Synthèse de connaissances

Leçon inaugurale
Clinique discrète

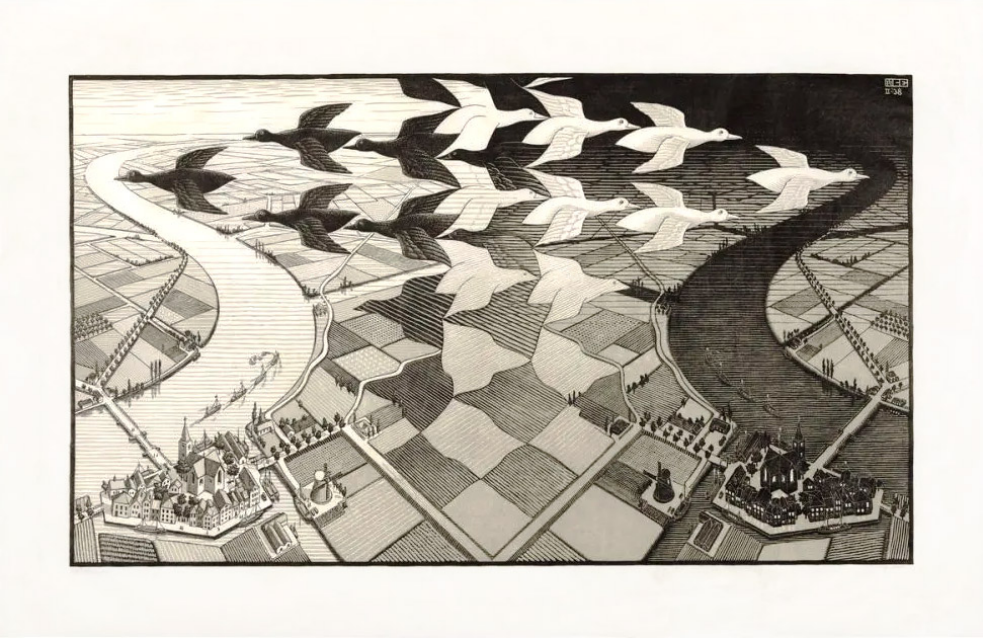
École du Val-de-Grâce

École du Val-de-Grâce
16 octobre 2025

B. LAHUTTE

Professeur au Val-de-Grâce

Titulaire de la chaire de psychiatrie et psychologie clinique appliquées aux armées



M.C. Escher. *Day and Night, woodcut of 2 blocks*, 1938

©The M.C. Escher Company B.V. All rights reserved

Open access DOI
10.17184/eac.10044

Cette leçon ouvre la dernière phase de votre formation.
Si vous écoutez bien mon propos, vous réaliserez que, si la formation procède d'une logique d'apport, d'ajout, de modelage pour arriver à un « produit fini », ce qui compte vraiment ce sont les *effets de formation*. D'ailleurs, pour un matériau qu'on modèle, on parle plutôt de déformation… Donc, tout cela ne se fait pas et ne se fera *pas sans vous*, pas sans quelque chose qui vous dépasse non plus, tout en vous étant particulier, singulier, pas sans certaines contingences dont vous prendrez la mesure ou peut-être pas. Certes, cela laisse rêveur, mais il faut malgré tout, escompter un effet qui est un effet de réveil.

Eh bien, pour vos patients, c'est la même chose ! Pour les soins que vous aurez à conduire auprès d'eux, également. Je me contenterai de citer nos prédécesseurs qui rappelaient que la première chose que prescrit un médecin, c'est lui-même. Mieux vaut donc savoir un peu de quoi il s'agit.

Pour ce faire : la clinique. Pas celle qui mesure et décrit (soit la clinique du symptôme), mais celle qui oriente et qui permet au praticien d'être dans l'acte et dans la décision. Il s'agit donc *de se rompre à une certaine rupture*, rupture d'avec la réassurance d'une continuité du savoir, des enchaînements attendus (pour nous autres médecins, les enchaînements anatomocliniques), soit s'ouvrir à l'inattendu, à ce qui n'est pas à sa place : une *clinique de la discontinuité*.

C'est ainsi que vous pourrez entendre le titre de cette leçon : « *la clinique discrète* ». En mathématique, les séries discrètes s'opposent aux séries continues. Leurs valeurs sont distinctes, séparées les unes des autres, dénombrables, contrairement aux séries continues, qui suivent une séquence constante et ne sont que mesurables. Ne confondez jamais l'exactitude avec la vérité. C'est une tentation séduisante, mais un piège du jugement, aussi évident que le sont toutes les évidences.

Pour y remédier, je vous invite aujourd'hui à une excursion, un parcours hors des sentiers battus et rebattus des enseignements académiques. Car c'est là que se situent la clinique et ses enjeux attenants : dans les marges, parfois hors de portée du regard, précisément là où on ne l'attend pas forcément. Cette leçon tient donc d'une promenade, tout comme d'un plan de marche : celui de votre parcours de formation. Vous le découvrez dans ce module préparatoire, inaugural de votre entrée en troisième cycle, et vous aurez à cœur d'en poursuivre l'exploration tout au long de votre cursus et au-delà. En matière de formation, il est d'usage de parler de contenu. Je vais ici vous présenter les temps forts de celle-ci, tout en m'efforçant de vous faire percevoir qu'il n'y a pas de contenu sans contenant, de parcours sans ses pourtours et alentour.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

Clinique discrète ?

Prenons donc la clinique comme premier jalon de vos aventures sur les contreforts de cette *terra incognita*. Vous avez bien saisi la dénomination « clinique discrète ».
Mais, vous en conviendrez certainement, aborder la psychiatrie sous cet angle-là peut surprendre. Naïvement, l'expression des troubles psychiatriques semble tout sauf discrète, la symptomatologie est même habituellement qualifiée de *plutôt bruyante*.

Il s'agit de symptômes extraordinaires, extravagants, de productions hors sens, de comportements ou d'attitudes qui attirent l'attention, s'offrant à une somme considérable de préjugés à la mesure de l'angoisse générée, tout comme des proliférations les plus extravagantes de l'imaginaire. C'est exact. Et c'est aussi cela, la clinique. Vous vous y êtes déjà confrontés au cours de vos études, peut-être de vos stages hospitaliers. Vos apprentissages du deuxième cycle vous ont offert un abord de la sémiologie, de la symptomatologie, de la classification, de ce qu'on appelle les maladies mentales, soit la nosographie.

Je vous propose donc de faire un pas de côté avec une première réflexion, quant au *caractère très paradoxal* de cette affirmation. Ce qui est aussi voyant, ce qui est aussi évident, ne devrait pas poser tant de problèmes que cela. C'est pourtant loin d'être le cas.

Mettez *d'un côté* les risques majeurs (en particulier, on pense au passage à l'acte, au suicide) qui sont des enjeux majeurs autour de la clinique psychiatrique. Ajoutez le caractère disruptif, désorganisant, des manifestations les plus envahissantes (comme le délire), l'existence (fait assez rare) de tableaux que l'on qualifie de pathognomoniques (comme dans le stress post-traumatique), et surtout du fait que les patients *parlent de leur symptôme*. C'est très fréquent ! Ils en parlent *à leur médecin*, assez volontiers, pensez-y. La moitié des patients qui réalisent un geste suicidaire en ont parlé, nous en ont parlé et vous en parleront.

Malgré tout, et c'est ce que vous mettrez *de l'autre côté du tableau*, le diagnostic et le repérage de ces troubles et de ces patients restent une difficulté et mobilisent une attention, des besoins de sensibilisations, des formations, des plans de gestion et de préparation, en vue d'identifier ces patients à risque ou en danger…

Il y a de quoi *s'en étonner*, ou plutôt conclure *qu'il y a quelque chose qui ne s'entend pas*, qui ne s'entend pas quand bien même la clinique est assourdissante. Voilà ce qui se cache dans la discrétion. Quelque chose reste *inaudible*. Pour le saisir plus précisément, il y a lieu de rattacher cette inaudible à *l'insupportable*, l'insupportable de ce que l'on qualifie du terme de « fait psychique ». Cet insupportable est avant tout du côté du patient. Reconnaissons-le, parfois, il est contraint au silence, celui de la résignation, celui de la détermination face à l'imminence d'un passage à l'acte. Silence face à la conviction de son incurabilité, conviction parfois délirante. Silence face à l'inéluctabilité des changements dans l'après-coup de la rencontre traumatique, autre exemple.

Mais cet insupportable *n'est pas que du côté du patient*. Il est aussi présent dans la rencontre du soignant avec le patient. Au cœur de cette rencontre, se joue ce que l'on qualifie de point de *concernement*. C'est un terme qui n'existe pas dans la langue française, un néologisme. Il désigne ce qui se joue dans la relation entre le médecin et

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

son patient, touchant au plus intime de ce que l'un reconnaît de soi dans l'autre, et de cette confrontation au point d'insupportable. L'insupportable de la folie pour le psychiatre, mais est-ce bien le seul ? Se protéger de ce concernement, à défaut de parvenir à en faire quelque chose d'autre, est une stratégie défensive, une façon de tenter de se prémunir, de ce qui ne nous distingue au fond pas trop du malheur de l'autre, ou de ce qui nous parle peut-être un peu trop dans celui-ci (quand bien même, habituellement entre le médecin et son patient, l'un est du côté du désarroi et l'autre plutôt en bonne santé). Se protéger de ce concernement emprunte de multiples modalités : éviter le sujet, interposer entre l'autre et soi-même des obstacles, des atermoiements, des écueils : un interne, une psychologue peut-être, une théorie, pourquoi pas. Une méthode, une procédure, le bon sens, tout est bon pour se préserver de ce fait qui ne souffre aucune contradiction et qui rend compte, peut-être, du fait qu'à écouter des patients, à recevoir leurs plaintes, il n'est probablement pas scandaleux que l'on s'efforce de ne pas tout y entendre.

Vous arrivez, en approchant du terme de votre formation universitaire, dans une actualité que je pourrais qualifier de *spectaculaire pour la psychiatrie*. Cette formulation est certes quelque peu ironique, étant donné que la psychiatrie reste un parent « peu fortuné » de la médecine et que le nombre de ses praticiens, loin d'être galopant, laisse entrevoir de belles perspectives de progression… Pour autant cette actualité est spectaculaire, elle est sous vos yeux, elle crève l'écran d'une certaine façon. L'Organisation mondiale de la santé a inclus le bien-être, la santé mentale, dans ses préoccupations depuis maintenant quelque temps, et en fait même, un critère exigible. C'est ambitieux. Les prévalences qui sont rapportées concernant les maladies mentales, sont-elles aussi tout à fait extraordinaires, de l'ordre du pourcentage, pour ne pas dire de dizaines de pour cent, ce qui doit faire blêmir d'envie les autres disciplines médicales.
Les enjeux sont ceux de la santé publique, avec des espérances de vie (hors des passages à l'acte suicidaires bien entendu) diminuées de l'ordre de 10 à 20 ans. On s'étonne donc que la médecine ne soit pas intégralement tournée vers son engagement au profil de la santé mentale… Mais, mettons quand même cette perspective, quelque peu grinçante, dans une autre perspective, qui est celle d'une lecture historique. Il y a *des moments particuliers dans l'histoire*, et vous arrivez dans l'un de ceux-ci. Il s'agit de vous y repérer un peu, vous en aurez besoin. Car si certes, l'histoire est avant tout celle des historiens, il y a lieu malgré tout de garder un certain jugement, une prudence, du fait de la tendance parfois consommée à vouloir la réécrire, cette histoire.

Laissez-moi vous rappeler quelques éléments d'évolution des idées. Cela ne s'apprend plus beaucoup à l'université, mais vous en mesurerez facilement l'intérêt. La psychiatrie est une discipline jeune. Disons, qu'elle a tardé un peu à sortir de son exclusion ou plutôt de l'exclusion du champ social des patients qu'elle concerne, ceux qu'on appelait auparavant les fous. Jeune, car, reconnue en tant que telle, à la fin du 18^{e} siècle, par un concours de circonstances, à l'occasion de la Révolution française – pas très loin d'ici, d'ailleurs – à travers le paradigme de l'aliénation mentale. L'aliénisme devient donc une discipline médicale, et de facto rend des soins possibles sous la forme de ce qu'on appelait à l'époque le traitement moral de la folie. C'est un premier pas. Le 19^{e} siècle consacre un effort conséquent, et peut-être désespéré d'ailleurs, pour rapprocher cet aliénisme des disciplines médicales nobles. Malgré tout, le retard reste très conséquent avec un certain effet de décalage, à la mesure de cette entreprise,

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

de cet effort de vouloir s'aligner sur des pratiques autres, celles du corps. La période reste très riche, comme une entreprise de cartographie, de déchiffrement, descriptive, contemplative peut-être et assez intellectuelle. « *Décrire et consoler* », en somme.
Le terme consoler, pouvant être encore relativement rigoureux à cette époque : consoler… ou enfermer. Il va falloir attendre encore un peu plus, la fin du 19e siècle et le début du 20e pour que quelque chose émerge au sein de cet effort de compréhension, avec l'introduction de la parole, la reconnaissance de son statut, de son champ, de sa place et sa fonction dans la genèse des troubles psychiques. *C'est la psychanalyse.*
Un saut de puce supplémentaire d'une cinquantaine d'années nous amène au milieu du 20e siècle, avec une nouvelle scansion, une nouvelle rupture : l'introduction des traitements médicamenteux efficaces. Cela s'est fait loin de l'approche à laquelle vous êtes rompus, celle d'une rigueur scientifique tout à fait moderne : là, plutôt des découvertes « par hasard » de leurs effets thérapeutiques. C'est le fameux concept de sérendipité, très joli mot pour qualifier les bonheurs occasionnels d'une démarche qualifiable au mieux d'empirique. Parmi ces découvertes, l'une d'entre elles va changer complètement le panorama de la psychiatrie : la découverte de l'efficacité thérapeutique des neuroleptiques. Elle rend possible, un autre traitement de ce qu'on appelait à l'époque la psychose, qui amènera des effets importants : c'est la psychiatrie « *hors les murs* ». Les patients sont apaisés, ils sont traités, peuvent regagner leur foyer, ne nécessitent plus des internements asilaires. Rappelez-vous que c'est de l'autre côté de la cour que la première expérimentation et le premier constat, de cet effet thérapeutique ont pu être réalisés… Donc une psychiatrie hors les murs et par conséquent une diminution des moyens attribués. Le fou, assurément moins bruyant et beaucoup plus discret, redevient un être normal, on cesse peut-être de s'en occuper un peu, ou alors on se trouve confronté par une plus grande proximité, à la nécessité de ne plus trop le voir, ou à l'effort de le faire disparaître, après les murs, *hors de son champ de vision.*

Au 21e siècle, et donc pour vous, cette perspective est-elle toujours d'actualité ?
Il y a lieu d'en douter. Vous arrivez à une période où des ouvertures inédites sont présentes dans le champ de la psychiatrie, certes peut-être pour certaines d'entre elles encore quelque peu balbutiantes. Nous sommes par exemple à l'ère de la *« médecine personnalisée »*. C'est une formulation consacrée qui elle aussi laisse un peu songeur, quant à ce que serait une médecine « non personnalisée »…

Vous en trouverez des applications tout à fait innovantes, notamment autour des prescriptions que vous serez amenés à réaliser lorsque vous rejoindrez vos affectations. On ne prescrit plus les psychotropes au jugé, à l'aveugle. On peut obtenir, par des moyens de pharmacogénomique une appréciation des métabolismes individuels, des cytochromes des uns et des autres, qui permet de choisir au mieux ce que vous allez prescrire. Cela n'existait pas. La psychiatrie s'ouvre maintenant également au champ du *paraclinique*, des examens paracliniques. N'entendez, bien entendu, pas par-là, ce qui pourrait vous séduire de « l'examen qui répondrait à la question du sujet », au sens d'un test, d'un bilan, qu'on parcourrait hâtivement pour n'en lire que les conclusions. Non ! Néanmoins, des données qui n'étaient pas accessibles jusqu'à présent, métaboliques, par exemple, neurophysiologiques, deviennent exploitables et permettent d'apprécier en complément des dires du patient et de votre examen clinique, certaines évolutions plus discrètes.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

C'est le cas, par exemple, dans les mesures du sommeil. L'altération de cette fonction est très fréquente dans la pathologie psychiatrique – le stress post-traumatique n'en étant qu'une des illustrations les mieux connues. Rien ne perturbe plus le sommeil… qu'à peu près tout ! La pathologie, la vie courante, le travail, les préoccupations, les médicaments que vous prescrivez, il y a parfois nécessité d'y voir un peu plus clair.

Est-ce véritablement une façon d'être « au plus près du cas » ? C'est une question qui se pose. C'est une possibilité, ou plutôt ces moyens, cette modernité dans laquelle vous allez vous engager, constituent la *création de « conditions de possibilité »*. Mais tout reste à faire en considérant bien *l'usage* que vous pourrez en réaliser.

Je veux que vous reteniez, de cette première séquence, que les évidences sont souvent trompeuses. La clinique spectaculaire, inquiétante à l'occasion, se révèle souvent moins l'être que ce qui passe inaperçu. L'insupportable du fait psychique, loin d'en être la cause, en est le moteur. Quand bien même dans ses développements successifs, la psychiatrie se rapproche du patient, elle court le risque dans le même mouvement de s'en écarter. C'est une dynamique qui ne se balaie pas d'un revers de main, à laquelle il vous sera nécessaire de vous familiariser.

Clinique appliquée aux armées

Abordons maintenant un nouveau jalon dans votre parcours. Vous arrivez, en 2025, avec les enseignements qui vous sont dispensés par la chaire de psychiatrie et de psychologie clinique *appliquées aux armées*. Le terme « d'appliquée » est un peu réducteur, car ce qui vous sera nécessaire pour votre exercice au profit des forces et la réalisation de notre mission – le contrat opérationnel – ne se satisfait pas d'une simple « application ». Le SSA ne se réduit pas à une simple mise à disposition de compétences : ces dernières s'inscrivent dans une structure, des enjeux et des nécessités particulières, qui les conditionnent, comme nous allons le voir.

Les enseignements médico-militaires pour la pratique se fondent sur une expérience consacrée, éprouvée, qui s'est constituée sur cette période opérationnelle.
Vous le découvrirez, cette expérience des OPEX, héritière des enseignements de conflits plus anciens, a été constitutive de principes robustes que vous serez amenés à manier, au sein de la médecine de l'avant. L'intervention médico-psychologique s'alimente des principes de la psychiatrie en situation opérationnelle, mais ne méconnaissez pas *que c'est vous*, en tant que futurs médecins des forces, qui en serez les maillons opérants dans l'ensemble de la chaîne des soins. Cette expérience structurée au fur à mesure des années, établie d'une manière bien codifiée, en logique de parcours (parcours de soins, d'expertise, de réhabilitation), est une valeur rassurante, ainsi qu'une compétence peu répandue, qui repose sur une chaîne cohérente et un système qui est entièrement dévoué à son exécution.
Néanmoins, l'actualité n'est plus véritablement tournée vers les OPEX, et nous sommes face à *de nouvelles perspectives*, amenés à réfléchir à de nouvelles hypothèses, à de nouvelles organisations, notamment dans les perspectives d'engagement majeur.
L'expérience antérieure n'est pas pour autant caduque. Elle n'est simplement plus l'alpha et l'oméga de toute chose. Elle ne constitue plus une doctrine de référence unique. Vous êtes dans une période qui consacre *la fin de l'universalisation de cette pratique*.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

Il s'agit d'entrer dans une logique où *pas-tout* ne serait OPEX, comme *pas-tout* n'est engagement majeur. C'est un réveil assez rafraîchissant, qu'il s'agit d'anticiper un peu – pour vous également – car généralement c'est plutôt le cauchemar qui réveille…

Quels sont ces enjeux auxquels vous devez vous préparer ? Des enjeux et des problématiques qui ne vont pas de soi quand on parle de soins, puisqu'ils n'apparaissent pas toujours compatibles avec ceux-ci. Je ne ferai que les citer. Ils sont développés bien évidemment, de façon plus détaillée dans vos enseignements.

La masse. Le soin n'est plus personnalisé : nous avons affaire à une masse de patients, de blessés, avec des questions de *flux*. Traiter prend du temps, demande des lieux, une continuité. Il faut rendre cela compatible avec des nécessités d'organisation, de priorisation, d'orientation.

Les soins eux-mêmes *ne sont plus l'évidence* qui s'impose nécessairement, déjà parce qu'ils sont précédés par des actions qui ne sont pas réalisées par des soignants.
Les premiers secours sont parfois les seuls qui soient à disposition. Est-ce du secourisme, du sauvetage ? Vous êtes déjà formés aux premiers secours psychologiques ; il s'agira d'en assurer la diffusion… et les suites !

La nécessité qui prévaut, lorsque l'intensité des affrontements par exemple, est au premier plan. La nécessité prévaut, mais la nécessité fait surtout taire : quand il n'y a pas le choix, il n'y a pas le choix. Tout cela reste générateur, malgré tout de conséquences. Vous l'avez bien compris, se taire ou faire taire est un très bon amplificateur de ce qui va se passer d'un point de vue psychique. Il y a donc lieu de s'interroger sur ce qu'en seront les effets. *Et c'est là que vous reprenez votre place !*

Nous avons quelques modèles sur ce sujet. Déjà, les modèles historiques : oui, ils existent. Les grandes guerres, les conflits plus anciens. Je prenais tout à l'heure intentionnellement quelques références historiques anciennes pour vous permettre de mesurer le *jugement* volontiers contemplatif, peu intéressant, dépassé, porté sur ce passé. Pour autant, les grands affrontements sont de retour et sont ceux de notre modernité. Sans cesse oubliés, ils se rappellent parfois dans une brutalité assez cauchemardesque. Cela fut le cas en Afghanistan par exemple. Le retour à des missions de combat, d'affrontements durs est une chose ; c'est le cas un peu plus proche de chez nous actuellement.

Je vous inviterai également à considérer l'importance de ce qu'on appelle *l'attrition* – qui est un terme de commandement – attrition liée à des troubles psychiques ou supposés comme tels : 20 à 30 % des effectifs. Difficile à documenter avec exactitude, mais cela reste tout à fait considérable ! Il n'y est pas certain aujourd'hui que cela se manifeste de façon moins bruyante…

Des modèles moins historiques et plus actuels sont également présents dans une perspective que l'on pourrait qualifier de translationnelle : situations de catastrophe, d'attentats, terroristes notamment, crises pandémiques. Tous ces modèles, nous invitent à considérer ce qui est en jeu et ce que vous aurez à gérer.

Je ne ferais que nommer pêle-mêle : la prééminence de l'immédiateté, les effets désorganisateurs de la crise, l'incapacité de structuration des moyens qui n'auraient pas été prévus à cet effet, les effets désorganisateurs, voire clivants, qui se mettent en place

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

entre les différentes structures de soins (et notamment dès que la population civile est atteinte), les effets d'isolement, la méconnaissance des conséquences à long terme, l'épuisement des protagonistes et notamment des soignants…

Tous ces aspects impliquent de s'y préparer. Là aussi, nous sommes obligés de souligner un *nouveau paradoxe*. Si, comme vous l'entendez dans mon propos, c'est la problématique de la masse qui est à ce point mise en avant, l'enjeu devient alors peut-être non plus celui du particulier, mais du « pour tous », du « par défaut » ? La place du sujet, de l'individu, du singulier, s'éclipse. Celle du soignant probablement également, les aspects de gestion, d'administration, d'organisation prenant alors potentiellement, si ce n'est le pas, au moins une importance de premier rang. *Où se trouve donc la clinique dans tout ça ?*

Pour résumer cette deuxième séquence, les enjeux opérationnels mettent l'accent sur des besoins accrus, des attentes justifiées et accentuées dans le domaine médico-psychologique. Pour autant, les modalités d'intervention et les ajustements des pratiques, au risque d'être « dites dégradées » rendent la tâche délicate, en déportant la question sur des considérations exclusives de gestion ou d'organisation. Notre expérience des crises hors temps de guerre, des réorganisations attenantes, hospitalières à l'occasion, sont autant d'enseignements et d'occasions de nous rappeler l'antagonisme potentiel entre les impératifs de gestion et la conduite des soins qu'ils devraient pourtant permettre.

Quelle place pour le clinicien ?

Nouvelle étape dans votre parcours de praticien, nouveau jalon dans les enseignements qui vous seront dispensés. Ce que je vais maintenant aborder, vous en avez probablement déjà entendu parler ; il s'agit d'en saisir la dimension concrète et surtout la distorsion dans la place *qui vous sera attribuée*.

En effet, dans cette perspective de massification des besoins, s'agirait-il de se contenter de penser de cette clinique *qu'elle doit « se faire discrète » quelque temps ?* Ce n'est pas exact.
Voici quelques propositions de réponse :

- Elle est présente *dans l'après-coup*. Entendons que tout ne se voit pas tout de suite. C'est une évidence. Les catastrophes, les grands conflits humains sont générateurs de souffrance. Quelle que soit la nature des conflits ou des belligérants, dissimulés par la brillance des succès martiaux ou les brumes du désastre et de la déconfiture, les après-coups sont *toujours* compliqués, bruyants, visibles, au point d'être anticipés avant même la fin des conflits. La pathologie psychotraumatique ne suffit pas à elle seule à en qualifier l'ensemble de l'expression clinique, mais elle en est certainement la forme la plus illustrative : tout se paye, et cela est généralement fort coûteux. Ceci rejoint, d'une certaine manière, une logique de dénombrement, d'accumulation, de sommation allant de l'individuel au collectif. Il y a une limite à ce qui peut être enduré un temps, quand la nécessité prévaut, ou contenu selon des modalités toujours singulières. Dans un second temps, tout devient plus visible, pour solde de tout compte…

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

- Mais il s'agit de chercher aussi dans ce qui se joue dans les *effets de groupe*, et ce, quelle qu'en soit la temporalité. Nous ne sommes pas vraiment habitués, de par notre formation médicale, à considérer cette place du groupe, au profit de l'individu, du patient. C'est un gros scotome, comme diraient certains d'entre nous. Mais, vous le savez, et vous devrez l'approfondir, le groupe est un « organisme psychologique » à part entière. Il subit des modifications importantes dans son fonctionnement et peut présenter également des « pathologies ». Certaines sont particulièrement redoutées, comme les célèbres réactions de panique collective, mais vous découvrirez aussi des manifestations plus complexes, malheureusement bien plus fréquentes. En situation de guerre, j'attire votre attention sur ces tableaux *d'incapacité fonctionnelle*, qui rejoignent peut-être la part d'attrition que j'évoquais auparavant. Fort heureusement, elles convoquent une action et une attention particulière des soignants. Ces situations sont probablement le *point aveugle* à partir duquel trouve à se remanifester quelque chose de l'individuel, quand bien même au sein du collectif. Ces patients *impaired*, incapacités, qui ont bien occupé nos collègues britanniques pendant la seconde Guerre mondiale, posent des questions évidentes : qu'en faire, sont-ils malades ou pas ? Difficile d'y répondre, car s'ils ne le sont, à défaut de nous occuper d'eux, ils le deviennent. Nos prédécesseurs ont proposé les réponses de leur temps pour ces soldats *dullards*, disons éteints pour rester poli. Nous en trouvons bien entendu des déclinaisons plus actuelles, à l'occasion de nos missions en Afrique ou en Afghanistan, lorsque l'incidence des actions de combat trouve à impacter bien au-delà des pertes et blessures objectivées comme telles.

Vous distinguez bien, en arrière-fond, la question d'une autre nécessité, nécessité combattante cette fois, celle du retour au combat : *Return To Duty.* Votre action n'est pas guidée par cette nécessité. C'est un point incontournable, une doctrine affirmée et établie : la « non-obligation du retour au combat ». Là aussi, c'est un terme *qui prête quelque peu au malentendu,* car s'il n'est pas dans les attributions du médecin, de renvoyer un patient au combat, toutes ses actions, notamment thérapeutiques, y contribuent directement ou indirectement. Mettons donc plutôt l'accent sur le terme d'**obligation**. Cette obligation ne conditionne pas l'exercice médical. C'est une condition de succès nécessaire au déroulement de soins. Cette obligation est bien du côté du patient, dès lors qu'il redevient potentiellement un combattant.

Voici donc quelques illustrations de ce qui se voit mal, de ce qu'il faut aller chercher, dans une lecture allant de l'individu vers le collectif. Mais il s'agira également pour vous de *chercher dans certains effets invisibles.* Appuyons-nous sur la dialectique martiale : contre qui ou contre quoi se bat-on ? Dans une perspective guerrière, tout comme pour le médecin, saisir quel est l'ennemi, ce qu'il y a à affronter (à *traiter* pour nous), peut en passer pour une nécessité première. Cela semble aller de soi. Ce n'est pourtant pas toujours le cas ou pas toujours aussi clair. En effet, dans une perspective psychopathologique, identifier le danger ou l'ennemi est souvent bien plus délicat. Le risque n'est souvent pas là où on l'attend. Nous en trouvons des illustrations dans l'histoire des conflits, des périodes d'occupation et de résistance, où l'opacité, la collusion d'intérêts divers et variés, la mobilisation des craintes, le « *maniement concerté des images et des passions* », les effets d'influence, de propagande, de doctrine, d'affichage parfois, ont démontré tout leur poids, dans des proportions qui échappent totalement à notre

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

simple perspective. La clinique même de l'humain, celle de la camaraderie humaine, ouvre parfois sur le pire. C'est le cas des *bonnes intentions*, des « *bonnes volontés* », terme emprunté à Jules Romain et ses « Hommes de bonne volonté ». Y voir clair dans ce genre de situations n'est pas une sinécure. Et c'est là où se jouera l'importance, la place voire la nécessité de l'éclairage que vous pourrez apporter sur ces situations, ces manifestations, souvent insidieuses, qui altèrent, particularisent ou obscurcissent le discernement. C'est la place *du conseil au commandement*, qui, s'il y a lieu de le préciser, ne se réduit en aucune façon à un simple apport ou ajout d'informations adressées à une autorité, mais vise bien à interroger, induire, peut-être parfois même confronter, une prise de position ou une perception des faits, qui en elle-même par définition, reste éminemment subjective. Conseiller le commandement, c'est avant tout *conseiller un chef*, qui, lui-même, ne peut se permettre de faire l'impasse sur ses propres points de concernement subjectifs, quand bien même les méconnaîtrait-il.

Enfin, pour conclure cette perspective qui pourrait laisser penser que la clinique du sujet n'y a plus sa place, considérez le cadre de *ce qui se manifeste là où on ne l'attend pas*. C'est une formulation curieuse, mais pour l'aborder, il y a lieu de convoquer le théâtre de Claudel et du Soulier de Satin. « Le pire n'est jamais certain. » C'est une référence que je vous confie et qui ne m'a jamais fait défaut.

Dans des situations hors de toute considération médicale ou même de toute pathologie constatée, de très grandes perturbations du fonctionnement psychique peuvent trouver à se manifester. Certains de nos collègues ont tenté de les formaliser notamment à travers l'appellation très éloquente du « décrochage du sens moral ». Replaçons-les dans un contexte plus traditionnel pour notre discipline, qui est le champ de ce qu'on appelait autrefois *l'hygiène mentale* : le fonctionnement psychique dans ses aspects collectifs, s'impose comme une réalité, comme une nécessité préalable à l'exécution de la mission, tout comme une réalité dans la constitution même des groupes, dans leur structuration, depuis leur sélection, leur préparation, leur formation, leur entraînement, leur mobilisation, leur mise en action. Groupes combattants mais également groupes de soignants. Ces aspects de psychologie collective sont déterminants. Ils sont bien connus… mais ils ne sont jamais enseignés. Leurs effets sont très visibles, mais ils ne sont pas toujours mesurés.

Le groupe protège, le *groupe* fait rempart, le groupe *permet,* par délégation de responsabilité, quand il est structuré autour d'une figure particulière (celle du chef). Il permet la réalisation de tout un ensemble de choses qu'aucun de ses membres ne pourrait faire individuellement. C'est un outil formidable. Avec des contreparties qui le sont tout autant. Parfois féroces : pousse-au-silence, pression d'exclusion, désignation de mauvais objet, de bouc émissaire, diffusion de l'angoisse, rigidification… Vous apprendrez tout cela puisque la première chose que vous rencontrerez, et notamment en situation opérationnelle, avant même vos patients, c'est un groupe.

Mais vous devrez également y être sensibilisés en raison *de leurs effets et conséquences*. Nous avons déjà évoqué les conséquences catastrophiques des pathologies du groupe. Certaines complications sont tout aussi dramatiques, mais hors d'une qualification pathologique. Ce sont les effets qui se manifestent *chez des groupes de sujets sains*. C'est-à-dire exempts *a priori* d'affections ou de pathologies mentales. Je ne citerai brièvement que deux illustrations, la plus célèbre d'entre elles, étant une expérience

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

de sociologie réalisée dans une université américaine, Stanford, dans les années 70. Très simple, elle impliquait une population d'étudiants, *comme vous*, sur leur lieu de travail, c'est-à-dire leur campus, tous volontaires, en ne leur demandant que de participer à un jeu de rôle, et de ne respecter qu'une consigne assez basique. Une partie des élèves jouait le rôle de prisonniers, l'autre partie, celui des gardiens. Quelques indications données, et sans autre facteur exogène, se déroule ce qui doit se dérouler et qui mènera à l'interruption très prématurée de cette expérimentation : les comportements de cette population étudiante, de semblables, sympathiques, compliants et en bonne santé, changent radicalement : apparition de phénomènes d'exaction, transformation des acteurs, ceux jouant le rôle de gardiens devenant de véritables bourreaux, responsables de brimades, d'humiliations et de maltraitance. Le pire n'est jamais certain… cette expérience, qui interroge sur les effets de consentement, de soumission, la perte des limites ou des interdits dans le champ social, est très éloquente. Elle répond aux travaux de Milgram, proposant d'une manière moins sauvage et plus contrôlée, à un protagoniste, là aussi un quidam en bonne santé mentale et en pleine possession de ses moyens, d'infliger des décharges électriques à un inconnu, en échange de rétributions croissantes. Il ne sait pas alors que les cris comme les décharges sont factices et appliqués fort heureusement à un acteur. Dès lors que vous parvenez à suspendre la crainte d'une sanction ou à laisser supposer un consentement réciproque des protagonistes, le résultat devient tout à fait spectaculaire.

Les enseignements de ces expériences sociologiques sont-ils intéressants pour nous ? Tout à fait. Ils nous permettent d'interroger ce qui se passe en situation de guerre ou au décours des combats et de cesser de nous étonner, lorsque des faits divers défraient la chronique, d'une manière grossière et répréhensible. Rappelons-nous nos voisins, nos alliés, dans les prisons iraquiennes par exemple, ayant des comportements tout à fait similaires, s'exposant sur les réseaux sociaux, en mettant en avant des actions moralement inacceptables…

Le sujet sain existe-t-il véritablement ? C'est une question que je laisserai du côté de la philosophie. Elle n'est pas indispensable pour les psychiatres. En revanche que vous parveniez à saisir les éléments discrets, les phénomènes cliniques qui sont en jeu et qui préfigurent ces situations regrettables, mais non rares : phénomènes de panique dégradés, mutineries, exactions sur la population civile, perturbations des fonctionnements intragroupes, sévices, brimades, etc., etc., eh bien, cela est d'une très grande nécessité ! C'est la *clinique de l'invisible* qui effare toujours, dès lors qu'on y porte attention… Nous voici au cœur de vos attributions à venir !

Retenez de cette troisième séquence l'attention nécessaire au détail. Pas simplement les détails, mais surtout le détail, le divin détail qui nous rappelle, avec Nietsche peut-être, que le diable s'y cache le plus souvent. Dans l'après-coup, en dépit des effets d'aveuglement, derrière les obligations ou à travers les manifestations du groupe, ces détails discrets, invisibles ou méconnus, ne doivent pas vous laisser impuissants.
Ils ouvrent à un champ d'action très concret à partir du conseil au commandement. Suivez de Vinci : « Les détails font la perfection, et la perfection n'est pas un détail. »

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

Pour la pratique

Dernier jalon, dernière étape et pas des moindres : qu'en est-il en pratique ?
Qu'en sera-t-il pour *votre* pratique ? Comment ne pas vous sentir trop déroutés face à ce panorama très protéiforme où les enjeux se mêlent aux risques, où les intervenants, dans la pluralité et la diversité de leurs propres priorités offrent au conflit, à la divergence des loyautés, intention, prérogatives, etc. ? Il s'agit avant tout que vous portiez votre attention *sur là où se situe cette clinique particulière*. Probablement là où vous ne la chercherez pas, du moins pas tout de suite. Vos connaissances sont déjà bien suffisantes pour repérer ce qu'il en est des aspects les plus médicaux. Vous vous perfectionnerez. Vous tirerez profit de votre expérience. Tout cela reste une perspective assez rassurante. En ce qui concerne cette clinique discrète, discontinue, insaisissable, inconsistante, au *sens logique du terme*, il y a lieu de compter sur d'autres approches qui vous décilleront, qui vous ouvriront un peu les yeux et vous permettront d'anticiper.

Cette dernière section s'adresse à vous en tant que praticiens, en tant que maillons centraux de notre chaîne du soutien santé. Il est probable que certains d'entre vous choisiront de s'engager dans un parcours de formation hospitalière et prépareront l'assistanat de psychiatrie. Toutefois, ne perdez pas de vue que *vous*, médecins des Forces, êtes les acteurs principaux du soutien médico-psychologique. Pas sans des spécialistes, certes, mais leurs actions n'auront d'efficace qu'en relai des vôtres.
Je vais donc aborder maintenant un certain nombre de *recommandations*. Malheureusement pour vous, pas du genre de celles dont vous raffolez (et avec un peu de chance, dont vous êtes déjà écœurés), ces recommandations pour la pratique clinique, méthodes ou autres conduites à tenir, prêtes à l'emploi. Nous ne sommes ici plus dans la matière, la substance de la discipline en question, mais bien face à des *praticiens, en charge de leurs actes*, instruments de l'efficacité thérapeutique. En somme, des recommandations pour *votre* pratique, qui auront, espérons-le, pour effet de l'interroger, de vous interroger et in fine de prendre les bonnes décisions, celles qui ne sont pas déjà écrites par avance.

Je vous propose tout d'abord de vous appuyer sur la métaphore ou *l'apologue des trois petits singes* : celui qui ne voit pas, celui qui n'entend pas et celui qui ne parle pas. *L'invisible, l'inaudible et l'indicible* sont trois catégories par excellence, de là où trouve à se loger cette clinique discrète et son éthique des conséquences. C'est une boussole, faites-en usage.

L'invisible consacre par excellence ce qui échappe, ce qui échappe à la scrutation, ce qui amène à se détourner, à détourner le regard, pudiquement ou dans l'horreur. Parfois même bien au contraire, dans la fascination qui capture celui qui s'y trouve pris. L'emprise à laquelle vous serez peut-être soumis, face aux horreurs, au quantum de souffrance dont vous serez les destinataires, au-delà de l'embarras, de la difficulté à vous en dépêtrer tout autant que votre patient, ne viendra pas sans interroger ou stimuler des appétences plus obscures ou plus latérales. Celles de l'entourage, du groupe, les vôtres peut-être. Il sera nécessaire d'y voir plus clair.

L'inaudible, ce qui ne s'entend pas, ne se réalise pas toujours dans le silence assourdissant ou les hurlements les plus réfrénés. Considérez aussi la place du malentendu : celui-ci, paradoxalement… s'entend très bien ! Il est probablement parfois nécessaire

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

et permet de vivre dans un lien social préservé… mais avec un certain coût, que nos patients sont les premiers à supporter. Y regarder (ou écouter) d'un peu plus près, mesurer le tact nécessaire pour le destituer parfois ou le déloger de sa prééminence, est autant une affaire de nécessité que de savoir-faire. La vérité sans fard peut soudainement devenir insupportable, et pas toujours viable d'ailleurs.

L'indicible en procède. Ne réduisons pas cette catégorie à l'horreur la plus ineffable, telle qu'elle se rencontre dans l'expérience traumatique. C'est un terme consacré certes. Le patient, dans l'effroi, n'a pas de mots à poser sur ce à quoi il a été confronté. Rappelez-vous qu'il en a souvent beaucoup, mais que leur répétition interminable, celle du récit traumatique, atteste surtout de leur peu de prise sur l'expérience vécue. Eh bien, l'indicible c'est *aussi* ce qui ne peut trouver à se dire en toute circonstance, *de crainte d'être entendu*, et de générer d'autres effets…

Voilà un premier outil, loin du prêt-à-porter. Par extension, nous l'avons déjà dit, la pratique en situation opérationnelle n'est pas strictement superposable avec l'exercice de ce que la médecine qualifie habituellement du « colloque singulier » entre un patient et son médecin. C'est un champ beaucoup plus vaste, hors les murs, dans *l'informel* des rencontres, mais aussi dans les circonstances où l'on peut le saisir, où il s'agit d'aller porter son regard, *où le praticien devient chercheur*. Pas du genre de ceux que nous connaissons bien, nos voisins en somme, mais de ceux qui, comme Picasso s'orientent plutôt d'un « *je ne cherche pas, je trouve* ».

Permettez-moi d'énumérer quelques-unes de ces trouvailles, qui ne peuvent se faire sans praticien :

- La valeur des *signaux faibles*, qui est déterminante. Ils sont souvent très loin de ce que serait l'expression d'une souffrance, souffrance morale ou psychologique : recrudescence d'un certain nombre de faits, dérapages, négligences, infractions diverses et variées… L'expérience, l'ancienneté aident à les repérer, certes, mais il faut savoir les chercher, s'étonner sans trop se laisser surprendre. L'imprévu en consultation, l'interrogation derrière l'agacement ou le dérangement des habitudes ou nécessités de fonctionnement, sont tant d'indications que quelque chose d'autre est à l'œuvre quand bien même très en marge des préoccupations médicales habituelles. Bien évidemment, tout cela est très affine avec ce champ de la psychologie collective qui est une donnée qu'il s'agit de considérer, car sans elle pas de soins individuels.

- *Le tout est plus que la somme de ses parties.* Voilà une expression bien commode, souvent mal comprise et source de malentendus. Maximiser, mettre toutes les chances de son côté, viser la complétude de son action en sont autant d'avatars et vous y êtes rôdés grâce à une formation médicale d'année en année plus exhaustive. Reconnaissons-le, cette formulation est aussi maniable dans le champ des sciences humaines que celui de la physique quantique. Néanmoins, si ce tout est plus que la somme, il est parfois moins que celle-ci. C'est une question de point de vue, mais cela nous démontre aussi, si besoin était, que les systèmes bien organisés sont incomplets. Il n'y a pas nécessairement de garantie qui vaille, mieux vaut en être averti… Je faisais référence un peu plus tôt au domaine de la logique. Dans une perspective logique, les systèmes qui nous rassurent tant dans notre lecture continuiste, où tout semble possible, ou du moins où tout devrait

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

l'être, ces systèmes sans trou et sans faille… n'existent pas ! Bertrand Russel, figure de la période logico-positiviste aujourd'hui loin derrière nous, le démontrait à partir d'un exemple fort simple : le catalogue. Quoi de mieux organisé qu'un catalogue ? Cela permet de tout ranger : le savoir médical, les problèmes, les solutions. Bien, faisons des catalogues, accumulons le savoir et les réponses ! Tout se passe bien jusque-là. Il y a même de quoi nourrir une vie d'universitaire. Pourtant, s'il y a bien une chose qui fait défaut à cet appareillage symbolique, aux promesses universalisantes, c'est bien même sa nature. Car, s'il y a une chose *qui ne peut pas exister*, c'est le catalogue des catalogues. *Les systèmes sont donc inconsistants*, CQFD.

- Les pièges des *effets de sens* : est-il nécessaire d'insister plus avant ? Toujours ! Nous les avons déjà parcourus : le sens que nous tentons d'appliquer à toute chose, soit la *compréhension*, est un piège qui nous égare. La compréhension, en ce qui concerne notre fonctionnement psychique est certainement le faux allié auquel nous sommes le plus attaché : « mieux se comprendre ».
  Tout cela a un petit accent positiviste : « savoir pour prévoir, prévoir pour agir ». Il en faut. Mais ce n'est pas suffisant, et le sens est aussi très captivant. Il n'y a pas ici qu'une référence à la fascination, telle que je la mentionnais plus tôt.
  Le sens, tout comme l'image, est un *court-circuit de la pensée scientifique*, disait Bachelard. Il produit des inférences, des déductions qui s'imposent parfois telles quelles, et font méconnaître les ressorts plus opaques, qui permettent d'y parvenir. Heureusement, la clinique du délire nous rappelle à la raison, notamment dans ce que l'on appelait autrefois les délires paranoïaques. Ils nous démontrent que ça ne fonctionne pas du tout – en ce qui les concerne – et pour nous, que ça ne fonctionne pas comme ça. Au sujet délirant la charge du postulat de sa conviction ; aux autres, le poids de leurs préjugés et présupposés. On n'y échappe que difficilement…
- Le besoin de *prévoir* est un sujet qu'il vous faudra considérer. C'est une des missions de la pratique médicale, à travers la notion de *pronostic* qui est très intimement liée aux questions d'aptitude et d'expertise. Rappelons qu'en matière d'expertise psychiatrique, le critère principal n'est pas l'adossement à un diagnostic, pas plus que la mesure d'une psychométrie quelconque, mais bien le pronostic d'adaptabilité. Il faut bien le construire. *Prévoir n'est pas prédire.* Vous orienter dans une *logique de prévenance*, est ce qui convient. Il s'agit de pouvoir l'éclairer. Tous ces éléments discrets, discontinus, identifiés, repérés, vous apprendrez à les organiser, à ne pas vous encombrer d'un recueil asphyxiant, d'une collection stérile, ni à vous trouver captif de paradigmes de prédictivité, en somme de présupposés déterministes qui n'existent pas « au un par un ».
- Cette logique de prévenance n'est pas le « véritable acte de foi des hommes de votre état » pour paraphraser cette maxime qui vous est familière, mais bien ce qui guidera votre action et votre exploration de cette clinique parfois insaisissable. Elle vous invitera aussi à repérer et à savoir précisément ce que l'on traite, ce que *l'on traite qui est du côté du singulier*, qui justement n'est pas du côté du « pour tous », de ce qui se rangerait prétendument dans le déterminisme savant, faussement rassurant.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

Certaines situations vous le démontreront de façon exemplaire, comme :

- dans l'après-coup d'événements particuliers, par exemple, dans ce que l'on appelle le débriefing médicopsychologique,

- dans le maniement de la temporalité, qui n'est pas celle que vous connaissez déjà en termes de durée de prescriptions, de latence, de gestation de certains effets, mais bien une *temporalité subjective*. Tout ne peut pas se faire ou se dire, ni tout le temps, ni tout de suite…

- dans ce qu'il s'agira donc pour vous, de parvenir à « *historiciser* » avec vos patients, soit parvenir à vous y repérer dans leurs trajectoires personnelles, les reconstruire parfois, pour les aider également à y retrouver des repères, et pour tout un chacun in fine à retrouver le chemin vers une parole qui soit sienne, quand bien même nombre de discours s'imposent et sont communément partagés.

Quels sont donc les attendus, les prérequis qui conditionneront la prise de vos futures responsabilités ?

Par essence, *que vous soyez sensibilisés* et que vous soyez à même de diffuser cette sensibilisation. Sur quoi porte-t-elle ? Peut-être déjà en premier chef, puisque nous exerçons en milieu militaire, sur l'affirmation que « *tout n'est pas psychotraumatique* ». C'est important de le dire. Même si nous ne méconnaissons pas la promotion de ce terme, reconnaissons pour autant que ces mots restent probablement l'*une des rares nominations acceptables du fait psychique*. J'aimerais ne pas avoir à vous rappeler que la création de cette entité diagnostique (je parle de cette accession à la dignité d'un diagnostic : « ESPT ») est encore plus moderne que tout ce dont je vous ai parlé jusqu'à présent, puisqu'elle date de la fin de la guerre du Vietnam (ce qui n'empêchait pas, heureusement, de traiter les patients auparavant pour autant).
Cette reconnaissance en tant que pathologie, s'est faite avant tout par son introduction dans, et à la demande du champ social. C'est donc bien une question de *nomination*. L'insupportable peut trouver à être nommé à partir du moment où il cesse quelque peu de paraître pour tel. Rappelons donc que tout n'est pas trauma.

Qui plus est, tout n'est *pas du registre d'une pathologie franche et évidente*, telle que vous les avez apprises dans la nosographie psychiatrique. Pour autant, beaucoup de choses pourraient le devenir in fine. C'est l'ensemble du spectre désadaptatif, par exemple. Il y a résolument lieu que vous gardiez votre esprit aiguisé sur ce point. La désolidarisation du milieu, la désillusion, le désajustement du groupe, sont autant de phénomènes exposant au jugement réprobateur, à l'exclusion, à l'auto-exclusion… mais qui occultent aussi potentiellement une dynamique au sein de laquelle tout n'est pas inscrit, pas encore tout à fait.

C'est également le cas pour *ce que vous souhaitez pour vos patients* et, dirais-je, par extension « ce qu'on peut vouloir pour eux ». C'est un sujet plus compliqué, presque délicat à aborder. Nous avons évoqué notre devoir de prévenance, mais les attentes ne se limitent pas à celles des patients ou des soignants. Rappelez-vous la place des injonctions, qu'elles soient sociétales ou parfois thérapeutiques, concernant ces symptômes évasifs, ces pathologies résistantes, cette clinique somme toute bien

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

indisciplinée, qu'elle se loge dans les catégories de la médecine, ou qu'elle y fasse suspicieusement défaut. Cette place de l'injonction thérapeutique, de la nécessité absolue de devoir aller mieux, tous les moyens devant y concourir, a déjà très tristement éclaboussé notre historique médical. Pensons notamment, à cette pratique du torpillage faradique pendant la Grande Guerre, très loin d'être limitée à un nombre restreint de protagonistes, rappelons-le, mais bien pratiquée de manière très extensive, voire enthousiaste. Les bons traitements – formulation ironique – du docteur Clovis Vincent, armé de sa perche électrique, rectifiant vigoureusement des symptômes mystérieux, suspectés de mauvaise volonté ou d'une simulation à visée escapiste en ont été une illustration. Nous pourrions, dans une actualité beaucoup plus proche, nous interroger sur ces lamentations portant sur le constat regrettable, que nos patients supportent si mal les traitements qui sont prétendument réputés être les plus efficaces (les thérapies d'exposition notamment). Ces deux faits mis bout à bout, évidemment, font sourire. Mais ils ne font pas du tout sourire nos patients, rappelons-le également.

Pour conclure

Il est bientôt temps de conclure. Alors, cette clinique aussi insaisissable, *se fait-elle pour autant discrète* ?

J'ai posé la question un peu plus tôt, la réponse est assurément non. Il s'agit donc surtout de trouver les opportunités pour la saisir. Certes, il y a peu de praticiens et, de ce fait, il leur revient d'être particulièrement efficients. Peu de praticiens, cela a des effets, qui ne sont pas forcément les meilleurs : des questions se posent, plus ou moins spontanément. Comment les remplacer, par exemple ? Intelligence artificielle, autogestion par les patients, *empowerment* ? Il y a lieu de froncer un peu les sourcils, et de s'interroger plutôt sur comment bien former ceux qui sont déjà là.

Peu de praticiens, peu de rencontres, mais aussi *un usage nécessaire de la temporalité* : prioriser, prendre date, travailler à plusieurs. Tout cela ne va pas de soi et ne procède pas nécessairement de la logique « plainte – réponse à la plainte – prescription – traitement – disparition de la plainte », qui serait la boucle linéaire, harmonieuse, bien attendue face à toute chose.

Je vous le disais précédemment, tout ne se fait pas tout de suite. Très vite, c'est parfois trop vite. Il y a une temporalité du côté du soignant, tout comme il y en a une du côté des patients. Temporalité du côté des moyens (le triage par exemple), tout comme il y en a une du côté des enjeux. Prendre date est parfois une action tout à fait suffisante, et qui respecte la création de ces « conditions de possibilité » qui permettront le soin in fine. Une parole suffit parfois.

C'est donc avant tout *un enjeu pour votre formation.* Nous parcourons ici les différentes facettes de ce que vous abordez cette année et poursuivrez les suivantes.

Vous pourrez vous soutenir de ces points de doctrine qui ont été élaborés au cours du temps. Cette doctrine peut se résumer d'une façon assez simple au risque d'être possiblement déroutante. Notre doctrine pour la psychiatrie et la psychologie clinique appliquées aux armées, est qu'il n'y a pas de *méthode*, au sens d'une *technique* qui suffirait en elle-même, à répondre à l'ensemble de ces problématiques et des pathologies pour nos patients. Pas de technique psychothérapique : c'est quelque chose qui a

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

largement fait la preuve de sa non-pertinence. Pas de boîte à outils, prête à porter, prête à l'emploi, sur étagère. *Face à des situations d'exception, pas de standard, mais pour autant pas sans principes*, pas sans ces principes que nous avons évoqués.

Deux points se dégagent. Le premier, c'est la *continuité de la prise en charge* dans la chaîne dont nous sommes chacun des maillons qui s'articulent d'une manière interdépendante. Le second, la qualité du praticien, et c'est l'objet de cette leçon.

Cette tâche peut vous paraître quelque peu impossible. Certes, et *tant mieux*, tant mieux parce que c'est la marque d'une discontinuité. Nous y sommes ! Quand tout est possible, dites-vous bien que rien ne l'est. C'est le paradoxe de la liberté. La liberté absolue, sans contrainte, sans limite, n'existe pas ; elle n'existe que dans la folie : la liberté absolue est l'aliénation la plus totale. Il y a nécessairement des *points d'impossibilité*. Ce sont des conditions de nécessité. Il faut se les représenter. Il faut les respecter, les utiliser, en faire un bon usage.

Je vous rappelle qu'il y a maintenant fort longtemps, Freud nommait *trois grands impossibles : gouverner, éduquer et psychanalyser*. Tout cela s'offre pour autant, ou ne s'en offre pas moins, à un traitement social, sociétal. Je vous laisserai juger la qualité de la réussite du traitement de ces grandes impossibilités depuis il y a maintenant plus d'un siècle…

J'en nomme trois autres, également attrapés dans le champ social.
Trois autres problèmes. Trois autres *caveat*, qui peuvent nous concerner : *l'irresponsabilité, l'impunité et l'inconséquence*. Le premier, nous parle bien évidemment beaucoup. Le médecin est toujours responsable, quand bien même un aléa survient, il en est responsable, mais pas forcément coupable. *Quant à l'impunité et l'inconséquence, je vous laisse apprécier ceux qu'elles pourraient concerner, de l'avocat ou du journaliste, de l'intercesseur ou du facilitateur. Mais assurément, elles concernent également nos pratiques…*

Il existe une ligne forte à suivre, comme le fil d'Ariane, pour s'y retrouver dans tous ces écueils : l'orientation par la clinique, celle qui implique un sujet dans son historicité et un praticien dans la réalisation de son acte.

Retenez que la clinique bruyante, évidente, est celle de l'arbre, l'arbre étant toujours celui qui cache la forêt. Savoir y regarder, vouloir y voir un peu plus clair – et ce sera ma dernière recommandation pour aujourd'hui – n'est pas nécessaire. C'est indispensable.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004