1918-2018 – Réflexions sur les évolutions de la pratique de la psychiatrie militaire en opération

F. Gignoux-Froment[a], M. Moris[b], D. Terrier[a], F. Paul[a]

a Service de psychiatrie, HIA Laveran, CS 50004 – 13384 Marseille Cedex 13.
b 10e CMA 156e AM, BP 40026 – 13568 Marseille Cedex 2.

Résumé

Ce travail vise à éclairer les grandes évolutions de la psychiatrie opérationnelle de 1918 à 2018. Après avoir décrit les principales évolutions sociologiques du profil tant des conflits armés que des combattants, nous préciserons les contours de la clinique psychiatrique observée sur les théâtres de guerre au cours de ce siècle. En outre, la pratique du psychiatre en opération s'est adaptée au contexte d'engagement des forces armées, depuis l'héritage historique des principes de Salmon du premier conflit mondial jusqu'à ce qui en fait aujourd'hui le prolongement et une déclinaison moderne. Ces changements dans l'exercice du soutien psychologique sur le terrain des opérations extérieures sont à mettre en perspective avec la réflexion éthique qui a pu en soutenir le bien-fondé, laquelle offre les conditions d'un ajustement du psychiatre au plus près des enjeux des situations cliniques rencontrées, pour être à même d'en accueillir, à chaque fois, la singularité.

Mots-clés : Évolutions. Opérations extérieures. Pratiques cliniques. Psychiatrie militaire.

Abstract

1918-2018 – REFLECTIONS ON THE DEVELOPMENTS OF MILITARY PSYCHIATRISTS' PRACTICES IN OPERATION.

This article aims to throw light on the major developments during a hundred years of operational psychiatry from 1918 to 2018. After describing the main sociological changes in the profiles of both the armed conflicts and the military, we will outline the psychiatric clinic observed in theatres of war. The practice of the military psychiatrists has also evolved, from the historical heritage of the Salmon principles of the First World War to what can be seen today an extension and a modern version of it. This evolution of practices in the field of external operations must be put into perspective with the ethical reflection which can support its validity. The latter offers the conditions for the psychiatrists to adjust as closely as possible to the stakes of the clinical situations encountered, in order to be able to welcome, each time, their singularity.

Keywords: Developments. External operations.Clinical practices. Military psychiatry.

Introduction

Conflits mondiaux, guerres post-coloniales, conflits dans les Balkans, lutte contre le terrorisme international, en cent ans la nature des conflits armés a changé de visage. L'ennemi n'est plus désigné et bien identifié derrière une tranchée. Il est désormais changeant, surgissant dans nos cités, frappant nos compatriotes sur le territoire national par des actes de violence revendiquée.

La pratique de la psychiatrie militaire opérationnelle n'est pas réductible à un lieu d'exercice, celui des théâtres de guerre, à l'étranger, quand bien même il en est une illustration paradigmatique. Elle recouvre un principe plus général de disponibilité du psychiatre militaire, lequel préside à son possible engagement en métropole, sur le terrain, au plus près des combattants, lorsque des évènements inattendus et subits l'exigent au regard de leur retentissement sur la collectivité militaire. Les situations de crise sanitaire en milieu civil, tels les récents actes de terrorisme perpétrés sur le territoire français, en sont également une occurrence.

Le retour historique ici proposé vise à retracer les lignes directrices de l'évolution des engagements opérationnels de l'armée française, des caractéristiques sociologiques de ses combattants, ainsi que des pratiques de la psychiatrie militaire au sein d'une institution en pleine mutation.

F. GIGNOUX-FROMENT, médecin en chef. M. MORIS, médecin en chef. D. TERRIER, interne des hôpitaux des armées. F. PAUL, médecin en chef.

Correspondance : Madame le médecin en chef F. GIGNOUX-FROMENT, service de psychiatrie, HIA Laveran, CS 50004 – 13384 Marseille Cedex 13.

E-mail : frederique1.gignoux-froment@intradef.gouv.fr

Évolution sociologique du profil des conflits et du combattant

Évolution des caractéristiques des conflits

Les deux guerres mondiales nous ont confrontés à des pertes humaines massives, alors qu'une prise de conscience de l'importance des pertes psychiques en tant que telles s'opérait progressivement. Ces guerres mettaient en jeu l'intégrité de notre territoire national, leur finalité se situant alors nettement autour d'un objectif, celui de la défense et de la préservation du périmètre de notre nation. Dans l'entre-deux-guerres, les enseignements issus du premier conflit mondial ont pu se voiler, la massivité des pertes psychiques être évacuée. L'intérêt pour la clinique du traumatisme psychique se nourrit de l'histoire des conflits mais tend à se disperser quand le temps de la paix fait son retour (1).

Les guerres post-coloniales, en particulier la guerre d'Algérie, mettent en jeu de nouvelles évolutions : des combats rapprochés, un ennemi dissimulé se fondant dans la foule, des visions d'horreur voire la pratique d'actes de torture. L'engagement des armées dans des missions de maintien de la paix comme en ex-Yougoslavie ou en République Centrafricaine met en lumière le caractère changeant de l'ennemi : la notion d'ami/ennemi, développée par Carl Schmitt (2), s'avère de plus en plus obscure du fait de jeux d'alliance instables et mouvants, jusqu'à confiner nos soldats à une place de spectateur passif d'exactions entre ethnies rivales. Le supposé allié d'aujourd'hui devient le potentiel ennemi de demain.

Enfin, une nouvelle actualité se dessine à la fin des années 80 avec la perpétration d'actes de terrorisme sur le territoire national. Les vagues d'attentats de 1995 ont convoqué la communauté des spécialistes du soin psychique à penser des structures d'intervention et de soutien psychologique de crise visant à répondre à la portée collective d'évènements à la forte charge émotionnelle. L'ennemi n'est plus seulement extérieur à notre nation, il œuvre désormais aussi de l'intérieur.

Le Général De Villiers détaille dans son ouvrage cette évolution des conflits, en soulignant l'avènement de superpuissances nationalistes, comme celui d'un terrorisme mondialisé (3). Les conflits modernes se caractérisent selon lui par la règle des « sept D » dont ci-après quelques illustrations :

– Densification des opérations avec une multiplication des théâtres d'intervention de la France ;

– Dissémination des zones de guerres dont le périmètre s'élargit à l'image de l'actuelle bande Sahélo-saharienne (4 000 hommes pour un territoire vaste comme l'Europe) ;

– Durcissement de l'engagement armé ;

– Désinhibition de l'ennemi dans une violence totale qui n'obéit plus au respect des traités internationaux, à l'instar des conventions de Genève.

L'engagement des armées n'est plus massif, unique, centré sur un pays ou sur une zone, il devient disséminé, ponctuel mais intense, se multipliant à un rythme soutenu qui met à l'épreuve la collectivité militaire dans sa capacité de projection, en engageant nos soldats dans des Opérations extérieures (OPEX) comme dans des Opérations intérieures (OPINT), dont l'articulation trouve sa logique dans un concept de guerre totale.

Évolution des caractéristiques du combattant

L'évolution des caractéristiques sociologiques du combattant est également à souligner sur cette même temporalité. Là où la logique était à la mobilisation du peuple dans les conflits mondiaux, l'engagement est désormais professionnalisé, circonscrit à un groupe de militaires entraînés. La professionnalisation des armées d'aujourd'hui contraste avec « Ceux de 14 » comme le décrit Maurice Genevoix (4). Les troupes sont préparées, sélectionnées, contrairement aux citoyens mobilisés lors du premier conflit mondial.

Par ailleurs, là où le combattant se trouvait isolé de son entourage familial, ne communiquant au mieux avec celui-ci que par courrier postal, la numérisation de nos sociétés change la donne. L'attente de la famille, sans nouvelle du front, change de visage sans pour autant disparaître. L'hyper-connexion du combattant le lie à la base arrière. Il partage virtuellement le quotidien de ses proches, dans un contraste souvent majeur avec ce qu'il vit sur le théâtre d'opérations. L'évolution des technologies participe d'une certaine façon à l'hygiène mentale du groupe, en autorisant le maintien d'un lien entre le soldat et sa famille. Mais cet incontestable progrès est à contrebalancer par les difficultés nouvelles qu'il pose, exposant le sujet à l'immédiateté des problèmes du quotidien des siens, sans pouvoir y répondre de par son absence.

Enfin, le milieu militaire n'échappe pas aux évolutions sociologiques de son temps. Le recentrage de notre société sur des valeurs individualistes, prônant épanouissement personnel et culture du bien-être, met en tension les modalités d'organisation de la collectivité militaire, fondées moins sur les ressources de l'individu que sur celles de son groupe. Les valeurs de solidarité et d'entre-aide concourant à la dynamique de groupe et à sa cohésion s'avèrent à construire, à l'image d'un idéal collectif commun qui ne fait plus évidence, en exigeant une attention supplémentaire du commandement.

Évolution des visages de la clinique psychiatrique en opération

Sans qu'il n'existe en soi de spécificités sémiologiques propres au contexte et coordonnées d'un conflit armé, se dégagent des tableaux cliniques, des figures prévalentes à chaque guerre.

Ainsi, les descriptions cliniques de la Grande Guerre mettaient en avant la fréquence des manifestations conversives, telles que l'illustrent ces spectaculaires tableaux de contractures réalisant au niveau du tronc de véritables plicatures axiales, les camptocormies (5) avec ces hommes pliés en deux, le dos courbé, les jambes fléchies et la tête en hyperextension pour regarder le sol. Évacués en masse vers l'arrière, ils posaient un

problème concret au commandement en entamant la capacité opérationnelle de la troupe. Jugés défaillants voire simulateurs, la reconnaissance de leur souffrance, médiatisée par sa présentation corporelle, n'a été que très partielle. Ce sont les manifestations psychosomatiques qui dominent pendant le second conflit mondial, avec le développement d'une terminologie spécifique, celle notamment de la notion de fatigue et d'épuisement au combat pour désigner une expression symptomatique pour laquelle les classifications nosographiques de l'époque étaient peu satisfaisantes. Durant la guerre d'Indochine, manifestations caractérielles et conduites addictives sont prégnantes, alors que l'importance des troubles psychiques différés se dévoile dans les suites de la guerre du Vietnam, notamment au travers de ses complications en termes de conduites suicidaires ou encore de leur retentissement social, en présidant à l'apparition dans les classifications internationales de la notion d'état de stress post-traumatique dans les années 80.

Mais la clinique opérationnelle ne se limite pas à celle du traumatisme psychique dans les suites de la rencontre avec l'horreur et la mort. Nombreuses sont les manifestations non spécifiques observées en Opex, du stress à une fatigue dite opérationnelle. Elles se déclinent alors de façon hétérogène et polymorphe, dans des plaintes diffuses parfois corporelles. La position d'impuissance, l'absence de sens de la mission, un vécu parfois de frustration, viennent teinter les tableaux cliniques contemporains que nous pouvons rencontrer. Les troubles des conduites sont également une préoccupation constante du psychiatre en opération : mise en danger du groupe, expression d'un décrochage du sens éthique, recours excessif aux toxiques. La clinique opérationnelle revêt une multiplicité de visages, en trouvant une dimension transnosographique : troubles de l'adaptation, réactions anxieuses et dépressives lors de la perte d'un proche ou d'une problématique de séparation, ou encore déclenchement d'une affection psychotique. Un quart des évacuations médicales stratégiques pour raison psychiatrique sont justifiées par un trouble psychique post-traumatique, la majorité d'entre elles se légitimant d'un trouble de l'adaptation ou d'un état anxio-dépressif (Annette et coll., 2019).

Évolutions de la pratique clinique en opération

Les principes de Salmon

Un enseignement de la Grande guerre procède de la description des principes de prise en charge des blessés psychiques sur le terrain par Salmon, psychiatre américain inspiré par des observations cliniques de psychiatres français. Là où les blessés français étaient évacués vers l'arrière par ambulance pour une prise en charge hors de la zone de combat, Salmon propose une vision tout autre d'un soin gagnant à être réalisé au front, dont les paradigmes gouvernent encore notre pratique clinique, en Opex comme en métropole lors des situations de crise (6, 7).

Ces principes sont les suivants :

– **la Proximité :** c'est un principe en conformité avec le positionnement du médecin, celui tenant à une présence à l'avant, sur le terrain opérationnel. Il s'agit d'intervenir dans une zone sécure mais suffisamment proche du lieu du combat ou des évènements. L'enjeu est ici de préserver le lien du sujet avec son groupe ainsi qu'avec les autres unités combattantes afin de ne pas en perdre l'étayage et le soutien.

– **l'Immédiateté :** intervenir précocement, agir vite, pour offrir un cadre contenant à des sujets dont la perception de la réalité a été bouleversée, volontiers pris dans l'intensité de leurs émotions et l'horreur de leur vécu. L'enjeu est tant de repérer au plus tôt les troubles psychopathologiques, que d'en assurer une prise en charge précoce.

– **la Simplicité :** elle est imposée par la précarité inhérente à la situation de guerre, dont les contraintes dimensionnent les modalités de dispensation de soins sur le terrain. Simplicité qui est celle des moyens à disposition des médecins dans ce contexte dégradé, tout en recouvrant des mesures d'urgence : désarmer le sujet si nécessaire, en fonction de la situation tactique, et le mettre en sécurité en l'accueillant dans une ambiance calme. Sur un plan relationnel, le soin se déduit d'une même dynamique d'urgence, celle que l'on pourrait qualifier de « secourisme psychologique ». L'urgence est à réintroduire un lien humain, c'est-à-dire un lien de parole au travers d'échanges sommaires mais précieux, d'attentions particularisées à des sujets le plus souvent hébétés.

– **l'Expectative** : Il s'agit ici de « se donner du temps », la majorité des troubles psychiques aigus de guerre ayant une évolution favorable dans les 48-72 premières heures. Ce principe fait référence à un temps d'observation attentive de ces sujets, pour les voir et les revoir afin d'apprécier leur évolution clinique. Ce temps, qui est pleinement un temps de soin et non d'attente passive, peut permettre d'offrir les conditions d'apaisement symptomatique au militaire, dans un entre-deux autorisant à la fois une prise de distance avec son groupe mais aussi la possibilité de renouer des liens avec celui-ci. Ceux pour lesquels les troubles persisteraient ou trouveraient d'emblée des critères de sévérité, seront évacués vers l'arrière afin qu'ils puissent bénéficier de soins spécialisés via des mesures de rapatriement sanitaire.

Prolongement moderne des principes de Salmon

Déclinons quelques points évolutifs saillants et prolongements modernes de ces grands principes, complétant un héritage qui participe de notre doctrine de la psychiatrie de l'avant :

– la continuité des soins : ce principe est au cœur de l'articulation de la chaîne santé qui se déploie sur le terrain dès lors que l'urgence d'un besoin de santé s'exprime, depuis le relevage d'un blessé sur la zone de combat,

jusqu'à son évacuation vers les structures sanitaires de campagne (dites *Role 1* et *Role 2* voire *Role 3*), et à son éventuelle évacuation médicale stratégique en métropole au sein des hôpitaux d'instruction des armées (HIA ou *Role 4*). La cohérence de cette organisation des soins sur le plan psychique tient moins au systématisme d'une procédure qu'à la coopération à l'œuvre entre les différents acteurs et maillons constitutifs de cette chaîne santé. C'est ici l'articulation de l'action respective du médecin des forces, au plus près des combattants, et du psychiatre du théâtre, qui fait principe de continuité, en donnant un sens à la distinction quelque peu artificielle des différents temps de prise en charge en psychotraumatologie (soins immédiats, débriefings médico-psychologiques et temporalité post-immédiate, soins ultérieurs). Cette articulation du soin autour du patient militaire se poursuit au retour de la mission, dans un travail collaboratif entre le médecin du Centre médical des armées (CMA) et le psychiatre en HIA, alors qu'un nouvel acteur du soin psychique en médecine des forces, le psychologue clinicien, vient en enrichir les ressources.

La traçabilité de l'action de soin : c'est un principe qui accompagne l'action de soin en tant que telle, qui sans s'y substituer, en est le corollaire attendu en métropole comme en opération extérieure. Le dossier médical du militaire l'accompagne tout au long de sa carrière en étant le nécessaire support, autrefois manuscrit, aujourd'hui informatisé, recensant les traces de l'activité médicale dont il a bénéficié. Traçabilité qui, au-delà de son caractère médico-légal et de sa conformité aux bonnes pratiques médicales, trouve en milieu militaire une importance supplémentaire. Par sa valeur d'attestation écrite d'un constat médical, elle aide à l'initiation des mesures de réparation des troubles psychotraumatiques, en facilitant l'identification d'une clinique spécifique en lien avec un ou plusieurs évènements potentiellement traumatiques, ou encore des actions de soin qui auraient pu être réalisées (débriefing individuel ou collectif).

La prescription de psychotropes en OPEX (6) : la psychopharmacologie moderne s'est enrichie au cours du XX^{e} siècle en révolutionnant la prise en charge de la maladie mentale. La prescription de psychotropes en milieu militaire, et tout particulièrement en OPEX, est toutefois précautionneuse, en étant régie par des principes de simplicité et d'économie : les molécules à l'action et l'élimination rapides, plutôt à demi-vie courte, sont privilégiées pour éviter la rémanence des effets, en répondant en général à une visée anxiolytique ou hypnotique ; le nombre de molécules prescrites sera limité afin de réduire le risque de potentialisation d'effets indésirables tout en recherchant la posologie minimale efficace. Les traitements psychotropes sont préférentiellement remis en main propre au patient, plutôt que prescrits sur une ordonnance, en lui donnant la quantité suffisante jusqu'à la prochaine consultation (en général 24 à 48h afin de rapidement réévaluer les effets cliniques et la tolérance du traitement). Cette prescription doit nécessairement prendre en compte les contraintes opérationnelles et leurs exigences, avec le risque d'effets secondaires des psychotropes sur la vigilance et les réflexes, amenant à privilégier en matière de soins psychiques en opération extérieure une approche relationnelle avec le patient. Ainsi, la prescription médicale d'un traitement hypnotique, visant à soulager des troubles du sommeil liés à sa privation ou à la perturbation des rythmes veille-sommeil consécutive aux circonstances opérationnelles, doit être limitée au strict nécessaire. Sa pertinence sera réévaluée régulièrement, en étant associée à des inaptitudes temporaires. L'instauration d'un traitement antidépresseur reste quant à elle de l'ordre de l'exception, tant par son délai d'action (trois à quatre semaines) que par les risques inhérents au traitement lui-même ou à l'affection sous-jacente, notamment en matière de risque suicidaire en lien avec une pathologie dépressive. Une évacuation médicale stratégique sera alors indiquée pour la poursuite des soins spécialisés.

Une prise en considération du fait psychique par le commandement (8) : Le commandement est désormais partie prenante d'une attention toute particulière portée au fait psychique. Si son action se situe en dehors des mesures de soin en tant que telles, elle les accompagne en pouvant trouver une portée bienvenue par la dimension de reconnaissance dont elle rend compte auprès du sujet. Le commandement a développé en ce sens de nombreuses actions : le principe d'une pause opérationnelle après une mission éprouvante sur le terrain, laquelle offre un temps de repos et de reconditionnement avant le ré-engagement dans de nouvelles opérations ; le dispositif de fin de mission, encore dénommé « sas de décompression » qui autorise une transition plus douce entre le théâtre opérationnel et le quotidien de la métropole, en visant au travers d'un temps et d'un espace intermédiaire à faciliter les conditions du retour du militaire au sein de sa famille. Le commandement s'est également entouré de conseillers techniques, psychologues issus des armes ayant au sein de l'institution militaire un rôle de conseil au profit du commandement dans la prise en compte du fait psychique, tout particulièrement dans ses aspects collectifs. La Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de terre (CISPAT) accomplit cette tâche, pouvant intervenir à l'étranger après un incident afin d'évaluer les ressources mises en œuvre par le groupe pour faire face à un évènement à la portée potentiellement traumatique. Au sein des régiments, les Bureaux environnement humain (BEH) recrutent et coordonnent la formation des Conseillers facteur humain (CFH) ainsi que des référents sections ; n'étant pas professionnels de santé, ils œuvrent toutefois au service du soin, par la structuration d'un maillage au sein des unités sur le terrain, lequel pourra alerter et aider au repérage de signes d'une souffrance psychique au sens large. Cette attention portée au militaire se prolonge vis-à-vis de son entourage et en particulier de sa famille ; ces derniers bénéficient d'un soutien du BEH, notamment pendant son absence, que ce soit pendant la préparation opérationnelle ou pendant la mission elle-même. Le récent Plan famille initié par le ministère des armées vient renforcer cette action de soutien et d'accompagnement du militaire et de ses proches (9).

Principes éthiques de la psychiatrie militaire en opération

La pratique clinique en opération extérieure répond aux mêmes exigences que celles qui gouvernent la fréquentation au quotidien des patients au sein de nos établissements de santé de la métropole. Elle est orientée par la recherche du cadre le plus propice à la rencontre du sujet, dans la particularité de son discours ; elle s'appuie sur le principe d'une vocation généraliste de notre exercice du soin, lequel ne distingue pas les patients par l'aspect manifeste de leur symptôme psychiatrique, pour se fonder sur une clinique coïncidant avec une éthique du sujet. Celle-ci se mesure à sa capacité à accueillir l'intime, le particulier venant rendre compte d'une subjectivité, ce qui assure le patient d'être entendu là où ailleurs, dans le groupe ou l'institution militaire, la rupture a parfois été consommée. Il s'agit dès lors de tenter de saisir ce qui se joue intimement pour ce patient-là, souvent à son insu, derrière la symptomatologie clinique immédiatement repérable et qui détermine les modalités d'expression de sa souffrance. En outre, il s'agit d'appréhender la question sous-jacente à ce qui se donne à voir d'évidence, en deçà du manifeste et de l'objectivable. Ce positionnement clinique, procédant d'une pratique professionnelle incarnée, implique personnellement le soignant, l'engage subjectivement tant dans la rencontre avec un patient donné que par les diverses coordonnées de son action de soin.

Des auteurs contemporains ont enrichi la réflexion sur une éthique appliquée à l'exercice de la psychiatrie opérationnelle. Guy Briole a argumenté un principe de neutralité active au sujet de la position clinique du psychiatre. Celui-ci n'attend pas la demande, il n'agit pas non plus selon l'arbitraire d'un systématisme désincarné, mais il est là, présent avec le sujet et le groupe, et il va au-devant d'eux, avec l'humilité mais aussi la disponibilité du clinicien soucieux de la santé de chacun comme de celle du groupe. G. Briole reprend ainsi la notion psychanalytique d'extimité pour camper la place particulière du psychiatre militaire : « Le psychiatre si étranger, voire étrange, à beaucoup se retrouve maintenant là, à l'intérieur de la mission, en son cœur. Il est médecin et c'est à lui que l'on peut confier son intimité. Il est militaire et on partage avec lui quelque chose d'intime. Pourtant il est psychiatre donc aussi toujours quelque peu « autre ». C'est une manière de poser, de penser l'extimité. La fonction du psychiatre comme extime, fait valoir la différence dans ce milieu qui tend vers l'uniformité, qui surgit à partir du *tous pareils*. Il faut bien au moins un à n'être pas pareil, pour qu'on le distingue, pour qu'on s'adresse à lui autrement et aussi pour que cela ait des effets » (10).

Bernard Lafond a, quant à lui, insisté sur l'importance du principe d'indépendance technique du psychiatre dans sa pratique clinique, autour de la formulation du principe éthique de non-obligation de retour au front (10). La question est ici de rappeler les rôles et responsabilités de chacun des acteurs, le souci du commandement quant à la préservation de la capacité opérationnelle de la force pour remplir la mission qui lui est confiée pouvant être mis en tension par le retentissement et l'indisponibilité consécutive à une souffrance psychique. C'est le soin qui gouverne l'action du soignant, laquelle prendra acte des restrictions qui s'imposent en matière d'aptitude et de maintien de la capacité combattante. Cette affirmation mérite d'être soulignée, malgré son caractère d'évidence, pour ne pas dire de pléonasme. Car cette posture éthique pourra être interrogée par le commandement, dès lors que les effectifs s'avèrent restreints, ou que la fonction du sujet en souffrance se révèle sensible ou encore difficilement substituable. Si une fermeté de la part du soignant est de mise afin d'affirmer la logique médicale soutenant son action, celle d'une priorité aux soins, cette dernière n'éludera pas l'argumentation de cette décision auprès du commandement, auquel il conviendra d'en rendre compte afin d'éviter tout antagonisme contre-productif. Tout en respectant le secret médical qui recouvre tout acte de soin, il s'agira de donner au commandement les éléments nécessaires à sa compréhension de la décision médicale en jeu, comme celle d'un rapatriement sanitaire par exemple, et seulement ce qui est nécessaire à cette compréhension tout en préservant les intérêts du sujet.

L'organisation des soins en OPEX est fortement dimensionnée par le climat opérationnel, lequel est en soi pourvoyeur de risques, ce qui fonde tout particulièrement dans ce contexte l'intrication des soins et d'une démarche expertale. Risques d'abord par le caractère évolutif et changeant des circonstances opérationnelles, en engageant à chaque fois une dimension d'imprévu, d'incalculable pour le sujet, en venant révéler ce qui pouvait lui être jusqu'alors inconnu de lui tout en soutenant son engagement. Mais aussi parce que ces circonstances engagent en général une dimension de danger, celle d'un risque, celui d'être blessé voire de mourir. Le déclenchement ou l'exacerbation d'une souffrance psychique qui serait passée inaperçue vient renforcer en opération extérieure cette problématique de risque, que ce soit par la dangerosité accrue d'un passage à l'acte par la disponibilité permanente de l'armement, ou par le retentissement sur la dynamique du groupe auquel il appartient, sa sécurité, ou encore sur sa capacité à poursuivre sa mission. C'est ainsi que la démarche clinique visera ici bien sûr à repérer les signes de souffrance psychique, leur contexte nosographique, l'intensité voire la gravité des troubles, mais devra en sus apprécier tout particulièrement leur dangerosité, pour le sujet comme pour le groupe, en évaluant conjointement leur retentissement sur la mission ; cette évaluation déterminera les lignes directrices de la prise en charge sur le terrain, notamment en l'articulant avec une éventuelle orientation vers un rapatriement sanitaire. L'enjeu est en effet d'apprécier, après avoir prodigué les premiers soins, les conséquences du trouble psychique sur l'aptitude du sujet. S'interroger sur sa capacité à assurer sa mission, évaluer la qualité de l'intégration à son groupe, analyser la motivation à poursuivre seront autant d'éléments déterminants du pronostic, en venant enrichir la réflexion du soignant, laquelle ne peut ici se réduire à la seule prise en compte du périmètre médical de l'affection psychiatrique sous-jacente.

Conclusion

La place du psychiatre militaire en opération répond à une nécessité qui est à la mesure de la réalité du fait psychique en circonstances opérationnelles, telle que l'illustre l'importance épidémiologique des troubles psychotraumatiques au retour de mission tout comme la forte demande de soins qu'ils occasionnent.

Néanmoins, la place désormais attendue du psychiatre en opération n'est pas sans susciter, dans un mouvement ambivalent, un effet de dérangement au sein d'un dispositif et d'une organisation dont l'ordonnancement et la structuration ne supportent que trop peu ce qui leur ferait exception ou y dérogerait. Sans être pour autant facteur de désordre en soi, l'action du psychiatre trouve une portée subversive, par l'interrogation des pratiques qu'elle pourrait porter, dès lors qu'elles s'écarteraient d'une éthique du soin qui ne serait plus celle d'une éthique du sujet.

Les principes guidant la pratique psychiatrique en opération trouvent aujourd'hui un prolongement inattendu dans la déclinaison du soin psychique en métropole. S'y développent en effet des consultations psychiatriques dites délocalisées, hors les murs des HIA, au sein des CMA, pour offrir la possibilité d'un soin au plus près des militaires et de leur quotidien, ce qui n'est pas sans faire écho aux préconisations, cent ans plus tôt, de la prise en charge des blessés psychiques au front.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Crocq L. Histoire de la psychiatrie de l'avant dans les conflits armés. Stress et trauma. 2005;5(1):43-54.
2. Carl S. La Notion de politique : Théorie du partisan. Paris : Flammarion ; 2006.
3. de Villiers P. Servir. Paris : Fayard ; 2017.
4. Genevoix M. Ceux de 14. Paris : Flammarion ; 1992.
5. Fras Y. Grande guerre et psychiatrie : genèse de la conception complète de l'état de stress aigu. Histoire des sciences médicales. 2002 ; XXXVI (2):185-92.
6. Colas M-D, Lahutte B, Vautier V. Troubles psychiques post-traumatiques : précocité et continuité des soins. In : Le blessé de guerre, sous la coordination de Mérat S. Paris : John Libbey ; 2014:573-84.
7. Saguin E, Paul F, N'Guyen XT, Moroge S, Lahutte B, Martinez L, Colas M-D, Boisseaux H. Les soins médico-psychologiques dans les suites immédiates et post-immédiates d'un attentat terroriste. In : Le blessé par attentat terroriste, sous la coordination de Pasquier P, Mérat S, Colas M-D. Paris : Arnette ; 2017:259-74.
8. Ministère de la Défense. Page officielle de la CISPAT. https://www.defense.gouv.fr/terre/actu-terre/archives/cellule-d-intervention-et-de-soutien-psychologique-de-l-armee-de-terre-cispat. Consultée le 15 juillet 2018.
9. Plan d'accompagnement des familles et d'amélioration des conditions de vie des militaires 2018-2022. Ministère des armées. 31 octobre 2017.
10. Briole G, Lebigot F, Lafont B. Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Paris :Addim ; 1998.