L'avis du médecin d'unité sur le déclenchement de la cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de Terre

A. Ledoux

Article reçu le 27 août 2012, accepté le 21 janvier 2013.

Résumé

S'il est maintenant acquis d'intégrer l'assistance psychologique rapide dans les procédures visant le soutien des troupes combattantes, il convient d'en souligner les limites et les risques, notamment en ce qui concerne les interventions précoces dans les suites d'un événement à portée traumatique. Dans cette perspective, nous proposons de mener une réflexion sur l'avis du médecin d'unité concernant le déclenchement d'une cellule d'intervention psychologique. Cette réflexion doit d'abord tenir compte du déroulement temporel du psycho-traumatisme et déterminer les contours d'un profil décisionnel axé sur la clinique. L'enjeu est ici de respecter la dynamique évolutive de l'impact psychique de l'événement tout en veillant à ce que l'existence ne se ferme pas sur une pure objectivation de cet événement. Enfin, nous développons la dimension éthique de cette problématique au regard de l'environnement hostile et du processus d'affrontement inhérents aux situations opérationnelles.

Mots-clés : Armée. Cellules médico-psychologique. Éthique. Intervention post-immédiate. Psycho-traumatisme.

Abstract

THE MILITARY DOCTOR'S ADVICE ON THE RELEASE OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION TEAMS WITHIN THE ARMED FORCES.

If it is now generally agreed to include fast psychological assistance into the procedures aiming at supporting the fighting troops, it still remains advisable to underline its limits and risks, in particular with regards to the premature interventions resulting from a traumatic event. In this article, we propose a reflection on the military doctor's advice concerning the release of a psychological intervention team. This reflection must first take into account the temporal evolution of post-traumatic stress disorder, and then needs to determine the outlines of a decision-making process centered on clinical examination. It needs to respect the evolution of the psychological impact of an event while making sure that its existence does not close on a pure objectification of the event. Finally, we develop the ethical dimension of this problem taking into account the hostile environment and confrontational processes inherent to operational situations.

Keywords: Army. Ethics. Post-traumatic stress disorder. Psychological intervention.

Introduction

Le rôle des cellules psychologiques dans les armées est le soutien psychologique et l'intervention dans des situations ayant eu un fort impact psychologique sur l'ensemble du groupe. Même si cet impact ne se mesure pas et reste subjectif, chacun pourrait être ébranlé par la violence de certaines situations (guerre, violence, catastrophes, spectacle d'événements horribles). Il existe aussi des actes particulièrement traumatogènes que l'on qualifie de barbare en ce sens qu'ils constituent une forme de violence paroxystique, mise en œuvre sans avertissement, sans menace, et dont l'objectif est la destruction d'un autre être humain. Par ailleurs, certains

A LEDOUX, médecin en chef.
Correspondance : Médecin en chef A. LEDOUX, Hôpital d'instruction des armées Desgenettes, BP 25 – 69275 Lyon Cedex 03.
E-mail : arnaudledoux@aol.com

paramètres peuvent être mentionnés comme étant plus particulièrement propice à l'éclosion de psycho-traumatismes, ainsi que l'attestent certaines études : durée de la situation (1), présence de cadavres (2), actes de torture (1), blessures physiques (3). En milieu militaire, les troubles psycho-traumatiques sont un des effets, échappant à toute maîtrise, de la violence dont l'État fait usage dans un cadre légitime. Ils sont maintenant considérés comme faisant partie du risque professionnel lié au métier des armes et leurs séquelles sont imputables à l'exercice des fonctions en service. Le statut du militaire fait qu'il ne peut contester cette légitimité, ce qui n'exclut pas un désaccord souvent tenu secret, ne se révélant parfois que dans le cadre strictement confidentiel de la consultation. Dans certaines situations particulières, c'est l'impossibilité de répondre à la violence qui exerce une pression sur les soldats, comme ce fut le cas lors des missions d'interposition et de maintien de la paix en ex-Yougoslavie (4). L'écart entre ce qu'il est de son devoir de réaliser et la contestation dont il ne faut surtout pas parler peut contribuer au déséquilibre dans une économie psychique déjà ébranlée par les effets du trauma.

Les cellules psychologiques contribuent, en lien avec le Service de santé des armées (SSA), à la détection des blessés psychiques, à l'information ou la sensibilisation et au conseil sanitaire proposé au commandement. Lors d'un événement potentiellement traumatique, leur intervention est centrée sur la prise en charge de la détresse psychique et s'accompagne d'une prévention des complications et des séquelles du psycho-traumatisme. Si cette intervention procède d'un acte de commandement en concertation avec le Comsanté, il est demandé au médecin d'unité de donner son avis sur la pertinence du déclenchement de la procédure et sur les modalités de l'intervention. Bien qu'il existe un certain nombre de dénominateurs communs aux quatre types de cellule de soutien psychologique des forces, notre travail met particulièrement l'accent sur l'activation de la Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de Terre (CISPAT) et se situe du point de vue du médecin des forces, premier acteur du soutien psychologique face à un événement grave. Parmi les rôles de cette cellule, c'est l'accompagnement psychosocial en situation de crise grave qui nous intéresse ici. Cet accompagnement doit être distingué de la prise en charge médico-psychologique qui relève du SSA. Il est notamment mis en œuvre par des officiers psychologues qui s'affichent avant tout comme soldats avec la visée d'être dans une grande proximité avec les militaires sur le terrain.

Une réflexion clinique et éthique sur le bien-fondé d'une telle intervention s'impose en amont afin d'optimiser la décision qui sera prise sur le vif dans le cadre d'une évaluation globale des blessures qui prend en compte la dimension psychique de celles-ci. Nous proposons de mener cette réflexion en deux temps, en mettant d'abord l'accent sur les aspects cliniques puis en abordant la dimension éthique de cette problématique. Cette mise en perspective s'enracine dans notre expérience de médecin d'unité sollicité à maintes reprises pour des événements à portée traumatique sur le terrain.

Profil décisionnel dans son rapport au déroulement de la clinique du psycho-traumatisme

Il est classique de temporaliser l'impact psychique d'un événement potentiellement traumatique selon trois phases. Chacune de celles-ci comporte des particularités que nous explicitons afin d'en extraire des éléments permettant d'orienter une décision basée sur un rapport bénéfice/risques pertinent.

Première phase

L'évaluation initiale doit prendre en compte la dimension psychique immédiate qui est l'effroi. Dans la perspective freudienne, la notion d'effroi rend compte de l'effraction psychique, de la confrontation avec le réel de la mort (5), un réel impensable, non représenté dans l'inconscient. Les considérations diagnostiques des classifications actuelles ne prennent pas en compte cette dimension clinique qui se traduit par une impossibilité de toute compréhension ou élaboration symbolique de l'expérience traumatique.

Lors de cette première phase, on peut aussi observer les classiques manifestations dites de « stress dépassé » (sidération, agitation, fuite panique ou action automatique) ou parfois des réactions plus franchement pathologiques (anxieuse aiguë, confusionnelle ou délirante) (6).

L'examen clinique recherchera aussi des indices de « dissociation péri-traumatique » (modifications profondes et transitoires des perceptions et de la conscience du monde ambiant) ou de « détresse péri-traumatique » qui sont en faveur d'un vécu traumatique de l'événement : frayeur paralysante, suspension de la pensée, désorientation temporo-spatiale, symptômes neurovégétatifs très intenses (7). Une surveillance plus ou moins rapprochée s'impose en fonction de la symptomatologie, même si l'évolution peut être rapidement favorable en quelques jours ou quelques semaines.

Dans la mesure du possible, la première évaluation médicopsychologique s'effectue dans un cadre thérapeutique sécurisant et visant l'apaisement. Les soins de proximité immédiate sont axés sur des mesures simples en références aux principes de Salmon (8) et se situent en amont d'interventions psychologiques spécialisées éventuelles. Plusieurs brefs entretiens à quelques heures d'intervalles peuvent être nécessaires. La prescription de psychotrope est à ajuster selon l'intensité, la permanence et la durée des manifestations. La cible privilégiée de la thérapeutique médicamenteuse administrée précocement est l'hyper-éveil neurovégétatif et l'ensemble des manifestations réactionnelles. Cela contribuerait à diminuer le risque de survenue ou l'intensité d'un état de stress post-traumatique. On utilisera préférentiellement l'hydroxysine ou le propanolol et on évitera les benzodiazépines, ainsi que cela est préconisé par les recommandations actuelles (9). Notons que d'autres molécules (cyamemazine ou loxapine) peuvent être utilisées en cas d'agitation

persistante, d'éléments confusionnels ou d'effervescence psychotique. Ces considérations sont importantes car les effets thérapeutiques obtenus participent à l'évaluation dynamique de la situation.

Deuxième phase

Les manifestations observées lors de cette période, dite post-immédiate, peuvent correspondre à ce que la classification anglophone-saxon nomme « état de stress aigu ». Les troubles d'allure psychotraumatique (reviviscences, conduites d'évitement, anesthésie émotionnelle, hypertonie neurovégétative) d'apparition précoce et se résorbant en quelques jours ou semaines, s'ils ne relèvent pas du diagnostic d'état de stress post-traumatique, doivent néanmoins être considérés comme pouvant être des signes précurseurs de l'apparition de troubles différés, parfois après une longue phase de latence.

Tous les patients examinés doivent être enregistrés et répertoriés, avec indication succincte du diagnostic, du traitement appliqué et de l'état résiduel. Certains de ses patients nécessitent une surveillance sur place et la question de l'intervention psychologique va alors se poser. Des troubles invalidants et présentant un caractère prolongé nécessitent une évacuation sanitaire vers l'Hôpital d'instruction des armées (HIA).

Les cellules psychologiques se proposent d'intervenir lors de cette seconde phase. Ces interventions, dites post-immédiates, englobent les techniques de type de fusing (verbalisation très précocement sur le terrain) et debriefing psychologique (verbalisation plus tardive et plus élaborée avec évaluation et orientation thérapeutique) mais ne se résument pas à celles-ci compte tenu des effets parfois délétères de ces procédés (10-15).

Le cadre général des soins doit être celui d'une présence rassurante et contenante, à l'abri de toute menace d'effraction. Les interventions psychologiques spécifiques ne se justifient ni pour des sujets encore en proie à la violence désorganisatrice du trauma ni pour des réactions psychiques qui vont mobiliser les ressources individuelles et collectives pour finalement se résorber en quelques jours ou quelques semaines. Le déclenchement de l'intervention des cellules psychologiques ne doit donc pas se faire dans les premiers jours qui suivent l'événement alors qu'il existe encore nombre de manifestations post-immédiates. Il est notamment nécessaire de respecter, dans cette phase de grand bouleversement psychique, l'évitement défensif de tout ce qui se rapporte à l'événement et de porter une attention clinique particulière sur le vécu d'incapacité de puiser en soi les ressources nécessaires pour cicatriser l'effraction traumatique.

Une incitation à la verbalisation ou la recherche d'un effet cathartique précoce (abréaction) risquerait de surexposer aux effets du traumatisme, y compris lorsque les victimes sont convaincues que « ça fait du bien de parler » (16). La verbalisation précoce et détaillée pourrait même induire un processus de re-victimisation (17). Dans certains contextes, les démarches qui poussent au récit ont des effets particulièrement délétères, comme cela a été mis en évidence à propos des femmes bosniaques violées en masse par des Serbes (18). Il apparaît donc opportun de préciser que toute forme de verbalisation ne doit pas être trop précoce, orientée par des questions, soumise à une pression ou détachée d'un travail d'élaboration psychothérapeutique que seuls les praticiens rompus à la relation thérapeutique savent pratiquer. La conceptualisation du traumatisme a ici toute son importance, car le considérer comme un corps étranger dans l'appareil psychique peut laisser supposer qu'il faudrait aider à expulser ce qui risque de s'enkyster au-dedans. Nous y reviendrons.

En ce qui concerne l'information sur le psycho-traumatisme, il est préférable d'attendre la récupération d'un certain équilibre (19). Les modalités de communication des éléments d'information doivent, ici comme ailleurs, s'intégrer à la relation thérapeutique et s'ajuster aux capacités estimées du patient. Le risque d'une information donnée à la va-vite ou suivant une procédure pre-formatée est la survictimisation qui court-circuite la possibilité de restituer à chacun sa capacité à restaurer une continuité et un sens à son existence.

C'est donc à la fin de la seconde phase, avec l'amendement des manifestations post-immédiates, qu'une intervention de la cellule psychologique peut s'envisager. Selon les circonstances de l'événement, le nombre de victimes et l'évaluation clinique, les soins spécifiques peuvent être proposés à tous les impliqués ou s'adresser plus particulièrement aux personnes les plus à risque de développer un état de stress post-traumatique. Le soutien psychologique concerne aussi les proches qui en ressentent le besoin et les familles. Les soins lors de cette phase s'associent à une évaluation des capacités de résilience et de la vulnérabilité psychologique afin d'orienter au mieux la poursuite éventuelle des soins.

Troisième phase

La troisième phase peut faire apparaître des troubles correspondant à la constitution d'un état de stress post-traumatique. Nous ne détaillerons pas plus ici la séméiologie de cette pathologie bien explicitée par différents auteurs (20, 21).

Dans notre pratique, nous constatons que la constitution de l'état de stress post-traumatique se réalise fréquemment au retour de la mission, avec la confrontation à la vie ordinaire qui oblige à de nombreux aménagements psychiques et amenuise les effets de résilience qu'apportait le groupe, sans compter l'impact des éventuels bouleversements, notamment de la vie affective, qui se sont produits le temps de la mission. Le retour d'opération est en effet un moment difficile, s'accompagnant fréquemment de sentiments pénibles (absurdité de la vie quotidienne, morosité liée à des attentes déçues, facticité des témoignages de reconnaissance). Le fonctionnement adaptatif peut aussi être altéré par une remise en question radicale des croyances, des idéaux ou du sentiment d'appartenance à l'institution, d'être soutenu par celle-ci et le système de valeur qui lui est inhérent. Il apparaît donc opportun de proposer une assistance psychologique pendant cette période de préparation au retour. Ceci dit, l'éclosion du syndrome de répétition est un moment-clé de la

pathogénie qui trouve sa signification propre dans l'histoire singulière de chaque sujet.

Les soins lors de cette troisième phase relèvent du spécialiste et s'intègrent dans un processus global de reconnaissance à différents niveaux. Si des connaissances en psychotraumatologie et une expérience clinique dans ce domaine sont nécessaires, il est néanmoins important de souligner le primat de la qualité de la relation thérapeutique. Le traitement préconisé par la Haute Autorité de santé est la thérapie cognitivocomportementale (22), mais il ne nous paraît pas louable de remettre en cause les soins entrepris auprès d'un confrère ayant une orientation différente, d'autant plus lorsqu'il existe une alliance thérapeutique telle qu'elle perçue par le patient. (23)

Aspects éthiques

Toute forme d'intervention psychologique, y compris lorsqu'elle s'inscrit dans un ensemble de mesures opérationnelles, ne peut se concevoir sans le souci de la permanence de la personne humaine quelles que soient les circonstances. Cela implique le respect de chacun dans sa différence et sa singularité et l'absence de perspective préétablie de retour au combat (24). Il n'est pas question, par exemple, de cautionner l'obligation, explicite ou implicite, pour chacun des impliqués de se soumettre à un débriefing en bonne et due forme. Il n'est pas non plus opportun d'entretenir l'illusion qu'un projet interventionniste systématique, méthodique ou standardisé peut prévenir l'apparition de troubles psychiques. Le cadre thérapeutique doit rester souple, intuitif et dynamique, c'est-à-dire propice au réajustement en fonction du contexte et de l'appréciation du clinicien. C'est ainsi que chacun aura la possibilité de retrouver, selon son propre rythme, une ouverture à soi et au monde.

L'attention clinique prioritairement portée sur la personne humaine n'empêche pas de prendre en compte l'intérêt de l'institution, elle-même parfois ébranlée dans son organisation, dans les liens qui la structure ou dans les certitudes qui la cimentent. Or on sait l'importance du soutien social dans la phase post-immédiate, notamment celui apporté par le chef et les pairs (25-27). Ces acteurs peuvent apporter aux victimes le sentiment d'être reconnues qui rompt le vécu d'isolement et d'abandon propre au psychotraumatisme. Non seulement l'éthique du commandement appelle les chefs à porter une attention sur leurs subordonnés, mais en plus chacun se sent appelé par ce qu'il peut reconnaître en lui-même tant que ce qui est perçu chez l'autre est susceptible d'être partagé. L'assistance psychologique qui doit être assurée relève d'abord du réconfort s'opérant au sein d'un groupe qui veille à son bon fonctionnement et du soutien par des chefs soucieux de leurs hommes et compréhensifs à l'égard de la souffrance. Les interventions des cellules psychologiques ne doivent ni enfreindre ni se détacher de ces phénomènes d'autorégulation spontanée qui se mettent en œuvre y compris dans les pires conditions environnementales. Les techniques psychothérapeutiques de groupe s'adossent à l'expression de pratiques immanentes, incrustées au cœur d'une organisation particulièrement structurée, de traditions et d'une éthique professionnelle.

La réflexion que nous menons doit aussi prendre en compte le contexte opérationnel dans lequel vient s'inscrire l'intervention psychologique. Ce contexte est caractérisé par un environnement hostile, un climat d'insécurité et des conditions de vie difficiles. Il confronte aussi au caractère insaisissable des autres hommes, aux pulsions et aux passions habituellement circonscrites et assujetties à la réalité quotidienne. Ces valences affectives très fortes sont particulièrement à l'œuvre dans un contexte de combat où il s'agit de vaincre, avec parfois une démesure qui peut submerger et échapper dangereusement (28). Les tentatives de maîtrise ne peuvent venir à bout de l'imprévisible qui surgit nécessairement du processus d'affrontement et de ces aspects inhérents à la nature humaine. Le soutien psychologique fait lui-même partie d'une planification. Au sein de ce dispositif, le psychologue doit pourtant pouvoir accueillir ceux qui se sont confrontés à un réel impensable. Cette rencontre ne peut se faire dans l'horizon d'un projet, dans une sorte de limitation par des *a priori*, au niveau des potentialités projetées par une existence.

Les psychologues qui interviennent peuvent s'appuyer sur différents cadres théoriques. Certains se situent dans une perspective cognitive-comportementale et vont s'orienter vers une restructuration cognitive qui amène le patient à penser la situation traumatique sous un autre angle et à lui donner un nouveau sens. Cette technique est particulièrement risquée dans la phase post-immédiate car elle suppose une succession itérative d'évocations de la situation traumatique. Dans un autre registre, la conception freudienne permet de comprendre le trauma comme une déchirure de l'écran psychique qui normalement constitue un pare-stimuli face à l'irruption d'un afflux excessif d'excitation (29). Cet écran rend compte métaphoriquement de l'imaginaire qui soutient notre rapport à la réalité. Cette conception est intéressante sur le plan thérapeutique en ce qu'elle met l'accent sur des processus internes agissant en sourdine quand bien même tout porte à croire que la cause de la souffrance est purement extérieure. La juste mesure dans le mode d'intervention vise à respecter la dynamique évolutive de l'impact psychique de l'événement tout en veillant à ce que l'existence ne se ferme pas sur une pure objectivation de cet événement en tant que blessure psychique à réparer ou en tant que désorganisation brutale de la neurochimie du cerveau.

La dislocation de la cohésion de soi dans la confrontation traumatique est effondrement de l'identité, non pas l'identité qui se caractériserait par des attributs mais l'identité en tant que continuité des prescriptions que l'on se donne à soi-même et qui nous permettent de rester fidèle à ce qu'on est, à ce qu'on s'est promis. Pendant une phase plus ou moins longue correspondant à cette dislocation, la narrativité de l'événement sera quasiment impossible ou ne pourra s'envisager que sur le mode de « Il m'est arrivé » (30). Puis, à distance des effets de la violence de l'ébranlement initial, l'expérience traumatique peut être resituée dans un contexte qui se

construit autant à partir de l'histoire personnelle du sujet que, plus largement, à partir d'une histoire dans laquelle l'événement traumatique vient s'inscrire. Cette narration joue un rôle important dans la reconnaissance, le soutien et l'accompagnement des sujets traumatisés. La mise en récit, si elle ne suffit pas, est une étape incontournable qui permet de mettre au jour l'existence d'un fond d'horreur, à la fois individuel et collectif, au cœur de l'appareil psychique (31). Cette mise au jour confronte le sujet traumatisé tout autant à son destin singulier qu'à la condition humaine, ou plutôt à la construction que chacun peut se faire de la condition essentielle de l'homme. Selon Castel (32), c'est le détour par cette construction qui permet une implication indirecte du sujet dans ce qu'il lui est arrivé.

Conclusion

Le soutien psychologique est nécessaire tout au long de la présence des troupes combattantes sur le théâtre d'opération. Il se justifie tout autant par les effets de l'environnement hostile et du processus d'affrontement que par les affres de la nature humaine confrontée à sa propre démesure. Il doit aussi accompagner cette zone de transition de la préparation au retour jusqu'aux suites de la tentative de reprise du cours ordinaire de l'existence.

Dans les jours qui suivent un événement à portée traumatique, l'intervention medicopsychologique contribue à réguler l'hyperactivation neurovégétative et à créer un environnement sécurisant, apaisant et soutenant. Puis, l'intervention psychologique spécialisée, avec son aide au travail d'élaboration accompagnée d'une information prévenant des conséquences psychologiques, peut s'envisager lorsque la phase initiale d'ébranlement commence à s'amender. Il peut s'écouler plusieurs jours, voire plusieurs semaines, avant que la ou les victimes se sentent prêtent à se confronter aux souvenirs de l'événement. Toute forme d'obligation à se soumettre cette intervention est absurde. Non seulement les incitations à la verbalisation ou l'abréaction cathartique peuvent avoir un effet négatif sur l'impact psychique d'un traumatisme, mais il est aussi nécessaire de respecter les processus d'autorégulation individuels et collectifs. Ces données doivent aussi être prises en compte pour le déclenchement d'une action « post immédiate » d'ordre psychosocial telle que celle effectuée par la Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de Terre.

Enfin, la temporalité du mode d'assistance psychologique doit respecter le fait qu'aucun récit ne peut être écouté de façon impersonnel ou neutre. La narration est toujours singulière et implique celui qui raconte autant que celui qui entend. Cette narration doit s'adosser à un travail d'élaboration visant à permettre au sujet traumatisé de reconstruire ce qui lui est arrivé. Elle ne peut se faire sans prendre la mesure du réel de ce qui est arrivé aux victimes, de ce qui a surgi sans pouvoir être d'aucune manière anticipé et de ce qui a été vécu comme rupture destructrice. L'avis du médecin d'unité est essentiel du fait de son action médicopsychologique immédiate et de proximité et à la connaissance quant à l'évolution en cours des sujets et donc quant au besoin et au moment adéquat d'une intervention post immédiate.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Zeiss R, Dickman H. Incidence and Person-situation Correlates of Former POWs. Journal of Clinical Psychology. 1989; 45: 80-7.
2. McCammon S, Durham TW, Allison EJ, Williamson JE. Emergency Worker's Cognitive Appraisal and Coping with Traumatic Events. Journal of Traumatic Stress. 1988; 1: 353-72.
3. Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL, Kramer TL. Vulnerability-stress Factors in development of Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Nervous and Mental Disease. 1992; 180: 424-30.
4. Doutheau C, Lebigot F, Moraud C, Crocq L, Fabre LM, Favre JD. Facteurs de stress et réactions psychopathologiques dans l'armée française au cours des missions de l'ONU. Revue internationale des services de santé des forces armées. 1994; LXVII: 30-4.
5. Lebigot F. Traiter les traumatismes psychique, clinique et prise en charge. Paris: Dunod; 2005.
6. Crocq L, Doutheau C, Sailhan M. Les réactions émotionnelles dans les catastrophes. Encyl Med Chir. 1987; 37-113-D-10: 8 p.
7. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychol Bull. 2003; 129: 52-73.
8. Vallet D, Boisseaux H, de Montleau F, Rondier P. Psychiatrie et armées. Encycl Med Chir. 2006; 37-882-A-10: 1-11.
9. Ducrocq F, Vaiva G. De la biologie du trauma aux pistes pharmacologiques de prévention secondaire de l'état de stress post-traumatique. L'encéphale. 2005; 31: 212-26.
10. Van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. Lancet. 2002; 360: 766-71.
11. Rose S, Bisson J, Wessely S. A systematic review of single-session psychological interventions (debriefing) following trauma. Psychother Psychosom. 2003; 72: 176- 84.
12. Nehme A, Ducrocq F, Vaiva G. Les debriefings psychologiques dans la prévention des syndromes psychotraumatiques, Revue de la littérature. Stress Trauma. 2004; 4: 249-63.
13. Hytten K, Hasle A. Fire fighters: A study of stress and coping. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1989; 80(355, Suppl): 50-5.
14. Kenardy J, Webster R, Lewin T, Carr V, Hazell P, Carter G. Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. Journal of Traumatic Stress. 1996; 9: 37-49.
15. Robinson R, Mitchell JT. Evaluation of psychological debriefings. Journal of Traumatic Stress. 1993; 6: 367-82.

16. Baeyens C, Philippot P. La prévention secondaire du syndrome de stress post-traumatique : les débriefings psychologiques en question ? L'Encéphale. 2003; XXIX:535-44.
17. Bisson JF, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. British Journal of Psychiatry. 1997; 171: 78-81.
18. Sironi F. Bourreaux et victimes, psychologie de la torture. Paris: Odile Jacob; 2005.
19. Jacobson DE. Types and timing of social support. J Health Soc Behav. 1986; 27: 250-64.
20. Briole G, Lebigot F, Lafont B, Vallet D. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXXXII° Session. Paris: Masson; 1994.
21. Clervoy P. (sous la direction de). Monographie : Stress et troubles psychiques post-traumatiques. La Revue du Praticien. 2003; 53: 858-62.
22. Ferreri F, Agbokou C, Peretti C-S, Ferreri M. Psychotraumatisme majeurs : état de stress aigu et états de stress post-traumatique. EMC (Elsevier Masson SAS), Psychiatrie, 37-329-A-11, 2011.
23. Castel PH. L'expertise Inserm sur les psychothérapies : ses dangers, réels ou supposés. 2005; 81: 357-61.
24. Lafont B. Vers une doctrine. In: Briole G, Lebigot F, Lafont B Ed. Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Paris: Addim, 1998: 307-20.
25. McKeever VM, Huff ME. A Diatheses-stress Model of Post-traumatic Stress Disorder: Ecological, Biological and Residual Stress Pathways. Review of General Psychology. 2003; 7: 237-50.
26. Rosenbaum L. Post-traumatic Stress Disorder: The Chameleon of Psychiatry. Nordis Journal of Psychiatry. 2004; 58: 343-8.
27. Charuvastra A, Cloitre M. Social Bonds and Post Traumatic Stress Disorder. Annual Review of Psychology. 2008; 59: 301-28.
28. Bardiès L. Violence militaire. In: Marzano M Ed. Dictionnaire de la violence. Paris: puf, 2011: 909-14.
29. Freud S. Au-delà du principe de plaisir (1920). Essais de psychanalyse, petite bibliothèque. Paris: Payot; 2010.
30. Dastur F. L'ipséité : son importance en psychopathologie. PSN (Psychiatrie, sciences humaines, neurosciences). 2005; III: 88-95.
31. Godard MO. Rêves et Traumatismes. Paris: Eres; 2003.
32. Castel PH. Comment peut-on avoir mal à la mémoire ? Clinique et thérapeutique du souvenir traumatique. Exposé au colloque d'Amiens, « Histoires de la mémoire », le 6 octobre 2001. Available from : URL: http://pierrehenri.castel.free.fr/.

INFORMATION

Afin d'assurer un suivi régulier de l'acheminement de la revue « Médecine et Armées », merci de faire parvenir à la rédaction tous changements d'adresse d'affectation.

« Médecine et Armées » — e-mail : medarmees@hiavdg.org
Mme M. SCHERZI — Lotus : martine.scherzi@sante.defense.gouv.fr
1 place Alphonse Laveran — Intradef : martine.scherzi@intradef.gouv.fr
75230 Paris Cedex 05 — ☏ 01 40 51 47 44