Retour d'expérience d'une prise en charge psychologique autour d'un décès sur le camp du Valdahon

G. Demont, T. Colleony, F. Sibille, B. Renolleau, I. Paluch Roi, A. Schmitt

Article reçu le 15 octobre 2014, accepté le 24 juin 2015.

Résumé

Avec le conflit en Afghanistan, la reconnaissance ainsi que la prise en charge des blessures psychiques se sont améliorées. Cependant la rencontre avec la mort, événement traumatisant pourvoyeur de ces blessures, n'est pas l'apanage des Opérations extérieures et survient aussi en France. Nous rapportons, ici, la prise en charge médico-psychologique autour du décès d'un jeune soldat en manœuvre sur le camp du Valdahon. Grâce la mise en œuvre des différents outils du Service de santé des armées, le médecin des forces a pu réaliser la prise en charge complète, immédiate et post immédiate, des soldats exposés.

Mots-clés : Décès. Prévention. Psychologie.

Abstract

FEEDBACK ON THE PSYCHOLOGICAL MANAGEMENT OF THE DEATH OF A SERVICEMAN AT CAMP VALDAHON.

Following the conflict in Afghanistan, psychological injuries have been taken into account and their management has improved. However, death which is a major traumatic event provider of these injuries, does not simply occur during External Operations, it can also happen in France. In this article we report the medico-psychological care around the death of a young soldier in Valdahon operation camp. With the implementation of the various tools of the Army Health Service the doctor unit was able to provide full, immediate and post immediate support to all the soldiers at risk.

Keywords : Death. Prevention. Psychology.

Événement traumatisant

Lors d'un incident de tir au mortier de 120 mm, mi-janvier 2013, un jeune militaire, âgé de 19 ans, est décédé. Il s'agissait d'un soldat du 8e Régiment d'artillerie (RA) de Commercy, en manœuvre sur le camp du Valdahon. Les tirs de ce type sont soutenus par une équipe paramédicale sur place avec une infirmière et deux auxiliaires sanitaires (AS) (1, 2).

À 10 h 20, un appel alerte l'Antenne médicale des armées (AMA) du camp de Valdahon. Le bilan par l'équipe santé sur place est transmis quelques minutes après : il s'agirait d'une décapitation. Nous décidons de partir à trois médecins et un infirmier.

Lors de l'arrivée sur les lieux à 10 h 30, le corps a été recouvert et le personnel de la batterie de tir (environ 40 sujets) a été éloigné de la victime. Nous avons placé le véhicule sanitaire entre la victime et le reste du personnel présent afin de soustraire le corps à la vue et de l'examiner. Le décès est constaté sur une craniectomie traumatique avec projection du cerveau à quelques centimètres du corps tandis qu'une partie de la boîte crânienne se trouve à environ cinquante mètres. Nous nous organisons alors de la manière suivante :

– un médecin, un infirmier et les auxiliaires sanitaires restent avec le corps ;

– les deux autres médecins prennent en charge le groupe de militaires restés sur place qui avait été les témoin direct de cet événement traumatisant.

L'AMA du Valdahon est prévenue afin de préparer une salle avec des boissons chaudes pour accueillir le personnel de la batterie de tir.

La psychologue clinicienne du Centre médical des armées (CMA) de Besançon est alertée. Cette dernière a été affectée au 3 janvier 2013, par la Direction centrale du Service de santé des armées (DCSSA). Elle est rattachée à la fois au CMA et au Service d'intervention Médico-psychologique des armées (SIMPA) de la DCSSA auquel elle rend compte directement. Dans ses missions principales, on note la prise en charge des victimes de psycho-traumatisme.

G. DEMONT, médecin. T. COLLEONY, médecin. F. SIBILLE, médecin. B. RENOLLEAU, médecin principal. I. PALUCH ROI, psychologue clinicienne. A. SCHMITT, médecin principal.

Correspondance : Madame le médecin G. DEMONT, Antenne médicale des armées Valdahon, Quartier Galliéni – 25800 VALDAHON.

E-mail : gwenaelle.demont@intradef.gouv.fr

L'événement traumatique est défini par une rencontre avec le réel de la mort renvoyant à une dimension originale, inaccessible à toute possibilité de représentation mentale (3). Le sujet est confronté de manière brutale à une situation de menace d'anéantissement pour lui-même ou pour autrui et/ou se trouve à proximité de sujets décédés ou gravement blessés. Il est envahi par un sentiment de frayeur, un sentiment d'horreur et d'impuissance (4).

Organisation du *defusing* et aspects techniques

Après éloignement du lieu de décès, l'annonce de la mort du jeune militaire a été faite au reste de la batterie. La possibilité de s'exprimer seul ou en groupe leur a été laissée. Puis nous avons fait deux groupes pour le *defusing* (5, 6) avec, en particulier, un groupe de sujets potentiellement les plus touchés par cet événement traumatique. L'infirmière soutenant la batterie avait en charge d'identifier ces personnels car c'est elle qui les connaissait le mieux.

Il s'agit de faire le *defusing* des sujets premièrement exposés ou des témoins directs de l'incident de la confrontation à la mort, brutalement, c'est-à-dire les sujets sont directement exposés.

Les facteurs de risque de développement d'un psycho-traumatisme (7, 8) :

– liés au sujet en lui-même : le sexe féminin, les antécédents dépressifs, l'existence de troubles anxieux et dépressifs actuels, le bas niveau socio-économique, l'absence ou le faible soutien socio-familial, les personnalités vulnérables aux situations traumatiques ;

– liés à l'événement lui-même : la proximité physique du sujet par rapport à l'événement, la menace vitale réelle, la mort ou la blessure grave d'un proche, la sévérité de blessures physiques, la nature individuelle ou collective de l'événement (9) ;

– liés aux réactions péri-traumatiques du sujet : peur intense, impuissance ou horreur, dissociation/détresse péri-traumatique, niveau de stress haut ou prolongé (plus de 6 heures) après l'événement, fréquence cardiaque > 90 pulsations/min.

Un des médecins a effectué le defusing des cinq militaires servant sur la même pièce que le soldat décédé. Ceux-ci étaient particulièrement éprouvés par le décès soudain du jeune artilleur. Chacun a pu y exprimer son vécu et son ressenti selon ses besoins et son envie : description de la scène de manière mécanique y excluant tout affect (ceux-ci seront à risque d'ESPT ultérieur), expression du vécu émotionnel de l'incident ou encore absence d'expression orale en groupe. Un des militaires a ainsi verbalisé son sentiment de culpabilité et de responsabilité quant au décès du soldat. Ses camarades ont pu immédiatement le rassurer et lui manifester leur soutien.

Le dernier médecin a géré le defusing du reste du groupe. Il s'est spontanément créé de petits groupes, de 5 à 8 individus, où chacun parlait de son expérience. Le rôle du médecin a essentiellement été de s'assurer de l'isolement d'aucun personnel dans cette phase et de passer de groupe en groupe afin de répondre aux éventuelles questions. Les sujets étaient globalement assez peu désireux de s'entretenir avec le médecin et préféraient parler entre eux pour évoquer leur vécu émotionnel.

Le *defusing* est un dispositif de sécurité et de réconfort proposé en immédiat aux victimes. Des entretiens psychothérapiques directifs et des échanges informels d'urgence peuvent être dispensés, sans obligation de participation. Si cela est possible, ils sont centrés sur la verbalisation inaugurale de l'événement, la réassurance et le soutien. Cette prise en charge peut être effectuée en individuel ou par petits groupes de moins de 10 victimes. Son principe de base est la proposition d'un cadre rassurant et la possibilité de verbalisation émotionnelle immédiate du vécu de l'événement (faits, émotions, pensées) (10, 11) en respectant les diverses manifestations et le refus. Les personnes présentant des états de stress dépassés et à risque sont repérées.

Ensuite, la batterie de tir a été conduite à l'infirmerie du camp pour une extraction plus complète du lieu du décès. Afin d'assurer la navette, un conducteur sans lien avec l'accident et l'exercice a pu être mis à contribution dans le but d'éviter un sur-accident de la route. À l'infirmerie, ils ont pu déposer leurs armes, se mettre au chaud, fumer leur cigarette et boire un café.

D'autre part, l'aumônier protestant se trouvant à ce moment-là sur le camp, il lui a été proposé de se présenter et de s'entretenir avec les sujets qui le souhaitaient. Son approche assez différente de l'approche médicale a été très appréciée par les militaires quelle que soit leur confession. Les sujets de conversation étaient ceux de la vie quotidienne, comme le football ou les régions d'origine de certains et pour certains des sujets plus d'ordre spirituel. Même s'il n'est plus commun de faire intervenir un aumônier, il semble que son intervention avec une approche différente et non médicale ait été aussi bénéfique pour certains. Malheureusement, les aumôniers des autres cultes n'ont pu intervenir du fait de la difficulté d'organisation de leur déplacement en urgence.

Les médecins sont passés de groupe en groupe afin d'identifier les sujets à risque d'État de stress aigu (ESA) ou post-traumatique (ESPT) notamment les sujets ayant le plus de mal à verbaliser leurs émotions. Des réactions telles que des états psychotiques brefs n'ont pas été retrouvées. Après leur avoir rappelé que les médecins étaient à leur disposition si besoin, les sujets sont restés sous surveillance paramédicale discrète.

Un repas chaud dans une salle séparée a été organisé par l'antenne médicale. Ils étaient initialement en ration de combat individuelle. Le repas permettant de maintenir un continuum avec le cours de la vie.

Tout cela semble avoir permis aux militaires de se raccrocher à un quotidien bouleversé par le décès de leur camarade.

Defusing : entretiens de groupe

Ensuite, la psychologue poursuit le defusing : elle explique, avec des mots simples, la normalité de

l'expression particulière de leur communication non verbale au vu de l'anormalité de l'événement qui vient d'être vécu. En effet, les soldats verbalisent peu. Le dispositif mis à leur disposition dans les locaux de l'AMA est conçu dans un souci d'intervention en continuité avec le defusing. Il est organisé selon le besoin d'étayage groupal des témoins. Les soldats du 8e RA se sont regroupés naturellement en petits groupes de pairs. Peu de soldats éprouvent le besoin de s'isoler : face à une détresse psychique, les soldats recourent principalement au soutien primordial qui passe par la présence physique et psychique d'un ou de plusieurs semblables. Le groupe fait corps. Il est contenant pour le psychisme affecté par l'événement traumatique.

Dans un second temps, la psychologue reçoit en entretien les cinq soldats de la même pièce de mortier que le soldat décédé, ainsi que six autres témoins qui se sentent particulièrement touchés. Les soldats effectuent naturellement ce qui leur convient dans la mesure où ils s'écoutent les uns les autres. Et la psychologue s'appuie sur cette compétence en ouvrant l'entretien aussi à ceux qui se sentent particulièrement touchés.

Les réactions sont diverses et attendues. Les longs silences indiquent l'état de choc dans lequel se trouvent les témoins. Certains baissent la tête, cachent leur visage. D'autres ont des décharges motrices de nervosité. Ce silence va être rompu lorsque la psychologue évoque les valeurs familiales. Alors, certains peuvent y associer le réconfort de se trouver avec des camarades. D'autres peuvent verbaliser leur besoin de se créer une bulle à côté des autres ou parler des stimuli à caractères traumatiques.

Defusing : entretiens individuels

Dans un troisième temps, la psychologue peut recevoir individuellement les soldats qui le souhaitent. Elle offre aussi la possibilité tierce de les écouter en petits groupes de leur choix. En restant dans la logique de faire confiance à leurs compétences, elle sait que son propre positionnement mobilisera encore plus leurs ressources. Les soldats choisissent dans quel contexte ils souhaitent être reçus : seuls ou avec des camarades de leur choix uniquement. Ils retrouvent ainsi une part active et décisionnelle dans leur prise en charge. Cela permet aussi de ne pas exclure du dispositif des personnes qui n'auraient pas fait cette démarche si elles n'avaient eu que la possibilité d'être reçues seules ou avec des camarades en présence desquels elles ne se seraient pas senties de parler.

En parallèle, les médecins des forces ont vu cinq des sujets pour : des traumatismes sonores aigus (deux sujets), des céphalées de tension (un sujet) et des céphalées (deux sujets). Grâce ce motif d'entrée, les médecins ont pu notamment réaliser un entretien individuel et ainsi rappeler les différents symptômes des psycho-traumatismes qui devraient les alerter, tout en les réassurant sur la possibilité d'aide qu'ils avaient. La proposition d'aide pharmacologique a été déclinée par tous les sujets qui se considéraient, alors, capables de surmonter le traumatisme psychique subi.

Continuum de la vie courante

Le lendemain, la psychologue passe voir les différents témoins directs. Elle effectue ainsi cinq entretiens informels de soldats et de cadres. Les soldats mais aussi leurs cadres ont besoin de récupérer aux travers de moments de détente et d'activités de cohésion. Ils cherchent à se restaurer psychiquement et physiquement, aussi bien à un niveau individuel et/ou collectif.

Elle prend en compte, à ce moment-là, le personnel de l'AMA de Commercy alors plus disponible. Cette prise en charge tardive de l'infirmière et des deux auxiliaires sanitaires soutenant le tir s'explique par leur englobement dans le dispositif d'aide en tant que soignants et non en tant que victimes directes d'un événement traumatisant. Cependant, un lien important a été tissé entre la batterie de tir et l'équipe paramédicale soutenant le 8e RA. Ce lien laissant présager un meilleur suivi et un recours plus facile aux soignants à cette équipe.

La veillée funèbre s'effectue le lendemain sur le camp du Valdahon. Et quasiment tous les sujets ont souhaité rester pour y assister. Cette veillée entre au cœur du processus de deuil des individus tout en continuant à renforcer les liens du groupe.

Sur le plan administratif, tous les sujets témoins ont bénéficié d'une inscription au registre des constations du fait de la possible latence entre l'événement et l'apparition des troubles psychiques.

Les sujets à risque d'ESPT ont été repérés et identifiés auprès de leur médecin référent pour un débriefing et un éventuel suivi à long terme. En effet, après une exposition à un événement potentiellement traumatique, l'évaluation pronostique prend en compte les facteurs de risque.

D'autre part, il est également important de repérer, dans cette période, d'éventuels deuils pathologiques se traduisant par un déni ou une dépression prolongés,… (12).

Nous avons contacté le médecin de l'AMA de Commercy pour recueillir son expertise médico-psychologique concernant les militaires impactés, ainsi que pour connaître la décision du commandement pour l'intervention éventuelle de la Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de Terre (CISPAT). La CISPAT n'a pas été déclenchée par le commandement, *a priori* car une prise en charge SSA avait déjà été initiée. Il n'a pas été demandé par le commandement à la psychologue de continuer la prise en charge. Le médecin des forces est resté disponible pour les militaires exposés qui souhaitaient une prise en charge mais personne n'a poussé la porte de son bureau. Et malheureusement, le régiment a été dissous dans les mois qui ont suivi.

La CISPAT intervient sous la responsabilité du commandement pour son déploiement. Ses objectifs sont la prise en charge psychologique rapide des victimes d'événements graves, le soutien psychologique éventuel de l'entourage direct des victimes et un rôle de conseil dans le domaine de l'hygiène mentale auprès

des responsables de la gestion de crise. Son action est ponctuelle et peut durer de 24 heures à 15 jours selon le nombre de militaires à soutenir. La psychologue du CMA peut intégrer ce dispositif de débriefing de l'unité soutenue, organisé par la CISPAT, dans la mesure où celle-ci intervient, afin d'assurer la continuité des soins. Des personnels peuvent être orientés vers des psychiatres et des psychologues du SSA en HIA (13, 14).

Au total, une prise en charge rapide, sur les lieux de l'accident a pu être entreprise. Un defusing a été mis en place et une aide psychologique a été proposée. Un traitement médicamenteux par β-bloquant ou anxiolytique a été refusé, probablement car les patients estimaient ne pas en avoir le besoin.

Le débriefing est une intervention post-immédiate proposée dans les jours ou semaines qui suivent l'événement traumatique, si possible après les obsèques. Il consiste à amener chacun des sujets à parler de ce qu'il a ressenti, ce qu'il a vu et pensé au moment de l'événement traumatique. Les entretiens directifs ont pour but de procurer un soulagement cathartique, de mettre de l'ordre dans les émotions et d'aider à trouver du sens à l'événement (10, 15). Cependant, des données récentes anglo-saxonnes viennent remettre en question non seulement l'intérêt de la mise en place systématique et précoce du débriefing mais aussi les techniques utilisées. Il a été en effet montré que la plupart des individus soumis à des événements traumatiques ne nécessitent pas d'intervention médicale ou psychologique. De plus, il a été également démontré que parler d'un événement émotionnel et traumatisant ne soulage pas systématiquement les victimes. Évoquer de nouveau des scènes ayant une forte intensité émotionnelle peut même, dans certains cas, avoir des effets néfastes chez des sujets non préparés à traiter l'information émotionnelle négative associée à la remémoration de l'événement traumatisant (16).

Les traitements médicamenteux (8) dans la prise en charge immédiate des victimes :

– les benzodiazépines, largement prescrites au décours immédiat de l'événement, sont actuellement remises en question. Elles sont considérées comme favorisant la survenue de troubles psycho-traumatiques séquellaires ou les aggravant : exacerbation des troubles du comportement et absence d'amélioration des symptômes psycho-traumatiques sous alprazolam, ou encore absence d'efficacité du clonazépam, de l'alprazolam dans plusieurs travaux contrôlés sur 6 semaines et 6 mois (17-19) ;

– l'hydroxyzine semble faire preuve d'une efficacité constatée lorsqu'elle est prescrite dans les toutes premières heures qui suivent l'exposition à l'événement, pour une courte période de 8 à 10 jours et à une posologie variable de 50 à 100 mg/j ;

– le propranolol (20, 21) un β-bloquant non cardiosélectif, inhibiteur compétitif des effets des catécholamines, bloque les effets sympathiques. Par ces mécanismes, il réduit les symptômes d'hyperactivité végétative (22, 23). La posologie est de 120 mg/j.

Discussion

L'intervention d'un aumônier, quelle que soit sa confession, est discutable de par la séparation entre l'état et la religion. Cependant, lors de la confrontation à la mort, de nombreuses personnes ont recours à un soutien religieux mais aussi spirituel. Cela peut-être un besoin dans ce contexte où ces personnes peuvent ressentir une profonde rupture dans leur sentiment d'appartenance et d'existence. Ces dernières peuvent être en proie à des questions philosophiques, religieuses, existentielles, éprouver des émotions antagonistes et rechercher du sens à leur vie. Les aumôniers, non formés à la prise en charge de troubles psychologiques ou psychiatriques, sont des interlocuteurs habitués à être à l'écoute sans être intrusif et à faire preuve d'empathie du fait de leur métier. Ce sont des tiers neutres, disposés à écouter sans juger toute expression des personnes impactées quel que soit leur système de croyance. D'autre part, la pluralité des interlocuteurs permet une meilleure ouverture de la parole, chacun ayant un interlocuteur avec qu'il préféra s'entretenir. Or, c'est en la possibilité de dialogue que réside l'intérêt du defusing. Dans notre expérience, son intervention a été appréciée et n'a pas été jugée inappropriée par les patients ou par l'équipe médicale. Néanmoins, son intervention ne se substitue pas à celle de l'équipe médico-psychologique.

L'autre point de discussion est la prise en charge plus tardive de l'équipe paramédicale. Celle-ci s'est réalisée en accord avec ladite équipe qui était moins affectée en aigu par cet événement traumatique. L'équipe paramédicale souhaitant garder une part de leur rôle de soignant dans le dispositif de la prise en charge médico-psychologique.

Notons, la difficulté d'introduction d'un traitement médicamenteux en aigu chez des militaires. Aussi, le rôle préventif que pourraient avoir les ß-bloquants est à mettre en balance avec la faible volonté de recours à une aide extérieure des militaires.

Conclusion

La coordination des acteurs du SSA et de l'armée de Terre garantit un soutien médical, psychologique et social aux militaires touchés par l'événement grave. Elle opère dans le cadre d'un dispositif d'intervention et de soutien psychologique des trois armées, de la Gendarmerie et du Service de santé des armées, à savoir un plan d'action des troubles psychiques post-traumatiques dans les armées (24). Celui-ci se déploie suite à des événements graves en garnison, sur le territoire national et sur les théâtres d'opération. Cette collaboration permet une prise en charge précoce auprès des unités impactées, aussi bien en immédiat, post-immédiat que sur le long terme. La chaîne santé entre le terrain, les CMA, la CISPAT et les HIA constitue un maillage optimal. Elle vise à prendre en charge le facteur humain avec notamment une limitation des troubles et à assurer un soutien continu des soins.

De plus, depuis le mois de janvier 2013, un numéro « Écoute Défense » est opérationnel 24h sur 24 et 7 jours sur 7 (25). Il complète ce plan d'action. Il est proposé au personnel militaire et civil de la Défense, actif et retraité qui a été exposé à des situations potentiellement traumatisantes lors de leur service. Il s'adresse aussi à des personnes témoins de la souffrance d'un membre de leur famille, d'un ami ou d'un collègue de travail. Les psychologues du SSA offrent une écoute, un soutien et une information adaptés et au besoin une orientation. Ce dispositif vient en relais des centres médicaux des armées où trop souvent les patients sont effrayés d'éventuelles conséquences d'un trouble psychique sur leurs aptitudes mais aussi du regard de leur commandement s'ils venaient à consulter trop fréquemment ou s'ils avaient des inaptitudes.

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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Meyran MG. Directive ministérielle relative au soutien sanitaire des activités à risques dans les armées. 2005 ; 600/DEF/DCSSA/AST/TEC/MDA : 1-7.
2. Direction centrale du Service de santé des armées. Instruction relative au soutien santé des activités d'entraînement des forces armées et de la gendarmerie dans les camps nationaux, les centres d'entraînement et en terrain libre. Instruction ministérielle. 2005 ; N° 6019/DEF/DCSSA/OSP/OORI/ORG — N° 1885/DEF/EMAT/LOG/SAN.
3. Vallet D, Boisseaux H, De Montleau F, Rondier JP. Psychiatrie et armée. EMC-Psychiatrie. 2006 ; 37-882-A-10.
4. Ferreri F, Agbokou C, Peretti CS, Ferreri M. Psychotraumatismes majeurs : états de stress aigu et états de stress post traumatique. EMC-Psychiatrie. 2001 ; 37-329-A-11.
5. Clervoy P, Bourdon L, Sicard B. Évolution du soutien psychologique des forces de l'US Army. Médecine et Armées. 2007 ; 35 (4) : 373-6.
6. Clervoy P, Vautier V. Le soutien psychologique des forces en opération : diversité des approches au sein de l'OTAN. Médecine et Armées. 2009 ; 37 (2) : 111-4.
7. Prieto N, Rouillon F. Importance de l'enjeu en termes d'épidémiologie Psychotraumatismes prise en charge et traitement Masson, editor. Paris2005.
8. Vaiva G, Lestavel P, Ducrocq F. Quand traiter le psychotraumatisme ? La Presse médicale. 2008 ; 37 : 894-901.
9. Vallet D, Ferreri M. Psychological impacts of terrorism on victims and the general population. Bulletin Académie Nationale de Médecine. 2007 ; 191 : 1019-32.
10. Besson K, Grosse EM, Samuelian JC. Interventions précoces des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiue : le cas de la cellule des Bouches-du-Rhone. Ann Med-Psychol. 2007 ; 165 : 562-9.
11. Fidelle G, Payen A, Rondier JP. Les blessures psychiques, soins immédiats et post-immédiats. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2005 ; 5 (1) : 9-14.
12. Bacqué MF. Deuils et traumatismes. Annales médico-psychologiques. 2006 ; 164 : 357-63.
13. Plan d'action Troubles psychiques post traumatiques dans les forces armées n°517996/DEF/DCSSA/PC/CN.SMPA du 20 décembre 2013.
14. Charte d'organisation relative aux interventions sur le terrain en cas d'événement potentiellement traumatique des psychiatres et des psychologues du Service de santé, et des psychologues et des psychiatres des armées et de la Gendarmerie nationale. Charte interarmées n) 4487/DEF/DCSSA/CAB du 21 décembre 2012.
14. Doucet C, Joubrel D, Cremniter D. L'intervention post-immédiate des cellules d'urgence médico-psychologique : étude clinique et psychopathologique de 20 debriefing psychologique de groupe. Annales médico-psychologiques. 2013 ; 171 : 399-404.
15. Raffard S. Le débriefing psychologique est-il efficace ?. Rev Prat. 2009 ; 59 : 965.
16. Mellman TA, Bustamante V, David D, Fins AI. Hypnotic medication in the aftermath of trauma. J Clin Psychiatry. 2002 ; 63 (12) : 1183-4.
17. Ducrocq F, Bordet R, Vaiva GIVG, Lebigot F, Ducrocq F, Goudemand M. editors. Psychotraumatismes : prise en charge et traitements. Paris : Masson ; 2005:70-8.
18. Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines : a prospective study. J Clin Psychiatry. 1996 ; 57 (9) : 390-4.
19. Hoge EA, Worthington JJ, Nagurney JT, Chang Y, Kay EB, Feterowski CM, et al. Effect of acute post trauma propranolol on PTSD outcome and physiological responses during script-driven imagery. CNS Neurosciences and therapeutics. 2012 ; 18:21-7.
20. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, Peleg T, Adessky R, Freedman S. Prevention of Posttraumatic Stress Disorder by early traitement. Archive general of psychiatry. 2012 ; 69 (2) : 166-76.
21. Witchitz S. Bêtabloqueurs. EMC. 2001 ; 11-903-A-10 : 1-8.
22. Auxemery Y. Une conception moderne du traumatisme psychique à l'usage des médecins somaticiens : des différentes formes cliniques du trauma à leurs perspectives pharmacologiques. La revue de médecine interne. 2012 ; 33 : 703-8.
23. Plan d'action troubles psychiques post-traumatiques dans les armées 2011-2012 N°564/DEF/DCSSA/AST/TEC du 10 mars 2011.
24. Note n°12516/DEF/CAB/CC4 du 20 décembre 2012.