Article original

Dégager le sujet du groupe

Le débriefing médico-psychologique à l'épreuve de la haute intensité

É. SAGUIN

Hôpital National d'Instruction des Armées Bégin, Service de Psychiatrie, Saint-Mandé

Auteur correspondant : saguinemeric@gmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.10215

Reçu
le 27 mars 2026

Accepté
le 1er juin 2026

Publié
le 5 septembre 2026

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

Résumé

En milieu militaire, le groupe constitue à la fois un soutien indispensable et un vecteur d'efficience opérationnelle.

Cette double fonction place les dispositifs de soutien médico-psychologique, et en particulier le débriefing, au cœur d'une tension éthique entre visée soignante et impératif de maintien de la capacité combattante.

À partir d'une lecture critique croisant apports cliniques et données issues des retours d'expérience des conflits contemporains, ce travail revient sur les usages possibles du débriefing médico-psychologique en contexte opérationnel. Les critiques adressées au débriefing collectif portent moins sur sa finalité concernant le fonctionnement du groupe que sur l'hétérogénéité des résultats scientifiques, largement conditionnée par ses modalités d'application : interventions imposées, précoces, standardisées et parfois privées d'une véritable lecture psychopathologique. À l'opposé, les approches différées, visant l'élaboration subjective de l'expérience traumatique au sein d'un groupe constitué, s'inscrivent dans une autre temporalité et dans d'autres enjeux de soin. L'exemple du conflit ukrainien illustre toutefois les adaptations pragmatiques imposées par la guerre de haute intensité, où la temporalité du soin tend à s'effacer au profit de dispositifs centrés sur la cohésion et la résilience. Si ces pratiques répondent à une nécessité stratégique, elles interrogent la place laissée au sujet et le risque d'une réduction du soutien psychologique à une gestion fonctionnelle des affects. L'adaptation des dispositifs de soutien aux contraintes du combat ne peut se faire au prix d'un effacement de l'éthique du soin, entendue comme la capacité à maintenir, fût-ce dans un temps différé, un lieu où la parole du sujet puisse advenir.

Mots-clés : Débriefing. Groupe. Psychologie. Psychotraumatisme. Médecine d'armée.

Abstract

EXTRICATING THE SUBJECT FROM THE GROUP

MEDICO-PSYCHOLOGICAL DEBRIEFING PUT TO THE TEST OF HIGH-INTENSITY WARFARE

In military settings, the group serves as a crucial source of support while enhancing operational efficiency. This dual role places medico-psychological support systems—and debriefing in particular—at the center of an ethical tension : providing care while maintaining essential combat readiness. Drawing on a critical analysis based on clinical data from lessons learnt in contemporary conflicts, this paper examines the different ways medico-psychological debriefing can be used in operational contexts. Criticism of collective debriefing does not focus on its group-oriented purpose but mainly points out the heterogeneity of scientific findings, which largely reflects the conditions under which it has been applied. Interventions that are imposed, overly early, highly standardized, and insufficiently grounded in clinical judgment have contributed to inconsistent outcomes and, in some cases, adverse effects. These limitations have often been misinterpreted as a failure of the debriefing concept itself, rather than as a consequence of inappropriate implementation.

By contrast, delayed approaches that aim to support the subjective elaboration of traumatic experience within a constituted group operate within a different temporality of care. Such approaches prioritize the emergence of individual meaning within a shared framework, rather than the immediate restoration of collective functioning. However, contemporary high-intensity conflicts challenge this model. The example of the war in Ukraine illustrates how operational constraints and mass exposure to trauma have led to pragmatic adaptations, in which the temporality of care is frequently overshadowed by support systems focused on cohesion, resilience, and rapid redeployment.

While these practices may respond to strategic necessity, they raise critical questions regarding the place afforded to the subject and the risk of reducing psychological support to a functional management of affects in the service of operational continuity. Adapting support systems to the constraints of combat cannot come at the cost of erasing the ethical dimension of care. Even when care must be deferred, ethical practice requires preserving a space in which the subject's speech may emerge, rather than being entirely absorbed by the logic of the group.

Keywords: Debriefing. Group dynamics. Psychological trauma. Operational mental health. Military medicine.

Introduction

En milieu militaire, le groupe constitue à la fois un espace de soutien et un moteur d'efficience opérationnelle. Avant d'aborder la question du soin et de son articulation au collectif, il apparaît toutefois nécessaire de formuler une mise en garde.
Dès 1958, Georges Canguilhem soulignait avec une acuité remarquable les risques de détournement de la psychologie hors de sa visée propre, dans un texte intitulé *Colonels et psychologues* (1) :

> L'arme psychologique, c'est une forme de la psychologie moderne utilisée défensivement et offensivement par les militaires, à l'imitation des industriels qui ont découvert, en France, avec plusieurs années de retard, la psychologie : d'abord comme moyen d'adaptation des travailleurs à leur tâche, puis comme moyen d'adaptation des tâches aux exigences psychophysiologiques du travail humain et, enfin, comme technique créatrice d'euphorie dans les relations humaines au sein des entreprises. Les rapports de l'armée et de la psychologie ont suivi une évolution à peu près parallèle. […] Nous admettons simultanément et la valeur du diagnostic et la bonne foi de ceux qui appliquent un remède dont ils ont adopté la formule. Nous nous demandons seulement s'il s'agit vraiment ici d'une arme nouvelle et s'il s'agit vraiment de psychologie. Après tout, la psychologie est une discipline qui a des exigences méthodologiques et qui, pour n'être pas aussi rigoureuse que la physique nucléaire, n'en est pas moins digne d'être distinguée de ses faux-semblants. (Canguilhem, *La Dépêche du Midi*, 20 août 1958)

Comme le souligne Canguilhem, la frontière entre science et ingénierie psychologique peut s'avérer ténue. Cette dialectique traverse l'ensemble des dispositifs médico-psychologiques en situation opérationnelle et met directement à l'épreuve la position du soignant. Elle le confronte à un dilemme éthique central : soigne-t-il des sujets singuliers ou participe-t-il, parfois malgré lui, à un ajustement des hommes aux impératifs du combat afin de garantir la continuité d'un dispositif opérationnel souvent fragile en temps de guerre ?

On connaît le ton triomphant avec lequel Jacques Lacan rend hommage au fameux final de *Qu'est-ce que la psychologie ?* conférence donnée par Canguilhem en 1956 au Collège philosophique. Ce dernier y rappelait l'ambivalence de la discipline : « Lorsqu'on sort de la Sorbonne par la rue Saint-Jacques, on peut soit monter vers le Panthéon, soit descendre vers la Préfecture de police » (2). Ce qui, chez lui, relevait d'un avertissement sur une bifurcation décisive devient, chez Lacan, une fatalité : « une glissade de toboggan du Panthéon à la Préfecture de police », métaphore de l'asservissement de la psychologie à des logiques de contrôle (3) — détail topographique que l'on peut relever : sur cette même rue Saint-Jacques, l'École du Val-de-Grâce se situe dans la descente, déjà loin des hauteurs du Panthéon, sans être encore arrivée à la Préfecture. Une localisation qui, à elle seule, esquisse la place inconfortable – mais familière – du médecin militaire. Cette pente n'a rien d'abstrait : en contexte militaire, elle rappelle combien la psychologie peut glisser du soin vers une fonction d'ajustement, au service d'ordre et de l'efficacité opérationnelle, comme ce fut le cas en France durant la Grande Guerre.

Le débriefing médico-psychologique constitue un point d'observation privilégié de cette tension entre exigence opérationnelle et visée soignante. Conçu initialement comme un outil de stabilisation du collectif après un événement critique, il s'est progressivement imposé comme un dispositif central du soutien psychologique en milieu militaire. Son usage a toutefois suscité de nombreuses controverses, liées moins à sa finalité qu'à la diversité de ses formes, de ses temporalités et de ses conditions d'emploi, donnant lieu à des positions parfois opposées dans les recommandations internationales (4,5).

Cette hétérogénéité tient en partie au fait que le terme même de débriefing recouvre des pratiques de nature distincte : entendu ici dans son acception médico-psychologique, il relève du champ du psychotraumatisme et concerne des sujets exposés à un événement à potentiel traumatique, sans pouvoir être confondu avec les débriefings opérationnels conduits par le commandement, orientés vers l'analyse de la mission et le retour d'expérience. Une telle distinction, loin d'être simplement terminologique, engage les indications, les modalités de mise en œuvre et les effets attendus de ces dispositifs.

Ces débats, précisément nourris par cette diversité d'usages et par les glissements qu'elle autorise, ont conduit soit à l'abandon du débriefing collectif au profit de dispositifs alternatifs (6), soit à une réflexion plus fine sur ses indications et ses limites, notamment dans la tradition francophone, qui défend une approche différée, centrée sur l'élaboration subjective au sein d'un groupe constitué (7). Les conflits contemporains de haute intensité viennent aujourd'hui éprouver ces cadres théoriques et pratiques. L'exemple du conflit ukrainien illustre la manière dont la contrainte opérationnelle et la massification des engagements tendent à faire primer des dispositifs orientés vers la cohésion et la continuité de l'action, au risque d'un effacement de la temporalité du soin (8,9).

C'est dans ce contexte que s'inscrivent les réflexions qui suivent. Sans prétendre à une analyse exhaustive des dispositifs de débriefing, il s'agira de dégager certains points de tension et de bascule, et d'interroger les conditions minimales permettant de maintenir, même lorsque le soin doit être différé, un espace où la parole du sujet puisse encore advenir.

1 Débriefing, groupe et collectif : une tension structurante

Le débriefing, en tant que dispositif, rend particulièrement lisible la tension entre exigence opérationnelle et visée soignante. Son versant mitchellien, issu de la pratique des sauveteurs nord-américains et formalisé au début des années 1980 sous le nom de *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD), a pour objectif principal de restaurer rapidement le groupe dans sa capacité d'action après un événement critique (4,10). Conçu comme une intervention volontairement précoce — classiquement proposée dans les 24 à 72 heures suivant l'événement — il s'inscrit avant tout dans une logique de stabilisation fonctionnelle du collectif, visant moins l'élaboration psychique que la limitation des effets désorganisateurs susceptibles d'entraver la poursuite de la mission.

À ce titre, le CISD ne relève pas du soin au sens strict. Il repose sur un cadre procédural fortement codifié, structuré en plusieurs phases successives (exposition des faits, pensées associées, réactions émotionnelles, symptômes, normalisation, projection), et peut être mis en œuvre par des intervenants formés à cette méthode, incluant parfois des pairs ou des cadres hiérarchiques, dans le cadre d'un dispositif défini, sans requérir nécessairement une formation approfondie en psychopathologie (10). Cette accessibilité relative ne saurait toutefois être assimilée au registre du débriefing médico-psychologique à visée clinique, qui engage une lecture psychopathologique de la situation et une appréciation des singularités. La parole y est sollicitée selon un déroulé standardisé, destiné à baliser le récit, à normaliser les réactions émotionnelles et à assurer une continuité fonctionnelle du collectif. Ce type d'intervention privilégie ainsi la cohésion, la « remise en fonctionnement » et la préservation de la capacité opérationnelle, au prix d'une mise entre parenthèses, au moins transitoire, de la dimension singulière des vécus. Dans cette perspective, le débriefing mitchellien s'inscrit pleinement dans une tradition opérationnelle héritée des principes historiques de la psychiatrie de l'avant, marquée par l'immédiateté, la proximité et la simplicité, et orientée prioritairement vers la continuité de l'action. Le collectif y est appréhendé comme un levier de stabilisation, mobilisé pour contenir les effets de l'événement, parfois au détriment de la singularité des trajectoires subjectives. Cette logique n'est pas en soi illégitime : elle répond à des contraintes organisationnelles et tactiques réelles, en particulier dans des contextes d'intervention d'urgence ou de combat.

Toutefois, cette conception du débriefing — fondée sur une temporalité précoce, une forte protocolisation et une relative interchangeabilité des intervenants — engage implicitement une certaine conception du groupe, pensé comme une entité homogène susceptible de contenir et de normaliser les réactions individuelles. Elle pose dès lors la question de ce qui, dans cette normalisation, peut se trouver neutralisé ou empêché du côté de la subjectivité. C'est à partir de cette tension — entre fonction de stabilisation collective et prise en compte du sujet — que se sont structurés les débats scientifiques et cliniques autour du débriefing, en particulier lorsqu'il est mobilisé à visée préventive.

À l'opposé de ces approches immédiates, le débriefing médico-psychologique à la française s'inscrit dans une temporalité différée — le temps dit « post-immédiat », soit 5 à 15 jours après l'événement à potentialité traumatique — qui déplace l'enjeu du maintien du fonctionnement vers celui de l'élaboration. Il repose sur un pari clinique précis : celui que la parole, à condition de trouver un cadre suffisamment contenant, puisse progressivement émerger, se déployer et s'élaborer, et que le trauma, loin d'être figé dans l'instant de l'effraction, puisse se travailler dans la durée. Ce dispositif ne se limite pas à soutenir le groupe dans sa fonction de contenance ; il vise explicitement à ouvrir un espace où une parole singulière puisse advenir au sein d'un cadre collectif structurant. La formule proposée par Guy Briole — « sortir le groupe de l'isolement et dégager le sujet du groupe » — en résume avec justesse la double orientation (7).

Les professionnels de la santé mentale en dessinent rigoureusement les contours par des indications ciblées, mais c'est sans doute dans ses contre-indications que le débriefing médico-psychologique à la française révèle le plus clairement sa visée autant que ses limites. Il ne peut s'adresser qu'à un groupe constitué, traversé par une expérience commune, inscrit dans une histoire partagée et relativement à l'abri des clivages délétères, notamment de la désignation d'un bouc émissaire — processus bien décrits

dans les théories du fonctionnement groupal (11–13). Il ne saurait donc concerner une assemblée hétérogène, telle qu'un regroupement de réfugiés, agrégat d'histoires disjointes plus qu'un véritable groupe, ni certaines unités, comme les forces spéciales, dont l'organisation et la culture rendent difficilement soutenable l'exposition de la faille et le partage de la vulnérabilité.

2 Temporalités du débriefing et malentendus scientifiques

Les controverses entourant le débriefing se sont principalement structurées autour de ses usages précoces à visée préventive. Sur le plan empirique, la littérature n'a pas tant invalidé l'existence ou la pertinence d'un temps collectif de parole que montré l'absence de bénéfice préventif robuste — et, dans certains contextes, la possibilité d'effets adverses — lorsque ces interventions sont proposées de manière systématique, précoce et standardisée, indépendamment d'une indication clinique individualisée.

La revue *Cochrane* de référence conclut ainsi que le *psychological debriefing* mené lors d'une séance unique ne prévient ni le Trouble de stress post-traumatique (TSPT), ni l'anxiété, ni la dépression, et ne doit pas être proposé de manière systématique (4). Plusieurs essais contrôlés randomisés emblématiques, notamment dans des contextes d'accidents de la route, ont renforcé cette prudence en mettant en évidence des résultats à long terme non bénéfiques, voire délétères (14). Plus récemment, des méta-analyses centrées sur des événements traumatiques vécus en milieu professionnel aboutissent à des conclusions convergentes : les effets sur la symptomatologie du TSPT sont au mieux modestes et inconstants, et ne soutiennent pas une systématisation du dispositif (15). Ces données ont conduit les recommandations cliniques internationales à déconseiller explicitement toute forme de *psychologically-focused debriefing* dans le temps immédiat et à visée préventive (5).

À ces critiques méthodologiquement étayées se sont toutefois agrégés des arguments d'un autre ordre, relevant d'un changement de registre explicatif, souvent appuyés sur des lectures simplificatrices de travaux de neuro-imagerie. L'idée selon laquelle une verbalisation trop précoce renforcerait « l'empreinte traumatique » par une réactivation de l'amygdale s'est ainsi diffusée, au prix d'un glissement interprétatif qui assimile des corrélations neurobiologiques à des effets cliniques imputables au dispositif lui-même. Les études de neuro-imagerie décrivent des associations entre l'activité de certaines structures cérébrales et des états émotionnels, mais elles ne permettent ni d'établir une causalité directe ni d'imputer à un dispositif clinique donné — en l'occurrence le débriefing — un mécanisme neurobiologique spécifique (16,17). Il existe ainsi une discontinuité épistémologique majeure entre des données issues de paradigmes expérimentaux standardisés et l'évaluation de dispositifs complexes, collectifs et situés.

De fait, la majorité des travaux mobilisés pour disqualifier le débriefing portent sur des interventions uniques, imposées et très précoces, évaluées comme des procédures homogènes, sans ajustement clinique individualisé (4,14,15,18). La référence à l'activation de l'amygdale, souvent présentée comme pathologique, relève dès lors moins d'un résultat empirique que d'une extrapolation théorique. L'enjeu ne réside donc pas dans la parole elle-même, mais dans les conditions de son émergence et de son adresse,

autrement dit dans le cadre et la temporalité qui rendent — ou non — possible une élaboration psychique.

Ce malentendu scientifique a conduit à une valorisation croissante de dispositifs standardisés, parfois au détriment de la complexité clinique qu'ils prétendent encadrer. Certaines approches protocolisées, présentées comme fondées sur des données robustes, tendent à réduire l'évaluation du débriefing à des critères symptomatiques individuels à court terme, peinant ainsi à saisir des effets plus diffus, relationnels ou différés, pourtant centraux dans les contextes collectifs d'exposition traumatique (17–19). Dans cette logique, le dispositif est principalement apprécié à l'aune de son impact immédiat sur le fonctionnement observable, laissant hors champ des dimensions moins aisément quantifiables : le soutien mutuel au sein d'un groupe demeuré fonctionnel, la réduction de la stigmatisation associée aux réactions psychiques, ou encore la reconnaissance partagée de la légitimité de la souffrance. Or, plusieurs travaux récents soulignent que ces processus intermédiaires — cohésion perçue, soutien social, climat de confiance, reconnaissance partagée de l'épreuve — conditionnent largement l'évolution psychique ultérieure, sans pour autant se traduire immédiatement par une réduction symptomatique objectivable (19–21). Ces effets, par nature relationnels et contextuels, échappent largement aux paradigmes expérimentaux centrés sur l'individu et aux outils issus de la neuro-imagerie, peu opérants pour appréhender ce que le groupe permet de contenir, de transformer ou de différer.

Dans cette perspective, la visée du débriefing médico-psychologique à la française se situe délibérément en dehors des critères habituels d'évaluation des interventions précoces : il s'agit moins de produire un effet immédiatement mesurable que de maintenir un collectif suffisamment opérant pour que l'expérience vécue ne soit ni isolée ni disqualifiée, et pour que puissent se maintenir — ou s'ouvrir — les conditions sociales et symboliques d'une élaboration différée, parfois à l'occasion d'une rencontre soignante ultérieure.

3 Guerre de haute intensité : quand la doctrine vacille

Dans l'hypothèse d'un engagement majeur, la guerre de haute intensité est susceptible de bouleverser en profondeur les cadres doctrinaux du soutien médico-psychologique. La massification des combats, l'ampleur des pertes, la saturation du champ de bataille et les contraintes croissantes pesant sur les évacuations sanitaires — désormais discontinues, retardées, parfois elles-mêmes exposées — tendent à faire primer des dispositifs orientés vers la cohésion et la continuité de l'action, reléguant au second plan la temporalité propre du soin psychique. Ce déplacement ne relève pas d'un choix théorique, mais d'une reconfiguration imposée par l'échelle du conflit.

Le conflit ukrainien en offre une illustration particulièrement éclairante.
À la fin de l'année 2021 et au début de l'année 2022, l'Ukraine comptait déjà près de 500 000 vétérans au sens administratif du terme, constituant un volume préexistant de militaires relevant d'un accompagnement spécifique. L'entrée dans une guerre de haute intensité à partir de février 2022 ne pouvait dès lors qu'accroître considérablement ce chiffre, avec la perspective, à terme, de plus d'un million de personnes concernées. Ainsi, à la suite de l'invasion à grande échelle, le ministère ukrainien des anciens combattants recensait dès 2023 environ 177 000 personnes supplémentaires

prises en charge, parmi lesquelles 68 000 blessés présentant un handicap, ainsi que 111 500 membres de leurs familles bénéficiant d'un accompagnement spécifique.

Les travaux qualitatifs menés en Ukraine soulignent également un vécu psychique largement structuré par l'urgence, le maintien du fonctionnement et la discontinuité de l'accès aux soins (22). Dans ce contexte, l'exposition prolongée des combattants, la difficulté d'assurer des évacuations sanitaires rapides et sécurisées, ainsi que la saturation des structures de soins ont conduit à privilégier des dispositifs de débriefings collectifs adossés à la chaîne de commandement. Le *Combat Path Debriefing* (CPD) s'inscrit dans cette logique (8). Intégré à la phase de récupération des unités après le combat, il repose sur une narration collective ritualisée de l'expérience militaire et vise avant tout une remise en condition rapide des combattants. Inspiré de traditions cosaques, il tend à fondre l'expérience individuelle dans un récit structurant, où l'identité du groupe prime sur la singularité des vécus, jusqu'à se cristalliser dans un acte fédérateur — tel un cri unanime — scellant la cohésion et refermant, provisoirement, toute faille individuelle. Il ne s'agit pas d'un dispositif de soin, mais d'un outil de régulation du stress au service de la continuité opérationnelle.

Ce type de dispositif répond à une nécessité stratégique évidente. Il permet de maintenir la cohésion, de contenir la désorganisation immédiate et de préserver une force combattante disponible. Mais lorsque ces dispositifs s'inscrivent durablement dans une logique exclusive de performance et de redéploiement, un glissement s'opère.
La résilience tend alors à devenir un opérateur central du discours de guerre, absorbant la souffrance psychique dans une norme de fonctionnement et réduisant le soutien psychologique à une gestion fonctionnelle des affects, compatible avec l'action, mais pauvre en élaboration (9). Ce glissement n'est pas sans conséquences. Là où la cohésion protège le groupe dans l'instant, elle peut, dans l'après-coup, entraver l'expression de la souffrance et retarder la demande de soin. La littérature militaire l'a montré de longue date : le poids des normes de groupe et de la stigmatisation constitue l'un des principaux obstacles au recours aux soins psychiques, en particulier lorsque la souffrance est perçue comme incompatible avec l'idéal de disponibilité opérationnelle (23). L'absence de symptôme manifeste ou la capacité à « tenir » ne sauraient ainsi être confondues avec un effet thérapeutique.

Dans l'hypothèse d'un conflit de haute intensité impliquant les forces françaises, il est probable que cette tension émerge également. Le débriefing médico-psychologique à la française, tel qu'il est aujourd'hui pratiqué, apparaîtra sans doute comme un luxe difficilement soutenable à grande échelle. Il faudra trier, stabiliser, prévenir l'effondrement psychique immédiat. Des dispositifs de première ligne, tels que les Premiers secours psychologiques en opérations (PSPO) ou les *Psychological First Aid*, pourront alors constituer un appui pragmatique — non pas à visée thérapeutique, mais comme outils de secourisme psychologique, de maintien du lien, de reconnaissance du fait psychique et de repérage des situations à risque.

L'enjeu n'est donc pas de défendre un modèle idéal, mais de penser ce qui peut être préservé lorsque la temporalité du soin est contrainte. Même lorsque l'intervention psychologique vise prioritairement la cohésion et la continuité de l'action, il demeure essentiel de maintenir — en articulation étroite avec le commandement — des conditions minimales permettant que la souffrance ne soit ni disqualifiée ni rabattue sur une

norme de fonctionnement. Ces effets discrets, différés, difficilement mesurables conditionnent pourtant de manière décisive la possibilité d'un recours ultérieur au soin.

Dans les conflits de haute intensité, l'urgence du combat met ainsi l'éthique soignante à l'épreuve de la nécessité stratégique. La question n'est pas seulement celle de l'efficacité immédiate des dispositifs, mais celle de la place laissée au sujet lorsque l'impératif du groupe tend à saturer l'espace psychique. Là où la résilience devient un mot d'ordre, le risque est qu'elle se transforme en injonction à tenir, au prix d'une invisibilisation de la souffrance. Maintenir, même dans des conditions dégradées, la possibilité qu'une parole puisse ultérieurement s'adresser — et qu'une rencontre soignante devienne pensable — constitue sans doute le seuil minimal à partir duquel le soin peut, à terme, advenir.

Conclusion

Il est des circonstances où la place du soignant se trouve suspendue, non par renoncement, mais sous l'effet des nécessités de l'engagement. Le soin ne peut être immédiat en toutes situations ; il suppose parfois d'être différé, sans pour autant perdre ce qui en constitue l'essence. L'illusion serait de croire que les pratiques de soin puissent demeurer inchangées, quelles que soient les conditions du terrain. Il faut alors composer avec l'urgence, ajuster les dispositifs, parfois recourir à des formes de soutien qui ne relèvent pas du soin à proprement parler. Mais cette adaptation ne saurait valoir renoncement éthique.

La mise en garde formulée par Canguilhem conserve ici toute son actualité. La frontière entre science du psychisme et ingénierie psychologique demeure fragile, et la tentation est constante, en contexte de guerre, de faire glisser le soutien vers une technique d'ajustement des hommes aux impératifs du combat. Là où l'efficacité du groupe tend à recouvrir la faille, où la résilience devient un mot d'ordre, la responsabilité du psychiatre est de veiller : veiller à ce que le soutien ne se confonde pas avec la normalisation, à ce que la résilience ne se transforme pas en injonction à tenir, à ce que la parole ne soit pas instrumentalisée. C'est cette pente que Lacan pointait, et ces faux-semblants que Canguilhem dénonçait déjà.

Tenir cette position ne signifie ni s'opposer au commandement, ni ignorer les exigences opérationnelles. Il s'agit au contraire de maintenir, dans un dialogue exigeant avec lui, une distinction opérante entre soutien et soin, entre tenir et traiter. La non-obligation du retour au combat participe pleinement de cette distinction : elle ne relève ni d'un principe abstrait ni d'une posture idéologique, mais constitue une condition minimale pour que la parole puisse s'adresser sans être immédiatement rabattue sur ses conséquences.

Maintenir un espace où quelque chose du sujet puisse encore se dire constitue sans doute le point à partir duquel le soin peut commencer. Non comme promesse immédiate de réparation, mais comme refus de refermer trop vite ce qui déborde. Le groupe peut alors servir d'appui — à condition qu'il ne fasse pas écran à l'adresse.
Se servir du groupe, donc, sans s'y dissoudre ; pouvoir s'y appuyer, à condition de pouvoir aussi s'en dégager : pour que l'adresse tienne au plus près de ce point de

manque où le sujet advient, et pour que demeure, même lorsque le soin est différé, la possibilité d'une rencontre soignante.

Remerciements

L'auteur remercie les collègues psychiatres et psychologues avec lesquels les réflexions cliniques et opérationnelles ayant nourri ce travail ont pu être discutées. Il remercie en particulier le Professeur GIGNOUX-FROMENT pour son aide dans la structuration des enjeux autour de la fonction du groupe en milieu militaire. Il remercie également les équipes soignantes et militaires rencontrées en contexte opérationnel, dont l'expérience a contribué à éclairer les enjeux abordés dans cet article.

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc

Financements

Ce travail n'a bénéficié d'aucun financement spécifique.

Contributions des auteurs

Rédaction : ES.

Approbation éthique et consentement à la participation

Ce travail ne constitue pas une recherche impliquant la personne humaine. Il s'agit d'un article de réflexion et d'analyse critique fondé sur des données issues de la littérature scientifique et de retours d'expérience professionnels, sans recueil de données individuelles ni intervention auprès de participants. Aucune approbation éthique spécifique ni consentement à la participation n'étaient requis.

Références bibliographiques

1. Canguilhem G. Colonels et psychologues. La Dépêche du Midi (Toulouse). 1958 ;(3695) :1-2.
2. Canguilhem G. Qu'est-ce que la psychologie ? Dans : Canguilhem G. Études d'histoire et de philosophie des sciences. 7th ed. Paris (FR) : Vrin ; 1994. p. 365-81.
3. Lacan J. La science et la vérité. Dans : Lacan J. Écrits. Paris (FR) : Seuil ; 1966. p. 870-1.
4. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2002 ;(2) :CD000560.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder : management. NG116. London (UK) : NICE ; 2018.
6. Greenberg N, Langston V, Everitt B, Iversen A, Fear NT, Jones N, *et al.* A cluster randomized controlled trial to determine the efficacy of Trauma Risk Management (TRiM) in a military population. J Trauma Stress. 2010 ;23(4) :430-6.
7. Briole G. Le débriefing pour un objectif : sortir le groupe de l'isolement et dégager le sujet du groupe. Dans : Briole G, Lebigot F, Lafont B, éditeurs. Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Paris (FR) : Addim ; 1998. p. 135-7.
8. Hukovskyy O, West JC, Morganstein JC, Augusterfer EF, Benedek DM, Boyko O, *et al.* The Combat Path : sustaining mental readiness in Ukrainian soldiers. Parameters. 2024 ;54(2).
9. Clark JN. Resilience as a 'concept at work' in the war in Ukraine : exploring its international and domestic significance. Rev Int Stud. 2024 ;50(4) :720-40.
10. Mitchell JT. When disaster strikes… The critical incident stress debriefing process. J Emerg Med Serv. 1983 ;8(1) :36–9.
11. Freud S. Psychologie des masses et analyse du moi. Paris (FR) : Payot ; 1921.

12. Bion WR. Experiences in groups and other papers. Londres (UK) : Tavistock Publications ; 1961.

13. Kaës R. L'appareil psychique groupal. Paris (FR) : Dunod ; 1976.

14. Mayou R, Ehlers A, Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accident victims. Br J Psychiatry. 2000 ;176 :589–93.

15. Stileman HM, Jones CA. Revisiting the debriefing debate : does psychological debriefing reduce PTSD symptomology following work-related trauma ? A meta-analysis. Front Psychol. 2023 ;14 :1248924. doi : 10.3389/fpsyg.2023.1248924

16. Rauch SL, Shin LM, Phelps EA. Neurocircuitry models of PTSD. Biol Psychiatry. 2006 ;60(4) :376–82.

17. Etkin A, Wager TD. Functional neuroimaging of anxiety. Am J Psychiatry. 2007 ;164(10) :1476–88.

18. Auxéméry Y. Le débriefing psychologique : controverses, malentendus et apports cliniques. L'Évolution psychiatrique. 2022 ;87(2) :327–39. doi : 10.1016/j.evopsy.2021.04.006

19. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, *et al.* Five Essential Elements of Immediate and Mid–Term Mass Trauma Intervention : Empirical Evidence. Psychiatry. 2007 ;70(4) :283–315.

20. Pietrzak RH, Southwick SM. Psychological resilience in OEF–OIF veterans : application of a novel classification approach. J Affect Disord. 2011 ;133(3) :560–8.

21. Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, *et al.* Social support and resilience to stress : from neurobiology to clinical practice. Psychiatry (Edgmont). 2007 ;4(5) :35–40.

22. Singh NS, Bogdanov S, Doty B, Haroz E, Girnyk A, Chernobrovkina V, *et al.* Experiences of mental health and functioning among conflict-affected populations : a qualitative study with military veterans and displaced persons in Ukraine. Am J Orthopsychiatry. 2021 ;91(4) :499–513. doi : 10.1037/ort0000537

23. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. N Engl J Med. 2004 ;351(1) :13–22. doi : 10.1056/NEJMoa040603