



Septembre **2026**

Marion Trousselard

Professeur à l'École des psychologues praticiens



Santé mentale et guerre de haute intensité

Un déterminant stratégique
à ne plus négliger

Étude n°137

Dépôt légal

ISSN : 2268-3194 | ISBN : 978-2-11-186014-8

Pour citer cette étude

Marion Trousselard, « Santé mentale et guerre de haute intensité : un déterminant stratégique à ne plus négliger », Étude 137, IRSEM, septembre 2026.

AVERTISSEMENT : l'IRSEM a vocation à contribuer au débat public sur les questions de défense et de sécurité. Ses publications n'engagent que leurs auteurs et ne constituent en aucune manière une position officielle du ministère des Armées.

Illustration de couverture : © Elsa Bordes Graphiste Magnific.com.

© 2026 Institut de recherche stratégique de l'École militaire (IRSEM).

Santé mentale et guerre de haute intensité

Un déterminant stratégique
à ne plus négliger

Marion Trousselard

*Professeur à l'École des psychologues
praticiens*

I Directeur de la publication
Martial FOUCAULT

I Éditrice
Chantal DUKERS

I Conception graphique
Elsa Bordes Graphiste

Dernières études de l'IRSEM

- 136 | Les interventions HADR face aux aléas environnementaux :
Enjeux scientifiques, politiques et opérationnels
Marine de GUGLIELMO WEBER, Florian OPILLARD et Carine PINA
- 135 | How do wars end? 'Securitisation' and the problem of victory
and defeat
Hew STRACHAN
- 134 | Penser la durabilité à l'ère de la préparation de la guerre – La
Finlande, la Suède et la Norvège au prisme de la défense durable
Marine de GUGLIELMO WEBER et Sophia MALLER
- 133 | Stratégies chinoises et équilibres de puissance en Océanie
insulaire
Carine PINA
- 132 | L'écriture des constitutions en période de conflit armé – Étude
interdisciplinaire
Anne-Hélène BERTANA et Yaodia SÉNOU DUMARTIN (dir.)
- 131 | Dissuader la Chine ? Taïwan et les États-Unis face à leurs
dilemmes défensifs
Hugo TIERNY
- 130 | Des institutions en (r)évolution : Armée et police en Tunisie après
2011
Audrey PLUTA
- 129 | La Chine en Afrique : Des « diplomaties » alternatives pour de
nouveaux enjeux sécuritaires
Alexandre LAURET, Mathieu MÉRINO, Carine PINA (dir.)
- 128 | Le retour du service militaire en Europe – De la suppression
des conscriptions après la fin de la guerre froide à leur
rétablissement relatif depuis 2022
Maxime LAUNAY

Présentation de l'IRSEM

Créé en 2009, l'Institut de recherche stratégique de l'École militaire (IRSEM) est l'organisme de recherche stratégique du ministère des Armées. Composé d'une cinquantaine de personnes, civiles et militaires, dont la plupart sont titulaires d'un doctorat, il est le principal centre de recherche en études sur la guerre (War Studies) dans le monde francophone. En plus de conduire de la recherche interne (au profit du ministère) et externe (à destination de la communauté scientifique) sur les questions de défense et de sécurité, l'IRSEM apporte un soutien aux jeunes chercheurs (la « relève stratégique ») et contribue à l'enseignement militaire supérieur et au débat public.

L'équipe de recherche est répartie en six domaines :

- Le domaine Europe, Espace transatlantique et Russie analyse les évolutions stratégiques et géopolitiques en Amérique du Nord, en Europe, en Russie et dans l'espace eurasiatique qui comprend l'Europe orientale (Moldavie, Ukraine, Biélorussie), le Caucase du Sud (Arménie, Géorgie, Azerbaïdjan) et les cinq pays d'Asie centrale. Il s'intéresse plus particulièrement à la compétition de puissances dans cette zone, aux évolutions du rôle de l'OTAN, à la sécurité maritime et aux stratégies d'influence.
- Le domaine Afrique – Asie – Moyen-Orient analyse les évolutions stratégiques et géopolitiques en Afrique, Asie et Moyen-Orient, autour des axes transversaux suivants : autoritarisme politique et libéralisation économique dans les pays émergents ; rôle et place des armées et des appareils de sécurité dans le fonctionnement des États et des sociétés ; enjeux stratégiques et de sécurité régionale ; idéologies, nationalismes et recomposition des équilibres interétatiques régionaux.
- Le domaine Armement et économie de défense s'intéresse aux questions économiques liées à la défense et, plus largement, la vocation à traiter des questions stratégiques résultant des développements technologiques, des problématiques d'accès aux ressources naturelles et de celles liées aux enjeux environnementaux. Les travaux de recherche du domaine s'appuient sur une approche pluridisciplinaire, à la fois qualitative et quantitative, qui mobilise des champs scientifiques variés : économie de défense, histoire des technologies, géographie.

- Le domaine Défense et société est à l'interface des problématiques spécifiques au monde militaire et des évolutions sociétales auxquelles celui-ci est confronté. Les dimensions privilégiées sont les suivantes : lien entre la société civile et les armées, sociologie du personnel militaire, intégration des femmes dans les conflits armés, relations entre pouvoir politique et institution militaire, renouvellement des formes d'engagement, socialisation et intégration de la jeunesse, montée des radicalités. Outre ses activités de recherche, le domaine Défense et société entend aussi promouvoir les questions de défense au sein de la société civile, auprès de l'ensemble de ses acteurs, y compris dans le champ académique.
 - Le domaine Stratégies, normes et doctrines a pour objet l'étude des conflits armés contemporains, en particulier sous leurs aspects politiques, militaires, juridiques et philosophiques. Les axes de recherche développés dans les productions et événements réalisés portent sur le droit international, en particulier sous l'angle des enjeux technologiques (cyber, intelligence artificielle, robotique), les doctrines de dissuasion, la maîtrise des armements avec la lutte contre la prolifération et le désarmement nucléaires. Les transformations des relations internationales et leurs enjeux de puissance et de sécurité ainsi que la philosophie de la guerre et de la paix font également partie du champ d'étude.
 - Le domaine Renseignement, anticipation et stratégies d'influence mène des recherches portant sur la fonction stratégique « connaissance et anticipation » mise en avant par le Livre blanc de la défense depuis 2008. Ce programme a donc d'abord pour ambition de contribuer à une compréhension plus fine du renseignement entendu dans son acception la plus large (c'est-à-dire à la fois comme information, processus, activité et organisation) ; il aspire ensuite à concourir à la consolidation des démarches analytiques, notamment dans le champ de l'anticipation ; enfin, il travaille sur les différentes dimensions de la guerre dite « hybride », en particulier les manipulations de l'information. Le domaine contribue du reste au renforcement du caractère hybride de l'IRSEM en diffusant des notes se situant à l'intersection de la recherche académique et de l'analyse de renseignement en sources ouvertes.
-

Biographie



Marion TROUSSELARD



marion.trousselard@gmail.com

Marion Trousselard est médecin, psychologue clinicienne et professeure de neurosciences. Ses travaux portent sur les mécanismes du stress aigu, chronique et traumatique, ainsi que sur les facteurs de vulnérabilité et de résilience en contextes à forte exigence.

Elle a exercé au sein du Service de santé des armées de 1996 à 2024, occupant successivement des fonctions cliniques, de recherche et de direction, notamment comme cheffe de la division santé du militaire en opération à l'Institut de recherche biomédicale des armées (IRBA). Auditrice de l'IHEDN (58^e promotion), elle a conduit des recherches sur les dimensions humaines, éthiques et décisionnelles en situation complexe. Elle est aujourd'hui professeure à l'École des psychologues praticiens, où elle assure le lien entre recherche fondamentale et pratique clinique dans le champ de la prévention en santé mentale.

Sommaire

8 Résumé

9 Introduction

12 I. Une crise de santé mentale à l'échelle de la guerre

Un problème qui dépasse le soin individuel	12
D'une réponse spécialisée à une réponse graduée	15
Repérer tôt pour éviter la chronicisation	16
Le coût de l'inaction	18

21 II. Le stress, un facteur direct de performance opérationnelle

Décider dans l'incertitude et sous le feu	21
Quand la charge cognitive paralyse la décision	22
Le commandement, premier acteur de prévention	23
Des décisions aux blessures morales durables	25

26 III. Le trauma, un enjeu de long terme pour les forces

Une atteinte qui dépasse le psychisme	26
Des trajectoires de récupération non linéaires	27
Un risque de transmission aux générations futures	28

30 IV. Construire une capacité de réponse à la hauteur de l'engagement

Rapprocher le soutien des unités	30
Grader et coordonner les prises en charge	31
Former et superviser les acteurs de première ligne	31
Intégrer soin psychique et réhabilitation physique	32
Mobiliser le numérique sans le sur-vendre	33
Inscrire l'effort dans la durée	36
S'appuyer sur une doctrine éprouvée : la psychiatrie de l'avant	37

40	V. La France face à ses alliés : un dispositif à faire monter en puissance	
	Un socle solide, calibré pour d'autres engagements	40
	Trois angles morts à lever	42
	Ce que le Royaume-Uni et Israël peuvent nous apprendre	44
46	VI. Reconnaître les blessures invisibles : enjeux médico-légaux et éthiques	
49	Conclusion	
51	Bibliographie	

Résumé

En contexte de guerre de haute intensité, la santé mentale des combattants et des populations civiles constitue un déterminant opérationnel de premier ordre, trop longtemps traité comme un effet secondaire ou un enjeu différé. Les conflits prolongés, dont la guerre en Ukraine offre le cas le plus documenté, génèrent des besoins psychologiques massifs que les systèmes spécialisés, conçus pour des flux individuels en temps de paix, sont structurellement incapables d'absorber. Détresse aiguë, stress post-traumatique infraclinique et blessures morales dégradent en temps réel la capacité décisionnelle, la cohésion des unités et la soutenabilité de l'effort de défense.

Cette étude défend un changement de paradigme : non plus soigner après, mais protéger tôt et à grande échelle, via une architecture de santé publique graduée. Elle en identifie les conditions opérationnelles et analyse les ajustements structurels qu'appellerait un engagement de haute intensité : capacité de montée en charge, continuité civil-militaire, détection précoce des formes subsyndromiques. Elle aborde les enjeux éthiques et médico-légaux que soulève la reconnaissance des blessures invisibles. La santé mentale n'est pas une variable d'ajustement : c'est un composant du capital humain stratégique dont dépend la capacité à soutenir un engagement prolongé.

Introduction

La guerre en Ukraine a replacé au cœur des préoccupations stratégiques une réalité souvent reléguée à l'après-conflit : les atteintes psychiques constituent, dès le temps du combat, un facteur limitant de la capacité opérationnelle et de la résilience sociétale. Ce constat, documenté depuis les travaux fondateurs sur le *shell shock* de la Première Guerre mondiale¹, peine pourtant à se traduire en architectures de réponse adaptées. Les systèmes de santé mentale, conçus pour des flux individuels en temps de paix, se révèlent structurellement inadaptés aux besoins de masse que génèrent les conflits prolongés.

L'ampleur du phénomène en Ukraine en donne la mesure. Les études conduites depuis 2022 documentent des niveaux élevés de symptômes post-traumatiques, anxieux et dépressifs au sein des populations exposées, militaires comme civils et personnes déplacées, tandis que les organisations internationales estiment à plusieurs millions le nombre de personnes nécessitant un suivi psychologique². Or le système de prise en charge ukrainien, hérité d'un modèle hospitalo-centré et déjà fragilisé avant le conflit, s'est trouvé structurellement dépassé : pénurie de professionnels spécialisés, stigmatisation persistante du recours au soin et nécessité de reconstruire dans l'urgence une offre de première ligne par l'intégration de la santé mentale aux soins primaires et la

-
1. L'expression *shell shock* est introduite en 1915 par le médecin militaire britannique Charles Myers pour désigner les troubles psychiques observés chez les soldats exposés aux bombardements d'artillerie. Voir : Charles Myers, « A Contribution to the Study of Shell Shock », *The Lancet*, 185 (4772), 1915, p. 316-320. Pour une synthèse historiographique, voir également : Ben Shephard, *A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*, Harvard University Press, 2001.
 2. Nataliya Kurapov et al., « Psychological Wellbeing of Ukrainian Civilians », *Frontiers in Psychology*, 16, 2025, p. 1-12 ; Shengjie Wang et al., « Associations between Mental Health Symptoms, Trauma, Quality of Life and Coping in Adults Living in Ukraine: A Cross-Sectional Study a Year after the 2022 Russian Invasion », *Psychiatry Research*, 339, 2024, article 116056.

formation massive d'acteurs non spécialisés¹. Force est de constater que ce décalage entre l'ampleur des besoins et la capacité des dispositifs spécialisés n'est pas une singularité ukrainienne : il préfigure ce à quoi tout système conçu pour des flux de paix serait confronté dans un engagement de haute intensité.

Les travaux récents issus du conflit ukrainien confirment l'ampleur du phénomène, tout en soulignant ses spécificités : temporalité non linéaire du trauma, intrication des atteintes physiques et psychiques, effets transgénérationnels et risque de désaffiliation progressive des combattants et des blessés. Ces caractéristiques imposent de dépasser les cadres nosographiques classiques – centrés sur le trouble de stress post-traumatique constitué – pour adopter une vision en continuum, articulant urgence et long terme.

L'argument central de cette étude est que la santé mentale en contexte de guerre de haute intensité constitue un déterminant du capital humain stratégique, au même titre que les équipements ou les ressources logistiques. Sa préservation conditionne la performance décisionnelle à court terme, la fidélisation des forces à moyen terme et la cohésion sociale à long terme. Partir de ce constat oblige à repenser les architectures de réponse – non pour soigner plus, mais pour protéger mieux, plus tôt et à plus grande échelle. Une telle transformation ne relève pas d'une mobilisation de crise : son efficacité suppose qu'elle soit engagée en amont de l'engagement majeur, dès le temps de la préparation opérationnelle, l'expérience des conflits récents montrant qu'une architecture graduée ne s'improvise pas une fois les flux massifs constitués.

À partir d'une approche clinique et des enseignements des conflits contemporains, cette étude propose une grille d'analyse des principaux enjeux et des pistes opérationnelles pour y répondre. Elle

1. World Health Organization, *Ukraine: Mental Health and Psychosocial Support Response*, Genève, 2022–2023 ; United Nations Children's Fund, *Mental Health and Psychosocial Support in Ukraine*, New York, 2022 ; Inter-Agency Standing Committee, *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, Genève, 2007.

conduit à identifier trois priorités stratégiques : la réalisation d'une revue stratégique spécifiquement consacrée à la santé mentale dans les hypothèses d'un engagement majeur, le développement d'une architecture de coordination civil-militaire pour les crises prolongées et l'intégration de la résilience psychologique comme critère à part entière des normes d'entraînement et de préparation opérationnelle.

I. Une crise de santé mentale à l'échelle de la guerre

La guerre de haute intensité produit une souffrance psychique qui dépasse largement le cas individuel. Ce qui relevait hier d'une prise en charge clinique isolée devient, à l'échelle d'un conflit majeur, un enjeu de santé publique qui appelle un changement de méthode autant que de moyens.

Un problème qui dépasse le soin individuel

Les estimations actuelles évoquent plusieurs millions de personnes nécessitant un soutien psychologique. Cette réalité impose de dépasser une approche centrée sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT) pour adopter une vision en continuum. Les atteintes psychiques incluent des états de détresse aiguë, des troubles anxieux et dépressifs, des perturbations du sommeil, ainsi que des formes complexes associées à une exposition prolongée à la violence.

L'exposition prolongée au stress et à des événements violents qui caractérise tout engagement de haute intensité affecte également le fonctionnement familial, en particulier lorsque les figures parentales sont elles-mêmes soumises à un stress chronique ou à des expériences traumatiques. Les altérations des capacités de régulation émotionnelle, de disponibilité psychique et de qualité des interactions parent-enfant contribuent à fragiliser les environnements de développement des enfants. Dans ce contexte, ces derniers peuvent être exposés à une accumulation d'adversités précoces (*adverse childhood experiences*), dont les effets à long terme sont désormais bien établis. Les travaux fondateurs mettent en évidence une relation dose-effet entre le nombre d'adversités vécues dans l'enfance et le risque ultérieur de troubles psychiatriques, de maladies somatiques

et de conduites à risque¹. Ces expositions précoces, en particulier lorsqu'elles s'inscrivent dans des contextes de violence chronique, sont associées à des mécanismes de stress toxique susceptibles d'altérer durablement les systèmes neurobiologiques de régulation, avec des conséquences sur les trajectoires cognitives, émotionnelles et sociales².

Au-delà de ces manifestations immédiates et développementales, la littérature souligne que l'exposition chronique au stress constitue un facteur de vulnérabilité majeur pour le développement de pathologies somatiques et neurocognitives à long terme, incluant notamment des troubles cardiovasculaires, des désordres inflammatoires et un risque accru de déclin cognitif et de démence³. Ces interactions entre stress, inflammation et vieillissement cérébral traduisent l'inscription du trauma dans le corps, au-delà de sa seule expression psychique.

Par ailleurs, les effets du stress et du trauma ne se limitent pas à l'individu exposé : ils peuvent s'inscrire dans des dynamiques intergénérationnelles, voire transgénérationnelles, via des mécanismes psychologiques, sociaux et biologiques de type épigénétiques de mieux

-
1. Vincent J. Felitti et al., « Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults », *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 1998, p. 245-258 ; Robert F. Anda et al., « The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (3), 2006, p. 174-186.
 2. Jack P. Shonkoff et al., « The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress », *Pediatrics*, 129 (1), 2012, p. e232-e246.
 3. Bruce McEwen, J. H. Morrison, « The Brain on Stress: Vulnerability and Plasticity of the Prefrontal Cortex over the Life Course », *Neuron*, 79 (1), 2013, p. 16-29 ; G. Livingston et al., « Dementia prevention, intervention, and care », *The Lancet*, 396 (10248), 2020, p. 413-446 ; Z. Raza et al., « Dementia in Military and Veteran Populations: A Review of Risk Factors », *Military Medical Research*, 8 (1), 2021, p. 55.

en mieux documentés¹. La transmission des vulnérabilités ne relève ainsi pas uniquement de facteurs éducatifs ou environnementaux, mais également de modifications durables des systèmes biologiques de régulation du stress.

Dans ce contexte, la santé mentale en situation de guerre ne relève pas uniquement d'une problématique aiguë ou individuelle, mais d'un enjeu de santé publique durable, aux implications profondes pour les trajectoires individuelles et collectives. Elle affecte non seulement la morbidité et la qualité de vie des populations, mais également les dynamiques sociales, éducatives et économiques à long terme.

Ces altérations ont également des implications directes en matière de capacité opérationnelle. À court terme, les troubles psychiques affectent la disponibilité, la performance et la prise de décision des combattants. À moyen terme, elles pèsent sur la fidélisation des personnels, en augmentant les sorties prématurées du service et en fragilisant les parcours professionnels. À plus long terme, les effets développementaux du trauma, notamment via l'exposition des enfants à des environnements familiaux dégradés, peuvent altérer le vivier de recrutement, en affectant les capacités cognitives, émotionnelles et physiques des futures générations. Enfin, à l'échelle collective, la diffusion de ces vulnérabilités fragilise la cohésion sociale et la confiance interpersonnelle, constituant un facteur limitant pour la mobilisation et la soutenabilité de l'effort de défense.

L'urgence immédiate s'inscrit ainsi dans une temporalité longue, dont les effets dépassent le temps du conflit pour affecter durablement la résilience des sociétés et la capacité des institutions à maintenir un niveau d'engagement opérationnel soutenu.

1. Rachel Yehuda et Amy Lehrner, « Intergenerational Transmission of Trauma Effects: Putative Role of Epigenetic Mechanisms », *World Psychiatry*, 17 (3), 2018, p. 243-257 ; Rachel Yehuda et al., « Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation », *Biological Psychiatry*, 80 (5), 2016, p. 372-380 ; Isabelle Mansuy, « The Impact of Parental Experiences on Offspring: From Behavior to Biology », *Nature Reviews Neuroscience*, 15 (12), 2014, p. 770-781.

D'une réponse spécialisée à une réponse graduée

Les dispositifs thérapeutiques classiques, fondés sur une prise en charge spécialisée, individualisée et parfois intensive, apparaissent inadaptés à des besoins massifs. Leur capacité de déploiement reste limitée, tant en termes de volume que de rapidité d'intervention. Cette inadéquation tient notamment à la contrainte des ressources humaines : déjà sous tension en temps ordinaire, les professionnels sont ici confrontés à une surcharge prolongée, à une exposition répétée à des situations traumatiques et à un risque accru d'usure professionnelle. Ces facteurs fragilisent non seulement les individus, mais compromettent également la continuité et la soutenabilité globale de l'offre de soins.

Dans ce contexte, la mise en place d'une organisation graduée des réponses s'impose. Celle-ci doit s'articuler selon une logique de différenciation à la fois spatiale, temporelle et fonctionnelle. Spatiale, car elle vise à rapprocher les capacités de soutien des lieux de vie et d'exposition des populations ; temporelle, car elle doit s'adapter à l'évolution des besoins, de l'urgence à la prise en charge différée ; et enfin fonctionnelle, en modulant le niveau d'expertise mobilisé selon la complexité des situations. Pour répondre à ce besoin, il est pertinent de proposer au moins trois niveaux d'organisation :

- Un premier niveau de soutien de proximité : ce niveau doit être accessible, rapide et non stigmatisant, reposant sur des dispositifs légers et des acteurs de première ligne (soignants non spécialistes, travailleurs sociaux, encadrants). Il vise à apporter un soutien immédiat, à restaurer un sentiment de sécurité et à prévenir l'aggravation des troubles ;
- Un second niveau de repérage et d'orientation : ce niveau doit permettre d'identifier les situations à risque, d'évaluer l'évolution des symptômes et d'orienter les personnes vers des prises en charge adaptées. Il suppose des outils simples, partagés et utilisables à large échelle ;

- Un troisième niveau spécialisé, dédié aux situations complexes ou sévères, mobilisant des compétences expertes en psychiatrie, psychologie et réhabilitation, souvent dans des structures identifiées.

Cette organisation graduée permet d'optimiser l'allocation des ressources, de limiter la saturation des structures spécialisées et d'assurer une continuité des parcours de soins. Le défi devient alors autant organisationnel que thérapeutique : il ne s'agit plus seulement de soigner, mais de structurer un système capable de répondre à une demande massive, évolutive et durable.

Repérer tôt pour éviter la chronicisation

En contexte de guerre, certaines réactions telles que la peur, l'hypervigilance, les troubles du sommeil relèvent d'une adaptation à une situation extrême. Ces manifestations, attendues en situation extrême, posent toutefois un double enjeu clinique : éviter à la fois la sur-pathologisation de réactions normales et la banalisation de troubles susceptibles de s'installer dans la durée¹. En effet, ces derniers évoluent souvent de manière insidieuse, à bas bruit, le sujet intégrant progressivement ces altérations comme une nouvelle norme de fonctionnement.

Dans le cas du TSPT, l'expérience traumatique peut durablement reconfigurer la perception de l'environnement, désormais appréhendé comme imprévisible et potentiellement dangereux. Cette transformation s'accompagne fréquemment de conduites d'évitement et de comportements de précaution excessifs, qui, s'ils visent à réduire l'anxiété à court terme, contribuent à long terme à l'épuisement psychique, à la restriction des activités et à une altération du fonctionnement social. Ce processus peut conduire à un isolement progressif, facteur aggravant reconnu, qui entretient et potentialise

1. Anke Ehlers, David M. Clark, « A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder », *Behaviour Research and Therapy*, 38 (4), 2000, p. 319-345.

l'évolution du trouble¹. Les données récentes issues du conflit ukrainien confirment l'ampleur de ces phénomènes, avec des niveaux élevés de symptômes post-traumatiques, d'anxiété et de dépression dans les populations exposées, qu'il s'agisse des militaires, des civils ou des personnes déplacées².

Aussi, une des difficultés réside dans l'identification des trajectoires nécessitant une intervention, dans un environnement marqué par l'incertitude et la surcharge. Dans ce cadre, la détection du TSPT infraclinique constitue aujourd'hui un enjeu majeur, tant sur le plan clinique que stratégique, dans la mesure où ces formes subsyndromiques, bien que ne répondant pas aux critères diagnostiques complets, s'accompagnent d'une morbidité significative et d'un risque évolutif élevé vers un TSPT constitué. La littérature montre en effet qu'environ 20 % des individus présentant un TSPT infraclinique développent un trouble complet dans les deux années suivant l'exposition traumatique, avec des niveaux d'altération fonctionnelle, de comorbidités psychiatriques et de risque suicidaire comparables à ceux observés dans les formes avérées³. Pourtant, leur repérage reste limité par des difficultés conceptuelles (absence de définition consensuelle), méthodologiques (outils centrés sur le déclaratif) et contextuelles, notamment dans les milieux militaires où la stigmatisation entrave

-
1. Chris R. Brewin, Tim Dalgleish, Stephen Joseph, « A Dual Representation Theory of Posttraumatic Stress Disorder », *Psychological Review*, 103 (4), 1996, p. 670-686.
 2. Ata Amini et al., « Post-traumatic stress disorder (PTSD) in war: a comprehensive review of subtypes, risk and protective factors, and therapeutic approaches », *Journal of Psychiatric Research*, 202, 2026, p. 137-151, doi:10.1016/j.jpsychires.2026.08.010.
 3. Julia Cukor et al., « The Nature and Course of Subthreshold PTSD », *Journal of Anxiety Disorders*, 24 (8), 2010, p. 918-923 ; Rachel M. Highfill-McRoy et al., « Predictors of Symptom Increase in Subsyndromal PTSD Among Previously Deployed Military Personnel », *Military Medicine*, 187 (5-6), 2022, p. e711-e717 ; Randall D. Marshall et al., « Comorbidity, Impairment, and Suicidality in Subthreshold PTSD », *The American Journal of Psychiatry*, 158 (9), 2001, p. 1467-1473 ; Alan L. Grubaugh et al., « Subthreshold PTSD in Primary Care: Prevalence, Psychiatric Disorders, Healthcare Use, and Functional Status », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (10), 2005, p. 658-664.

le recours au soin et la fiabilité du dépistage¹. Dans ce contexte, le développement d'outils objectifs et non stigmatisants, reposant sur des marqueurs objectifs, apparaît comme un besoin pour identifier précocement ces trajectoires à risque et adapter les stratégies de prévention à grande échelle².

Enfin, contrairement à une représentation classique du trauma comme événement ponctuel, les conflits prolongés exposent les individus à une violence répétée. Cette temporalité modifie les trajectoires cliniques : les troubles peuvent apparaître de manière différée ou évoluer dans la durée. La prise en charge doit donc articuler l'urgence et le long terme, sans attendre la fin du conflit.

Le coût de l'inaction

Au-delà de l'argument capacitaire, la préservation de la santé mentale des combattants constitue également un enjeu budgétaire de premier plan, trop rarement chiffré dans les débats français relatifs à la programmation militaire.

Les données historiques disponibles sur les conflits de haute intensité du XX^e siècle suggèrent que les pertes psychiatriques ont représenté, selon les théâtres et les phases d'engagement, une proportion significative – de l'ordre de 10 à 30 % selon les périodes – de l'ensemble des pertes au combat non mortelles, proportion qui s'est maintenue, voire accrue, lors des engagements prolongés à forte intensité de feu. Aux États-Unis, le rapport fondateur *Invisible Wounds of War* estimait dès 2008 qu'environ 18,5 % des militaires revenant

-
1. Charles W. Hoge et al., « Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care », *The New England Journal of Medicine*, 351 (1), 2004, p. 13-22.
 2. Terrence W. Britt et al., « The Role of Different Stigma Perceptions in Treatment Seeking and Dropout Among Active Duty Military Personnel », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38 (2), 2015, p. 142-149 ; Dinesh Mittal et al., « Stigma Associated with PTSD: Perceptions of Treatment Seeking Combat Veterans », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36 (2), 2013, p. 86-92.

d'Irak ou d'Afghanistan présentaient un probable trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou une dépression, tandis qu'environ 31 % étaient concernés par au moins l'une des trois principales « blessures invisibles » étudiées — TSPT, dépression ou traumatisme crânien¹. Les données accumulées depuis confirment le poids sanitaire durable des conflits post-11 Septembre, tout en soulignant l'hétérogénéité des estimations selon les populations et les méthodes considérées. Les travaux du programme *Costs of War* indiquent notamment que plus de 1,8 million de vétérans américains de ces conflits présentent désormais une incapacité officiellement reconnue liée au service et que plus de 40 % des vétérans post-11 Septembre bénéficient de prestations pour incapacité². Les conséquences à long terme concernent également la santé mentale et la mortalité, le nombre de décès par suicide parmi les militaires et vétérans ayant servi dans ces conflits étant estimé à plusieurs fois celui des décès au combat. Ce constat invite à considérer les atteintes psychiques non comme un phénomène périphérique, mais comme une composante structurelle du volume des pertes à anticiper dans toute hypothèse d'engagement majeur.

Ce raisonnement coût-bénéfice, encore marginal dans la doctrine française de programmation militaire, mérite d'être intégré aux arbitrages relatifs à la haute intensité : le coût de l'inaction – mesuré en pertes de compétences, en attrition des effectifs formés, en désengagement progressif et en charge différée sur les systèmes de santé et de compensation – dépasse structurellement le coût d'une architecture de prévention et de repérage précoce. Ce constat rejoint les termes du rapport sénatorial de 2023 sur le Service de santé des armées, qui souligne les tensions capacitaires du SSA sans toutefois documenter spécifiquement le poste santé mentale.

-
1. Terri Tanielian, Lisa H. Jaycox (dir.), *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*, Santa Monica, RAND Corporation, 2008.
 2. *Costs of War*, « U.S. Military, Veterans, Contractors & Allies », Watson School of International and Public Affairs, Brown University. Mis à jour juin 2025. Consulté le 29 août 2026.

À titre d'ordre de grandeur, une architecture de prévention à l'échelle des forces armées françaises (*i.e.*, formation de repérage de premier niveau, *task-shifting*¹ encadré, outils numériques de suivi) représente un investissement sans commune mesure avec le coût, individuel et collectif, d'un afflux massif de troubles psychiques non anticipé dans un contexte de haute intensité, où la capacité de l'appareil de santé à absorber une demande soudaine et volumineuse sera par construction limitée.

-
1. Le *task-shifting* renvoie à un dispositif de soutien par les pairs, conçu à l'origine pour les Royal Marines puis étendu à l'ensemble des forces armées britanniques, où des militaires non professionnels de santé (« praticiens TRiM ») sont formés à repérer et accompagner leurs camarades après un événement potentiellement traumatique, sans se substituer aux structures spécialisées vers lesquelles ils les orientent si besoin. Neil Greenberg, Victoria Langston et Amy C. Iversen *et al.*, « Trauma Risk Management (TRiM) in the UK Armed Forces », *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 154 (2), 2008, p. 124-127.

II. Le stress, un facteur direct de performance opérationnelle

Le stress de combat n'affecte pas seulement la santé des combattants : il affecte leur capacité à décider. Loin d'être un enjeu périphérique au soin, la santé mentale conditionne directement la qualité de la décision, la cohésion des unités et la soutenabilité de l'engagement, ce qui en fait un facteur de performance opérationnelle à part entière. Les données issues des neurosciences montrent que le stress prolongé – aigu comme chronique – affecte les fonctions de régulation émotionnelle, d'attention, de mémoire de travail et d'analyse de l'information. Dans les environnements de guerre de haute intensité, ces altérations ne relèvent pas du registre médical différé : elles se traduisent en temps réel par une dégradation de la boucle décisionnelle (observation – orientation – décision – action), une réduction de la flexibilité cognitive et une fragilisation de la coordination collective. La santé mentale n'est donc pas seulement un enjeu de soutien aux individus – elle conditionne directement la performance opérationnelle et la soutenabilité de l'engagement.

Décider dans l'incertitude et sous le feu

En situation de guerre de haute intensité, la décision opérationnelle s'exerce dans un environnement que Clausewitz qualifiait de « brouillard » : simultanéité des contraintes, instabilité de la situation, compression du temps, saturation informationnelle¹. Ce type d'environnement, communément désigné sous l'acronyme VUCA (*Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity*), impose des arbitrages rapides avec une connaissance partielle du terrain et de l'adversaire. Ne pas

1. Carl von Clausewitz, *De la guerre*, Éditions de Minuit, 1955, p. 85.

agir constitue en soi une décision, souvent lourde de conséquences tactiques.

Or le stress aigu et chronique affecte précisément les processus mobilisés dans ces conditions : il biaise les jugements, réduit la flexibilité cognitive et favorise le recours à des heuristiques simplificatrices. Les travaux de Gary Klein sur la *Recognition-Primed Decision* montrent que les experts opèrent moins par comparaison d'options que par reconnaissance de configurations familières¹ – une capacité fragilisée dès lors que le champ attentionnel se rétrécit sous l'effet du stress (phénomène de *tunneling*). La capacité à décider repose ainsi moins sur l'exhaustivité de l'analyse que sur la robustesse des schémas d'action – et sur l'intégrité cognitive de celui qui les mobilise.

Quand la charge cognitive paralyse la décision

La qualité de la décision dépend étroitement de la *situational awareness* – définie comme la capacité à percevoir, comprendre et anticiper l'évolution de l'environnement². En situation de surcharge cognitive, cette conscience de la situation se dégrade : certaines informations n'atteignent pas le seuil de traitement conscient, les phases d'orientation et d'anticipation sont ralenties ou biaisées, et la rigidification des comportements augmente.

L'intolérance à l'incertitude constitue ici un facteur aggravant majeur : elle accroît la charge cognitive, favorise l'hésitation ou, à l'inverse, des décisions prématurées. La fatigue, la privation de sommeil et la pression émotionnelle – omniprésentes en contexte opérationnel – altèrent par ailleurs les fonctions exécutives et modifient l'évaluation du risque, pouvant conduire à une surexposition ou, au contraire, à un

1. Gary Klein, *Sources of Power: How People Make Decisions*, MIT Press, 1998.

2. Mica R. Endsley, « Toward a Theory of Situation Awareness in Dynamic Systems », *Human Factors*, 37 (1), 1995, p. 32-64.

évitement fonctionnel¹. Lorsqu'elle se répète, la non-décision devient un facteur de vulnérabilité opérationnelle à part entière, susceptible d'affecter la cohésion et la dynamique d'action collective.

Ces altérations sont d'autant plus difficiles à détecter que les individus concernés manquent souvent de la capacité à reconnaître leurs propres limitations : les troubles de l'attention, les biais cognitifs induits par le stress et certaines stratégies d'évitement entravent l'identification des difficultés et retardent le recours au soin – ce que la stigmatisation en milieu militaire ne fait qu'aggraver.

Le commandement, premier acteur de prévention

Le rôle actif du commandement de proximité dans la prévention des atteintes psychiques mérite d'être développé au-delà du seul constat de la stigmatisation. La littérature militaire converge pour identifier la cohésion d'unité et le leadership de proximité comme des facteurs protecteurs de premier ordre, susceptibles de moduler significativement l'incidence et la sévérité des troubles liés au stress de combat, indépendamment du niveau d'exposition².

Deux leviers méritent une attention particulière dans la perspective d'une haute intensité. D'une part, le rôle des chefs comme premiers « repéreurs » : formés à identifier les signes précoces de détresse ou de désengagement chez leurs subordonnés, ils constituent un maillon irremplaçable dans un contexte où l'accès aux structures spécialisées sera, par construction, dégradé. Cette fonction de repérage suppose une formation spécifique qui dépasse la sensibilisation générale existante et une légitimation explicite de ce rôle dans le parcours de

-
1. Christopher A. McKenna et al., « The Effects of Stress and Sleep Deprivation on Decision-Making », *Military Psychology*, 19 (3), 2007, p. 245-265.
 2. Zachary Griffith, « Multilevel Analysis of Cohesion's Relation to Stress, Well-Being, Identification, Disintegration, and Perceived Combat Readiness », *Military Psychology*, 14 (3), 2002, p. 217-239.

commandement, afin qu'il ne soit pas perçu comme périphérique à la mission opérationnelle.

D'autre part, le commandement joue un rôle clé dans la déstigmatisation du soin : la perception qu'ont les militaires de l'attitude de leur hiérarchie envers le soin psychologique détermine davantage le recours effectif que la stigmatisation institutionnelle ou par les pairs¹. Un chef qui normalise explicitement le recours au soutien psychologique, en période de préparation opérationnelle plutôt qu'en réaction à une crise déjà constituée, modifie sensiblement les comportements de recours de son unité.

Des dispositifs de soutien par les pairs (*peer support*), formalisés et articulés avec la chaîne de commandement sans s'y substituer, complètent utilement ce dispositif : des combattants formés à un premier niveau d'écoute et d'orientation, positionnés au sein même des unités, réduisent la distance perçue entre l'expression d'une difficulté et l'accès à une aide légitime. Ces dispositifs s'inscrivent dans une logique proche de celle du *task-shifting*, mais en étant spécifiquement ancrée dans les dynamiques de groupe primaire propres au milieu militaire.

Ces constats invitent à considérer le commandement non comme un simple relais de la politique de santé mentale des armées, mais comme un acteur à part entière de sa mise en œuvre opérationnelle, ce qui implique de l'intégrer explicitement dans les normes de formation et d'évaluation du commandement, et non uniquement dans celles des professionnels de santé.

1. Thomas W. Britt, Kathleen M. Wright, Dewayne Moore, « Leadership as a predictor of stigma and practical barriers toward receiving mental health treatment: a multilevel approach », *Psychological Services*, 9 (1), 2012, p. 26-37, doi :10.1037/a0026412 et James McGuffin et al., « Military and Veteran help-seeking behaviors: Role of mental health stigma and leadership », *Military Psychology*, 33 (5), 2021, p. 332-342, doi :10.1080/08995605.2021.1962181.

Des décisions aux blessures morales durables

Au-delà de l'altération cognitive immédiate, la décision en situation de combat engage l'individu dans la durée. Les choix effectués sous contrainte extrême – engager, ne pas engager, exposer ses subordonnés, tolérer des pertes civiles – peuvent entrer en tension avec les valeurs personnelles et générer des formes de dissonance morale (*moral injury*) dont les effets s'inscrivent bien au-delà du temps opérationnel. Ces expériences contribuent à la construction de la mémoire opérationnelle des unités et influencent les comportements futurs, individuels et collectifs.

À l'échelle des forces, la diffusion de ces vulnérabilités – en l'absence de repérage et de prise en charge adaptés – peut conduire à des formes de désengagement progressif, fragilisant la disponibilité opérationnelle et la cohésion des unités. La santé mentale apparaît ainsi comme une fonction de maintien des capacités, conditionnant non seulement la performance à court terme, mais la soutenabilité de l'engagement dans la durée.

Les données issues des neurosciences montrent que le stress prolongé affecte les fonctions de régulation émotionnelle, d'attention, de mémoire et d'analyse de l'information. Ces altérations ont des conséquences directes sur la performance individuelle et collective exacerbées dans les environnements de guerre de haute intensité. Ces altérations cognitives affectent en effet directement les processus de décision, en perturbant les capacités d'orientation, d'anticipation et d'arbitrage en situation d'incertitude. Elles peuvent se traduire par une dégradation de la boucle décisionnelle (observation – orientation – décision – action), sous l'effet d'une surcharge informationnelle et d'une saturation cognitive, limitant la capacité à hiérarchiser les priorités et à adapter rapidement les réponses. À l'échelle collective, ces perturbations fragilisent la coordination, la confiance et la fluidité de la manœuvre, constituant ainsi un facteur de vulnérabilité opérationnelle.

III. Le trauma, un enjeu de long terme pour les forces

Le trauma ne s'arrête ni à la fin de l'exposition, ni à la personne directement exposée. Ses effets s'inscrivent dans une temporalité longue et se propagent au-delà de l'individu, jusqu'à peser, par ricochet, sur le capital humain et le vivier de recrutement des armées.

Une atteinte qui dépasse le psychisme

Le trauma de guerre ne peut être dissocié des atteintes physiques. Chez les blessés graves et les amputés, les dimensions somatiques et psychiques sont étroitement intriquées. Douleur, altération de l'image de soi, troubles cognitifs et émotionnels interagissent et influencent la récupération. Au-delà de ces atteintes, le trauma affecte également des dimensions plus fondamentales de l'expérience de soi, notamment la capacité à se percevoir comme un agent agissant dans le monde et à inscrire son expérience dans une continuité temporelle.

Les travaux récents suggèrent que le trauma peut altérer le sentiment d'agentivité¹, entendu comme la capacité à initier, contrôler et attribuer ses actions et leurs conséquences. Cette altération se manifeste cliniquement par des expériences d'impuissance, de perte de contrôle ou de sidération, mais également par des difficultés à se réengager activement dans l'action. Parallèlement, le trauma

1. *Agentivité (ou sense of agency)* : sentiment subjectif d'être l'auteur de ses propres actions et d'en maîtriser les effets sur l'environnement. Dans les états post-traumatiques, cette expérience fondamentale peut être dissociée : le sujet perçoit ses actes comme automatiques, contraints ou étrangers à lui-même, ce qui compromet le réengagement volontaire dans l'action et le processus de réhabilitation. Voir : Chris R. Brewin et al., « A Dual Representation Theory of Posttraumatic Stress Disorder », *Psychological Review*, 103 (4), 1996, p. 670-686.

perturbe la chronesthésie¹, c'est-à-dire la capacité à se représenter subjectivement dans le temps, à relier le passé, le présent et le futur. L'événement traumatique tend alors à rester présent de manière fragmentée et décontextualisée, limitant les capacités de projection et d'anticipation.

Des trajectoires de récupération non linéaires

La temporalité du trauma ne se réduit pas à une opposition entre phase aiguë et phase chronique. Les trajectoires d'évolution sont hétérogènes, marquées par des phases de stabilisation, de réactivation ou d'aggravation, en fonction des contextes de vie et des expositions ultérieures. Cette dynamique non linéaire complique l'identification des besoins et la planification des prises en charge. Elle impose de considérer la récupération comme un processus évolutif, susceptible de s'inscrire dans des temporalités longues, parfois discontinues, et nécessitant des capacités d'adaptation des dispositifs dans la durée.

Ces altérations ne constituent pas seulement des manifestations cliniques, mais participent à la difficulté de récupération. L'atteinte de l'agentivité limite la capacité du sujet à mobiliser des stratégies adaptatives et à s'engager dans les processus de réhabilitation, tandis que la perturbation de la temporalité entrave la construction de trajectoires de reprise et d'anticipation. Elles contribuent ainsi à l'installation de formes chroniques ou complexes, en particulier lorsque

-
1. *Chronesthésie* (du grec *khronos*, temps, et *aisthesis*, perception) : concept introduit par le neuropsychologue Endel Tulving pour désigner la capacité à « voyager mentalement dans le temps » – c'est-à-dire à se projeter consciemment dans son propre passé ou futur. Le trauma en perturbe le fonctionnement en fragmentant la mémoire épisodique et en court-circuitant la capacité d'anticipation, rendant le sujet prisonnier d'un présent répétitif. Concrètement, un combattant dont la chronesthésie est altérée peine à formuler des objectifs, à planifier une action ou à concevoir un après – autant de fonctions critiques en contexte opérationnel. Voir : Endel Tulving, « Episodic Memory and Autonoesis: Uniquely Human? », dans Herbert S. Terrace et Janet Metcalfe (dir.), *The Missing Link in Cognition*, Oxford University Press, 2005, p. 3-56.

les prises en charge ne permettent pas de restaurer un sentiment minimal de contrôle et de continuité.

Dans ce contexte, les dispositifs de prise en charge ne peuvent se limiter à une réduction symptomatique, mais doivent intégrer une dimension de réhabilitation fonctionnelle visant à restaurer les capacités d'action et de projection. La reconstruction de l'agentivité constitue ici un enjeu central, impliquant des approches favorisant le réengagement progressif dans l'environnement, la reprise d'initiatives et la réappropriation du corps et de l'action. Ces processus sont particulièrement déterminants chez les blessés physiques, pour lesquels la récupération ne dépend pas uniquement des paramètres médicaux, mais également de la capacité à reconstruire un sentiment d'efficacité personnelle et de continuité de soi dans le temps.

Un risque de transmission aux générations futures

Cette dimension conditionne également la possibilité de réinscription dans des collectifs – familiaux, sociaux ou professionnels – et, dans le cas militaire, la capacité à maintenir ou retrouver un niveau d'engagement compatible avec les exigences opérationnelles. À défaut, le risque est celui d'une désaffiliation progressive, associée à une perte durable de compétences, d'expérience et de potentiel humain.

Au-delà de l'individu directement exposé, les effets du trauma s'inscrivent également dans des dynamiques intergénérationnelles et transgénérationnelles. Sur le plan psychologique et social, les troubles non pris en charge peuvent affecter les relations familiales, les capacités éducatives et les modes de transmission, contribuant à la diffusion de vulnérabilités au sein des générations suivantes. Sur le plan biologique, un nombre croissant de travaux suggère que l'exposition au stress traumatique peut induire des modifications durables des systèmes de régulation neuroendocriniens et épigénétiques, susceptibles d'être partiellement transmises à la descendance.

Ces mécanismes prolongent les effets du trauma bien au-delà du temps de l'exposition et du seul individu concerné, en affectant potentiellement la cohésion sociale, la santé des familles et, à terme, les ressources humaines disponibles pour la défense. En particulier, l'altération durable des capacités d'engagement, de projection et d'adaptation peut peser sur les dynamiques de reconstruction individuelle et collective.

Dans un contexte militaire, la santé mentale apparaît ainsi comme un déterminant de la capacité opérationnelle non seulement à court terme, mais aussi dans une perspective de génération, au même titre que les ressources matérielles et humaines. Le maintien de l'agentivité des individus et des collectifs constitue une condition de préservation du capital humain stratégique, dont dépend directement la capacité d'engagement, de résilience et de régénération des forces dans la durée.

IV. Construire une capacité de réponse à la hauteur de l'engagement

Les dispositifs actuels ne sont pas dimensionnés pour un afflux massif et prolongé de troubles psychiques. Répondre à un engagement de haute intensité suppose de construire, dès le temps de paix, une capacité graduée, formée et soutenable dans la durée, en s'appuyant sur l'existant plutôt qu'en le réinventant.

Aucun système de santé ne dispose spontanément des ressources nécessaires pour répondre à une demande massive en santé mentale. Les enjeux identifiés ne relèvent pas uniquement d'une adaptation des pratiques cliniques, mais d'une transformation des modèles d'organisation et de réponse. Face à des besoins massifs, prolongés et évolutifs, les stratégies doivent articuler accessibilité, qualité des prises en charge et soutenabilité des dispositifs.

Rapprocher le soutien des unités

Le déploiement de dispositifs de proximité constitue une priorité afin de garantir un accès rapide, non stigmatisant et adapté aux contextes locaux. Ces approches reposent sur l'intégration du soutien psychologique au plus près des lieux de vie et d'exposition, en s'appuyant sur des acteurs de première ligne. Elles permettent de réduire les ruptures de parcours, de favoriser le repérage précoce et de limiter l'aggravation des troubles.

Dans le contexte ukrainien, cette logique s'est traduite par un renforcement du soutien en santé mentale au plus près des populations, notamment par son intégration aux soins primaires et la formation

d'acteurs non spécialisés¹. Complétés par des équipes mobiles de soutien psychologique de première ligne (Psychological First Aid) et des dispositifs communautaires, ces relais permettent de maintenir l'accès au soutien malgré la dispersion des populations et les contraintes opérationnelles.

Graduer et coordonner les prises en charge

La réponse ne peut reposer exclusivement sur des structures spécialisées. Elle doit s'inscrire dans une organisation graduée, articulant soutien de première ligne, dispositifs de repérage et orientation, et prises en charge expertes. Cette structuration suppose une coordination renforcée entre les acteurs, une clarification des rôles et des outils partagés, afin d'assurer la continuité et la lisibilité des parcours dans des environnements complexes et instables.

D'autres expériences de guerre montrent l'importance de cette organisation en réseau. En Syrie ou en Irak, la mise en place de dispositifs de santé mentale et de soutien psychosocial associant plusieurs catégories d'acteurs, des mécanismes d'orientation et des référentiels communs a cherché à préserver la continuité des prises en charge malgré la fragmentation des systèmes de santé².

Former et superviser les acteurs de première ligne

L'extension des capacités repose en grande partie sur la formation de professionnels non spécialistes aux compétences de base en

-
1. World Health Organization, *Strengthening National Capacity for Mental Health and Psychosocial Support During the War: WHO Support to Ukraine in 2022*, WHO, 2023.
 2. International Medical Corps, *Mental Health and Psychosocial Support Programs in Conflict Settings: Lessons from Syria and Iraq*, Los Angeles, 2017.

soutien psychologique. Les stratégies de *task-shifting*¹ constituent à cet égard un levier majeur. Elles doivent toutefois s'accompagner de dispositifs de supervision, de soutien aux intervenants et de formation continue, afin de garantir la qualité des interventions et de prévenir l'épuisement des acteurs mobilisés.

Plusieurs expériences en contexte de crise confirment l'intérêt de ces approches. Le programme mhGAP développé par la World Health Organization a permis, dans différents contextes de conflit, de former des professionnels non spécialistes à la prise en charge des troubles mentaux courants, avec des résultats probants en matière d'accès aux soins². De même, des interventions structurées telles que la *Narrative Exposure Therapy* ont démontré leur efficacité lorsqu'elles sont délivrées par des intervenants formés et supervisés en contexte de guerre³. Enfin, dans des contextes tels que la Syrie ou l'Irak, les dispositifs de santé mentale et de soutien psychosocial reposent largement sur la formation d'acteurs de première ligne, combinée à des mécanismes de supervision, afin de maintenir la qualité des interventions et de prévenir l'usure des équipes.

Intégrer soin psychique et réhabilitation physique

La prise en charge du trauma ne peut être dissociée des atteintes physiques et des processus de réhabilitation. L'intégration des dimensions psychiques dans les parcours de soins somatiques permet de mieux prendre en compte les interactions entre douleur, cognition, émotions et engagement dans la récupération. Elle favorise également

-
1. World Health Organization, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings*, Genève, 2016 ; Vikram Patel et al., « Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries », *The Lancet*, 378 (9802), 2011, p. 1441-1452.
 2. World Health Organization, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings*, op. cit.
 3. Frank Neuner et Thomas Elbert, « Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders », op. cit.

la restauration des capacités d'action et de projection, en cohérence avec les enjeux d'agentivité identifiés.

Dans le champ militaire, plusieurs dispositifs illustrent concrètement cette logique d'intégration psychosomatique. En France, les cellules d'aide aux blessés – présentes dans chaque armée depuis le milieu des années 2000, l'armée de terre ayant été pionnière en la matière¹, proposent un accompagnement global articulant soins médicaux, soutien psychologique, réhabilitation et réinsertion professionnelle. Ce maillage institutionnel est complété, pour les blessés les plus sévères, par le réseau des maisons Athos, structures d'hébergement et d'accompagnement psychosocial non médicalisé, qui offrent un cadre de reconstruction hors des logiques hospitalières. Aux États-Unis, des dispositifs tels que le *Wounded Warrior Program*² reposent également sur une prise en charge multidimensionnelle, combinant soins physiques, soutien psychologique, accompagnement social et reconversion professionnelle.

Ces dispositifs permettent de dépasser une logique strictement curative pour s'inscrire dans une perspective de reconstruction fonctionnelle et de maintien du lien avec l'institution. Ils soulignent l'importance d'une approche coordonnée, centrée sur les capacités et les trajectoires de vie, dans la prise en charge des blessures visibles et invisibles. Ces approches contribuent non seulement à la récupération individuelle, mais également à la préservation des compétences, de l'expérience et du capital humain au sein des forces.

Mobiliser le numérique sans le sur-vendre

Les technologies numériques offrent des opportunités pour étendre l'accès aux soins, en particulier dans des contextes de dispersion

-
1. Ministère des Armées, *La Cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT)*, Paris, 2020.
 2. U.S. Department of Defense, *Wounded Warrior Care and Transition Policy*, Washington, D.C., 2018.

géographique ou de contraintes logistiques¹. Téléconsultation, outils de dépistage, programmes de soutien à distance ou dispositifs de suivi peuvent contribuer à renforcer la continuité des prises en charge. Leur déploiement suppose toutefois une adaptation aux contextes d'usage, une formation des utilisateurs et une attention particulière aux questions de confidentialité et d'acceptabilité.

Dans les contextes de guerre récents, plusieurs initiatives illustrent ces apports et les adaptations aux contextes. En Ukraine, le développement de dispositifs de téléconsultation et de plateformes de soutien psychologique à distance a permis de maintenir un accès aux soins malgré les déplacements de population et les contraintes sur les infrastructures. Dans d'autres contextes, notamment en Syrie, les outils numériques ont été mobilisés pour assurer la supervision à distance des intervenants et la formation continue des acteurs de première ligne, contribuant ainsi à soutenir les dispositifs de prise en charge². Par ailleurs, des programmes développés aux États-Unis par le U.S. Department of Veterans Affairs et le U.S. Department of Defense³, tels que les applications de soutien aux troubles liés au trauma, illustrent le potentiel des outils numériques pour renforcer l'autonomie des individus et prolonger l'accompagnement en dehors des structures de soins. En France, le développement d'outils numériques dédiés, tels que l'application TraumaCare⁴ conçue par l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, vise à accompagner les patients dans le suivi de leurs symptômes et à soutenir les parcours de soin, en facilitant l'articulation entre prise en charge présenteielle et à distance.

-
1. World Health Organization, *WHO Guideline: Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening*, Genève, 2019 ; John A. Naslund et al., « Digital technology for treating and preventing mental disorders in low-income and middle-income countries », *The Lancet Psychiatry*, 4 (6), 2017, p. 486-500.
 2. *Ibid.*
 3. U.S. Department of Veterans Affairs, *PTSD Coach Mobile Application*, Washington, D.C., 2019.
 4. Assistance publique – Hôpitaux de Paris, *TraumaCare : application numérique d'accompagnement des patients souffrant de psychotraumatisme*, Paris, 2023.

Les outils numériques reposent essentiellement sur le signalement volontaire ou l'auto-évaluation. Or l'une des difficultés majeures du repérage en contexte opérationnel tient précisément à l'altération, sous l'effet du stress, de la capacité des individus à identifier leurs propres limitations. Cette limite plaide pour le développement complémentaire d'outils de repérage fondés sur des marqueurs physiologiques objectifs, s'affranchissant partiellement de la déclaration active.

La variabilité de la fréquence cardiaque (VFC, ou *heart rate variability*) constitue à cet égard un marqueur particulièrement documenté de la charge allostatique et de la capacité de régulation du système nerveux autonome face au stress chronique¹. Une VFC réduite est associée, dans la littérature, à une moindre flexibilité de régulation émotionnelle et cognitive, et a été proposée comme marqueur précoce de vulnérabilité au stress post-traumatique dans plusieurs cohortes militaires. D'autres marqueurs (e.g., cortisol salivaire, architecture du sommeil, variabilité de la fréquence respiratoire) complètent ce faisceau d'indicateurs, mobilisables via des dispositifs portables (*wearables*) déjà largement diffusés dans les forces armées à des fins de suivi de la performance physique.

L'intérêt opérationnel de ces marqueurs réside dans leur caractère continu et non déclaratif : ils permettent, en théorie, d'objectiver une dégradation de la capacité de régulation avant même l'émergence de symptômes cliniquement significatifs ou d'une plainte spontanée, ouvrant la voie à des interventions de biofeedback ou de régulation ciblées (cohérence cardiaque, pratiques de pleine conscience) en amont de la décompensation². Plusieurs travaux en

-
1. John F. Thayer et Richard D. Lane, « A Model of Neurovisceral Integration in Emotion Regulation and Dysregulation », *Journal of Affective Disorders*, 61 (3), 2000, p. 201-216 ; Fred Shaffer et J. P. Ginsberg, « An Overview of Heart Rate Variability Metrics and Norms », *Frontiers in Public Health*, 5 (258), 2017.
 2. Bruce S. McEwen, « Protective and Damaging Effects of Stress Mediators », *New England Journal of Medicine*, 338 (3), 1998, p. 171-179 ; Bruce S. McEwen, « Protective and Damaging Effects of Stress Mediators: Central Role of the Brain », *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8 (4), 2006, p. 367-381.

contexte militaire explorent cette hypothèse, avec des résultats prometteurs mais encore hétérogènes quant à la sensibilité et à la spécificité de ces marqueurs pour prédire, à l'échelle individuelle, un risque de trouble constitué.

Le déploiement de tels outils soulève cependant des enjeux propres, distincts de ceux du numérique déclaratif : acceptabilité d'un suivi physiologique continu perçu comme intrusif, risque de sur-médicalisation d'une variabilité normale, questions de propriété et de confidentialité des données biométriques collectées en contexte militaire et nécessité de valider ces marqueurs sur des populations et des contextes d'exposition spécifiques avant tout usage décisionnel (*i.e.*, aptitude, retrait d'unité). Ces réserves méthodologiques n'invalident pas l'intérêt de la piste, mais imposent qu'elle soit développée de façon graduée, en articulation avec les dispositifs cliniques existants et non en substitution de ces derniers.

Inscrire l'effort dans la durée

Enfin, les stratégies doivent intégrer la dimension temporelle du trauma. Les besoins ne se limitent pas à la phase aiguë, mais s'inscrivent dans des trajectoires longues, marquées par des évolutions hétérogènes. La planification des dispositifs doit ainsi anticiper les phases de réactivation, les besoins différés et la nécessité de maintenir dans le temps des capacités de réponse. Cette approche conditionne la soutenabilité des systèmes et leur capacité à accompagner la reconstruction individuelle et collective.

Les retours d'expérience en contexte de guerre confirment cette exigence. En Ukraine, la réponse initialement centrée sur l'urgence tend à évoluer vers une intégration durable de la santé mentale dans le système de soins, avec l'appui de la World Health Organization. D'autres contextes, notamment dans les Balkans ou au Rwanda, ont montré que les effets du trauma pouvaient se manifester sur des temporalités longues, nécessitant des dispositifs de prise en charge prolongés et adaptatifs. Par ailleurs, les données issues des populations

militaires occidentales soulignent la fréquence d'apparition différée de certains troubles, plusieurs années après l'exposition, renforçant la nécessité d'un suivi dans la durée. L'efficacité des réponses ne repose ainsi pas uniquement sur leur intensité immédiate, mais sur leur capacité à s'inscrire dans la durée, à s'adapter aux évolutions des besoins et à préserver les ressources humaines et organisationnelles qui les soutiennent. Cette temporalité longue impose de considérer la santé mentale non comme une réponse de crise, mais comme une capacité structurelle des systèmes de défense et de santé.

S'appuyer sur une doctrine éprouvée : la psychiatrie de l'avant

Le lien entre décision, cohésion et santé mentale documenté *supra* n'est pas propre aux conflits contemporains : il a donné lieu, dès la Première Guerre mondiale, à une doctrine opérationnelle dont la validité empirique reste, aujourd'hui encore, largement confirmée. Face à l'ampleur des « névroses de guerre » observées sur le front occidental, le médecin militaire américain Thomas W. Salmon formule les principes fondateurs de ce que l'on appellera la psychiatrie de l'avant : traiter les réactions de stress de combat au plus près de l'unité (proximité), sans délai (immédiateté) et dans l'attente explicite d'un retour au service (expectance) ; les principes dits PIE (*Proximity, Immediacy, Expectancy*)¹.

Ces principes ont été réaffirmés et affinés lors de la Seconde Guerre mondiale, notamment à travers le constat, établi par les armées américaine et britannique, qu'aucun combattant ne peut indéfiniment échapper à l'épuisement psychique au combat, quelle que soit sa robustesse initiale². Ils reposent sur un arbitrage volontairement instrumental : ils ne visent pas la guérison au sens clinique,

-
1. Edgar Jones et Simon Wessely, « Forward Psychiatry in the Military: Its Origins and Effectiveness », *Journal of Traumatic Stress*, 16 (4), 2003, p. 411-419.
 2. John W. Appel et Gilbert W. Beebe, « Preventive Psychiatry: An Epidemiologic Approach », *JAMA*, 131 (18), 1946, p. 1469-1475.

mais le maintien de la capacité opérationnelle et la prévention de la chronicisation par un traitement précoce et non stigmatisant. Les données historiques font état de taux de retour à l'unité nettement supérieurs lorsque ces principes sont appliqués à proximité du front plutôt qu'après évacuation vers l'arrière, même si les réévaluations contemporaines invitent à la prudence quant à l'ampleur de leur efficacité et à leur capacité à prévenir les troubles chroniques¹.

L'armée israélienne constitue par la suite le laboratoire opérationnel le plus documenté de cette doctrine, en particulier lors de la guerre du Kippour (1973) et de la guerre du Liban (1982), où la mise en œuvre systématique d'unités d'intervention immédiate proches du front a permis de réduire significativement le passage à la chronicité des réactions de stress au combat (*combat stress reactions*), sans pour autant l'éliminer².

Cette doctrine historique éclaire directement les priorités ici : une architecture graduée pour une guerre de haute intensité suppose de préserver une capacité d'intervention psychologique de premier niveau, positionnée au plus près des unités engagées, formée aux principes PIE, et articulée avec les échelons de soutien spécialisé. La France dispose depuis 2019 d'un dispositif de premiers secours psychologiques au plus près des unités : la sensibilisation aux premiers secours psychologiques en opération (PSPO), élaborée par le Service de santé des armées dans le cadre du plan d'action ministériel 2019-2022 sur le rétablissement du militaire blessé psychique³. Ce module décline vers les cadres de contact une grille d'intervention simple pour non-spécialistes face à l'« incapacité opérationnelle d'origine psychologique » : la démarche COORP (Contact, Orientation, Ordre simple, Rapport, Protection). Une étude auprès des médecins et

-
1. Edgar Jones, Simon Wessely, « Forward Psychiatry in the Military: Its Origins and Effectiveness », *Journal of Traumatic Stress*, 16 (4), 2003, p. 411-419.
 2. Zahava Solomon, *Combat Stress Reaction: The Enduring Toll of War*, Plenum Press, 1993.
 3. Frédérique Gignoux-Froment et al., « Psychological First Aid in Operation for Military Healthcare Providers: A Study on Pre-deployment Training », *L'Encéphale*, 51 (3), 2025, p. 285-292.

infirmiers militaires formés entre 2019 et 2021 montre que 21,6 % l'ont mobilisé en déploiement, avec un taux de réussite perçu de 87,5 % pour l'identification des signes de détresse¹. Le PSPO constitue à cet égard un atout à valoriser : sa généralisation et son renforcement permettraient de transposer concrètement les enseignements ukrainiens sur l'adaptation du principe de proximité à un contexte de guerre de tranchées prolongée.

1. Charlotte Paget, *Évaluation de l'impact pédagogique d'une sensibilisation aux premiers secours psychologiques en opération*, thèse de médecine, 2022.

V. La France face à ses alliés : un dispositif à faire monter en puissance

La France dispose d'un socle solide, mais calibré pour d'autres engagements que la haute intensité. Le dispositif français a fait ses preuves sur les théâtres d'opérations extérieures des deux dernières décennies ; ses angles morts et l'expérience de ses alliés tracent la voie de sa montée en puissance pour un engagement majeur.

Un socle solide, calibré pour d'autres engagements

La France dispose d'un dispositif médico-psychologique militaire structuré, dont les fondements remontent aux engagements opérationnels des années 1990. Depuis la Revue nationale stratégique de 2022, la Loi de programmation militaire 2024-2030, la feuille de route stratégique du Service de santé des armées et les exercices interministériels ORION, une réflexion plus large est engagée afin d'adapter les capacités sanitaires nationales aux exigences d'un conflit de haute intensité et d'une logique de résilience nationale. Cette évolution marque une inflexion importante : le système de santé n'est plus envisagé uniquement comme un soutien aux forces, mais comme une capacité stratégique contribuant à la continuité de l'action de l'État. La réorganisation récente des hôpitaux du Service de santé des armées en trois catégories, hôpitaux nationaux d'instruction des armées, hôpitaux régionaux d'instruction des armées et hôpitaux spécialisés des armées, illustre cette évolution vers une montée en puissance différenciée des capacités hospitalières. Elle traduit une volonté d'adapter les fonctions de recours, d'expertise et de soutien régional aux exigences d'un engagement de haute intensité, tout en renforçant l'articulation avec le système hospitalier civil.

Le Service de santé des armées assure, via ses psychiatres et psychologues militaires déployés sur les théâtres, la mise en œuvre des principes de psychiatrie de l'avant – immédiateté, proximité, simplicité – hérités des travaux de Salmon¹. Au retour de mission, les médecins d'unité constituent le premier maillon de détection et d'orientation, en lien avec les hôpitaux des armées et les cellules d'aide aux blessés. La Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) assure, via son Dossier unique de suivi du blessé en opération extérieure, la continuité administrative des parcours de prise en charge². Des dispositifs de soutien à la réinsertion mis en place par les Cellules d'aide aux blessés, de réhabilitation intégrée, comme les maisons Athos, complètent ce maillage pour les blessés les plus sévères.

Ces acquis sont réels, mais ils reposent sur un modèle calibré pour des flux de blessés correspondant aux engagements extérieurs des deux dernières décennies – des opérations de stabilisation impliquant des contingents limités, avec des rotations planifiées. La LPM 2024-2030 a pris acte du retard accumulé : après une déflation des effectifs du SSA de près de 8,5 % entre 2015 et 2019, elle prévoit une « reflation » des ressources humaines et une rénovation du modèle hospitalier, dont témoigne la spécialisation des hôpitaux spécialisés des armées dans la réhabilitation physique et psychique de longue durée³. La feuille de route SSA 2024-2030 réaffirme le rôle du service comme levier de l'autonomie stratégique des forces⁴. Si ces orientations constituent des avancées réelles, elles ne lèvent pas encore

-
1. Martial Coutanceau et *al.*, « Les dispositifs de soutien médico-psychologiques dans l'armée française », *Topique*, 144, 2018, p. 59-72.
 2. Caisse nationale militaire de sécurité sociale, *Dossier unique de suivi du blessé en opération extérieure (DU OPEX)*, Ministère des Armées, 2022.
 3. Commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées du Sénat, *Le service de santé des armées, une pièce maîtresse de notre outil de défense*, Rapport d'information 936, 2023.
 4. Service de santé des armées, *Feuille de route stratégique SSA 2024-2030*, Ministère des Armées, 2024.

certaines tensions structurelles qu'un conflit de haute intensité rendrait visibles¹.

Trois angles morts à lever

Le premier tient à l'échelle. Un conflit de haute intensité impliquant la France – qu'il s'agisse d'une défense collective au titre de l'article 5 ou d'un engagement de coercition majeur – génèrerait des besoins en santé mentale d'un ordre de grandeur sans commune mesure avec les OPEX actuelles. Le dispositif existant, dimensionné pour quelques centaines de blessés psychiques par an, n'est pas conçu pour absorber des flux massifs. Les réflexions en cours pour le plan de montée en charge de ce scénario, de simulation publique des besoins prévisionnels ne font pas encore l'objet de documents publiés.

Le deuxième angle mort concerne le continuum civil-militaire. Dans un conflit atteignant le territoire national ou ses approches immédiates, les populations civiles – familles de militaires, réservistes, déplacés, soignants – seraient massivement exposées. Or le dispositif actuel reste structurellement cloisonné : le SSA traite les militaires d'active, la CNMSS les bénéficiaires du régime militaire, et le système civil de santé mentale gère les autres populations sans qu'aucune architecture de coordination ait été actuellement anticipée pour une situation de crise nationale prolongée.

Le troisième angle mort est la destigmatisation et le repérage précoce. Malgré des progrès réels depuis les années 2000, les barrières culturelles au recours au soin demeurent significatives dans les armées françaises, comme dans la plupart des forces occidentales. Les troubles infracliniques restent sous-détectés. Le développement d'outils de repérage objectifs et non déclaratifs, pourtant identifié comme une

1. Commission de la défense nationale et des forces armées, [*Audition sur les enseignements de l'exercice Orion 2023*](#), Assemblée nationale, 2023 ; Commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées du Sénat, [*Le service de santé des armées, une pièce maîtresse de notre outil de défense*](#), op. cit.

priorité par la recherche, n'a pas encore trouvé de traduction dans les protocoles de suivi systématique.

Sur le plan OTAN et interalliés, la France n'opère pas seule. La plupart de ses alliés ont développé, à la suite des engagements en Afghanistan et en Irak, des capacités de prise en charge du trauma de guerre dont les retours d'expérience sont riches d'enseignements. Le Royaume-Uni dispose d'un Military Combat Mental Health Framework intégré dans sa doctrine de soutien médical¹ ; les États-Unis ont massivement investi dans la recherche et les dispositifs numériques au sein du Defense Centers of Excellence for Psychological Health ; Israël a développé, à partir de décennies de conflits de haute intensité récurrents, des protocoles de résilience et de maintien en condition psychologique étroitement liés à l'entraînement. La France gagnerait à inscrire son dispositif dans une démarche d'interopérabilité avec ces expériences, notamment en matière de standards de repérage, de protocoles de débriefing et d'outils numériques d'accompagnement. L'OTAN dispose à cet égard d'un cadre de coopération en santé militaire encore insuffisamment mobilisé sur la dimension psychique.

Ces constats ne remettent pas en cause la qualité du dispositif existant – ils en soulignent les limites structurelles face à un changement de contexte stratégique. Ils appellent, dans le cadre de la programmation militaire en cours, trois décisions prioritaires : la réalisation d'une revue stratégique spécifique à la santé mentale dans les hypothèses d'engagement majeur ; le développement d'une architecture de coordination civil-militaire pour les crises prolongées ; et l'intégration de la résilience psychologique comme critère à part entière des normes d'entraînement et de préparation opérationnelle.

1. Martin Bricknell, « Military Combat Mental Health Framework », *BMJ Military Health*, 167 (3), 2021, p. 201-203.

Ce que le Royaume-Uni et Israël peuvent nous apprendre

Le Royaume-Uni a structuré, depuis 2021, un dispositif intégré de prise en charge des vétérans dénommé Op COURAGE (Veterans Mental Health and Wellbeing Service), qui articule un point d'entrée unique pour les vétérans et leurs familles, une gradation des prises en charge selon la sévérité – du soutien de premier niveau aux services spécialisés en trauma complexe –, et une coordination explicite avec le National Health Service, permettant la continuité des parcours de soin après la transition vers la vie civile. Ce modèle présente l'intérêt de traiter la temporalité longue du trauma – comme un problème de gouvernance interinstitutionnelle plutôt que comme une simple question de moyens cliniques, en confiant à une structure dédiée la responsabilité de la continuité du parcours, y compris au-delà de la période de service actif.

Le modèle israélien constitue, pour sa part, le cas le plus documenté d'application prolongée et évaluée de la doctrine de psychiatrie de l'avant en contexte de guerre de haute intensité récurrente. Au-delà des principes PIE évoqués *supra*, les Forces de défense israéliennes ont développé, au fil des conflits successifs (1973, 1982, puis les opérations plus récentes), un système de suivi longitudinal des combattants ayant présenté une réaction de stress de combat, permettant d'objectiver les trajectoires à moyen et long terme et d'ajuster la doctrine en conséquence¹. Ce suivi longitudinal a notamment permis de documenter, avec les limites propres à ce type de cohortes, la persistance à long terme d'une fraction significative des réactions de stress de combat non traitées adéquatement, renforçant l'argument, développé dans cette étude, d'une intervention précoce comme condition de prévention de la chronicisation.

Ces deux modèles, bien que développés dans des contextes institutionnels différents, convergent sur un point : la nécessité de

1. Solomon Zahava, *Combat Stress Reaction*, *op. cit.*

penser l'architecture de réponse comme un continuum institutionnel, du champ de bataille au retour à la vie civile, plutôt que comme une juxtaposition de dispositifs cloisonnés par phase ou par statut (actif/vétérant, militaire/civil). L'OTAN dispose, à travers son centre d'excellence en médecine militaire et ses travaux de standardisation (STANAG), d'un cadre de convergence doctrinale sur ces enjeux, dont la mobilisation effective sur la dimension psychique reste encore insuffisante.

VI. Reconnaître les blessures invisibles : enjeux médico-légaux et éthiques

L'absence de lésion visible expose à la non-reconnaissance des victimes de trauma psychique. Reconnaître les blessures invisibles suppose d'adapter les cadres de preuve et d'évaluation aux réalités cliniques du trauma, sans jamais faire primer l'exigence probatoire sur la relation de soin.

Le trauma de guerre pose également des défis majeurs en matière de reconnaissance des victimes. L'absence de lésions visibles n'exclut pas la réalité des atteintes. Les troubles psychiques s'accompagnent souvent de récits fragmentés, marqués par les effets neurobiologiques du stress.

La prise en compte des données cliniques apparaît essentielle pour éviter des situations de non-reconnaissance des victimes. De ce point de vue, les caractéristiques des récits ne relèvent pas d'un défaut de crédibilité, mais constituent au contraire des manifestations attendues du trauma. Les altérations de la mémoire autobiographique, les ruptures temporelles du récit et les phénomènes dissociatifs traduisent l'impact du stress extrême sur les systèmes de mémorisation et de verbalisation. Ces éléments sont largement documentés dans la littérature en psychiatrie du trauma, qui souligne que la non-linéarité du récit constitue un marqueur classique des expositions à des violences prolongées ou intentionnelles. Ces spécificités cliniques interrogent directement les modalités de preuve et de reconnaissance, en particulier dans les contextes judiciaires. Les approches fondées exclusivement sur la matérialité des lésions ou la cohérence formelle du récit exposent à un risque majeur de non-reconnaissance des victimes. En effet, dans de nombreux cas, notamment lorsque l'évaluation intervient à distance des faits, aucune

trace physique objectivable n'est retrouvée, sans que cela remette en cause la réalité de la violence subie.

Dans ce contexte, la médecine joue un rôle central dans la documentation du trauma. Elle ne vise pas à établir une vérité juridique, mais à analyser la compatibilité clinique entre les symptômes observés, le récit du patient et le contexte d'exposition. Les standards internationaux reconnaissent ainsi la valeur probante des signes psychologiques, y compris en l'absence de lésions physiques, tout en soulignant les limites inhérentes à l'exercice médical, notamment en matière de datation et d'interprétation. Ces limites invitent à considérer la preuve médico-légale comme une construction contextuelle, dynamique et évolutive. Le trauma s'inscrit en effet dans une temporalité complexe, marquée par des manifestations différées et des trajectoires non linéaires. Les symptômes peuvent apparaître plusieurs semaines ou mois après l'événement, ou évoluer de manière fluctuante, compliquant l'établissement d'un lien causal direct dans les cadres juridiques classiques.

Au-delà des enjeux probatoires, ces éléments soulèvent des questions éthiques majeures. La production de preuves médicales ne peut être dissociée de la relation de soin. La collecte d'informations, l'examen clinique ou la rédaction de certificats peuvent exposer le patient à un risque de retraumatisation, en particulier lorsqu'ils impliquent la reviviscence des événements. Le respect du consentement, la protection du patient et la primauté du soin doivent ainsi rester au cœur de toute démarche médico-légale, même en contexte de conflit.

Ces tensions entre exigences juridiques et impératifs cliniques mettent en évidence la nécessité d'un dialogue renforcé entre médecine, droit et institutions. La reconnaissance des victimes suppose d'intégrer les connaissances contemporaines sur le trauma, notamment sa dimension neurobiologique, sa temporalité et ses modes d'expression cliniques. À défaut, les cadres d'évaluation risquent de privilégier les formes les plus visibles ou les plus immédiatement accessibles, au détriment des atteintes les plus diffuses, différées ou complexes.

Dans ce contexte, la prise en compte des données cliniques apparaît essentielle pour éviter des situations de non-reconnaissance des

victimes. Elle constitue également une condition de justice, en permettant d'adapter les critères d'évaluation aux réalités du trauma de guerre. Plus largement, ces enjeux rappellent que la reconnaissance des victimes ne peut se limiter à une logique probatoire, mais doit s'inscrire dans une compréhension globale des effets de la violence sur les corps, les psychismes et les trajectoires de vie.

Ainsi, la prise en compte des spécificités cliniques du trauma apparaît ainsi comme une condition nécessaire à une reconnaissance juste des victimes. Elle implique d'adapter les cadres d'évaluation aux réalités biologiques, psychiques et temporelles des atteintes, afin d'éviter que les formes les plus diffuses ou différées du trauma ne demeurent invisibles. À ce titre, le dialogue entre médecine, droit et institutions constitue un enjeu structurant, à la fois pour la protection des individus et pour la crédibilité des dispositifs de reconnaissance dans la durée.

Conclusion

Capitaliser sur les acquis pour préparer la haute intensité

La guerre en Ukraine a rendu définitif ce que les retours d'expérience des conflits contemporains suggéraient depuis deux décennies : la santé mentale n'est pas un effet secondaire de la guerre ; elle en est un déterminant opérationnel structurant. Elle conditionne la performance décisionnelle des combattants, la cohésion des unités, la soutenabilité de l'effort de défense et, à plus long terme, la capacité des sociétés à se reconstruire.

Le changement de paradigme requis est moins thérapeutique qu'organisationnel. Il ne s'agit pas de soigner mieux – les compétences cliniques existent dans la plupart des pays alliés – mais de construire des architectures de réponse capables de fonctionner à l'échelle des besoins réels d'un conflit de haute intensité : graduées, accessibles, interopérables et inscrites dans la durée. Les expériences ukrainienne, américaine et britannique montrent que ce passage d'une logique spécialisée à une logique de santé publique est techniquement réalisable. La question est celle de la volonté politique et de l'anticipation.

La France n'aborde pas cette transition sans atouts. Cependant les dispositifs existants ont été dimensionnés pour les flux des deux dernières décennies d'opérations extérieures. Un engagement majeur générerait des besoins d'un ordre de grandeur différent – non pas des centaines de blessés psychiques par an, mais potentiellement des milliers en quelques semaines, auxquels s'ajouteraient les populations civiles exposées. C'est ce saut d'échelle qu'il appartient désormais d'anticiper : en intégrant la santé mentale dans la planification opérationnelle, en développant le repérage précoce à grande échelle, et en construisant le continuum civil-militaire avant que la crise ne l'impose dans l'urgence.

La santé mentale est une composante du capital humain stratégique, au même titre que les équipements et les munitions. Elle se constitue, se préserve et se régénère, ou elle s'épuise. Les nations qui en prendront la mesure avant le prochain conflit disposeront d'un avantage durable sur celles qui continueront à la traiter comme une variable d'ajustement.

Bibliographie

- Alisic Ananthi et al., « [Rates of Post-Traumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Children and Adolescents: Meta-Analysis](#) », *The British Journal of Psychiatry*, 204 (5), 2014, p. 335-340.
- Amini Ata et al., « Post-traumatic stress disorder (PTSD) in war: a comprehensive review of subtypes, risk and protective factors, and therapeutic approaches », *Journal of Psychiatric Research*, 202, 2026, p. 137-151, doi :10.1016/j.jpsychires.2026.08.010.
- Anda Robert F. et al., « [The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood](#) », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (3), 2006, p. 174-186.
- Appel John W., Beebe Gilbert W., « Preventive Psychiatry: An Epidemiologic Approach », *JAMA*, 131 (18), 1946, p. 1469-1475.
- Assistance publique – Hôpitaux de Paris, *TraumaCare : application numérique d'accompagnement des patients souffrant de psycho-traumatisme*, Paris, 2023.
- Brewin Chris R. et al., « [A Dual Representation Theory of Posttraumatic Stress Disorder](#) », *Psychological Review*, 103 (4), 1996, p. 670-686.
- Bricknell Martin, « [Military Combat Mental Health Framework](#) », *BMJ Military Health*, 167 (3), 2021, p. 201-203.
- Britt Terrence W. et al., « [The Role of Different Stigma Perceptions in Treatment Seeking and Dropout Among Active Duty Military Personnel](#) », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38 (2), 2015, p. 142-149.
- Britt Thomas W., Wright Kathleen M., Moore Dewayne, « Leadership as a predictor of stigma and practical barriers toward receiving mental health treatment: a multilevel approach », *Psychological Services*, 9 (1), 2012, p. 26-37, doi :10.1037/a0026412
- Caisse nationale militaire de sécurité sociale, [Dossier unique de suivi du blessé en opération extérieure \(DU OPEX\)](#), Ministère des Armées, 2022.

- Clausewitz Carl von, *De la guerre* [Vom Kriege, 1832], trad. Denise Naville, Éditions de Minuit, 1955.
- Commission de la défense nationale et des forces armées, *Audition sur les enseignements de l'exercice Orion 2023*, Assemblée nationale, 2023.
- Commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées du Sénat, *[Le service de santé des armées, une pièce maîtresse de notre outil de défense](#)*, Rapport d'information 936, 2023.
- Coutanceau Martial et al., « Les dispositifs de soutien médico-psychologiques dans l'armée française », *Topique*, 144, 2018, p. 59-72.
- Cukor Julia et al., « [The Nature and Course of Subthreshold PTSD](#) », *Journal of Anxiety Disorders*, 24 (8), 2010, p. 918-923.
- Ehlers Anke, Clark David M., « [A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder](#) », *Behaviour Research and Therapy*, 38 (4), 2000, p. 319-345.
- Endsley Mica R., « [Toward a Theory of Situation Awareness in Dynamic Systems](#) », *Human Factors*, 37 (1), 1995, p. 32-64.
- Felitti Vincent J. et al., « [Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults](#) », *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 1998, p. 245-258.
- Gignoux-Froment Frédérique et al., « Psychological First Aid in Operation for Military Healthcare Providers: A Study on Pre-deployment Training », *L'Encéphale*, 51 (3), 2025, p. 285-292.
- Greenberg Neil, Langston Victoria, Iversen Amy C. et al., « Trauma Risk Management (TRiM) in the UK Armed Forces », *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 154 (2), 2008, p. 124-127.
- Griffith Zachary, « Multilevel Analysis of Cohesion's Relation to Stress, Well-Being, Identification, Disintegration, and Perceived Combat Readiness », *Military Psychology*, 14 (3), 2002, p. 217-239.

- Grubaugh Alan L. et al., « [Subthreshold PTSD in Primary Care: Prevalence, Psychiatric Disorders, Healthcare Use, and Functional Status](#) », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (10), 2005, p. 658-664.
- Haque Md Mahbubul et al., « [Associations Between Mental Health Symptoms, Trauma, Quality of Life and Coping in Adults Living in Ukraine](#) », *Psychiatry Research*, 2024.
- Highfill-McRoy Rachel M. et al., « [Predictors of Symptom Increase in Subsyndromal PTSD Among Previously Deployed Military Personnel](#) », *Military Medicine*, 187 (5-6), 2022, p. e711-e717.
- Hoge Charles W. et al., « [Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care](#) », *The New England Journal of Medicine*, 351 (1), 2004, p. 13-22.
- Inter-Agency Standing Committee, [Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#), Genève, 2007.
- International Medical Corps, *Mental Health and Psychosocial Support Programs in Conflict Settings: Lessons from Syria and Iraq*, Los Angeles, 2017.
- Jones Edgar, Wessely Simon, « Forward Psychiatry in the Military: Its Origins and Effectiveness », *Journal of Traumatic Stress*, 16 (4), 2003, p. 411-419.
- Klein Gary, *Sources of Power: How People Make Decisions*, MIT Press, 1998.
- Kurapov Nataliya et al., « [Psychological Wellbeing of Ukrainian Civilians](#) », *Frontiers in Psychology*, 16, 2025, p. 1-12.
- Livingston Gill et al., « [Dementia Prevention, Intervention, and Care](#) », *The Lancet*, 396 (10248), 2020, p. 413-446.
- Mansuy Isabelle, « [The Impact of Parental Experiences on Offspring: From Behavior to Biology](#) », *Nature Reviews Neuroscience*, 15 (12), 2014, p. 770-781.
- Marshall Randall D. et al., « [Comorbidity, Impairment, and Suicidality in Subthreshold PTSD](#) », *The American Journal of Psychiatry*, 158 (9), 2001, p. 1467-1473.

- McGuffin James et al., « Military and Veteran help-seeking behaviors: Role of mental health stigma and leadership », *Military Psychology*, 33 (5), 2021, p. 332-342, doi :10.1080/08995605.2021.1962181.
- McEwen Bruce S., « Protective and Damaging Effects of Stress Mediators », *New England Journal of Medicine*, 338 (3), 1998, p. 171-179.
- McEwen Bruce S., « Protective and Damaging Effects of Stress Mediators: Central Role of the Brain », *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8 (4), 2006, p. 367-381.
- McEwen Bruce S., Morrison John H., « [The Brain on Stress: Vulnerability and Plasticity of the Prefrontal Cortex over the Life Course](#) », *Neuron*, 79 (1), 2013, p. 16-29.
- McKenna Christopher A. et al., « The Effects of Stress and Sleep Deprivation on Decision-Making », *Military Psychology*, 19 (3), 2007, p. 245-265.
- Ministère des Armées, *La Cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre (CABAT)*, Paris, 2020.
- Ministère des Armées, [Loi de programmation militaire 2024-2030 : accroître les forces morales](#), Paris, 2023.
- Mittal Dinesh et al., « [Stigma Associated with PTSD: Perceptions of Treatment Seeking Combat Veterans](#) », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36 (2), 2013, p. 86-92.
- Naslund John A. et al., « [Digital Technology for Treating and Preventing Mental Disorders in Low-Income and Middle-Income Countries](#) », *The Lancet Psychiatry*, 4 (6), 2017, p. 486-500.
- Neuner Frank, Elbert Thomas, « Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders », *Clinical Psychology Review*, 24 (1), 2004, p. 45-78.
- Paget Charlotte, *Évaluation de l'impact pédagogique d'une sensibilisation aux premiers secours psychologiques en opération*, thèse de médecine, 2022.

- Patel Vikram et al., « [Treatment and Prevention of Mental Disorders in Low-Income and Middle-Income Countries](#) », *The Lancet*, 378 (9802), 2011, p. 1441-1452.
- Raza Z. et al., « [Dementia in Military and Veteran Populations: A Review of Risk Factors](#) », *Military Medical Research*, 8 (1), 2021, p. 55.
- Service de santé des armées, [Feuille de route stratégique SSA 2024-2030](#), Ministère des Armées, 2024.
- Shonkoff Jack P. et al., « [The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress](#) », *Pediatrics*, 129 (1), 2012, p. e232-e246.
- Solomon Zahava, *Combat Stress Reaction: The Enduring Toll of War*, Plenum Press, 1993.
- Tanielian Terri, Jaycox Lisa H. (dir.), *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*, Santa Monica, RAND Corporation, 2008.
- Tulving Endel, « Episodic Memory and Autonoesis: Uniquely Human? », dans Terrace et Metcalfe (dir.), *The Missing Link in Cognition*, Oxford University Press, 2005, p. 3-56.
- United Nations Children's Fund, *Mental Health and Psychosocial Support in Ukraine*, New York, 2022.
- U.S. Department of Defense, *Wounded Warrior Care and Transition Policy*, Washington, D.C., 2018.
- U.S. Department of Veterans Affairs, *PTSD Coach Mobile Application*, Washington, D.C., 2019.
- Wang S., Barrett E., Hicks M.H., Martsenkovskyi D., Holovanova I., Marchak O., Ishchenko L., Haque U., Fiedler N., « Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion », *Psychiatry Research*, 2024, 339 (116056), doi:10.1016/j.psychres.2024.116056.

World Health Organization, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings*, Genève, 2016.

World Health Organization, [*Ukraine: Mental Health and Psychosocial Support Response*](#), Genève, 2022-2023.

World Health Organization, *WHO Guideline: Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening*, Genève, 2019.

Yehuda Rachel, Lehrner Amy, « [*Intergenerational Transmission of Trauma Effects: Putative Role of Epigenetic Mechanisms*](#) », *World Psychiatry*, 17 (3), 2018, p. 243-257.

Yehuda Rachel et al., « [*Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation*](#) », *Biological Psychiatry*, 80 (5), 2016, p. 372-380.

Santé mentale et guerre de haute intensité

Un déterminant stratégique à ne plus négliger

En contexte de guerre de haute intensité, la santé mentale des combattants et des populations civiles constitue un déterminant opérationnel de premier ordre, trop longtemps traité comme un effet secondaire ou un enjeu différé. Les conflits prolongés, dont la guerre en Ukraine offre le cas le plus documenté, génèrent des besoins psychologiques massifs que les systèmes spécialisés, conçus pour des flux individuels en temps de paix, sont structurellement incapables d'absorber. Détresse aiguë, stress post-traumatique infraclinique et blessures morales dégradent en temps réel la capacité décisionnelle, la cohésion des unités et la soutenabilité de l'effort de défense.

Cette étude défend un changement de paradigme : non plus soigner après, mais protéger tôt et à grande échelle, via une architecture de santé publique graduée. Elle en identifie les conditions opérationnelles et analyse les ajustements structurels qu'appellerait un engagement de haute intensité : capacité de montée en charge, continuité civil-militaire, détection précoce des formes subsyndromiques. Elle aborde les enjeux éthiques et médico-légaux que soulève la reconnaissance des blessures invisibles. La santé mentale n'est pas une variable d'ajustement : c'est un composant du capital humain stratégique dont dépend la capacité à soutenir un engagement prolongé.