Article original

Impact psychique des conflits modernes
Retour d'expérience

F. GIGNOUX-FROMENT[(1)], C. GUILLAUME[(2)], A. ÉON[(3)], S. ANNETTE[(4)], G. SIPAHIMALANI[(5)]

(1,4,5) Hôpital National d'Instruction des Armées Percy, Service de Psychiatrie, Clamart
(1)Académie de Santé des Armées, École du Val-de-Grâce, Paris
(2,3) Hôpital National d'Instruction des Armées Begin, Service de Psychiatrie, Saint-Mandé

Auteur correspondant : frederique.gignoux@gmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.10216

Reçu
le 22 juin 2026

Accepté
le 11 août 2026

Publié
le 5 septembre 2026

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

Résumé

Depuis le retour de la guerre sur le continent européen, le Service de santé des armées s'inscrit dans une dynamique de préparation à l'hypothèse d'un engagement majeur.

Les conflits récents, marqués par l'emploi croissant de systèmes d'armes à distance et la multiplication des théâtres d'opérations, exposent les militaires à des situations de menace plus diffuses et imprévisibles. Ces évolutions interrogent les modalités de prise en charge médico-psychologique en opération puis sur le territoire national.

Ce retour d'expérience a été réalisé à partir des prises en charge de militaires français rapatriés pour motif physique et/ou médico-psychologique à la suite de deux événements impliquant une attaque de drones sur des théâtres d'opérations. L'analyse s'appuie sur les observations des praticiens des hôpitaux militaires qui ont accueilli ces patients sur le territoire national.

Ce travail décrit la chaîne de soins depuis l'événement initial jusqu'à la sortie d'hospitalisation. Les événements analysés mettent en évidence des modalités d'exposition contrastées et un retentissement psychique hétérogène, dominé par des manifestations anxieuses et psychotraumatiques.

Les conditions opérationnelles ont limité la possibilité d'une observation clinique prolongée sur le théâtre, conduisant à des décisions précoces d'évacuations médicales stratégiques (STRATEVAC). La prise en charge hospitalière sur le territoire national a été marquée par des arrivées groupées, nécessitant une adaptation rapide des capacités d'accueil et une coordination renforcée entre services. Les rapatriements groupés ont également influencé la dynamique des soins et la structuration du cadre thérapeutique.

Ces résultats soulignent l'impact des conflits contemporains sur l'organisation de la chaîne santé et sur les modalités de prise en charge médico-psychologique. Ils mettent en évidence la tension entre exigences opérationnelles et temps du soin, ainsi que les effets des rapatriements, en particulier lorsqu'ils sont groupés, sur le cadre thérapeutique. Ils plaident pour la poursuite du déploiement des premiers secours psychologiques en opération au profit des combattants et la formation des soignants de première ligne aux soins médico-psychologiques. Ils invitent à la réflexion sur la temporalité des évacuations, afin de préserver, lorsque cela est possible, une phase d'évaluation clinique structurée et un parcours de soins individualisé. Ils soulignent enfin la nécessité de développer et de préserver une capacité d'adaptation de nos pratiques face aux défis des conflits contemporains.

Mots-clés : Préparation opérationnelle. Psychiatrie opérationnelle. Secourisme psychologique. Soins médico-psychologiques. Médecine d'armée.

Abstract

PSYCHOLOGICAL IMPACT OF MODERN CONFLICTS
LESSONS LEARNED

Since the return of war to the European continent, the French Military Health Service has actively been preparing for the possibility of a major military commitment. Recent conflicts – with ever-increasing operational theaters, and intensifying use of remote weapon systems – expose military personnel to more diffuse and unpredictable threats. These developments raise questions regarding the modalities of medico-psychological care during operations and during subsequent hospital management.

This retrospective experience report was conducted based on the care provided to French military personnel evacuated for physical and/or medico-psychological reasons following two events involving drone attacks in operational theaters. The analysis was based on observations from military hospital practitioners who provided care for these personnel after their repatriation to mainland France.

This work describes the care pathway from the initial event through hospital discharge. The analyzed events revealed contrasting exposure patterns and heterogeneous psychological outcomes, predominantly characterized by anxiety-related and trauma-related symptoms. Operational conditions limited the possibility of prolonged clinical observation in theater, leading to early decisions regarding strategic medical evacuation. Hospital care in mainland France was characterized by grouped arrivals, requiring rapid adaptation of admission capacities and enhanced coordination between medical services. Group evacuations also influenced care dynamics and the establishment of the therapeutic framework.

These findings highlight the impact of contemporary conflicts on the organization of the medical support chain and on medico-psychological care pathways. They emphasize the tension between operational requirements and therapeutic timeframes, as well as the effects of evacuations, particularly when conducted in groups, on the therapeutic framework. They support the continued development of psychological first aid in operational settings for combatants, the training of frontline healthcare providers in medico-psychological care, and further consideration of evacuation timelines in order to preserve, whenever possible, a structured clinical assessment phase and an individualized care pathway. They underscore the importance of developing and sustaining the capacity to adapt practices in response to the challenges posed by contemporary conflicts.

Keywords: Operational readiness. Operational psychiatry. Psychological first aid. Medico-psychological care. Military medicine.

Introduction

Le contexte sécuritaire international est marqué par une recrudescence des conflits de haute intensité et par l'emploi croissant de systèmes aériens sans pilote (drones). Par leur surveillance persistante, leur capacité de frappe à distance et leur imprévisibilité, ces systèmes modifient l'exposition des militaires à la menace, y compris en zone arrière.

Ces évolutions conduisent à réinterroger la prise en charge médico-psychologique des militaires déployés. Les caractéristiques des conflits contemporains, marquées par un afflux potentiel de blessés psychiques et des contraintes pesant sur les évacuations sanitaires, imposent une adaptation de l'organisation des soins.

Plusieurs vagues d'évacuations médicales stratégiques (STRATEVAC) pour motifs médico-psychologiques ou faisant suite à des blessures physiques – nécessitant également une évaluation médico-psychologique – sont survenues au décours d'attaques de drones. Ces rapatriements ont mobilisé l'ensemble de la chaîne santé, depuis les dispositifs de soins de l'avant jusqu'aux hôpitaux militaires métropolitains.

Ce retour d'expérience propose une description des parcours de soins de ces militaires rapatriés, des principales manifestations cliniques observées, et des modalités de prise en charge ambulatoire organisées au décours. L'objectif est de dégager les principaux enseignements cliniques et organisationnels susceptibles de contribuer à l'adaptation de la prise en charge médico-psychologique des militaires engagés dans les conflits contemporains.

1 Matériels et méthodes

Ce retour d'expérience repose sur la description des parcours de soins de militaires ayant bénéficié de STRATEVAC à la suite de deux séquences d'événements distinctes survenues sur des théâtres d'opérations. Il décrit la mise en œuvre de la chaîne santé du Service de santé des armées, depuis les théâtres d'opérations jusqu'aux hôpitaux militaires et antennes médicales sur le territoire national.

Les informations présentées sont issues des retours des praticiens engagés dans ces prises en charge, dans le cadre d'un retour d'expérience conduit au sein de l'Institution. L'analyse s'appuie sur la description du contexte opérationnel, des modalités de rapatriement, de l'organisation de la prise en charge hospitalière, des principales présentations cliniques observées et du devenir des militaires concernés.

Le manuscrit a été relu et validé par l'État-major opérationnel santé (EMO-S).

2 Résultats : retour d'expérience

2.1 Contexte opérationnel des STRATEVAC

Deux événements survenus sur des théâtres d'opérations ont conduit au rapatriement de 27 militaires vers les deux hôpitaux militaires parisiens. Dans les deux situations, une attaque de drone a constitué l'événement déclencheur des prises en charge médico-psychologiques et des évacuations sanitaires associées.

Le premier événement (E1) correspond à une attaque de drones sur un théâtre d'opérations. Les militaires présents sont en séjour avec leur famille ou en Mission de courte durée (MCD). L'enjeu n'est pas de prendre part à des situations de combats. L'environnement opérationnel n'est a priori pas considéré comme hostile ou associé à une menace permanente.

Dans les jours précédant l'événement, une évolution du contexte sécuritaire est rapportée : tensions régionales accrues, observation de débris de projectiles sur le théâtre, survols de drones ou missiles, et déclenchement d'alertes successives. La séquence se conclut par l'explosion d'un drone sur le théâtre opérationnel.

Aucune victime ni blessé physique n'est à déplorer, mais plusieurs militaires ont été exposés directement à la destruction de bâtiments, avec menace pour leur intégrité physique. Par ailleurs, les alertes répétées majorent le sentiment d'insécurité et la difficulté à trouver une zone sécurisée, y compris pour le temps du soin. Les temps de repos et le sommeil sont également affectés.

Le second événement (E2) survient quelques semaines après E1 et correspond également à une attaque de drone. Cet événement se rapproche du premier par une phase de menaces successives inhabituelles et répétées aboutissant à une attaque par drone. Il s'en distingue néanmoins sur deux points majeurs. D'une part, la population concernée est constituée de militaires appartenant à des unités très opérationnelles et entraînés à des situations de combat. Cette préparation n'atténue toutefois en rien la soudaineté de l'événement au regard de la mission initialement prévue. D'autre part, l'attaque entraîne un décès et des blessés physiques graves parmi les militaires.

La figure 1 présente la chronologie des deux événements opérationnels, des différentes vagues de STRATEVAC qui en ont résulté, ainsi que leur répartition entre les hôpitaux militaires impliqués.

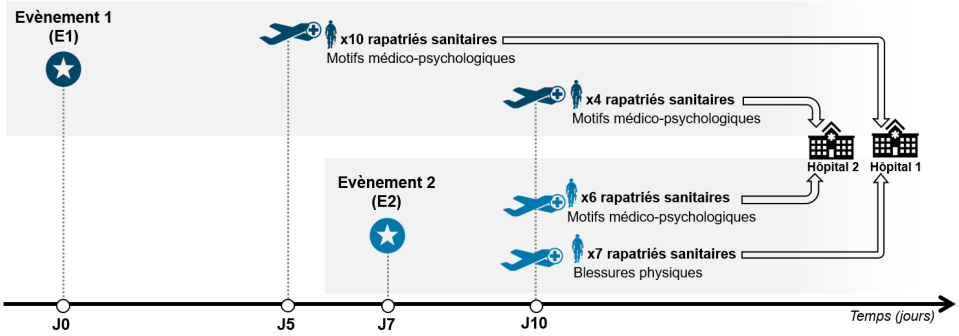


FIG. 1 : Organisation chronologique des d'évacuations médicales stratégiques (STRATEVAC) à la suite des événements E1 et E2

2.2 Organisation de la chaîne santé

De la première évaluation sur le théâtre jusqu'à l'hospitalisation sur le territoire national, la prise en charge des militaires rapatriés mobilise l'ensemble de la chaîne santé, articulant les équipes médicales sur place, l'état-major opérationnel santé (EMO-S), le consultant national pour les soins médico-psychologiques et les services de psychiatrie des hôpitaux militaires.

Suite à l'événement E1, le changement de contexte opérationnel et les alertes répétées fractionnent le rythme de travail de l'antenne médicale, exposant également les personnels de santé. Pour autant, plus d'une soixantaine de consultations intégrant une évaluation médico-psychologique sont réalisées, tout en assurant la poursuite des soins courants. La prise en charge repose sur les médecins des forces, infirmiers et auxiliaires sanitaires. Les équipes médicales déployées ne comportent ni psychiatre ni psychologue. Le consultant national assure la coordination et le conseil médical auprès des équipes sur place. L'absence de possibilité d'observation clinique sur le théâtre, en raison de l'impossibilité de disposer d'une zone sécurisée, ne permet pas de différer les décisions de rapatriement ni d'évaluer l'évolution spontanée des manifestations psychiques aiguës avant une éventuelle évacuation. La décision de réaliser 10 STRATEVAC est prise par les médecins du théâtre. L'EMO-S organise le retour vers le territoire national.

Le rapatriement sur le territoire national s'effectue vers un seul et même hôpital militaire. L'équipe du service de psychiatrie concerné est alertée quelques jours plus tôt et organise l'arrivée des patients en amont. Ce volume de patients nécessite une réorganisation conjointe de différents services, en lien avec la chefferie d'établissement.
Il est décidé d'adapter temporairement l'offre d'hospitalisation du service de psychiatrie par la sortie anticipée de certains patients et par un hébergement temporaire dans d'autres services.

À leur arrivée, les militaires rapatriés sont accueillis aux urgences. Cette première évaluation permet de confirmer l'indication d'une hospitalisation en psychiatrie et de vérifier l'absence de complication somatique nécessitant une prise en charge urgente, telle qu'une complication vasculaire de type embolie pulmonaire durant le transport. Dans ce contexte d'afflux de militaires rapatriés, l'évaluation psychiatrique complémentaire est réalisée aux urgences dans une temporalité rapprochée de l'évaluation initiale par les urgentistes, afin d'affiner l'orientation de chaque patient. Plusieurs patients ne disposent pas de courrier médical à leur arrivée, renforçant l'importance de cette évaluation initiale sur le territoire national.

Le transfert du service d'accueil des urgences (SAU) vers le service de psychiatrie repose sur des transmissions orales et écrites entre soignants. Le cadre thérapeutique et les objectifs d'hospitalisation sont définis entre le psychiatre référent, l'équipe soignante et le patient, marquant une entrée dans le soin ou, pour certains, la reprise d'un parcours existant.

Quelques jours plus tard, une seconde vague liée à ce même événement et comportant quatre STRATEVAC est orientée vers un second hôpital militaire. Cette séquence, concomitante des rapatriements liés au second événement, est décrite ci-après.

Suite à l'événement E2, la prise en charge initiale est réalisée par les structures de soins locales. La décision de STRATEVAC est prise dans un même mouvement pour sept militaires présentant des blessures physiques, et six militaires pour un motif médico-psychologique. L'ensemble des patients est ainsi rapatrié par un même vecteur. Cette organisation contraste avec les pratiques habituelles de la chaîne santé française, dans lesquelles le rapatriement des militaires sans lésion physique est généralement différé selon une visée expectative (1). Les militaires rapatriés sont ensuite répartis entre deux hôpitaux militaires afin d'éviter la saturation de l'établissement déjà mobilisé lors du premier événement. Les blessés physiques sont orientés vers ce dernier, tandis que les militaires rapatriés pour motif médico-psychologique sont pris en charge dans un second hôpital militaire. Cette répartition donne lieu à une séparation du groupe constitué lors de la phase de rapatriement.

Pour les sept blessés physiques, les informations relatives au nombre de patients et à la nature des lésions sont disponibles précocement et permettent d'anticiper leur prise en charge au SAU. À leur arrivée, ils sont pris en charge au service d'accueil des urgences.
Une évaluation clinique est réalisée par les urgentistes puis par les différentes spécialités médico-chirurgicales concernées, avant leur orientation vers les services d'hospitalisation adaptés. Sur le plan médico-psychologique, l'enjeu est d'assurer le repérage précoce des manifestations psychiques, l'information sur les risques évolutifs, notamment psychotraumatiques, et l'organisation de la poursuite des soins. La psychiatrie de liaison intervient dans ce cadre. La prise en charge médico-psychologique proposée s'adapte aux contraintes de l'hospitalisation en service de médecine ou de chirurgie (soins, reprises chirurgicales, visites). La coordination entre les équipes est facilitée par la désignation d'un chirurgien référent, assurant un lien direct avec le psychiatre de liaison et la centralisation des informations relatives aux blessés. Le regroupement des patients dans des chambres proches contribue également à faciliter les évaluations psychiatriques.

La prise en charge des six militaires rapatriés pour motif médico-psychologique, directement adressés vers le second hôpital militaire, se déroule dans un contexte organisationnel plus contraint. Le nombre de patients attendus n'est connu qu'à leur admission au SAU qui intervient quelques heures après celle d'une seconde vague de STRATEVAC liée à l'événement E1. Deux flux de patients se succèdent ainsi au sein du même service d'accueil des urgences. Les militaires rapatriés bénéficient comme dans le premier hôpital militaire d'une évaluation somatique systématique par les urgentistes, puis d'une évaluation psychiatrique. Plusieurs militaires expriment un vécu d'incompréhension face à leur séparation avec le groupe des blessés physiques et émettent initialement une réticence à l'hospitalisation en psychiatrie.

Au total, le premier hôpital militaire prend en charge deux flux successifs : dix militaires rapatriés pour motif médico-psychologique à la suite de l'événement E1, puis sept blessés physiques de l'événement E2. Le second hôpital militaire gère, quant à lui, deux flux rapprochés : une seconde vague de quatre militaires rapatriés pour motif médico-psychologique liée à l'événement E1, puis, quelques heures plus tard, les six militaires rapatriés pour motif médico-psychologique à la suite de l'événement E2.

2.3 Manifestations médico-psychologiques observées

Concernant l'événement E1, les manifestations médico-psychologiques observées à l'arrivée sur le territoire national sont hétérogènes.
Certains militaires présentent des manifestations relevant du registre psychotraumatique, sous la forme d'un état de stress aigu ou d'une symptomatologie en lien avec un trouble de stress post-traumatique préexistant. D'autres présentent une réaction anxieuse aiguë rapidement résolutive au cours des premiers jours d'hospitalisation. Plus rarement, un trouble de l'adaptation à dominante dépressive est observé, tandis que certains militaires ne présentent pas de symptomatologie objectivable lors de l'évaluation psychiatrique initiale.

Concernant les blessés physiques de l'événement E2, les manifestations psychiques initiales relèvent principalement du registre adaptatif, associant une accélération psychique et des symptômes dissociatifs transitoires, dont l'expression peut être modulée par les traitements antalgiques et sédatifs. Dans les jours suivant le rapatriement, plusieurs militaires rapportent l'apparition de cauchemars à thématique traumatique, mêlant des éléments de l'événement récent et de missions antérieures.

Les militaires rapatriés pour motif médico-psychologique à la suite de l'événement E2 présentent à l'admission une symptomatologie dominée par des réactions anxieuses et des manifestations psychotraumatiques aiguës. L'évaluation clinique est parfois entravée par les réticences vis-à-vis de la prise en charge spécialisée. Cette situation nécessite une adaptation du cadre thérapeutique, la prise en compte des visites des camarades, des proches et des autorités militaires, ainsi qu'une coordination étroite entre les deux établissements afin de préserver la continuité des soins.

2.4 Organisation du relais des soins en sortie d'hospitalisation

Concernant les militaires rapatriés pour un motif médico-psychologique après l'événement E1, la durée d'hospitalisation n'excède pas 48 heures. À l'issue de cette prise en charge, près de la moitié des patients nécessite une réévaluation spécialisée en psychiatrie, tandis que les autres bénéficient d'un relais de suivi assuré par les médecins des forces et les psychologues des centres médicaux des armées.

Concernant les blessés physiques de l'événement E2, la sortie d'hospitalisation du service de médecine ou de chirurgie est organisée en lien avec le psychiatre de liaison afin de programmer les consultations de réévaluation lorsque nécessaire. L'observation médico-psychologique est retranscrite dans les lettres de liaison, complétée par des certificats médicaux initiaux, afin d'assurer la traçabilité et la continuité du suivi. La transmission des informations cliniques est facilitée par des échanges précoces avec les médecins des forces des antennes médicales et les psychologues, permettant d'organiser la continuité de la prise en charge en aval.

Par ailleurs, des consultations d'information et de soutien sont proposées aux familles qui le souhaitent, sans caractère systématique.

Pour les militaires rapatriés pour un motif médico-psychologique après l'événement E2, l'hospitalisation offre finalement un temps d'observation, malgré les contraintes évoquées ci-dessus, et de coordination avec l'antenne médicale de rattachement.
Les comptes rendus d'hospitalisation et les certificats de constatation de symptomatologie aiguë assurent la transmission structurée des informations médicales entre l'établissement d'accueil et les structures de suivi en aval.

Dans leur ensemble, ces retours d'expérience mettent en évidence plusieurs enjeux récurrents de la prise en charge médico-psychologique des militaires exposés à des attaques de drones. Ils soulignent les conséquences de l'absence de période d'observation clinique sur le théâtre d'opérations, l'impact des modalités de décision des STRATEVAC, les tensions capacitaires induites pour les structures hospitalières d'aval ainsi que la nécessité d'une coordination étroite entre les différents acteurs de la chaîne santé. Ces éléments constituent les principaux axes de réflexion discutés ci-après.

3 Discussion : axes de réflexion

Ces deux événements et leurs conséquences sur le plan médico-psychologique nous permettent de proposer quelques axes de réflexion concernant l'impact psychique des conflits modernes et ses enjeux pour la chaîne santé.

3.1 Impact psychique des systèmes d'armes dans les conflits contemporains

Les conflits contemporains, marqués par l'emploi croissant de systèmes aériens sans pilote, modifient les modalités d'exposition des militaires à la menace.
Par leur capacité de surveillance persistante, leur imprévisibilité et leur aptitude à frapper à distance, y compris dans des zones jusque-là perçues comme protégées, ces systèmes sont susceptibles d'entretenir un sentiment d'insécurité durable.

L'absence de front clairement identifié et l'incertitude quant à la survenue d'une attaque constituent des caractéristiques de ce nouvel environnement opérationnel, susceptibles de contribuer à une usure psychique, quelle que soit la fonction occupée par le militaire, et à des phénomènes de désorganisation, notamment de la chaîne santé.

Les deux événements rapportés illustrent ces évolutions. Dans l'événement E1, l'attaque survient dans un environnement initialement considéré comme peu menaçant, après plusieurs jours d'aggravation du contexte sécuritaire et d'alertes répétées. Dans l'événement E2, elle s'inscrit dans un contexte opérationnel plus hostile, avec un décès et plusieurs blessés, affectant également la dynamique du groupe.

Malgré ces différences, les manifestations observées relèvent d'un même continuum clinique. Conformément aux données de la littérature, les tableaux psychotraumatiques liés à la « rencontre traumatique » (2) coexistent avec des réactions anxieuses aiguës et des troubles de l'adaptation déjà décrits dans les conflits contemporains (3,4).

3.2 Évaluation médico-psychologique en opération

Les deux retours d'expérience soulignent les limites de l'évaluation médico-psychologique dans certaines situations opérationnelles, lorsque la dégradation du contexte sécuritaire ne permet ni de sécuriser durablement des espaces de soins ni de maintenir une période d'observation clinique sur le théâtre. Dans ces circonstances, la décision de STRATEVAC intervient parfois précocement, sans qu'il ne soit possible d'apprécier l'évolution spontanée des manifestations psychiques aiguës.

L'évaluation et la prise en charge initiales reposent principalement sur les dispositifs de soins de l'avant, tels que les antennes médicales de rôle 1, composées de médecins des forces, d'infirmiers et d'auxiliaires sanitaires. L'enseignement des interventions médico-psychologiques précoces vise à renforcer leurs capacités d'action sur les théâtres d'opérations. Ces équipes de première ligne s'articulent, lorsque cela est nécessaire, avec les médecins spécialistes des hôpitaux militaires sur le territoire national, notamment par l'intermédiaire du consultant national pour les soins médico-psychologiques.

La formation aux premiers secours psychologiques en opération (PSPO) pour les combattants contribue au repérage précoce des militaires en difficulté (5), mais leur mise en œuvre demeure dépendante des contraintes opérationnelles. Les principes de la psychiatrie de l'avant (proximité, immédiateté, simplicité, expectative et centralité) conservent toute leur pertinence (6), même si l'application du principe d'expectative est limitée lorsque les conditions de sécurité imposent une évacuation rapide. Le principe de non-obligation de retour au combat complète ce cadre en dissociant la décision thérapeutique des impératifs opérationnels (7,8).

3.3 Organisation de la chaîne santé face aux STRATEVAC groupées

Les deux événements rapportés mettent en évidence les conséquences organisationnelles des STRATEVAC groupées sur l'ensemble de la chaîne santé. Ce type de situation, susceptible de perturber le fonctionnement habituel des services d'accueil, souligne l'importance de conserver une forme d'agilité et de capacité d'improvisation dans l'organisation des soins.

La transmission précoce des informations relatives au nombre de patients, à leur état clinique et à leur orientation permet d'adapter les capacités d'hospitalisation, de préparer les équipes et d'organiser les filières de soins. L'expérience rapportée souligne également l'intérêt d'une préparation préalable des établissements à ce type d'afflux. Dans l'un des hôpitaux, la réalisation d'un exercice de type AMAVi (Afflux massif de victimes) au sein du service de psychiatrie a vraisemblablement facilité l'adaptation rapide de l'organisation hospitalière.

Au-delà des capacités d'accueil, la continuité des soins repose sur une coordination étroite entre les urgentistes, les psychiatres, les équipes médico-chirurgicales et les antennes médicales d'aval.

3.4 Spécificités du cadre thérapeutique en situation de STRATEVAC

Le cadre thérapeutique en psychiatrie repose sur des principes de stabilité, de continuité et de sécurité, nécessaires à l'établissement d'une relation thérapeutique.
Dans les situations de STRATEVAC, ce cadre est soumis à des contraintes particulières liées aux conditions du rapatriement, à l'afflux de patients et aux dynamiques collectives et institutionnelles propres au milieu militaire.

Les événements rapportés rappellent l'importance de prendre en compte les effets de groupe, les enjeux familiaux et les interactions avec l'institution militaire dans l'organisation des soins. Le rapatriement de plusieurs militaires exposés à un même événement crée une dynamique collective susceptible d'influencer le vécu individuel et le processus thérapeutique. Le groupe peut constituer un soutien, en favorisant l'entraide et le maintien du lien avec le collectif militaire, mais peut également interférer avec le cadre de soins, notamment par la circulation des informations, les phénomènes d'identification ou certaines réticences vis-à-vis de la prise en charge.

À ces dimensions s'ajoutent les sollicitations inhérentes au statut de militaire blessé ou exposé en opération : visites des familles, de la hiérarchie et des autorités, ainsi que les événements institutionnels faisant suite à un décès ou à un engagement opérationnel. Ces interactions, participant au soutien du militaire et à la reconnaissance institutionnelle de l'événement, peuvent néanmoins représenter des contraintes supplémentaires dans une phase où le cadre thérapeutique nécessite stabilité et disponibilité psychique.

Enfin, la temporalité courte des hospitalisations en phase aiguë impose une adaptation des modalités de prise en charge et limite parfois l'instauration du cadre thérapeutique. Ces situations soulignent l'importance d'un parcours de soins coordonné, associant les services hospitaliers, les antennes médicales des forces et les différents acteurs médico-psychologiques impliqués, afin d'assurer une continuité des évaluations et des soins au-delà de la phase initiale. Une réévaluation à distance apparaît nécessaire lorsque l'évolution clinique ne peut être appréciée dans les premiers temps du rapatriement.

Conclusion

Ce retour d'expérience souligne les enjeux médico-psychologiques associés aux évolutions des conflits contemporains et à l'emploi croissant de systèmes aériens sans pilote. L'imprévisibilité des attaques et l'évolution des modalités d'exposition à la menace interrogent les modalités de prise en charge des militaires engagés, y compris dans des environnements initialement perçus comme moins exposés.

Au-delà des manifestations cliniques observées, ces événements mettent en évidence les contraintes pesant sur la chaîne santé, notamment lorsque les conditions opérationnelles limitent la période d'évaluation sur le théâtre et imposent des rapatriements groupés nécessitant une adaptation rapide des structures d'accueil. Ils rappellent l'importance de développer et maintenir une capacité de réajustement de nos pratiques face aux enjeux des conflits contemporains.

Ces observations soulignent l'intérêt de renforcer les capacités de repérage et d'évaluation médico-psychologique au plus près du terrain, en articulation avec la chaîne spécialisée, ainsi que l'importance d'une organisation coordonnée permettant d'assurer la continuité du parcours de soins. La prise en charge des militaires exposés repose ainsi sur des principes constants : repérage précoce, réévaluation clinique régulière et adaptation individualisée des soins à l'évolution de chaque situation.

Contribution des auteurs

Conceptualisation, supervision, rédaction : FGF, GS, CG
Révision validation : FGF, GS, CG, SA, AE
Illustration : GS

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc

Références bibliographiques

1. Briole G, Lebigot F, Lafont B. Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Paris (FR) : ADDIM ; 1998.
2. Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques : clinique et prise en charge. Malakoff (FR) : Dunod ; 2016. p.224.
3. Annette S, David A, Marion L, Jacques AE, Carfantan C, Colas MD. Les évacuations médicales stratégiques pour troubles psychiques en opération : étude sur l'évolution des motifs d'hospitalisation dans le service de psychiatrie de l'hôpital d'instruction des armées Percy en 2016-2017. Med Armees. 2019 ;47(1) :25-34.
4. Lairie A. Épidémiologie des évacuations aériennes médicalisées de faible priorité dans les armées françaises de 2013 à 2016 : étude observationnelle rétrospective chez 2853 patients sur une période de 4 ans [Thèse]. Le Kremlin-Bicêtre (FR) : Université Paris-Sud ; 2018.
5. Colas MD, Vautier V, Favodon B et al. Référentiel PSPO (PFATO). Paris (FR) : École du Val-de-Grâce ; 2019.
6. 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.
7. 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.
8. Colas MD, Lahutte B, Gheorghiev C. Psychiatrie et armée. EMC Psychiatrie. 2020 ;36(3) :1-4.