Article original

Représentation de la blessure psychique au sein du commandement de l'armée de Terre

J. DE OLIVEIRA[(1)], L. PELLEGRIN[(2)], F. PAUL[(3)], L. AIGLE[(4)], F. GIGNOUX-FROMENT[(5)]

(1) Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Marseille
(2) Centre d'Épidémiologie et de Santé Publique des Armées, Marseille
(3) Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Service de Psychiatrie, Marseille
(4) École de Santé des Armées, Écoles Militaires de Santé, Lyon-Bron
(5) Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Service de psychiatrie, Clamart

Auteur correspondant : joanna.deoliveira.jdo@gmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.8378

Reçu
le 11 octobre 2021

Accepté
le 21 décembre 2023

Publié
le 5 mars 2024

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
Au cours des conflits armés, l'exposition traumatique peut entraîner une effraction psychique responsable de l'apparition dans l'immédiat ou à distance de l'événement, d'un trouble psychotraumatique. Le commandement qui est au plus proche des militaires, joue un rôle majeur de repérage, d'orientation et d'aide aux blessés. Afin de recueillir son point de vue, des entretiens semi-dirigés individuels ont été menés auprès de chefs de corps, commandants d'unité et chefs de section dans six régiments différents de l'armée de Terre. L'analyse du contenu de leur discours nous a permis d'appréhender les incompréhensions du commandement mais aussi de mieux prendre en compte les contraintes et les enjeux de leur métier. Malgré une connaissance pointue de la blessure psychique, il persiste une vision erronée et négative de celle-ci. Les récits du commandement révèlent que c'est l'expérience du psychotraumatisme qui lui permet d'avoir une vision plus compréhensive. L'étude des discours met également en lumière un manque de communication médecin/commandement, ce qui constitue un axe intéressant d'amélioration de la prise en charge des blessés. Nous envisageons en ce sens la mise en place d'exercices de simulation communs et la réalisation de séminaires au cours desquels patients, membres du commandement et médecins pourraient échanger leurs expériences.

Mots-clés : Armée de Terre. Commandement. Médecin militaire. Psychotraumatisme. Représentations sociales. Traumatisme psychique. Médecine d'armée.

Abstract:
REPRESENTATION OF PSYCHIC INJURY IN THE LAND FORCE COMMAND
Trauma exposure during military duty can cause traumatic effraction, which may be responsible for immediate or delayed appearance of a psychotraumatic disorder. Commanding officers, who are nearest from the exposed soldiers, play a central role in screening and supporting the psychologically wounded. In order to collect their perspective on this matter, we conducted semi-structured individual interviews with regiment commanders, unit commanders and heads of section of six different land force regiments. The analysis of the content of their discourse allowed us to comprehend the misunderstandings that commanding officers might encounter, but also to better take into account the constraints and challenges of their profession. Despite a good knowledge of psychic wounds, there is still a negative and erroneous view of it. The commanders' accounts reveal that it is the experience of psychological trauma that enabled them to have a more comprehensive view of it. Discourse analysis also shed light on the lack of communication between doctors and commanding officers, which is an interesting area for improvement regarding care to the psychologically wounded. Thereby, we suggest the creation of simulation exercises and seminars in which patients, commanding officers and doctors could share their experience about psychological trauma.

Keywords: Army. Command. Medical officer. Psychotrauma. Social representations. Psychic trauma. Military medicine.

Introduction

La blessure psychique, encore appelée psychotraumatisme, a longtemps été source d'incompréhension au sein des armées. Cette blessure dite invisible, naît de la confrontation brutale au Réel de la mort ayant pour conséquences immédiates un sentiment de détresse et un vécu d'horreur pouvant se compliquer à long terme d'un TSPT (Trouble de stress post-traumatique) (1).
La représentation du traumatisme psychique et sa prise en charge ont largement évolué au fil des guerres. En effet, les symptômes étaient initialement attribués à des causes organiques et associés à des préjugés négatifs (2). Lors de la Première Guerre mondiale, les médecins parlaient « d'embusqué du cerveau », de « malade de la volonté » et craignaient une « contagiosité hystérique » (3). C'est dans les années 1960 que les premières approches compréhensives verront le jour mais il faudra attendre la guerre d'Algérie pour que le traumatisme psychique soit pleinement reconnu sur le plan juridique et social en France (4). L'institution s'inscrit actuellement dans une démarche de reconnaissance, d'aide et d'accompagnement.

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

Cependant, la prise en charge des blessés psychiques nécessite encore des améliorations (5,6). Les militaires font régulièrement face à des situations potentiellement traumatisantes, raison pour laquelle les pathologies post-traumatiques ont déjà été largement étudiées au sein des armées. Cependant, à ce jour, aucune étude ne s'est intéressée au point de vue du commandement. Or, celui-ci joue un rôle crucial dans le repérage, l'orientation et le soutien des militaires blessés. Il arrive fréquemment que son opinion diverge de celle du médecin. Les représentations d'une pathologie en population générale influence le recours aux soins et la prise en charge de celle-ci.
C'est à partir de ce postulat que nous avons construit notre problématique : en quoi la représentation de la blessure psychique par le commandement influence-t-elle la prise en charge du blessé ? Nous avons donc entrepris de réaliser une étude qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de membres du commandement de l'armée de Terre.

1 Matériels et méthodes

1.1 Matériels

La population que nous avons choisie d'étudier est constituée de l'ensemble des militaires ayant une fonction de commandement au sein de l'armée de Terre.
Un échantillonnage raisonné théorique en variation maximale a été réalisé afin de sélectionner des participants dits « typiques » de la population tout en faisant en sorte qu'ils aient les caractéristiques les plus variées possibles. Pour cela, les chefs de corps de sept régiments de la région Sud Est ont été sollicités par mail. Après accord de six d'entre eux, il leur a été demandé de faire parvenir un mail aux différents commandants d'unité et chefs de section afin de recruter un volontaire dans chaque catégorie. Par souci de rapidité et d'efficacité, la plupart des interviewés ont été désignés sans appel à volontariat préalable. À noter que dans plusieurs régiments nous avons accepté d'interroger des militaires supplémentaires qui nous ont été suggérés lors de précédents entretiens. Finalement, l'échantillon se compose de vingt individus dont une seule femme, dix appartenant à l'armée régulière et dix à la Légion étrangère. Parmi ceux-ci : cinq chefs de corps, deux commandants en second, cinq commandants d'unité et huit chefs de section (tableau 1).

1.2 Méthodes

Cette étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés individuels lors desquels des questions ouvertes ont été posées aux participants suivant un guide d'entretien. Trois grands thèmes ont alors été abordés :

- l'expérience de la confrontation au traumatisme psychique d'un de leurs subordonnés ;
- les idées générales sur la blessure psychique, ses conséquences et la notion de simulation ;
- les axes d'amélioration des liens avec le Service de santé.

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

Tab. 1 : Caractéristiques de la population

		Nombre de personne	Pourcentage
Tranche d'âge			
	20-30 ans	3	15 %
	30-40 ans	7	35 %
	40-50 ans	7	35 %
	> 50 ans	3	15 %
Genre			
	Femme	1	5 %
	Homme	19	95 %
Armée			
	Légion	10	50 %
	Armée régulière	10	50 %
Fonction			
	Chef de corps	5	25 %
	Commandant en second	2	10 %
	Commandant d'unité	5	25 %
	Chef de section	8	40 %
Catégorie			
	Officier	17	85 %
	Sous-officier	3	15 %

Avant de débuter les entretiens, des postulats de départ ont été formulés. Le but étant que l'intervieweur prenne conscience de ses préjugés pour pouvoir s'en défaire. Les postulats qui ont été établis sont les suivants :

- Les militaires ayant des fonctions de commandement ont déjà été confrontés à des événements traumatiques touchant leurs subordonnés au cours de leur carrière. Lors de tels événements, ils sont le premier recours, car ils connaissent bien leurs hommes et les observent au quotidien. Ils sont donc les premiers à pouvoir noter un changement de comportement.
- Il est possible que le commandement manque d'informations sur la notion de traumatisme psychique ainsi que de formations sur la gestion de ce type de blessure.
- Il existe parfois un manque de communication avec le corps médical. Nous pouvons supposer que le commandement souhaiterait avoir plus d'informations sur la santé mentale de leurs hommes afin de pouvoir mener à bien leur mission.
- Le commandement connaît cette pathologie parfois de façon incomplète et ne prend pas toujours la pleine mesure de ses conséquences, tant au niveau individuel (professionnel et personnel) qu'au niveau collectif. Le commandement ne fait pas systématiquement la relation entre l'exposition et la pathologie, il n'a pas toujours conscience de la complexité du phénomène.
- La blessure psychique est de plus en plus reconnue. Le commandement pourrait penser que ceci entraîne des sur-diagnostics. Il pourrait également croire que certains militaires simulent des troubles psychotraumatiques afin de bénéficier d'inaptitudes ou d'une réforme (bénéfice financier).

Les entretiens ont été réalisés en face à face, nous nous sommes systématiquement déplacés dans les régiments des militaires interrogés. En préambule, nous avons expliqué à chaque participant les principes de l'étude, ses droits puis nous leur avons fait

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

signer une fiche de consentement. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants puis retranscrits mot à mot. Le projet d'étude a été soumis au comité d'éthique de la faculté de médecine de Marseille.

1.3 Méthodes d'analyse des résultats

1.3.1 Analyse de contenu

Les entretiens retranscrits sous forme de verbatim ont ensuite été codés.
Ceci consiste à attribuer à un groupe de mots une formulation générique proche du sens du verbatim. Une fois le codage réalisé, nous avons regroupé les différents codes en catégories, ce qui consiste à déduire un sens plus général à un ensemble de mots. Après avoir effectué cette analyse de contenu pour trois entretiens « test », nous avons construit une grille d'analyse du contenu de type thématique. Cette grille a ensuite été appliquée à l'ensemble des entretiens afin de constituer un corpus de donnés analysables. Il n'a pas été possible de réaliser un double codage en aveugle pour réaliser cette grille, mais l'ensemble des catégories et leur contenu a été collectivement discuté à trois : Dr Gignoux-Froment, Dr Pellegrin et IHA De Oliveira. Une fois ce consensus établi, la grille a été appliquée à l'ensemble des interviews.

1.3.2 Analyse statistique textuelle

Deux formes d'analyses textuelles statistiques descriptives ont été effectuées sous IRaMuTeQ® (version 07alpha2). Ce logiciel nous a permis de réaliser des nuages de mots correspondant à la représentation visuelle de la fréquence d'apparition des termes : plus un terme revient, plus il sera visuellement mis en valeur. Le logiciel a également permis de réaliser une analyse de similitude qui permet de mettre en évidence les liens de proximité entre les mots utilisés par l'interviewé. Ceci permet alors d'identifier les relations les plus intéressantes entre les mots et la manière dont ils s'organisent.

2 Analyse des résultats

2.1 Repérage du traumatisme psychique par le commandement

L'analyse des discours montre que le commandement a de nombreuses connaissances concernant la blessure psychique. Que ce soit au travers du récit des expériences de leurs subordonnés ou au travers de la définition qu'ils donnent à la blessure, nous relevons la pertinence de leur discours. Des notions essentielles telles que la confrontation avec le Réel de la mort ou encore la variabilité interindividuelle ont été évoquées par plus de la moitié de l'échantillon. Ils décrivent aussi avec justesse les facteurs de risques et les conséquences du traumatisme psychique. Plusieurs éléments des discours laissent supposer que certains interviewés ont eux-mêmes été traumatisés : « on était tous un peu comme ça, voilà on était tous traumatisés ». Cependant, nous avons pu noter des lacunes théoriques, qui peuvent être à l'origine d'incompréhensions. Le syndrome de répétition qui est au cœur de la clinique du TSPT a notamment très peu été décrit (figure 1). Malgré ceci, leurs connaissances empiriques permettent à la plupart d'entre eux de jouer un rôle central dans la prise en charge de leurs subordonnés blessés. Treize individus sur vingt ont évoqué une gestion positive du commandement face à un événement traumatique. De plus, l'analyse statistique textuelle fait ressortir

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

de manière évidente la justesse avec laquelle ils décrivent le rôle qu'ils ont à jouer dans la prise en charge du traumatisme psychique (figure 2).

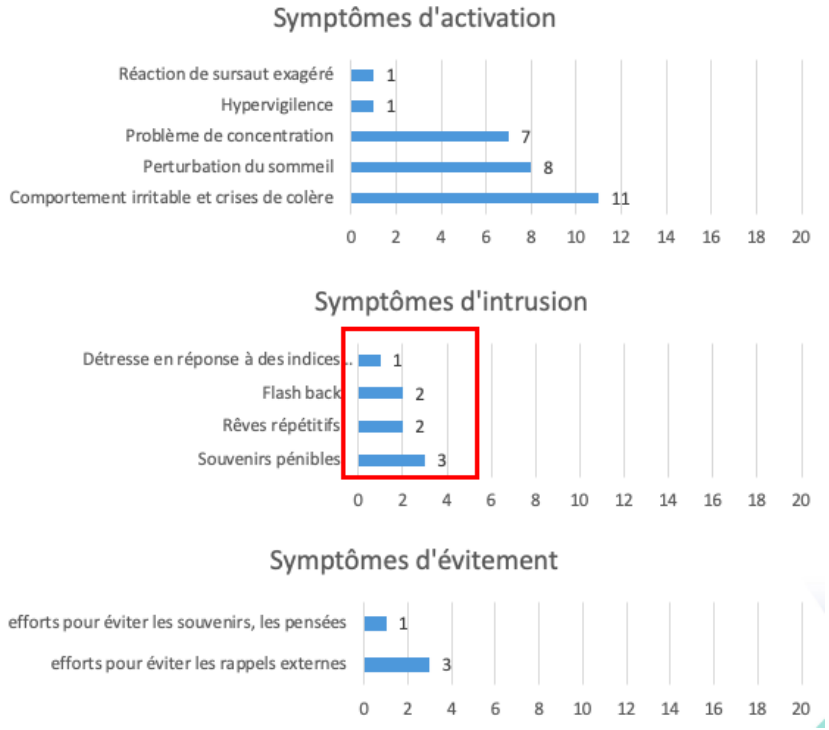


Fig. 1 : Nombre de personnes évoquant les symptômes du TSPT par catégories identifié de verbatims



Fig. 2 : Nuage de mots en lien avec le rôle que s'attribue le commandement dans la gestion d'un blessé psychique

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

2.2 Effet de mode et contagion

Malgré une connaissance pointue du traumatisme psychique par le commandement, les récits mettent en évidence la persistance de préjugés négatifs. Au premier plan, la remise en question de la véracité du vécu traumatique de leur subordonné. Des mots tels que « profiter », « jouer » ou encore « vrai » sont ressortis de manière évidente dans le nuage de mots relatif à « l'effet de mode ». En effet, une partie des interviewés pensent que le trauma est un moyen pour certains militaires d'obtenir des exemptions ou même une réforme, 85 % d'entre eux ont évoqué cette possible instrumentalisation. L'analyse de similitude relative au discours du commandement sur la notion « d'effet de mode » met bien en évidence ce climat de suspicion avec des mots tels que « tendance » « exploiter » (figure 3). Associé à cette question de la vérité, le commandement s'interroge sur l'imputabilité des symptômes à l'événement dit traumatique. Ceci constitue probablement un mécanisme de défense pouvant être pourvoyeur de stigmatisation et participe à l'enfouissement du mal-être des blessés. Une notion intéressante relative à l'imputabilité a tout de même été rapportée par huit personnes sur vingt, c'est l'effet d'accumulation. L'enchaînement des opérations extérieures est un facteur de réexposition et d'aggravation exponentiel du risque de trauma.

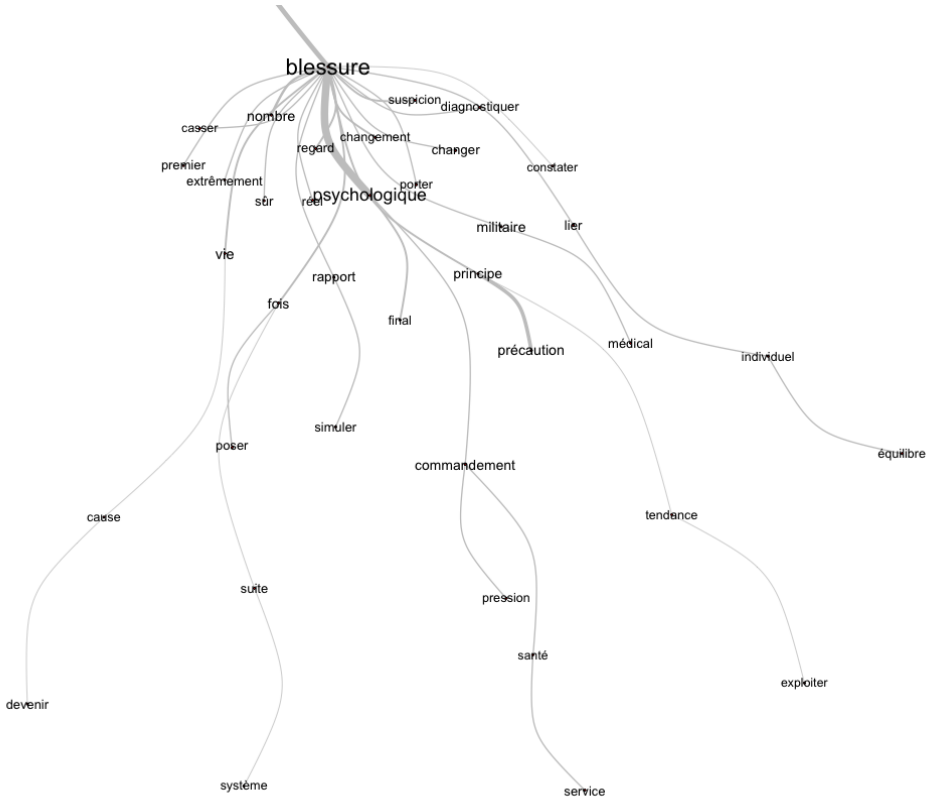


Fig. 3 : Graphique de similitude relatif au discours du commandement sur la notion d'effet de mode de la blessure psychique

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

Un autre préjugé négatif qui a été évoqué à plusieurs reprises est celui de « l'effet de mode » qu'il faut comprendre dans le sens de l'identification ; 90 % des interviewés ont parlé de l'effet négatif qu'un blessé psychique pouvait avoir sur le reste de la section. Certains considèrent qu'il existe un risque de contamination et ceci n'est pas totalement infondé. Auxéméry explique que « les groupes de soldats sont souvent très soudés et l'identification projective réciproque y est forte ». La blessure ou le décès de camarades peuvent engendrer un sentiment de culpabilité et une souffrance qui se présentent parfois sous la forme d'un trouble de stress post-traumatique avec une « dimension factice de procuration ». Le militaire s'identifie à son camarade blessé (7).

2.3 Prise en charge et interaction avec le médecin des forces

Six personnes sur les vingt interrogées ont tenu à mettre en évidence les aides aux blessés psychiques existantes au sein de l'institution ou de leur régiment. Parmi eux, cinq chefs de corps qui ont eu le souci de montrer que le maximum était fait pour accompagner au mieux les blessés psychiques. Cependant, il est impossible de nier que les blessés et leur commandement se heurtent encore aux limites du système, sujet qui a été très peu abordé. Plus de la moitié des personnes interrogées pense qu'il y a encore des militaires traumatisés psychiques non pris en charge. Ceci peut être expliqué en partie par le sentiment de honte qui est parfois associé au trauma, selon onze personnes sur vingt. En effet, le traumatisme s'accompagne fréquemment d'un sentiment de honte et d'abandon dû à l'indicible de l'événement vécu qui plonge le sujet dans une « inhumaine solitude » (8). Parmi les obstacles au repérage du psychotraumatisme, on distingue ceux qui relèvent du corps médical comme la crainte des inaptitudes, de ceux qui relèvent du commandement, comme l'entretien de l'image du guerrier fort et courageux qui ne doit pas « flancher ». Il existe justement à ce niveau une discordance de points de vue entre le médecin et le commandement. Un des militaires interrogés a opposé « l'esprit guerrier » (empreint de résilience et associé au caractère sacré de la mission) au Soin qui, selon lui, peut être révélateur de faiblesse.

Toutes les personnes interrogées ont souligné l'importance d'une communication mutuelle, qui permettrait à chacun de comprendre les enjeux et les contraintes de la mission de l'autre. Par exemple, l'un des principaux points de discorde concerne le rapatriement sanitaire, sujet qui a été abordé par six personnes sur vingt. Un autre point sensible de la communication médecin/commandement est celui du secret médical. Quatre personnes ont exprimé la possibilité de « flirter » avec et un individu a avoué que le secret était régulièrement rompu dans son unité.

3 Discussion

Les deux premiers postulats établis au début de ce travail ont été confirmés par les entretiens. En effet, le commandement a déjà été largement confronté au traumatisme psychique et constitue le premier maillon de la chaîne de soins. Une des conclusions majeures de cette étude est la suivante : l'expérience de la blessure psychique par le commandement, lui permet d'avoir une vision plus neutre et plus compréhensive de ses subordonnés. Cette expérience limite particulièrement la mise en doute de la véracité du vécu traumatique. Par ailleurs, les connaissances du commandement sont très empiriques, quelques notions centrales du psychotraumatisme sont encore trop méconnues et doivent être expliquées.

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

Le troisième postulat concernait le manque de communication avec le corps médical. Ce sujet a largement été abordé au cours des entretiens et constitue la principale demande du commandement. Fort de ce constat, il semble nécessaire d'établir un meilleur nouage entre le commandement et le corps médical à tous les niveaux.
Une meilleure coordination au sein du régiment pourrait permettre de croiser les indicateurs du commandement (les troubles des conduites tels que les transgressions, les consommations d'alcool) avec les indicateurs du médecin (arrêts maladies, consultations itératives) afin de tenter de détecter au mieux les potentiels traumatisés.
Si le nouage médecin/commandement a tout son sens en unité, il doit prendre racine dès les débuts de carrière et même dans les écoles. Nous proposons la mise en place d'exercices de simulation mêlant jeunes médecins à la sortie de leur cursus d'interne et jeunes officiers des armes en fin d'école d'application. Ces temps de formation communs permettraient la sensibilisation du commandement au traumatisme mais également l'apprentissage du « travailler ensemble » aussi bien pour les médecins que pour les officiers de l'armée de Terre. Ces formations pratiques permettraient de rappeler au commandement l'importance de l'indépendance du médecin et du respect du secret médical et de sensibiliser les médecins aux contraintes du commandement.
En ce qui concerne les militaires plus expérimentés, il serait intéressant de reconduire l'organisation de séminaires tels que celui proposé par la directrice centrale du Service de santé des armées et la titulaire de la chaire de psychiatrie et de psychologie clinique appliquées aux armées, en octobre 2020 : « Santé mentale en milieu militaire et conseil au commandement ». Nous envisageons également la possibilité d'organiser des tables rondes réunissant, blessés psychiques volontaires, membres du commandement et médecins d'unité afin de permettre un partage d'expériences et un échange sur les difficultés rencontrées.

L'étude des discours du commandement a mis en évidence un décalage entre la représentation des aides en place pour les blessés et leur mise en acte. La mise en lumière des dispositifs de soutien des blessés par les interviewés semble parfois faire oublier que ces aides institutionnelles sont à différencier de la responsabilité individuelle du praticien et de celle du commandement. De nombreux témoignages de blessés psychiques mettent en évidence cet effet de contraste entre le dispositif d'aide déployé par le commandement et la conduite de celui-ci.

De plus, malgré cette représentation très fine qu'a le commandement du trauma, il persiste une tache aveugle avec la question de « contamination » de la blessure et l'association de celle-ci à la faiblesse. Cette vision « négative » de la blessure psychique reste à l'œuvre, même si nous ne sommes plus au temps du simulacre. En effet, nous avons noté la persistance d'idées, telles que celle de la croissance exponentielle du nombre de blessés psychiques dans les armées ou la simulation de trauma, qui relèvent plus du fantasme que de la réalité. Ce dialogue médecin/commandement doit se nourrir des expériences de chacun afin de lutter contre des représentations erronées.

Concernant les limites de l'étude, tout d'abord, nous n'avons pu intervenir que dans un nombre limité de régiments, et n'avons donc pu recueillir le point de vue du commandement que dans certaines armes. Les représentations seraient-elles différentes dans un régiment parachutiste ou bien dans un régiment du matériel ?

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines,
ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

Pour des raisons pratiques, une seule femme a pu être interrogée, cependant ceci est représentatif de la répartition des sexes dans l'armée de Terre.

Un des principaux biais de notre étude est que les interviewés ont souvent été « désignés volontaires » par leur hiérarchie. Nous pouvons supposer qu'ils ont été sélectionnés soit pour leur expérience du trauma, soit pour leur bonne connaissance du parcours du blessé.

Ensuite, nous n'avons pas pu réaliser un codage en double aveugle des entretiens, mais ceci a été compensé par une discussion à trois de l'ensemble des catégories et de leur contenu, jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Pour finir, cette étude qualitative s'appuie sur des éléments du discours du commandement qui restent objectifs. Cette analyse a pu être enrichie par des discours en aparté et l'analyse des comportements non verbaux que nous n'avons pu retranscrire.

Conclusion

Le traumatisme psychique né de la confrontation brutale au Réel de la mort, se traduit par des retentissements psychiques, pouvant associer reviviscences, cauchemars traumatiques, hypervigilance, symptômes d'évitement et altération négative de l'humeur. Malgré sa fréquence élevée, cette blessure « invisible » a longtemps été source d'incompréhension au sein des armées. La perception du psychotraumatisme et sa prise en charge ont évolué au fil des guerres. Il existe un véritable contraste entre le début du XX^{e} siècle et notre époque. La stigmatisation des blessés a laissé place à la promotion de leur prise en charge. L'institution s'inscrit actuellement dans une démarche de prévention, de dépistage et d'accompagnement des traumatisés psychiques. L'analyse du contenu du discours du commandement nous a permis d'appréhender ses incompréhensions mais aussi de mieux prendre en compte les contraintes et les enjeux de leur métier. Malgré une connaissance pointue de la blessure psychique, il persiste une vision erronée de celle-ci. On relève notamment des questionnements relatifs à la contamination ou encore à l'instrumentalisation du trauma, ainsi que l'association de cette blessure à la faiblesse. Les récits du commandement révèlent que c'est finalement l'expérience du trauma qui leur permet d'avoir une vision plus compréhensive.
Il semble alors nécessaire d'enrichir le dialogue médecin/commandement des expériences de chacun afin de lutter contre ces représentations erronées.

Le corps médical doit lui aussi se remettre en question, le commandement déplore un manque de communication.
Il est nécessaire de créer un meilleur nouage médecin/commandement et ce à tous les niveaux. Nous proposons, au sein des régiments et en sortie d'école, la mise en place d'exercices de simulation et la réalisation de séminaires et de tables rondes afin de sensibiliser au trauma. Une meilleure coordination des actions du Service de santé des armées et de l'armée de Terre permettrait également la mise en place d'une stratégie commune au profit des blessés.

L'étude des discours des médecins et des patients permettrait de mesurer au mieux les écarts de représentation. Ceci pourrait faire ressortir les points clé à aborder lors de nos communications, formations et dialogues avec le commandement.

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410

Remerciements au linguiste relecteur : Juliette Béranger.

Références bibliographiques

1. Ducrocq F, Jehel L. Troubles psychotraumatiques. EMC-Traité Médecine Akos. 2014 ;9(2) :1-7.

2. Eon A, Marion L., Sanguin E., Breton C., Lahutte B. 100 ans de pratique clinique au profit des forces armées. De la sémiologie aux modèles psychopathologiques. Médecine et armées. 2019 ;47(1) :7-12.

3. Stéphane Bonnefoi, Diphy Mariani. 1918, après la guerre, les années folles. Deux traumatisés de guerre contre les chocs électriques [En ligne]. LSD, la série documentaire. 2018 [cité 11 nov 2020]. Disponible sur : https://www.franceculture.fr/emissions/lsd-la-serie-documentaire/1918-apres-la-guerre-les-annees-folles-14-deux-traumatises-de-guerre-contre-les-chocs-electriques

4. Vautier V, Andruetan Y, Clervoy P, Payen A. La notion de simulation des troubles psychiques dans les armées. Évolution des idées. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2010 ;168(4) :291-6.

5. Khedher, A., Trastour-Isnart, L. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission de la défense nationale et des forces armées, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur le suivi des blessés. Assemblée Nationale n° 2247 ; 2019.

6. Ministère des armées. Rapport Annexé-Projet de loi de programmation militaire 2019/2015. 2018.

7. Auxéméry Y. De la facticité potentielle de l'état de stress post-traumatique au Réel du Trauma. Quelle place pour les « faux simulateurs » ? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2012 ;170(5) :318-23.

8. Lebigot, F. Intérêt des soins immédiats et post-immédiats dans les traumatismes psychiques. Médecine Catastr – Urgences Collect. 1999 ;2(3-4) :83-7.

Published in : Service de santé des armées, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005410, doi : 10.17184/eac.9782813005410