



HAL
open science

Représentation de la blessure psychique par le commandement dans l'armée de Terre

Joanna de Oliveira

► **To cite this version:**

Joanna de Oliveira. Représentation de la blessure psychique par le commandement dans l'armée de Terre. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03264650

HAL Id: dumas-03264650

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03264650v1>

Submitted on 18 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix-Marseille Université

**Représentation de la blessure psychique par le commandement
dans l'armée de Terre.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 11 Juin 2021

Par Madame Joanna DE OLIVEIRA

Née le 7 février 1994 à Bron (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur PAUL Frédéric	Président
Monsieur le Professeur BOYER Laurent	Assesseur
Monsieur le Professeur AIGLE Luc	Assesseur
Madame le Docteur PELLEGRIN Liliane	Assesseur
Madame le Docteur GIGNOUX-FROMENT Frédérique	Directeur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix-Marseille Université

**Représentation de la blessure psychique par le commandement
dans l'armée de terre.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 11 Juin 2021

Par Madame Joanna DE OLIVEIRA

Née le 7 février 1994 à Bron (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur PAUL Frédéric	Président
Monsieur le Professeur BOYER Laurent	Assesseur
Monsieur le Professeur AIGLE Luc	Assesseur
Madame le Docteur PELLEGRIN Liliane	Assesseur
Madame le Docteur GIGNOUX-FROMENT Frédérique	Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEAGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2012) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)



**MINISTÈRE
DES ARMÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



ÉCOLE DU VAL DE GRACE - Paris

A Monsieur le Médecin chef des services Jean-François GALLET

Directeur de l'École du Val-de-Grâce par intérim

Chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre du Mérite maritime

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES ALPHONSE LAVERAN



A Monsieur le Médecin Général Inspecteur Alain DROUET

Médecin-chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

A Monsieur le Médecin chef des services Philippe SOCKEEL

Chef du Pôle Formation Enseignement Recherche

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

REMERCIEMENTS

A Monsieur le président du jury

Monsieur le Médecin en chef Frédéric PAUL

Je vous prie d'accepter l'expression de ma profonde gratitude pour l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse.

Je vous remercie de m'avoir permis d'effectuer un stage dans votre service, vos précieux enseignements sauront me guider dans l'exercice de ma pratique. Soyez assuré de mes sentiments les plus respectueux.

Aux membres du jury

A ma directrice de thèse

Madame le médecin en chef Frédérique GIGNOUX-FROMENT

Je te remercie sincèrement de m'avoir soutenue, accompagnée et encouragée tout au long de cette merveilleuse aventure. Tu m'as appris tant de choses sur le trauma, les blessés, l'institution et sur moi-même. Du fond du cœur, merci.

A tous les projets que cette thèse aura fait naître.

Madame le Docteur Liliane PELLEGRIN

Je te remercie pour ton aide précieuse et pour le temps que tu as consacré à l'analyse statistique de cette thèse. Merci pour ton soutien ainsi que pour l'enthousiasme dont tu as fait part à l'égard de ce sujet.

Monsieur le Médecin en chef Luc AIGLE

Vous avez accepté d'apporter vos compétences à la critique de ce travail. Soyez assuré de ma respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Laurent BOYER

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance

A mes relecteurs

Frédérique, Liliane, monsieur le médecin en chef MORIS, papa, maman, Mélinda, Camille merci pour vos relectures avisées.

Aux participants de l'étude

Je vous remercie de m'avoir permis d'effectuer ce travail, je vous suis profondément reconnaissante pour le temps que vous m'avez accordé et les précieuses expériences partagées.

Théo, my love, merci pour ta joie, ta bonne humeur et ton enthousiasme à toute épreuve. Merci d'être là et de rendre ma vie aussi pétillante. A tout ce qui nous reste à partager. Heureusement qu'on s'a !

A ma famille, qui a su me soutenir et me supporter tout au long de mon parcours. Je vous aime de tout mon cœur.

Papa, tu m'as transmis ta ténacité et « le goût de l'effort », je ne serais peut-être pas arrivée jusqu'ici sans toi, encore une bouée, et encore une.

Maman, c'est grâce à toi que j'aime autant prendre soin des autres, merci de m'avoir transmis ta douceur et ton empathie. J'espère arriver à faire au moins aussi bien que toi quand j'aurai une famille.

Méлиндou, ma blonde, merci d'être toujours là, je suis si fière d'avoir une petite sœur comme toi.

A mes grands-parents, mes oncles et tantes, à mes cousins, à Max, merci pour tous ces moments si précieux que nous partageons en famille.

Aux 4 doigts de la main, Catherine, Eliott et Brune, merci de m'accueillir chaque fois à bras ouverts, je me sens vraiment bien à vos côtés.

Anne, bien plus qu'une marraine tu auras été un véritable pilier pendant mes premières années à l'école. A ton sourire radieux, qu'il continue à réchauffer les cœurs !

A ma salade de filles, à commencer par les laitues,

Caca, merci de m'avoir si souvent accueillie chez toi, avec Ticu (et les filles) vous êtes un peu comme mes grands-parents marseillais.

Lolo, tout pareil ta présence à Marseille aura adouci mon internat ! Alex, Riva et toi vous êtes le sang.

Doudou, à notre amitié immuable, à nos voix cristallines, et à mes courses effrénées jusqu'à ta chambre en P1. Tu seras toujours dans mon cœur.

Popo, mon chat, à notre pas de danse secret ! Ne change jamais, tu es si chouette !!

Laura, merci d'être toi, miam miam miam j'aime les cookies !! Bravo pour le courage et la force dont tu fais preuve.

Melki, notre philosophe, jamais je ne me lasserai de t'écouter, merci pour toutes ces parties de rigolade.

Anaïs, j'admire ta douceur et ta bonté, merci pour tout ce que tu apportes à chacune.

Sans vous ces années de fac n'auraient pas eu la même saveur.

A nos paris et à tous les heureux événements à venir !

Muj, je suis si heureuse de t'avoir offert un surligneur ce jour-là. Depuis tu égayes mes journées. **Yuyu**, merci de prendre soin de cette grande folle au quotidien.

A mes cagoles préférées,

Tata Clicli, à notre séjour au Sénégal, à nos fous-rires en garde, à toutes tes blagues, à nos mille et un souvenirs ! Fait gaffe t'as une banane dans l'oreille.

Laurie, merci pour ces jolis moments de franche camaraderie.

A mes co-internes et amis les plus chouettes de la terre, Claire la daronne, Antoine, Bénéf, MH, Cécile, Bribri, Petit bandit, Camille, Titi, Yannick, Manon, Thomas, Baptiste.

Aux gars, Bali, Montagnon, Amo, Chouchou, Albin, Momo, à cette folie du hypo couloir, à cette deuxième P1 qui m'aura laissé tant de souvenirs inoubliables. Vous me manquez !

A mes amis de la Boîte que je vois moins mais qui sont toujours dans mon cœur, Mathieu, Pypy, Vaninou, Solène, Asma, Steffy, Marine, Marchando, Matthy, Acquier.

Aïda et Max, à nos vacances qu'elles soient sous le soleil ou sous la neige, c'est toujours un bonheur.

Karloche, Valou, et Vic, vous faites de chaque retour à Lyon une véritable fête ! Merci pour toutes vos questions médicales, plus pointues les unes que les autres !!

Madeleine et Arthur, à la joie que votre petite famille a pu m'apporter ces derniers mois.

Aux lieutenants du 54^{ème} régiment d'artillerie, Hélène, Louis, Victor, Victor-Hadrien, Alain, Alexis, Marin, Jean, Amaury, Muriel, Eloïse, merci pour votre accueil et votre soutien pour cette thèse. Merci à ceux qui ont accepté de jouer les cobayes.

Aux médecins du 54, aux côtés desquels j'ai tant appris sur le métier de médecin militaire.

Aux équipes médicales et paramédicales des urgences, de MPR, de gastro, de pneumo et de psychiatrie, merci pour tout ce que vous m'avez enseigné au cours de ces dernières années. Rom1, Rahmouna, Nadia, Aurélie, Julia, Julie, Fred, Jérôme, Odile et tous les autres, merci pour votre bonne humeur, sans vous l'ambiance aux urgences serait bien morose.

A mes camarades de la promotion MGI CHAVIALLE,
A tous ceux que j'aurais pu oublier,

A nos blessés,

○ ...ALLEZ OU LA PATRIE ET L'HUMANITE ○
VOUS APPELLENT SOYEZ Y TOUJOURS
PRETS A SERVIR L'UNE ET L'AUTRE ET S'IL
LE FAUT SACHEZ IMITER CEUX DE VOS
GENEREUX COMPAGNONS QUI AU MEME POSTE
SONT MORTS MARTYRS DE CE DEVOUEMENT
INTREPIDE ET MAGNANIME
QUI EST LE VERITABLE ACTE DE FOI
DES HOMMES DE NOTRE ETAT.

BARON PERCY
CHIRURGIEN EN CHEF DE LA GRANDE ARMÉE
○ AUX CHIRURGIENS SOUS-AIDES. 1811 ○

Table des matières

1. Introduction.....	4
2. Le traumatisme psychique	5
2.1 Définition du traumatisme psychique	5
2.1.1 Deux grands modèles.....	5
2.1.2 L'état de stress aigu (ESA).....	9
2.1.3 Le trouble de stress post traumatique (TSPT).....	9
2.1.4 Autres tableaux cliniques post traumatiques	10
2.2 Évolution de la perception du traumatisme psychique et de sa prise en charge.....	11
2.2.1 Historique.....	11
2.2.3 Les préjugés négatifs.....	16
2.3 Actions et aides déjà mises en place.....	18
2.3.1 Guide du parcours du militaire blessé et de sa famille	18
2.3.2 Le plan famille	19
2.3.3 Les commissions de suivi des blessés	19
2.3.4 Cellule d'aide aux blessés de l'Armée de Terre.....	20
2.3.5 Maison ATHOS	20
2.3.6 Conseiller Facteur Humain.....	21
2.3.7 Sas de fin de mission	22
2.3.8 Premiers Secours Psychologiques en Opération.....	22
3. Représentation de la blessure psychique.....	23
3.1 Représentations sociales.....	23
3.2 Représentations sociales en santé.....	24
3.2.1 Représentations sociales de la maladie	24
3.2.2 Psychiatrie et représentations sociales.....	24
3.3 Représentations des pathologies psychiatriques au fil des guerres.....	25
4. Problématique.....	25
5. Matériel et méthodes	26
5.1 Élaboration de l'étude.....	26
5.2 Démarches réglementaires	27
5.3 Matériel.....	28
5.3.1 Population étudiée.....	28
5.3.2 Échantillonnage raisonné théorique en variation maximale	28
5.4 Méthode.....	30
5.4.1 Entretien semi-dirigé	30
5.4.2 Recueil des données	30
5.5 Méthode d'analyse des résultats.....	34
5.5.1 Retranscription des données	34
5.5.2 Méthode de conception de la grille d'analyse de contenu.....	34
5.5.3 Grille d'analyse de contenu.....	36
5.5.4 Analyse statistique textuelle.....	37
6. Résultats	38

6.1	Représentation de la blessure psychique	39
6.1.1	Retour d'expériences d'événements traumatiques vécus par les subordonnés, rapportées par le commandement	40
6.1.2	Évocation du terme « blessure psychique », définition	45
6.1.3	Sentiments, ressenti en lien avec le traumatisme psychique	47
6.1.4	Symptômes décrits par le commandement	50
6.1.5	Conséquences de la blessure psychique	53
6.1.6	Notion « d'effet de mode »	58
6.2	Prise en charge de la blessure psychique	65
6.2.1	Rôle du commandement	65
6.2.2	Rôle du groupe, du collectif	68
6.2.3	Dispositifs actuels proposés dans la prise en charge du trauma	70
6.2.4	Difficultés rencontrées par le commandement	72
6.2.5	Tous les traumatismes psychiques sont-ils bien pris en charge ?	75
6.3	Point de vue du commandement sur les actes des médecins d'unité	77
6.3.1	Relations avec les médecins	77
6.3.2	Attentes envers les médecins	81
6.3.3	Position du médecin face à « l'effet de mode »	82
6.4	Question de la formation du commandement	84
6.4.1	Nécessité de former à la prise en charge d'un blessé psychique	84
6.4.2	Qui faut-il former ?	85
6.5	Idées supplémentaires	86
7.	Analyse des résultats	88
7.1	Repérage du traumatisme psychique par le commandement	88
7.1.1	Au travers de l'expérience du traumatisme d'un subordonné	88
7.1.2	Le commandement traumatisé psychique	89
7.1.3	Pertinence de la définition	92
7.1.4	Perception de leurs compétences	93
7.1.5	Difficultés rencontrées par le commandement	96
7.2	Effet de mode et contagion	97
7.2.1	Conséquences sur le groupe, question de l'identification	97
7.2.2	Question de la vérité et de l'imputabilité	99
7.2.3	Position du médecin	105
7.2.4	L'influence de la société	105
7.3	Prise en charge et interactions avec le médecin d'unité	106
7.3.1	Mise en avant des aides déjà en place	106
7.3.2	Persistance de traumatisés non pris en charge	107
7.3.3	Regard du commandement sur le médecin	109
7.4	Formation : une proposition à envisager	113
7.4.1	Freins à la mise en place d'une formation	113
7.4.2	Qui faudrait-il former ?	114
8.	Discussion	114
9.	Mon vécu personnel de cette expérience	118
10.	Conclusion	120
11.	Bibliographie	122

Sigles et acronymes

CABAT : Cellule d'Aide aux Blessés de l'Armée de Terre

CFH : Conseiller Facteur Humain

CISPAT : Cellule d'Intervention et de Soutien Psychologique de l'Armée de Terre

DSM : Diagnostic et statistiques des troubles mentaux

ESA : État de Stress Aigu

IED : Improvised Explosive Device (Engins explosifs improvisés)

ONACVG : Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre

OPEX : Opération Extérieure

PMI : Pension Militaire d'Invalidité

PTSD : Post Traumatic Stress Disorder

RSO : Risque de Stress Opérationnel

SC2 : Secourisme au Combat de niveau 2

SSA : Service de Santé des Armées

TOP : Technique d'Optimisation du Potentiel

TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique

VMP : Visite Médicale Périodique

1. Introduction

La blessure psychique encore appelée psychotraumatisme a longtemps été source d'incompréhension au sein des armées.

Le traumatisme psychique se définit par la confrontation brutale à la mort ou à une scène horrificante, avec pour conséquence un retentissement sur notre psychisme.

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. Ces pathologies bien connues des médecins des forces font l'objet de points d'informations réguliers auprès de la population militaire. Le risque de survenue d'une blessure psychique en opération est connu à la fois des militaires mais également de leur commandement.

Or, l'esprit guerrier veut que le soldat se montre fort et résistant, c'est pourquoi ce type de blessure reste parfois tabou et honteux dans l'esprit des militaires.

Le médecin des forces porte « une triple casquette » : médecin traitant, médecin expert dans le cadre des aptitudes et médecin conseil au commandement dans certaines prises de décision. En ce qui concerne l'aide au commandement, il arrive fréquemment que le point de vue du médecin et celui du chef militaire soient discordants, particulièrement lorsqu'il s'agit de traumatisme psychique. Cette blessure invisible déjà complexe à diagnostiquer peut s'avérer difficile à prendre en charge, lorsque le médecin des forces n'a pas le soutien des supérieurs du blessé.

Nous avons, pour cette raison, souhaité recueillir le point de vue du commandement sur la blessure psychique et ainsi analyser les éventuelles incompréhensions relatives au sujet. L'objectif principal de cette thèse est de tenter de comprendre le point de vue du commandement, afin d'améliorer la prise en charge des blessés psychiques.

Pour cela, nous avons décidé de mener une étude qualitative, par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de militaires de l'armée de terre ayant une fonction de commandement. Nous nous sommes rendus dans six régiments dont la moitié fait partie de la Légion Étrangère. Nous avons interrogé systématiquement le chef de corps, un commandant d'unité et un chef de section. Leurs réponses ont ensuite été analysées et comparées afin de dresser un tableau de la représentation de la blessure psychique par le commandement dans l'armée de Terre.

2. Le traumatisme psychique

2.1 Définition du traumatisme psychique

Le traumatisme psychique, peut également être nommé de manière indifférente psychotraumatisme ou blessure psychique.

Un traumatisme psychique peut survenir lorsqu'un individu est confronté à un événement **potentiellement traumatisant** entraînant un ensemble de réactions susceptibles de favoriser l'émergence de symptômes psychopathologiques. (1) Plus concrètement, c'est la **confrontation brutale au Réel de la mort** ayant pour conséquence un **sentiment de détresse** tel que la peur, l'impuissance, le dégoût ou encore l'horreur. De ce vécu, peuvent découler plusieurs types de pathologies, dont la plus connue est le trouble de stress post traumatique (TSPT).

2.1.1 Deux grands modèles

Il existe plusieurs pistes de réflexion concernant les mécanismes et les réactions secondaires à un traumatisme psychique.

2.1.1.1 La notion de « Stress »

La théorie biophysiological utilise le terme de « stress » qui constitue un ensemble de **réactions neuro-végétatives et hormonales** ayant pour but de mettre l'individu en état d'alerte afin qu'il puisse réagir au mieux face à la situation de danger. Par exemple sur le plan

physique, le rythme cardiaque et la fréquence respiratoire s'accroissent, les pupilles se dilatent, afin que l'organisme soit dans des conditions optimales pour fuir ou bien se battre. Sur le plan psychologique, il existe également une adaptation, notamment au niveau des fonctions cognitives. Grâce aux hormones libérées par le système sympathique, l'esprit se focalise sur le danger et l'individu entre dans un état d'hyperéveil dans le but d'être plus réactif.

Le stress s'inscrit dans une **notion de continuité**. En effet, historiquement, le mot « stress » était utilisé pour décrire le comportement du métal soumis à des forces et à des contraintes. (2) Le métal peut alors se déformer jusqu'à atteindre un point de rupture. De la même façon, lorsque l'organisme est soumis à une agression, il déclenche un ensemble de réactions physiologiques qui sont dites **adaptatives** dans un premier temps mais **peuvent être dépassées** lorsque la contrainte s'exerce de manière répétée, durable ou intense (3).

Dans l'approche francophone, il existe quatre catégories de stress dépassé (4) :

- **La sidération** : le sujet ne peut plus réfléchir ni bouger, il est figé et incapable de prendre une décision adaptée.
- **L'agitation** : le sujet gesticule dans tous les sens, ce comportement inadapté est en lien avec le besoin d'agir.
- **La fuite panique** : le sujet fuit de manière effrénée et irréfléchie ce qui risque parfois de le précipiter vers le danger.
- **L'action automatique** : le sujet est dans un état second, il est comme hypnotisé et répète toujours le même geste inutile de façon inappropriée (tourner en rond, chercher quelque chose).

Certaines situations de stress dépassé peuvent entraîner des décompensations graves : symptômes conversifs, réactions stuporeuses, décompensations délirantes aiguës et chroniques, réactions maniaques, réactions mélancoliformes...

Dans l'approche anglo-saxonne du stress, il existe deux notions qui sont la détresse péritraumatique et la dissociation. La **détresse péritraumatique** correspond au sentiment de mise en danger de sa propre vie associée à des émotions négatives telles que la honte, la frustration ou la colère. La **dissociation** se définit par une altération de la conscience, une

distorsion du temps, une dépersonnalisation (impression de voir la scène de l'extérieur) et une déréalisation (impression que l'environnement est irréel) ainsi que par un comportement moteur automatique qui rejoint l'action automatique du modèle francophone (3).

2.1.1.2. La notion de « Trauma »

La théorie psychanalytique utilise le terme de « trauma » avec l'idée sous-jacente que l'évènement constitue un **point de rupture**. Le mot « trauma » vient du grec ancien et signifie blessure avec une notion de **discontinuité**. La blessure psychique en comparaison de la blessure physique fait effraction à un instant donné et vient menacer la vie ou l'intégrité de la personne. Freud décrivait le psychisme comme une vésicule vivante entourée d'une couche de protection vis-à-vis des éléments extérieurs : « le pare-excitation ». L'évènement potentiellement traumatisant, fait **effraction** à travers le pare-excitation pour s'immiscer dans la vésicule qu'est le psychisme. Selon Barrois, Briole et Lebigot, l'essentiel du trauma réside dans la **confrontation avec le Réel de la mort** (2). Freud décrit dans ce contexte, la **réaction d'effroi** marquée par une sidération qui découlerait de la prise de conscience de sa propre mortalité. La sidération correspond à une absence complète d'affect et à un vide de la pensée. Les symptômes pouvant découler de cet état d'effroi font partie de ce qu'on appelle la dissociation péritraumatique qui fait écho à ce qui a été décrit dans le modèle biophysique.

Cette théorie psychanalytique est née des écrits de Freud, Oppenheim et Kraepelin. Mais au sein de l'armée, la notion de stress et plus particulièrement celle de **stress opérationnel** n'est pas à négliger. Certains auteurs, considèrent que le stress a un **effet de fragilisation du psychisme** et d'**amplification** des symptômes du psychotraumatisme (5).

Modèle psychanalytique	Modèle biophysique
<p>TRAUMA</p>  <p>Rupture avec l'état antérieur Effraction des défenses psychologiques Notion d'effroi</p>	<p>STRESS</p>  <p>Continuité : stress adaptatif-> dépassé Mobilisation des ressources neuro- endocriniennes</p>

2.1.1.3 Stress et trauma : deux concepts à mettre en perspective

Nous tenons à souligner que le stress et le trauma, employés tous deux à décrire la blessure psychique, relèvent de deux registres bien distincts. Le stress n'est pas un trauma en soi et il n'existe pas d'équivalence clinique entre les deux. Mais, selon Chidac et Croq, la plupart du temps lorsqu'un événement potentiellement traumatisant donne lieu à une réaction de stress dépassé, celui-ci est vécu sur le versant traumatique (2).

Il existe une notion importante sur laquelle la théorie psychanalytique (trauma) et la théorie biopsychologique (stress) s'accordent, c'est la notion de **vécu subjectif** du traumatisme psychique. On parle de **variabilité interindividuelle** pour expliquer le fait que chacun puisse vivre l'évènement de manière très différente. Il est possible qu'un évènement traumatisant ne le soit pas pour un individu alors qu'il bouleversera son camarade.

Par ailleurs, la réaction immédiate post traumatique est marquée par les symptômes dissociatifs tel que la désorientation, la sidération secondaire à l'effroi mais également par un vécu d'irréalité, de dépersonnalisation qui est dû à l'orage neurovégétatif découlant de la réaction de stress (6).

A travers la description des deux grandes approches historiques de la blessure psychique, nous avons décrit la plupart des symptômes visibles immédiatement après l'évènement, mais qu'en est-il de la suite ?

2.1.2 L'état de stress aigu (ESA)

L'état de stress aigu correspond à un état anxieux caractérisé par une détresse psychique intense entre **J2 et J30** du vécu traumatique d'un évènement. Il se définit par l'association de symptômes dissociatifs (déréalisation, dépersonnalisation, amnésie dissociative) à des symptômes de l'état de stress post traumatique tel que le syndrome de répétition, les comportements d'évitement ou encore l'hyperactivité neuro végétative. Si ces symptômes persistent au-delà de 30 jours, on parlera alors d'état de stress post traumatique.

2.1.3 Le trouble de stress post traumatique (TSPT)

L'état de stress post traumatique est une pathologie qui répond à des critères précis, bien définis dans le DSM V, qui est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux écrit par l'Américan Psychiatric Association (7). Parmi les critères diagnostiques, on retrouve **l'exposition à la mort ou à la menace de mort**, incluant les blessures graves et les violences sexuelles. Quatre expositions différentes sont admises :

- L'exposition directe (lorsque l'individu lui-même est en danger),
- Le fait d'être témoin direct d'une scène horrificante,
- L'exposition d'un membre de la famille ou d'un ami proche à un évènement violent
- L'exposition répétée

Il existe ensuite quatre grandes catégories de symptômes qui constituent des critères diagnostiques.

Tout d'abord, les symptômes dits **envahissants** tels que les flashbacks, les souvenirs ou les rêves répétitifs, qui sont des réactions dissociatives lors desquelles le sujet se sent ou agit comme si l'évènement se reproduisait. Ces flashbacks peuvent être associés à une dépersonnalisation ou une déréalisation.

L'évitement des indices pouvant rappeler l'évènement, tels que les lieux, les personnes ou les activités, constitue également un critère clinique pour le diagnostic.

La troisième grande famille de critères inclut tout ce qui se rapporte à **l'altération négative des cognitions et de l'humeur**. Ceci regroupant l'amnésie dissociative (incapacité à se rappeler de certains aspects de l'événement), les croyances négatives, l'état émotionnel négatif (colère, culpabilité, honte), l'anhédonie qui est l'incapacité à ressentir des émotions positives. On peut également constater une distorsion cognitive concernant la scène traumatique, ce qui correspond à une déformation du schéma de pensée, pouvant amener le sujet à se blâmer ou considérer quelqu'un comme coupable à tort. Il est aussi possible de constater une diminution de l'intérêt et de la participation aux activités ou encore un sentiment de détachement (sentiment de devenir étranger).

Pour finir, il reste le critère **d'altération de l'éveil et de la réactivité**. Ceci inclut l'hypervigilance, les difficultés d'endormissement, les réactions de sursauts exagérés, les problèmes de concentration mais aussi l'accentuation de l'irritabilité et de l'impulsivité pouvant mener à des comportements autodestructeurs.

Les perturbations décrites dans les quatre points précédents doivent être présentes depuis **plus d'un mois** pour pouvoir parler d'état de stress post traumatique. La pathologie est dite chronique à partir de trois mois d'évolution.

Par ailleurs, ces perturbations doivent entraîner une souffrance clinique ou bien une altération du fonctionnement social ou professionnel pour être considérées comme étant pathologiques.

2.1.4 Autres tableaux cliniques post traumatiques

Il peut arriver que le vécu traumatique d'un événement se manifeste autrement que par un trouble de stress post traumatique (8).

Lorsque ces autres tableaux cliniques post traumatiques sont associés à l'état de stress aigu ou à l'état de stress post traumatique, on parle de **comorbidités**. Le terme comorbidité désigne les troubles associés à un trouble ou à une maladie primaire. En psychiatrie, cela correspond à la présence simultanée de plusieurs diagnostics. Les comorbidités peuvent être les suivantes :

- Dépression post traumatique
- Deuil pathologique

- Risque suicidaire
- Troubles anxieux et phobiques post traumatiques
- Psychose post traumatique
- Conséquences somatoformes, psychosomatiques et somatiques post traumatiques

2.2 Évolution de la perception du traumatisme psychique et de sa prise en charge

2.2.1 Historique

2.2.1.1 Évolution des termes et des idées

Les symptômes de traumatisme psychique sont décrits dans les récits historiques depuis l'Antiquité.

En 900 avant JC, Homère conte la souffrance d'Achille durant la guerre de Troyes dans *l'Iliade*.

En 1100, *La Chanson de Roland* raconte les rêves traumatiques de Charlemagne.

La tragédie *Macbeth* de Shakespeare, mentionne les symptômes psychotraumatiques du couple Macbeth suite aux crimes qu'ils ont commis (2).

Les symptômes psychotraumatiques ont ensuite été exposés par les médecins et plus particulièrement par les médecins militaires.

Durant les guerres napoléoniennes (1803-1815), les médecins de la Grande Armée, Desgenettes, Percy et Larrey décrivent deux types de pathologies psychiatriques : « la nostalgie » et le « syndrome du vent du boulet ».

Le terme de « **nostalgie** » était utilisé pour qualifier l'état des patients qui présentaient une symptomatologie d'allure dépressive.

Le « **syndrome du vent du boulet de canon** » regroupait à la fois les lésions internes dues à l'effet blast des boulets et les états confuso-stuporeux des soldats qui avaient frôlé la mort. Larrey décrira dans ses écrits en 1912, plusieurs cas de soldats en état de choc psychologique, sidérés. Les traitements d'usage à l'époque étaient des saignées, des bains chauds, l'application de glace sur la tête ou le divertissement par la musique ou la gymnastique (9).

Pendant la guerre de Sécession, le médecin militaire Jacob Mendez Costa décrit le « **soldier's heart** » (cœur du soldat) qui correspond à l'anxiété cardiovasculaire due à la fatigue et à la frayeur des combats.

En 1888, Herman Oppenheim parle de « **la névrose traumatique** », modèle psychanalytique qui a posé les bases de notre modèle actuel (2). Le modèle de névrose post traumatique résulte de l'observation des symptômes des victimes d'accident de chemin de fer, avec notamment les cauchemars associés aux souvenirs intrusifs de l'accident. Dans ce contexte d'accident de la voie ferrée, l'hypothèse selon laquelle les symptômes étaient dus à la **commotion cérébrale**, prévalait.

Cependant Charcot, observant une discordance majeure entre la violence du choc et la symptomatologie clinique, défendit **l'hypothèse de l'étiologie psychogène**.

Dans ce modèle, les répétitions et les cauchemars seraient des tentatives de décharge de l'excitation provoquée par l'événement traumatique.

Dans la « névrose traumatique » décrite par les psychanalystes, il existe trois catégories de symptômes :

- Les symptômes constituant **le syndrome de répétition** ; ce dernier étant **pathognomonique** du traumatisme psychique. Le principal symptôme de ce sous-groupe est la **reviviscence**. Cette dernière se manifeste par le fait que le sujet revive la scène comme s'il y était à nouveau avec les éléments de détresse et de dissociation qui caractérisent la phase immédiate. Les autres éléments du syndrome répétitif sont les cauchemars, les écnésies qui se traduisent en anglais par « flashback », les souvenirs intrusifs et les ruminations.
- Les symptômes associés appelés également non spécifiques tels que l'asthénie, l'anxiété, les troubles des conduites et les plaintes somatiques.
- L'altération de la personnalité avec un **triple blocage des fonctions du moi** : la filtration, la présence et la fonction de relation avec les autres. Le blocage de la fonction de présence donne des symptômes tels que le détachement et la perte de motivation. Le blocage de la fonction de relation avec les autres peut quant à lui rendre les sujets dépendants des autres par exemple.

En 1889, Pierre Janet a écrit une thèse : « **l'automatisme psychologique** ». Celle-ci expose l'hypothèse de « **dissociation de conscience** » selon laquelle le souvenir de l'événement traumatisant serait considéré comme un corps étranger dans notre conscience. Cet élément étranger serait alors à l'origine d'actions automatiques inadaptées dissociées du reste de notre conscience.

Cette hypothèse sera ensuite reprise par Freud et Breuer, qui inventent le terme de « **réminiscence** ».

En 1908, suite à la guerre russo-japonaise, Honigman, psychiatre de la Croix Rouge, fait naître le terme « **névrose de guerre** ». Ceci correspond à un type de névrose traumatique dont les symptômes sont des céphalées, une tachycardie, une hyperesthésie associée à des cauchemars, une neurasthénie et parfois, des symptômes conversifs (surdité, aphonie, paraplégie) (10).

Lors de la Première Guerre mondiale, Milan fait apparaître le terme « **hypnose de bataille** » pour définir un **état confuso-stuporeux** dans lequel étaient certains soldats suite aux combats. La première hypothèse étiologique de cet état pathologique fut **l'origine commotionnelle**. En effet, nombre de psychotraumatismes se révélaient au travers de tableaux conversifs avec notamment des troubles moteurs tels que la paralysie ou des tremblements. Les médecins pensaient que les symptômes « neurologiques » étaient la conséquence de l'onde de choc des explosions, qui aurait atteint le système nerveux (10). Les français parlaient alors « **d'obutisme** » et les anglais de « **shell shock** » ce qui signifie littéralement « choc de l'obus » (11).

Les observations de l'époque ont mis en évidence des blessés psychiques qui n'avaient subi aucune blessure physique et notamment aucune commotion cérébrale. De ce constat est né l'hypothèse d'une étiologie psychique. En 1918, André Leri décrit deux approches : celle du blessé neurologique suite à un traumatisme crânien, **le blessé commotionné** et celle du blessé psychique suite à une surcharge émotionnelle, **le blessé émotionné** (11).

En 1945, Spiegel et Grinker décrivent le premier modèle neurobiologique : « **le modèle du stress** ».

A la fin de la Seconde Guerre mondiale, le français Targowla décrit le « **syndrome des déportés** ».

En 1952, le terme de « **gross stress reaction** » apparaît dans la première version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM).

Les guerres post coloniales, en Indochine, Algérie, Angola se caractérisent par des combats rapprochés, des actes de torture et la dissimulation de l'ennemi dans la foule. Croq parle alors de « **névrose de guérilla** » pour décrire les pathologies résultantes de ce climat d'insécurité des postes isolés et des embuscades (2).

La même notion a été décrite aux États-Unis suite à la guerre du Vietnam avec le « **low intensity psychiatry war profile** ».

En 1975, Shatan décrit le « **post Vietnam syndrom** » marqué par des reviviscences, des cauchemars et un état d'alerte (2).

En 1980, on note la réapparition de la notion de traumatisme psychique qui n'avait pas été décrite dans le DSM II. En effet, le terme de « **Post traumatic stress disorder (PTSD)** » est utilisé dans le DSM III avec la déclinaison d'une forme aiguë et d'une forme chronique.

Quelques années plus tard, l'introduction de l'état de stress aigu apparaît dans le DSM IV.

L'intervention de l'armée française en Afghanistan a fait naître un nouveau syndrome associé à une nouvelle description de la blessure psychique de guerre. Le « **syndrome afghan** » considère à **nouveau l'étiologie organique**. En effet, durant ce conflit de nombreuses blessures furent dues à des explosions à l'origine de blast. Certains médecins considèrent alors le syndrome afghan comme étant une « **intrication de traumatisme psychique et physique** ». Le syndrome post commotionnel qui peut désormais être objectivé grâce aux avancées de la médecine a bien souvent une origine et une clinique commune avec le trouble post traumatique. Il est admis que ces blessures doivent faire l'objet d'une prise en charge pluridisciplinaire associant psychiatres, neurologues et rééducateurs (12).

2.2.1.2 Évolutions des pratiques

Lors de la guerre russo-japonaise (1904-1905), Autocratov met en place la **psychiatrie de l'avant**, qui consiste à aller soigner les blessés psychiques au front. A l'inverse, lors de la Première Guerre mondiale, les blessés psychiques furent évacués vers les hôpitaux de l'arrière. A la fin de la Grande Guerre, des psychiatres militaires tels que Damaye, Roussy et Lhermitte prônent la mise en place de dispositifs de psychiatrie de l'avant.

L'américain Thomas **Salmon** reprend l'idée et érige les principes suivants : immédiateté, proximité, espérance de guérison, simplicité et centralité. Ces principes constituent la base de la psychiatrie militaire française actuelle (13).

- Le **principe de proximité** selon lequel le médecin doit intervenir dans une zone sécurisée mais suffisamment proche des combats, afin de préserver le lien entre le soldat et le groupe auquel il appartient.
- Le **principe d'immédiateté** qui sous-entend une intervention médicale rapide afin de repérer rapidement les blessés et d'établir une prise en charge précoce.
- Le **principe de simplicité** selon lequel les moyens mis à disposition du médecin étant rudimentaires, il faut agir de manière simple. Le principal étant d'établir un lien de parole avec le militaire blessé.
- L'**expectative**, principe selon lequel la majorité des troubles psychiques en situation de conflits armés ont une évolution favorable dans les 3 premiers jours. Il faut donc se laisser un temps d'observation, afin de voir l'évolution.

Ces grands principes n'ont pas été appliqués lors de la Seconde Guerre mondiale. En effet, les soldats blessés étaient évacués vers l'arrière, ce qui fut à l'origine d'une réduction majeure des effectifs. La mise en place de la circulaire Bradley, en 1943, mit fin à ceci. Celle-ci imposait de prendre en charge les blessés sur place pendant, au minimum, une semaine.

2.2.2 Reconnaissance et concept de victime

Le traumatisme psychologique existe depuis toujours, il apparait dans les récits depuis l'Antiquité, mais n'est décrit dans le milieu médical que depuis deux siècles.

Deux éléments ont grandement participé à la prise en considération de la blessure psychique au niveau médical. Ce sont d'une part le rapprochement entre la psychologie et la médecine et d'autre part, l'apparition de la **notion de victime au niveau juridique** (14). En effet, depuis la fin du XIXème siècle, le concept de victime a beaucoup évolué et avec lui le **droit à la réparation**.

Aux États-Unis, le « post Vietnam syndrom » donnera naissance au PTSD, qui deviendra une entité clinique à part entière dans le DSM III. Ceci a permis une **prise en compte sociale de la souffrance des militaires** ainsi qu'une ouverture aux droits à réparation (11).

Une dizaine d'années plus tard en France, suite aux revendications des anciens combattants de la guerre d'Algérie, le **décret du 10 janvier 1992** a permis la **reconnaissance du traumatisme psychique comme blessure**. Depuis 2007, le trouble de stress post traumatique est reconnu comme une **affection longue durée**.

La reconnaissance sociale est importante pour la réparation psychotraumatique. Quelle peut être l'importance de la reconnaissance de la blessure d'un militaire par ses chefs ?

2.2.3 Les préjugés négatifs

Dès 1917, il y eut des **préjugés négatifs** concernant les troubles psychiques de guerre, avec notamment au cœur des préoccupations la **question de la simulation et de l'instrumentalisation** des troubles psychiques pour échapper aux combats (11). C'est en partie l'incompréhension de symptômes conversifs tels que la paralysie d'un membre ou les contractures, qui menèrent certains médecins à qualifier les soldats blessés de simulateurs (10). Dans ce contexte, certains neurologues et psychiatres infligèrent à leurs patients des traitements violents tels que la sismothérapie. Ces traitements barbares furent portés par des médecins militaires qui expliquaient que les soldats simulaient pour fuir les horreurs du front,

ainsi si les traitements qu'ils recevaient à l'arrière étaient tout aussi désagréables, ils seraient rétablis rapidement et pourraient retourner au combat (15).

En France, après la Première Guerre mondiale, les médecins des commissions de réforme traitaient les patients « **d'embusqués du cerveau** », « **de malades de la volonté** » qui ne méritaient pas d'être pensionnés au même titre que les vrais malades (15). Après la Première Guerre mondiale, les blessés psychiques n'étaient pas considérés comme des victimes mais bien comme des déserteurs.

La question de la simulation a beaucoup évolué au fil de années, avec un tournant important dans les années 60. En effet, Juillet et Moutin ont décrit dans une approche compréhensive le lien entre simulation et problème d'adaptation à la vie militaire (16). Par la suite, en 1986, Claude Barrois définit la simulation comme étant un problème « posé par la relation médecin/malade/environnement ». Il explique alors que **la simulation est un symptôme, l'expression d'une souffrance ou d'un malaise** (16).

La simulation n'était pas le seul préjugé négatif qui existait à l'époque de la Grande Guerre, les médecins craignaient la « **contagiosité hystérique** ».

Les médecins de l'époque émettaient l'hypothèse que les patients touchés étaient **prédisposés**. Leur trouble psychique était dû à une fragilité latente. Lors du Vème congrès de psychanalyse de Budapest en septembre 1918, les psychanalystes insistaient sur le fait que le contexte de guerre influence la clinique de la névrose sans en être le véritable déclencheur. Pour eux, les soldats avaient une faiblesse préexistante (10).

Pour Karl Abraham, les événements traumatisants vécus lors des combats n'étaient qu'un élément déclencheur d'une névrose préexistante. Celui-ci sous entendait que les soldats blessés psychiques manquaient de virilité. Selon lui, certains symptômes étaient à mettre en lien avec l'impuissance (tremblements, angoisses, céphalées) (10).

Il faudra attendre les années 90 pour que les médecins admettent enfin que la blessure psychique **peut toucher tout le monde**, indépendamment de la personnalité de l'individu (14).

Nous pouvons noter depuis quelques années, un véritable effet de contraste, passant de la stigmatisation des camptocormiques à la promotion de la prise en charge de blessés psychiques. Cette évolution vers un regard bienveillant s'est opérée tant pour les médecins que pour l'institution et la Nation. Ceci s'observe notamment au travers du rapport d'information déposé en septembre 2019, par la commission de la défense nationale et des forces armées, au sujet de « la mission d'information sur le suivi des blessés » (17). Ce rapport montre **la volonté de l'institution de soutenir et d'accompagner les blessés de guerre.**

Le rapport annexé à la loi de programmation militaire 2019-2025 (point 3.1.2.2. Reconnaître les contraintes et les sujétions) vient également souligner cette évolution des préjugés négatifs. La nation semble mettre un point d'honneur à reconnaître la souffrance et notamment la souffrance psychique de ses soldats. « Enfin, le ministère des Armées poursuit activement la **politique de prévention, de dépistage, de suivi et d'accompagnement des syndromes post-traumatiques** » (18).

2.3 Actions et aides déjà mises en place

2.3.1 Guide du parcours du militaire blessé et de sa famille

Le guide du parcours du militaire blessé et de sa famille est un document qui a été édité en octobre 2018 dans le but de **présenter les dispositifs de soutien** proposés aux militaires blessés ainsi qu'à leur famille. La ministre des Armées, Florence Parly, insiste en préambule sur l'importance de l'accompagnement des militaires blessés dont le « chemin long, est parfois difficile et sinueux ».

Ce document pédagogique vise à assister le militaire et sa famille tout au long du parcours de soin, des démarches initiales puis administratives jusqu'à la reprise du travail ou le départ de l'institution. Ce guide décrit pas à pas les démarches à effectuer et les interlocuteurs auprès desquels le militaire peut trouver de l'aide. A la fin du document, des fiches techniques explicitent le rôle des différents organismes, tels que l'action sociale des armées, les cellules d'aide aux blessés, la caisse nationale militaire de sécurité sociale.

A noter que ce guide est également à destination des familles afin qu'elles puissent accompagner au mieux leurs proches, cette démarche s'inscrit dans la continuité du plan famille (19).

2.3.2 Le plan famille

Le plan d'accompagnement des familles et d'amélioration de la qualité de vie des militaires a été lancé en octobre 2017, par le ministère des Armées. « Il n'y a pas de soldat fort sans famille heureuse ». Ce plan s'étend sur cinq ans et a pour but **d'aider les militaires à mieux concilier leur vie de famille avec les contraintes de leur engagement** (20).

Celui-ci se décline en six axes :

- Mieux prendre en compte les absences opérationnelles
- Faciliter l'intégration des familles dans la communauté militaire et de défense
- Mieux vivre la mobilité
- Améliorer les conditions de logement familial et favoriser l'accèsion à la propriété
- Faciliter l'accès des familles à l'accompagnement social du ministère
- Améliorer les conditions d'hébergement et de vie des célibataires et des célibataires géographiques

2.3.3 Les commissions de suivi des blessés

Les commissions de suivi des blessés, sont des réunions qui se tiennent au sein des régiments et qui ont pour but de faire **un point de situation sur le parcours du militaire blessé** afin de le soutenir au mieux. (17)

Les différents acteurs de ces commissions sont :

- Des soignants du service de santé
- Des représentants du commandement
- Un représentant de la cellule d'aide aux blessés
- L'assistant du service social du régiment
- Un représentant de reconversion de la Défense
- Un représentant de l'ONACVG (Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre)

Le guide du parcours du militaire blessé présente les étapes du parcours de soins de façon tout à fait théorique. En pratique, chaque individu a un parcours de soins singulier. Il est donc indispensable que les différents acteurs de sa prise en charge se coordonnent grâce à ces **réunions multidisciplinaires**.

2.3.4 Cellule d'aide aux blessés de l'Armée de Terre

Il existe des cellules d'aide aux blessés dans chaque armée, elles ont un **rôle d'accompagnement** des militaires blessés en service (19).

Elles ont des missions d'écoute, de conseil et d'assistance :

- Prise de contact avec le patient et ses proches, visites au sein des hôpitaux
- Accompagnement dans les démarches administratives
- Assistance juridique
- Facilitation des démarches de réinsertion sociale et professionnelle
- Travail conjoint avec l'action sociale des armées
- Suivi personnalisé au-delà de 180 jours de congé maladie

2.3.5 Maison ATHOS

Les maisons ATHOS sont des dispositifs interarmées non médicalisés, de **réhabilitation psychosociale**. Athos fait référence au plus âgé des mousquetaires du récit d'Alexandre Dumas. C'est dans le livre Vingt ans après, que Dumas décrit le trouble de stress post traumatique d'Athos. (21) Cette offre complémentaire à la prise en charge médicale vise à accompagner les **blessés psychiques** dans leur projet de vie et la reprise d'activités. Il existe depuis janvier 2021 deux établissements expérimentaux à Toulon et à Cambes, qui organisent des stages de réhabilitation par le sport ou encore des immersions en entreprises. Ce projet a pour objectif « d'accorder une attention plus forte à la réparation de la blessure psychique » (22).

Suite au conflit en Afghanistan et à l'intensification des engagements opérationnels, l'institution a mis en place de nombreux dispositifs afin d'améliorer la prise en compte des

militaires blessés psychiques et de leur famille. Outre ce souci de réparation et de réhabilitation, l'institution s'est également posé la question du repérage et de la prise en charge de la blessure au sein des unités. Pour se faire, des conseillers Facteur Humain ont été formés.

2.3.6 Conseiller Facteur Humain

La qualification de CFH a été créée en 2004 puis modifiée en 2009 et 2014. Le CFH est un militaire appartenant le plus souvent au bureau environnement humain. Il occupe un rôle clef dans la chaîne de soutien psychologique au sein du régiment. Il est considéré comme **personne-ressource** auprès des militaires de son unité et assure une mission **d'appui du commandement dans la prise en compte des risques psychologiques**.

Dans la fiche d'emploi, le CFH est « **le premier échelon d'alerte, de sensibilisation et d'information** régimentaire concernant la santé physique et mentale de la troupe et plus spécifiquement les risques de stress opérationnel consécutifs aux opérations extérieures » (23).

Les missions du CFH sont les suivantes :

- Se faire connaître au niveau de la chaîne de commandement et des militaires du régiment
- Informer le commandement sur l'état des troupes
- Conseiller le commandement dans les actions d'information, de suivi et de prévention
- Détecter les réactions au stress opérationnel et les troubles de l'adaptation, puis orienter et accompagner les militaires du régiment, afin qu'ils bénéficient d'une prise en charge adaptée
- Maintenir et optimiser les aptitudes opérationnelles des troupes. Pour ce faire, ils doivent veiller à l'organisation de séances de TOP (Technique d'Optimisation du Potentiel), proposer des formations aux RSO (Risque de Stress Opérationnel), participer à la formation des référents section avec les psychologues de la CISPAT (Cellule d'Intervention et de Soutien Psychologique de l'Armée de Terre)
- S'intégrer pleinement au réseau de soutien psychologique et travailler dans le respect de la confidentialité avec le médecin d'unité, l'assistant social, les présidents de catégorie, les aumôniers militaires, le bureau environnement humain, les commandants d'unité et le chef de corps. Le CFH doit également entretenir des

relations fonctionnelles avec la CISPAT, la CABAT (Cellule d'Aide aux Blessés de l'Armée de Terre), les psychiatres et psychologues du Service de Santé des Armées (SSA)

2.3.7 Sas de fin de mission

Le sas de fin de mission a été mis en place par l'Armée de Terre en 2009 au profit des militaires engagés sur le théâtre afghan. Durant quelques jours, les militaires bénéficient d'un hébergement dans un hôtel tout confort, dont l'objectif est d'assurer une **transition entre l'OPEX et le retour du militaire en métropole** auprès de ses proches. Lors de ce séjour, les militaires participent à des activités obligatoires organisées par la CISPAT, telles que des séances de sensibilisation sur le retour en famille ou encore des informations assurées par le CFH sur le retour d'OPEX et les conséquences éventuelles sur leur comportement.

Les psychologues de la CISPAT proposent également des entretiens individuels aux soldats afin de leur **offrir un espace de parole**. Il est également possible pour les militaires de participer à des séances de TOP (Technique d'optimisation du Potentiel) (24).

Ainsi, « le premier objectif est de clôturer la mission en incitant **le retour à soi** et permettre par-là une **distanciation progressive entre le militaire et son groupe** d'appartenance tout en satisfaisant un besoin de reconnaissance » (25).

2.3.8 Premiers Secours Psychologiques en Opération

Le module de Premiers Secours Psychologiques en Opération (PSPO) est une formation proposée par les psychiatres du SSA depuis 2019. Elle est à destination de **tous les militaires** en service et vise à les sensibiliser en tant que **primo-intervenant face à la souffrance psychique d'un camarade**. C'est un module pratique basé sur des mises en situations ayant pour but d'améliorer les habiletés relationnelles et les approches comportementales des militaires. Les jeux de rôle doivent permettre aux participants d'apprendre à **identifier les signes d'alerte** de désadaptation à une mission et les manifestations de détresse psychique. Les militaires doivent également acquérir les clefs pour agir avec leurs camarades en souffrance, de manière adaptée et sécurisante.

Ce module dure 3 heures et un recyclage est prévu tous les 5 ans via des cours en ligne de type « MOOC » (Massive Open Online Course).

Malgré les nombreuses actions menées au profit des blessés, il reste des points d'ombre qui empêchent leur prise en charge optimale. Le commandement qui est au plus proche des militaires, joue un rôle majeur de repérage, d'orientation et d'aide aux blessés. C'est ainsi que nous avons choisi d'étudier sa représentation du traumatisme psychique.

3. Représentation de la blessure psychique

3.1 Représentations sociales

Une représentation est la façon dont un individu perçoit un objet ou une situation. Cette représentation n'est pas la réalité mais plutôt une « reconstruction » de celle-ci. Les représentations sociales sont le fruit d'une réflexion individuelle influencée par les éléments de la société.

Moscovici a mis en évidence deux processus d'élaboration des représentations sociales : l'objectivation et l'ancrage (26).

L'**objectivation** est le processus par lequel le groupe va rendre le concept concret. Pour ce faire, le groupe va **simplifier et résumer les notions**. Il existe deux phénomènes intervenant dans le processus d'objectivation. Tout d'abord, la **sélection perceptive**, qui correspond à un filtrage des informations en fonction des critères normatifs du groupe. C'est-à-dire que le groupe retient les informations correspondant à ses propres valeurs. Le second processus d'objectivation est la **décontextualisation**. Ceci consiste à détacher l'objet de son contexte afin de le placer dans une signification globale plus proche des attentes du groupe.

L'**ancrage** est un phénomène qui permet de raccrocher la nouvelle notion à des connaissances anciennes qui ont déjà une signification pour le groupe. Il permet l'enracinement de l'objet dans le système de pensée préexistant. Ce phénomène d'ancrage s'appuie sur un processus de **catégorisation** qui permet de **diminuer la complexité** des phénomènes. Il existe plusieurs processus de catégorisation (27):

- Processus d'analogie : Regrouper différents éléments dans une même catégorie

- Processus d'inférence : Associer à un objet caractérisé comme appartenant à une catégorie, les caractéristiques de celle-ci en insistant sur les similitudes et les différences entre les objets
- Processus d'anticipation : Mise en œuvre de certaines catégories en fonction de ce que l'individu s'attend à recevoir ou de ce qu'il a à communiquer
- Processus de compensation : Maintien d'une cohérence interne du discours ou des représentations. Ce processus répond à « un besoin d'unification intellectuel » (Moscovici, 1961)

3.2 Représentations sociales en santé

3.2.1 Représentations sociales de la maladie

Les représentations d'une pathologie ne sont pas les mêmes au sein du corps médical que pour le reste de la population. Une étude menée en 2015 a tenté de comparer savoirs « experts » et savoirs « profanes ». En effet, deux populations : professionnels de santé et non professionnels de santé ont été interrogés sur leurs représentations de la maladie en général. Il existe des **représentations communes** aux deux groupes, telles que la **douleur et la souffrance**. Cependant, les résultats montrent que les professionnels de santé utilisent des termes descriptifs pour qualifier la maladie, là où les non professionnels se réfèrent au vécu personnel du malade. La conclusion de cette étude invite les médecins, infirmiers et pharmaciens à modifier leur discours et axer leur communication sur la prise en charge globale du patient en tenant compte de son vécu (28).

3.2.2 Psychiatrie et représentations sociales

En psychiatrie, l'identification d'un comportement dit anormal participe à l'élaboration du diagnostic. On peut donc dire que la société intervient dans l'établissement de ce diagnostic en pointant du doigt la différence (29).

Selon Angermeyer, les **stéréotypes** associés aux maladies mentales sont **le danger, la peur, l'exclusion de la communauté et l'irresponsabilité**. Devant ce constat, en 2010, une étude a été menée en population générale afin d'étudier les représentations sociales associées aux

termes « fou », « malade mentale » et « dépressif ». Dans celle-ci, plus de 75% des 36 000 personnes interrogées associent les termes fou et malade mental à des comportements violents et dangereux (29). Les maladies mentales sont en réalité **mal connues et incomprises**, c'est cette méconnaissance des pathologies psychiatriques qui crée un climat d'incertitude dans la population générale (30).

3.3 Représentations des pathologies psychiatriques au fil des guerres

Comme constaté précédemment, la description des syndromes psychiques a évolué au fil des conflits armés. Cette description a été fortement **influencée par le contexte sociétal**. Auxéméry constate que ceci a pu être néfaste pour la santé des soldats à certains moments. Par exemple, en ce qui concerne le post Vietnam syndrome, le stress étant considéré comme une réponse normale à un événement anormal, il a permis de donner une explication scientifique au trouble. Suite à ceci, les militaires ont pu rapidement être renvoyés au combat sans véritable prise en considération de leur vécu. Le « post Vietnam syndrome » deviendra quelques années plus tard le PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) sans pour autant que les symptômes soient véritablement différents. Selon Auxéméry, ces **néologismes** ont pour but de **permettre un changement de prise en charge médico-sociale**. Il estime également que la définition de PTSD fait référence à un élément extérieur qui s'est imposé au blessé et pense que ceci est une façon de déresponsabiliser et déculpabiliser le soldat et la société qui sont parfois à l'origine d'actes pourvoyeurs de traumatisme (31).

4. Problématique

Le milieu militaire est pourvoyeur de traumatismes psychiques, c'est pourquoi l'institution a mis en place de nombreux éléments afin que les blessés soient repérés, accompagnés et reconnus. Malgré ceci, la blessure psychique reste **un tabou** dans les armées et il arrive encore que des blessés ne soient pas systématiquement pris en compte. **Les représentations sociales** d'une maladie **influencent le recours aux soins et les attitudes vis-à-vis des patients**. C'est la raison pour laquelle il nous a semblé judicieux d'aborder le traumatisme psychique sous

l'angle des représentations, afin de tenter de comprendre les comportements des militaires, en particulier du commandement, face à cette blessure (29).

C'est dans ce contexte que nous posons la question suivante :

En quoi la représentation du traumatisme psychique par le commandement influence-t-elle la prise en charge du blessé ?

« Mieux connaître les représentations de la maladie du non spécialiste peut aider les spécialistes de la santé à mieux se faire comprendre » (28).

Le but de notre étude est de **mieux comprendre les enjeux** de commandement et les **contraintes** associées afin de **travailler conjointement** à l'accompagnement du militaire blessé.

5. Matériel et méthodes

5.1 Élaboration de l'étude

Le traumatisme psychique est une blessure bien connue dans l'armée, que ce soit par les médecins mais également par les militaires. Malgré les nombreuses communications faites sur ce sujet, il reste des difficultés et des divergences de points de vue entre les différents acteurs de la prise en charge du blessé. Nous souhaitons par le biais de cette thèse étudier ces différences.

Nous avons établi la question de recherche suivante : « Quel est le point de vue du commandement sur la blessure psychique ? »

Ceci constitue un **sujet complexe** qui mène à des **réponses subjectives et non chiffrables**. Notre choix s'est donc porté sur une **étude qualitative**. En effet, ce type d'étude a pour but de recueillir des données le plus souvent verbales telles que les perceptions, les ressentis ou encore le vécu et les émotions des sujets, afin de les analyser pour tenter d'en donner une explication. La recherche qualitative était historiquement utilisée par les sociologues, elle est parfaitement appropriée à l'étude des modèles culturels et à la culture du vécu. Ce que nous avons transposé à notre situation : « la culture armée de terre » et le vécu du

commandement. Ces éléments subjectifs sont particulièrement intéressants à étudier mais très difficiles à mesurer. Le modèle de référence est alors la recherche qualitative (32).

Une fois le choix de cette méthode faite, il nous a fallu choisir la technique de recueil de données. Nous avons alors décidé de mener des **entretiens semi dirigés individuels**, qui nous paraissaient plus adaptés pour aborder un sujet aussi délicat que le traumatisme psychique.

Nous avons dû ensuite choisir qui interroger. Le choix de nous concentrer sur l'armée de Terre a été volontaire, dans l'hypothèse d'une plus grande fréquence d'exposition aux événements traumatisants dans l'ensemble de sa population. Le recrutement des sujets interrogés vous sera exposé par la suite.

Il a été nécessaire d'effectuer des démarches réglementaires afin d'obtenir l'autorisation de réaliser notre étude. Un fois les différents accords éthiques et militaires obtenus, nous avons mené nos entretiens, que nous avons retranscrits, codés puis analysés tout en garantissant le respect de l'anonymat.

In fine, ceci nous a permis d'établir des hypothèses qui sont des pistes d'amélioration de la prise en charge de blessés psychiques.

5.2 Démarches réglementaires

Toute étude scientifique fait l'objet de démarches réglementaires afin d'obtenir les autorisations nécessaires à sa réalisation, d'autant plus quand elle s'intéresse à des sujets aussi sensibles que « la représentation de la blessure psychique par le commandement ». Nous avons, dans un premier temps, présenté notre projet de thèse au comité de suivi de thèse de l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran ainsi qu'au **département universitaire de médecine générale**. Le projet étant validé par ces deux instances, nous avons demandé l'approbation de la **Direction Médicale des Forces** (Annexe 1) ainsi que celle de la **Direction de la Formation, de la Recherche et de l'Innovation** (Annexe 2). Notre projet d'étude a alors été porté à l'attention du **chef d'état-major de l'armée de Terre** qui a donné son accord.

Nous avons également demandé au **comité d'éthique Aix-Marseille Université** d'étudier notre projet de recherche.

5.3 Matériel

5.3.1 Population étudiée

La population que nous avons choisi d'étudier est l'ensemble des militaires ayant une fonction de commandement au sein de l'armée de terre.

Afin de comprendre notre méthode d'échantillonnage, voici une brève explication de l'organisation et de la hiérarchie au sein d'un régiment de l'armée de terre. Un régiment est constitué de 1000 à 1500 militaires qui sont sous les ordres du chef de corps. Les régiments se divisent en plusieurs groupes appelés compagnies, escadrons ou batteries (en fonction de l'arme) de 100 à 250 soldats dirigés par un commandant d'unité. Ceux-ci se subdivisent en 3 à 4 sections ou pelotons constitués d'environ 20 à 35 militaires obéissants aux ordres d'un chef de section.

5.3.2 Échantillonnage raisonné théorique en variation maximale

5.3.2.1 Définition

L'échantillonnage est l'action qui permet de sélectionner les participants de l'étude qui seront un échantillon de la population que nous souhaitons étudier, le commandement dans l'armée de terre en l'occurrence.

Il existe plusieurs types d'échantillonnage dans les études quantitatives, le but est d'avoir un échantillon représentatif de la population, ainsi les sujets sont choisis de manière probabiliste, au hasard. Il en est autrement dans les études qualitatives comme celle que nous avons menée. L'objectif étant de recueillir un maximum d'informations, il convient de choisir **les sujets les plus différents possibles avec les caractéristiques les plus variées possibles**. Ceci constitue l'échantillonnage **en variation maximale**.

5.3.2.2 Présentation de l'échantillon

Par ailleurs, l'échantillonnage réalisé peut également être qualifié de **raisonné** dans le sens où il a été orienté pour **sélectionner des participants dits « typiques » de la population cible** (33). Nous avons choisi d'interroger dans chaque régiment trois militaires occupant une fonction de commandement à trois niveaux différents, qui demeuraient tout de même identiques entre les différents régiments. Nous avons donc initialement sélectionné dans trois régiments de la Légion Étrangère et trois régiments de l'armée régulière, à chaque fois **le chef de corps, un commandant d'unité et un chef de section**.

Au final, étant donné qu'un des sujets a refusé d'être enregistré et que trois interviews supplémentaires ont été réalisées, 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.

Les trois entretiens supplémentaires ont été possibles, car dans trois régiments différents, une des personnes interrogées a proposé l'inclusion dans l'étude d'un individu qui semblait être particulièrement concerné par la question.

	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%

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

5.4 Méthode

5.4.1 Entretien semi-dirigé

5.4.1.1 Objectifs

L'entretien semi dirigé est un entretien individuel au cours duquel l'interviewer pose des **questions ouvertes**. La personne interrogée a pour consigne de répondre aux questions de manière honnête sans craindre d'être jugée par son interlocuteur. L'objectif de cet entretien est d'aborder des sujets en lien avec notre question de recherche afin d'obtenir les éléments qui permettront l'élaboration de nos hypothèses.

5.4.1.2 Particularités

L'entretien semi dirigé individuel est une méthode d'enquête qui comporte les particularités suivantes : il se déroule en **face à face**, l'interviewer pose des questions en suivant **un guide d'entretien** (Annexe 4) qui a été réalisé à l'avance sur la base de la revue de la littérature. Il peut arriver que le sujet interrogé aborde les différents thèmes du guide d'entretien dans le désordre, dans ce cas l'interviewer doit s'adapter à la conversation en cours. Il doit utiliser des relances afin d'aborder tous les sujets attenants au guide d'entretien. Celles-ci doivent être mobilisées à bon escient et au moment opportun afin de **ne pas influencer** l'interviewé (33).

5.4.2 Recueil des données

5.4.2.1 Guide d'entretien

Le guide d'entretien est le canevas qui sert de guide conducteur à l'interviewer. Il est constitué d'une série de questions évolutives allant des sujets les plus généraux aux plus spécifiques (33).

Cette grille d'entretien a été élaborée en alliant notre expérience aux différents articles lus sur le sujet de la représentation de la blessure psychique. Nous nous sommes particulièrement référés à une étude qui a été réalisée dans le civil en 2019 : « Perception par leurs employeurs des salariés en situation de souffrance psychique au travail »(34).

Nous nous sommes inspirés du guide d'entretien qu'ils avaient utilisé pour l'adapter au milieu militaire et à la blessure psychique.

La grille d'entretien (en annexe), se compose de trois grands thèmes qui sont :

- L'expérience de la confrontation au traumatisme psychique d'un subordonné
- 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

Par la suite, cinq entretiens « test » ont été réalisés afin d'améliorer notre canevas d'entretien et d'en déterminer les défauts. Ainsi, après deux entretiens, nous avons constaté que poser la question de la définition de la blessure psychique au début était particulièrement difficile, ceci mettait les sujets en échec. Les interroger sur leurs expériences personnelles, constituait un abord du sujet plus concret et donc une prise de parole plus aisée.

5.4.2.2 Formulation de postulats de départ

Comme évoqué précédemment, les études qualitatives permettent de relever des informations afin de tenter d'expliquer certains phénomènes. Il a également été souligné à plusieurs reprises que l'interviewer devait veiller à ne pas influencer son interlocuteur lors des entretiens. Pour cela, il doit **avoir pleinement conscience de ses préjugés** ainsi que de ses propres hypothèses afin de pouvoir s'en défaire. Nous avons donc établi des postulats de départ, à partir de la grille d'entretien.

Les postulats de départ sont des propositions dont dispose le chercheur avant de débiter son enquête et dont il doit avoir connaissance lorsqu'il observe la situation (35).

Les postulats de départ que nous avons établi 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, ne permettant pas une 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-diagnostic. Il pourrait également croire que certains militaires simulent des troubles psychotraumatiques afin de bénéficier d'inaptitudes.

5.4.2.3 Mode de recrutement

Les chefs de corps de sept régiments de l'armée de Terre de la région Sud-Est ont été sollicités par mail. Après accord de ceux-ci, il leur était demandé de faire parvenir un mail aux différents commandants d'unité et chefs de section afin de recruter un volontaire dans chaque catégorie. En pratique, par souci de rapidité et d'efficacité, les commandants d'unité et chefs de section avaient été désignés sans appel à volontariat préalable. Bien que désignés, la plupart étaient finalement volontaires et intéressés par le sujet. Un seul d'entre eux a confié être présent de manière contrainte par les ordres. Il ne nous a fait cet aveu qu'à la fin de notre rencontre, son entretien a donc pu être réalisé, mais ses réponses se sont limitées au strict minimum.

A noter également que dans plusieurs régiments, à l'issue de l'entretien, le sujet interrogé a contacté un autre militaire qui selon lui était particulièrement concerné par la question. De ce fait, nous avons pu à deux reprises faire un entretien supplémentaire.

Dans une étude qualitative, le recrutement s'arrête à **saturation des données**, c'est-à-dire qu'**aucune idée nouvelle** n'émerge des derniers entretiens réalisés.

En pratique, un maximum de régiments de la région a été contacté. Nous avons effectué des entretiens dans tous ceux qui avaient répondu de manière positive. Lors des derniers entretiens, aucun élément innovant n'a été retrouvé, nous avons donc considéré que nous étions parvenus à saturation des données.

5.4.2.4 Déroulement des entretiens

En préambule de chaque entretien, nous nous présentions et donnions une explication sommaire sur l'étude afin que les participants connaissent les sujets et nos intentions sans pour autant être influencés.

Une fiche explicative reprenant par écrit le principe de l'étude et nos explications, leur était fournie. Chaque sujet a été invité à lire cette fiche avant de signer le consentement de participation à l'étude. Ils pouvaient la conserver à l'issue de l'entretien afin de pouvoir se retirer de l'étude s'ils le souhaitaient.

Une fois le consentement signé, nous demandions aux militaires s'ils acceptaient que l'entretien soit **enregistré** afin de permettre une **retranscription fidèle** de celui-ci. Un seul participant a refusé, son témoignage n'a donc pas pu être analysé.

Avant de poser les questions pré établies par le guide d'entretien, nous accordions plusieurs minutes à créer un **climat de confiance**. Nous leur expliquions que notre étude avait pour but de recueillir leurs points de vue, en soulignant avec insistance sur l'absence de jugement de notre part, ainsi que sur **l'anonymisation des données**. Ce temps de mise en confiance du militaire interrogé était suivi d'un temps dédié aux éventuelles questions du sujet interrogé.

Chaque entretien débutait par une brève présentation de l'individu dans le but de déterminer sa tranche d'âge, son parcours professionnel et sa dernière mission effectuée.

Les questions ouvertes figurant dans le guide d'entretien étaient ensuite posées suivant l'ordre préétabli. Si l'interviewé se trouvait en difficulté pour développer un sujet, nous posions alors les questions de relance prévues à cet effet. A l'inverse, il est arrivé que certains individus abordent d'eux-mêmes les sujets de questions qui figuraient plus loin dans le guide d'entretien. Nous nous adaptions alors à leur discours pour explorer les éléments de celui-ci.

Enfin, nous concluons l'entretien en leur demandant s'ils souhaitaient aborder d'autres sujets ou ajouter des remarques sur le thème de la blessure psychique et celui de la relation médecin-commandement. Cette dernière question a permis de récolter des informations particulièrement intéressantes, non attendues initialement.

Une fois l'enregistrement coupé, nous demandions au sujet son ressenti concernant l'entretien et notre démarche. Ceci a pu donner lieu à des conversations parfois plus instructives que les entretiens eux-mêmes. Les sujets abordés ainsi de manière informelle n'ont pas pu être utilisés dans l'analyse de cette étude, mais ils nous auront apporté des enseignements précieux pour notre future pratique.

5.5 Méthode d'analyse des résultats

5.5.1 Retranscription des données

Afin d'analyser les données des discours de nos interlocuteurs, les enregistrements ont été **retranscrits mot à mot**. On parle alors de **verbatim**, ce terme désigne « un compte rendu intégral, mot à mot d'un entretien »(35). Ce travail a été effectué par des secrétaires soumises au secret professionnel.

5.5.2 Méthode de conception de la grille d'analyse de contenu

Plusieurs lectures attentives des entretiens retranscrits ont permis d'en extraire des portions de verbatim afin de les coder. Le **codage** consiste à transformer les paroles retranscrites en code. Le code correspond à une formulation générique dont le sens est proche du verbatim (35).

Par exemple : pour le verbatim suivant « *il s'accuse de ne pas l'avoir aidé, de ne pas lui avoir dit de s'arrêter de travailler, de faire une pause. Il se sent responsable* », le code associé était « *culpabilité* ». De cette manière chaque morceau de phrase, de chaque entretien a été associé à un code.

Une fois le codage réalisé, nous avons regroupé les différents codes en catégories. Cette étape appelée **la catégorisation** consiste à **déduire un sens plus général d'un ensemble d'éléments**.

Par exemple, les codes « *assistante sociale* », « *conseiller facteur humain* », « *représentant de catégorie* », « *commission de suivi des blessés* » ont été associés dans la catégorie « *aides disponibles au régiment pour le blessé* ».

De la même façon, il est possible de faire dans un premier temps des sous catégories qui seront associées en catégories.

Par exemple, les sous-catégories « *événement auquel le sujet a directement été exposé* », « *événement dont le sujet a été témoin* » et « *événement vécu par un proche* » appartiennent à la catégorie « *événements potentiellement traumatisants* ».

Nous réalisons ensuite des liens entre les différentes catégories, c'est ainsi que des hypothèses apparaissent.

L'ensemble de cette démarche se nomme « **analyse de contenu** ». Il s'agit de regrouper des verbatims codés ayant le même thème en sous catégories puis en catégories et d'en établir les relations (33).

En pratique, afin de prendre du recul sur notre ressenti et de ne pas être influencé par notre vécu de l'entretien, nous avons mis en place plusieurs étapes avant de réaliser le codage. Tout d'abord, immédiatement après chaque entretien, un « journal de thèse » a été tenu afin de retranscrire la partie non verbale de l'entretien. Associé à ceci, nous notifions précisément notre ressenti et tentions de l'analyser. Par la suite, une fois l'entretien retranscrit, une première lecture était effectuée, à l'issue de laquelle nos sentiments et commentaires, issus de l'expérience vécue en entretien, ont été consignés. Ces éléments personnels et subjectifs ont facilité le codage des verbatims réalisés ensuite.

La deuxième étape a consisté en la construction de la **grille d'analyse** proprement dite. Une analyse axiale de trois premiers entretiens « tests » a permis de construire une grille d'analyse du contenu de type thématique. Celle-ci a été ensuite appliquée à l'ensemble des entretiens recueillis lors de l'étude afin de constituer le corpus général des données analysables.

Pour des raisons pratiques, il n'a pas été possible de réaliser un double codage en aveugle lors de la construction de la grille d'analyse sur le corpus des entretiens tests. Afin de pallier à cette difficulté, la procédure suivante a été adoptée :

- Une première classification réalisée par l'investigatrice de l'étude permettant d'identifier les codages de verbatims issus des interviews puis leur regroupement en catégories principales.
- L'ensemble des catégories et leur contenu a été ensuite **collectivement discuté** à trois (la directrice de thèse, la référente méthodologique et l'investigatrice) afin de préciser et consolider les catégories, leurs définitions jusqu'à obtention d'un consensus. Au moins trois réévaluations collectives ont été nécessaires pour aboutir à ce consensus.
- Une fois ce consensus établi, la grille définitive a été appliquée à l'ensemble des interviews restantes.

5.5.3 Grille d'analyse de contenu

La grille d'analyse de contenu construite à l'issue des étapes présentées dans le paragraphe précédent identifie quatre thématiques principales, elles-mêmes réparties en vingt et un sous thématiques à partir des questions posées.

Thématiques principales	Sous thématiques
Représentation de la blessure psychique	Retour d'expérience
	Définition
	Sentiments
	Symptômes
	Conséquences
	Notion « d'effet de mode »
Prise en charge de la blessure psychique	Rôle du commandement
	Rôle du groupe
	Dispositifs actuels proposés pour l'accompagnement des blessés psychiques
	Difficultés rencontrées par le commandement
	Tous les blessés psychiques sont-ils bien pris en charge ?
Point de vue commandement sur les actes des médecins d'unité	Relation avec les médecins
	Attentes envers les médecins
Question de la formation	Nécessité de formation
	Qui faut-il former ?

Idées supplémentaires	Comparaison avec la blessure physique
	Fatigue opérationnelle, dangerosité de la mission
	Blessure psychique des cadres
	Démotivation = signal d'alerte
	Importance de l'expérience de la blessure psychique
	Équilibre individuel = élément protecteur

Tableau 2 : Thématiques et sous thématiques abordées par les interviewés

5.5.4 Analyse statistique textuelle

En complément de l'analyse de contenu et sur certains corpus ayant suffisamment de verbatims, deux formes d'analyses textuelles statistiques descriptives ont été effectuées sous **IRaMuTeQ®** (version 07 alpha 2).

La **lexicométrie** peut être définie comme un : « ensemble de méthodes permettant d'opérer des réorganisations formelles de la séquence textuelle et des analyses statistiques sur le vocabulaire d'un corpus de textes » (36).

L'étape initiale de traitement lexicométrique consiste à identifier, classifier et compter l'occurrence des différents vocabulaires issus d'un corpus donné. On parle de lexème ou forme lexicale : les lettres de l'alphabet, mots ou groupes de mots, signes typographiques, chiffres et caractères spéciaux. Pour les identifier, le logiciel Iramuteq® va parcourir l'ensemble des phrases d'un corpus initial, isoler et reconnaître les lexèmes en les comparant à des dictionnaires, effectuer une lemmatisation, c'est-à-dire les modifier en une forme unique (les verbes sont ramenés à l'infinitif, les noms au singulier et les adjectifs au masculin singulier) et les caractériser par leur type lexical (nom, verbe, adjectif, etc.). L'analyse différencie ensuite des formes dites « pleines » (ou formes actives) comme par exemple les noms « blessé », « véhicule » et des mots outils (ou « formes supplémentaires ») comme par exemple, les pronoms personnels, les nombres, les verbes auxiliaires Le nombre total de formes correspond aux différentes formes de mots trouvées. Il est ainsi inférieur au nombre d'occurrences.

Sur cette base, il est possible d'effectuer différentes analyses descriptives, dans le cas présent des **nuages de mots** et des **analyses de similitude**. Ce sont des méthodes particulièrement bien adaptées à l'étude des représentations sociales.

- Les nuages de mots correspondent à la représentation visuelle de la **fréquence d'apparition** de formes actives dans le discours. Le nuage de mots fait apparaître les mots essentiels qui caractérisent les réponses apportées aux questions de l'interview. Le nuage de mots est construit à partir de l'occurrence des termes utilisés : **plus un terme revient, plus il sera visuellement mis en valeur**.
- L'analyse de similitude permet de mettre en évidence **les liens de proximité** (similitude) entre les mots utilisés par les interviewés à propos d'une thématique donnée, d'en évaluer la force d'association et d'en produire une structure globale de l'ensemble sous forme d'un graphe. Cette méthode descriptive permet d'identifier quelles sont **les relations les plus intéressantes entre les mots** présents dans un corpus et **de quelle manière ils s'organisent entre eux** (37,38).

Dans la situation présente, les corpus considérés correspondent à un ensemble de réponses données aux thématiques ou sous-thématiques suivantes :

- Retour d'expérience
- Définition/évoation du terme « blessure psychique »
- Notion « d'effet de mode »
- Rôle du commandement
- Point de vue du commandement sur les actes des médecins d'unité
- Effets de groupes

6. Résultats

Dans un premier temps, nous allons présenter les différents thèmes abordés au cours des entretiens. Chaque entretien débutait par le récit d'une ou plusieurs **expériences vécues** en tant que chef d'un subordonné ayant été exposé à un événement potentiellement traumatisant. Cette première question nous a permis de constater la **multiplicité des**

situations potentiellement traumatiques auxquelles ont été exposés les subordonnés des personnes interviewées et la **complexité des prises en charge** qu'ils ont dû réaliser. Il a été ensuite demandé à chaque militaire d'expliquer ce que le terme « blessure psychique » leur évoquait et de tenter d'en donner une **définition**. Nous avons également recueilli leurs **sentiments et leur vécu face à la blessure psychique**, mais également les **symptômes** et les **conséquences** qu'ils associaient à ce type de blessure. Les questions délicates de « **l'effet de mode** » du trauma et des « **simulateurs** » ont ensuite été évoquées si elles ne l'avaient pas déjà été auparavant spontanément.

Un autre grand thème abordé a été celui de la **prise en charge de la blessure psychique**, ainsi que le rôle du commandement mais également du groupe. L'un des sous thèmes est celui des difficultés rencontrées par le commandement face au vécu traumatique d'un subordonné.

Le commandement a ensuite été interrogé sur son lien avec les médecins et ce qu'il attendait de la part de ceux-ci.

Enfin, la question de **l'intérêt d'une formation** a été posée à chacun.

6.1 Représentation de la blessure psychique



Figure 1 : Nuage de mots en lien avec les expériences traumatiques des subordonnés racontées par le commandement

Ce nuage de mots a été obtenu suite à l’analyse du discours du commandement relatant des événements traumatiques vécus par leurs subordonnés. Les termes « attaque », « véhicule », « IED », « sauter », « explosion » sont le **reflet de l’évolution des conflits actuels** dans lesquels l’ennemi est invisible.

6.1.1 Retour d’expériences d’événements traumatiques vécus par les subordonnés, rapportées par le commandement

Les militaires interviewés ont rapporté plusieurs types d’expériences de vécus traumatiques. La majorité a témoigné d’exposition directe de leur subordonné à un événement potentiellement traumatisant, 60% ont parlé de situations dans lesquelles leur subordonné était le témoin direct de la scène traumatique. Enfin, quelques-uns ont relaté des événements traumatiques vécus par un proche de leur subordonné blessé et d’autres fois, une répétition d’événements potentiellement traumatisants.

Événement traumatique	Nombre de personnes	%
Expositions directes	16	80%
Témoins directs	12	60%
Événement touchant un membre de la famille ou un ami	5	25%
Répétition d’événements potentiellement traumatisants	3	15%

Tableau 3 : Type d’événement traumatique

6.1.1.1 Subordonnés exposés directement à l’événement potentiellement traumatisant

Parmi les vingt militaires interrogés sur les événements potentiellement traumatisants auxquels leurs subordonnés ont pu être exposés, seize (soit 80% de la population interrogée) ont fait le récit d’une **exposition directe à l’événement**.

Il faut souligner que dans cette partie de l’interview, il est fréquent qu’une personne raconte plusieurs événements de vie. Ces seize personnes ont rapporté au total vingt-huit récits lors desquels les individus ont été directement exposés à l’événement. Ces récits abordent les thèmes suivants : les explosions et notamment les attaques suicides, les actions de feu, les attaques à l’arme blanche sur le territoire français, les violences dans l’enfance et les avalanches en montagne.

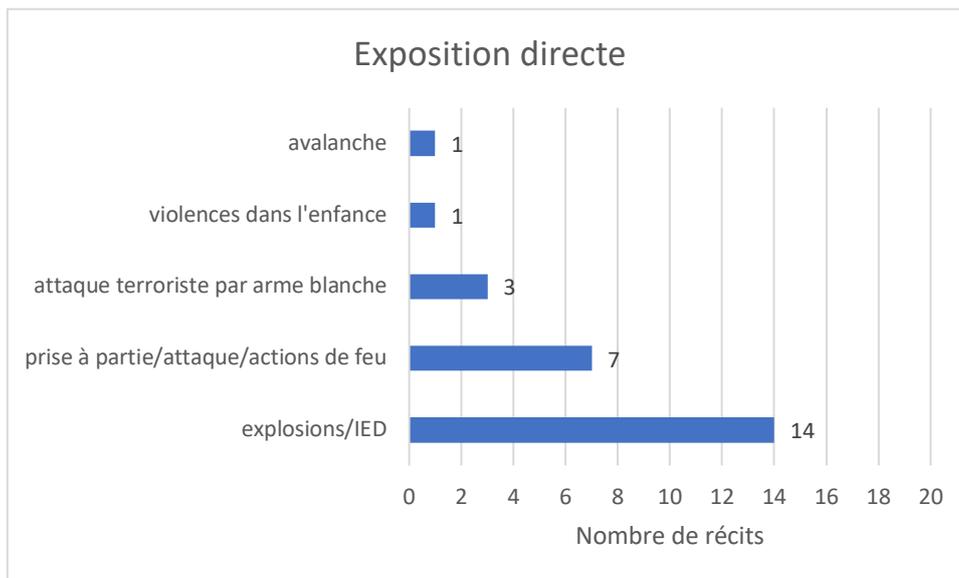


Figure 2 : Nombre de récits évoquant une exposition directe d'un subordonné à un événement traumatisant par catégorie de verbatims.

La majorité de ces récits (quatorze) relatent **des explosions** dont six dues à des **attaques suicides** :

VOIX 9 « un véhicule a sauté sur un engin explosif improvisé »

VOIX 12 « un détachement que je commandais s'est fait attaquer par un suicide bomber. »

VOIX 13 « un véhicule suicide qui s'est fait exploser à l'entrée de la base » « la puissance de l'explosion, le fait que pour certains d'entre eux c'était la première fois qu'ils étaient confrontés à une véritable scène de guerre, je pense qu'effectivement ça peut être potentiellement traumatisant »

VOIX 23 « pendant le même mandat, il a sauté 2 fois sur un IED »

De nombreuses expositions directes sont des **actions de feu ou des prises à partie** :

VOIX 9 « certains ont eu des actions de feu et répétitives et à très courtes portées, avec un niveau de violence assez paroxystique »

VOIX 15 « on lui a donné des missions à ce moment-là assez violentes auxquelles il n'était pas assez préparé. J'entends des missions offensives »

VOIX 21 « ils ont été sous le feu dès la sortie de la machine »

VOIX 24 « bon on se faisait tirer dessus par les serbes, par les bosniaques, le mec il a pété, il a vrillé un câble en pleine nuit, il dormait hein, il a pris son chargeur et, du moins son arme, parce

qu'on était armé en permanence avec le chargeur sur l'arme, il a pris son arme, il a tiré dans la tente comme s'il était agressé »

Parmi les vingt-huit récits, trois évoquent **des attaques terroristes à l'arme blanche** perpétrées envers des militaires au cours de la mission sentinelle (l'opération sentinelle est l'opération qui a été déployée suite aux attentats de janvier 2015 et dont le rôle est de faire face à la menace terroriste sur le territoire national).

VOIX 7 « les a agressés au couteau donc heu il y en a 2 qui ont été blessés lui un petit peu au visage et au bras surtout et un autre a été blessé au visage. »

VOIX 17 « il y a eu un djihadiste qui a poignardé une dame ou deux personnes et donc en fait il y avait la patrouille sentinelle qui a bloqué la personne pour éviter qu'il y ait plus de blessés. »

Un des interviewés a évoqué **les violences** dont son subordonné a été victime **dans l'enfance**.

VOIX 24 « qui a été violenté pendant des années par son père. Il a toujours eu même si de prime abord il était indétectable, il était toujours violent en fait et ce gars-là au fur et à mesure du temps, on s'est rendu compte qu'il était blessé »

Un récit d'**avalanche** a également été cité comme événement potentiellement traumatisant.

VOIX 19 « lui qui a connu toute une série d'évènements assez traumatisants (...) l'avalanche alors qu'il était chef de détachement avec d'autres, il a perdu 6 légionnaires »

Après avoir exposé les thèmes abordés par les militaires, il nous semblait pertinent de souligner que :

- D'une part, sept participants ont fait ressortir **le nombre de morts et de blessés** suite à l'événement.

VOIX 9 « il y a eu je crois un mort et il y a eu des blessés physiques et psychiques. »

VOIX 12 « il y a eu 7 blessés et un qui est décédé de ses blessures »

VOIX 24 « là y a eu 1 mort, 8 blessés »

- D'autre part, deux sujets rapportent clairement que le militaire **s'est senti en danger ou s'est vu mourir**.

VOIX 15 « il s'est senti en danger »

6.1.1.2 Subordonnés témoins directs de l'événement

Douze des personnes interrogées relatent des expériences lors desquelles leurs subordonnés ont été témoins directs d'événements violents. Ces douze individus nous ont relaté au total quinze histoires différentes.

Parmi celles-ci, neuf évoquent **la vision choquante de corps morts**, dont deux avec des fouilles de cadavres.

VOIX 9 « *Quand on tombe au Rwanda sur des charniers* »

VOIX 10 « *ils avaient coupé un quart de tête à la machette* »

VOIX 21 « *fouiller des véhicules ou des endroits avec des cadavres et des morceaux de corps* »

VOIX 24 « *tout était arraché, calciné* »

Trois récits mettent en avant **les violences faites à la population civile**.

VOIX 5 « *il a vraiment vu la population et les mecs se faire cramer dans des pneus alors qu'il ne pouvait pas agir* »

Deux épisodes de **crash aérien** ont été donnés en exemple.

VOIX 15 « *assisté au crash de l'hélico donc lui il l'a vu en direct à partir d'un autre hélicoptère donc il a vu 4 des 8 en direct mourir* »

Enfin, l'un des sujets a rapporté l'expérience de son subordonné qui a avait été **témoin du suicide d'un de ses camarades**.

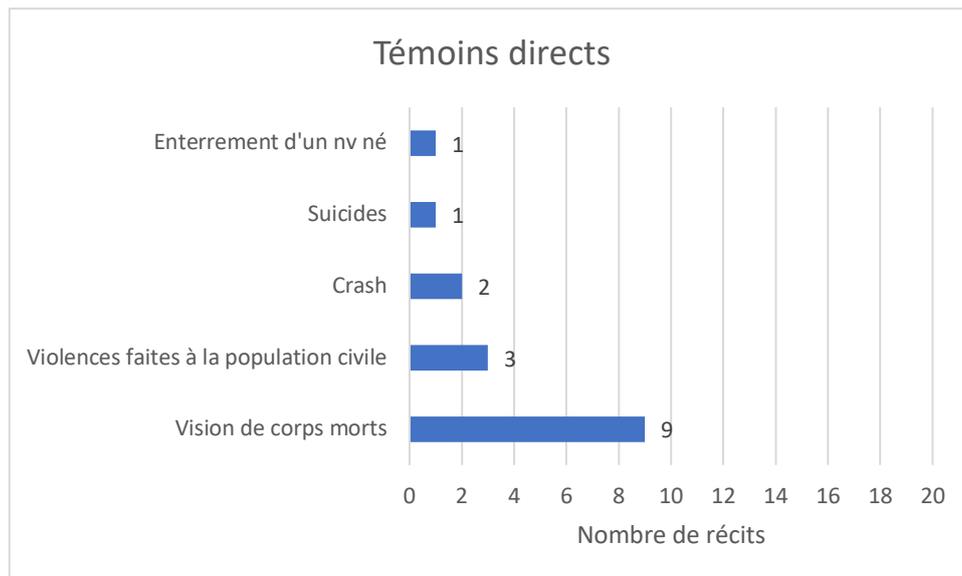


Figure 3 : Nombre de récits évoquant des subordonnés témoins directs d'un événement traumatisant par catégorie identifiée dans les verbatims

6.1.1.3 Événement potentiellement traumatisant touchant le proche d'un subordonné

Cinq personnes ont évoqué le cas de subordonnés ayant appris, vécus la mort ou la menace de mort d'un proche, d'un camarade.

Parmi elle, un décès et un risque de mort en lien avec un **problème médical** de survenue brutale et un **suicide**.

Le proche en question était dans deux récits **un camarade** du subordonné traumatisé, dans une autre **un militaire sous les ordres de celui-ci**, et dans le dernier **un ami** du blessé.

6.1.1.4 Répétition d'événements traumatisants dans la vie d'un subordonné

Trois personnes soulignent le **caractère répétitif** des événements traumatisants dans certaines situations.

Deux militaires évoquent la **dangérosité des missions** en lien avec des attaques multiples et une confrontation à la mort répétée.

VOIX 15 « *l'équivalent d'un mort par semaine sur 6 mois* » « *qu'ils savaient qu'ils étaient attaqués en moyenne toutes les 24h.* »

Ce nuage de mots a été établi grâce à l'analyse du discours du commandement, interrogé sur la façon dont il définit le terme de « blessure psychique ». Nous retrouvons de manière évidente la **clinique de l'événementiel** avec des mots fréquemment utilisés tels que « événement », « situation ». Les termes « peur », « angoisse », « mort », « choc », « impact », « violent » ont été utilisés fréquemment et sont à rattacher à l'état d'effroi qui fait suite à la rencontre avec le Réel de la mort. Il est intéressant de noter que le mot « accumulation » est également évoqué à plusieurs reprises, témoignant de la connaissance par le commandement de l'**effet d'accumulation** des événements traumatiques.

Définition (Évocation du terme "blessure psychique")	Nombre de personnes	%
Différence de sensibilité interindividuelle	11	55%
Confrontation à la mort	11	55%
Complexité de la définition	9	45%
Délai de survenue, décompensation tardive	8	40%
Notion de rupture, crise, accident	5	25%
Durée dans le temps	5	25%

Tableau 4 : Éléments définissant la blessure psychique selon le commandement

Tout d'abord, neuf personnes sur vingt ont exprimé leur **difficulté à définir** le terme de blessure psychique. « *je ne sais pas trop* » « *difficile à définir* » « *par définition c'est difficilement définissable* » « *c'est extrêmement complexe* ».

Plus de la moitié des sujets ont évoqué la **confrontation au Réel de la mort**, parmi ceux-ci sept ont employé le terme de « mort » et quatre autres l'ont expliqué de manière détournée.

VOIX 8 « *un lien avec le fait de risquer de perdre la vie* »

VOIX 21 « *d'être confronté à la violence ou à la mort* »

VOIX 22 « *la découverte de charniers la découverte de, j'ai un autre exemple, de personnes ben découpées en rondelles* »

Onze personnes ont évoqué la **différence de sensibilité interindividuelle** dans la définition de la blessure psychique.

VOIX 5 « *ce qui peut être traumatisant pour moi pourrait ne pas l'être pour d'autre* »

VOIX 13 « *la perception qu'on peut avoir d'un évènement diffère d'un individu à l'autre* »

40% des individus interrogés ont souligné la possibilité de **décompensation tardive** avec un **décalage d'apparition** de la blessure psychique.

VOIX 9 « *je pense que ça peut aussi murir comme un virus qui prendrait son temps pour incuber* »

VOIX 16 « *des gens qui ont craqué plusieurs mois après leur retour de mission* »

La notion de **persistance dans le temps** a été rapportée par cinq interviewés.

VOIX 9 « *je pense que des personnes peuvent rester blessées à vie* »

VOIX 20 « *Généralement il y a toujours un petit moment où forcément il y a le traumatisme et puis après ça passe* »

Cinq personnes soit 25% de l'échantillon ont mis en avant la **notion de « rupture »** pour définir le trauma psychique.

VOIX 7 « *rupture ou fracture au niveau personnel et de l'institution* »

VOIX 22 « *une rupture d'équilibre qui pouvait exister dans l'état psychologique* »

6.1.3 Sentiments, ressenti en lien avec le traumatisme psychique

Sentiments, ressenti	Nombre de personnes	%
Sentiments négatifs	13	65%
Fierté Reconnaissance	7	35%
"La blessure psy peut toucher tout le monde"	4	20%
"Vécu du réel de la mort"	2	10%

Tableau 5 : Sentiments évoqués par le commandement à l'évocation du traumatisme psychique

Treize personnes ont évoqué des sentiments ou un **vécu négatif** en lien avec la blessure psychique. Les militaires ont pu parler à la fois de leur propre ressenti en tant que chef, ainsi que de celui de leurs subordonnés.

Six d'entre eux se sont dit déstabilisés, marqués voire traumatisés par la situation.

VOIX 12 « *forcément ça nous a marqué* »

VOIX 15 « *je pense que les gens étaient un petit peu traumatisés* »

VOIX 21 « *ça peut travailler les mecs ou les marquer* »

Deux personnes ont parlé du **sentiment de culpabilité** engendré par la situation vécue.

VOIX 12 : « *il y a cette espèce de complexe du survivant, le type qui se dit pourquoi lui et pas moi, cette espèce de culpabilité "qu'est-ce que j'aurais pu faire"* »

Deux individus évoquent un **sentiment de frustration**.

VOIX 15 « *qu'il y avait un sentiment de frustration de pas pouvoir être avec eux « d'être un peu spectateurs* »

D'autres sentiments négatifs ont été évoqués individuellement tels que la colère, l'impuissance, la faiblesse.

VOIX 10 « *qui semblait avoir des faiblesses* »

VOIX 12 « *de la colère* »

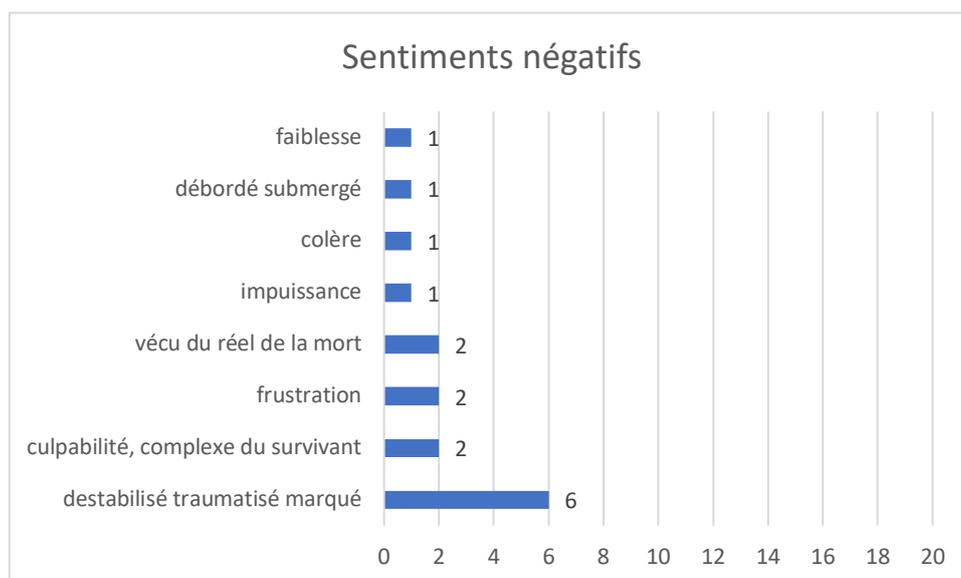


Figure 5 : Nombre de personnes rapportant un sentiment négatif par catégories identifiées dans les verbatims

Sept individus ont parlé d'un **sentiment de fierté** envers les traumatisés psychiques, blessés en mission et d'une **nécessité de reconnaissance** de leur préjudice.

Deux personnes ont souligné avec insistance, que malgré le traumatisme psychique, leurs hommes avaient mené à bien leur mission.

VOIX 14 « *on a une action de feu majeur et le peloton se comporte bien, tout se passe bien, on prend le dessus, on arrive à réduire la menace mais on voit quand même des cadavres et tout mais on a rempli la mission* »

VOIX 15 « *il a, à priori, très bien réalisé sa mission* »

Par ailleurs, deux personnes ont rappelé l'importance de la reconnaissance de la blessure.

VOIX 8 « *Je considère que nous avons une dette vis-à-vis de lui parce qu'il a été blessé au combat* »

VOIX 9 « *que pour leur demander d'aller jusqu'au bout y compris d'aller jusqu'au sacrifice suprême, je pense qu'il faut qu'ils sachent que derrière moralement nous nous engageons à les prendre en compte s'il y a quoi que ce soit* » « *Je pense que pour un blessé il y a quelque chose de très important, c'est qu'il soit reconnu* »

Trois d'entre eux ont mis en évidence les **qualités de leur personnel blessé** en mission.

VOIX 16 « *un type en or, un type solide, un type, un vrai soldat quoi* »

VOIX 19 « *c'est une force de la nature absolue, un type exceptionnel, hyper équilibré, génial.* »

VOIX 22 « *les mieux aguerris, les mieux entraînés du régiment* »

En lien avec l'expression des qualités humaines et physiques de leurs personnels, quatre personnes ont insisté sur le fait que ce type de blessure pouvait « **toucher tout le monde** ». Deux d'entre eux l'ont exprimé en ces termes et deux autres se sont contentés de le suggérer par des exemples.

VOIX 10 « *vous vous rendez compte qu'absolument tout le monde peut être blessé, ce n'est pas une question de grade, c'est pas une question d'ancienneté, ce n'est pas une question de première fois.* »

6.1.4 Symptômes décrits par le commandement

Symptômes	Nombre personnes	%
Troubles du comportement	18	90%
Humeur négative	17	85%
Symptômes d'activation	15	75%
Idées suicidaires	13	65%
Alcoolisme, addictions	11	55%
Symptômes d'intrusion	7	35%
Symptômes dissociatifs	5	25%
Troubles anxieux	5	25%
Symptômes d'évitement	4	20%

Tableau 6 : Symptômes décrits par le commandement

Le symptôme le plus rapporté par le commandement est le **trouble du comportement**, 90% des individus interrogés en parlent. Quinze d'entre eux évoquent en particulier un changement de comportement et sept rapportent plutôt des comportements alarmants de par leur caractère anormal, curieux, étrange.

L'humeur négative est le second élément qui est souligné, il est évoqué par dix-sept personnes sur vingt.

VOIX 5 « *un renfermement sur soi* »

VOIX 7 « *une joie de vivre qui diminue* » « *pas prendre goût à faire les choses* »

VOIX 13 « *dépression, démotivation totale* »

VOIX 16 « *perte de confiance en soi* » « *désocialisation* »

VOIX 19 « *il y a une certaine forme de pessimisme qui s'installe, de mélancolie* »

VOIX 23 « *manque d'attrait pour tout* »

Quinze personnes ont décrit des **symptômes d'activation**, avec au premier plan le comportement **irritable** évoqué par onze personnes. Viennent ensuite les **troubles du sommeil**, puis les troubles de la concentration.

La notion d'hypervigilance n'a été décrite que par une personne. Il en est de même pour les réactions de sursauts exagérés.

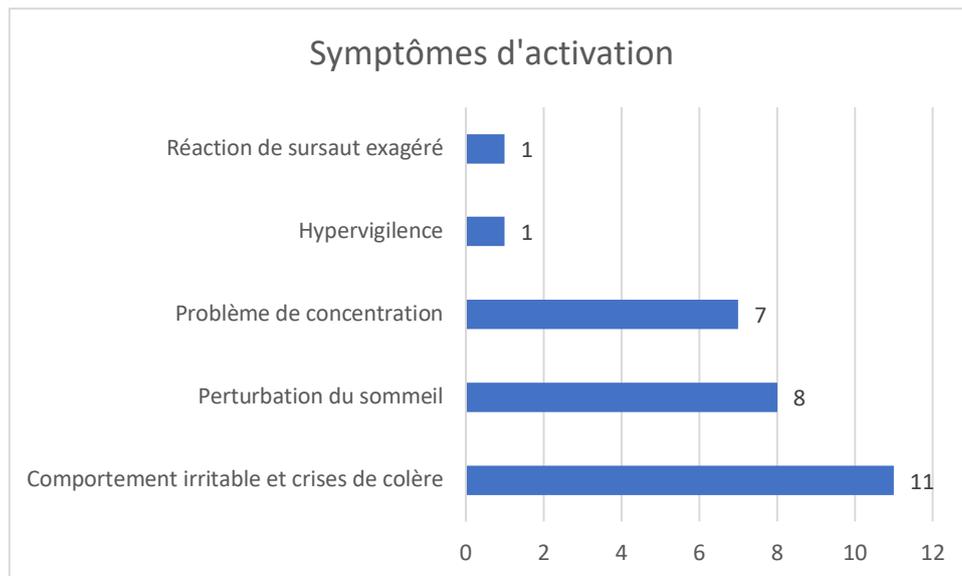


Figure 6 : Nombre de personnes décrivant des symptômes d'activation par catégories identifiées dans les verbatims

Une majorité des interviewés évoque l'apparition **d'idées suicidaires** en lien avec le traumatisme psychique. Treize personnes ont abordé ce sujet dont dix au moment de définir la blessure psychique. A noter également que quatre individus l'ont évoqué dès les premières questions lorsqu'ils racontaient leurs propres expériences.

Plus de la moitié des individus (onze sur vingt) ont parlé des problèmes d'addiction et plus particulièrement de l'**alcoolodépendance** (dix personnes).

Sept personnes ont décrit des **symptômes d'intrusion**, parmi elles, trois rapportent des souvenirs pénibles et récurrents.

VOIX 9 « *les images tournent en boucle* »

VOIX 20 « *on n'arrête pas de penser à l'événement* »

Les troubles du sommeil et les flash-backs ont été évoqués respectivement par deux personnes.

VOIX 11 « *il rêve de chose la nuit* »

VOIX 20 « *les troubles du sommeil, les cauchemars* »

VOIX 12 « *des flash-back* »

VOIX 17 « *le militaire qui risque de revivre cet événement traumatique* »

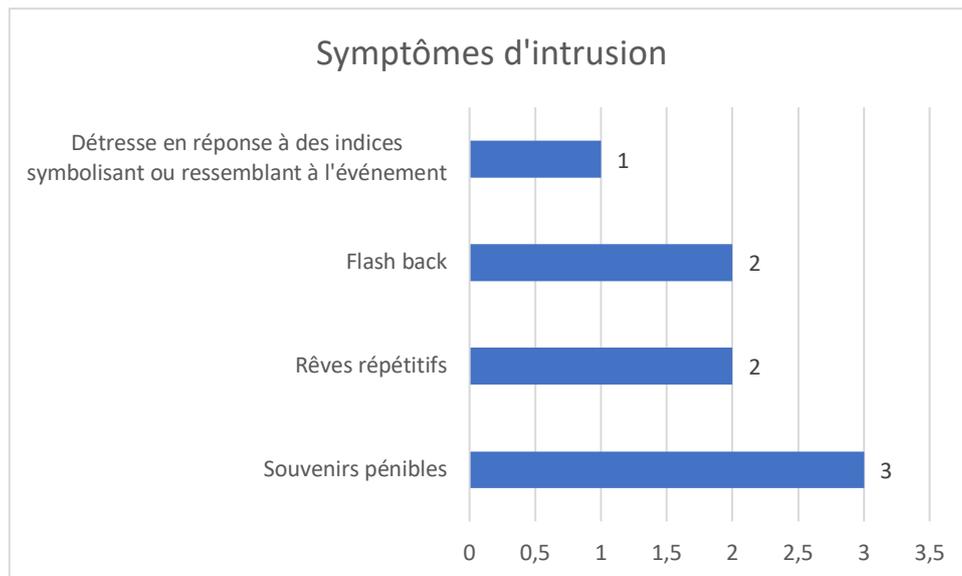


Figure 7 : Nombre de personnes décrivant des symptômes d'intrusion par catégories identifiées dans les verbatims

Un quart des individus interrogés ont évoqué des **symptômes dissociatifs** à type d'altération du sens de la réalité.

VOIX 10 « *des situations où les gens se figent, n'ont pas conscience de ce qu'il se passe et même s'il y a un danger immédiat en fait on réagit pas.* » « *On a pas vraiment conscience du danger* »

VOIX 24 « *il a vrillé un câble en pleine nuit, il dormait hein, il a pris son chargeur et, du moins son arme, parce qu'on était armé en permanence avec le chargeur sur l'arme, il a pris son arme, il a tiré dans la tente* »

Un quart de l'échantillon a également décrit des **troubles anxieux**.

VOIX 6 « *des crises d'angoisse* »

VOIX 17 « *de l'anxiété* »

Quatre personnes sur les vingt ont parlé de **symptômes d'évitement**. Trois ont décrit des efforts pour éviter les rappels externes et une, des efforts pour éviter les souvenirs.

VOIX 11 « *il va peut-être avoir peur de sortir en patrouille, ou même refuser de sortir* »

VOIX 5 « *il ne voulait déjà pas tout aborder* »

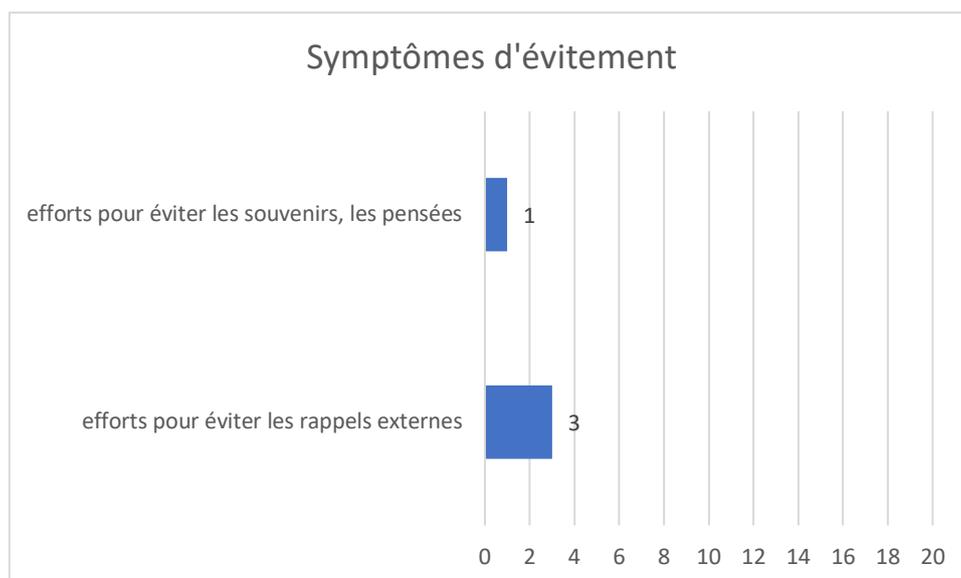


Figure 8 : Nombre de personnes décrivant des symptômes d'évitement par catégories identifiées dans les verbatims

6.1.5 Conséquences de la blessure psychique

Les conséquences de la blessure psychique	Nombre de personnes	%
Conséquences sur la vie personnelle	19	95%
Conséquences sur la vie professionnelle	14	70%
Conséquences négatives sur le groupe	18	90%
Conséquences positives sur le groupe	1	5%

Tableau 7 : Conséquences de la blessure psychique

Lorsque le commandement a été interrogé sur la question des conséquences que pouvait avoir une blessure psychique, la quasi-totalité des personnes (dix-neuf sur vingt) ont évoqué des **retentissements sur la vie personnelle**.

Dix-sept d'entre eux ont parlé plus précisément de la vie de famille, avec des conséquences sur les relations avec le conjoint et les enfants du blessé.

VOIX 6 « *Ça aura un impact sur sa vie extra-professionnelle, sa vie de tous les jours avec son épouse, ses enfants* »

VOIX 8 « *à la maison était devenu invivable* »

VOIX 18 « *être malheureux dans sa famille dès qu'il va les revoir, car il est complètement en décalage* »

VOIX 22 « on se rend compte que la cellule familiale souvent vole en éclat »

Deux personnes ont évoqué des **violences conjugales**.

VOIX 9 « celui qui se met d'un coup à taper sa femme en rentrant de mission »

VOIX 11 « devenir violent avec sa femme, avec ses enfants »

Deux individus ont soulevé les difficultés rencontrées dans les relations sociales, une troisième personne décrit même une anhédonie, comme étant un frein à l'épanouissement en société.

VOIX 5 « Socialement il risque de se renfermer sur lui, du coup s'éloigner un petit peu de tout le monde »

VOIX 21 « ça peut détruire son environnement familial et social »

VOIX 23 « c'est aussi handicapant pour l'individu de s'épanouir au sein d'une société »

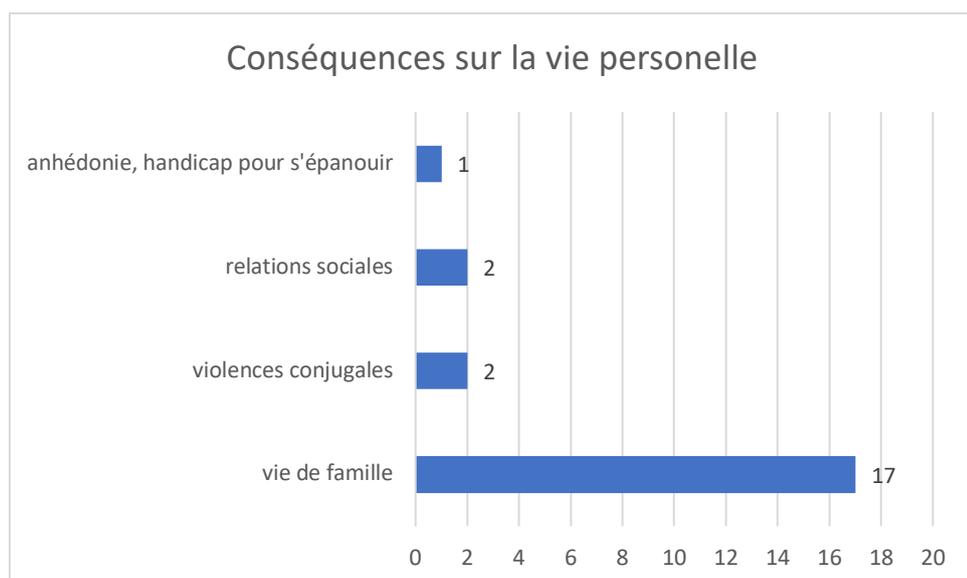


Figure 9 : Nombre de personnes décrivant des conséquences sur la vie personnelle par catégories identifiées dans les verbatims

Quatorze personnes soit 70 % des individus se sont exprimées sur les conséquences que la blessure psychique pouvait engendrer dans **la vie professionnelle**.

L'idée la plus fréquemment évoquée était l'incapacité du militaire à **remplir sa mission** à la suite d'un trauma.

VOIX 6 « *complètement incapable de remplir sa mission* »

VOIX 8 « *d'un point de vue opérationnel, il est sur la touche* »

VOIX 15 « *qui mette la personne hors de combat* »

Trois personnes ont également soulevé les **problèmes relationnels au travail** pour certains blessés psychiques.

VOIX 5 « *les mecs ne voudront pas partir avec lui* »

VOIX 7 « *ça va engendrer des problèmes de discipline* »

Trois personnes ont posé la question des **aptitudes** et une quatrième a évoqué la **réforme**.

VOIX 14 « *il ne pourra plus remplir sa mission, voilà il va rentrer peut-être même dans une déprime majeure, donc il va être inapte hein au service.* »

VOIX 20 « *l'inaptitude à partir en mission* »

Par ailleurs, deux personnes ont rappelé qu'il arrivait que **l'aptitude de port d'arme** soit remise en question pour ce type de patient.

VOIX 5 « *voir s'il est capable de poursuivre la mission, s'il faut enlever l'arme qu'il a en dotation.* »

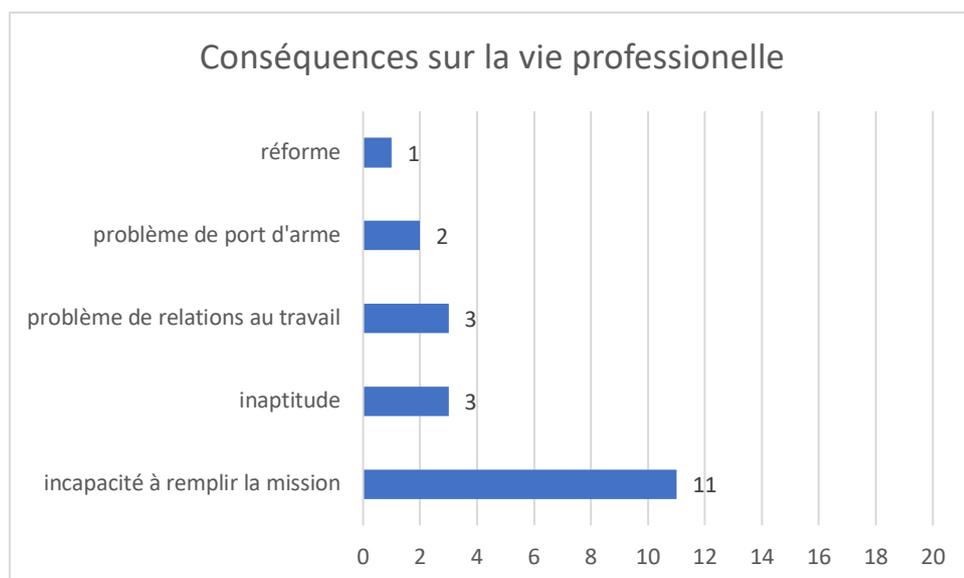


Figure 10 : Nombre de personnes décrivant des conséquences sur la vie professionnelle par catégories identifiées dans les verbatims

90 % des personnes interrogées ont mis en avant les **conséquences négatives** que la blessure psychique d'un individu pouvait avoir **sur le groupe**.

Au premier plan, la **diminution de la capacité opérationnelle** du groupe qui se trouve amputé d'un personnel.

VOIX 17 « *handicapés parce que finalement on fait une surcharge de travail supplémentaire* »

VOIX 18 « *Au niveau du groupe il est moins opérationnel, pour moi il travaille moins bien* »

VOIX 20 « *si c'est un pilote et qu'il n'y en a pas d'autre ben là c'est un groupe qui ne peut pas se déplacer. Si c'est un Chef de groupe, il peut y avoir un adjoint mais potentiellement c'est un groupe aussi qui ne peut pas partir en mission* »

VOIX 23 « *va perdre de sa capacité à l'opérationnel donc du coup ça va impacter clairement la capacité opérationnelle de la compagnie* »

Sept personnes ont évoqué la possibilité d'une **mise en danger de ses camarades** par la personne traumatisée.

VOIX 11 « *arriver jusqu'à mettre en danger les autres à cause de lui* »

VOIX 18 « *si au moment où il doit bosser il est tétanisé et ne fait plus rien il met tout le monde en danger.* »

VOIX 24 « *saisir un chargeur, saisir une arme et puis soit se faire mal, soit faire mal à quelqu'un d'autre* »

Sept chefs parlent d'un **risque de « contagion » de la blessure**, avec la crainte que plusieurs de leurs subordonnés finissent par être traumatisés à leur tour au contact du blessé.

VOIX 6 « *dès lors qu'il y a un de nos camarades qui va éprouver un problème et ben on aura tendance à se l'accaparer en partie* »

VOIX 12 « *Je ne vais pas utiliser le mot contagion c'est excessif mais il y a un peu de ça* »

VOIX 13 « *ça va se répandre* » « *leur détonateur à eux ça va peut-être être le désarroi de leur camarade qui chez eux va créer l'élément déclencheur* »

VOIX 18 « *il suffit qu'il y en ait un qui ne soit pas bien et ça contamine rapidement les autres* »

Trois d'entre eux ont souligné le problème que pouvait représenter le traumatisé psychique dans la **réalisation de la mission**.

VOIX 15 « ça peut être aussi nuisible à la poursuite de la mission »

Deux individus ont mis en évidence les difficultés relationnelles auquel le groupe pouvait être exposé avec notamment une **diminution de la confiance** de ses camarades envers le blessé ou encore la possibilité de **discorde**.

VOIX 5 « ils n'ont plus confiance en lui car il est sur les nerfs, on ne sait pas comment il va réagir, s'il n'y a plus de confiance dans le groupe, il y a un problème et les mecs ne voudront pas partir avec lui »

VOIX 19 « le bloc se fissure avec ceux qui vont comprendre ce que le camarade vit et ceux qui ne vont pas comprendre et qui vont le condamner pour justement les comportements inappropriés ou inhabituels »

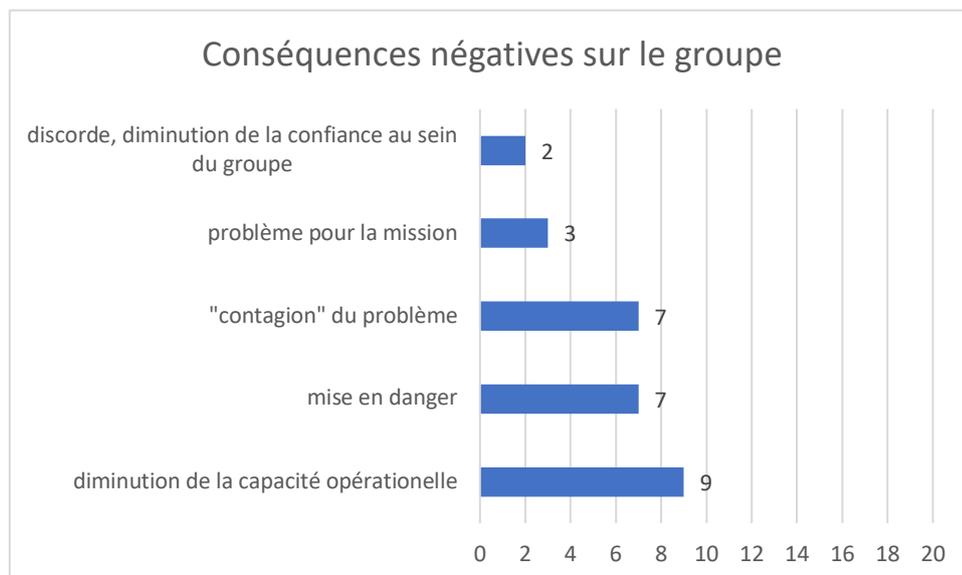


Figure 11 : Nombre de personnes décrivant des conséquences négatives sur le groupe par catégories identifiées dans les verbatims

En revanche, un des interviewés pense que les conséquences de la **prise en charge** de la blessure psychique sont plutôt **positives sur le groupe**, en resserrant les liens et permettant ainsi de mieux travailler.

VOIX 10 « à partir du moment où c'est pris en compte, que c'est traité, généralement, ça a été très positif pour le groupe » « ça resserre les liens, dans la façon de travailler, on se comprend mieux »

6.1.6 Notion « d'effet de mode »

Nous avons décidé d'interroger les sujets sur la notion « d'effet de mode » de la blessure psychique, elle a donc été abordée par toutes les personnes interrogées. Cependant, le sujet a fréquemment été évoqué par les militaires avant même que la question ne leur soit posée, en particulier concernant **la simulation et le bénéfice secondaire** que certains tiraient de la blessure psychique.



Figure 12 : Nuage de mots relatif au discours du commandement sur la notion « d'effet de mode » de la blessure psychique

Le terme de « simulation » n'apparaît pas dans ce nuage de mots relatif à « l'effet de mode » de la blessure psychique. Cependant, des mots tels que « profiter », « jouer » ou encore « vrai » « exister », démontrent que le commandement **remet tout de même en doute la véracité du vécu traumatique** de certains militaires. Des mots comme « partir », « quitter » viennent prouver que le trauma peut être considéré comme un **moyen d'accéder à la réforme**. Il est également important de noter que le terme « commandement » apparaît ici. Le commandement aurait-il un rôle à jouer face à cet « effet de mode » ? Enfin, le mot « société » a été utilisé 14 fois au total. Ceci illustre avec justesse, l'idée du commandement selon laquelle, les évolutions sociétales jouent un rôle majeur dans l'incidence des troubles psychiques de guerre.

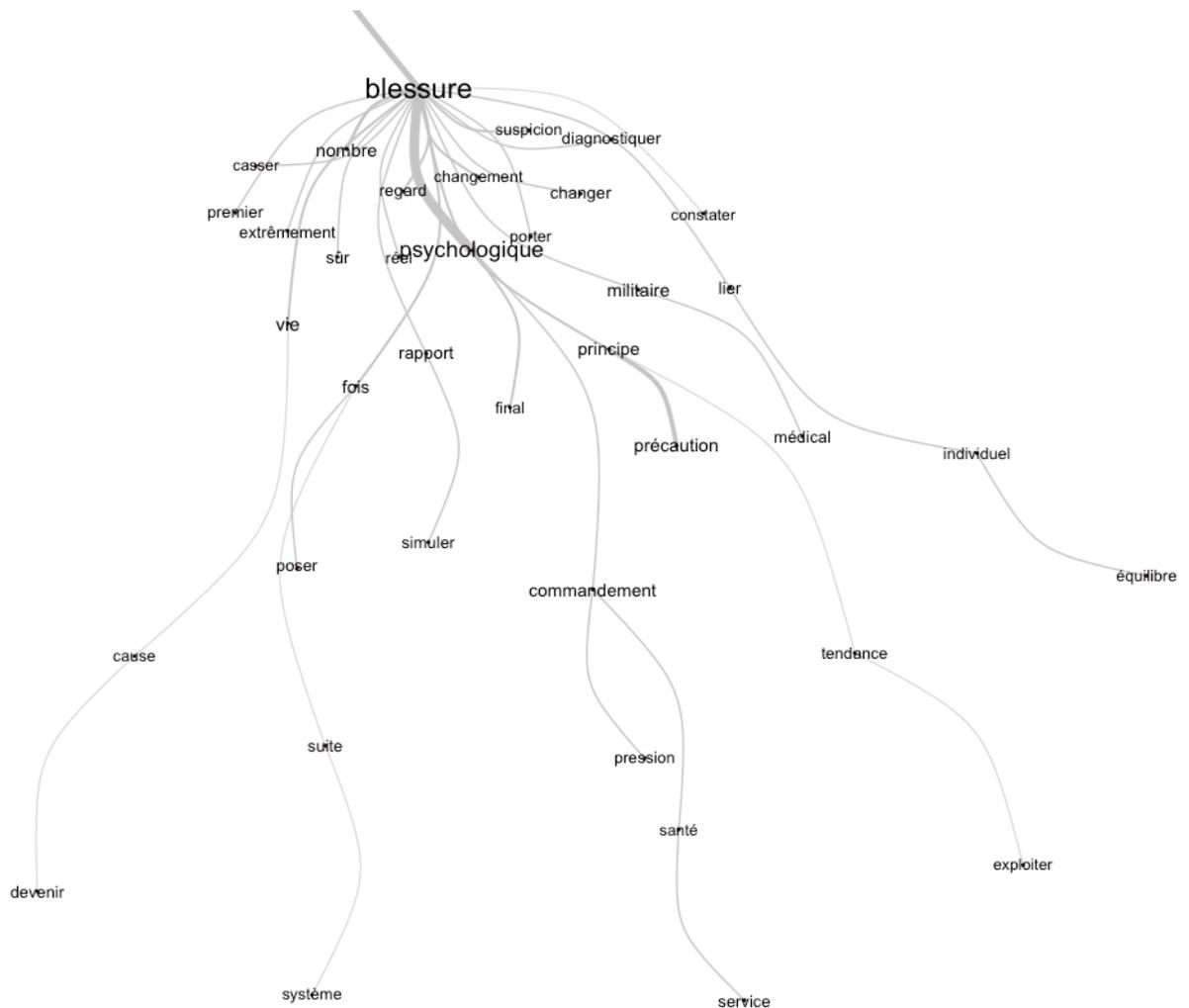


Figure 13 : Graphique de similitudes relatif au discours du commandement sur la notion « d’effet de mode » de la blessure psychique

Ce graphique a été réalisé à partir de l’analyse de similitudes des données du discours du commandement relatif à « l’effet de mode » supposé de la blessure psychique. Il vient mettre en avant les mots et en particulier les associations de mots fréquemment utilisés (plus l’association entre deux mots est forte, plus le trait qui les relie est épais). Nous avons décidé de faire un zoom sur les mots liés au terme « blessure ».

« Blessure psychique » a été fréquemment associé aux termes « principe de précaution » ainsi qu’à « tendance » et « exploiter ». Ceci témoigne bien du **climat de suspicion**. La branche adjacente à ces termes associe les mots « commandement », « pression » et « service de santé ».

Une autre branche nous permet d’observer une association intéressante : blessure avec « lien » et « équilibre individuel ».

"Effet de mode" et profits attendus	Nombre de personnes	%
Simulation, exagération des faits	17	85%
Meilleurs diagnostic & prise en compte (évolution de la science, des pratiques et des représentations)	12	60%
Effet sociétal hyperprotecteur-effet de mode	6	30%
Psychologisation	4	20%
Confusion avec l'inadaptation à la vie militaire	3	15%
Absence de simulation	2	10%

Tableau 8 : Éléments en lien avec la notion « d'effet de mode » de la blessure psychique

La notion de **simulation** de la blessure psychique, l'**instrumentalisation** de fait potentiellement traumatisant a été évoquée par 85% des personnes interrogées.

Sept d'entre eux expliquent que certains militaires « **simulent** » ou « **exagèrent** » un traumatisme psychique dans le but de quitter l'institution.

VOIX 10 « *tout le monde s'est posé la question, moi en tête, est-ce qu'il est vraiment blessé ou est-ce que c'est une façon de prendre la porte un peu plus rapidement* »

VOIX 13 « *des gens qui se sont servis de certaines situations pour dénoncer leur contrat plus rapidement* »

Quatre parlent également de l'**avantage financier** qui peut être attendu de ce type de situation.

VOIX 7 « *avec un peu de chance ben je partirai même avec une pension* »

VOIX 9 « *certains gars qui décident d'essayer de grappiller quelques euros/mois en étant pensionnés en se faisant passer pour un mec qui ne va pas bien* »

Deux personnes pensent que leur subordonné cherche à bénéficier de traitement particulier au niveau professionnel, à savoir négocier des **mutations, obtenir des exemptions**.

VOIX 21 « *qui se servait de ça pour ne pas faire telle ou telle mission ou pour ne pas être affecté à tel ou tel endroit* »

Le fait que les simulateurs « desservent » la prise en charge des « vrais blessés » a été souligné lors d'une des interviews. (Cette idée est beaucoup revenue en off, pendant les repas ou après les entretiens)

VOIX 7 « *qu'il doit y avoir des vrais blessés psychologiques au contact de faux blessés et qui au final ne font peut-être pas la démarche en pensant que le reste va penser que c'est de la flûte quoi* »

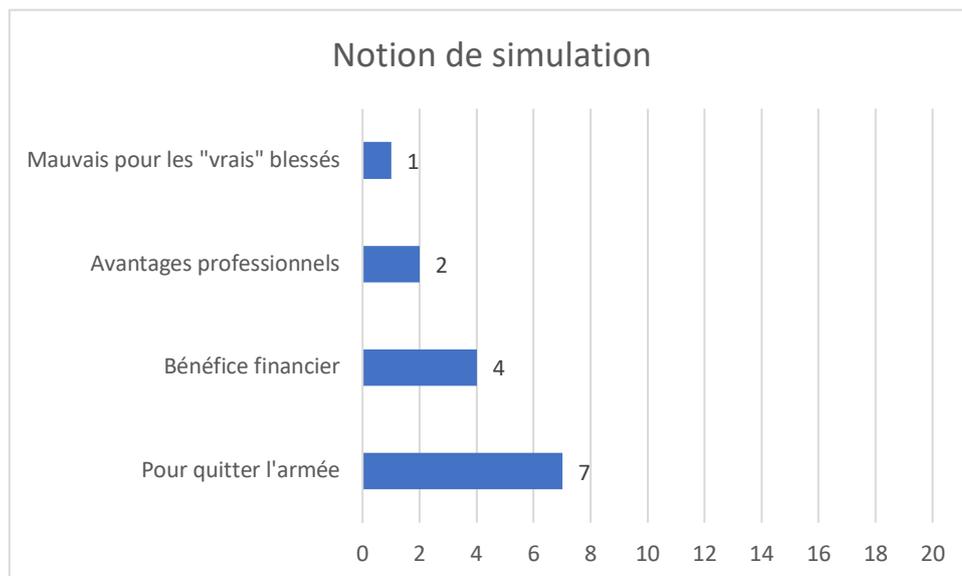


Figure 14 : Nombre de personnes évoquant la notion de simulation par catégories identifiées dans les verbatims

Deux individus à l'inverse expriment clairement leur point de vue selon lequel **il n'existe pas de simulation** de la blessure psychique.

VOIX 18 « *il n'y a pas de mec qui dit « j'ai une blessure psychologique », pour faire un effet de mode ou pour se faire porter pale, ça n'existe pas parce qu'il y a un sentiment de fierté* »

VOIX 24 « *ça ne s'invente pas, je ne sais pas si quelqu'un de chevronné arriverait à simuler ; le mec il dit qu'il va mal, il faut le croire ; le médecin généralement quand on va le voir ce n'est pas pour rien* »

Le terme « effet de mode » a donné lieu à des réponses variées. Il a pu être interprété de manières très différentes selon les sujets interrogés. Mise à part la notion de simulation qui a été évoquée massivement, une partie de l'échantillon a expliqué cet effet par le fait que la blessure psychique est **mieux reconnue**.

Neuf personnes ont parlé d'une **évolution des mentalités**, avec notamment une meilleure prise en compte de la blessure dans la population générale.

VOIX 6 « *on les reconnaît bien plus volontiers* »

VOIX 18 « *Je pense qu'il y en a toujours eu c'est juste qu'on est plus sensibilisé donc forcément on se déclare plus* »

Cinq individus pensent que les avancées scientifiques ont permis une **meilleure reconnaissance** du traumatisme psychique d'un **point de vue médical**.

VOIX 8 « *je suis pas sûr qu'il y ait plus de blessures psychiques aujourd'hui qu'il y a 20 ans, elles sont mieux diagnostiquées* »

Dans la même idée, trois d'entre eux ont comparé la prise en charge de la blessure psychique actuellement par rapport aux conflits précédents.

VOIX 5 « *c'est parce que les avancées médicales se portent beaucoup plus sur les militaires, sur les probabilités de blessures. Alors que pendant les guerres mondiales il y en avait trois fois plus sauf que ça n'était pas reconnu à ce moment-là* »

VOIX 9 « *A la guerre 14-18 je pense qu'il y a eu des milliers de blessés psy et qu'on n'a jamais traité mais le monde était différent* »

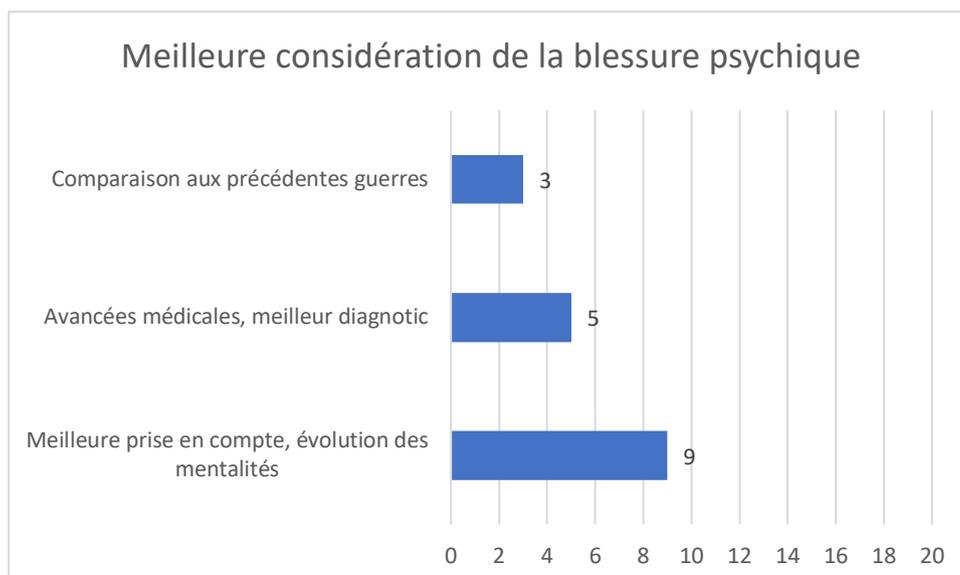


Figure 15 : Nombre de personnes évoquant une meilleure considération de la blessure psychique par catégories identifiées dans les verbatims

Six personnes ont expliqué cet effet de mode par **un changement de mentalité dans la société** expliquant cette augmentation du nombre de blessés psychiques.

Quatre d'entre eux parlent d'une société qui rejette la mort, qui n'est plus confrontée à la violence comme on l'était dans le passé.

VOIX 9 « *Nous sommes dans une société aseptisée, la mort est rejetée, tout ceci fait que les personnes ne sont pas naturellement préparées* »

VOIX 21 « *les gens dans la société civile qui est de plus en plus édulcorée où on a un refus de la mort, de la douleur, une protection de la vie et de l'individu à tout prix et donc il y a un gros décalage entre la confrontation à la mort, à la blessure et la vie sociale normale* »

Deux sous-entendent que **la société est plus faible**.

VOIX 22 « *Je pense que les gens sont beaucoup plus fragiles* » « *la force morale au sens strict du terme du français est bien plus faible* »

L'un d'entre eux pense que la **société est plus attentive**, adopte une posture bienveillante.

VOIX 19 « *Je pense que nous sommes plus dans une société du « care » mais ne pensez pas que je le déplore, mais on fait beaucoup plus attention à l'homme et son environnement.* »

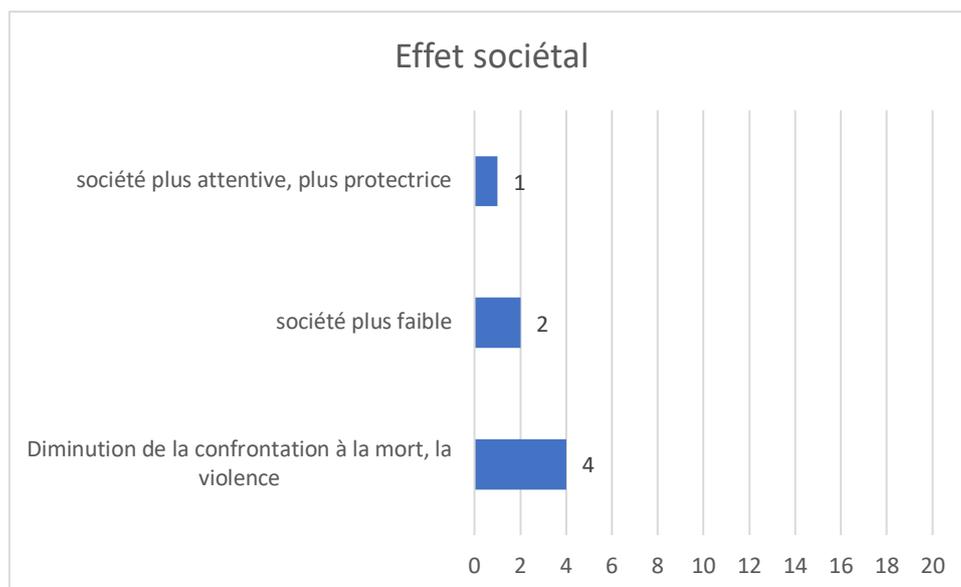


Figure 16 : Nombre de personnes parlant d'un effet sociétal pour expliquer l'effet de mode par catégories identifiées dans les verbatims

Quatre interviewés parlent, avec une connotation négative, de **psychologisation**. Selon eux, on prend en charge certaines situations, par excès, avec le risque de les aggraver.

VOIX 9 « *Je pense qu'il y a une psychiatrisation et une psychologisation de beaucoup de problèmes. Quand tout à l'heure je parlais de culpabilisation, de déresponsabilisation, de victimisation, je pense que la psychologisation est l'un des maux de notre société* »

VOIX 10 « *Mais il y a eu une espèce de systématisation de mise en place de cellules de crise qui n'a pas lieu d'être et du coup on se trouve des maladies psychologiques.* »

Il est arrivé lors des entretiens que certains confondent blessure psychique et trouble de l'adaptation. Trois personnes ont fait cette confusion.

VOIX 11 « *je pense qu'à cause de la pression on devient fou, à cause de la pression du commandement par exemple. Les militaires, nous on fait une activité qui est pas facile* »

Il nous semble avoir perçu un « **agacement** » de la part du commandement en lien avec les arrêts maladie et les inaptitudes secondaires à des pathologies psychiatriques. La plupart du temps un amalgame est fait entre le traumatisme psychique et les troubles de l'adaptation à la vie militaire.

VOIX 5 « *malheureusement à l'armée aujourd'hui, les mecs disent qu'ils ont des problèmes psy soit ils disent qu'ils ont mal au dos* »

VOIX 8 « *des réformes pour inadaptation à la vie militaire prononcées par un psy clairement c'est un ras le bol, les gens se sont cachés derrière je me sens pas bien* »

6.2 Prise en charge de la blessure psychique

6.2.1 Rôle du commandement



Figure 17 : Nuage de mots en lien avec le rôle que s'attribue le commandement dans la gestion d'un blessé psychique

Ce nuage de mots relatif au rôle que s'attribue le commandement dans la gestion des blessés psychiques montre qu'il a le sens de ce qu'il faudrait faire. Tout d'abord, les termes « parler », « aider », « écouter », « discuter », « suivre », « oreille », « attentif », « entourer » sont autant de mots qui viennent démontrer leur implication dans **l'écoute et l'accompagnement** de leurs militaires. Les mots « identifier » et « comportement » témoignent du **rôle de repérage** qui incombe au commandement.

Rôle du commandement	Nombre de personnes	%
Rôle de repérage des blessés	15	75%
Rôle de soutien	11	55%
Rôle d'écoute	10	50%
Rôle d'orientation	9	45%
Rôle de surveillance	7	35%
Rôle d'organisation de debriefing/defusing	7	35%
Rôle de suivi	5	25%
Assurer la poursuite de la mission	3	15%

Tableau 9 : Rôle du commandement dans la prise en charge des blessés psychiques

Tout au long de l'étude, il apparaît que le rôle du commandement dans la prise en charge de la blessure psychique est primordial.

Lorsque les différents chefs ont été interrogés sur les détails de ce rôle qui leur incombe, les ¾ d'entre eux parlent de leur **rôle de repérage** des blessés.

VOIX 7 « *avec un œil assez aiguisé pour pouvoir détecter* »

VOIX 15 « *la première chose c'est d'essayer d'avoir suffisamment de recul pour le voir* »

VOIX 18 « *Le commandement pour moi, nous nous devons de déceler* »

Plus de la moitié d'entre eux rapporte également un **rôle de soutien et d'écoute** de leurs subordonnés.

VOIX 6 « *en apportant une écoute, une oreille attentive* »

VOIX 9 « *faire preuve de la juste dose d'empathie, d'une bienveillance* »

VOIX 16 « *Il faut que ce blessé ait le sentiment profond que le commandement l'appuie, l'aide dans ses démarches* »

Vient ensuite le **rôle d'orientation**, qui est évoqué par neuf militaires sur les vingt interrogés.

VOIX 5 « *le conduire vers une aide plus particulière* »

VOIX 13 « *l'orienter vers les structures qui sont capables de l'aider* »

Sept d'entre eux parlent d'un **rôle de surveillance**.

VOIX 14 « *je sais que j'aurai un regard plus poussé sur eux* »

VOIX 24 « *A partir du moment où le gars est réinjecté, je pense qu'il a un ... il sera toujours plus ou moins sous surveillance* »

Sept personnes soulèvent la question du **debriefing**. Ils considèrent qu'il est de leur devoir d'en organiser et ce, de manière plus ou moins informelle.

VOIX 8 « *lieutenant son boulot c'est de faire un pot, alors attention un pot c'est une activité militaire c'est une activité organisée, c'est-à-dire que le chef n'est pas en train de prendre un pot, il est en train d'organiser un pot, on chante, on fait des choses, c'est pas chacun boit, mais le chef observe... Et moi j'avais vraiment retenu, j'avais trouvé ça très intéressant d'une part*

dans le processus parce qu'effectivement sans être psychologue ou psychiatre je sais que le débriefing est important »

VOIX 21 « on débrieife automatiquement toutes actions, exercices, missions... où en fait on reparle de la mission de A à Z en appuyant sur les points marquants, ce qui a été, ce qui n'a pas été ; et généralement s'il y a des moments comme ça ou des moments de flou, je demande aux mecs de me raconter le truc tel que eux l'ont perçu ou vécu. Je ne suis pas ni psychologue ni psychiatre mais je pense que déjà ça me permet moi de savoir si les gens ont un blocage, des trucs dont ils ne veulent pas parler ou de confronter les visions des choses et les gens ont pas forcément vécu pareil les mêmes évènements »

Un quart des personnes interrogées pensent que **le suivi** des blessés sous leurs ordres, fait partie de leurs attributions.

VOIX 8 « qu'il faut qu'on continue à suivre les gens avec cet œil-là »

Trois individus expliquent également que **la poursuite de la mission** est une chose importante et que leur rôle est de la permettre.

VOIX 13 « il y a une mission qu'on doit remplir. Une mission qui continue, qui ne s'arrête pas à l'individu, la mission elle est un petit peu « transcendante » et malheureusement on ne peut pas se permettre de la mettre à mal »

VOIX 15 « notre simple rôle c'est pas de résoudre leur problème, c'est simplement de les maintenir au combat et je pense que c'est notre première préoccupation parce que en fait on est concentré simplement sur le caractère sacré de la mission »

6.2.2 Rôle du groupe, du collectif



Figure 18 : Nuage de mots relatif au rôle du groupe face au trauma psychique d'un camarade

Ce nuage de mots démontre l'**ambivalence** de la position du groupe face à l'individu blessé. Des mots tels que « camarade », « famille », « bloc », « comprendre », « soutenir », « souder », « aimer » prouvent le rôle **d'aide et d'accompagnement** que le groupe peut avoir. Mais certains termes soulignent également les **problématiques** induites par la présence d'un blessé psychique au sein du groupe : « problème », « danger », « tactique », « faible », « extraire », « perdre », « incompréhension ».

Rôle du groupe, du collectif	Nombre de personnes	%
Influence positive	15	75%
Appartenance à une entité, portée par des valeurs communes	9	45%
Influence négative	6	30%
Influence positive et négative	1	5%

Tableau 10 : Rôle du groupe auprès du blessé psychique

Comme exposé précédemment, le commandement considère qu'il a un **rôle majeur** à jouer dans la prise en charge du traumatisé psychique. Il souligne également que les camarades du blessé et « le **groupe** » au sens large, ont une **influence sur l'état psychique** du blessé.

Quinze d'entre eux y voient une **influence positive**.

VOIX 6 « *on est une petite famille du chef de section du CDU jusqu'au plus jeune des soldats. On est fort dès lors que l'on est tous forts et qu'on est tous soudés* »

VOIX 12 « *Je pense que le groupe a vraiment une grosse valeur ajoutée dans l'absorption du choc* »

VOIX 20 « *le groupe va rester soudé et il va soutenir la personne* »

En lien avec l'influence positive du collectif, de la cohésion, neuf individus ont tenu à souligner l'importance de **l'appartenance à une même entité**, le fait que les militaires soient portés par des **valeurs communes**.

VOIX 13 « *faut dire la valeur de l'engagement de l'individu, la valeur qu'il accorde à son engagement, à sa volonté de servir et je pense qu'au niveau de l'escadron depuis quelques temps nous sommes parvenus à développer cet état d'esprit* »

VOIX 22 « *on se rend compte que des gens arrivent à se surpasser au niveau combatif et au niveau tactique quand ils sont « soutenus » par une idéologie* »

VOIX 23 « *on fait exprès d'entretenir artificiellement l'appartenance à une unité on a des devises, on a des symboles, on a des couleurs, on a une histoire où on est fier d'appartenir (...) au niveau régimentaire ça fonctionne et jusqu'au niveau de l'équipe ça fonctionne aussi, les gars quand ils ont la fierté d'appartenance eh ben ça soude* »

A l'inverse, six personnes sur vingt pensent que le groupe peut avoir une **influence négative**.

VOIX 8 « *je pense que dans ce milieu de testostérone qui est le monde des militaires, la pleureuse est toujours, enfin je pense que le groupe dans sa globalité a plutôt tendance à rejeter quelqu'un qui est faible et qui a failli* »

VOIX 16 « *il est mis de côté, donc il va s'enfoncer dans son isolement etc, ses résultats vont chuter aussi, donc là c'est vrai, non mais t'es nul, t'as rien à faire chez nous et puis c'est la spirale infernale* »

6.2.3 Dispositifs actuels proposés dans la prise en charge du trauma

Dispositifs actuels proposés dans la PEC du trauma	Nombre de personnes	%
PEC positive par le commandement	13	65%
Mise en valeur de la chaîne de commandement	7	35%
Aides adéquates disponibles au régiment	6	30%

Tableau 11 : Dispositifs actuels d'aide à la prise en charge du trauma évoqués par le commandement

Treize personnes disent avoir des **compétences dans la prise en charge** des blessés psychiques.

Dix d'entre eux pensent avoir une bonne **qualité d'écoute** et être en mesure de **détecter les changements de comportement**.

VOIX 6 « *je vois quand un de mes subordonnés ne va pas bien donc je pose des questions, je discute avec lui, j'essaye de savoir* »

VOIX 7 « *une habitude de les voir tous les jours et là on va peut-être pouvoir déceler un comportement changeant* »

VOIX 20 « *on arrive, généralement à voir tous les changements* »

Quatre personnes mettent en évidence **des qualités d'aide et d'accompagnement**.

VOIX 16 « *on va l'aider, évidemment* »

VOIX 22 « *ils parlent de leurs problèmes y compris matériels et on essaye de les aider, en fait l'idée c'est de les soulager au maximum dans leur vie de tous les jours et de leur permettre, de leur faciliter un retour à la vie normale* »

Trois militaires rapportent des **situations bien gérées**.

VOIX 10 « *Maintenant je ne me suis pas senti démuni. Je constate que tout le monde s'en est bien sorti* »

VOIX 21 « *je pense que j'ai bien fait mon travail de Chef de section. Quand j'ai commandé des unités sur le terrain oui je pense avoir bien fait ce qui était à mon niveau de Chef d'élément* »

Trois interviewés expliquent avoir de **l'expérience**.

VOIX 6 « je commence à avoir un peu d'expérience donc par la force des choses, des fois, je vois quand un de mes subordonnés ne va pas bien donc je pose des questions, je discute avec lui, j'essaye de savoir »

VOIX 14 « je n'étais pas désarçonné je pense, après le fait d'avoir un peu d'ancienneté, d'avoir fait plusieurs opérations, d'avoir une famille, voilà je pense qu'avec un plus jeune chef de peloton peut être en difficulté en effet »

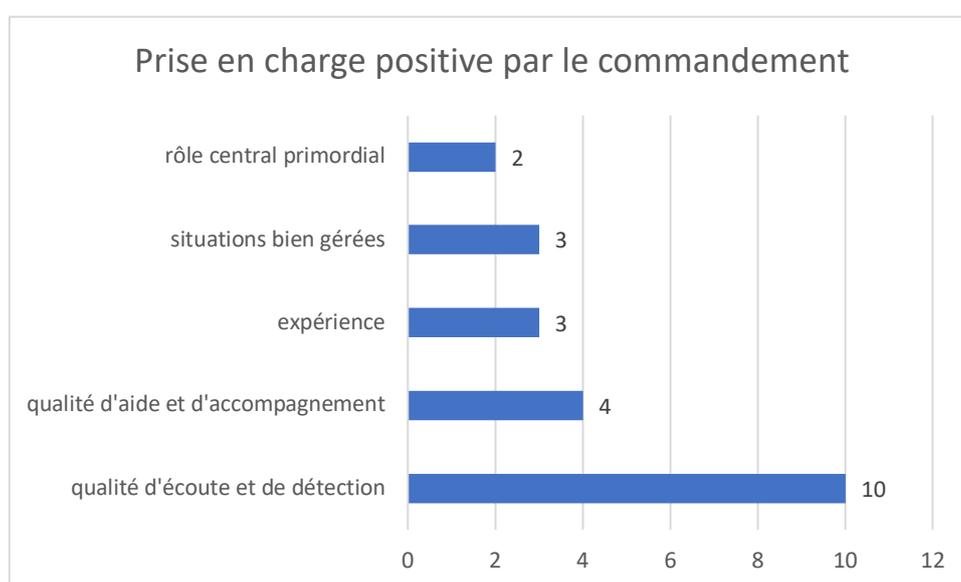


Figure 19 : Nombre de personnes évoquant une prise en charge positive par le commandement par catégories identifiées dans les verbatims

Sept personnes sur vingt soulignent l'importance de la **chaîne de commandement** et le rôle des cadres de proximité, chefs de groupe etc...

Six personnes dont cinq chefs de corps et un chef de section, mettent en évidence toutes les **aides mises en place au régiment**, ainsi que les acteurs qui interviennent pour aider les blessés. (cf figure 13)

A noter également que deux personnes ont rappelé le **rôle des aumôniers** dans l'accompagnement de certains blessés psychiques. Cette idée avait également été évoquée lors d'un entretien test.

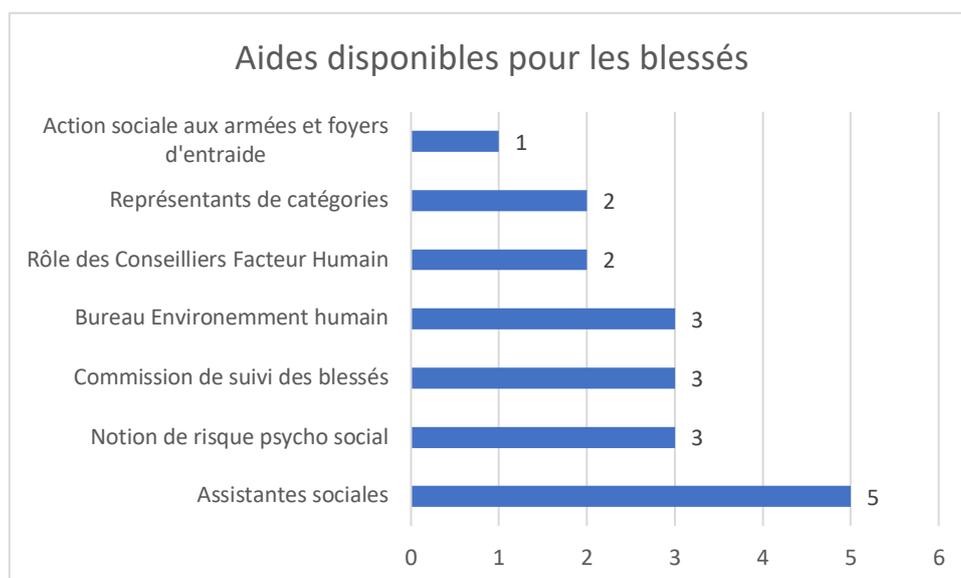


Figure 20 : Nombre de personnes énumérant les aides disponibles pour les blessés psychiques par catégories identifiées dans les verbatims

6.2.4 Difficultés rencontrées par le commandement

Difficultés rencontrées par le commandement	Nombre de personnes	%
Blessure invisible	15	75%
Manque de compétences (médicales & managériales)	14	70%
Refus d'aide, déni	12	60%
Manque de temps	3	15%

Tableau 12 : Difficultés rencontrées par le commandement

La notion de **blessure « invisible »** a été particulièrement soulignée lorsque nous les interrogeons sur leurs difficultés rencontrées face à la blessure psychique. Ils ont décrit une blessure invisible à la fois pour le commandement et le médecin. Quinze personnes en tout, ont parlé de blessure invisible et quatre parmi elles ont exprimé la **difficulté supplémentaire** due à l'absence de plaie ou de pathologie authentifiable visuellement.

VOIX 13 « *une blessure invisible* »

VOIX 15 « *impact intérieur non visible* »

VOIX 24 « *s'il n'y a pas de signe extérieur du moins d'apparence, il n'y a rien qui peut l'annoncer. Il y a des gens qui sont très très contents, qui vivent très bien leur vie, qui ont une blessure qui ne se voit pas* »

Dans ce même registre cinq personnes ont qualifié cette **blessure « d'insidieuse »**.

VOIX 8 « *il faut être encore plus sensible aux signaux faibles* »

VOIX 9 « *la blessure psychique est beaucoup plus sournoise que la blessure physique* »

VOIX 16 « *ces petits signes avant-coureurs mais c'est jamais des signes tangibles hein c'est plus du ressenti, du détail* »

Quatorze personnes sur vingt expliquent **être dépassées ou manquer de compétences** dans le domaine de la blessure psychique. Treize évoquent cette difficulté dans la première partie de l'interview qui concerne l'expérience et cinq en parlent lorsque nous posons la question des attentes qu'ils ont envers le médecin.

Douze d'entre eux pensent ne pas avoir **les compétences ni les outils**. Selon eux, il faut **passer le relais au médecin**.

VOIX 6 « *en aucun cas j'ai une aptitude quelconque quant au règlement d'un problème médical quoi, il y a des gens qui sont payés pour ça, il y a des gens qui ont fait des études dans ce domaine* » « *ça dépasse nos compétences* »

VOIX 7 « *sur l'aspect psychologique, je ne pense pas qu'on ait vraiment les outils* »

VOIX 8 « *moi je sais pas comment ça se soigne et je sais pas comment mesurer comment les aider de ce fait* » « *J'ai pas fait médecine, je ferai pas médecine et encore moins psychiatrie* »

VOIX 9 « *je ne suis pas en capacité de l'évaluer* »

Six personnes sur vingt disent ne **pas être assez formées, ni sensibilisées** au sujet du trauma psychique.

VOIX 5 « *Je ne peux t'être qu'une oreille, je ne suis pas formé pour ça* »

VOIX 14 « *peut-être pas assez sensibilisé là-dessus* »

VOIX 15 « *malgré tout on n'est pas sensibilisé à ça, c'est-à-dire que moi je me suis inscrit pour l'instant, enfin jusque-là dans une carrière de chef « chef tactique » et jamais on m'avait parlé de ces paramètres-là* »

Trois individus pensent ne pas avoir les **qualités humaines, ni la compétence « intrinsèque »** pour gérer ce type de problème.

VOIX 6 « *j'ai souvent tendance à mettre les pieds dans le plat* » « *j'ai pas toujours la capacité à trouver les bons mots, ou c'est peut-être que... peut-être que si, mais j'en sais rien, pour moi je trouve que je suis vraiment mauvais dans ce domaine, c'est, j'ai toujours peur de commettre un impair* »

VOIX 23 « *personne surtout quand on porte un treillis comme ça et les armes, personne n'a ni la formation ni je pense la compétence intrinsèque pour identifier quelque chose de psychologiquement anormal.* »

L'un des interviewés souligne la **non-objectivité** du commandement.

VOIX 13 « *au niveau du commandement ben on n'est pas médecin, on a toujours au fond de notre tête cette crainte que l'individu se serve de l'évènement pour tirer au flanc* » « *je n'ai pas la légitimité pour pouvoir faire la part des choses dans ce genre de cas* » « *on a des perceptions totalement différentes de ce qu'est la psychologie ou de ce qu'est l'humanisme* »

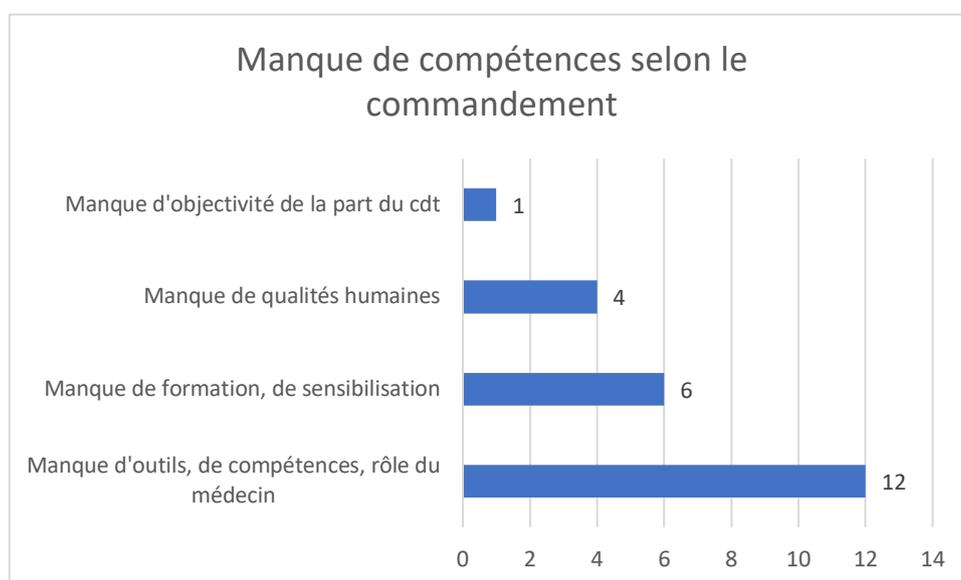


Figure 21 : Nombre de personnes du commandement rapportant un manque de compétence de leur part par catégories identifiées dans les verbatims

Plus de la moitié des personnes interrogées expliquent avoir été en difficulté parce que les blessés **n'ont pas toujours conscience de leur état** ou **n'admettent pas** nécessairement qu'ils ont **besoin d'aide**.

VOIX 8 « *il ne veut pas entendre parler de soins* »

VOIX 21 « *la personne me disait que tout allait bien, qu'il n'y avait aucun problème et qu'il ne comprenait pas pourquoi je m'inquiétais* »

Trois personnes parlent du **manque de temps** et du **rythme soutenu** qui empêchent de détecter les blessures.

VOIX 14 « *on en parle avec le doc et il me disait oui, lui voilà faudrait le suivre, faudrait lui porter un peu plus d'attention et tout. Alors certes on fait attention quand on le croise mais on a tous des rythmes pas possibles, on a tous nos familles aussi donc on ne peut pas, en fait on n'a pas le temps* »

VOIX 21 « *on ne détecte pas les gens parce qu'on a des rythmes très élevés qui font qu'on n'arrive pas forcément à avoir de l'attention sur chacun des gens que l'on commande* »

6.2.5 Tous les traumatismes psychiques sont-ils bien pris en charge ?

Trauma psy non pris en charge	Nombre de personnes	%
OUI	11	55%
Sentiment de honte	11	55%
NON	6	30%
Ne se prononce pas	3	15%
Peur de l'inaptitude	2	10%

Tableau 13 : Persistance ou non de traumatismes psychiques non pris en charge

Sur vingt personnes, onze pensent qu'il reste encore des blessés psychiques **non déclarés et non pris en charge** dont deux disent que ce sont plutôt des vieux militaires et deux autres que ce sont plutôt les cadres qui cachent leur blessure psychique.

Six individus estiment qu'il n'y a pas de blessés psychiques non diagnostiqués et trois autres ne se prononcent pas.

Plus de la moitié des individus évoquent un **sentiment de honte** pouvant expliquer l'absence de prise en charge de la blessure.

VOIX 7 « *il n'a pas voulu faire cette démarche peut être pour ne pas être stigmatisé* » « *voilà on peut passer pour un faible, et ça, ça ouais ça doit empêcher beaucoup de personnes à faire la démarche* »

VOIX 9 « *celui qui est blessé psychiquement peut aussi avoir l'envie de dissimuler sa blessure un peu par honte, par culpabilisation* »

VOIX 24 « *un psy c'est limite dans certaine mentalité, dégradant d'aller le voir, un psychologue, quand on prend à l'armée, à un certain niveau c'est dégradant, psychologue c'est dégradant, psychiatre c'est pire* »

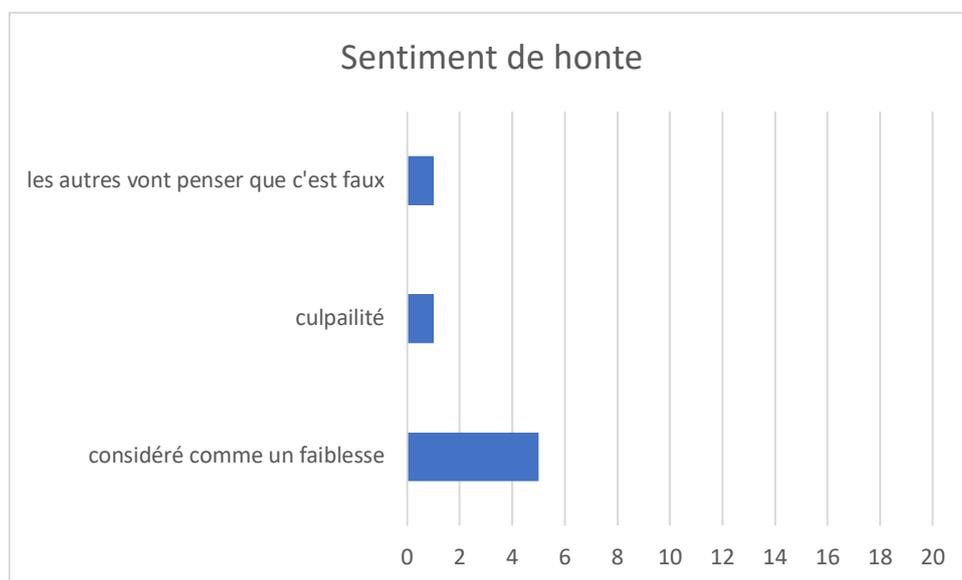


Figure 22 : Nombre de personnes rapportant un sentiment de honte par catégories identifiées dans les verbatims

Deux personnes expliquent la persistance de trauma non pris en charge, par la dissimulation de sa pathologie par **peur de l'inaptitude**.

VOIX 5 « *sinon on va m'enlever d'une OPEX* »

VOIX 14 « *Est-ce que ça va m'empêcher de refaire d'autres opérations ? Ils ont ça en tête aussi* »

Parmi eux, neuf disent avoir eu de **bons contacts** avec les médecins.

VOIX 12 « *j'avais un rapport très dans la confiance complète et de partage. J'ai eu une excellente relation avec ce médecin* »

VOIX 16 « *ça fonctionne très bien, ça fonctionne très bien avec l'antenne médicale là-dessus il y a pas de, on est en phase totalement* »

Huit personnes soulignent que la prise en charge des militaires blessés dépend en partie de la **relation qu'il y a entre le commandement et le médecin.**

VOIX 8 « *C'est du cas par cas en fait. C'est assez curieux parce que dans certains cas on se comprend très bien, dans d'autres celui du subordonné qui est en échec moi je ... les relations sont compliquées.* »

VOIX 15 « *ce qui est très dur en revanche pour l'avoir vécu en opération c'est quand on n'arrive plus à s'entendre avec son médecin.* »

VOIX 23 « *je pense que c'est une histoire d'homme et de relation à la base, de confiance qui peut y avoir entre le corps médical et les chefs* »

Un quart des individus relève **la différence de point de vue** qui existe entre le corps médical et le commandement.

VOIX 22 « *la difficulté qu'on rencontre c'est je dirais principalement cette frontière dont on parlait entre le commandement et le médical, parce que nous on peut trouver l'intéressé bien en discutant avec lui quelques minutes mais parfois le médecin est plus réticent parce qu'il a une connaissance plus profonde du dossier, de l'individu et de son état psychologique* »

VOIX 23 « *il y a le commandement et puis il y a la voie sanitaire, bon il y a quand même parfois des incohérences entre les deux* »

Deux individus soulignent en particulier **la divergence de point de vue** concernant les « **simulateurs** ».

VOIX 13 « *on a toujours au fond de notre tête, cette crainte que l'individu se serve de l'évènement pour tirer au flanc justement, mais d'un autre côté on se dit ben justement je suis pas médecin* »

VOIX 23 « *c'est très difficile d'aller à l'encontre d'un médecin qui a donné un arrêt maladie à un gars qu'on sait être un menteur* »

Concernant la question de la communication, trois personnes, dont deux chefs de section déplorent le **manque de communication**.

VOIX 5 « *on a très peu de retour des médecins. On a un petit mot sur le cahier, la plupart du temps c'est RAS, mais on ne sait pas trop... Donc il y a peut-être cette relation en plus à obtenir* »

VOIX 23 « *il y a parfois un manque de communication* »

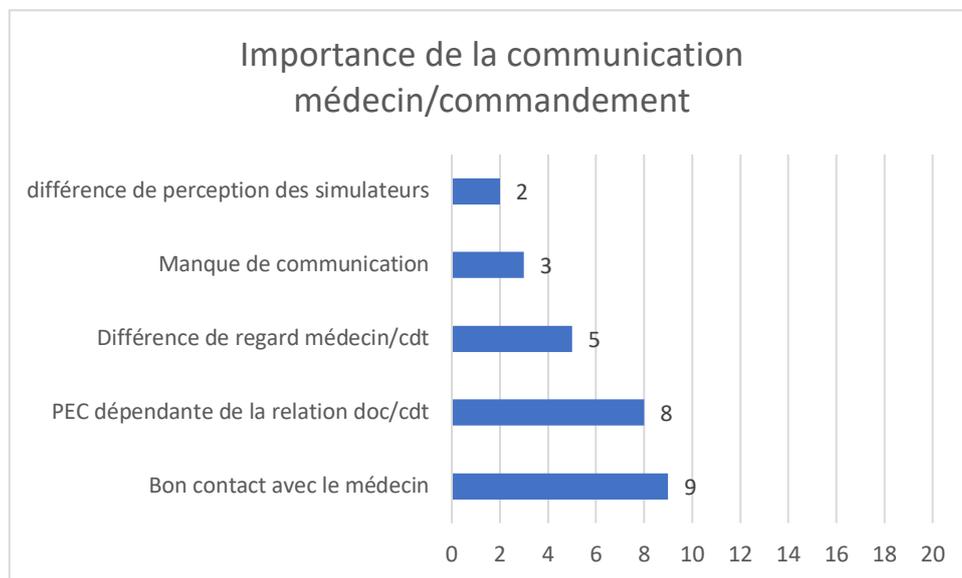


Figure 24 : Nombre de personnes évoquant la communication avec les médecins par catégories identifiées dans les verbatims

La moitié des personnes interrogées ont abordé la question du **secret médical**.

Cinq d'entre eux rappellent que le secret médical **ne doit jamais être rompu**.

VOIX 5 « *il y a toujours la confidentialité à respecter* »

VOIX 9 « *je suis très respectueux du secret médical* »

A noter tout de même que l'un d'eux souhaiterait avoir des informations relevant du secret médical lorsque nous l'interrogeons sur ce qu'il attend de la part des médecins.

Quatre individus ont suggéré qu'il était possible de **flirter avec le secret professionnel**.

VOIX 8 « *Aux frontières du secret médical parfois de l'autre côté de la frontière quand le médecin sent qu'il y a encore, pour des besoins de commandement, il doit s'ouvrir d'un certain nombre de choses qui reste celé par le secret de l'entretien* »

VOIX 10 « *quand j'ai quelqu'un qui va consulter et que je sens que je suis suspicieux du bien-fondé de la consultation, je vais l'appeler, après évidemment c'est lui le médecin, donc c'est lui qui dit si effectivement ça lui paraît bizarre mais il y a vraiment cet échange et après coup il peut aussi m'appeler en me disant voilà j'ai vu tel mec pour tel truc et il m'a parlé de ça* »

VOIX 23 « *on est sur un dialogue je pense qui doit être transparent sans empiéter sur le secret médical, mais bon faut pas trop non plus faire de rétention* »

Une personne a clairement dit que le secret médical était **régulièrement rompu** dans l'intérêt du patient ou de l'institution.

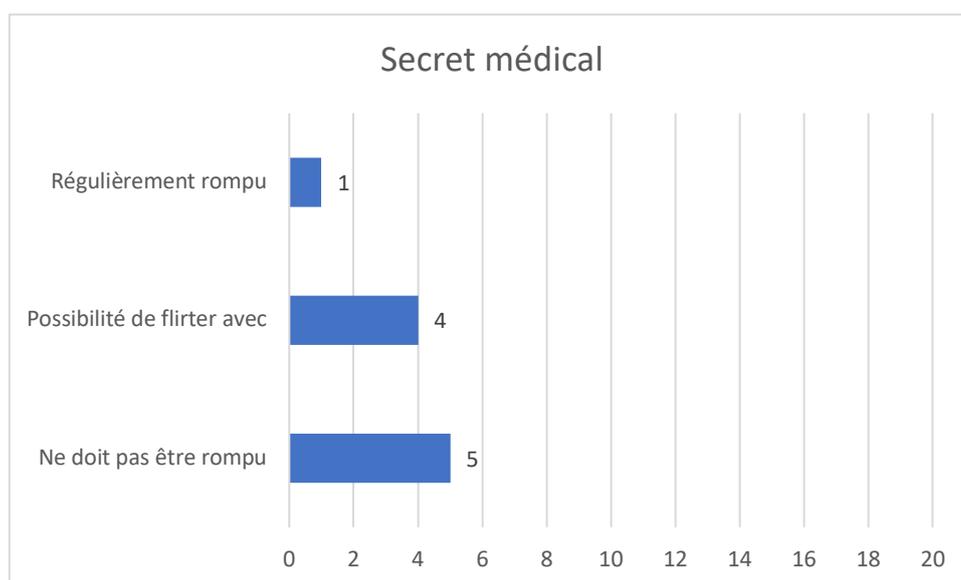


Figure 25 : Nombre de personnes abordant la question du secret médical par catégories identifiées dans les verbatims

6.3.2 Attentes envers les médecins

Attentes envers le médecin	Nombre de personnes	%
Communication suffisante	12	60%
Conduite à tenir	11	55%
Aptitude ou inaptitude	8	40%
Aide au commandement	6	30%
Question de la réinsertion	6	30%
Échange conjoint, collaboration dans les échanges	5	25%
Informations relevant du secret médical	4	20%
Éléments de surveillance	1	5%

Tableau 15 : Éléments attendus par le commandement de la part du médecin d'unité

Douze personnes soulignent **l'importance de la communication**. Cinq d'entre eux soulignent l'importance d'un échange conjoint dans un souci de collaboration médecin/commandement.

VOIX 6 « *on travaille de façon conjointe, enfin complémentaire* »

VOIX 13 « *qu'il assure un bon dialogue quand même avec la chaîne de commandement* »

VOIX 19 « *il ne faut pas que le médecin mette de côté le commandement. Je pense qu'il y a toute une phase qui doit se faire à deux au départ* » « *ce binôme commandement/médecin* »

Plus de la moitié des individus interrogés attendent de la part du médecin, qu'il leur donne **la conduite à tenir** avec leur militaire blessé psychique.

VOIX 5 « *C'est aussi au médecin de nous dire comment agir derrière avec lui* » « *un comportement qu'on doit avoir ou pas avoir.* »

VOIX 16 « *des recommandations, des conseils, dire bon lui ... voilà lui il faut le changer de poste, lui il faut le mettre en perm, lui il faut, voilà des recommandations* »

Un des militaires interrogés souhaiterait avoir **des éléments à surveiller**.

VOIX 10 « *si le médecin peut m'apporter des éléments qui peuvent me permettre de déceler une rechute ou d'intervenir* »

Des réponses quant aux questions **d'aptitude et d'inaptitude** sont attendues par huit des militaires interrogés.

VOIX 14 « *est ce qu'il va pouvoir remplir la mission* »

VOIX 22 « *qu'il nous dise oui l'intéressé peut reprendre le travail, non il ne peut pas reprendre, oui il va reprendre mais partiellement* »

VOIX 23 « *est ce que l'individu va perdre sa capacité opérationnelle* »

Six personnes attendent de la part du médecin **une aide au commandement**.

VOIX 12 « *Mais le but de cette affaire c'était d'aider le commandement à se prononcer sur le fait que l'unité soit maintenue sur le terrain jusqu'à la fin de la mission ou soit rapatriée.* »

VOIX 15 « *un soutien, un conseil qui se passe comme, déjà une réaction automatique c'est vraiment ce principe, c'est-à-dire de venir au contact et de se placer comme acteur de la « gestion de crise » et voilà immédiate en conseiller.* »

Il est important de noter que le sujet de **la réinsertion** du militaire blessé psychiquement a été abordée par six individus sur vingt.

VOIX 7 « *est ce que la vie comme ça en communauté ça va toujours* »

VOIX 13 « *subordonné se sentira mieux et qu'il sera de nouveau apte au service il faudra que son unité d'origine soit en mesure de le réintégrer comme il était au départ* »

Quatre personnes ont indiqué **des éléments relevant du secret médical** lorsqu'ils ont énuméré les informations qu'ils attendaient de la part du médecin.

VOIX 20 « *un diagnostic, pour savoir ce qu'il a* »

VOIX 22 « *la première chose qu'on lui demande c'est de nous dire est ce que la personne est vraiment malade ou pas* »

6.3.3 Position du médecin face à « l'effet de mode »

Discours de la position laxiste du médecin face à cet "effet de mode"	Nombre de personnes	%
Principe de précaution "ouverture du parapluie"	8	40%
Définition subjective, diagnostic compliqué	7	35%
Volonté de ne pas juger les médecins	5	25%
Médecin fait bien son travail	3	15%
Le médecin se laisse duper	3	15%

Tableau 16 : Image que le commandement a de la position du médecin face à « l'effet de mode »

40% des personnes interrogées pensent que le médecin est soumis à un **principe de précaution** et qu'il arrive qu'il puisse poser des inaptitudes ou des arrêts maladie en excès par crainte que le patient passe à l'acte.

VOIX 5 « *les médecins se sécurisent beaucoup parce que si quelque chose n'a pas été diagnostiqué alors que c'était eux qui étaient responsables du patient, du coup il y a peut-être une facilité de diagnostic, pour justement se sécuriser.* »

VOIX 23 « *le corps médical, on sait qu'il va pas prendre le risque* »

Sept personnes expliquent que le diagnostic de trauma psychique n'est pas facile à poser avec notamment la notion de **blessure invisible**, pour laquelle il n'existe **pas de preuve** tangible, d'élément mesurable selon quatre d'entre eux. Cinq personnes insistent sur la **complexité à établir le diagnostic**.

VOIX 5 « *médicalement parlant il n'y a pas de preuve tangible du coup le médecin n'a pas trop le choix donc ils sont en arrêt* »

VOIX 16 « *je vais dire que je suis blessé psy, c'est très difficilement vérifiable* »

VOIX 20 « *Si la personne dit je dors mal, j'ai des problèmes de concentration, chez moi ça ne se passe pas bien, depuis tel évènement je fais des cauchemars : on ne peut pas vérifier.* »
« *J'imagine que ce n'est pas facile à diagnostiquer* »

Au vu de ces deux constatations, certains estiment que le **médecin peut parfois être laxiste**, et qu'il lui arrive d'accorder des arrêts maladie ou des exemptions rapidement. A l'inverse, cinq personnes soulignent qu'ils **ne se permettraient pas de juger** leurs décisions étant donné la complexité de certaines situations.

VOIX 6 « *Je me garderai bien d'émettre un jugement quel qu'il soit* »

Trois individus estiment que les **médecins font très bien leur travail** et ne remettent pas en cause leurs décisions.

VOIX 17 « *je pense plutôt que c'est la perception des chefs qui voient comment quoi le médecin, voilà ils font, ils attribuent facilement un arrêt maladie* »

VOIX 19 « *Jamais je ne dirais qu'il y a de la part des médecins une négligence pour aller trop vite vers une telle conclusion.* »

Trois autres personnes expriment clairement que **les médecins se laissent « duper »**.

VOIX 7 « *Ben y a certains cas, j'ai des doutes ... c'est pas forcément de leur faute non plus hein faut voir l'attitude de la personne en face d'eux, faut voir* »

VOIX 11 « *Le personnel va dire ce que le médecin veut entendre... Il est peut-être convainquant.* »

VOIX 22 « *le fait de placer l'individu en blessé psychologique, qui peut être une tendance non pas du commandement parce que c'est pas nous qui avons la main là-dessus mais du service de santé. On va dire de placer l'individu en blessure psychologique alors qu'au final il l'est pas forcément* »

6.4 Question de la formation du commandement

6.4.1 Nécessité de former à la prise en charge d'un blessé psychique

Formation personnelle	Nombre de personnes	%
Volonté d'être formé	13	65%
Excès de formation	5	25%
Aptitude/sensibilité initiale pour gérer un blessé psy	5	25%
Ne souhaite pas être formé	4	20%
Manque de temps	3	15%
Préférer une information à une formation	2	10%
Se considère déjà formé	1	5%
Sans avis	1	5%
Mise en situation par la simulation	1	5%

Tableau 17 : Point de vue du commandement sur la nécessité et la possibilité de la mise en place d'une formation

A la question « Souhaitez-vous être formé à la prise en charge d'un blessé psychique ? » plus de la moitié de l'échantillon, soit treize personnes sur vingt, répond « oui ».

Un quart des individus répond négativement à cause d'un **excès de formation** dans l'armée de terre. Ils disent ne plus avoir le temps pour s'entraîner à cause des multiples formations qui leur sont imposées.

VOIX 10 « *on a un paquetage qui est tellement énorme déjà que je ne pense pas qu'il faille en rajouter parce que le risque c'est qu'on ne retienne rien et qu'on fasse à moitié. On aura des*

notions mais on fera un peu tout et n'importe quoi et ça c'est évidemment contre-productif et certainement dangereux »

VOIX 19 « *on est sur-formé... Le temps passé en formation est excessif comparé au temps passé en entraînement. »*

6.4.2 Qui faut-il former ?

Qui former ?	Nombre de personnes	%
"On se confie mieux à ses pairs" - même niveau hiérarchique	7	35%
Tous les cadres	5	25%
CDS+cadres de contact	3	15%
1 de chaque catégorie	3	15%
Tous les militaires	2	10%
CDU+CDS	1	5%
Cadre de contact	1	5%
Des militaires avec de l'expérience	1	5%
"des militaires "populaires" en qui les mecs ont confiance"	1	5%
Le SC2	1	5%
Les représentants de catégories	1	5%

Tableau 18 : Qui faut-il former à la prise en charge initiale du trauma ?

Lorsque la question d'une formation avait été évoquée soit de manière générale soit via le PSPO, nous les interrogeons sur les personnes prioritaires pour une formation. Un quart estime que tous **les cadres** doivent être formés à la prise en charge d'une blessure psychique, trois personnes pensent que le chef de section doit être formé en plus des cadres de proximité.

Trois autres personnes ont émis l'idée de former **un personnel dans chaque catégorie**. En lien avec cette idée, sept personnes sur vingt ont souligné que les militaires se confiaient mieux aux personnes du même grade.

VOIX 13 « *il est peut-être plus facile pour quelqu'un de se confier à ses pairs plutôt que de se confier à ses chefs. »*

Diverses autres idées ont été avancées individuellement, comme le fait que l'on puisse former chef de section et commandant d'unité ou bien des militaires « populaires » ou encore ceux qui étaient déjà formés au SC2 (Secourisme au Combat de niveau 2).

6.5 Idées supplémentaires

Idées en plus	Nombre de personnes	%
Comparaison avec la blessure physique	9	45%
Fatigue opérationnelle/dangerosité de la mission	7	35%
Blessure psychique des cadres	4	20%
Démotivation = signal d'alerte	3	15%
Importance de l'expérience de la blessure psy	3	15%
Équilibre individuel protecteur	2	10%

Tableau 19 : Idées supplémentaires rapportées par le commandement

Plusieurs sujets intéressants, initialement non présents dans la grille d'analyse, ont été abordés de manière récurrente.

Neuf personnes sur vingt ont établi **une comparaison entre la blessure psychique et une blessure physique.**

VOIX 8 « *je sais ce que c'est une jambe cassée alors que l'étendue de la blessure psychique est très difficile* »

VOIX 13 « *c'est beaucoup plus complexe qu'une blessure physique parce qu'on n'a rien pour la matérialiser* »

VOIX 15 « *mettre la personne hors de combat comme une blessure physique ; il y a forcément un déclencheur comme une blessure physique, c'est assez similaire je la vois exactement de la même façon* »

Certains nous alertent sur le mal être induit par la **fatigue opérationnelle** et sur l'importance de prendre en compte **la dangerosité de la mission** et le stress sous-jacent dans nos évaluations. Sept personnes ont parlé de ces sujets.

VOIX 8 « *je pense aux soldats qui font des convois au Mali, ils peuvent faire des allers-retours sans avoir d'accident mais je pense que la crainte répétée, l'angoisse, la fixation il se dit on va péter sur un IED, vont décompenser* »

VOIX 13 « *le surplus de missions, le surplus d'absences va finir par démotiver, va remettre en question l'engagement ; il y a cette accumulation, ensuite il manque juste le détonateur* »

VOIX 14 « *l'exemple concret nous on rentre là du Mali, on va repartir sur sentinelle très bientôt, le théâtre là-bas, certaines situations en France, le rythme énorme, je pense qu'un jour malheureusement, je n'espère pas hein, mais il y a un militaire qui pètera un câble et qui va rafaler dans la foule en France* » « *on peut pas se reposer, on y retourne plusieurs fois, voilà je sais pas, le mec il pète un câble vous voyez il rafale* » « *on a été absent entre décembre et fin octobre, 275 jours sur 330, même pas 365, 330, donc ça fait un rythme de débile* »

VOIX 16 « *enchaînement d'opérations, bon il a fini par craquer* » « *on est comme des cocottes minutes, la pression monte et ne diminue jamais, ne revient jamais à 0, le couvercle il saute* »

VOIX 21 « *Le fait de jamais avoir de repos psychologique enfin d'enchaîner les missions, d'avoir une charge permanente, d'avoir l'impression de ne jamais pouvoir relâcher* »

La **blessure psychique chez les cadres** a été évoquée par quatre individus.

VOIX 12 « *on ne fait pas assez attention au centre de commandement, ils vivent l'événement ; il n'y a pas besoin d'être en première ligne, de sortir de la tranchée pour être blessé psychique ; c'est comme les balles, le galon n'arrête pas les balles ; les cadres qu'on a tendance à oublier* »

VOIX 14 « *c'est bon lui il est capitaine, il est lieutenant, il gère ça ; on est écouté c'est pris en compte mais tout n'est pas bien en place ; c'est compliqué pour les cadres, une blessure comme ça c'est pas très bon pour lui et sa carrière* »

Trois personnes considèrent **la perte de motivation pour les activités militaires** comme étant un **signal d'alarme** devant faire rechercher une blessure psychique.

VOIX 13 « *si je voyais que cet état d'esprit venait à périlcliter ça pourrait m'alerter* »

VOIX 17 « *on recherche une raison, une valeur au métier de soldat qui n'est pas toujours évident, qui n'est pas toujours évident quand on est victime de blessure de guerre* »

VOIX 22 « *aspect revendicatif important, agressivité vis-à-vis du système ou manque de reconnaissance, on découvre après que c'est lié à ce type de blessure* »

L'expérience de la blessure psychique par le commandement semble avoir un **rôle majeur** dans la prise en compte de celle-ci en tant que chef. Trois personnes ont évoqué leurs expériences qui peuvent être en lien aussi bien avec leur propre blessure ou avec la blessure d'un subordonné.

VOIX 19 « *l'absence d'expérience peut faire douter de la réalité d'une telle blessure* »

VOIX 20 « *quand on a vécu ou qu'on connaît, on sait que c'est possible, on va être compréhensif* »

VOIX 24 « *du fait qu'ils ne connaissent pas, ça ne vient même pas à l'esprit que la personne a pu être au contact de quelque chose de déstabilisant* »

Deux des personnes interrogées pensent qu'il existe **des éléments protecteurs de la blessure** psychique tel que l'équilibre individuel ou l'aguerrissement.

VOIX 8 « *je m'interroge sur la prédictibilité de la chose est ce qu'on est capable de déceler à l'avance les personnes qui sont plus susceptibles d'être victime d'une blessure psychique ?* »
« *Est ce qu'on peut s'entraîner, est ce qu'on peut se préparer ?* »

VOIX 22 « *plus l'homme est aguerris et entraîné, plus il a un socle mental et moral fort, moins il est censé être exposé à ce type de blessure* » « *l'équilibre individuel fait défaut aujourd'hui et c'est ce qui met en danger nos hommes face à ce type de blessure* » « *indispensable de s'ancrer dans l'esprit guerrier qu'on développe avec l'aguerrissement* »

7. Analyse des résultats

7.1 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. Ils décrivent notamment avec justesse les facteurs de risques et les conséquences du traumatisme psychique. Cependant, nous avons pu noter des lacunes théoriques, qui peuvent être à l'origine d'incompréhensions.

7.1.1 Au travers de l'expérience du traumatisme d'un subordonné

Une grande majorité des interviewés relate des récits lors desquels leurs subordonnés ont été exposés à des événements traumatiques fréquents en mission tels que les explosions d'engins improvisés ou les actions de feu. Cependant, il est important de souligner que des événements non militaires ont pu être identifiés comme potentiellement traumatiques. L'évocation de

violences dans l'enfance et d'une avalanche en haute montagne, comme événements pourvoyeurs de traumatisme, montre une bonne connaissance du sujet.

80% des individus ont évoqué des expositions directes à l'événement traumatique, mais les expositions indirectes, les événements touchant un proche et la répétition d'expositions, ont également été retrouvés dans leurs récits. Ceci confirme que le commandement connaît le panel d'événements susceptibles d'être à l'origine d'un traumatisme psychique.

Deux personnes racontent la rencontre de leur subordonné avec le Réel de la mort, qui est une notion importante dans la compréhension du mécanisme du traumatisme psychique.

Les sentiments associés à ce type d'événement témoignent bien du fait qu'une partie du commandement comprend le vécu des blessés psychiques. Des sentiments tels que la **culpabilité**, le **complexe du survivant** sont relatés. Selon Lebigot, la culpabilité est toujours présente dans l'esprit des blessés psychiques mais ce, de manière plus ou moins consciente. Ceci s'expliquerait par la fascination que peut avoir l'être humain pour l'horreur, l'horreur de sa propre mort. « Il se sent donc coupable, ce rescapé, bien qu'il n'ait ni cherché, ni voulu, ni désiré (généralement) ce face à face avec la mort » (39).

A noter également que le sentiment de culpabilité faisait initialement partie des critères diagnostiques du PTSD lors de son introduction dans le DSM III en 1980 (40).

Deux personnes ont parlé de frustration et une autre de sentiment d'impuissance.

« Je pense qu'il y avait un sentiment de frustration de pas pouvoir être avec eux, « d'être un peu spectateur » de ce qui se passait. »

Ce **sentiment d'impuissance** éprouvé devant l'impossibilité d'agir face à l'événement traumatique, est lui aussi souvent à l'origine de la culpabilité éprouvée par le blessé. Le commandement a un rôle important à jouer dans la lutte contre ce sentiment. La hiérarchie doit se montrer contenante et tenter d'évacuer l'**angoisse de faute** du militaire blessé (41).

Le sentiment de colère a également été associé au vécu d'un événement traumatique.

7.1.2 Le commandement traumatisé psychique

Nous avons pu identifier au travers de certains discours, des éléments faisant supposer que des militaires appartenant au commandement, avaient **eux-mêmes été traumatisés**.

En parlant de l'Afghanistan « *Il y a un problème, on était tous un peu comme ça hein, voilà on était tous traumatisés* ».

L'un des interviewés a parfois répondu en parlant de lui plutôt que de ses subordonnés.

« *Alors moi ma femme m'a dit que j'avais vraiment changé, à contrario des autres années où j'avais déjà eu des petits problèmes* »

L'un des chefs de section a souligné le fait que les cadres n'étaient pas assez bien pris en charge.

« *ce qui serait intéressant aussi c'est qu'on ne dise pas, ben en fait c'est bon, lui il est lieutenant, lui il est capitaine, ben c'est bon en fait il gère ça. Non en fait, il faut faire attention quand même je pense, ouais ben là j'en connais pas mal et je pense qu'il faudrait qu'ils aient un suivi* ».

Ce militaire nous a mis en garde sur la proximité des liens qui pouvaient parfois exister entre le médecin d'unité et le commandement. Selon lui, ces liens, qui se rapprochent parfois de l'amitié, empêcheraient le médecin d'être totalement objectif et de prendre en charge de manière appropriée le cadre devenu patient.

La **blesseure des cadres** est revenue à plusieurs reprises dans le discours du commandement. Elle soulève des questionnements particulièrement intéressants. L'un des officiers interrogés, qui avait été sous-officier auparavant, nous a alerté sur le **poinds de la responsabilité** qui pesait sur les épaules des chefs, augmentant le stress et la tension dus à la mission.

« *Quand j'ai été à des postes avec moins de responsabilités, il y avait moins de tension parce que tout ne reposait pas sur nous. Là c'était, ouais j'ai ressenti quand même que voilà..., alors on ne peut pas parler de blesseure psychologique mais je pense que ça a une influence quand même sur nous* »

Selon cette personne, le médecin se doit d'être particulièrement attentif à l'état psychique des cadres.

Un autre individu a considéré que les responsabilités et le statut tenu par les cadres étaient protecteurs dans un premier temps. Il explique ceci par le devoir qu'ont les chefs de « faire face », le devoir « d'être fort » pour le groupe.

« *j'ai pu remarquer, c'est que le commandement bénéficie du privilège de commander dans le sens où ça nous tient et comme on n'a pas le droit de fléchir...* ».

Il précisera plus tard que ceci permet d'assurer la poursuite de la mission sur le moment, mais ne protège finalement pas de la blessure à long terme. Il dit en parlant d'un chef de section : *« Il ne s'est pas écroulé mais disons que ça a été compliqué pour lui à posteriori, une fois que ben le poids de la responsabilité justement était moins fort ».*

D'autre part, tout au long de ce travail de thèse, nous avons eu l'impression clinique qu'une **importante partie des interviewés avaient vécu eux-mêmes des événements traumatisants.** Ceci a parfois été explicité en dehors de l'enregistrement, d'autre fois, ceci relève uniquement de notre ressenti clinique.

Une des idées majeures qui ressort de notre étude est que **l'expérience traumatique du commandement lui-même est un élément particulièrement important dans la prise en charge du traumatisme des subordonnés.** Il semblerait qu'avoir soi-même été confronté à l'éventualité de sa propre mort permettait au commandement d'avoir un regard bienveillant sur la pathologie traumatique. Cette idée a été exprimée textuellement par trois personnes sur vingt.

Cependant, nous avons pu observer que l'effet inverse était possible. Certains cadres blessés psychiques, pouvaient minimiser la blessure de leur subordonné en comparaison à leur propre vécu, à leur propre blessure.

L'un des interviewés qui a lui-même vécu des événements marquants, semble penser que les militaires ne doivent « pas trop s'écouter » étant donné la primauté de la mission. Peut-être est-il lui-même en proie au déni ?

« Sachant qu'on est quand même tous, quand on est vraiment combattant, et j'estime l'être pour avoir fait quand même beaucoup beaucoup de régiments et surtout une carrière essentiellement en régiment, nous c'est enfin voilà, la mission est sacrée. Donc à partir de là le sacrifice un petit peu du traitement on le comprend, on écoute moins, voilà. »

Concernant la blessure psychique du commandement, l'un des individus a porté notre attention sur le vécu des militaires qui sont en poste à l'arrière, qui assistent aux conflits à distance et pouvaient également être traumatisés.

« il y avait ceux qui combattaient vraiment puis ceux qui étaient là en tant que témoins et qui voulaient... qui ressentaient un petit peu ces pertes, ces blessures régulières au travers des radios ou au suivi »

De nos jours, il arrive qu'on entende les militaires et notamment le commandement parler de « post traou », pour évoquer le trouble de stress post traumatique. Cette formule nous indique que le commandement s'est « approprié » la notion de blessure psychique, avec laquelle il est familiarisé. Nous pouvons également nous inquiéter de la possible dérive vers une certaine **banalisation du trauma**. En effet, les professionnels exposés à des risques importants, ont parfois recours à des **mécanismes de défense** tels que la **banalisation** ou la **minimisation**, voir même le **déni** (41).

« Pour autant le commandement qui lui, est focalisé plutôt sur une vision haute et c'est logique, sa mission etc... aura tendance à minimiser les aspects psychologiques » « je pense qu'il y a une prise de distance et parfois quelque chose d'assez malsain qui peut naître chez quelqu'un qui a été un peu traumatisé, et qui raconte voilà, qui raconte finalement des actes de guerres comme si ça n'était pas grave alors que ça l'est quoi. »

7.1.3 Pertinence de la définition

La blessure psychique nous a semblé difficile à définir pour certains, neuf personnes ont utilisé le champ lexical de la **complexité** lorsque nous leur avons demandé ce que leur évoquait ce terme. Malgré cela, les notions essentielles du trauma ont bien été évoquées.

La **confrontation au Réel de la mort** a été décrite par plus de la moitié des militaires interrogés.

La notion de **différence de sensibilité interindividuelle** a également été évoquée par la majorité de l'échantillon.

Un quart des personnes a parlé de la **rupture avec l'état antérieur**, faisant écho à l'idée de discontinuité qui s'inscrit dans l'étymologie du terme trauma.

La temporalité du traumatisme psychique semble être bien comprise par un certain nombre. En effet, huit d'entre eux évoquent la possibilité d'un délai de survenue, d'une décompensation tardive. Un quart des participants a souligné la durée dans le temps du trouble post traumatique.

Tous ces éléments de la définition du trouble de stress post traumatique ont été évoqués de manière relativement fréquente, ce qui prouve que le commandement a une bonne base de connaissances.

L'un d'entre eux décrit bien **les comportements à risque de certains blessés** tentant d'atteindre à nouveau le niveau d'adrénaline vécu lors du traumatisme.

« Des mecs qui se mettent à conduire plus vite en voiture, à faire moins attention à eux quand ils sortent en montagne »

Les conséquences de la blessure psychique sont également bien connues du commandement. Les conséquences professionnelles ont été largement décrites et la quasi-totalité des interviewés a exposé les répercussions d'une telle blessure sur la vie personnelle.

Concernant les symptômes, les éléments récurrents dans le discours du commandement sont en premier lieu les **troubles du comportement**, puis **l'humeur négative**. Le syndrome de répétition qui est au cœur de la clinique du trouble de stress post traumatique est quant à lui très peu décrit. Deux personnes seulement nous ont parlé de cauchemars, de même pour les flash-back et trois sur vingt décrivent des souvenirs pénibles. Enfin, l'hypervigilance et les réactions de sursauts exagérés n'ont été évoqués que par deux personnes. Ceci met en lumière le **manque de notions théoriques** notamment en ce qui concerne les symptômes.

7.1.4 Perception de leurs compétences

Nous avons interrogé les militaires sur leurs propres compétences face à la blessure psychique. Le discours qui en ressort est principalement négatif avec selon eux, un manque d'outils et de formation. Cependant, la question que nous avons posée était trop imprécise. En effet, nous souhaitions les interroger sur leurs compétences dans la prise en charge initiale et immédiate, et non sur leurs « capacités médicales » à gérer la blessure. Or de nombreuses réponses nous laissent entendre qu'ils pensaient que nous leur demandions s'ils étaient compétents sur le plan médical. Parmi ceux qui se disent incompetents, certains ont tout de même décrit leur rôle d'écoute, d'aide, d'accompagnement et de détection à d'autres moments de l'entretien.

Le recouplement des idées à différents moments du discours a permis de mettre en évidence les éléments suivants :

- Voix 6 : il dit ne pas être apte à régler un problème médical mais présente des capacités d'écoute. Il est proche de ses subordonnés, questionne, discute, essaie de savoir, évalue leur mal être, dégrossit le travail. Il a de l'expérience.
- Voix 7 : Il dit ne pas avoir d'outils sur l'aspect psychologique, qu'il ne sait pas faire la partie médicale, mais il a bien un rôle d'écoute et d'orientation. Il se contredit : dans la question sur les compétences il dit ne pas être formé, ne pas être apte à détecter, mais plus loin lorsque nous demandons le rôle du commandement, il dit avoir l'habitude de les voir, pouvoir déceler, avoir les outils, avoir l'œil aiguisé pour détecter.
- Voix 8 : Il dit ne pas être compétent d'un point de vue médical et ne pas avoir fait médecine.
- Voix 9 : Il dit ne pas être en capacité d'évaluer, ne pas être dans le curatif mais il évoque bien les rôles d'écoute de suivi, d'accompagnement du commandement, il parle même de déceler, identifier.
- Voix 10 : Il dit surtout qu'il n'est pas compétent à partir d'un certain moment, qu'il faut passer le relais après la prise en charge dans un premier temps, il décrit une expérience lors de laquelle tout s'est bien passé, il ne s'est pas senti démuni et n'a pas rencontré de difficulté. Il parle également de débriefing.
- Voix 13 : Il dit : « *on n'est pas médecin, ça dépasse notre niveau* » mais il décrit bien le rôle de soutien, orientation et même de réalisation de débriefing.
- Voix 14 : Se plaint de ne pas être assez sensibilisé, « *on n'est pas des pro* » mais il rapporte lui aussi une situation vécue lors de laquelle les choses se sont bien déroulées (ne s'est pas senti désarçonné) grâce à son expérience.
- Voix 15 : Il dit que le commandement a un rôle essentiellement tactique, qu'il n'est pas sensibilisé, qu'il prend en compte le problème mais pas de manière professionnelle (nous pensons qu'il entend par là médicale).
- Voix 18 : Il dit quand même être capable de commencer à enclencher, à mettre en place quelque chose, il passe la main à la partie médicale car il lui manque certaines qualités humaines.
- Voix 21 : Il ne s'estime pas compétent une fois le diagnostic posé mais décrit une situation où ça s'est bien passé, il a déminé le terrain, orienté les gens.

- Voix 23 : il se contredit, il dit ne pas pouvoir identifier quelque chose de psychologiquement anormal et a un autre moment il dit qu'il sait voir quand un gars n'est pas comme d'habitude.

Finalement, dans la majorité des cas, lorsqu'ils disent ne pas se sentir compétents, ils parlent de connaissances et de prise en charge médicale, pas de ce qu'on leur demande en termes d'écoute, de repérage et d'orientation.

En plus de décrire avec justesse le rôle qu'ils ont à jouer dans la prise en charge du traumatisme psychique, treize ont évoqué la gestion positive du commandement face à un événement traumatique.

De plus, l'étude des circonstances de premiers recours aux soins des blessés psychiques entre 2012 et 2020, montre que dans 13 à 22% des cas, le patient a été adressé au médecin par son commandement. L'orientation par le commandement est la plupart du temps en deuxième place après l'initiative personnelle de l'individu. Ceci souligne l'importance du rôle de repérage et d'orientation du commandement.

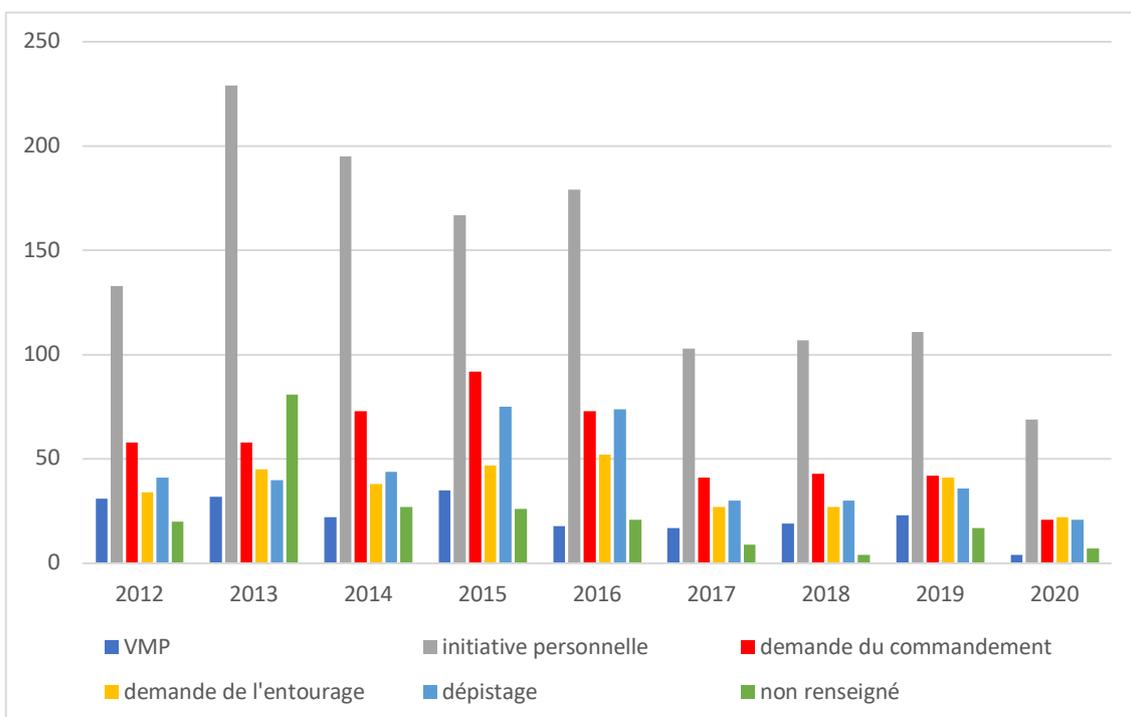


Figure 26 : Nombre de blessés psychiques par an, classé en fonction du type de premier recours aux soins

7.1.5 Difficultés rencontrées par le commandement

En dehors du manque de compétences rapporté par le commandement, d'autres difficultés entravent selon eux une prise en compte optimale du trauma.

En premier lieu, 75% qualifient la blessure psychique de « **blessure invisible** ». Des comparaisons sont parfois établies avec la blessure physique, qui leur semble plus « palpable » et plus compréhensible. Selon eux, le traumatisme psychique étant invisible est **plus difficile à détecter**. A ceci s'ajoute le problème du **déni** et de la réticence de certains militaires blessés à demander de l'aide.

Enfin, trois personnes identifient le **manque de temps** comme étant un frein à la détection des blessés psychiques.

En somme, le commandement a une **connaissance de base solide** sur le traumatisme psychique. Ceci leur permet dans la plupart des cas de **repérer, de soutenir et d'orienter** leurs subordonnés blessés.

Plusieurs des individus rencontrés se sont dit incompetents dans le domaine. Selon nous, ils parlaient de compétences médicales. En effet, le récit de leurs expériences et les réponses au questionnaire sur leur rôle, nous prouvent qu'ils ont de nombreuses ressources. A ceci s'ajoute la connaissance de leurs hommes, qui permet un repérage plus aisé des changements de comportement et des dysfonctionnements du groupe. Plusieurs ont insisté sur l'importance de connaître leurs subordonnés et d'en être proche, pour d'une part, pouvoir repérer un changement et d'autre part, gagner leur confiance afin de les accompagner au mieux.

« c'est ni plus ni moins que comme dans une famille, c'est-à-dire que quand vous connaissez très bien les membres de votre famille, vous voyez qu'il y a quelque chose qui ne va pas, vous le sentez tout de suite ».

Il reste cependant **quelques points d'ombre**, notamment concernant les symptômes appartenant au **syndrome de répétition et d'activation**. La méconnaissance de ceux-ci peut en partie expliquer certaines incompréhensions. Il semblerait intéressant de proposer une formation ciblée à l'école de guerre ou bien lors du passage à Saint Cyr ou à l'EMIA. Cette formation reposerait particulièrement sur des **exercices de simulation dont découleraient des explications théoriques permettant une meilleure compréhension de la pathologie**.

7.2 Effet de mode et contagion

7.2.1 Conséquences sur le groupe, question de l'identification

Deux commandants d'unité ont comparé leur **unité** à une **famille** pour illustrer le fait qu'ils connaissaient bien leurs subordonnés. Cette notion de famille fait écho à **l'importance de l'appartenance à une même entité** et d'avoir des valeurs communes. Ceci a été rapporté par huit individus sur vingt. Le groupe au sens large du terme a une importance majeure dans l'institution militaire. Les soldats fonctionnent ensemble, ils doivent pouvoir compter les uns sur les autres. 90% des militaires interrogés ont exprimé leur inquiétude sur les **répercussions** que pouvait avoir le trauma d'un individu **sur le reste du groupe**.

Les conséquences négatives sont d'une part la **diminution de la capacité opérationnelle** du groupe. En effet, chacun dans le groupe a un rôle et l'inaptitude d'un camarade augmente la charge de travail des autres.

L'un des interviewés parle de « *fissuration du groupe* », un autre de « *maillons qui faiblissent* ».

L'Amiral Olivier Lajoux qui a écrit le livre L'art de diriger affirme « *une chaîne n'a que la force de son maillon le plus faible* »(42). C'est-à-dire que la capacité opérationnelle du groupe dépend de chacun des soldats. La blessure psychique de l'un vient effectivement perturber le groupe et son fonctionnement. C'est également pour cette raison que certains débriefings sont collectifs : ils permettent d'observer la **dynamique du groupe** au-delà du fonctionnement de chacun.

Outre ceci, certains considèrent qu'il existe un **risque de contamination** de la blessure psychique. Denise Jodelet, décrit dans son ouvrage « *Folies et représentations sociales* », « une peur de contamination ». Elle a étudié les représentations des maladies mentales au sein d'un village dans lequel plusieurs familles accueillaient des malades mentaux. Elle a pu observer que les familles ne partageaient par leur vaisselle ni leur linge avec les pensionnaires malades. De plus, les relations sexuelles entre pensionnaires et nourriciers sont totalement prohibées par le groupe. Cette phobie de devenir à son tour malade n'est, selon elle, fondée que sur des croyances échappant à toute raison et conduit à l'isolement des malades mentaux (43).

Cependant, cette peur de contagion dans le domaine psychiatrique, n'est pas totalement infondée. En effet, en ce qui concerne le risque suicidaire par exemple, il a été prouvé que le suicide d'un proche, augmentait le risque de passage à l'acte. Par ailleurs, Auxéméry explique que « les groupes de soldats sont souvent très soudés et **l'identification projective réciproque** y est forte ». Il explique, que certains militaires non atteints d'un psychotraumatisme, sont tout de même « traumatisés subjectivement ». 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 (44).

D'autre part, il semblerait que la crainte de certains soit que la libération de la parole d'un des éléments du groupe enjoigne les autres à parler et à **dévoiler leur « faiblesse »**. De ce fait, les **débriefings** doivent être encadrés par un professionnel, qui de par ses compétences techniques, sait manier la parole de chacun afin qu'elle soit d'une part, **contenue** pour le narrateur et d'autre part, **thérapeutique** pour le reste du groupe. Le débriefing psychologique est un soin **post immédiat** qui intervient dans les **48-72h** suivant l'événement et jusqu'à 4 mois après. Il peut être **individuel ou collectif**, lorsqu'un groupe de personnes qui se connaissent déjà avant a été exposé au même événement traumatogène. L'objectif est alors « d'aider le groupe à dépasser ensemble le chaos traumatique ». Pour ce faire, l'intervenant doit aider les individus à **verbaliser leurs émotions**, afin qu'ils puissent partager la « normalité » de celles-ci. Le but est également **d'atténuer le sentiment d'impuissance et de culpabilité** ainsi que les tensions de groupe. Enfin le débriefing permet **un repérage et une orientation** des sujets présentant des troubles mais également la réalisation d'une **information** sur la clinique psychotraumatique.

Le débriefing est à différencier du **defusing (ou désamorçage)** qui est un temps de soin **immédiat**. C'est une intervention qui se doit d'être chaleureuse, souple et non intrusive. Il s'agit de chercher à **ancrer à nouveau l'individu dans la réalité**, de le situer « dans l'ici et maintenant » et de restaurer son sentiment d'appartenance. En pratique cela consiste à offrir un café, une couverture, réunir le groupe et lui donner un espace de parole sans chercher systématiquement à lui faire exprimer ses émotions. Le but étant de reconnaître la souffrance, sans pour autant déculpabiliser ni dédramatiser la situation. (41, 45, 46).

Le **militaire blessé est parfois considéré comme dangereux** par le commandement. Il craint d'une part **l'incapacité à réagir** de manière appropriée dans des situations opérationnelles due à la stupeur/à l'effroi. D'autre part, le **danger du port d'arme** chez un individu hypervigilant et sur la défensive pose aussi la question du maintien du blessé au sein du groupe et de la mission.

7.2.2 Question de la vérité et de l'imputabilité

Une partie du commandement pense que le diagnostic de trouble de stress post traumatique est difficile à établir et que les médecins se laissent « duper » par certains de leurs subordonnés.

Un des militaires interrogés a suggéré que le commandement pouvait considérer la « catégorie » blessure psychique comme étant une case fourre-tout dans laquelle certains chefs mettaient les mauvais éléments dont ils voulaient se débarrasser.

L'une des difficultés identifiées dans le discours du commandement, concerne **l'amalgame entre trauma, trouble de l'adaptation et trouble des conduites**.

Le **trouble de l'adaptation** correspond à l'apparition de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à l'exposition à un ou plusieurs facteurs de stress dans les trois mois. Selon le DSM V, les symptômes s'amendent dans les six mois après l'arrêt de l'exposition aux facteurs de stress ou dans les six mois suivant la résolution des conséquences de ce stress (7). Le milieu militaire étant particulièrement contraignant de par la rigueur et le fonctionnement hiérarchique, l'éloignement familial, le rythme des missions, il est aisé de comprendre pourquoi il est pourvoyeur de troubles de l'adaptation. A ceci s'ajoute la désillusion à laquelle font face certains soldats qui idéalisaient le métier de militaire (47).

Le **trouble des conduites** constitue « l'ensemble des conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales ». Par exemple, les agressions, la destruction de biens matériels, la fraude ou le vol constituent des troubles des conduites (7).

Nous avons noté que certains parlaient plus de trouble de l'adaptation à la vie militaire que de trauma à l'évocation du terme blessure psychique. Ceci est compréhensible car le trouble de l'adaptation est à l'origine de la majorité des évacuations sanitaires pour raison psychiatrique. Une étude menée entre 2013 et 2016 a mis en évidence que 60% des STRATEVAC (évacuation médicale stratégique) psychiatriques étaient dues à des pathologies réactionnelles contre 25% seulement de pathologies psychotraumatiques (48).

Une autre étude s'est intéressée à 132 militaires rapatriés sur l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy pour des troubles psychiatriques entre 2016 et 2017. Le trouble de l'adaptation s'est révélé être le diagnostic le plus fréquent, concernant 35,6% des sujets, alors que 24,2% des sujets présentaient un trouble post traumatique. Les troubles anxieux et les troubles dépressifs représentaient respectivement 14, 4% et 12,9% des situations. L'observation des troubles des conduites dans cette étude a mis en évidence un mésusage de l'alcool chez 20% des personnels rapatriés, une tentative de suicide sur le terrain dans 4% des cas et des comportements hétéro-agressifs chez 5,3% des militaires (47).

Il a aussi été rapporté que des **problèmes de discipline** étaient à considérer comme des **signaux d'alerte**. Ceux-ci sont en réalité des symptômes du trouble de l'adaptation.

Cet amalgame entre traumatisme psychique et trouble de l'adaptation est d'autant plus compréhensible car ces pathologies s'intriquent et il est complexe de les distinguer, que ce soit pour le médecin d'unité ou pour le psychiatre. Le militaire présentant un trouble de l'adaptation, ne trouve parfois pas d'autre solution que la simulation d'un TSPT pour exprimer sa souffrance (44). Mais il est à noter que le trouble de l'adaptation peut également être comorbide d'un trouble de stress post traumatique.

Se pose alors la question de l'imputabilité des symptômes à l'événement traumatique. Celle-ci a également été retrouvée lorsque certains nous interrogent sur d'éventuels facteurs de risque tels que les antécédents, une fragilité dans la personnalité ou encore le manque d'aguerrissement psychologique.

Un des chefs de corps se pose **la question** de la possibilité **d'un entraînement psychologique, d'un aguerrissement.**

« Est-ce que d'une façon ou d'une autre en se disant, je peux en rentrant dans cette pièce, découvrir quelque chose d'insupportable, est ce que je peux me blinder ? Ça c'est quand même une vraie question »

Un des militaires interrogés estime que cet aguerissement psychologique est déjà en place :

« La notion d'aguerrissement, elle est présente depuis tout petit quand on rentre à l'armée, et on a l'habitude de se dépasser physiquement et de se renforcer moralement »

« L'idée maîtresse c'était un peu de dire à partir du moment où la personne a un aguerrissement, un entraînement et une force morale individuelle cette personne est quand même relativement protégée de ce type de blessure ».

La personne qui estime que l'entraînement militaire permet déjà une forme d'aguerrissement moral, ne prend probablement pas en compte la dimension « d'irréalité » du vécu traumatique. En effet, le trauma est par définition la rencontre avec le Réel de la mort. Il semble donc impossible de préparer un être humain à ce qui ne peut avoir de représentation psychique.

Un autre des interviewés suggère la possibilité d'entraîner les soldats à lire leurs propres émotions.

« Est-ce que ça, ça peut être complété, par d'autres choses, d'entraînement se débriefe soi-même ? »

Les formations telles que le **PSPO** (Premier Secours Psychologique en Opération) n'ont pas la prétention de vouloir apprendre aux militaires à se débriefe seul, mais elles ont pour but de leur donner des clefs permettant **d'identifier les signes évocateurs** d'un trouble de stress post traumatique. Une véritable introspection à la recherche de symptômes de trauma est-elle réellement possible étant donné le déni inhérent à cette pathologie ?

Une personne dit également avec certitude que **l'équilibre individuel** est protecteur face au traumatisme psychologique.

« Ce qui met le plus en danger nos hommes face à ce type de blessure c'est certainement l'équilibre individuel »

Un autre **s'interroge sur la sélection** qui pourrait être faite au moment du recrutement.

« Je m'interroge sur la prédictibilité de la chose est ce qu'on est capable de déceler à l'avance les personnes qui sont plus susceptibles d'être victimes d'une blessure psychique ? »

Le DSM V identifie effectivement des **facteurs de risque** tels que (7) :

- L'exposition traumatique antérieure notamment dans l'enfance.
- Les troubles mentaux préexistants.
- Les antécédents psychiatriques familiaux.
- Le fait d'être une femme ou bien d'être jeune

Il existe également une **dimension culturelle** pouvant influencer le risque de survenue d'un TSPT. En effet, la culture qui englobe les croyances, les rites, l'histoire migratoire d'un peuple, fait partie intégrante de l'individu et **influence son vécu** de l'événement (49).

Des études ont prouvé que le **psychotraumatisme s'inscrivait dans l'ADN**. En effet, le vécu traumatique provoque des réactions chimiques à l'origine de modifications épigénétiques de l'ADN. Certaines de ces modifications, qui ont été retrouvées dans des pathologies telles que les troubles anxieux et les TSPT, peuvent être transmises à la descendance du traumatisé (50). Au vu de ces éléments, il serait donc possible de rechercher des facteurs de risque de survenue de psychotraumatisme chez les militaires avant leur départ en mission ou même avant leur intégration dans l'armée. Cependant, est-il vraiment raisonnable et éthique d'envisager une telle sélection ? Un militaire pourrait alors se voir refuser l'entrée dans l'armée du fait de ses origines, ou bien de l'antécédent de traumatisme de guerre d'un de ses parents. Ou bien un militaire pourrait être écarté d'une mission parce qu'il est trop jeune ou parce que c'est une femme ?

Il est fréquent que des personnes dites « non expertes » donnent des **explications naïves** à la survenue d'un événement ou d'une pathologie. Ceci est un **processus cognitif** qui permet à l'individu de donner un sens à l'évènement, par le biais **d'attributions causales**. Ces explications sont souvent basées sur l'expérience de la personne et peuvent être biaisées par des processus motivationnels ou cognitifs, tels que le traitement partiel de l'information, le souci d'autoprotection ou encore la défense de l'estime de soi (51,52).

C'est ainsi que de nombreux individus du commandement semblent voir en premier lieu les causes extérieures au trauma comme principales responsables des manifestations. Ceci constitue probablement un mécanisme de défense, pouvant être pourvoyeur de **stigmatisation** et participe à **l'enfouissement du mal être des blessés**.

Selon nous, il est nécessaire de permettre une prise de conscience par des explications simples et claires lors d'une formation.

A l'inverse, quatre d'entre eux indiquent que selon leur expérience, le traumatisme psychique peut toucher tout le monde, y compris les « bons » militaires expérimentés et entraînés. Le fait que ceci soit précisé laisse penser que cette notion n'est pas acquise pour la majorité des militaires.

Sept personnes sur vingt ont évoqué les **notions de fatigue opérationnelle et de dangerosité de la mission**. Concernant la fatigue opérationnelle, l'enchaînement des OPEX est un facteur de réexposition et d'aggravation exponentiel du risque de trauma, on parle **d'effet d'accumulation**.

La doctrine interarmées DIA-4.14_PERS (2013) ainsi que la directive relative au soutien psychologique dans l'armée de Terre, font mention de la notion de **pause opérationnelle**. « Dans la mesure du possible et compte-tenu des impératifs opérationnels, le commandement doit ménager des pauses opérationnelles ou repos de courte durée au cours de la mission. Généralement planifiées, elles peuvent être décidées selon les circonstances, à la suite de situations particulières (actions de combat, accidents, suicides) affectant un groupe ou un individu. Il s'agit de les retirer ponctuellement du service afin de réduire la charge émotionnelle liée à l'évènement » « Elle permet la récupération physiologique et psychologique avant le réengagement afin d'éviter l'épuisement moral des soldats » (53).

Quant à la **dangerosité de la mission**, l'un des interviewés a suggéré qu'elle soit indiquée dans les fiches de suivi post opérationnelles. Pour lui, les fiches sont incomplètes car elles ne témoignent pas de la dangerosité de la mission, ni de la tension à laquelle sont soumis les militaires. Mais il semble compliqué, au vu de la subjectivité de cette notion, d'inclure de tels éléments dans ces fiches.

Enfin, **une majorité des personnes interrogées, semble remettre en question la véracité du vécu traumatique de certains de leurs subordonnés**. Pourtant, dans la définition, nous avons pu identifier qu'une partie des interviewés connaissait la notion de subjectivité interindividuelle.

Beaucoup pensent, et ceci a particulièrement été souligné en aparté, que le traumatisme psychique est un moyen **d'obtenir des inaptitudes** et même parfois de **se faire réformer**. Cette description correspond à la définition médicale de la simulation. La **simulation** est une production consciente de symptômes dans le but d'obtenir des bénéfices primaires, tels qu'une pension ou l'exemption d'obligations opérationnelles. Il est possible de retrouver dans la littérature des cas de troubles de stress post traumatique factices ou simulés. C'est ainsi que plusieurs études ont cherché à identifier des outils permettant de détecter la simulation psychotraumatique, tels que des tests psychométriques ou des indices physiologiques (fréquence cardiaque, conductance cutanée). Au final, **aucune technique n'a été validée**, le **meilleur outil** est **l'enquête de l'anamnèse** et le recueil de témoignages venant appuyer les dires du patient. Ceci relève du rôle de l'enquêteur administratif et **en aucun cas du rôle du médecin**. L'enquête de l'exposition, notamment par le biais de l'obtention d'un rapport circonstancié, a un intérêt administratif et financier mais finalement peu d'intérêt clinique. **L'événement a un sens dans l'histoire du patient et ne peut donc pas être appréhendé objectivement** (44). C'est probablement ce que voulaient exprimer les sept personnes qui ont parlé de la difficulté que le médecin devait avoir à poser le diagnostic de psychotraumatisme devant la subjectivité du vécu du patient. Mais selon Auxéméry, même s'il serait aisé de présenter au médecin quelques critères diagnostiques retrouvés dans un manuel de médecine, il semble impossible de simuler une histoire traumatique. La simulation « serait rapidement démasquée au sein d'un référentiel psychopathologique » (44)

Cette **recherche de la vérité est une question qui pose également question aux médecins d'unité**, alors comment en vouloir au commandement ? En effet, la suspicion de simulation soulève des dilemmes éthiques chez le médecin militaire qui prend alors la posture d'un enquêteur au détriment de son rôle de soignant (16).

En psychiatrie et en médecine de manière générale, **seule la vérité du patient compte**. C'est-à-dire qu'une **plainte** quelle qu'elle soit (mal de dos, perte de motivation), est déjà **l'expression d'une souffrance** qui doit être prise en compte. Trois personnes ont tout de même réussi à identifier ceci en expliquant que la démotivation, la remise en question de son engagement ou des valeurs militaires étaient des signaux d'alerte. La démotivation est finalement un signe de désadaptation, qui intervient souvent lorsque le militaire ayant tout

donné pour l'institution voit ses certitudes ébranlées, soit par un événement traumatique soit par la réaction de ses chefs face à celui-ci. L'un des interviewés explique que la blessure peut être favorisée par la « perte de sens ». Selon lui, l'incompréhension des ordres ou du but de la mission est pourvoyeuse de blessure.

7.2.3 Position du médecin

Outre la crainte que les médecins ne se laissent duper, certains pensent qu'ils sont soumis à un **principe de précaution**. C'est-à-dire, que le médecin étant garant de la santé du patient et de la sécurité du groupe dans son rôle d'aide au commandement, il ne peut pas prendre de risque. Pour huit personnes sur les vingt, il arrive que les médecins posent des inaptitudes par excès, par crainte d'un passage à l'acte : certains membres du commandement parlent « d'ouverture du parapluie ».

7.2.4 L'influence de la société

Quasiment un tiers des militaires interrogés expliquent l'augmentation du nombre de traumatismes psychiques par **l'évolution des mentalités au sein de notre société**. Quatre d'entre eux, évoquent une moindre confrontation à la mort et à la violence dans notre société actuelle. Selon eux, les individus ayant grandi dans cette **société protectrice**, seraient plus « faibles » et **moins préparés à être confrontés aux horreurs de la guerre**.

Certains officiers semblent avoir grandi dans des milieux favorisés et ne mesurent peut-être pas toujours le contexte dans lequel certains de leurs subordonnés ont pu grandir. Il semble en effet, que des militaires ayant un passé empreint de difficultés et de violences trouvent « refuge » à l'armée (en particulier dans la Légion Étrangère).

Un des interviewés explique que selon lui, l'attachement à une cause commune, soude les individus et les rend plus forts car ils sont « soutenus » par une idéologie. Il explique que la société actuelle étant moins pieuse, elle fournit un socle moins solide à chacun pour se construire.

Pour 60% des personnes rencontrées, le traumatisme psychique est **mieux reconnu et mieux pris en compte** de nos jours. Neuf individus ont notamment souligné une évolution des mentalités au sein de la société, mais il reste du chemin à parcourir. Il persiste encore une forme **d'incompréhension de la société face au vécu du soldat traumatisé**. Ceci est en partie dû aux mécanismes psychopathologiques du traumatisme psychique. En effet, le trauma vient « nier l'existence humaine et le lien aux autres hommes », le blessé se mure alors dans le silence car il a été projeté au-delà de ce qui est acceptable par la société (54).

7.3 Prise en charge et interactions avec le médecin d'unité

7.3.1 Mise en avant des aides déjà en place

Lors des entretiens, sept personnes sur vingt ont insisté sur **l'importance de reconnaissance** des militaires blessés. Ils expriment un **sentiment de fierté** face à ce que leurs subordonnés ont accompli, **l'institution leur est redevable** et se doit de prendre en charge leur blessure et de reconnaître le préjudice associé. Ces notions se retrouvent dans les discours des patients qui ont été recueillis dans une étude sur la perception des militaires atteints d'un TSPT.

Les docteurs Ribeton et Auxéméry notent dans le discours des patients, que « la dimension de reconnaissance semble fondamentale, thérapeutique en soi ». L'étude qu'ils ont menée a permis une analyse de contenu du discours de quinze militaires blessés psychiques. Celle-ci met en évidence un besoin des patients d'avoir une **écoute de la hiérarchie**, qui a dans ce contexte un **rôle rassurant et restructurant** (54).

Selon le professeur Barrois, la **non-reconnaissance du trauma** peut être considérée comme « **un traumatisme second** », « un blessé psychique, s'il n'est pas reconnu [. . .], voit son traitement s'enliser ; quelquefois cela rend même impossible son traitement. [. . .] Les efforts du thérapeute vont se briser ou seront toujours limités par cette non-reconnaissance » (55).

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 elles, cinq chefs de corps dont l'un a fait un état des lieux de la situation avant même que nous débutions l'entretien. Les chefs de corps ont eu le souci de montrer que l'institution et le régiment faisaient tout ce qui était en leur pouvoir pour accompagner au mieux les blessés psychiques.

Il est tout de même impossible de nier qu'il reste des éléments à changer pour améliorer la situation. Bien que cela soit une avancée majeure de cette décennie, les blessés et leur commandement, se heurtent encore aux **limites du système, sujet qui a été très peu abordé**.

A l'inverse de ces six personnes qui ont tenu à mettre en avant les aides à disposition, l'un des chefs de section explique que selon lui la prise en charge est imparfaite. Il pense que la communication sur la blessure psychique est « *très mal faite dans les régiments des forces* ».

L'un des interviewés explique qu'il est **difficile pour un militaire d'avoir un suivi médical régulier**, en particulier à cause du rythme de travail et de l'enchaînement des missions.

« Je pense que pour un militaire c'est déjà difficile de suivre une activité sportive normale dans le civil (club de karaté...) alors aller voir un médecin de manière régulière et le même, parce que c'est le même pour moi qui doit faire le suivi du mec, je ne vois pas comment faire ».

Ce **manque de simplicité dans l'accessibilité aux soins** est un obstacle supplémentaire à la bonne prise en charge de blessé. Par ailleurs, il nous a été confié « en off », que certains chefs de section se permettaient d'effectuer un filtrage des consultants. Ceci a également été rapporté par un patient vu en psychiatrie qui a dû prétexter une blessure physique pour avoir accès à une consultation médicale.

Malgré les nombreux plans d'action élaborés par l'institution pour améliorer le soutien des blessés psychiques, il reste encore des obstacles à la prise en charge optimale du psychotraumatisme.

7.3.2 Persistance de traumatisés non pris en charge

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. L'événement traumatique qui fait effraction, vient remettre en question des valeurs immuables. Aucun mot, aucune représentation, ne peut alors venir expliquer ce qu'il s'est passé. Devant **l'indicibilité de l'événement vécu** et l'absence de support de langage, il est

fréquent que le patient **se sente exclu** de la communauté des hommes. Le sujet se trouve alors dans une « **inhumaine solitude** » et ressent un sentiment de honte, autant de choses qui peuvent expliquer la difficulté des militaires à venir consulter ou à demander de l'aide. (39).

Auxéméry a pu observer dans le discours des traumatisés ce qu'il appelle le SPLIT « **Syndrome psycholinguistique traumatique** ». Celui-ci se caractérise entre autres par **l'anomie**, qui est l'impossibilité de nommer les choses et se traduit par un manque du mot et une réduction du débit d'élocution. Ce « **vide langagier** » est effectivement un **obstacle** à l'expression du blessé. (56).

« Le patient traumatisé est un taiseux sur son histoire qu'il ne peut confier que lorsqu'il n'en peut plus et que l'autre l'y incite » (44).

La persistance de blessés non pris en charge est niée par une partie du commandement, c'est le cas de six personnes sur les vingt interrogées. Ceci peut être considéré comme un mécanisme de défense du commandement. L'un des chefs de section a dit en parlant des troubles du comportement en lien avec un trauma « *les gens n'aiment pas creuser, ils ne veulent pas creuser* ».

Outre les caractéristiques inhérentes à la pathologie telles que la honte et l'indicibilité de l'événement, il existe d'autres **obstacles au repérage de la blessure psychique**. Nous distinguerons les obstacles qui relèvent du **corps médical**, de ceux qui dépendent du **commandement**.

Tout d'abord en ce qui concerne le corps médical, **la crainte des inaptitudes** peut être un frein à la consultation du blessé. Étant donné les contraintes des médecins militaires (gardes, missions), il arrive qu'un patient ait du mal à avoir un médecin référent qui le connaît bien et en qui il ait confiance. Ce **manque de référence** peut également être un obstacle à la consultation et au repérage de la blessure.

Ensuite, en ce qui concerne le commandement, le premier obstacle identifié semble être **l'accessibilité au médecin**. En effet, chaque militaire doit demander l'autorisation de son chef pour consulter à l'infirmerie. Nous savons d'expérience que certains soldats se voient parfois refuser l'accès à la consultation.

Un autre obstacle au repérage du traumatisme psychique est l'**image du guerrier fort et courageux**, qui ne doit pas « flancher ». Cet idéal, entretenu par les chefs, empêche le militaire d'exprimer sa souffrance. Il faudrait que le commandement arrive à **créer les conditions de l'expression d'une souffrance qui ne nuise pas à la carrière de son subordonné.**

7.3.3 Regard du commandement sur le médecin

La principale attente du commandement vis-à-vis du médecin d'unité est **une communication mutuelle**, toutes les personnes interrogées ont abordé le sujet. Huit personnes soulignent que la prise en charge des blessés dépend en partie de la relation médecin-commandement. Trois militaires déplorent un **manque de communication**, qui est **délétère** au bon fonctionnement de la mission et de la prise en charge du patient.

Pour qu'il y ait une bonne coordination et une compréhension mutuelle, un dialogue permanent doit être établi afin que **chacun comprenne les enjeux et contraintes de la mission de l'autre**. Cinq des personnes interviewées insistent sur la **différence de points de vue** entre les deux corps de métier. L'un d'entre eux parle notamment de **l'opposition entre « l'esprit guerrier » et les soins** qu'il considère parfois comme révélateurs de faiblesses. Pour cette personne, « l'esprit guerrier » est à associer à une certaine capacité de résilience, au « caractère sacré de la mission » et à la possibilité d'aller jusqu'au sacrifice ultime. Les **soins psychiques** peuvent être opposés à tout ceci dans la mesure où ils font **tomber certaines défenses**.

Mais accepter ses failles et tenter de les réparer n'est-il pas au contraire faire preuve de force et de courage ?

« En régiment, le combattant, il est là pour reprendre le combat voilà et donc ... C'est pas une forme de déni, c'est une forme de force collective qui fait qu'on est orienté vers le combat et que donc l'individuel passe après peut être au détriment de l'individu. »

Le militaire qui tient ces propos explique avoir pris du recul par rapport à l'époque où il était moins expérimenté, sans pour autant critiquer cette idée selon laquelle son **premier rôle** est de **maintenir ses soldats au combat**, parfois au **détriment de l'individu**, au **profit du collectif**.

Le point de vue de certains est que la mission prime sur l'individu, mais la mission du médecin n'est pas la même que celle de l'officier de l'armée de Terre. Il existe une différence d'objectifs que chacun doit prendre en compte.

Quatre militaires déplorent dans leur discours, **une « psychologisation »** en excès de certains événements. Ils semblent dire que les médecins font parfois trop de « sensiblerie ».

Les **avis divergent** fréquemment lorsqu'il est question de **rapatriement sanitaire**, six personnes sur vingt ont abordé ce sujet. Le rapatriement sanitaire est une **décision médico-militaire** qui peut être vécue comme **stigmatisante** et avoir **des répercussions sur la carrière** du militaire. Cette décision médicale doit faire suite à **un temps d'observation et de réflexion**, afin que le médecin puisse **analyser tous les enjeux**. Il est important d'expliquer au militaire et à sa hiérarchie que le rapatriement s'inscrit dans une **démarche de soins** et qu'il sera suivi d'une hospitalisation (57). Deux personnes ont parlé des treize militaires décédés en novembre 2019 lors de la collision de deux hélicoptères au Mali. Celles-ci ont remis en question le rapatriement sanitaire des camarades de ces militaires décédés. L'un d'entre eux oppose deux logiques : le raisonnement humain qui veut que ces soldats rentrent pour être pris en charge et le raisonnement militaire et politique qui doit assurer la poursuite de la mission et préserver l'image de l'armée. On retrouve ici l'idée que la **blessure** est considérée comme étant une **marque de faiblesse**. Le second, pense que le rapatriement était « *une erreur* », pour lui, **l'extraction** d'un personnel de son **groupe** pourrait être **pourvoyeur de blessure**.

« on avait des gens qui n'étaient peut-être pas psychologiquement blessés et qui vont l'être parce qu'ils sont coupés du groupe ». Celui-ci insiste ensuite sur l'importance de l'immersion régulière du militaire blessé dans son unité afin qu'il ne se sente pas « ostracisé ». C'est dans ce même état d'esprit que le congé du blessé a été créé, afin d'éviter l'isolement du blessé de guerre par rapport à son unité. Celui-ci est un congé dit d'activité, le militaire continue à être géré par son unité par opposition aux congés de non-activité (Congé Longue Maladie et Congé Longue Durée pour Maladie) lors desquels le patient est affecté à une unité spécifique. Le congé du blessé vient rappeler à nouveau que l'institution se soucie véritablement de l'accompagnement des militaires blessés dans l'exercice de leurs fonctions (17).

En opération extérieure, le groupe joue un **rôle protecteur** (12). En effet, les individus d'un même groupe partagent une histoire et des valeurs communes. Ils font vivre un esprit de solidarité qui intervient dans **l'apaisement du blessé**. De plus, garder son rôle au sein du groupe est non seulement **structurant** mais cela **évite** également le sentiment de **culpabilité de faire défaut au groupe**. (58)

L'une des préoccupations majeures du commandement est **le devenir du blessé**. Lorsqu'on les interroge sur les informations qu'ils souhaitent obtenir, plusieurs voudraient savoir dans quel **délai** leur subordonné sera **apte à la reprise**. C'est une information que le médecin n'est pas en capacité de donner précisément, d'autant plus dans le cas d'un traumatisme psychique, encore un élément qui pourrait leur être précisé dans lors d'une formation.

Ceci pose la **question du secret médical** au sein de l'institution, ce sujet a été abordé par dix personnes sur vingt. Cinq d'entre eux insistent sur l'importance de celui-ci, alors que quatre expliquent qu'il est **possible de « flirter »** avec le secret médical dans l'intérêt du patient ou de l'institution. Un individu a même avoué que le secret médical était **régulièrement rompu** dans son unité.

Toutes ces éléments laissent entrevoir que la position du médecin militaire est parfois délicate du fait de sa **triple fonction de médecin traitant, médecin conseiller du commandement et médecin du travail**.

Guy Briole dit du psychiatre militaire qu'il doit se placer dans un espace appelé **« l'extime »**. **« L'extime c'est ce qui est le plus proche, le plus intérieur tout en étant extérieur »**.

Au même titre que le psychiatre, le médecin des forces doit se placer à l'extérieur tout en gardant un point de vue sur l'intime. Ce concept d'extimité, permet au médecin de percevoir **l'individu dans sa singularité au sein d'un groupe régit par des conventions** (59).

L'un des commandant d'unité est revenu sur le fait que le **médecin** ne soit **plus sous les ordres du chef de corps**. En effet, avant l'organisation en CMA (Centre Médicaux des Armées), les médecins étaient intégrés au régiment et répondaient aux ordres du chef de corps.

« Alors il y a beaucoup de médecins qui savent très bien faire et qui renvoient les gars illico presto dans les compagnies pour bosser. J'en ai connu et j'en ai connu aussi beaucoup un peu

plus laxistes qui eux s'embêtent pas et donnent des arrêts. Là, dans ce cas là quand on tombe sur ce genre d'individu, le fait de ne pas avoir une subordination directe au grand patron local qui est le colonel, qui est un mec intelligent et qui sait faire la part des choses, surtout quand un spécialiste comme un médecin donne son avis. Il y a je pense peut-être quelque chose à améliorer en termes de subordination »

Actuellement, le médecin d'unité est sous les ordres d'un médecin, le commandant de son CMA, permettant cette extimité dont parle Guy Briole. Cependant, **en mission extérieure**, le médecin est soumis à une **double subordination**. En effet, il répond aux ordres de la chaîne santé, mais également à ceux du chef de corps du groupement tactique dont il dépend. Cette position extime est-elle encore possible dans ce dispositif ?

Si l'on étudie précisément les attentes du commandement, plus de la moitié souhaite avoir des informations sur **la conduite à tenir** et 40% veulent **connaître les aptitudes de leurs militaires**, ces informations **ne relèvent pas du secret médical et sont suffisantes** à la prise en charge du blessé.

Nous insistons depuis le début de notre exposé sur l'importance d'une formation du commandement à la blessure psychique. Mais **le médecin ne devrait-il pas lui aussi être formé à l'art du commandement** pour en saisir tous les aspects ?

L'un des chefs de corps, explique que **certains médecins « ne se remettent pas suffisamment en cause »** et ce de manière générale, pas seulement en ce qui concerne la blessure psychique. Il dit qu'après plusieurs années d'exercice de la médecine au sein de l'armée, certains médecins des états -majors *« sont dans une espèce de routine »*. Selon lui, à grade équivalent, les officiers des armes, sont plus souvent mis en *« déséquilibre »* ce qui les oblige à s'adapter et à se réinventer. Il finit par la phrase suivante : *« Enfin voilà, sur les relations avec les médecins je pense qu'on se comprend super bien en début de carrière et qu'on se comprend un peu moins bien après... »*

Ceci vient confirmer notre hypothèse selon laquelle **les médecins devraient également être formé à l'art du commandement**. Ainsi, nous proposons **un temps commun de formation** théorique mais surtout pratique lors de la formation initiale en école puis en cours de carrière.

Il semble également indispensable que **le médecin** qui sera amené à soutenir une unité en OPEX fasse **partie intégrante de la préparation opérationnelle**. Ceci permet d'appréhender les spécificités du travail de chacun mais également de nouer des **liens de confiance**. Bien que promu sur le plan théorique, il arrive fréquemment que pour des problématiques d'effectifs, les médecins soient désignés tardivement, compliquant d'emblée les relations avec le commandement.

7.4 Formation : une proposition à envisager

7.4.1 Freins à la mise en place d'une formation

Seuls **65%** des individus interrogés seraient **favorables** à la mise en place d'une formation sur le traumatisme psychique. Les militaires interrogés expliquent qu'ils doivent suivre de **nombreuses formations** dans divers domaines. Ceci étant associé aux missions intérieures et extérieures, ils disent ne **plus avoir assez de temps pour s'entraîner et faire leur cœur de métier**. C'est en ce sens que certains ne souhaitent pas avoir une formation supplémentaire. *« Qu'on nous demande en permanence en tant que patron du cours des capitaines d'injecter un module sur harcèlement, discrimination, violences sexuelles, sur enfin des tas de choses. Mais on me disait vous avez toujours autant de jours ou autant d'heures donc c'était forcément au détriment de la tactique donc il y a un moment je pense que le combattant il est fait pour combattre. »*

« Je pense que c'est utile, et ça serait vraiment utile évidemment mais qu'on n'arrive pas entre la formation initiale, la formation de cursus à injecter des modules au bon moment quoi c'est, c'est compliqué en tout cas ça fait beaucoup de choses à assimiler pour le chef et puis il y a un travail de maturité aussi c'est-à-dire qu'il faut de l'expérience pour tout ça. »

Selon cinq personnes il serait nécessaire d'avoir certaines **qualités humaines** pour apprendre à gérer une blessure psychique. Ils estiment que tout le monde n'est pas apte à être formé.

De façon évidente, une **formation théorique ne serait pas adaptée**. Cependant, au vu de certains discours, quelques rappels théoriques s'imposent. La mise en place d'exercices

sanitaires sous forme de simulation suivis d'une brève explication semble être parfaitement adaptée. Il est également possible d'envisager **des congrès ou des tables rondes** réunissant militaires blessés volontaires, commandement, médecin d'unité et psychiatre afin de **partager leurs expériences**. L'étude menée auprès de quinze militaires blessés a mis en évidence qu'il serait plus adéquat de faire une information sur le mode de « retour d'expérience » plutôt que d'effectuer un cours magistral (54).

7.4.2 Qui faudrait-il former ?

Lorsque l'on interroge les militaires sur les personnes à former, une notion importante revient à plusieurs reprises : « **on se confie mieux à ses pairs** ». Devant ce constat, certains considèrent qu'il faudrait former un militaire dans chaque grade ou bien dans chaque catégorie. D'autres pensent que c'est le rôle des cadres (cadres de contact, chef de section, commandant d'unité).

L'idée selon laquelle il y aurait une **nécessité de prérequis** pour être formé se retrouve lorsqu'un individu explique que cette formation devrait être destinée aux **militaires appréciés** des autres qui **savent mettre en confiance** les gens, et vers qui leur camarades pourront se tourner.

L'un d'entre eux suggère que la formation soit destinée aux militaires qui ont de **l'expérience**. Ceci rejoint notre idée selon laquelle **une personne qui a fait l'expérience du trauma est plus attentive aux militaires blessés, mais il est nécessaire de rappeler que chaque expérience est subjective et que pour assurer sa fonction de commandement, un chef doit prendre le recul nécessaire**.

8. Discussion

Le traumatisme psychique, bien que qualifié de « blessure invisible » est bien réel dans le milieu militaire. Le psychotraumatisme est le souci de tous, du psychiatre, du médecin d'unité, du commandement mais également du groupe. Cette pathologie, bien que décrite par les historiens et les philosophes depuis l'Antiquité, a longtemps été stigmatisée pour être

finalement acceptée et reconnue par l'institution. Il reste cependant des points d'ombre qui empêchent la prise en charge optimale des blessés psychiques. C'est ainsi que nous avons choisi de mener cette étude qualitative, pour tenter d'appréhender les représentations de la blessure au sein de la population que nous serons amené à soutenir et à conseiller : le commandement.

Notre problématique était la suivante : ***En quoi la représentation du traumatisme psychique par le commandement influence-t-elle la prise en charge du blessé ?***

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 de par son rôle de repérage, d'orientation et d'accompagnement. Une des conclusions majeures de ce travail 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.

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.

En premier lieu, créer un meilleur espace de dialogue au sein de la vie régimentaire semble nécessaire. Outre l'existence des commissions des blessés, chacun, membre du commandement et membre du corps médical, doit s'appliquer à créer les conditions propices à un échange constructif. Dans ce contexte, il semble essentiel de sensibiliser le commandement sur l'importance de l'indépendance de la décision médicale. En effet, des sujets tels que la question du secret médical et la subordination du médecin à la hiérarchie du régiment ont été abordés et font partie des points de discordance.

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 en fin d'école d'application. Ces exercices sanitaires 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. De cette expérience pourrait naître la mise en place d'exercices sanitaires, lors de la prise de poste en régiment, et permettre ainsi la poursuite des échanges de points de vue et la création de liens de confiance.

En ce qui concerne les militaires plus expérimentés, il serait intéressant de reconduire l'organisation de séminaires tel que celui proposé par le médecin général des armées Maryline Gygax Généro et le médecin en chef des services Marie-Dominique Colas en octobre 2020. Ce séminaire intitulé « Santé mentale en milieu militaire et conseil au commandement » avait pour but de rappeler l'importance de l'échange et de la concertation entre le commandement et son conseiller. 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.

Enfin, cette amélioration des relations médecin/commandement doit aussi s'effectuer au plus haut point stratégique. Le SSA et l'armée de Terre peuvent parfois mettre en place des directives de façon dissociée. L'harmonisation d'une vision stratégique commune ne permettrait-elle pas une meilleure prise en charge de nos blessés ?

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 la leur. Notre expérience de stage en psychiatre nous a permis d'appréhender la réalité sous un autre angle. Les patients se disent encore stigmatisés et isolés, ils témoignent également de camarades encore en activité non pris en charge.

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.

Le nombre de militaires suivis pour un trouble psychique en lien avec un événement traumatisant (déclaré au service de surveillance épidémiologique) a fortement augmenté en 2013 puis globalement diminué.

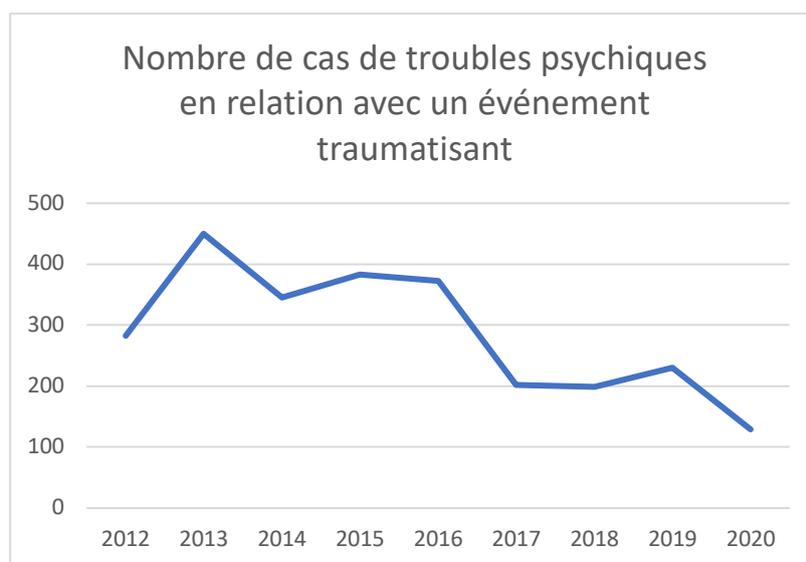


Figure 27 : nombre de cas total de psychotraumatismes déclarés au service de surveillance épidémiologique par année

Ce dialogue médecin/commandement doit se nourrir des expériences de chacun afin de lutter contre des représentations erronées.

Le corps médical doit lui aussi se remettre en question, les médecins d'unité doivent s'appliquer à comprendre les rouages du commandement afin de conseiller et d'expliquer au mieux les bénéfices secondaires à l'entrée dans un parcours de soin, pour le patient et pour

l'institution. Chacun doit s'inscrire dans une culture de l'amélioration qui serait régie par des principes éthiques tels que l'équité dans les armées ou encore l'aide aux familles des blessés.

Dans le même esprit que cette thèse, il faudrait étudier les représentations des médecins des forces ainsi que celles des psychiatres et bien évidemment des patients. Ceci permettrait de mesurer au mieux les écarts de représentation. Par la suite, ce même type de travail pourrait être envisagé dans la marine, l'armée de l'air et la gendarmerie.

Notre étude comporte quelques limites. 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 ?

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 dans cette thèse. C'est pour cette raison que nous joignons à cette étude objective, une dernière partie témoignant de notre vécu personnel.

9. Mon vécu personnel de cette expérience

Mon choix du métier de médecin militaire bien qu'initialement quelque peu hasardeux ne fait que se confirmer d'année en année. J'ai grandi dans le milieu du soin et j'ai toujours été entourée de bienveillance, c'est ainsi que le choix de la médecine semblait être une évidence.

En revanche, le milieu militaire m'était totalement inconnu avant la terminale. Séduite par l'image du médecin militaire, j'ai passé le concours de l'École de Santé des Armées sans véritable attente. Depuis, chaque expérience, chaque formation, chaque stage militaire a été pour moi source d'apprentissage et d'épanouissement. Cette thèse en est la preuve.

Ce sujet de thèse est né de la rencontre d'une préoccupation survenue lors de mon premier stage en unité, la relation avec le commandement et les problématiques éthiques qu'elle soulève, et d'un intérêt pour le traumatisme psychique.

Ce travail m'a permis d'acquérir des connaissances théoriques sur la blessure psychique et le dispositif d'aide en place dans l'institution mais j'en tire surtout des enseignements pratiques. Cette expérience m'aura enseigné le savoir être et l'importance de la communication dans mon futur métier. Être médecin militaire ne signifie pas seulement être médecin généraliste dans une unité, cela implique d'avoir le souci du milieu, de s'intégrer pour comprendre et soutenir au mieux.

Cette thèse aura aussi été riche en apprentissage technique. En effet, mener un entretien, créer un lien de confiance afin que le militaire se livre, s'adapter à son interlocuteur sont autant de choses que j'ai apprises au cours de ces rencontres.

Outres ces enseignements professionnels, j'ai également appris sur le plan personnel.

Chacune des rencontres a été l'occasion d'échanges en aparté. Cette thèse s'inscrivant dans une démarche objective, ces échanges informels n'ont pu être retranscrits. C'est cependant l'ensemble de ces éléments subjectifs qui ont eu un intérêt majeur.

Afin d'approfondir cette démarche, j'ai rédigé un journal de thèse au fil des différents entretiens. J'ai tout d'abord retranscrit mes attentes, mes hypothèses, mes idées « préconçues » afin de pouvoir les critiquer et de suivre l'évolution de celles-ci. Mon état d'esprit a de nombreuses fois changé au cours de ce travail : j'ai pu ressentir de la colère (à l'image des patients), être déçue parfois, mais également être reconnaissante et finalement plus indulgente vis-à-vis du commandement. C'est accompagnée de ma directrice de thèse que j'ai pu prendre du recul et avoir un regard moins sévère sur les réactions que mon sujet de thèse avaient pu susciter dans les régiments. Par exemple, j'ai été accueillie une fois par un militaire qui, un sourire en coin m'a demandé « Alors, on parle de quoi ? La vraie ou la fausse blessure psychique ? ». Cette idée de la « fausse blessure » et des « profiteurs » a été abordée par quasiment tous les militaires, y compris les médecins d'unité, que j'ai rencontrés.

Les premières notes de mon journal de thèse témoignent à la fois de ma satisfaction à mettre en évidence cette hypothèse formulée auparavant et de mon incompréhension devant des déclarations aussi fermes et directes. Je réalise finalement que mon jugement sévère vis-à-vis des connaissances sur le trauma était précipité. J'étais particulièrement étonnée par l'amalgame qui pouvait être fait entre le trauma et le trouble de l'adaptation. En réalisant un stage de trois mois en psychiatrie, j'ai pu mesurer la complexité de ces troubles et leur intrication.

Au fil de cette thèse, j'ai pu appréhender comment un concept médical, psychiatrique se construisait dans l'imaginaire collectif des militaires au fil de leurs expériences. Comprendre comment se construit une représentation, permet de dégager des axes de réflexion pour établir un dialogue adapté à l'interlocuteur. C'est ainsi que ce travail m'aura permis de me projeter dans ma future pratique et de penser au mieux mon positionnement en tant que médecin des forces.

10. Conclusion

Les conflits armés exposent les militaires à des situations potentiellement traumatisantes, pouvant être pourvoyeuses de blessures psychiques. Malgré sa fréquence élevée, cette blessure « invisible » a longtemps été source d'incompréhension au sein des armées.

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.

La perception du psychotraumatisme et sa prise en charge ont évolué au fil des guerres. Il existe un véritable contraste, entre le début du 20^{ème} 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. Mais malgré les nombreuses actions menées au profit des blessés, il reste des points d'ombre qui empêchent leur prise en charge optimale.

Le commandement qui est au plus proche des militaires, joue un rôle majeur de repérage, d'orientation et d'aide aux blessés. C'est ainsi que nous avons élaboré notre problématique :

En quoi la représentation du traumatisme psychique par le commandement influence-t-elle la prise en charge du blessé ?

Afin de répondre à cette interrogation, nous avons réalisé une étude qualitative au sein de six régiments de l'armée de Terre. Nous avons mené des entretiens semi dirigés auprès de chefs de corps, commandants d'unité et chefs de section afin de recueillir leur point de vue. 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 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 sanitaires et la réalisation de séminaires et de tables rondes afin de sensibiliser au trauma. Une meilleure coordination des actions du SSA 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.

11. Bibliographie

1. Ducrocq F, Jehel L. Troubles psychotraumatiques. EMC-Traité Médecine Akos. 2014;9(2):1-7.
2. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2010;168(4):311-9.
3. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. II. La réaction immédiate et la période post-immédiate. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2010;168(8):639-44.
4. Crocq L., Doutheau C., Sailhan M. Les réactions émotionnelles dans les catastrophes. 1987;37(113).
5. Boisseaux H. Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post traumatique. Revue francophone du Stress et du Trauma. 2010;10(2):79-88.
6. Chidiac N, Crocq L. Le Psychotrauma (III) – Névrose traumatique et état de stress posttraumatique. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2011;169(5):327-31.
7. American Psychiatric Association. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015. 1275 p.
8. Auxéméry Y. Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites. Eur J Trauma Dissociation. 2019;3(4):245-56.
9. Josse E. Le vent du boulet des soldats des guerres d'Empire. Eur J Trauma Dissociation. 2019;3(2):143-5.
10. Demaegdt C. Traumatisme et travail dans l'étiologie des névroses de guerre. Travailler. 2015;33(1):59-88.
11. 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.
12. Auxéméry Y, Lahutte B. Guerres et catastrophes : l'expérience des psychiatres militaires en Afghanistan. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2015;173(10):863-7.
13. Gignoux-Froment F, Moris M, Terrier D, Paul F. 1918-2018 – Réflexions sur les évolutions de la pratique de la psychiatrie militaire en opération. médecine et armées. 2019;47(1):13-8.
14. Pierre M., Voutyras-Pierre A-M. Le traumatisme psychique de guerre : un concept à l'articulation de l'histoire et de la médecine. EMC-Psychiatrie. 2018;15(2):1-4.

15. Stéphane Bonnefoi, Diphy Mariani. 1918, après la guerre, les années folles. Deux traumatisés de guerre contre les chocs électriques [Internet]. 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>
16. 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.
17. 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.
18. Ministère des armées. Rapport Annexé-Projet de loi de programmation militaire 2019/2015. 2018.
19. Ministère des armées. Guide du parcours du militaire blessé et de sa famille. 2018.
20. Ministère des armées. Plan d'accompagnement des familles et d'amélioration des conditions de vie des militaires 2018-2022.
21. Dumas, A. vingt ans après. Flammarion; 1998. 924 p.
22. ATHOS, le dispositif de réhabilitation psychosociale dédié à l'accompagnement des militaires blessés psychiques [Internet]. [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.defense.gouv.fr/blesses/fiches-thematiques/athos-dispositif-de-rehabilitation-psychosociale-pour-les-militaires-blesses-psychiques/athos-le-dispositif-de-rehabilitation-psychosociale-dedie-a-l-accompagnement-des-militaires-blesses-psychiques>
23. Direction des ressources humaines de l'armée de terre. Note de service N°510522/DEF/RH-A T/CP-EH/PSY/NP Evolution de la fonction « conseiller facteur humain ».
24. Armée de Terre. Retour d'opération extérieure : le SAS [Internet]. 2019 [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=Jev4wwXD4Hw>
25. Vilain, C., Marot-Volet, C., Battesti, M., Housset, Andurain, J., Gelez, V. Le SAS de fin de mission Théorie et pratiques. *Les cahiers du RETEX.* 2016;62.
26. Moscovici, S. La psychanalyse, son image et son public. Presse universitaire de France. 1976.
27. Abric, J.C. Coopération compétition et représentations sociales. Delval. 1987.
28. Jeoffrion C, Dupont P, Tripodi D, Roland-Lévy C. Représentations sociales de la maladie : comparaison entre savoirs « experts » et savoirs « profanes ». *L'Encéphale.*

2016;42(3):226-33.

29. Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. 2010;36(3S1):7-13.

30. Zarfian, E. Les jardiniers de la folie. Paris; 1988.

31. Auxéméry Y. À chaque guerre son syndrome, à chaque syndrome sa guerre. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2015;173(2):174-9.

32. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5.

33. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittee J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative -Première partie : d' Acteur à Interdépendance. Exercer. 2009;87:74-9.

34. Foure J, Vincent F, Cade C, Bellanger W, Petit A, Begue C. Perceptions par leurs employeurs des salariés en situation de souffrance psychique liée au travail. Arch Mal Prof Environ. 2019;80(1):16-26.

35. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative - Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer. 2009;(88):106-12.

36. Lebart, L., Salem, A. Analyse statistique des données textuelles. Questions ouvertes et lexicométrie. Paris; 1988. (Histoire et mesure).

37. Degenne, A., Vergnès, P. Introduction à l'analyse de similitude. Revue française de sociologie. 1973;471-512.

38. Flament, C. L'analyse de similitude : une technique pour les recherches sur les représentations sociales. Cahier de Psychologie Cognitive. 1981;375-95.

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

40. Prot-Klinger, K. Le sentiment de culpabilité et de honte chez les survivants de l'Holocauste. L'Évolution Psychiatrique. 2011;(76):201-17.

41. Combalbert N, Lançon J-M. Les spécificités du débriefing psychologique en milieu professionnel. Prat Psychol. 2006;12(3):261-9.

42. Lajous, O. L'art de diriger ? L'Harmattan. 2013. 164 p. (Diplomatie et Stratégie).

43. Jodelet D. Folies et représentations sociales. Presses universitaires de France Paris; 1989.

44. 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.
45. Al Joboory S, Soulan X, Lavandier A, Saint Jammes J-T, Dieu E, Sorel O, et al. Psychotraumatologie : prendre en charge les traumatismes psychiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2019;177(7):717-27.
46. Croq, L. Seize leçons sur le trauma. Paris: Odile Jacob; 2012.
47. Annette S, David A, Marion L, Jacques A.-E, Carfantan C, Colas M.-D. Les évacuations médicales stratégiques pour troubles psychiques en opération: étude sur l'évolution des motifs d'hospitalisation dans le service de psychiatrie de l'hôpital d'instruction des armées Percy en 2016-2017. *médecine et armées.* 2019;47(1):25-34.
48. Lairie A. Épidémiologie des évacuations aériennes médicalisées de faible priorité dans les armées françaises de 2013 à 2016: étude observationnelle rétrospective chez 2853 patients sur une période de 4 ans [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2018.
49. Houllé WA, Silès J, Tarquinio P, Tarquinio C. Trauma et culture : influence des facteurs culturels dans la rencontre traumatique et perspectives psychothérapeutiques. *Eur J Trauma Dissociation.* 2017;1(2):121-9.
50. Zammateo N, Botman M. Le psychotraumatisme s'inscrit dans l'ADN et peut se transmettre sur plusieurs générations. Apports de la méditation de pleine conscience dans les troubles de l'anxiété et l'état de stress post-traumatique. *Eur J Trauma Dissociation.* 2019;3(2):113-24.
51. Weill-Fassina A, Kouabenan, D-R., De la Garza C. Analyse des accidents du travail, gestion des risques et prévention. In: *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations.* Presses universitaires de Nancy; 2014. p. 251-84.
52. Ngueutsa, R. Croyances et comportements de sécurité des usagers du trafic routier : une étude des perceptions et de l'explication naïve des accidents de la route au Cameroun. *Psychologie.* 2012;
53. Directive relative au soutien psychologique dans l'armée de Terre N° 500486/DEF/RH-AT/CP-EH/MEPS/NP. 2017.
54. Ribeton M, Auxéméry Y. « Reconnaissance » et « réparation » des troubles psychiques de guerre : le point de vue des patients. Partie 2 : analyse de contenu du discours de quinze militaires blessés psychiques de guerre. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2018;176(1):28-33.
55. Barrois C, Houillon P, Bieder J, Grappe, Marchais, Loo P. Le traumatisme second : le

rôle aggravant des milieux socio-professionnel, familial, médical, dans l'évolution du syndrome psychotraumatique. Discussion. Ann Méd-Psychol. 1998;156(7):487-92.

56. Auxéméry Y. Le traumatisme psychique constitue une blessure du langage par atteinte des réseaux de significations. L'Évolution Psychiatr. 2021;86(2).

57. Rondier J-D. Le rapatriement sanitaire en psychiatrie, une décision s'inscrivant dans un processus de soin. Médecine et armées. 2010;38(1):99-103.

58. de Montleau F., Panagas S, Calteau M, Granier C, Daudin M. Les états de stress aigu chez les militaires en opération. Soins. 2014;59(788):22-5.

59. Briole G, Lebigot F, Lafont B. Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. FeniXX; 1998. 494 p.

Annexe 1 : Approbation de diffusion de l'étude par la direction de la médecine des forces



MINISTÈRE DES ARMÉES



DIRECTION DE LA
MEDECINE DES FORCES

Division Métier

Affaire suivie par :
MCSCN Christian LEBEAU
TSEFIC Alexandra AGACHE

Tours, le 28 octobre 2019
N° 1525/ARM/SSA/DMF/DIVMET

NOTE

Destinataires « *in fine* »

Objet : approbation de diffusion d'une étude dans les structures du service de santé de la médecine des forces.

Référence(s) : BE n°1733/HIAL du 25/07/2019

La demande de l'IHA Joanna DE OLIVEIRA est approuvée :
Dans les établissements placés sous sa tutelle, et avec la collaboration de ses personnels, la Direction de la Médecine des Forces autorise la diffusion du questionnaire relatif à l'étude « Représentation de la blessure psychique par le commandement ».

Le numéro d'enregistrement DMF/DIVMET de ce projet de recherche est le : 2019-027.

Cette approbation
- est donnée sous réserve de la validation de l'étude par la direction de la formation, de la recherche et de l'innovation (DFRI) ;
- ne se substitue pas à votre encadrement technique ou clinique, ni aux démarches réglementaires (loi informatique et libertés, RGPD, Code de la santé publique...). Pour mémoire, ces démarches sont à réaliser avec le Bureau Recherche et innovation de la DFRI (dfri-bri.contact.fct@intra.def.gouv.fr).

 **Le médecin général Christian Bay**
Directeur adjoint de la médecine des forces

Base aérienne 705 – Route départementale 910 – 37076 Tours cedex 2
Tél. : 02.47.85.82.00 poste : 25485
dmf-sante-pub.contact.fct@intra.def.gouv.fr

Annexe 2 : Approbation et financement de l'étude par la direction de la formation de la recherche et de l'innovation

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES ARMÉES

Paris, le 26/06/2020

N° /ARM/SSA/DFRI/DSP/BRI/REC
507098

DIRECTION DE LA FORMATION DE LA
RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Division Scientifique et Pédagogique

Bureau Recherche et Innovation

Le Médecin Général Inspecteur Hervé Foehrenbach
Directeur de la Formation, de la Recherche et de l'Innovation

à

Monsieur le Médecin Général Inspecteur
Médecin chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran
(à l'attention du MC F Gignoux-Froment)

Objet Notification des crédits affectés au projet de recherche n°2019PHJ17

Référence Lettre d'acceptation du projet de recherche 2019PHJ17

J'ai l'honneur de vous transmettre la notification de crédits 2020 pour le projet de recherche clinique :
« Représentation de la blessure psychique par le commandement » n°2019PHJ17 porté par le Médecin
en Chef F Gignoux-Froment.

Montant TTC : 3 750,00 €

Une attention particulière du Bureau Recherche et Innovation (BRI) sera accordée à la gestion de chaque
projet clinique. Les objectifs étant de permettre au BRI de procéder aux ajustements nécessaires
en fonction de l'avancement technique et sur la base d'une demande justifiée. A cette fin, un état
d'avancement du projet accompagné d'un compte rendu financier annuel sera adressé au BRI.

Aucun report sur l'année 2021 ne sera autorisé.

Imputations du projet **2019PHJ17** validé par la chaîne DFRI/DSP/BRI/REC

Domaine fonctionnel : 0178-05-80

Centre financier : 0178-0064-SS07 (DFRI)

Activité : 0178160101C1- Etudes et recherche opérationnelles

Centre de coût : D158ACJ000- DFRI

Toutes les demandes d'achat rattachées à ce projet devront :

- Porter les imputations budgétaires précisées ci-dessus ;
- Porter des imputations comptables cohérentes avec la nature de l'achat ;
- Etre accompagnées de la présente décision avec mention en commentaire du numéro de projet.

Toute difficulté devra faire l'objet d'un compte rendu au bureau finances valorisation la DFRI

Annexe 3 : Autorisation du commandement des forces terrestres

NMR	512143/CFT/DIV .FPE/BPROG/NP	DATE	24/10/2019
DESTINATAIRES ACTION	DMF – DMF TOURS		
DESTINATAIRES INFO	EMDIV1 – EMDIV3 – COMLOG – COMLE – COMMF – SMITER – EMAT – HIA LA VERAN		
COPIES INTERNES	A/C – SEC CEM		
MOT CLE	PROGRAMMATION		
OBJET	ETUDE DE RECHERCHE CLINIQUE DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES		
IMPORTANCE	HAUTE	NORMALE	FAIBLE
PROTECTION	NON PROTÉGÉ		
REFERENCES	MESSAGE N°2019/1560/DMF DU 30 SEPTEMBRE 2019 LETTRE N°1378/ARM/SSA/DMF/DIVMET DU 30 SEPTEMBRE 2019		
PIECES JOINTES	LETTRE N°1378/ARM/SSA/DMF/DIVMET DU 30 SEPTEMBRE 2019 SYNTHESE DE L'AVANCEMENT DU PROJET		
TEXTE	<p>PRIMO</p> <p>PAR MESSAGE ET LETTRE DE REFERENCE, LA DIRECTION DE LA MEDECINE DES FORCES DEMANDE AU CFT L'AUTORISATION DE MENER UNE ETUDE SUR LA BLESSURE PSYCHIQUE AU SEIN D'UNITES DE L'ARMEE DE TERRE.</p> <p>SECUNDO</p> <p>LES UNITES DE LA REGION SUD EST, CONFORMEMENT A LA SYNTHESE D'AVANCEMENT DU PROJET EN PIECE JOINTE, SERONT CONTACTEES DIRECTEMENT PAR LA DMF AFIN DE CONVENIR D'UNE DATE POUR REALISER CETTE ETUDE AUPRES DE 3 PERSONNES DU COMMANDEMENT.</p> <p>TERTIO</p> <p>LE CFT DONNE UN AVIS FAVORABLE ET AUTORISE LA DIRECTION DE LA MEDECINE DES FORCES A CONTACTER LES UNITES SELECTIONNEES AFIN DE REALISER CETTE ETUDE CONFORMEMENT A LA LETTRE DE REFERENCE EN PIECE JOINTE.</p>		
REDACTEUR			
Grade Nom Prénom	MAJ BACHY MICHEL		
PNIA	863.591.29.03		

Le lieutenant-colonel François FERRATON,

chef de la section activités opérationnelles

Première partie : Expérience personnelle du traumatisme psychique d'un subordonné.

- Un de vos subordonnés a-t-il déjà été confronté à un évènement potentiellement traumatisant ?
 - Si Oui : Comment cela s'est-il passé ? Pensez-vous que l'on puisse parler de blessure psychique dans cette situation ?
 - Quel a été votre rôle ?
 - Avez-vous dû prendre des dispositions particulières pour ces activités professionnelles, ces missions etc... ?
 - Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées dans la gestion de cette situation ?
 - Vous êtes-vous senti compétent ? (OUI/NON) Pourquoi ?
 - Vous êtes-vous senti aidé, accompagné par le service de santé ?
 - Si Oui par qui ?
 - Si Non, comment auriez-vous aimé que cela se passe ?
 - Si non : Quel rôle pensez-vous avoir dans ce type de situation ?
 - Vous sentiriez-vous compétent face à ce genre de problème ?

Deuxième partie : Idées générales sur la blessure psychique, ces conséquences, la gravité, la notion de simulation.

- Pourriez-vous me décrire ce qu'est une blessure psychique ? Qu'est-ce que le terme blessure psychique vous évoque ?
- Connaissez-vous les signes d'une blessure psychique ?
 - Si Oui, pourriez-vous m'en citer quelques-uns (max 3 ?)
 - Si Non, *passer à la question suivante*
- Pourriez-vous me dire dans quelles circonstances une blessure psychique peut arriver ?
- Pourriez-vous me dire quelles en sont les conséquences ?
 - Au niveau collectif : mise en péril de la mission, équilibre du groupe, retentissement sur ses camarades, modification des rapports avec ses camarades et avec ses chefs ?

La blessure psychique d'un personnel peut avoir des conséquences sur le groupe et la mission, mais qu'en est-il des conséquences sur le personnel lui-même ?

- Au niveau individuel :
 - A court terme : capacités opérationnelles, mal être, isolement, stigmatisation (considéré comme un faible ou bien un héros) surprotection ? Est-ce que ses camarades considèrent que c'est une forme de faiblesse d'être plus sensible à cet évènement traumatisant ? Si oui, ont-ils tendance à le protéger ou au contraire à la montrer de doigts ?

Et qu'en est-il du commandement ? Est-ce que ce personnel bénéficie « d'un traitement de faveur » ?

- A long terme : inaptitudes, relation personnelles, équilibre familial, PTSD, addiction, départ en mission.
- Est-ce que c'est grave et pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?
- Pensez-vous, qu'il existe « un effet de mode » du traumatisme psychique ? Pensez-vous que certains militaires aient conscience de ceci et tentent d'en tirer profit ? Certains parle d'effet de mode concernant le traumatisme psychique, que pensez-vous de ceci ?
- Pensez-vous qu'à cause de cet effet de mode les médecins puissent poser trop rapidement ou trop facilement ce diagnostic ?
- Ou bien pensez-vous à l'inverse qu'il y a encore beaucoup de militaire en souffrance, qui n'ont pas osé parler de leur traumatisme et qui restent sans solution ni traitement ?

Troisième partie : Axes d'amélioration des liens avec le service médical selon leur point de vue.

- Selon vous, à partir de quand faut-il faire appel à un médecin quand un personnel est exposé à un évènement potentiellement traumatisant ?
- Qu'attendez-vous de la part du médecin militaire dans ce type de situation ?
 - Qu'ils vous disent de quoi souffre votre personnel ?
 - Qu'il statue rapidement sur ses aptitudes ?
 - Qu'il vous donne des éléments à surveiller chez ce militaire ? comme par exemple des signes évocateurs de complications ?
- Trouveriez-vous utile d'être formé à reconnaître et gérer ce type de blessure ? Pensez-vous que tout militaire devrait être formé aux Premiers Secours Psychologique au même titre qu'ils sont formés au secourisme ? ou bien pensez-vous qu'une ou 2 personnes sensibilisée par section suffise ?
- Avez-vous entendu parler du Premier Secours Psychologique en Opération ?
 - Si oui et formation faite : Qu'avez-vous pensé de cette formation ? Quels en sont les axes d'amélioration selon vous ?
 - Si oui et formation non réalisée : Souhaitez-vous être formé ? Qu'attendez-vous de cette formation ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.



Auteur : DE OLIVEIRA Joanna

Faculté des Sciences médicales et paramédicales **Aix-Marseille Université**

D.E.S de MEDECINE GENERALE

Titre : Représentation de la blessure psychique par le commandement dans l'Armée de Terre

Le traumatisme psychique est une pathologie fréquente dans les armées. Les opérations extérieures exposent les militaires à des situations potentiellement traumatiques. Cette rencontre avec le Réel de la mort peut être à l'origine de retentissements psychologiques invalidants (reviviscences, cauchemars traumatiques, hypervigilance, symptômes d'évitement, altération de l'humeur). Bien que la perception de cette blessure dite « invisible » ait évolué au fil des guerres, la prise en charge des blessés psychiques nécessite encore des améliorations.

Le médecin des forces doit conseiller et soutenir le commandement qui joue un rôle majeur de repérage, d'orientation et d'accompagnement des blessés. Nous avons ainsi souhaité répondre à la problématique suivante : ***En quoi la représentation du traumatisme psychique par le commandement influence-t-elle la prise en charge du blessé ?***

Nous avons mené une étude qualitative en recueillant le point de vue du commandement par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de chefs de corps, commandants d'unité et chefs de section, dans six régiments de l'armée de Terre. L'analyse du contenu de leurs discours, nous a permis d'appréhender les incompréhensions du commandement mais aussi de mieux prendre en compte les contraintes et les enjeux de leur fonction.

Malgré une connaissance pointue de la blessure psychique, il persiste une vision parfois erronée de celle-ci. En effet, des sujets tels que la « contagion » de la blessure, l'instrumentalisation du trauma ou l'association de celui-ci à la faiblesse ont été abordés de manière récurrente. L'analyse des récits révèlent par ailleurs que l'expérience du trauma permet d'avoir une vision plus fine de la situation.

Le commandement déplore également un manque de communication avec le corps médical. Les médecins ont ainsi un rôle essentiel dans la coordination des actions menées avec le commandement au profit des blessés, depuis les régiments jusqu'aux instances centrales.

Mots-clés : traumatisme psychique, psychotraumatisme, représentations sociales, commandement, médecin militaire, armée de Terre.