« Je voudrais être réformé pour quitter l'armée » Esquisse d'une typologie décisionnelle

A. Ledoux

Article reçu le 29 novembre 2011, accepté le 3 avril 2012.

Résumé

Notre étude se propose de cerner les contours d'une typologie décisionnelle concernant le nombre important de militaires en demande de réforme psychiatrique. Le médecin d'unité est en première ligne dans la confrontation à ces sollicitations émanant de sujets pouvant être en souffrance selon des modalités variées que nous explicitons. Il est nécessaire qu'il puisse avoir des outils pour une démarche clinique rigoureuse, amenant avec elle une réflexion éthique et une évaluation pertinente. Nous abordons différentes situations cliniques telles qu'un discours masquant une désadaptation pathologique et apparaissant comme une volonté personnelle, la présence d'une vulnérabilité requérant une proposition de soins, les manifestations d'une crise existentielle se résorbant avec l'appui d'un arrêt de travail, ou encore la mise en place d'un congé de longue durée lorsque des soins prolongés sont nécessaires, que la psychopathologie et le pronostic de la situation de souffrance psychique ne peuvent être suffisamment précisés ou que l'implication subjective de l'intéressé dans la décision de réforme est trop ternie par l'intensité des troubles ou de la souffrance. Ces situations sont toujours à reconsidérer dans le cadre d'une rencontre subjective et il appartient à chaque praticien de juger en tirant de son fond propre les principes de son action.

Mots-clés : Aptitude. Armées. Éthique. Psychiatrie. Réforme.

Abstract

"I WOULD LIKE TO BE DISCHARGED IN ORDER TO LEAVE THE ARMED FORCES" SKETCH OF A DECISION-MAKING TYPOLOGY.

Our study suggests encircling outlines of decision-making typology concerning the significant number of service people in demand of psychiatric discharge. Military doctor are in front line for coping with these requests by subjects which can be outstanding according to varied modalities which we will clarify. Tools for a rigorous clinical approach are necessary, the latter entailing an ethical reflection and a relevant evaluation. We approach various clinical situations such as speeches masking pathological mismatches and appearing as a personal will a present vulnerability requiring a proposition for care outward signs of an existential crisis absorbent with a sick leave or implementing of an extended leave for absence when long-term cares are necessary psychopathology and prognosis of a psychic distress situation cannot be specified enough or when patients' subjective involvement in the reform decision is too much tarnished by the disorders or suffering intensity. These situations always are to be re-considered within a subjective meeting and it is up to every practitioner to judge by pulling the principles of his action out of his/her own appropriate base.

Keywords : Fitness. Army. Ethic. Psychiatry. Discharge

Introduction

Le psychiatre militaire est souvent interpellé dans sa pratique quotidienne par des demandes de réforme, demandes qui émanent le plus souvent de l'intéressé, ce qui n'exclut pas que cette demande soit aussi celle du médecin d'unité et/ou du commandement. Il n'est pas rare que la réforme psychiatrique apparaisse comme la seule porte de sortie lorsque les demandes de résiliation n'aboutissent pas et que la désertion comporte des risques et des conséquences potentielles pouvant susciter une crainte compréhensible. « Je ne veux plus être militaire » entend-on souvent. Il est classique de reconnaître que les demandes de réforme psychiatrique seraient considérablement réduites s'il n'existait pas des freins aux demandes de résiliation de contrat. Si ces freins peuvent paraître légitimes au regard de la notion

A. LEDOUX, médecin en chef.
Correspondance : A. LEDOUX, Service de psychiatrie, HIA Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex.
E-mail : arnaudledoux@aol.com

d'engagement (1), la consultation est parfois assimilée à une simple étape dans le cheminement administratif vis-à-vis du processus, non forcément pathologique, de désadaptation. Nous aborderons successivement les questions éthiques que pose la réforme psychiatrique, les modalités de l'entretien clinique et les contours d'une typologie décisionnelle.

Un questionnement éthique

L'entretien psychiatrique est infiltré par un double questionnement, l'un d'ordre épistémologique (qu'est-ce qui m'autorise à dire que ce sujet souffre de troubles psychiques ?), l'autre d'ordre éthique (quel est le point de vue du patient sur ce qui ne va pas et quels sont ses attentes relatives à l'entretien ? la demande de réforme s'inscrit-elle dans un besoin d'assistance ou dans une manœuvre pour quitter l'institution ? la réforme a-t-elle une légitimité clinique au regard de ce qu'il me dit de ce qui est pour lui « aller bien » ?). Cela est d'autant plus palpable que les perturbations psychiques ou comportementales recherchées lors de l'examen clinique paraissent absentes ou comportent de nombreux éléments discrets entremêlés, difficiles à appréhender ou inconstants. Les praticiens réagissent de nombreuses manières à ce questionnement : revendication de l'autonomie et de la conscience professionnelle face au risque de devenir l'instrument d'une institution fermée sur son système de représentation, modification de la réalité clinique et construction rationnalisante d'une formulation diagnostique permettant de trouver un accordage avec la demande du sujet, acceptation d'un « service minimum » en y puisant les éléments nécessaires pour une réflexion et pour une connaissance élargie sur l'armée et la population fragilisée qui s'y est engagé, dénonciation du coût et des effets sociaux de la réforme psychiatrique, etc.

La plainte ou la demande appelle sûrement une réponse concrète de la part de l'intéressé, mais elle doit toujours, afin de rester dans le cadre de notre pratique professionnelle, être resituée dans le déploiement de l'entretien psychiatrique et s'ouvrir vers une exploration approfondie. Cela nous amène d'emblée à quelques remarques. Tout d'abord, l'évaluation du fonctionnement psychique et l'exploration du champ des troubles psychopathologiques se prêtent difficilement aux tentatives d'objectivation et de quantification. Ensuite, lorsqu'une détresse psychique marquée est retrouvée, la pathogénie des perturbations fait intervenir différents facteurs dont les poids respectifs ne peuvent être déterminés qu'hypothétiquement. Enfin, la formulation diagnostique, qui peut consister en l'absence de troubles, porte ici sur une subjectivité humaine non seulement difficile à apprécier mais aussi sous-tendue par différentes théories pouvant faire appel, entre autres, à l'inconscient, à des mécanismes biochimiques ou au traitement de l'information. À l'encontre de tout dogmatisme, il n'y a pas de vérité univoque face aux réformes psychiatriques mais une nécessité de se déprendre, à chaque fois, des préjugés pour tenter d'analyser, avec l'appui de la clinique, les voies vers une issue suffisamment bonne pour le patient et l'institution. L'interrogation éthique doit notamment permettre de se repositionner au regard de l'influence de ses propres représentations, qu'elles concernent le métier des armes, dont chaque entretien donne un aperçu, ou qu'elles concernent les différentes formes de conceptualisation de la souffrance psychique. Elle permet de s'extraire des critères normatifs implicites dont nous sommes tributaires en tant qu'intégrés dans l'institution, de manière notamment à bien différencier l'application de stéréotypes sociaux concernant le métier des armes et l'application de ce qui relève de la pratique clinique et de critères concernant la santé mentale.

Il existe néanmoins toujours un questionnement à la limite des normes sociales et des normes de santé. C'est dans ce lieu imprécis que l'on peut situer les cas où il existe une légitimité de la réforme psychiatrique à l'exclusion de toute normativité soignante. L'appréciation de la santé psychique relève ici d'une subjectivité, celle d'un sujet exprimant son rapport à l'institution militaire. Cela ne veut pas dire que le praticien doit répondre directement à la demande du patient mais que la question du désir ne peut être éludée. Nous verrons par exemple que la présence d'une immaturité extrême dans les rapports avec les autres (attentes puériles ou décharges émotionnelles lorsque les désirs ne sont pas satisfaits) mettra en péril l'épreuve du service dès les premiers mois ou années de l'engagement ; le désir de l'intéressé de quitter l'institution ne pourra alors qu'être conforté par une légitimité clinique. À l'inverse, il est parfois préférable d'opter pour un arrêt maladie, se prolongeant éventuellement par une position de non-activité, plutôt que répondre positivement à une demande de réforme, surtout lorsque l'adaptation s'est effectuée sans trop de fluctuations psychocomportementales pendant plusieurs années. Il est intéressant à ce propos de constater que les observateurs non cliniciens de l'entretien psychiatrique, tels que les conseillers en facteur humain en stage par exemple, commentent souvent l'attitude du praticien selon des préjugés oscillant entre autoritarisme et bienveillance. Cela peut être l'occasion d'une réflexion sur ce que l'appréciation clinique implique pour soi sur un plan personnel et affectif.

Modalités de l'entretien clinique

Selon l'instruction 2100, l'entretien clinique en vue d'une éventuelle décision de réforme, comme pour toute autre décision médico-militaire, doit associer rigueur sémiologique dans l'évaluation des troubles et des potentialités d'une part, et réflexion pathogénique (compréhension évolutive de la situation clinique) d'autre part (2). Il existe néanmoins un bémol concernant la validité des données, d'une part du fait des défenses du patient ou des faux-semblants qu'il peut mettre en jeu dans la relation, d'autre part du fait du temps limité de l'entretien, des fréquentes réactions contre-transférentielles et du surcroît de demandes de réforme générant une certaine routine. Afin de tenter de pallier à cela, il est nécessaire d'éviter toute question tendancieuse dans laquelle le patient s'engouffrerait trop facilement, fermant alors l'entretien sur une explication déjà circonscrite. Si l'enjeu principal n'est pas ici l'alliance thérapeutique, le patient doit néanmoins pouvoir se sentir dans un climat relationnel lui permettant d'exprimer sa

souffrance et de se sentir compris. Une mise au point peut être nécessaire pour que l'entretien se situe sur un plan psychiatrique et se dégage d'une assistance purement sociale et des réactions contre-transférentielles que l'attente du patient peut susciter.

L'entretien débute généralement par l'écoute de la perspective du patient, des composantes émotionnelles de son discours et des significations qui s'y rapportent. Cela ne se réalise pas toujours avec facilité, notamment lorsque des défenses névrotiques rationalisent les comportements et/ou paralysent la possibilité d'exprimer des sentiments douloureux tels que la honte, la culpabilité ou la peur. La dynamique relationnelle peut prendre une toute autre allure si des défenses archaïques (projectives par exemple) apparaissent au cours de l'entretien (avec parfois de vifs sentiments de rage et d'indignation). Un éclairage doit parfois être apporté grâce à des questions portant sur l'enfance, l'adolescence et le vécu de certaines situations scolaires et familiales (isolement, marginalisation, ruptures itératives). Ce passé doit être mis en perspective avec le rapport dynamique à l'institution depuis l'engagement, aux idéaux et aux préjugés, et avec la capacité de se sentir impliqué dans ce qui se produit dans l'existence. Certains patients restent silencieux, exprimant ainsi plus souvent une forme de respect devant l'autorité médicale qu'ils craignent d'offusquer qu'un désir de se taire. Cela peut néanmoins participer d'une tendance interprétative et d'une attitude hautaine déniant toute remise en question. Des questions concernant l'éventuelle vulnérabilité à l'origine de la souffrance peuvent être contributives pour l'examen de ces cas. Enfin, toujours dans le cadre des premiers temps de l'entretien, certains indices mettent d'emblée sur la voie de troubles de la personnalité : commentaires sur l'entretien, plaintes infiltrées d'exigences, bravades théâtrales ou manœuvres incisives pour amener le clinicien à accéder à la demande ou à désavouer l'institution au sein de laquelle il travaille.

La recherche diagnostique doit balayer l'ensemble des troubles psychopathologiques caractérisés (troubles de l'humeur, psychoses, conduites addictives, troubles anxieux, troubles des conduites alimentaires, déficit intellectuel, etc.). Ces troubles peuvent être parfois discrets en cas par exemple d'une pathologie subaffective, d'un stress post-traumatique subsyndromique ou d'une impossibilité répétée de contrôler la consommation excessive d'un produit psycho-actif. L'histoire clinique doit reprendre avec circonspection la première phase des troubles avant la survenue de facteurs de modification liés à l'effet des soins de toutes sortes (dépression abrasée par les traitements médicamenteux par exemple). En ce qui concerne les éléments psychotiques, il n'est pas toujours aisé de savoir si le patient a présenté des idées transitoires de persécution (délire sensitif par exemple), des idées de référence, des épisodes de dépersonnalisation, des croyances inhabituelles, des perceptions extrasensorielles ou des préoccupations obsédantes prenant une signification menaçante. L'intuition du clinicien décèle néanmoins parfois des failles dans le processus d'interaction de l'entretien clinique, incitant alors à rechercher des signes évocateurs d'une psychose sous-jacente : relâchement léger et peu fréquent des associations, pensée magique, affects momentanément inappropriés, méfiance, discussion abordant immédiatement des détails personnels, long temps de latence pour répondre aux questions, mauvais contact, fixité du regard, etc.

Lorsque la perception clinique s'oriente vers la présence d'une détresse psychique intense et durable, consécutive à une désadaptation au milieu militaire, la formulation « troubles de l'adaptation » exprime en elle-même un pronostic favorable en cas de mise à distance du milieu source de stress et la non-nécessité d'évoquer des soins autres que l'arrêt des activités professionnelles. Elle comporte la légitimation de la décision d'orientation, les écueils à éviter tels que la non prise en compte à sa juste valeur d'une situation clinique requérant des modalités thérapeutiques spécifiques et la pathogénie supposée qui procède des interactions critiques entre le patient et son environnement professionnel. Les « troubles de l'adaptation » expriment des situations de crise ou des troubles réactionnels marqués par une particulière intensité clinique et une durée en lien avec les facteurs contextuels de la détresse psychique. La désadaptation se cristallise lorsque les habilités adaptatives du patient sont épuisées ou quand la résilience qui serait nécessaire en période de crise lui fait défaut. La vulnérabilité psychologique peut participer de dimensions aussi variées qu'un style relationnel marqué par une soumission passive aux besoins des autres, qu'une rupture des liens familiaux ou qu'une tendance à conflictualiser systématiquement les rapports avec les personnes d'autorité. Lorsque l'on retrouve un sentiment d'être exclus de la culture militaire et de son système de valeurs, ce vécu victimaire peut se complexifier par des propos évoquant une discrimination ou un ostracisme aboutissant à une situation clinique dont la dynamique individuelle ne suffit pas à rendre compte. Quoi qu'il en soit, la décision médico-militaire pertinente est portée par l'évaluation globale et intuitive de la situation existentielle telle qu'elle est modifiée non seulement par les perturbations psycho-comportementales mais aussi par l'altération actuelle du fonctionnement adaptatif. Les éléments ayant trait au risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif ne doivent pas être oubliés.

On évoquera parfois des situations cliniques non pathologiques pouvant néanmoins être justiciables d'un avis spécialisé voire de soins psychologiques (réactions de deuil, ruptures affectives, etc.). Il faut aussi savoir admettre l'absence de troubles si le patient présente des potentialités adaptatives suffisantes pour assumer les décisions qui lui reviennent et effectuer les démarches qui s'imposent face, par exemple, au malaise ressenti par rapport à un milieu qui ne « colle » plus avec les thèmes existentiels qui sont fondamentaux pour lui. Le sujet peut, en effet, n'avoir jamais constitué le milieu militaire en tant que cadre de référence ou avoir décidé de rompre avec ce qui avait tenu lieu pour lui de repère sans pour autant développer une grave crise existentielle.

L'approche de la personnalité est couplée à l'évaluation du fonctionnement sous-jacent en mettant en évidence l'épreuve de réalité, le jugement pratique, le contrôle des impulsions, les relations d'objet et les mécanismes de défense. Ce fonctionnement peut être profondément

régressif et psychotique chez des sujets entretenant un contact fragile avec la réalité, il peut traduire le poids des fixations archaïques (personnalités état-limites ou paranoïaques), il peut enfin être associé à des troubles stables de la personnalité et des troubles névrotiques. L'intuition doit être confrontée au dévoilement progressif de l'histoire du patient permettant de mettre au jour le style d'existence qui se maintient depuis l'adolescence. La présence d'un dysfonctionnement relationnel au long cours relativement continu depuis l'adolescence est très en faveur de troubles de la personnalité. Le patient peut ne présenter que quelques traits pathologiques peu spécifiques d'un type précis de personnalité (difficultés à contrôler les impulsions, crises de colères, participations fréquentes à des bagarres, revendications narcissiques, faible estime de soi, etc.). Des antécédents d'hyperactivité avec déficit de l'attention dans l'enfance peuvent parfois être retrouvés chez des patients impulsifs ou présentant une instabilité émotionnelle. On peut aussi mentionner, à la place ou en plus d'une qualification de la personnalité, des opérations défensives peu élaborées ou archaïques (déni, projection, clivage, idéalisation primitive). L'organisation dynamique sous-jacente peut transparaître au cours de l'entretien en soulignant des auto-contradictions du patient par exemple. Une approximation souple dans la formulation diagnostique est souvent préférable, non seulement du fait de l'inutilité pratique d'un diagnostic précis, mais aussi afin d'éviter des « étiquettes » véhiculant des connotations péjoratives.

À titre d'illustration, nous présentons cette vignette clinique : Monsieur X., âgé de 21 ans, demande à être réformé pour quitter l'institution dont, dit-il, il ne partage plus les valeurs. Il annonce que le retour au régiment se solderait par un passage à l'acte agressif envers un supérieur avec lequel il est entré en conflit. Il est devenu irritable et casse parfois des objets lorsqu'il s'alcoolise. Son rapport à l'autorité a ravivé un vécu de maltraitance précoce et des manifestations anxieuses se sont développées en lien direct avec sa présence au régiment ou l'anticipation de celle-ci. Il a trois ans de service et l'adaptation n'avait, jusqu'à ce conflit, pas posé de problème. On ne retrouve pas de pathologie psychiatrique caractérisée et la question de l'organisation de la personnalité se pose en lien avec les éléments contextuels évoqués. Si la souffrance psychosociale est déterminante dans la démarche effectuée par le patient, la prudence s'impose devant une situation clinique dont il est difficile de dire si elle peut évoluer vers un état de résolution d'une crise passagère, même si la souffrance est intense et continue, ou si les éléments psychopathologiques (pathologie du lien, fragilité narcissique, vécu victimaire,…) sont suffisamment prégnants pour altérer durablement les possibilités d'adaptation. L'exploration clinique lors d'une situation pouvant justifier une réforme psychiatrique doit prendre en compte la dialectique autonomie/vulnérabilité et en effectuer une évaluation dynamique au-delà même du repérage de troubles psychiques émergeant dans le crissement du rapport de l'individu au milieu militaire. Elle se réalise dans un colloque singulier qui rend aussi possible une prise de conscience personnelle. Plusieurs entretiens peuvent être nécessaires dans les cas où la situation n'apparaît pas tranchée immédiatement.

Typologie décisionnelle

Cinq cas de figure se dessinent si on tente de regrouper les dimensions cliniques repérables lors de l'entretien psychiatrique en fonction des orientations possibles en matière de décision médico-militaire.

Le premier cas de figure consiste en la présence de troubles imputables au service (stress post-traumatique en lien avec un psychotraumatisme survenu dans l'exercice des fonctions). La réforme psychiatrique n'est pas d'emblée appropriée dans ce cas, même si elle est instamment demandée par l'intéressé. Des soins spécifiques et une reconnaissance globale de la pathologie sont nécessaires.

Le deuxième cas est celui d'une absence de souffrance psychique significative et d'une tentative clairement établie d'utiliser la réforme psychiatrique pour quitter l'institution dans les moins mauvaises conditions possibles. Il faut alors se méfier d'un discours masquant de réelles difficultés, d'une désadaptation pathologique (fonctionnement régressif ou archaïque, difficultés relationnelles de longue date, vulnérabilité au stress, dyscontrôle des émotions,…) mais apparaissant sous les oripeaux d'une volonté personnelle. Si l'entretien ne permet pas de mettre en évidence de souffrance psychique avérée ou de troubles psychiques masqués, la situation ne relève pas d'une réforme psychiatrique, même en cas de refus de la demande de résiliation du contrat.

Le troisième cas de figure est celui d'une détresse psychologique dont il s'agit d'estimer l'origine, le degré d'intensité, la permanence et la durée. Le désir de quitter l'institution doit alors être mis en perspective avec l'évolution dans la carrière. On ne peut en effet pas mettre sur le même plan un sujet ayant quelques mois ou années de service et un autre ayant une longue expérience professionnelle, plusieurs missions à son actif et/ou des possibilités d'aménagement de poste face aux contraintes liées à son emploi. Dans le premier cas, l'exploration clinique approfondie peut confirmer la nature contextuelle et environnementale des troubles psychiques présentés, ce qui n'exclut pas le fait que certaines aptitudes psychiques à évoluer dans un environnement potentiellement hostile fassent défaut. Lorsqu'une telle désadaptation est associée à une détresse affective intense, quotidienne et durable, il semble légitime d'évoquer la possibilité d'une réforme psychiatrique, celle-ci apparaissant clairement dans sa visée soignante alors qu'aucune autre modalité thérapeutique n'apparaît opportune. Dans le second cas, il faut savoir évoquer l'éventualité d'une problématique personnelle venant s'exprimer et se conflictualiser sur la scène professionnelle. Le milieu militaire est incriminé comme cause de tous les maux et constitue bien souvent un écran de projection ayant une fonction défensive. Dans ce cas, lorsque les congés de maladie arrivent à leur terme et que la situation de détresse psychique présente une évolution prolongée, il est préférable d'opter pour un Congé de longue durée (CLDM), l'expérience montrant que le

désir de quitter l'institution peut très bien se dissiper après une ou deux périodes de CLDM.

Le quatrième cas de figure consiste en la présence de troubles psychiques non uniquement liés au contexte mais bien à des facteurs intrinsèques, c'est-à-dire à un défaut de résilience et/ou à une vulnérabilité, ce qui peut être formulé sous différentes formes selon l'orientation théorique du praticien et le cadre de référence auquel on lui demande de se conformer. L'évaluation de l'organisation de la personnalité est toujours dynamique et évolutive mais on peut bien souvent saisir dès le premier entretien des traits saillants de la personnalité (comme la fragilité de l'estime de soi par exemple), des modalités défensives prédominantes (comme la projection par exemple) ou une certaine rigidité dans la structure (comme l'enlisement dans des contraintes internes avec incapacité à s'en affranchir au moins temporairement). Ce repérage relève de la compétence du spécialiste qui aura alors le plus souvent à trancher entre une réforme psychiatrique et un congé de longue durée, lequel sera privilégié en cas de pronostic favorable et/ou après une durée d'engagement témoignant de certaines capacités adaptatives potentiellement recouvrables. La proposition de soins adaptés à la situation clinique relève également de la compétence du psychiatre.

Le cinquième cas de figure concerne les maladies mentales et les troubles psychiques caractérisés devenus invalidants. Les potentialités de reprise du service sont restreintes. La mise en congé de longue durée, si elle est possible, se situe plus dans le cadre d'un levier vers des possibilités de soins. S'il n'y a pas de bénéfice thérapeutique attendu, ne serait-ce qu'éviter une aggravation de l'expression de la pathologie mentale, il est alors préférable d'opter pour la réforme (généralement P5). Là encore, la relation avec le patient ne peut faire l'impasse sur la nécessité de resituer celui-ci comme sujet, relativement autonome en dépit des troubles qui entravent sa liberté.

L'évaluation de l'état psychique est confrontée à différents paramètres tels que l'avancée dans la carrière, les démarches réalisées pour résilier le contrat ou les différentes possibilités de quitter l'institution sur la simple demande de l'intéressé. Dans certains cas, la pratique enjoint aussi à reconnaître que des consultations spécialisées pour décision médico-militaire peuvent déboucher sur des soins ou sur une orientation vers un soutien permettant de traverser la crise existentielle (à l'aide d'une période d'arrêt de travail par exemple). Il n'est pas rare non plus que la décision médico-militaire soit celle de la mise en place d'un congé de longue durée lorsque des soins prolongés sont nécessaires, que la psychopathologie et le pronostic de la situation de souffrance psychique ne peuvent être suffisamment précisés ou que l'implication subjective de l'intéressé dans la décision de réforme est trop ternie par l'intensité des troubles ou de la souffrance. Rappelons à ce propos que l'arrêté du 20 septembre 2006 stipule que la réforme psychiatrique doit être justifiée par l'inaptitude définitive d'un militaire, dont l'état de santé ne justifie pas l'attribution d'un congé lié à l'état de santé, médicalement constatée (le certificat établi par un spécialiste doit constater à la fois l'inaptitude médicale définitive et l'absence de justification d'un congé lié à l'état de santé) (3).

Conclusion

Après avoir développé une réflexion éthique et détaillé l'entretien psychiatrique lors d'une demande de réforme psychiatrique par l'intéressé, nous proposons dans cette étude une typologie décisionnelle en fonction de différents paramètres qui ne font que cerner les contours de situations vécues toujours à reconsidérer. Il appartient à chaque praticien de juger en son âme et conscience en tirant de son fond propre les principes de son action, en ayant toujours à l'esprit que sa pratique concerne la subjectivité humaine et implique donc une rencontre et une dynamique de repositionnement. Cette mise en question peut être l'occasion de renforcer les exigences éthiques d'une pratique clinique risquant de glisser vers différentes dérives, comme la dilution dans une routine mécanique normative qui répond à tout désir de quitter l'institution par un passage devant la commission de réforme ou le risque de déposséder l'individu de la possibilité d'assumer ses choix existentiels. La réforme psychiatrique questionne tout particulièrement l'exercice professionnel dans ses rapports avec les contraintes de l'institution dans laquelle il s'exerce.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Vallet D, Boisseaux H, de Montleau F, Rondier P. Psychiatrie et armées. in Encycl Med Chir ed. Psychiatrie, 37-882-A-10. Paris: Elsevier, 2006: 1-11.
2. Instruction ministérielle 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1er octobre 2003-13 février 2008 (7e modificatif 13 février 2008) relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir.
3. Arrêté du 20 septembre 2006 pris en application de l'article 6 du décret N°2006-1166 du 20 septembre 2006 relatif à la commission de réforme des militaires.