Article original

# Être opérationnel en 2026

B. LAHUTTE

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

**Auteur correspondant :** blahutte@gmail.com

**Open access DOI**
10.17184/eac.10236

**Reçu**
le 12 juin 2026

**Accepté**
le 2 septembre 2026

**Publié**
le 5 septembre 2026

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

**Résumé**

La mission du Service de santé des armées est strictement adossée aux nécessités du contrat opérationnel. L'opérationnalité reste pour autant un concept qu'il s'agit de considérer selon plusieurs axes de lecture quant à son objet, tout comme à la faveur des évolutions temporelles, techniques et stratégiques, liées aux enjeux du milieu militaire.

Des adaptations de la pratique en découlent, à l'appui d'illustrations et expériences historiques documentées. Par ailleurs, cette réflexion, présentée à l'occasion d'une communication lors des journées scientifiques de la chaire de psychiatrie et de psychologie clinique appliquées aux armées (École du Val-de-Grâce, 4 avril 2025), ouvre sur le sujet du retour au combat et aux implications déontologiques et éthiques qu'il soulève.

**Mots-clés :** Éthique. Opérationnalité. Retour au combat. Médecine d'armée.

**Abstract**

WHAT BEING OPERATIONAL ENTAILS IN 2026

The mission of the French Armed Forces Health Service is strictly grounded in the requirements of operational contract reality. Operational readiness, however, remains a multifaceted concept that must be examined from several perspectives, both with regard to its object and in light of the temporal, technological, and strategic developments shaping the military environment.

These evolutions must lead to corresponding adaptations in clinical and professional practice, as illustrated by documented historical experiences and examples. Furthermore, this study, presented at the first Scientific Symposium of the Chair of Psychiatry and Clinical Psychology Applied to the Armed Forces (April 4, 2025, EVDG, Paris), opens a broader discussion on the issue of "return to duty" and the ethical and professional challenges it raises.

**Keywords:** Ethics. Operational readiness. Return to duty. Military medicine.

**Opérationnel est un terme consacré, qui semble être même constitutif de notre identité et de notre particularité professionnelle. Cette remarque est à entendre tout d'abord au sens du contrat opérationnel : le service de santé des armées ne peut se résumer à une simple juxtaposition de professionnels, à la seule mise à disposition de compétences. Il s'agit d'une corporation hétérogène, c'est-à-dire pluriprofessionnelle, mais organisée aux fins de l'accomplissement d'une mission, celle des armées.**

## L'obligation opérationnelle

Être opérationnel, dans une première acception, signifie donc être en mesure de satisfaire à cette obligation, consubstantielle de notre exercice historique. Cela semble une évidence, et à ce titre mérite d'être considéré avec une attention, voire une vigilance toute particulière. Être opérationnel, reviendrait donc à accompagner les troupes en opération. Cette lecture, centrée sur la mission, peut parfois s'imposer ou passer pour l'alpha et l'oméga de toute chose en milieu militaire. Mais ne méconnaissons cependant pas qu'il n'y a pas de mission sans personnel pour l'accomplir et en premier lieu, pas de mission sans combattant.

La mise en condition de ces personnels – c'est-à-dire pour ce qui nous concerne la réalisation des soins et la détermination des aptitudes – fait également partie du domaine de l'opérationnel. Cette formulation s'éloigne quelque peu du fer de lance précédemment évoqué, pour se rapprocher davantage de notre exercice professionnel propre. En effet, être soignant, toute catégorie professionnelle confondue (aide-soignant, infirmier, médecin, psychologue), c'est donc être au service de l'opérationnel et c'est être opérationnel tout le temps. Ceci reste pour autant une perception parfois dépréciée…

Cette première analyse du concept nous fait donc apparaître l'inférence particulière d'un binaire, celui d'une lecture strictement dichotomique. Soit : ceux qui sont opérationnels et ceux qui ne le sont pas, à l'instar des unités de combat, *versus* unités de soutien.

De multiples illustrations en existent : par exemple l'opposition classique entre le temps de paix et le temps de guerre. Nous avions historiquement le service de santé en opération et sa doctrine, et en marge, le service de santé en temps de paix. Nous retrouvons ici des avatars certes discutables, mais néanmoins tout à fait pragmatiques et pertinents : le repos-entraînement *versus* l'exercice-action.

## Est-ce toujours le cas en 2026 ?

Probablement, mais nous sommes sur un seuil. Nous restons solidement appuyés sur un savoir-faire éprouvé ainsi qu'une organisation performante (organisation elle-même consubstantielle et condition nécessaire à la réalisation de nos actions).

Le binaire est ici le suivant :

- le temps « normal », qui concerne la pratique des soins, des mises en condition opérationnelle ;
- et un temps « opérationnel », dont le paradigme est l'Opex.

On note clairement l'hétérogénéité des registres, leur discontinuité, quand bien même intriqués : l'un prépare l'autre, et réciproquement. Néanmoins, il s'agit de « substances » différentes. Les contingences de lieu, à l'occasion, le confirment : l'Opex est un « ailleurs ». Les théâtres sont souvent lointains, mobilisent un concernement variable des uns et des autres et in fine, ne sont l'affaire que de quelques-uns, ceux qui partent en mission… Nos patients eux-mêmes sont souvent ceux « qui en reviennent », parfois avec les plus grandes difficultés. Notre approche des soins, quand bien même mise en œuvre dès l'avant, voire l'extrême avant, s'inscrit néanmoins dans une autre continuité que celle de la mission. Elle suit son propre « parcours » pour reprendre un autre terme consacré.

## Quelle préparation opérationnelle ?

C'est sur cette base que se réalise notre abord certes toujours actuel, mais déjà presque « traditionnel » de la préparation opérationnelle des soignants. Résumons-là :

- être en mesure d'être projeté en mission (ce qui implique le passeport opérationnel) ;
- disposer des compétences nécessaires dans des situations de combat ;
- être capable de s'articuler avec des dispositifs sanitaires réactifs, bien dimensionnés pour une prise en charge optimale de leur bénéficiaire, c'est à dire « les blessés ».

Cette modélisation, à défaut d'être caduque, n'est plus suffisante pour nous permettre de penser et de préparer nos actions face aux nécessités actuelles : 2026 est déjà un « demain » et celui-ci n'est plus conditionné par les mêmes nécessités.

Opposons-les points par point :

- Le combat asymétrique, caractéristique de nombre de nos engagements récents, n'est plus la seule hypothèse. La perspective est celle d'affrontements entre adversaires aux capacités plus comparables, susceptibles par conséquent d'être beaucoup plus durables, et d'occasionner des pertes bien plus nombreuses.
- L'éloignement sur le modèle des corps expéditionnaires en mission, n'est plus garanti. La guerre est déjà aux portes de l'Europe, les territoires nationaux sont menacés dans leur intégrité.
- Le concernement change nécessairement : la population civile est impliquée, les ressources habituellement dédiées à des actions lointaines et limitées ne suffisent plus, la logique est potentiellement celle d'un effort de guerre, d'un collectif.
- Plus proche encore de nous, les structures sanitaires revêtent un caractère stratégique, tant par leur potentielle valeur de dissuasion si elles sont efficientes, que par leur vulnérabilité qui les expose à devenir des sources d'intérêt ou des cibles de choix.
- La guerre du 21$^{e}$ siècle est assurément hybride, terme ne se limitant pas aux innovations technologiques employées, mais renvoyant bien à un déplacement du champ de bataille, ne concernant pas tant sa matérialité géographique que les enjeux qu'il recouvre.

## Des ajustements nécessaires

Dans cette acception, être opérationnel en 2026, c'est donc l'affaire de tous, en tout temps et partout. Pas de dualité qui tienne, qui occulte ou qui apporte la réassurance imaginaire d'une « base arrière » ou d'une « pause opérationnelle ». Ironiquement, nous retrouvons ici la résonance avec notre « tout temps, tout lieu, toute circonstance ».

Face à une nécessité adaptative, il nous faut nous familiariser avec ces nouveaux impératifs tout en préservant les acquis d'une expérience robuste. Si déconcertant que puisse paraître ce changement de paradigme, il importe de ne pas méconnaître l'effet de capture d'un raisonnement binaire, tout comme le risque d'en générer d'autres.
De nouveaux signifiants dominent (HEM, HI). C'est indéniable et nécessaire.
Néanmoins, nous régler sur une nouvelle dichotomie serait probablement une erreur.

Cette dichotomie serait celle :

- d'un temps normal, c'est-à-dire avec des moyens adaptés et optimaux, des flux contrôlés, etc. ;
- *versus* l'engagement majeur et la haute intensité, avec ici engagement de toutes les ressources et dépassement des moyens, pratiques dégradés, etc.

Insistons plutôt sur les situations intermédiaires qui seront probablement les plus problématiques. On leur donne de nombreux termes ou qualifications : tensions, compétitions, provocations auxquelles nous pourrions ajouter crises, ingérence et autres menaces de représailles. Elles sont probablement autant d'avatars (au risque d'une préfiguration) de ces questions d'engagement majeur. Notre approche doit ici être celle d'une gradation, d'une modulation, en somme d'une logique du *pas-tout* : *pas-tout-HEM*.

Assurément déjà redoutables par leur conséquence médicopsychologiques (référence aux incidences de psychologie collective, voire d'hygiène mentale qu'elles peuvent générer), il y a fort à parier qu'elles ne trouveront probablement pas de réponse sanitaire satisfaisante dans le déploiement d'un dispositif médicochirurgical maximaliste, transposé de notre héritage des grandes guerres.
Il s'agit d'un domaine qui nous concernera certainement encore plus (en termes de charge en soins) que lors de la survenue de situations de haute intensité, au cours desquelles, rappelons-le, les pertes et l'attrition pour motif médicopsychologique dominent largement tous les autres motifs de morbidité ou de blessure.
Il nous incombe dès à présent de raisonner et de nous organiser en STADEF.
Penser notre action soignante en gradation (des risques, des catégorisations), anticiper la réorganisation de nos structures et fonctionnements, préparer le réajustement de nos activités (chose qui concerne également nécessairement celles de nos homologues civils).
Nous savons nous adapter, à l'occasion. Il n'y a pas lieu de le méconnaître : recours à la suractivité, gestion de flux, accueil des victimes d'attentats terroristes, réorganisation massive des structures soignantes en crise pandémique par exemple. L'occasion en fait la nécessité, et la nécessité prévaut. Il s'agit maintenant d'inclure cette nécessité adaptative dans l'organisation même de notre activité, de nos soins, collaborations, liens et articulations. Il s'agit de produire en somme une réinvention du terme « agilité » au service de nos pratiques et non dans son acception d'optimisation managériale habituelle.

## Retour au service

Une autre réflexion est nécessaire sur cet « être opérationnel » : cette fois du côté du combattant. De prime abord, considérer l'opérationnalité du combattant n'est pas du tout de notre domaine. C'est un *caveat* franc qu'il y a lieu de valider déontologiquement, tout comme le serait celui de l'optimisation du potentiel ou de l'ergonomie du combat. Ces domaines sont et doivent rester une responsabilité et des attributions exclusives du commandement.

Néanmoins nous sommes indirectement concernés à partir du combattant blessé, et notamment sur le sujet du retour au combat (*return to duty*). Il s'agit d'une préoccupation opérationnelle majeure et d'un impératif qui s'impose de lui-même.

On pourrait s'étonner que l'habituelle discrétion, pour ne pas dire la très faible visibilité du « domaine psy », contraste à ce point avec cette préoccupation, résolument opérationnelle : il faut que le combattant retourne au combat (ce qui sous-entend, qu'il y a lieu de craindre que ce ne sera pas le cas). L'invisible du fait psychique fait ici retour dans une acception qui n'en reste pas moins foncièrement borgne. Mais loin de ce qui serait une critique stérile, soulignons surtout les effets de l'insupportable du fait psychique. Nous savons les interactions fortes entre cet insupportable et nos points de concernement les plus singuliers. Soyons vigilants, en retour, à ne pas être aveuglés selon une logique au sein de laquelle les dupes pensent ne pas l'être au motif qu'ils en sauraient suffisamment sur le sujet… Précisons donc le sujet que nous ne devons pas manquer : notre confiance dans l'assise confortable de ce que serait le « non concernement par cette question ».

C'est un fait, dans notre culture sociétale, dans nos pratiques courantes, rien ne nous oblige à nous confronter au sujet du retour au combat. Reprenons nos binaires ou séquençages : temps d'activité, puis pathologie, puis temps de soins. Nous avons toute latitude ou presque sur ce dernier volet : arrêt de travail, congés, reprise, inaptitudes…

Il serait certainement inconséquent d'y méconnaître un potentiel renoncement de responsabilité de notre part. Nous pourrions nous entendre dire que nous ne faisons que soigner, que les décisions médico-militaires ne sont que des propositions, que le commandement seul décide in fine. C'est un terrain particulièrement glissant.

Autre fait à considérer : nous occupons une position d'exception, notamment vis-à-vis de nos homologues OTANiens (avec lesquels notre collaboration implique des principes d'interopérabilité). Cette position d'exception repose sur la formulation explicite d'une non-obligation du retour au combat, en complément des principes de médecine du combat (principes de Salmon). Reconnaissons que cette formulation peut prêter au malentendu. Elle est ainsi parfois comprise, comme un « vous n'êtes pas obligé d'y retourner », alors qu'elle vise à affirmer que c'est l'action du soignant qui n'est pas réglée sur cet impératif. Cette obligation renvoie en définitive à la responsabilité singulière du combattant, dans le rapport à son propre engagement…

Tout cela ne fait probablement pas garantie pour autant, dans un contexte où la nécessité ferait loi, où les intérêts collectifs prendraient le pas sur des enjeux plus singuliers.

Quels enseignements tirer des illustrations historiques sur ce sujet ? Il est légitime d'affirmer que le principal ressort à l'œuvre est probablement celui de la crainte de l'attrition.

Prenons quelques exemples :

- La grande guerre et ses fusillés. Ceux qui tentaient d'échapper aux situations de combat, les déserteurs, étaient très sévèrement réprimés, au titre de l'exemple distinctif ou parfois de la crainte de la contagion imaginaire par imitation. Certaines figures se détachent dans l'histoire de la grande guerre, comme le général Mangin, dont la férocité n'a été que partiellement éclipsée par la brillance de ses actions de combat.
- Les médecins n'étaient pas en reste avec des conduites brutales sur les traumatisés de guerre, camptocormiques et autres astaso-abasiques : pratique de la faradisation, « redressage » des symptômes (à peine distingués d'accusations de simulation) tant par l'humiliation publique, qu'à l'aide de vigoureuses stimulations à la perche électrique.
- Les craintes portant sur une atteinte de l'unité du groupe ou à l'idéal du succès de la mission, suscitent aussi parfois l'insupportable chez le chef. Pensons à la célèbre gifle du général Patton : le « faible » perçu comme tel, devient insupportable pour celui qui ne peut soutenir sa présence. Il constitue une offense pour les autres, par conséquent pour le groupe des « méritants »…

Mais ces exemples historiques ne sont pas si différents de ceux de notre époque plus actuelle :

- Dans certains pays, l'action principale de nos homologues « psy » porte sur l'obligation du service national : nul ne peut y échapper quand la nation est menacée. Le psychologue devient très rapidement l'enquêteur, l'incitateur voire l'inquisiteur ; le patient devient une cible, le fraudeur, celui qui fait défaut par rapport à l'effort de guerre et au collectif.
- Dans d'autres, la prise en charge des militaires blessés, nécessite parfois de réfréner leurs ardeurs à retourner se battre pour défendre leur nation. Puis au fil du temps, elle évolue vers une mobilisation de moyens, pour s'assurer qu'ils n'échapperont pas à leurs obligations et ne s'égareront pas trop longtemps dans les parcours de soins.
- Reprenons aussi les efforts et les initiatives apportées par nos collègues anglo-saxons pour limiter les effets de stigmatisation et maintenir les combattants malades dans leurs unités opérationnelles, quand bien même parfois très suicidaires. La crainte d'un « syndrome d'évacuation », si devait être décidé un rapatriement sanitaire, n'est jamais très loin de ces considérations. Ironiquement, les efforts considérables de surveillance médicale, pour « accompagner » ces militaires sur le terrain, contrastent avec l'effarement de l'opinion publique, devant le constat d'un nombre de décès en mission par suicide bien plus important que celui des morts au combat…

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc

## Conclusion

Ces illustrations d'un retour du même, d'un réel qui insiste, sont préoccupantes, ne serait-ce qu'au titre de leurs conséquences potentielles. La question du retour au combat en appelle à une réflexion incontournable, à laquelle nous ne pouvons éthiquement pas nous soustraire.

Quels que soit les lieux concernés, encore incertains (zones de récupération, hubs ou autres), il s'agira plus que jamais de faire valoir ce qui, du singulier n'est pas toujours réductible au collectif, quand bien même la nécessité prévaut.