



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Communication

Guerres et catastrophes : l'expérience des psychiatres militaires en Afghanistan



Wars and disasters: The experience of military psychiatrists in Afghanistan

Yann Auxéméry^{a,*}, Bertrand Lahutte^{b,c}

^a Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique, hôpital d'instruction des armées Percy, 101, avenue Henri-Barbusse, 92141 Clamart cedex, France

^b Hôpital du Val-de-Grâce, boulevard Port-Royal, 75005 Paris, France

^c École du Val-de-Grâce, 1, place Alphonse-Laveran, 75005 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 10 novembre 2015

Mots clés :

Afghanistan
Catastrophe
Débriefing
Guerre
Psychiatrie militaire
Supervision

Keywords:

Afghanistan
Debriefing
Disaster
Military psychiatry
Supervision
War

R É S U M É

Nous présentons ici les enseignements issus de la pratique clinique des psychiatres militaires français présents en Afghanistan de 2009 à 2013. Les missions principales du psychiatre de théâtre sont les suivantes : débriefing médico-psychologique au plus près des blessés, activité de consultation hospitalière marquée par la psychotraumatologie et la psychiatrie de liaison, activité médico-légale et conseil technique au commandement. Le psychiatre de l'hôpital médico-chirurgical soutient l'équipe soignante tout autant qu'il fait l'objet d'une supervision par un praticien plus expérimenté. À son retour, le praticien transmet son expérience, ce qui sera pour nous l'occasion d'évoquer le « syndrome afghan » et les troubles psychiques résultant d'un double trauma, psychique et crânien. Nous concluons par une réflexion sur cette clinique et cette pratique en conditions d'exception.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

We present the learned lessons from clinical practice of French military psychiatrists in Afghanistan between 2009 and 2013. The main tasks of these psychiatrists were: medical and psychological debriefing closer to the wounded soldiers, outpatient activity marked by psychotraumatology and liaison psychiatry, forensic activities and technical advice to the command. The psychiatrist at the Medical Surgical Hospital supports the health care team as much as he is benefiting to supervision by a more experienced practitioner. On his return, the practitioner transmits his experience, which will give us the opportunity to discuss the "Afghan syndrome" and mental disorders resulting from a double "psychic and brain" trauma. We conclude on this clinic and practice in exceptional conditions.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La catastrophe sociétale, la catastrophe individuelle, convoque au bouleversement, au cataclysme, au désastre, au drame, avec sa part d'irreprésentable et d'innommable qui appelle la clinique traumatique. Du fait des destructions massives, le médecin sera parfois démuni face à l'ampleur de sa tâche : aider à reconstruire les âmes meurtries et permettre un nouvel équilibre. Dans les circonstances

les plus terribles, le système militaire tient bon grâce à son organisation, sa hiérarchie, son entraînement, la rigueur de ses hommes, le sens qu'ils donnent à leurs missions. Nous présenterons ici l'expérience clinique et les enseignements issus des missions des psychiatres militaires français en Afghanistan, pays qui a survécu à de multiples catastrophes guerrières au cours de son histoire.

2. L'Afghanistan, quelques coordonnées historiques et géographiques

Replaçons l'Afghanistan dans son histoire et sa géographie. Le pays est bordé de voisins influents comme l'Iran, le Pakistan et

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : yann.auxemery@hotmail.fr (Y. Auxéméry).

l'Inde toute proche, les anciennes provinces soviétiques au nord (devenues Tadjikistan, Ouzbékistan), et même la Chine qui possède une frontière commune par la lointaine Hindukush. À l'intérieur des terres, de multiples ethnies cohabitent avec les Pachtounes, les Tadjiks, les Ouzbeks et les Hazaras, pour citer les principales. Ce carrefour de l'Asie centrale possède une riche histoire, ponctuée de troubles et de guerres qui n'ont pas empêché le développement d'une riche culture protégeant de l'invasion coloniale. Afin de contenir l'expansionnisme russe, les forces militaires de Sa Majesté avaient planifié de s'emparer des principales villes du royaume : mais les armées britanniques des Indes durent reculer devant la bravoure des Afghans, laissant le seul ministère des Affaires étrangères sous administration anglaise.

Pour reprendre les conflits modernes à l'heure de la guerre froide, les Moudjahiddines sont aidés par les États-Unis face au régime communiste afghan soutenu par Moscou. Après le retrait de l'Armée Rouge en 1989 suivi de la chute du régime communiste en 1992, les talibans prennent le pouvoir contre l'alliance du Nord dirigée par le commandant Massoud. Véritable stratège politique, le « Lion du Panchir » décède dans un attentat où de faux journalistes avaient dissimulé une charge explosive dans une caméra dérobée à France 3. Coordonnés avec les attentats du 11 septembre deux jours plus tard, ces événements conduiront les accords de Bonn à proposer un gouvernement provisoire. Quelques mois auparavant, les Bouddhas de Bâmiyân, vieux de quinze siècles, avaient été détruits à l'explosif et aux tirs d'artillerie. Dans le même temps, la culture du pavot s'était développée, le pays fabriquant 90 % de la production mondiale d'héroïne.

Sur décision du conseil de sécurité des Nations unies, une force internationale sous commandement de l'OTAN se déploiera pendant treize ans, devenant le plus long engagement de l'armée américaine depuis la guerre du Vietnam. En 2002, en sus des sociétés militaires privées, 130 000 soldats de la coalition sont présents sur le théâtre alors que les armées et polices afghanes grossissent leurs rangs. La France déploiera plus de 4000 militaires dans la région de Kaboul et les vallées de la Kapisa et de la Surobi. Le bilan de cette période est lourd avec plus de 3 millions de réfugiés afghans, près de 3500 morts pour les armées occidentales et plus de 25 000 blessés (89 morts et 725 blessés physiques pour la France). Notons au passage que la présence française était ancienne en Afghanistan, le roi Amanullah ayant accordé à l'archéologue Alfred Foucher en 1922 l'exclusivité des fouilles pour trois décennies. Une présence diplomatique française est régulièrement présente à partir de cette époque qui verra l'ouverture du premier lycée pour fille Malalaï sous direction d'une enseignante française, près de quinze ans après l'ouverture du lycée franco-afghan Esteqlal.

3. Missions de soin des psychiatres français basés à l'hôpital médico-chirurgical de Kaboul

À partir de l'année 2009, dans les suites d'une évaluation des besoins réalisée par le Professeur de Montleau après l'embuscade de la vallée d'Uzbeen, sera présent en permanence un psychiatre français à Kaboul au sein de l'hôpital médico-chirurgical.

3.1. La psychiatrie de l'avant au plus près des blessés

Le psychiatre de l'avant se déploie en hélicoptère ou véhicule blindé au plus près des soldats afin de soutenir le médecin des forces basées en poste avancé. La demande principale est souvent celle d'un débriefing dans les suites d'une exposition potentiellement traumatique impliquant parfois le médecin. Ces expositions traumatiques surviennent sur fond d'un stress permanent du fait des roquettes et des tirs de mortiers, du risque de *suicide bomber*... Le débriefing réalisé n'est pas celui des Anglo-Saxons

décrit par Mitchell et qui est aujourd'hui décrié par les méta-analyses, mais un débriefing francophone dont les principes sont bien différents et transmis par une généalogie de psychiatres militaires comme Crocq, Barrois, Lebigot, Lafont et Briole. Cette intervention thérapeutique au plus près des forces se construit sur les ressources mobilisables du groupe.

3.2. L'activité de consultation hospitalière

L'activité de consultation dans l'hôpital est très variée, caractérisée en premier lieu par une clinique classique, commune, mais sensibilisée par le contexte de catastrophe qui complexifie les prises en charge. Nous donnerons quelques exemples cliniques :

- Pierre est un militaire d'expérience qui possède des traits de personnalité anankastiques dont les défenses sont mises en tension par le milieu. Le début des troubles constitue une insomnie psychophysiologique réactionnelle aux stress personnels (éloignement familial avec impossibilité de maîtrise des éventuels problèmes) et aux stress environnementaux avec crainte de roquettes dont l'une est tombée non loin de sa chambre sans exploser, alors que des alertes régulières continuent... Le chahut dans les coursives du fait des horaires décalés des personnels et le vacarme du contexte aéroportuaire (décollage d'Antonov et d'avions de chasse de jour comme de nuit) ne lui est plus supportable. S'y ajoutent le confinement et la crainte des polluants et autres infectants, le tout entraînant une décompensation anxieuse sur un mode agoraphobique associé à des troubles obsessionnels compulsifs de lavage ;
- Marc est un maître-chien particulièrement exposé au danger car c'est lui qui assure la sécurisation des véhicules rentrant sur base, avec la crainte permanente d'attentat. Son chien bien dressé part à la recherche d'explosifs dans les coffres des voitures... Pour se changer les idées, Marc échange avec les enfants afghans qui font du cerf-volant devant le camp, ce qui le détend un peu jusqu'à ce que le renseignement militaire se rende compte que des caméras étaient positionnées sur les fameux cerfs-volants dans le but, peut-être, de faciliter un attentat. Marc développera un trouble anxieux généralisé et une grande anxiété anticipatoire. Une exclusion temporaire du milieu pour un temps de repos nécessaire suivi d'une réintroduction à son poste, initialement sous la réassurance de l'un de ses camarades, trouvera une issue rapidement favorable ;
- enfin cet officier d'une armée alliée, qui souffre d'une rupture de stock de son traitement par lithium, présente une nette excitation psychique difficilement maîtrisable qui nécessitera de switcher son thymorégulateur habituel avec la pharmacopée disponible, à savoir la dépakine.

3.3. Une clinique marquée par la psychotraumatologie

La consultation est marquée de problématiques psychotraumatiques variées dont nous donnerons quatre exemples :

- John est un vétéran du Vietnam qui a servi jusqu'à la fin de la guerre en 1975, traumatisé là-bas avec de multiples confrontations (camarades de section morts au feu, participation à des exactions contre la population Viet, multiples combats dans lesquels il croit son heure venue...). Il est suivi par un VetCenter pour son PTSD. Mais afin de s'assurer une retraite décente alors que sa femme souffre d'un cancer, John rempile pour une société privée de maintien de l'ordre qui donne des cours à la police afghane. En marge d'un exercice, ce Texan se retrouve pris à partie par une bande armée qui le menace d'un revolver sur la tempe. Dans les jours suivants, les cauchemars du Vietnam qui

avaient disparu se remanifestent avec une grande violence. Une clinique de deuils post-traumatiques et une culpabilité dévorante des exactions commises, qu'il tentait peut-être aussi de racheter à Kaboul par son réengagement, deviendront incontrôlables. Devant un ESPT à la symptomatologie intense non résolutive en quelques dizaines de jours, sa compagnie d'assurances acceptera un rapatriement aux États-Unis avec hospitalisation dans un service dédié aux vétérans ;

- Stéphane est un militaire français qui profite de temps libres assez réguliers dans le contexte du désengagement pour engager une psychothérapie qui s'initiera par un « débriefing différé ». Son deuxième mandat en Afghanistan se déroule pourtant sans problème, mais il profite de la présence d'un psychiatre, qu'il approche d'abord l'air de rien, dans les activités de la vie en collectivité avant de consulter plus officiellement. Cet officier a participé à l'opération Turquoise au Rwanda : l'odeur pestilentielle qui enveloppe parfois le camp de Kaboul lui rappelle les charniers. Sa consultation spontanée pour la première fois de sa vie, vingt ans après l'exposition traumatique, illustre le changement des mentalités sur les troubles psychiques en général, et les troubles psychiques de guerre en particulier, avec une facilitation et une généralisation de l'accès aux soins ;
- Abdul, un Afghan d'une trentaine d'années employé par les Américains comme administratif, se retrouve victime d'un attentat dans Kaboul, projeté au sol par une explosion qui laissera plusieurs morts. S'en suivra un état de stress aigu très caractéristique mais s'établissant sur une personnalité dysphorique et anxieuse, fragilisée par de multiples confrontations psychotraumatiques depuis son enfance. Abdul raconte avoir vu dès son jeune âge, passé dans une province reculée, des scènes de lynchage avec pendaison et décapitation. Le pronostic post-traumatique initialement très réservé du fait d'un risque suicidaire élevé redeviendra meilleur après une psychothérapie intensive réalisée en présence du médecin traducteur afghan. Toutefois, les éléments dépressifs d'épuisement et dépressifs post-traumatiques resteront très sensibles, le moindre stress supplémentaire faisant craindre la décompensation dépressive sévère et le passage à l'acte, dont la modalité opératoire ruminée par pendaison réitère les premières expositions traumatiques ;
- Clara, femme d'origine occidentale travaillant pour une ONG, a été séquestrée et violée en réunion. Elle viendra consulter quelques jours après avoir eu la vie sauve, amenée quasiment de force à la consultation par un responsable de l'organisation dont elle dépend. Clara reviendra à deux reprises sans que les entretiens ne soient très productifs. Se déclarant bien rétablie et refusant catégoriquement toute médication, même prophylactique, elle reste persuadée que son caractère volontaire et que le sens de sa mission humanitaire suffiront à panser ses blessures.

Ces consultations sont l'occasion de découvrir une typologie clinique modifiée par les contextes culturels, tant locaux que pour des populations intuitivement plus proches de nos références historiques, comme les Américains par exemple.

3.4. *L'activité de psychiatrie hospitalière : quelques exemples cliniques*

Le psychiatre dispose de lits d'hospitalisation partagés avec le service de médecine. Nous hospitaliserons « sous contrainte » de jeunes brancardières secouristes, une patiente d'origine européenne que des pensées délirantes avaient conduite à Kaboul avant que la majoration des troubles n'entraîne des errements nocturnes dans le plus simple appareil. Une évacuation aérienne sera rapidement programmée. Une autre patiente, afghane, présente des troubles neurologiques très atypiques sans argument pour un trouble organique et qui se révélera être une conversion que notre médecin interprète avait diagnostiquée depuis le début, sans oser

nous en faire part alors. Enfin, le psychiatre réalise la psychiatrie de liaison dans l'hôpital comme pour cette famille victime d'une fusillade qui laissera en vie une mère sévèrement blessée et sa fille paraplégique.

4. **Le soutien de l'équipe soignante par le psychiatre**

Le soutien de l'équipe soignante est cardinal. L'équipe comprend un médecin chef, des chirurgiens et médecins, un cadre de santé, des infirmiers, aides-soignants et brancardiers secouristes, mais également des manipulateurs radiologiques, une secrétaire médicale, un préparateur en pharmacie, un kinésithérapeute, des personnels administratifs... Tous peuvent être confrontés à l'horreur des enfants qui arrivent sur le tarmac déjà bi-amputés par les explosions, ou encore les militaires français décédés dont il faut assurer la toilette mortuaire. Aucune protection certaine n'existe face à l'effraction traumatique qui peut survenir même chez le plus aguerri et motivé des médecins. Après une arrivée de multiples blessés comme après la prise en charge d'un blessé grave, le débriefing technique du réanimateur peut-être utilement complété d'un débriefing médico-psychologique. Pendant la prise en charge des patients polytraumatisés, le psychiatre reste au cœur de l'équipe, prenant la fonction de scribe au côté du réanimateur, afin de retranscrire ses instructions et de lui rappeler le chronomètre. Cette place du psychiatre au plus près de l'équipe permet de repérer les personnes en difficulté qui devront faire l'objet d'une veille accrue au décours. L'équipe est également suivie de manière informelle lors des activités de la vie courante et des activités de cohésion mais aussi des missions hospitalières qui échappent habituellement au champ de compétence du psychiatre... comme la tenue des écarteurs au bloc opératoire. La connaissance de la psychologie des groupes est ici intéressante. Le groupe s'est constitué avant la mission avec une première cohésion lors d'un stage de préparation militaire qui a déjà permis au psychiatre de connaître chacun. Des liens forts se construisent en mission, et ces liens sont à préserver par la suite car ils pourront être des ressources mobilisables permettant de repérer d'éventuelles personnes en difficulté.

5. **Activité médico-légale**

Des déterminants médico-légaux interviennent concernant le respect de la confidentialité médicale régie par décret spécifique correspondant au Code de déontologie des praticiens des armées. Le praticien se doit de mentionner dans le dossier médical les expositions psychotraumatiques pour que nos militaires puissent éventuellement un jour solliciter les anciens combattants, ou leurs assurances privées, en s'évitant des déconvenues sources de « traumatisme second » (selon le mot de Claude Barrois). Le psychiatre peut être réquisitionné par les officiers de police judiciaire de la gendarmerie prévôtale qui agissent sur instruction du parquet de Paris. Enfin, les aptitudes médico-militaires sont aussi de la responsabilité du médecin, en particulier l'aptitude au port d'armes, nécessaire en permanence pour se déplacer sur le camp.

6. **La place du psychiatre comme conseiller technique du commandement**

Le psychiatre s'intéresse à l'hygiène mentale de la collectivité, à la cohésion du groupe, au respect des rythmes biologiques, à la contenance de l'usage des substances psychoactives alcooliques et nicotiques... Pour le commandement le psychiatre est, par son éclairage technique, un conseiller dans la gestion des crises.

7. Supervision au cours de la mission – retour d'expérience au retour

Dans toutes ses charges, le praticien devra être supervisé par un pair, idéalement par un chef ou un ancien chef de service facilement contacté par les moyens de téléphonie ou d'Internet. À son retour, le praticien transmet l'expérience acquise.

7.1. Le « syndrome afghan »

Nous nous arrêterons sur ce que certains médias ont nommé le « syndrome afghan » qui est le quotidien de la consultation du psychiatre militaire, même si le nombre de patients souffrant d'ESPT post-Afghanistan a tendance à diminuer au profit d'autres théâtres (notamment la République Centrafricaine).

Si les troubles psychiques de guerre existent depuis l'Antiquité, leurs expressions peuvent varier autant par des caractéristiques cliniques que par la façon dont les cliniciens et les médias, autant dire la société, vont renommer ces troubles. Si l'on a pu parler d'hypnose des batailles, du syndrome du vent du boulet, du syndrome du cœur irritable, du syndrome du post-Vietnam ou *post-traumatic stress disorder*, certains médias ont avancé l'existence du « syndrome afghan ». En réalité, le syndrome afghan est un état de stress post-traumatique très caractéristique avec la brutalité de ses cauchemars et reviviscences auxquels s'ajoutent les stratégies d'évitement. Une spécificité de cet état de stress post-traumatique est peut-être l'hyperactivité neurovégétative qui rappelle la permanente hypervigilance du terrain, où le soldat reste aux aguets et à l'affût des roquettes, des tirs, des engins explosifs improvisés et des *suicide bombers* : l'hypervigilance est ici un équivalent de reviviscence. Les conséquences sont connues : irritabilité permanente et son risque hétéro-agressif, isolement social avec rupture familiale et désadaptation professionnelle, apaisement par l'alcool, avec finalement épuisement psychophysiologique dépressif et risque élevé de suicide. Les derniers chiffres en population militaire américaine retrouvent davantage de vétérans morts par autolyse à leur retour sur le sol américain que de morts par combat sur le terrain. Le coût humain et social est immense. Illustrons notre propos d'un cas clinique.

Ahmed est un Français né en France qui a déjà plus de dix ans de service et plusieurs opérations extérieures à son actif, avant d'être envoyé en mission en Afghanistan. Son convoi est attaqué le lendemain de son arrivée sur le théâtre. Quelques jours plus tard, il manquera de mourir dans un attentat suicide. Ahmed finira son mandat. À son retour en France, il se sent en décalage avec le milieu professionnel qu'il désinvestit alors que son irritabilité gêne l'apaisement familial. Son caractère a manifestement changé. Extrêmement sensible et réactif, il reste marqué par une tension nerveuse permanente qui entraîne des douleurs fonctionnelles (lombalgies, douleurs abdominales, céphalées de tension). Une dépression post-traumatique se structure progressivement avec résistance aux antidépresseurs habituels. Ahmed rumine des conflits de loyauté intergénérationnels en pensant à son père et son oncle emprisonnés pendant la guerre d'Algérie puis libérés pour leur exil en France. Les récents attentats alimenteront des ruminations dépressives sur le sens de sa religion, et plus globalement sur sa construction identitaire.

7.2. Les traumatismes physiques et psychiques intriqués

Le « syndrome afghan » est aussi celui des traumatismes physiques et psychiques intriqués, renvoyant à l'étymologie première du trauma, signifiant emprunté à la chirurgie de guerre. Les explosions entraînent souvent des lésions de blast, avec des traumatismes crâniens de diverses intensités. Outre la possibilité de psychoses post-traumatiques dont il existe de multiples formes anatomocliniques, de

nombreux syndromes post-commotionnels ont été diagnostiqués. La description de symptômes subjectifs parfois objectivés par de nouvelles techniques biologiques et neuroradiologiques peut rebaptiser le syndrome post-commotionnel en « syndrome objectif des traumatisés crâniens ». Le syndrome post-commotionnel et l'état de stress post-traumatique sont souvent intriqués aux plans épidémiologiques et cliniques chez ces « gueules cassées » invisibles du fait de l'absence de lésion apparente, avec paradoxalement toutes les difficultés sociétales que cela peut leur poser. La prise en charge est pluridisciplinaire en associant étroitement le rééducateur fonctionnel, le neurologue et le psychiatre.

Hamid avait quitté Kaboul il y a trente ans pour rejoindre la France. À l'âge de 45 ans, la société qui l'emploie périclité et il se retrouve au chômage avec sa famille à charge. Quand le ministère de la Défense recherche des traducteurs connaissant la langue pachoune qui est sa langue maternelle, il s'engage et revient à Kaboul qui a bien changé alors qu'avant, nous dit-il, « c'était comme Paris ». Toujours en proie à la menace sur le terrain, il réalisera de nombreuses missions périlleuses pendant ses cinq années de contrat. Au cours d'une de ses dernières missions, il rapporte un freinage important de son véhicule avec un mécanisme de « coup du lapin ». À son retour en métropole se développera progressivement un syndrome post-commotionnel associé à un délire interprétatif vécu sur un mode passif et escapistes. L'ensemble du tableau clinique sera apaisé par la rispéridone.

8. Conclusions : clinique et pratique en situation d'exception

Proposons ce qualificatif, en vue de donner un prolongement au regard porté sur des circonstances aussi peu « conventionnelles » que celles d'une intervention en opération extérieure.

Le récit des faits survenant sur un théâtre de guerre est souvent éloquent. Mais il ne peut se faire qu'au prix d'un risque : celui d'un dévoiement, par la fascination et son emprise spéculaire ou imaginaire. Il existe sans nul doute une clinique particulière, dans ses modalités d'expression individuelle, tout comme dans ses inférences au niveau collectif. La place du groupe, puissant rempart contre l'angoisse, mais aussi délicate instance promptement aux dysfonctionnements, en est un exemple, qui vient perturber les repères habituels du praticien. La mise en avant du corps (par ailleurs mis en danger dans son existence propre) altère les modalités d'adresse, tout comme l'expression de la demande ou la traduction symptomatique de la souffrance psychique.

Il serait probablement tentant, mais par trop imprécis, de faire consister une typologie spécifique de ce genre de situations exceptionnelles. Toutefois, la conduite des soins s'en trouve résolument particularisée et l'intervention thérapeutique « ne va pas de soi », du moins de prime abord. Exit le cadre usuel de notre pratique courante ; nécessité se fait d'une *praxis* orientée par une réalité hors norme, ainsi que par le Réel en jeu. Les différents points évoqués dans cette communication ne sauraient suffire en eux-mêmes à prescrire un *modus operandi* ; pour autant, ils soulignent les questions à l'œuvre et les enjeux à faire consister.

Cette pratique en situation de catastrophe repose sur les bases fermes d'une doctrine forgée au fil du temps et de l'éclairage des retours d'expérience successifs. Le recours à un certain pragmatisme pourrait passer pour coextensif. Mais il doit surtout nous inviter à considérer la nécessité d'ajuster cette pratique particulière – dans des situations ne l'étant pas moins – aux imprévus et à l'impréparation qui en sont structurellement constituants. En somme, un usage non dogmatique de principes élémentaires, hors de toute standardisation, avec pour visée, la singularité de ce qui se présente dans l'expérience. Il s'agit de miser sur la rencontre et sur ses effets.

Loin de constituer un obstacle à la prise en compte de la subjectivité à l'œuvre dans la clinique, l'intégration et la prégnance du groupe sont des données avec lesquelles le psychiatre doit composer. Il est d'ailleurs lui-même partie prenante et élément d'un dispositif structuré et opérant. Cet état de fait crée les conditions de possibilité d'une intervention, dans le contexte de la situation de catastrophe, précisément définie par la dimension de désorganisation et de disparition des structures préexistantes. Le praticien peut donc compter sur le groupe, au sens opératoire du terme. Ceci induit *de facto* une pratique à plusieurs, impliquant différentes catégories de personnes légitimement concernées, depuis les soignants jusqu'au commandement.

Pour autant, cette situation est également susceptible d'induire des complications, à décliner du théâtre des opérations jusqu'au fonctionnement de l'hôpital de campagne. Propension aux conflits de rôles, identifications martiales détournant de la position soignante, mise en péril des règles les plus élémentaires de la confidentialité médicale, prévalence des préoccupations collectives sur les intérêts individuels sont autant d'écueils ou de dilemmes se présentant aux praticiens, et rendant vulnérable la relation thérapeutique. Quand la nécessité fait loi, le rappel des règles déontologiques et l'attention aux principes éthiques s'imposent...

À cet effet, le « conseil au commandement » constitue l'une des attributions du psychiatre déployé en opération extérieure, tout comme une modalité particulière – et délicate – de son intervention. Mais un autre aspect, plus subtil, est à considérer. Il s'agit de la nécessité d'un savoir-faire, visant à « décompléter » l'insistance de la présence du groupe, dont les effets d'enfermement, bien connus dans la clinique psychotraumatique, ne manquent de trouver à s'exprimer par une « fermeture » de la relation thérapeutique. Quelle parole adresser, en effet, à un praticien identifié au combattant du groupe militaire, ou à un technicien de sa discipline susceptible de renvoyer au combat ?

L'effort qui incombe alors au psychiatre relève du maintien d'une position hautement instable : l'articulation de son savoir pratique et technique avec un certain savoir-faire, celui d'un discret décalage des impératifs à l'œuvre qui créerait les conditions de possibilité d'un retour à la parole. Soit un usage raisonné de sa position d'extimité.

Déclaration de liens d'intérêts

Les positions exprimées dans cet article ne sont que les points de vue des auteurs et ne doivent pas être considérées comme le point de vue officiel du Service de Santé des Armées françaises.

Pour en savoir plus

Auxéméry Y. À chaque guerre son syndrome, à chaque syndrome sa guerre. *Ann Med Psychol* 2015;173:174–9.

Barrois C. Les névroses traumatiques. 2^e éd. Paris : Dunod ; 1998. 264 p.

Briole G, Lebigot F, Lafont B. Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Paris : Addim ; 1998.

Briole G, Lebigot F, Lafont B, Vallet D. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. Rapport présenté lors de la LXXXVII^e session du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris : Masson ; 1994.

Colas MD, Lahutte B. Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique. *Med Armees* 2009;37:399–410.

Colas MD, Lahutte B, Vautier V. Troubles psychiques post-traumatiques : précocité et continuité des soins. In : *Le blessé de guerre*. Paris : Arnette ; 2014. p. 573–84.

Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris : Odile Jacob ; 1999. 422 p.

Direction Centrale du Service de Santé des Armées (n° 517996/DEF/DCSSA/PC/CN.SMPA du 20 décembre 2013). Plan d'action « Troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées. Lutte contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique ». 2013–2015. 37 p.

Holterbach L, Baumann C, Andréani B, Desré P, Auxéméry Y. État de stress post-traumatique et consommation de soins sur l'année écoulée : étude menée auprès de 340 militaires français de cinq unités combattantes de l'armée de terre. *Encephale* 2015 [sous presse].