleinement associé aux activités.

Les victimes directes, indirectes et les autres Casques bleus du bataillon vivaient sur le même site sans aucune distinction à part une exemption de port d'arme chez quelqu'un avec leur accord. Certains travailleurs ont eu des débriefings individuels en plus des consultations médicales. On observe en permanence sur le site observait les uns et les autres dans les manières de se comporter, dans les interactions et dans les attitudes pour améliorer son évaluation et son approche thérapeutique. Il restait un interlocuteur privilégié et ouvert offrant une autre approche que celui du milieu militaire psychologiquement solide pouvant contraindre certains Casques bleus à un repli sur soi parfois dramatique individuellement ou collectivement.

3.2. Déroulement de l'intervention et résultats pertinents

Les victimes directes et indirectes avaient toutes bénéficié systématiquement de deux approches : évaluative et de prise en charge.

L'évaluation était faite en deux temps. Il y avait des tests psychométriques en groupe puis des entretiens psychiatriques individuels. La version révisée de Weiss et Marmar (1996) [21] de la version initiale d'Horowitz permet d'évaluer l'impact d'un événement et permet de faire le diagnostic d'un état de stress aigu avec ses différentes formes léger, modéré et sévère. L'inventaire de détresse péri traumatique [22] semble pertinent dans l'évaluation de l'ESPT. Le questionnaire d'expériences dissociatives [23] a une valeur pronostique. L'entretien individuel à l'infirmerie d'une heure de temps environ par individu avait été nécessaire. La technique d'entretien avait été semi-directive pour recueillir les données sociodémographiques, le vécu des événements et fait une évaluation psychiatrique.

Près de la moitié avait un état de stress aigu, la détresse périé traumatique étaient observés chez certains et la prévision du risque d'ESPT extrême chez quelques-uns.

La prise en charge avait de volet médical et psychosociologique. Sur plan somatique, les évaluations en rapport avec les plaintes. En cas de poussée hypertensive, d'arythmie cardiaque, de palpitations, de dyspnées, de fièvre et/ou d'altération de la connaissance, le sujet était réévalué quelques minutes plus tard au calme de manière à le réassurer et en dédramatisant le contexte avec une insistance sur les antécédents et le parcours médical. Les prescriptions consistaient essentiellement à faire des ordonnances d'antihypertenseur, de β -bloquants, d'anxiolytique et d'hypnotique. A plusieurs reprises les symptômes palustr étaient signalés ce qui avait justifié les prescriptions d'antipaludéens.

Sur le plan psychiatrique, nous avons dû prendre en charge des états aigus [24] marqués par des états anxieux, des troubles du comportement (fonctionnement autonome, détachement émotionnel, soliloque, agitation, auto et hétéro agressivité, stupeur, torpeur), ainsi que des pseudo idées délirantes, tous ayant nécessité l'administration d'un traitement psychiatrique à but surtout sédatif et préventif. Les réactions aiguës de stress, ESTP, mais aussi troubles non spécifiques, troubles anxieux, dépressifs ou de l'adaptation sont des modalités d'expression des troubles psychiques les plus fréquemment rencontrés chez les militaires en situation opérationnelle. Ces troubles psychiques nécessitent des dispositifs de prise en charge relativement souple et en mesure de s'adapter aux circonstances. Il s'agit de soulager la souffrance du militaire, mais aussi d'éviter celle d'un groupe et, ainsi, de maintenir des conditions opérationnelles acceptables [25]. Une modalité thérapeutique consiste à aller au plus près des militaires : c'est la « psychiatrie de l'avant ».

Au plan psychologique pure, notre approche avait privilégié la prise en charge des groupes de personnes par le biais de débriefing collectif et d'entretiens individuels. La technique du débriefing psychologique a démontré son intérêt curatif et préventif pour des sujets qui avaient traversé un « événement grave » au cours duquel ces sujets ont pu s'apercevoir de la vulnérabilité de toutes les techniques et stratégies militaires à l'épreuve de la guerre ou de l'anéantissement d'un puissant explosif. Néanmoins, l'effet de « cohésion » des personnes qui ressentaient la même peine subie a pu limiter l'aggravation de leur souffrance et de leur isolement.

Ceux-ci avaient un mode de fonctionnement et/ou une histoire très proche les uns des autres d'où la nécessité de ne pas disperser immédiatement ces Casques bleus victimes directs de l'attentat.

3.3. Méthodes des débriefings et les vécus du trauma psychique

Notre technique du débriefing s'était basée sur le modèle de l'Intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI) proposée par les équipes françaises [26,27] ainsi que sur les indications apportées par nos cliniciens expérimentés [23]. Ce dispositif qui a fait l'objet de nombreuses études fait parfois l'objet de controverses dans la littérature scientifique [29-31]. Pour ce dispositif de débriefing, après s'être présentés, les animateurs énonçaient le motif de leur présence, les consignes de confidentialité, de respect de la parole de chacun, de libre participation au groupe. Le débriefing proprement dit pouvait ensuite commencer. Il suivait un découpage en trois temps selon l'énonciation de chacun, les circonstances de l'événement et les personnes impliquées. Néanmoins, trois temps se déclinaient lors desquels chacun a été d'abord sollicité afin qu'il précisât les circonstances et le contexte subjectif dans lequel il a été confronté à l'événement ; il s'est agi ensuite que chacun précise les changements occasionnés par cet événement, et enfin d'évoquer individuellement la perception de l'avenir proche. Il était important de préciser qu'il était nécessaire de faire des ajustements au cas par cas de cet outil, à l'initiative du spécialiste face à l'événement ou mis devant les faits traumatiques en fonction des paramètres du contexte. Face à des situations à la contingence variée et aux contraintes intrinsèques à chaque événement, l'enjeu pour le thérapeute est sans doute, sans renoncer à ses principes fondamentaux [32], d'offrir un soin qui, loin de l'application stéréotypée d'une technique, s'inscrit dans une forme d'improvisation préparée [33] comme dans le cadre des missions des Nations unies.

Dans le déroulé des séances, il s'est agissait de donner l'information précise sur l'événement, la réalité de la situation à l'extérieur, afin d'éviter les distorsions, les rumeurs, les faux bruits et discordances, sources d'angoisse et de confusion particulièrement à l'œuvre d'autant plus que les informations passaient très peu pour des raisons militaires et de suspicion entre les forces occidentales et les djihadistes. Dans ce contexte, l'événement prime.

Les sujets, encore sous le coup de l'émotion qu'ils venaient de traverser, voient souvent leur processus d'idéation inhibé. Ensuite, il s'agissait de parcourir le déroulement des faits, les émotions ressenties, les pensées éprouvées à tel ou tel moment. L'effet de groupe, ici, n'était pas négligeable, fournissant une richesse d'expression portant aussi bien sur les faits que sur les affects éprouvés. La parole de chacun s'enrichit de la subjectivité de l'autre, par l'entrecroisement des propos, les digressions, pour peu qu'elles restent dans le sujet. Les éléments suivants ont été respectés afin de permettre à tous et à chacun d'exprimer librement sa singularité psychique face à l'événement : pas de compassion, pas d'empathie excessive, ni d'indifférence. Surtout, ne pas « dédramatiser » : c'était aux sujets eux-mêmes de dire s'il y a drame ou pas, et dans quelle mesure, sans qu'ils se voient assigner de limites à leur souffrance. Enfin, nous avons encouragé tout un chacun à parler pour lui-même, en sa propre personne. Il est démontré que minimiser l'expérience vécue aggrave toujours l'angoisse de ceux qui l'ont traversée. Plutôt que d'être légitimées et qualifiées de normales, les réactions relatées ont plutôt été mises en perspective avec l'expérience subjective de chacun [34].

Pour des décisions administratives médico-militaires les principes de salmon [35] développés pendant la Première Guerre mondiale, gardent encore aujourd'hui toute leur pertinence : immédiateté des soins, proximité du lieu d'intervention, simplicité des moyens et du dispositif de soins, expectative. La symptomatologie en situation de crise ne préjuge en effet pas de la suite, et il importe parfois de se donner quelques jours avant de prendre par exemple une décision de rapatriement sanitaire.

CONCLUSION

Cette mission d'évaluation et de prise en charge du psycho traumatisme en milieu de guerre au plus près des militaires en opération avec une présence de psychiatre dans un milieu géographiquement difficile d'accès en contexte de guerre asymétrique, prouve tout l'enjeu d'un dispositif de soutien et d'écoute attentive indispensable à la santé psychologique. Ceci constitue auprès des forces armées une autre approche que le discours habituel de la force.

Les atteintes psychiques provoquées par les événements traumatiques sont connues depuis très longtemps. Elles sont aussi anciennes que la violence, violence de la nature, violence des hommes [16,36-38]. La fréquence des attentats avec les guerres asymétriques parfois en milieu urbain [39] doit nous faire évoluer dans l'approche psychiatrique et éviter de se limiter qu'à la prise en charge somatique même en urgence. Le débriefing psychologique pratique auprès des Casques bleus victimes d'attentat s'inscrivait dans les stratégies de soins appliqués aux personnes « susceptibles » d'être traumatisées par un événement [40]. En plus des manifestations du trauma psychique, les troubles psychiques des militaires en opération qui sont de plus en plus verbalisés. Ceci nécessite avant le déploiement des contingents un transfert de compétence aux médecins militaires généralistes en soins de santé mentale sous forme d'aguerrissement en cours accéléré avec immersion ou stimulation d'exercices. Il peut aussi organiser des diplômes interuniversitaires ou interarmes dans les sous-régions du continent Afrique dans une certaine mutualisation des expériences.

CONFLITS D'INTERET

Aucun

REFERENCE

1. https://fr.wikipedia.org/wiki/Mali#cite_note-cia-7 (Consulté le 20 janvier 2020)
2. <https://worldpopulationreview.com/countries/mali-population> (consulté le 2 janvier 2022)
3. « L'unité du Mali plus que jamais menacée » [archive], sur afriscoop.net, 27 mai 2012.
4. « Le Mali est menacé de partition » [archive], sur la-croix.com, 12 avril 2012
5. « Nord-Mali : la rébellion crée un État islamique » [archive], sur Le Figaro, 27 mai 2012
6. Julien Ponthus, « Laurent Fabius a bon espoir d'un accord pour intervenir au Mali » [archive], sur Challenges, 24 septembre 2012 (consulté le 3 octobre 2020).
7. Mission multidimensionnelle intégrée des Nations unies pour la Stabilisation au Mali (MINUSMA) (2017). Historique. Accessible le 15 janvier 2020 sur <https://minusma.unmissions.org/historique>
8. Mission multidimensionnelle intégrée des Nations unies pour la Stabilisation au Mali (MINUSMA) (2019). Historique. Accessible le 23 janvier 2020 sur <https://minusma.unmissions.org/historique>

9. Sama HD, Adam S, Bissa H, Lamboni D, Akpanahè M, Tomta K, Djibril M, Gunepin M. Complexité de la chaîne de soutien médical opérationnel au cours d'une mission des Nations unies en Afrique subsaharienne. À propos d'un cas. *Méd Intensive Réa* 2017;26:528-34.
10. Mission multidimensionnelle intégrée des Nations unies pour la Stabilisation au Mali (MINUSMA) (2021). Mandat. Accessible le 03 janvier 2022 sur <https://minusma.unmissions.org/mandat>
11. Lebigot F. La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. *Ann Med Psychol* 1997 ; 155 (8) : 522-6
12. Laurent A. Les équipes mobiles d'urgence et de réanimation face aux interventions potentiellement traumatiques. *Ann Med Psycho* 2014 ;172 :457-62.
13. Crocq L. Stress, trauma et syndrome psychotraumatique. *Soins Psychiatr* 1997;188:7-13.
14. Crocq L. Traumatismes psychiques, prise en charge psychologique des victimes. Paris: Masson; 2007.
15. Barrois C. Les névroses traumatiques, 2e édition, Paris: Dunod; 1998.
16. Briole G, Favre JD, Lafont B, Lebigot F, Vallet D. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. Toulouse : rapport de psychiatrie du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française ; 1994
17. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999.
18. Lebigot F. Répercussions psychiatriques et psychologiques immédiates. In: De Clercq M, Lebigot F, editors. Les traumatismes psychiques. Paris: Masson; 2001.
19. Nacoulma EWC, Sakande J, Kafando E, Kpowbié ED, Guissou IP. Profil hématologique et biochimique des drepanocytaires SS et SC en phase stationnaire au Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou. *Mali Médical* 2006 ;21(1):8-11.
20. Gheorghiev C. la psychiatrie en situation d'exception : le crash du vol AH5017 au Mali. *Soins psychiatrie*. N°297. Mars-avril 2015 ; 37-40. Doi.org/10.1016/j.spsy.2014.12.013
21. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ, Ronfeldt HM, Foreman C. Stress responses of emergency services personnel to the loma prieta earthquake interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of traumatic stress* 1996;9(1):63-85.
<https://doi.org/10.1002/jts.2490090107>
- 30-Mohamed E, Abdellah E. M, Brahim G, Mati N, Souhaibou N, Alain S. Consensus formalisé : recommandations de pratiques cliniques pour la prise en charge de la lombalgie aiguë du patient africain. *Pan Afr Med J* 2015 ;22:240
22. Jehel L, Brunet A, Paterniti S, Guelfi JD. Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. *Can J Psychiatry* 200 ; 50 (1):67-71.
23. https://www.irpt.ch/data/web/irpt.ch/uploads/pdf/des_fr.pdf consulté le 29 janvier 2020
24. Circulaire DH/E04-DGS/SQ2 n° 97/383 du 28 mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe
25. Daudin M. Place d'un psychiatre militaire en Afghanistan. *Les traumatismes psychiques de guerre*. *Soins psychiatrie* n°297-mars-avril 2015 : 27-9. Doi.org/10.1016/j.spsy.2014.12.010
26. Lebigot F, Gautier E, Morgand. et al. Le de briefing psychologique collectif. *Ann Med Psychol* 1997;155:370-8.
27. Ponsetti-Gaillochon A, Duchet C, Molenda S. Le de briefing psychologique. Pratiques, bilan et évolution des soins précoces. Paris: Dunod; 2009.
28. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999.
29. Chemtob CM, Thomas S, Law W, Cremniter D. Post disaster psychosocial intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J Psychiatry* 1997;154:415-7.
30. De Clercq M, Vermeiren E. Le débriefing psychologique : controverses, débat et réflexions. *Nervure* 1999;6:55-61.
31. Dyregrov A. The process in psychological debriefings. *J Trauma Stress* 1997;10:589-605.
32. Lebigot F. le débriefing collectif. *Revue francophone du stress et du trauma* 2001;1:137-41.
33. Boisseaux H. Prise en charge individuelle du traumatisé psychique. L'improvisation préparée. *Rev Prat* 2003;53:852-7.
34. Soedje KMA, Kpassagou BL, Djibril MA, Dassa KS. Intervention médico-psychologique in situ lors des incendies des grands marchés de lomé (Togo) par une cellule d'urgence médico psychologique informelle : janvier