Article original

Du front à l'arrière

De Thomas W. Salmon aux enjeux contemporains de la non-obligation de retour au combat

J. SALOMÉ[(1)], G. THOMAS[(2)], M. DAUDIN[(3)], C. BRETON[(4)], B. LAHUTTE[(5)]

(1,2) Hôpital Régional d'Instruction des Armées Clermont-Tonnerre, Service de Psychiatrie, Brest
(3) 13e Centre Médical des Armées, 101e Antenne Médicale, Angoulême
(4) Hôpital National d'Instruction des Armées Sainte-Anne, Service de Psychiatrie, Toulon
(5) Hôpital National d'Instruction des Armées Bégin, Service de Psychiatrie, Saint-Mandé

Auteur correspondant : juliasalome.contact@gmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.10214

Reçu
le 18 novembre 2025

Accepté
le 10 mai 2026

Publié
le 5 septembre 2026

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé

Au sein de conflits, notamment de haute intensité, le spécialiste de la santé mentale peut être pris entre deux impératifs contradictoires. Le premier repose sur une logique d'organisation et de tri visant le retour rapide au combat, dans un environnement souvent contraint nécessitant de maintenir la capacité opérationnelle. Le second appelle à reconnaître chaque blessé dans sa singularité et à prendre en compte sa souffrance psychique ainsi que ses temporalités propres, le non-retour au combat pouvant, dans certains cas, être envisagé comme un acte thérapeutique.

Dans un contexte marqué par l'évolution des modalités de guerre et l'usage croissant des technologies (intelligence artificielle, télémédecine, dispositifs d'évaluation standardisés, etc.), le soin psychique est traversé par une double tension : sa désubjectivation, par la logique du flux, et son instrumentalisation au service de la performance opérationnelle.

Le clinicien militaire se trouve alors pris entre les attentes institutionnelles, les exigences du commandement et son éthique du soin. À partir d'une perspective historique et en s'appuyant sur l'héritage doctrinal de Thomas W. Salmon, cet article propose de revisiter cette problématique à la lumière des enjeux contemporains.

Mots-clés : Psychiatrie opérationnelle. Thomas W. Salmon. Traumatisme psychique. Médecine d'armée.

Abstract
FROM THOMAS W. SALMON
TO CONTEMPORARY PERSPECTIVES
ON THE NON-REQUIREMENT TO RETURN
TO COMBAT
In armed conflicts – particularly in high-intensity contexts – mental health specialists are torn between two opposing imperatives: meeting organizational demands involving rapid triage, swift return to duty, and saving operational capability within resource-limited and high-pressure environments.
The second option calls for an individualized approach encompassing each and every member's unique experience, psychological suffering, and personal recovery timeline. For some, not returning to duty is part of therapeutic recovery process, which must be acknowledged.
In light of ever-changing warfare and today's increasing use of emerging technologies i.e. artificial intelligence, telemedicine, standardized assessment tools, psychological care faces a dual tension: desubjectification is increasingly observed for the sake of operational performance.
Military clinicians thus navigate a delicate balance between institutional expectations, command requirements, and ethical commitments to care. Drawing on a historical perspective and the doctrinal legacy of Thomas W. Salmon, this article re-examines these issues in light of contemporary challenges.

Keywords: Operational psychiatry. Psychological trauma. Thomas W. Salmon. Military medicine.

Introduction

Le début du XXI^{e} siècle est marqué par un basculement des équilibres géopolitiques : mondialisation des échanges, émergence de nouvelles formes de violence et innovations technologiques bouleversent les modes de conflictualité. Le conflit russo-ukrainien, déclenché en 2022, illustre ce tournant en réintroduisant des formes de guerre plus symétriques qui, par certains aspects, rappellent les logiques de confrontation des guerres mondiales. Ces conflits mettent à l'épreuve la résistance physique et psychique des militaires comme des civils, exposés à des contraintes extrêmes et des expériences traumatiques répétées (1).

Les données épidémiologiques recueillies en Ukraine permettent de saisir l'ampleur de ces répercussions. Selon la dernière évaluation des besoins en santé menée par l'OMS en octobre 2024, 68 % des Ukrainiens déclarent présenter une altération de leur état de santé depuis le début du conflit. Les troubles psychiques apparaissent comme les plus fréquents : 46 % rapportent des souffrances liées à la santé mentale, 41 % présentent des troubles psychiatriques avérés et 39 % des atteintes neurologiques.

À ces blessures invisibles s'ajoute un grand nombre de blessés physiques, dont plus de 100 000 amputés recensés à la mi-2024, laissant supposer une probable sous-évaluation des troubles psychiques associés (2,3).

Sur le plan clinique, les manifestations sont multiples : décompensations aiguës de troubles anxieux et dépressifs, émergence de troubles post-traumatiques, et exacerbation de pathologies chroniques telles que les psychoses ou les conduites addictives.
Sur le plan organisationnel, les capacités de prise en charge sont rapidement saturées : évacuations nombreuses, structures débordées ou détruites, manque de personnel formé. Si la littérature souligne l'augmentation de la prévalence des troubles mentaux, le constat le plus marquant demeure la précarité structurelle des dispositifs de soin : la psychiatrie repose quasi exclusivement sur le secteur public, avec peu de services ambulatoires, un accès restreint en zones rurales, et une forte dépendance à l'appui d'ONG ou d'associations, comme la Croix-Rouge (2,4).

Dans ce contexte, les cliniciens, eux-mêmes exposés, se voient contraints d'intervenir davantage dans une logique de régulation et de gestion des flux que dans une perspective de subjectivation du vécu traumatique.

Cela conduit à interroger le devenir du militaire blessé psychique, sa capacité à retrouver une place au sein de l'institution, et le rôle du spécialiste de la santé mentale, qu'il soit psychiatre ou psychologue, pris dans ce contexte de tensions entre exigences opérationnelles et éthique du sujet. Notre réflexion s'articule autour de trois axes : la naissance d'un modèle de psychiatrie militaire opérationnelle et préventive élaboré par Thomas W. Salmon pendant la Première Guerre mondiale ; l'évolution du modèle français, centré sur la subjectivité du blessé ; et les enjeux contemporains du soin psychique en contexte de guerre moderne.

1 Thomas W. Salmon : la naissance d'un modèle de psychiatrie militaire opérationnelle et préventive

Afin d'appréhender l'influence de Thomas W. Salmon sur la doctrine de la psychiatrie militaire française, il importe de considérer le modèle qu'il a élaboré, d'en dégager les principes directeurs, les recommandations opérationnelles et ce qu'il révèle de la place accordée au soin psychique en contexte militaire.

1.1 Qui est Thomas W. Salmon (1876-1927) ?

Thomas William Salmon occupe une place centrale dans l'histoire de la psychiatrie américaine du début du XX^{e} siècle. Médecin généraliste de formation, il oriente sa pratique à partir de ses expériences dans la Marine puis auprès des migrants à Ellis Island. Il participe à la conception de navires-hôpitaux destinés à améliorer la prise en charge précoce des blessés et constate les conditions précaires d'accueil des migrants souffrant de troubles mentaux ou de déficiences. Ces expériences le conduisent à proposer la création d'un pavillon diagnostique destiné à systématiser l'observation et à garantir une meilleure équité dans le « tri » des migrants. Toutefois, cette initiative s'inscrit dans les logiques hygiénistes de son époque, où la volonté de protéger la population américaine s'articule à des conceptions eugénistes, nourries par la crainte que les migrants non « sélectionnés » ne transmettent soit des maladies infectieuses, soit des affections héréditaires (5,6).

Au-delà de cette dimension normative, Salmon accorde déjà une attention particulière aux déterminants sociaux et environnementaux dans l'apparition et l'évolution des troubles psychiques. Cette orientation le rapproche du mouvement hygiéniste, fortement influencé par Adolf Meyer, qui conçoit ces troubles comme le résultat d'un défaut d'adaptation entre l'individu et son environnement. Inscrit dans cette perspective, Salmon adopte l'approche « psychobiologique », qui articule trajectoire de vie, organisation de la personnalité et contraintes sociales, et promeut une psychiatrie intégrée au champ de la santé publique, centrée sur la prévention, l'organisation des soins et la formation, plutôt que cantonnée au cadre asilaire (5).

Cette démarche s'incarne pleinement lorsqu'il rejoint en 1915 le National Committee for Mental Hygiene, où il défend des principes qui résonnent encore dans la pratique contemporaine de la psychiatrie appliquée aux armées : dépistage précoce des troubles, prévention de leur chronicisation et coopération interdisciplinaire.
Cette orientation se prolonge après-guerre lorsqu'il est nommé professeur en 1921 à l'université Columbia, où il contribue à l'universitarisation de la discipline par l'articulation de l'enseignement, de la recherche et de la formation clinique. Ce modèle novateur préfigure l'organisation hospitalo-universitaire contemporaine (5).

1.2 D'une structuration progressive de la chaîne de soins...

En 1917, Salmon est chargé de l'organisation de la neuropsychiatrie militaire au sein du corps expéditionnaire américain. Sa réflexion s'appuie à la fois sur ses observations dans les hôpitaux militaires déployés à la frontière mexicaine lors de conflits de faible intensité et sur l'étude des pratiques britanniques, françaises et canadiennes observées au cours de sa mission en Europe (6,7). La multiplication par trois des troubles mentaux observés parmi les soldats en opération, ainsi que la possibilité de réintégrer jusqu'à 60 % d'entre eux à condition d'une prise en charge adaptée, amène Salmon à élaborer une chaîne de soins hiérarchisée, destinée à favoriser la récupération fonctionnelle et à limiter les évacuations prolongées et coûteuses (5,7).

À l'avant, deux dispositifs assurent une prise en charge immédiate :

- Les postes de triage avancé *Casualty Clearing Stations*, à proximité du front, permettent de retirer temporairement le soldat du combat et de le placer au repos.
- Les unités spécialisées de neuropsychiatrie, intégrées aux hôpitaux de base actifs, dotées de trente lits et de trois psychiatres, permettent l'observation médico-légale et la prise en charge des urgences psychiatriques.

À l'arrière immédiat, plusieurs structures complètent le dispositif :

- Les centres spécialisés pour les névroses de guerre offrent une rééducation fonctionnelle (activités structurées, sport, repos) sans permettre une véritable élaboration subjective du trauma. Dotés d'équipes pluridisciplinaires (psychiatres, neurologues, infirmiers, assistants sociaux) et d'équipements adaptés, ils favorisent le repérage précoce des troubles neuropsychiatriques et la réaffectation de certains soldats à des fonctions non combattantes.
- Les hôpitaux psychiatriques militaires, destinés aux cas graves ou chroniques (psychoses), situés en zone arrière ou aménagés dans des asiles civils, conduisent

le plus souvent à un rapatriement vers un hôpital civil puis à une réforme médicale.
- Les camps de convalescence spécialisés, d'une centaine de lits, accueillent les patients stabilisés ne nécessitant plus de soins intensifs. Ils désengorgent les hôpitaux en attendant un éventuel rapatriement, après six mois minimum de prise en charge, contribuant à fluidifier le parcours de soins.

De retour aux États-Unis, trois types de structures assurent la continuité de la prise en charge :

1. Les *Clearing Hospitals*, situés près des ports d'arrivée, accueillent les soldats évacués, permettent une observation approfondie et orientent vers l'une des trois options : retour à un poste militaire sédentaire hors zone de combat, réforme avec ou sans pension, ou poursuite du traitement.
2. Le *Special Distributing Board*, instance centrale de décision, répartit les soldats selon leur état clinique, en lien avec les « *clearing hospitals* » et les hôpitaux partenaires.
3. Les *Reconstruction Centers* et hôpitaux sous contrat accueillent notamment les soldats atteints de névroses fonctionnelles pour une réhabilitation d'au moins un an, préalable à tout retour à domicile.

1.3 ... À une psychiatrie orientée vers les besoins opérationnels

Le modèle élaboré par Salmon est avant tout guidé par une logique de préservation de la capacité opérationnelle. La prévention de la chronicisation des symptômes vise principalement à maintenir la disponibilité des forces en limitant l'attrition, plutôt qu'à répondre à une visée thérapeutique centrée sur le sujet.

La névrose de guerre est comprise comme un défaut d'adaptation, une stratégie psychique de retrait face à une situation insoutenable où la fuite est impossible. Si Salmon en reconnaît la nature, il privilégie une réponse organisationnelle rapide et structurée, orientée vers la réinsertion fonctionnelle plutôt que vers l'élaboration psychique du vécu. La subjectivité du soldat n'est pas niée, mais demeure subordonnée à l'impératif opérationnel.

L'organisation hiérarchisée qu'il propose repose déjà sur les principes de la logique PIE (Proximité, Immédiateté, Expectative), théorisés ultérieurement par Kenneth Artiss (1963) : intervenir tôt, intervenir près en préservant les liens du sujet avec son groupe, et maintenir la possibilité d'un retour au combat ou, à défaut, à un poste au sein de l'Armée (7,8). Associés au principe de simplicité des moyens, ces quatre principes constituent le socle de la doctrine contemporaine du soutien médico-psychologique de l'avant en France, aujourd'hui réinterprétée dans une perspective éthique davantage centrée sur le sujet.

Ce modèle marque durablement la psychiatrie militaire en promouvant une logique de triage, de spécialisation et d'intervention précoce dans un contexte où s'exerce une tension permanente entre impératifs opérationnels et exigences cliniques. Sa réactualisation contemporaine, plus attentive à la dimension subjective, favorise la diffusion de ces principes jusque dans les dispositifs civils de gestion de crise (Cellule d'urgence

médico-psychologique [CUMP]) où la finalité opérationnelle s'efface au profit d'une approche uniquement clinique.

2 L'héritage français : vers une psychiatrie militaire davantage centrée sur le sujet

Sans rompre avec la logique organisationnelle héritée de Salmon, la psychiatrie militaire française accorde progressivement une place plus importante au vécu singulier du soldat. Ce tournant s'amorce au début des années 1990, à une époque marquée par le service national, où le psychiatre militaire est déjà reconnu comme clinicien et expert, notamment sollicité pour la sélection des appelés. Cette fonction, associée à un nombre croissant de demandes de réforme, façonne son image et préfigure les difficultés rencontrées lors de la guerre du Golfe, où son déploiement à l'avant se heurte parfois à la défiance du commandement, son rôle demeurant alors associé à la figure de celui qui exempte les appelés du service national plutôt qu'à celle du soignant.
Dès lors, il doit trouver sa place dans un dispositif déjà structuré, comprendre les enjeux institutionnels et opérationnels, et gagner sa légitimité auprès du commandement et de ses pairs, tout en préservant l'éthique du soin et la temporalité propre au travail psychique (9).

2.1 La position singulière du clinicien en opération

Les travaux de Briole offrent une mise en perspective de la place du psychiatre militaire en opération. S'appuyant sur les deux impératifs auxquels il se trouve confronté, le soin du sujet et la mission opérationnelle, il met en lumière la tension inhérente à cet exercice : d'une part, le soin, fondé sur l'écoute du sujet, la reconnaissance de sa souffrance et la neutralité bienveillante ; d'autre part, la mission, orientée par la recherche de performance, l'engagement collectif et le maintien de la capacité opérationnelle.

Pour penser cette position, Briole introduit deux notions devenues structurantes.
La première, celle de « neutralité active », désigne la capacité du clinicien à ne pas se laisser réduire à un rôle d'arbitre ou de juge, mais à maintenir une fonction médiatrice ajustée aux conflits du groupe. La seconde celle d'« extimité », qualifie la place singulière du psychiatre, à la fois intégré au dispositif opérationnel et extérieur à celui-ci, garant d'un espace de parole et de mise en sens. Ces deux notions traduisent une conception élargie du soin, qui ne se limite pas à l'application d'un savoir médical, mais engage la création d'un espace tiers entre le sujet, le groupe et l'institution (9).

Cependant, cette place demeure singulière. Déployé au sein d'un dispositif hiérarchisé où la décision appartient au commandement, le psychiatre doit composer avec des attentes parfois contradictoires et des représentations individuelles variables de son rôle de spécialiste de la santé mentale. C'est dans ce cadre et à partir de cette place qu'il peut déployer son travail clinique : entendre le sujet au-delà de sa fonction militaire, distinguer ce qui relève d'une pathologie aiguë nécessitant un rapatriement immédiat de ce qui s'inscrit dans une temporalité différée, et intervenir comme « hygiéniste » du groupe afin de prévenir la désorganisation, les phénomènes de rejets, de rumeurs ou les mécanismes de bouc émissaire, tout en préservant l'idéal collectif.

Ainsi, la fonction du clinicien en milieu opérationnel dépasse la seule posture éthique et la simple prise en charge individuelle. Elle consiste à travailler les articulations entre soin, groupe et institution, en maintenant ouverte la possibilité d'un espace partagé avec le commandement.

2.2 Le trauma comme rupture de subjectivation répondant à sa propre temporalité

Là où Briole s'attache à penser la place du psychiatre au sein du dispositif militaire, Lebigot déplace la réflexion vers la structure du trauma lui-même. S'appuyant sur les théories psychanalytiques, il conçoit le traumatisme psychique comme une rupture du processus de subjectivation, c'est-à-dire comme une atteinte de la capacité du sujet à se reconnaître comme acteur et témoin de sa propre histoire.

Le traumatisme psychique survient lorsque le lien symbolique qui relie le sujet à lui-même, aux autres et au monde est rompu. Confronté à l'irreprésentable, le sujet n'a plus accès à ses repères internes ni au langage pour en faire récit. Le traumatisme, tel que le conçoit Lebigot, relève ainsi du registre du Réel : il ne peut être directement symbolisé et persiste sous forme de répétitions symptomatiques, de récits lacunaires ou d'effractions psychiques. Il ne s'agit donc pas d'un événement objectivable et universel, mais d'une expérience singulière, qui s'inscrit dans une causalité non linéaire, fruit de l'interaction entre les contraintes extérieures et la vulnérabilité psychique du sujet (10).

Dans cette perspective, le traumatisme psychique n'est pas une simple blessure à réparer, mais un effondrement subjectif qu'il convient avant tout de reconnaître.
La subjectivité désignant ici la manière propre à chaque individu de vivre, d'éprouver et de donner sens à ce qu'il traverse. Elle ne se réduit ni à l'émotion ni à la cognition, mais renvoie à un rapport intime au monde et à soi-même, qui fonde la possibilité d'un récit et d'une reconnaissance de son vécu. Ainsi, le soin ne vise pas seulement à restaurer une fonction, mais à rétablir les conditions d'un travail psychique, au sein d'un cadre contenant, permettant au sujet de réinvestir son histoire et de retrouver une continuité intérieure. Ce processus suit une temporalité propre, souvent en décalage par rapport à la logique d'efficacité ou d'immédiateté qui prévaut en opération (9).

2.3 La non-obligation de retour au combat comme acte thérapeutique

Dans le prolongement des théorisations précédentes, Lafont propose de penser le cadre de travail du spécialiste de la santé mentale en différenciant le temps de paix et de guerre. Il envisage le non-retour au combat non comme une défaillance ou un échec, mais comme une modalité possible de soin :

« Un préalable est toutefois indispensable : celui qui consiste à expliquer sans ambiguïté l'objectif poursuivi avec le sujet. L'aide qu'on lui propose destinée à lui permettre de poursuivre sa mission dans de meilleures conditions morales. Cela implique inversement qu'il ne la reprendra que si cela est le cas. Car il s'agit d'un objectif, et non d'une obligation. » (11)

À travers cette précision, Lafont introduit une distinction essentielle entre l'objectif thérapeutique et l'exigence institutionnelle. Le soin vise à restaurer les conditions d'un choix, et non à produire un résultat prédéterminé. Redonner au sujet la liberté de ne pas reprendre sa mission, c'est lui restituer une part de sa subjectivité et refuser

l'instrumentalisation du clinicien comme simple filtre de sélection. Le soin se mesure alors moins à la capacité de retour au combat qu'à la possibilité d'élaborer une position vivante face au réel du trauma.

De cette réflexion émerge une spécificité française : l'intégration de la non-obligation de retour au combat comme cinquième principe du soutien médico-psychologique, venant compléter les quatre principes hérités de Salmon (proximité, immédiateté, expectative, simplicité). Ce principe ne s'oppose pas aux précédents, il agit comme un contrepoint réflexif, invitant le clinicien à interroger, dans chaque situation, ce qui relève de la subjectivation et de l'impératif opérationnel. L'enjeu n'est pas de choisir entre ces deux logiques, mais de les faire dialoguer et de les articuler pour en préserver l'équilibre.

Ce cinquième principe fonctionne ainsi comme un repère éthique, permettant de penser ensemble des exigences souvent perçues comme contradictoires. Il rappelle que toute décision concernant le devenir d'un militaire blessé ou malade engage à la fois une responsabilité clinique et une responsabilité institutionnelle. Il soulève enfin la question du lieu du soin : entre avant et arrière, comment concilier la nécessité d'une présence au plus près du terrain avec l'exigence d'une autonomie clinique et éthique ? Le spécialiste de la santé mentale se trouve ainsi à la croisée des fonctions de soin, de soutien du groupe et de conseil au commandement.

3 Enjeux contemporains du soin psychique en contexte de guerre moderne

3.1 La préparation au conflit de haute intensité : réactualiser les enjeux du soin psychique

Les conflits contemporains se caractérisent par une hybridation des modes d'action (affrontements conventionnels et guerres de position, guerre informationnelle, cyber-attaques, menaces nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques [NRBC], usage massif de drones) à l'origine de combats prolongés et violents, générateurs de blessures multiples. Associée à la diffusion massive d'images et de fausses informations sur les réseaux sociaux, cette hybridité entretient un climat d'insécurité permanent pouvant fragiliser l'équilibre psychique des militaires comme des civils.

Ces situations ne conduisent pas à des tableaux cliniques inédits, mais réactivent des schémas symptomatiques connus, dont l'ampleur met aujourd'hui à l'épreuve une chaîne de soins rapidement saturée et insuffisamment dotée en spécialistes de santé mentale pour répondre à la massivité des besoins. Le recours aux acteurs de première ligne (cadres de proximité, médecins et infirmiers des forces) apparaît alors essentiel pour assurer un repérage précoce et maintenir la continuité du soutien, en lien avec les spécialistes et le commandement.

Si à la fin du XX^{e} siècle, la non-obligation de retour au combat est théorisée comme cinquième principe du soutien médico-psychologique, les conflits contemporains en redéfinissent aujourd'hui les conditions d'application. L'éthique du sujet qu'elle porte ne s'efface pas, mais se trouve désormais confrontée à de nouvelles réalités opérationnelles, technologiques et organisationnelles, qui en modifient les modalités d'application.

3.2 De Salmon à nos jours : réinterpréter les principes du soutien médico-psychologique de l'avant

Dans les conflits actuels, contrairement aux engagements de faible intensité récents (Afghanistan, Mali), un retour partiel à la logique de régulation des flux prônée par Salmon semble inévitable. Mais ce retour s'accompagne de paradoxes nouveaux liés à la complexité technologique, la massification des soins et la multiplication des acteurs. La téléconsultation à bord des bâtiments de la marine nationale en illustre les tensions : conçue pour pallier le manque de personnel embarqué et maintenir le militaire en service, elle instaure une proximité fonctionnelle, mais désincarnée, pouvant générer un sentiment de déshumanisation, et une charge accrue pour les soignants. De même, l'afflux massif de blessés fragilise le principe d'immédiateté en rendant difficile une réponse rapide et individualisée. Enfin, la simplicité prônée par Salmon se heurte à la complexité logistique et technologique des guerres modernes, où la multiplicité des acteurs et des dispositifs tend à rigidifier plutôt qu'à fluidifier la prise en charge. Dans ce contexte, les quatre principes historiques, proximité, immédiateté, expectative et simplicité, appellent une relecture : la proximité devient technologique plutôt que physique ; l'immédiateté se heurte à la densité des flux ; l'expectative se fragilise face à l'exigence d'efficacité accrue ; et la simplicité se dissout dans la technicisation croissante du soin.

Le cinquième principe, celui de la non-obligation de retour au combat, conserve toute sa portée éthique, mais peine à se traduire dans un environnement dominé par la standardisation. Confrontés à la saturation des dispositifs et à la complexité des situations, les cliniciens tendent à rechercher des repères décisionnels, des outils susceptibles d'apporter une réponse claire (« Oui ou non ? Retour au combat ou rapatriement ? »). Pourtant, ce principe rappelle que le soin psychique ne saurait se réduire à une logique binaire. Il peut au contraire éclairer la décision, qu'il s'agisse d'un maintien ou d'un non-retour au combat, en tenant compte d'éléments irréductiblement singuliers : la place du soldat dans son groupe, la qualité de ses liens hiérarchiques, sa spécialité, ses motivations, ou encore la nature des missions à venir. Il invite ainsi à réintroduire de la pensée et du temps dans la décision, à maintenir ouverte la possibilité d'un espace de rencontre entre le sujet et le soignant.

Ce principe agit dès lors comme un rappel collectif, une boussole opérante, qui souligne que la possibilité du non-retour au combat existe, qu'elle a déjà été pensée et intégrée à la doctrine, et qu'elle demeure un repère éthique essentiel dans l'articulation entre mission et soin. Même si, en contexte de haute intensité, cette issue ne concernera sans doute qu'une minorité de situation, son existence même préserve un espace symbolique où le sujet peut être reconnu dans sa singularité et sa vulnérabilité. Il agit comme un amer [1] éthique, point fixe et silencieux dans la tempête des contraintes opérationnelles, permettant au clinicien de maintenir le cap du soin et de préserver la part humaine du jugement clinique, même lorsque cette position demeure difficile à soutenir institutionnellement face aux impératifs opérationnels.

[1] En navigation, selon l'Académie française, un « amer » est un point fixe sur la côte ou en mer, visible de loin et servant de repère aux navigateurs. Par analogie, il symbolise ici le cinquième principe du soutien médico-psychologique, la non-obligation de retour au combat, comme repère éthique du clinicien.

Un paradoxe demeure : plus le clinicien est proche du front, plus il peut privilégier l'écoute et faire émerger une parole singulière ; plus il s'en éloigne, plus il s'appuie sur des dispositifs standardisés pour répondre à la masse des demandes. Dans les guerres modernes, cette tension renvoie directement à la problématique de la gestion des flux : sur quelles ressources humaines et technologiques s'appuyer ? Quelle place accorder aux outils d'évaluation, aux dispositifs numériques et à l'intelligence artificielle dans cette articulation entre impératif opérationnel et subjectivité ?

3.3 Intelligence artificielle et soin psychique : quelles perspectives éthiques pour le clinicien ?

L'essor de l'Intelligence artificielle (IA) dans le champ de la santé tend à modifier progressivement les pratiques médicales et les modalités de décision.
Le terme même d'IA, souvent utilisé de manière générique, recouvre des réalités très diverses, dont l'analyse détaillée excède le cadre de cet article. En psychiatrie militaire, son usage demeure encore limité, mais il suscite déjà des réflexions importantes : outils prédictifs, algorithmes d'aide à la décision, plateformes de suivi psychologique à distance, ou systèmes de tri automatisé des blessés. Ces dispositifs visent à anticiper les besoins, rationaliser les ressources et assurer une continuité du suivi, notamment dans des environnements contraints ou dépourvus de spécialistes. En prolongeant, sous une autre forme, la logique d'organisation initiée par Salmon, ces outils invitent à s'interroger : jusqu'où la technologie peut-elle soutenir le soin sans en altérer la dimension humaine ?

Car la clinique du traumatisme psychique repose avant tout sur la rencontre, la parole et la temporalité singulière du sujet. Comment une IA peut-elle saisir le silence, l'ambivalence, ou la complexité du lien transférentiel ? Peut-elle rendre compte du poids du groupe, des identifications inconscientes, ou de l'histoire singulière qui traverse chaque blessé ? En cherchant à prédire, ne risque-t-elle pas d'uniformiser, voire d'effacer, la part d'imprévisible et de subjectivité qui fonde le travail clinique ?

Le risque ne concerne pas seulement le patient, mais aussi le clinicien, tenté, dans les engagements contemporains, de déléguer à la machine la part la plus incertaine et la plus subjective de son jugement. Pris dans la contrainte des flux, du triage et de la recherche d'efficacité, il peut céder sa place de tiers, au profit d'une décision standardisée où la question du retour ou du non-retour perd sa portée symbolique. L'amer éthique qui guide le soin dans la tempête risque alors de s'effacer, comme une étoile polaire disparaissant derrière la brume des contraintes opérationnelles.

L'enjeu n'est pas de rejeter ces outils, mais de repenser la place du clinicien à l'ère de leur déploiement, et d'interroger l'articulation entre technologie et soin, afin de préserver un espace d'écoute et de discernement où la décision conserve son ancrage clinique. Reste alors à inventer comment, dans cet environnement technologique et contraint, le clinicien pourra continuer à naviguer entre éthique de soin et impératifs opérationnels, une question qui appelle à elle seule un travail de réflexion spécifique.

Conclusion

Depuis l'énoncé des principes fondateurs de Salmon, permettant de penser une organisation du soin psychique en contexte militaire, le spécialiste de santé mentale se trouve pris dans un enjeu éthique constant : concilier l'impératif opérationnel et le soin. L'analyse des apports de la psychiatrie de l'avant conduit à l'émergence d'un cinquième principe, la non-obligation de retour au combat, venant affirmer la place du soin comme espace de subjectivation et comme modalité thérapeutique possible.

Dans les guerres modernes, l'hybridité des conflits et la technicisation croissante du soin réinterrogent la place du clinicien et l'éthique même de son acte. De cette relecture croisée des modèles anglo-saxons et français émerge une exigence unique : maintenir l'éthique du sujet comme boussole, afin que la psychiatrie militaire demeure une médecine de l'humain, même au cœur de la guerre.

Remerciements

Cette réflexion n'aurait pas été possible sans le soutien et les échanges avec les collègues psychiatres et psychologues militaires.

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc

Financements

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement.

Contribution des auteurs

Conception : JS, GT, CB – Rédaction : JS – Relecture : JS, GT, MD, CB, BL.

Références bibliographiques

1. Kurapov A, Kalaitzaki A, Keller V, Danyliuk I, Kowatsch T. The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. Front Psychiatry. 2023 ;14 :1134780. doi : 10.3389/fpsyt.2023.1134780
2. Frankova I, Leigh Bahmad M, Goloktionova G, Suvalo O, Khyzhniak K, Power T. Mental health and psychosocial support in Ukraine : coping, help-seeking and health systems strengthening in times of war. Interdisciplinary Desk Review. Amsterdam (NL) : ARQ National Psychotrauma Centre and Vrije Universiteit Amsterdam ; 2024. doi : 10.13140/RG.2.2.33092.85123
3. Organisation mondiale de la santé. Trois années de guerre : hausse de la demande en soutien psychologique, soins aux blessés et réhabilitation [Internet]. Genève (CH) : OMS ; 2025 [cité le 24 fév 2025]. Disponible : https://www.who.int/europe/fr/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation.
4. Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Impact study : the role of psychological first aid in the IFRC Ukraine MHPSS response [Internet]. Genève (CH) : IFRC ; 2024. Disponible : https://mhpsshub.org/wp-content/uploads/2024/04/PFA-Impact-Study-Report_2024.pdf
5. Delaporte S. Thomas W. Salmon : médecin des sans-voix et des soldats, 1876-1927. Paris (FR) : Odile Jacob ; 2023.
6. Cabanes B. Thomas W. Salmon, les traumatismes de guerre et la société américaine. Dans : Guillemain H, Tison S, editors. Du front à l'asile : expériences de la folie de la Grande Guerre aux années 1920. Rennes (FR) : Presses universitaires de Rennes ; 2013.
7. Salmon TW. Care and treatment of mental diseases and war neuroses ("shell shock") in the British army. New York (US) : National Committee for Mental Hygiene ; 1917. p. 1-129.
8. Artiss KL. Human behavior under stress – from combat to social psychiatry. Mil Med. 1963 ;128(10) : 1011-5.

9. Briole G, Lebigot F, Lafont B. Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Paris (FR) : Collection scientifique de la revue Médecine et Armées et de la Société française de médecine des armées ; 1998.

10. Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques : clinique et prise en charge. 3rd ed. Malakoff (FR) : Dunod ; 2016. p. 1-224.

11. Lafont B, Raingeard D. Cadre et rôle du psychiatre de l'avant en temps de guerre. Dans : International Symposium : Stress, Psychiatry and War. Paris (FR) : École du Val-de-Grâce ; 1992.