L'évolution des missions des psychologues cliniciens au profit des forces armées françaises – Approche historique –

B. Favodon[a], L.-M. Martinez[b], Y. Auxéméry[a], Y. Andruétan[c], M.-D. Colas[a,d,c]

a Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique, DEA/CPEMPN, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
b Direction centrale du Service de santé des armées, CS 21623 – 75509 Paris Cedex 15.
c Service de psychologie de la marine, direction de personnel militaire de la Marine.
d Service de psychiatrie, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
e École du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05.

Résumé

Les psychologues cliniciens des forces armées françaises ont tout d'abord participé à la sélection du personnel militaire, plus particulièrement dans certaines spécialités, grâce à l'entretien clinique et à des outils psychotechniques. Ils ont ensuite été impliqués dans la mission de soin des services de psychiatrie des hôpitaux d'instruction des armées et des services de psychologie appliquée. Plus récemment, ces psychologues sont devenus des acteurs du soutien opérationnel intervenant sur les théâtres d'opérations et lors d'évènements graves. Cet article propose d'historiciser la pratique de la psychologie clinique appliquée au milieu militaire en mettant en perspective ses enjeux contemporains. Cette pratique, centrée sur l'individu et sur le groupe en situation, s'exerce aujourd'hui du temps de la préparation à celui du déploiement opérationnel.

Mots-clés : Forces armées françaises. Histoire. Psychologie clinique. Hôpitaux militaires. Soutien opérationnel.

Abstract

THE EVOLUTION OF THE CLINICAL PSYCHOLOGISTS' TASKS AMONG THE FRENCH ARMED FORCES: A HISTORICAL APPROACH.

The military clinical psychologists of the French Armed Forces have first participated in the selection process of the military personnel, especially the selection of specialists, with their psychometric tools and clinical interviews. They have later worked in the military hospitals and psychological services. More recently, they have been involved in the operational support, and have intervened during crises both in France and in war zones. This article historicizes the military clinical psychology practice by putting into perspective contemporary issues. This practice, focused on both the individual and the group in situ, is applied today from the preparation time to the operational deployment.

Keywords: Clinical psychology. French armed forces. History. Military hospitals. Operational support.

Introduction

La psychologie clinique a été définie par Daniel Lagache comme « l'étude de la personne totale en situation, fondée sur l'observation et l'analyse approfondie de cas individuels, aussi bien normaux que pathologiques, et pouvant s'étendre à celle des groupes » (1). Le premier service de « psychologie clinique » a vu le jour dans l'armée de l'Air, il y a plus de cinquante ans. Aujourd'hui, les psychologues cliniciens militaires du Service de santé des armées (SSA) et des forces armées concourent au maintien de la capacité opérationnelle par des actions de conseil, de soutien psychologique et de soins médico-psychologiques.

Cet article propose une lecture historique du développement des missions des psychologues cliniciens militaires selon une approche à la fois chronologique et fonctionnelle afin de mettre en perspective l'évolution de la psychologie clinique dans le champ particulier de la médecine d'armée.

Quatre grands moments se dégagent :

– pendant la Première Guerre mondiale, les premiers psychologues exerçant dans les armées sont des psychotechniciens qui participent à la sélection des militaires de carrière et du contingent ;

– À partir de 1965, se développe une pratique clinique hospitalière. Les psychologues cliniciens sont rattachés aux services de psychiatrie des Hôpitaux d'instruction des armées (HIA) et contribuent au soin des militaires, de leur famille, et de patients civils ;

B. FAVODON, psychologue hors classe clinicien. L.-M. MARTINEZ, médecin en chef. Y. AUXÉMÉRY, médecin principal. Y. ANDRUÉTAN, médecin en chef. M.-D. Colas, médecin en chef (TA), professeur agrégé du Val-de-Grâce, consultante nationale pour la psychiatrie et l'hygiène mentale appliquées aux armées
Correspondance : Monsieur le psychologue hors classe clinicien B. Favodon, Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique, DEA/CPEMPN, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
E-mail : benoit.favodon@intradef.gouv.fr

– les années 90 voient progressivement apparaître des cellules de soutien et d'intervention médico-psychologique (2) du SSA qui vont s'articuler aux dispositifs de soutien psychologique des forces armées.

Les enseignements de cet héritage historique ont conduit à la mise en œuvre d'une coordination opérationnelle permettant de répondre aux différentes missions confiées aux psychologues cliniciens militaires.

La sélection psychologique : mission historique des psychologues des armées

Les impératifs de sélection durant la Première et la Seconde Guerres mondiales

La mission initiale de la psychologie dans les armées est guidée par la nécessité de sélectionner le personnel durant la Grande Guerre. Dès 1913, une instruction prévoit d'écarter les militaires atteints de troubles mentaux. En 1920, fort de l'expérience de la sélection à large échelle, la « psychotechnique » prend un envol progressif dans tous les domaines (3).

Au même moment, la psychanalyse arrive en France, comme en témoigne la création en 1926 de la société psychanalytique de Paris dont l'un des membres fondateurs est le professeur Hesnard. Ce dernier, psychiatre du service de santé de la Marine, est le chef du service de neuropsychiatrie de l'hôpital Sainte-Anne de Toulon. Il devient, dès 1932, le directeur du premier centre d'études psychotechniques dans les armées (4).

Les psychiatres militaires hospitaliers s'intéressent alors à la psychanalyse comme pratique clinique et à la psychotechnique pour répondre à la nécessité de sélection. Les outils psychotechniques sont validés par l'institut de psychologie d'Henri Piéron qui a créé dès 1920 un diplôme d'études psychologiques. L'état-major de l'armée de l'air lui demande en septembre 1939 de mettre au point des épreuves psycho-physiologiques de sélection du personnel navigant (3, 5).

Dès 1943, en pleine Seconde Guerre mondiale, sur les directives du Professeur Malméjac, une batterie de tests conçus par les Américains est appliquée au personnel navigant français à Alger. En 1944, le premier centre de sélection psychotechnique et psychophysiologique du personnel navigant s'installe dans l'université de la capitale algérienne où 2 129 candidats sont soumis à ces batteries de tests, chiffre qui permet d'apprécier l'enjeu de la sélection du personnel nécessitant un profil spécifique (6). Il s'agit là de déterminer les meilleures chances de réussite dans les écoles de pilotage.

La sélection psychologique propre aux armées

Le 1er février 1945, à la Libération, un second centre de sélection psychophysiologique de l'armée de l'air s'établit à Versailles. Dans le même mouvement, la marine nationale se dote d'un service « sélection orientation » en 1946. Les premiers essais de sélection médicale et psychotechnique des conscrits ont lieu dans les centres d'appel et les corps de troupe (3). Cependant, la loi du 30 novembre 1950 instaurant la présélection du contingent n'entre véritablement en application que quatre ans plus tard avec la création des centres de sélection.

La Marine nationale se dote, dès 1952, de services locaux de psychologie appliquée (SLPA) couvrant chaque région maritime et outre-mer (4). Ils sont complémentaires des services de sélection orientation du personnel et ont pour mission l'évaluation psychologique de l'adaptation des marins tout au long de leur carrière.

En 1953 l'armée de l'Air crée le centre d'études et d'instructions psychologiques qui permet en 1966 de donner naissance à l'entité consacrée aujourd'hui à la sélection et à la recherche : le Centre d'études et de recherches psychologiques Air (CERP'Air).

Dans ces deux armées, les premiers médecins psychologues dirigent la mission de sélection psychologique individuelle qui prend une forme essentiellement clinique et s'appuie sur des tests psychomoteurs, psychotechniques et projectifs. L'objectif est de déterminer un pronostic d'adaptation aux contraintes spécifiques de l'environnement professionnel. La présence de psychologues non-médecins est rendue possible par la création d'une licence de psychologie à la Sorbonne (Daniel Lagache, 1948), puis du certificat de maîtrise de psychologie clinique de la Sorbonne (Juliette Favez-Boutonnier, 1968). Ils sont employés dans les armées à partir des années 60 comme psychotechniciens.

De son côté, l'armée de terre dispose dès les années 50 et jusqu'en 1978 d'un laboratoire de psychologie appliquée dirigé par des officiers des armes. Après plusieurs remaniements et à partir de 1990, les premiers psychologues cliniciens œuvrent aux côtés des psychosociologues dans les centres de sélection et d'orientation.

La gendarmerie nationale s'intéresse aussi à la psychologie appliquée dans les années 50. Un inventaire de personnalité spécifique sera mis en place en 1984 afin de dépister les tendances psychopathiques des candidats à l'engagement. Cette branche psychotechnique visant initialement le recrutement est à présent étendue à tous les champs de la psychologie du travail (formation, orientation, audit social et changement organisationnel).

Depuis 2010, la sélection et le recrutement des forces armées sont réalisés par les « Groupements recrutement sélection » (GRS). La psychologie clinique y trouve une place de plus en plus grande en complément de la psychotechnique.

De la sélection au soin psychique

Une demande spécifique des états-majors

Une fois la mission de sélection psychologique opérationnelle, les psychologues sont peu à peu appelés à occuper une place de clinicien tout en développant leurs compétences au service de la santé et de l'adaptation professionnelle du militaire.

À partir du service de neuropsychiatrie du centre principal d'expertise du personnel navigant, le premier service de psychologie clinique fut officiellement créé en 1963 par André Missenard. Ce dernier, neuropsychiatre et psychanalyste, a imprimé une orientation psychodynamique au sein du centre médical de psychologie clinique de l'armée de l'Air qui deviendra l'actuel Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique (SMPCAA) de l'hôpital d'instruction des armées Percy (7). La première psychologue clinicienne militaire, recrutée en 1961, participe initialement à l'expertise et, très rapidement, au soin du personnel navigant.

Dans le même mouvement, la mission des SLPA de la Marine nationale va progressivement s'étendre aux soins psychologiques destinés aux marins et à leurs proches.

La mission du SSA : préserver la santé des militaires

Le SSA a engagé ses premières psychologues cliniciennes en 1965 et en 1967. Elles sont affectées dans le service de neuropsychiatrie de l'hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce, puis à l'Hôpital Percy à partir de 1968 (8).

Lors de la scission de la neuropsychiatrie cette même année, les psychologues, deux par établissement, rejoignent les services de psychiatrie. Ces spécialistes militaires sont recrutés dans le corps des officiers féminins pour être intégrés, lors de son extinction en 1979, au corps technique et administratif du SSA. Ils servent alors sous le statut d'officier sous contrat, d'officier commissionné, et pour un petit nombre d'officiers de carrière.

Selon les orientations des services de psychiatrie, les psychologues se spécialisent. La psychanalyse trouve rapidement une place notable dans le SSA. L'apport des thérapies systémiques familiales, de l'hypnose ou encore de la relaxation a permis d'élargir l'éventail thérapeutique des équipes soignantes des hôpitaux militaires. Les cliniciens ont aussi recours à des techniques de soins issues des thérapies cognitives et comportementales et plus récemment à l'*Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR).

En mesure de réaliser des évaluations de la personnalité à l'aide de tests psychotechniques, projectifs, ou d'échelles, les psychologues participent pleinement à la démarche soignante en apportant leur expertise et leur savoir-faire au profit des services cliniques des hôpitaux militaires. Ils conduisent des psychothérapies, donnent un éclairage sur les questions de psychopathologie et de diagnostic, et concourent à la détermination de l'aptitude du combattant.

Aujourd'hui, ces spécialistes de la psychologie opérationnelle interviennent, en fonction de leurs formations, compétences et expertises propres, dans des champs d'action particuliers tels que le parcours de soins et de réhabilitation des blessés en opération et l'accompagnement des familles, la psychologie appliquée aux environnements spécifiques comme l'aéronautique, le soutien des forces spéciales, etc.

Récemment, les psychologues du SSA ont été déployés dans les Centres médicaux des armées (CMA) afin de participer au soin et au soutien médico-psychologiques des militaires au plus près de leur unité d'appartenance.

La création des cellules d'intervention et de soutien psychologique

Une cellule pour chaque armée

Dès 1991, durant la Première Guerre du Golfe, des psychiatres du SSA sont projetés au plus près des combattants pour assurer une veille médico-psychologique (9). En 1994, dans un cadre humanitaire (génocide au Rwanda), ils interviennent auprès du personnel confronté à des situations potentiellement traumatisantes. À l'instar des « CUMP » civiles créées dans l'après-coup de l'attentat du RER Saint-Michel en 1995 (2), une première « cellule médico-psychologique » composée d'un psychiatre et d'un infirmier est déployée dans les Balkans (10).

Les forces armées vont rapidement se doter de cellules de soutien et d'intervention psychologiques.

La Gendarmerie nationale crée en 1998 la section « psychologie soutien intervention » regroupant des psychologues cliniciens (11, 12).

La Cellule d'intervention et de soutien de l'armée de terre (CISPAT) voit le jour en 2004 (13). Composée d'officiers des armes formés à la psychologie, elle assure le soutien psychosocial du personnel de l'armée de Terre (14). Ses missions couvrent le soutien opérationnel des forces sur les théâtres, la mise en place d'un sas de fin de mission et les interventions après évènement grave sur le territoire national et à l'étranger.

En 2007, l'armée de l'Air crée une cellule de soutien médico-psychologique en coordination avec le SSA (15). Placée sous la responsabilité d'un médecin psychiatre du SSA – le chef du SMPCAA -, elle a pour mission principale l'intervention médico-psychologique en cas d'évènement grave, prioritairement l'accident aérien. Cette mission est élargie dès 2008 au soutien psychologique opérationnel. Les psychologues de cette cellule réalisent des actions de soin et de prévention au profit des combattants de l'air et de leur famille.

Les psychologues des SLPA de la marine nationale sont également à même d'armer une cellule d'intervention en cas d'évènement grave en métropole et outre-mer. Ils dépendent hiérarchiquement et techniquement d'un psychiatre du SSA, chef du service de psychologie de la Marine, affecté à la Direction de personnel militaire de la Marine (DPMM).

Aujourd'hui, chaque force armée dispose de psychologues cliniciens en mesure d'intervenir sur le terrain à la demande du commandement en coordination avec le SSA.

Spécificités du soutien psychosocial

Il est courant de distinguer deux champs connexes et complémentaires du soutien psychologique du combattant. L'action des psychologues cliniciens

insérés dans un dispositif santé relève du soin médico-psychologique. Le soutien psychosocial est mis en œuvre par les psychologues propres aux armées, d'orientations diverses : clinique, sociologique ou organisationnelle (16).

Le soutien psycho-social, hors champ du soin, mais synergique par ses actions, s'adresse à l'environnement et au « bien-être au travail ». Le bureau condition du personnel – environnement humain de l'armée de Terre a entre autres pour mission de veiller à la condition du personnel et de piloter la fonction soutien psychologique. Il active la CISPAT si besoin.

L'observatoire social de l'armée de l'Air évalue le moral du personnel et propose des audits de l'environnement de travail. Le dispositif de soutien et d'intervention central de la Gendarmerie nationale est complété à partir de 2010 par l'implantation de conseillers techniques régionaux qui participent également au soin psychique des gendarmes.

Les acteurs du soutien psychologique proposent une analyse du fonctionnement du groupe avec ses spécificités et ses contraintes, ainsi que des audits de l'environnement de travail centrés sur les risques psycho-sociaux. Ils peuvent intervenir en opérations extérieures afin d'évaluer l'impact d'un évènement ou des contraintes opérationnelles sur la dynamique du groupe, ses ressources (cohésion, motivation, leadership), et délivrer des conseils au commandement.

Ces différents acteurs du soutien travaillent en collaboration avec les cellules d'aide aux blessés propres aux armées et services. Ils interviennent au profit des familles du personnel militaire et du personnel civil de la défense, et participent à des sensibilisations sur le retour d'OPEX. Ils sont en lien avec les conseillers en facteur humain de l'armée de Terre, les officiers sécurité des vols de l'armée de l'Air, les conseillers concertation de la Gendarmerie nationale ainsi que les assistants du service social travaillant au profit du personnel des forces armées.

Le soutien médico-psychologique en milieu militaire : regard sur une pratique

Particularités du soin psychique en milieu militaire

À partir des travaux de Gustave Lebon, Sigmund Freud a décrit avec une particulière sagacité la place du chef et la qualité des relations qui réunissent les soldats entre eux dans une perspective œdipienne. À la suite de W.R. Bion, pionnier de la psychanalyse des groupes (17), Didier Anzieu a pu démontrer la nécessaire instauration d'un « narcissisme groupal » à travers le mécanisme « d'illusion groupale » (18). Ce mécanisme a pour fonction de préserver le soldat menacé, du fait de son appartenance à un groupe constitué.

Durant une carrière militaire, la formation initiale est un moment essentiel de modelage de l'identité de l'apprenti soldat. C'est à « marche forcée » qu'elle peut mobiliser et remettre en question la construction narcissisme du militaire. Cette formation propose d'abord de nouvelles figures identificatoires (le camarade, le chef, la hiérarchie et l'institution), ainsi qu'un « moi-idéal groupal » qui est très rapidement partagé par l'ensemble des membres, avec la promesse implicite que la protection voire le réconfort qui l'accompagne seront maintenus tout au long de la carrière. La survenue d'un événement traumatisant bouleverse l'équilibre psychique de l'individu tout en l'excluant de « la communauté des vivants », pour reprendre la formule du professeur Lebigot (19), et de son groupe d'appartenance en tant que soldat. Nous observons parfois que l'évènement remet en question la légitimité du militaire dans l'institution en interrogeant sa place au sein de cette fraternité d'armes.

Notre pratique clinique nous a appris combien il est essentiel pour comprendre, analyser et traiter les conséquences d'un événement traumatisant et son évolution, de porter une attention soutenue aux liens conscients et inconscients qui se tissent entre le militaire blessé et son environnement (l'institution, l'unité, la compagnie et le groupe de combat).

Par ailleurs, le métier des armes, la particularité du contexte opérationnel et la spécificité du milieu militaire ne sont pas sans incidence sur le déclenchement éventuel d'un trouble psychique post-traumatique, l'émergence de certains signes cliniques, et leur évolution. L'histoire du patient, l'organisation de sa personnalité, ses antécédents personnels et familiaux, la survenue d'évènements coûteux sur le plan psychique (événements potentiellement traumatisants, carences affectives, conflits relationnels, problématiques familiales par exemple) ont un retentissement sur la destinée de cette pathologie.

Le spécialiste militaire du soin psychique, immergé dans ce milieu, conserve une distance critique et ajuste son positionnement vis-à-vis des enjeux institutionnels individuels et collectifs, particulièrement accentués par l'occurrence d'un événement à potentialité traumatique. Cette position « *extime* », comme propose de le concevoir le professeur Briole, permet d'engager une relation thérapeutique de qualité en maintenant ouvert un questionnement sur la nature des liens qui inscrivent le sujet dans l'institution, sur le sens de son engagement, les déterminants de sa motivation professionnelle.

Le psychologue du SSA, comme tout soignant militaire, occupe une position intermédiaire entre le groupe et l'individu. Le cadre de soin qu'il propose constitue un espace transitionnel, au sens de Winnicott, et offre au militaire la possibilité de retrouver une autonomie subjective. C'est à cette place que les soignants militaires apportent une réponse thérapeutique à ce qu'un événement potentiellement traumatique dévoile, relevant parfois d'une fragilité ancienne voire de traumatismes désorganisateurs précoces que l'institution militaire a pu contenir.

Les trois temps de l'intervention après « évènement grave »

En cas d'événement potentiellement traumatisant, la prise en charge immédiate d'impliqués directs est assurée

par l'équipe médicale du rôle 1, formée au défusing. Les techniques d'interventions immédiates découlent des principes de la psychiatrie de l'avant établis par Salmon en 1917 et enrichis par l'expérience des psychiatres militaires déployés sur les théâtres d'opérations depuis la Première Guerre du Golfe : l'immédiateté des soins, la proximité des lieux où ils sont dispensés et du soignant, leur simplicité, et l'expectative quant à l'évolution des troubles et la non-obligation du retour au combat. Cette prise en charge précoce a pour but d'abord d'atténuer le sentiment d'abandon qui découle de l'éventuelle rencontre traumatique, de reconnecter le sujet à la réalité. Ce sentiment peut être exacerbé dans un environnement professionnel où la fraternité entre les membres du groupe d'appartenance (l'unité de combat par exemple) peut être constitutive de l'identité du combattant. Elle permet aussi que se renouent les liens entre le militaire et ses camarades après une expérience marquée par l'effroi. Il n'est pas question ici d'un savoir sur l'inconscient de l'autre, mais bien d'une « offre de fraternité discrète » qui sera peut-être l'ébauche d'une possible relation psychothérapeutique ultérieure (19). À cet effet, un module de sensibilisation aux Premiers secours psychologiques en opération (PSPO) est en cours d'élaboration sous l'égide de la chaire de psychiatrie et de psychologie clinique appliquées aux armées.

Sur les théâtres d'opérations extérieures, l'intervention psychothérapeutique post-immédiate est la mission des psychiatres et des psychologues du SSA. Ils peuvent être pré-positionnés sur zone quand l'évènement se produit ou être projetés depuis les établissements du SSA métropolitains. Les techniques de débriefings médico-psychologiques sont systématiquement proposées : le clinicien s'adapte au contexte opérationnel, au temps psychique individuel et respecte les mécanismes de défense mobilisés après ce moment de rupture existentielle. Il soutient la mise en œuvre de l'évacuation médicale stratégique et conseille le commandement.

De retour d'OPEX, l'ensemble des militaires déployés bénéficie systématiquement d'un dispositif de repérage des troubles psychiques post-traumatiques dans les CMA et leurs antennes par les médecins des forces et les infirmiers, appuyés par les psychologues du SSA. Chaque soldat, quels que soient son grade et sa fonction, est reçu en entretien après avoir rempli une échelle d'aide au diagnostic des troubles psychiques post-traumatiques – la « *post-traumatic checklist scale* (PCLS) » (20). Outre le repérage d'un trouble psychotraumatique, le bilan post-opérationnel est l'occasion d'évoquer les retentissements d'une opération extérieure sur l'équilibre familial et socio-professionnel des militaires.

La prise en charge médico-psychologique d'un éventuel trouble psychique est mise en œuvre par les équipes hospitalières des services de psychiatrie des HIA, les psychologues du SSA affectés dans les CMA, les psychologues propres aux armées exerçant en tant que clinicien, et le réseau des soignants civils de proximité. L'ensemble de ce parcours de soins et d'expertise est coordonné par le médecin des forces.

L'organisation actuelle des soins psychiques

Le soutien santé des forces armées s'appuie aujourd'hui sur 17 centres médicaux des armées, 14 centres médicaux interarmées et sur 8 HIA, sans compter tout le dispositif déployé en dehors du territoire national. Avec 43 psychologues cliniciens, 35 psychiatres d'active et des réservistes, le soutien médico-psychologique est organisé selon un maillage territorial qui couvre les zones où sont implantées les unités des forces armées. Il est animé par une chaîne pluridisciplinaire composée de médecins des forces, de psychologues cliniciens, d'infirmiers et d'auxiliaires sanitaires dans les antennes médicales, et par les équipes soignantes des services de psychiatrie des HIA.

Les psychologues propres aux armées, intégrés au sein d'une unité du SSA ou travaillant en lien avec lui, comptent parmi les acteurs du soin des combattants en souffrance psychique. Les cliniciens de la marine nationale, du SMPCAA pour l'armée de l'air, ou ceux du SSA détachés dans les écoles, comme l'École polytechnique, ou encore dans les brigades des sapeurs-pompiers de Paris et des marins-pompiers de Marseille évoluent dans ce cadre (21, 22).

Trois plans d'action successifs ont permis d'élaborer une politique de sensibilisation et de formation aux effets du stress opérationnel et aux troubles psychiques post-traumatiques. Ils ont aussi contribué à une facilitation du repérage et de l'accès aux soins des militaires et anciens militaires concernés. Une densification du réseau médico-psychologique a été favorisée par ces mesures. Le dernier plan d'action intitulé « Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées » 2015-2018 (23) se donne pour objectif le renforcement de la prise en compte et du suivi de proximité des blessés psychiques sur le long terme, et l'amélioration de la reconnaissance, de la réhabilitation psychosociale et de la reconversion professionnelle de ces blessés. La référence aux « blessés psychiques » s'inscrit dans l'esprit du décret du 10 janvier 1992 (24). Il donne un statut juridique à une réalité clinique et des orientations précises quant au cadre des soins et de l'accompagnement de ces blessés. Les psychologues cliniciens sont des acteurs de premiers recours pour la prise en charge psychothérapeutique du personnel des forces armées. Ils ont pour mission de participer à l'élaboration du projet thérapeutique avec l'ensemble des acteurs concernés, en particulier avec le médecin des forces.

Une nécessaire coordination interarmées

Aujourd'hui, les répercussions psychiques des conflits militaires, des catastrophes naturelles, humanitaires, des accidents aériens ou encore des attentats nécessitent l'intervention de médecins, de psychiatres et de psychologues cliniciens du SSA et des forces au profit des militaires comme des populations civiles. À ce titre, le savoir-faire du SSA participe à la résilience de la Nation lors de situations sanitaires exceptionnelles.

Pour les forces armées, une volonté de coordination médico-psychologique s'est concrétisée à l'initiative

du SSA en 2011 (25). Elle a permis le renforcement d'un réseau d'intervention métropolitain piloté par un spécialiste de la santé mentale affecté à la direction centrale du SSA. Ce dernier « coordonne sur le plan clinique l'action des cliniciens, quel que soit leur statut, afin de garantir une cohérence d'action entre les psychologues propres aux armées, directions et services interarmées et ceux du SSA » (26).

Cette fonction de coordination du soutien médico-psychologique, en lien avec l'état-major opérationnel, s'applique à toute intervention de soutien médico-psychologique sur le territoire national comme sur les théâtres d'opérations (27). Elle est également indispensable quand il s'agit de déployer une cellule d'intervention médico-psychologique militaire en renfort des moyens civils ou de manière indépendante après une catastrophe de masse (28).

En outre, pour le soutien spécifique des *Task Forces* des unités du commandement des forces spéciales, certains psychologues du SSA assurent avec ceux des forces un suivi avant, pendant la mission et lors du dispositif de fin de mission, organisé par le commandement. L'objectif est de faciliter la rencontre avec les opérateurs qui auraient besoin d'aide et de repérer précocement tout signe d'alerte.

Le soutien psychologique des forces armées se poursuit au-delà du temps opérationnel par une attention particulière apportée au personnel tout au long de sa carrière et après le service actif. Les familles peuvent aussi consulter dans un lieu de soins militaire (HIA, CMA, SLPA (29), centre régional de la Gendarmerie nationale, etc.). Un suivi de proximité peut aussi être organisé en collaboration avec des praticiens civils du réseau de soin civilo-militaire. Les modalités de prise en charge financière par l'État des psychothérapies réalisées par un psychologue libéral référencé sont aujourd'hui bien codifiées (ouverture d'une « déclaration d'affection présumée imputable au service » – DAPIAS – pour le militaire et d'une « déclaration d'affection en lien avec l'activité du militaire » – DALAM – pour sa famille) (30).

Depuis 2013, ce dispositif est complété par une plate-forme d'écoute téléphonique, armée H24 et 7/7 par l'ensemble des psychologues du SSA. « Écoute Défense » est un premier temps d'accueil, d'écoute et d'orientation au profit du personnel des forces armées, en activité ou non, des anciens combattants et de leur famille (31, 32). Il permet de désamorcer des situations de crise et d'offrir la possibilité d'inscrire le sujet dans un parcours de soins.

Conclusion

L'évolution du regard de la société sur les risques psychologiques induits par les conflits armés et les situations de crise ont fait évoluer la pratique de la psychologie appliquée en milieu militaire. Les cliniciens ont adapté leurs actions et leurs outils à leur environnement.

L'histoire de cette discipline met en lumière une dualité inédite de la mission confiée aux psychologues cliniciens : prodiguer des soins tout en évaluant l'aptitude et l'adaptation à l'emploi des combattants. En outre, nous observons un mouvement de balancier dans le temps, entre l'expertise et le soin, inhérent aux conditions et enjeux opérationnels.

Les interventions des psychologues cliniciens du SSA couvrent aujourd'hui le temps de l'entraînement au titre de la prévention et de la projection sur les théâtres d'opérations ou après événement grave, en renfort et en soutien des équipes médicales des rôles 1 et parfois en binôme avec le psychiatre. Que de chemin parcouru…

En se spécialisant dans l'étude de la psychologie des environnements extrêmes, ils ont acquis une expertise clinique spécifique et forgé des modalités techniques de soins adaptables à chaque cas. Leur expérience fait d'eux des acteurs opérationnels de l'urgence médico-psychologique, particulièrement en situation sanitaire exceptionnelle (attentats terroristes, crash aérien, etc.).

Enfin, les enseignements de l'histoire de cette pratique de la psychologie appliquée aux forces armées ont conduit à la création en 2014 du premier corps de psychologues militaires (33). Ils ont permis de décliner une doctrine d'emploi et de préciser un parcours professionnel spécifique au sein du Service de santé des armées.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les éléments présentés dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lagache D. Psychologie clinique et méthode clinique. In : œuvres complètes, tome II. Paris : PUF;1979:160.
2. Crocq L. La cellule d'urgence médico-psychologique, sa création, son organisation, ses interventions. Annales médico-psychologiques 1998;156:48-53.
3. Juillet P, Mouttin P. Psychiatrie militaire. Chapitre VIII : aptitude et sélection. Paris: Masson; 1969:373-421.
4. Courcoux P. Psychologie appliquée et hygiène mentale dans la marine nationale. Médecine et Armées 1994;22:311-4.
5. Duffaut M. Sélection psychologique du PN, étude inédite (Bibliothèque SMPCAA) ; 1968.
6. Timbal J. Histoire de la médecine aéronautique et spatiale française. Paris : édition Glyphe ; 2013.
7. Colas MD, Chollet S, Daudin M. Un espace pour les combattants de l'air. Annales médico-psychologiques 2011;169:674-8.
8. Juillet P, Mouttin P. Psychiatrie militaire. Chapitre X : problèmes d'organisation. Paris : Masson ; 1969:475-504.
9. Briole G, Lebigot F, Lafont B. Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Paris : ADDIM1998.
10. Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques. Paris : Dunod;2005.

11. Circulaire N° 17000 DEF/GEND/ETG du 23 avril 1998.
12. Pinson C. Psy chez les gens d'armes. In : Les psy en intervention. Reuil-Malmaison : Doin éditeurs ; 2009:69-77.
13. Directive n° 617/DEF/EMAT/ORH/CRH/DR du 15 juillet 2002 du chef d'état-major de l'armée de terre.
14. Forêt J-M. Au coup de sifflet : la cellule d'intervention psychologique de l'armée de Terre. In : Les psy en intervention. Reuil-Malmaison : Doin éditeurs ; 2009:100-8.
15. Note n°1019/DEF/EMAA/BMR/SV du 15 juin 2010 et instruction n°183/DEF/DCSSA/OSP – n°54/DEF/EMAA/SCES du 18 janvier 2011.
16. Personnel en opération. DIA-1.0_PERS (2013), centre interarmées de concept, de doctrines et d'expérimentations.
17. Bion WR. Recherche sur les petits groupes. Paris : PUF;1965.
18. Anzieu D. Le groupe et l'inconscient. Paris : éditions Dunod ; 1975:178-82.
19. Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques. Paris : éditions Dunod ; 2005:126-30.
20. Paul F, Pommier de Santi V, Marimoutou C, Deparis X. Validation de l'échelle PCLS et d'un auto-questionnaire court dans le cadre du dépistage des états de stress post-traumatique chez les militaires de retour de mission. In : La Psychiatrie en Milieu Militaire. Toulon : Elsevier Masson ; 2013.
21. Instruction n°106/DEF/DPMM/SPM relative à l'organisation du service de psychologie de la marine du 12 novembre 2012.
22. Ostojic A. Psychologues aux armées : la double casquette. Le cercle psy 2013;9:90-3.
23. Direction centrale du Service de santé des armées. Plan d'action 2015-2018 – Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées – Note n°527740/DEF/DCSSA/AAD-EMP du 18 décembre 215.
24. Décret du 10 janvier 1992 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre – Légifrance.
25. Charte d'organisation relative aux interventions sur le terrain en cas d'évènement potentiellement traumatique des psychiatres et des psychologues des établissements de santé des armées et des psychologues des armées et de la gendarmerie du 7 mars 2013.
26. Doctrine du soutien médical aux engagements opérationnels. DIA-4.0.10-SOUTMED-OPS (2014), diffusé par le centre interarmées de concept, de doctrines et d'expérimentations.
27. Note n°514208/DEF/DCSSA/AAD-EMP/CN-SMPA du 21 juin 2016 – Organisation de la prise en charge médico-psychologique après un évènement grave sur le territoire national et en opérations extérieures.
28. Note N°508148/DEF/DCSSA/PRE-DIVOPS/EMO-S du 15 mai 2017 relative à la participation du SSA à la prise en charge de l'urgence médico-psychologique dans le cadre du service public après un événement grave ou lors d'une situation sanitaire exceptionnelle.
29. Martinez L, Brélivet J. Les spécificités du dispositif global de prise en charge psychologique des commandos Marine. Médecine et Armées 2011;39:147-9.
30. Plan d'accompagnement des familles et d'amélioration des conditions de vie des militaires 2018-2022. DRHM, DICOD ; octobre 2017.
31. Note d'organisation du numéro – Écoute défense – dans le cadre des mesures ministérielles d'accompagnement des blessés psychiques n° 0834/DEF/DCSSA/PC/MA du 15 février 2013.
32. Note n°509918/DEF/DCSSA/AAD-EMP/CN-SMPA du 12 mai 2015.
33. Décret n° 2014-342 du 14 mars 2014 créant le corps des psychologues sous statut Militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées (MITHA) en homologie avec celui de la fonction publique hospitalière.