



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
DANS LE CADRE DU TROISIÈME CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

LE 2 AVRIL 2014

Par

Lise HOLTERBACH

Née le 24 février 1984 à Strasbourg

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE – PARIS
ANCIENNE ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES DE LYON-BRON

Corrélation entre consommation de soins et score de la *Post-traumatic Check List Scale* dans une population de militaires

Examineurs de thèse :

M. le Professeur Bernard KABUTH

Président du Jury

Mme le Docteur Isabelle THAON

Juge

M. le Docteur Mathias POUSSEL

Juge

M. le Docteur Pascal DESRÉ

Juge

M. le Docteur Yann AUXÉMÉRY

Directeur de Thèse

*Au Dieu des Santards
À cette sacrée Sale Boîte
Et à la Sixième qui s'en fout
Et qui a bien raison*

Non Non Non... Les Santards ne sont pas morts

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « Gestion DU – DIU »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel
STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel
VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A) Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) *Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A Notre Maître et Président de Jury

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

**Professeur des Universités en Pédopsychiatrie
de la Faculté de Médecine de Nancy**

*Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger et présider à notre jury de thèse, ainsi que
de l'intérêt que vous avez témoigné pour notre travail.*

*Nous vous prions de trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre
haute considération.*

A nos Maîtres et Juges

Madame le Docteur Isabelle THAON
Maître de Conférences des Universités en Médecine et Santé au Travail
Faculté de Médecine de Nancy

Votre présence dans notre jury nous honore. Nous vous prions de recevoir à travers cette thèse le témoignage de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Mathias POUSSEL
Maitre de Conférences des Universités en Physiologie
Faculté de Médecine de Nancy

Votre présence dans notre jury est un honneur. Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Soyez assuré de notre profond respect et de nos plus sincères remerciements.

Monsieur le Médecin en Chef Pascal DESRÉ
Médecin-Chef de l'Antenne Médicale d'Auxonne
Centre Médical des Armées de Besançon

Votre présence dans le jury vous honore. Nous vous remercions pour votre aide dans le recueil des données et votre soutien tout au long de ce travail. Veuillez accepter nos remerciements les plus sincères.

Monsieur le Médecin Principal (TA) Yann AUXÉMÉRY
Médecin adjoint du Service de Psychiatrie de l'HIA Legouest
Docteur en Sciences Humaines Cliniques - Université Paris Diderot

Vous nous avez fait l'immense honneur de diriger cette étude et nous avez permis la réalisation et l'aboutissement de ce travail. Pour les précieux conseils, la patience et la confiance que vous nous avez témoignés, nous tenons à vous exprimer notre sincère gratitude.

École du Val-de-Grâce

À Monsieur le Médecin Général Inspecteur François PONS

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Commandeur de l'Ordre National de Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques - échelon argent

Médaille d'Honneur du Service de Santé des Armées

À Monsieur le Médecin Général Jean-Bertrand NOTTET

Directeur adjoint de l'Ecole du Val de Grâce

Professeur agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes académiques

À

**Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN
Maître de Conférence des Universités en Épidémiologie
Faculté de Médecine de Nancy**

*Vos compétences, votre disponibilité et votre aide sur le plan méthodologique et statistique
ont été indispensables à la réalisation de ce travail.
Soyez assuré de nos remerciements les plus sincères et notre profond respect.*

&

**AUX MÉDECINS D'UNITÉ
AUX PERSONNELS DES ANTENNES MÉDICALES
dans lesquelles le recueil de données a été réalisé**

*Veillez accepter nos remerciements les plus sincères pour l'aide que vous nous avez
apportée dans le recueil des données.
Votre investissement pour ce travail vous honore. Soyez certains de notre profond respect
à votre égard.*

À

Monsieur le Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Émérite de la Faculté de Médecine de Nancy
Maternité Régionale Universitaire de Nancy

&

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Maternité Régionale Universitaire de Nancy

&

Monsieur le Professeur Olivier MOREL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Maternité Régionale Universitaire de Nancy

*Avoir pu réaliser mon semestre de gynécologie-obstétrique au sein de votre service restera
un immense honneur.*

Je vous prie d'accepter mes sincères et respectueux remerciements

À

Madame le docteur Marie-Odile DELAPORTE

&

Madame le docteur Marine GEFFROY

&

Madame le docteur Élise GRATIUS

&

Madame le docteur Anabela JANELA

&

Madame le docteur Catherine LAMY

&

Madame le docteur Cécile MÉZAN DE MALARTIC

&

Madame le docteur Estelle PERDRIOLLE

&

Monsieur le docteur VILLEROY DE GALHAU

Du service de Gynécologie-Obstétrique
De la Maternité Régionale Universitaire de Nancy

Apprendre et travailler à vos côtés furent un honneur et un plaisir quotidiens.

Merci de m'avoir permis de progresser et de prendre confiance en moi.

J'espère avoir réussi à vous satisfaire.

Veuillez accepter mes chaleureux, respectueux et sincères remerciements.

À

Monsieur le Médecin en Chef Éric MIOULET

Monsieur le Médecin Principal David PRUNIER-DUPARGE

Anciens Médecins-Chefs de l'Antenne Médicale de la Gendarmerie de Metz

&

Madame le Médecin Chef des Services Yolande VÉRAN

Ancien chef de service de Dermatologie de l'HIA Legouest

&

Monsieur le Médecin en Chef Moni CHAI

Chef du Service des Urgences de l'HIA Legouest

&

Monsieur le Médecin en Chef Henri LEHOT

Ancien Chef du Service des Urgences de l'HIA Legouest

Merci de m'avoir accueillie dans vos services durant mes semestres à l'HIA Legouest et à la gendarmerie de Metz. Recevez mes remerciements les plus sincères.

À

Monsieur le Médecin Guillaume BELLEC

&

Monsieur le Docteur Christian BREDIN

&

Madame le Médecin en Chef Céline CONVERSET

&

Monsieur le Médecin en Chef Damien CORBERAND

&

Madame le Médecin Principal Sandie ÉPIFANIE

&

Madame le Médecin Principal Anne-Claire FOUGEROUSSE

&

Monsieur le Médecin en Chef Olivier GACIA

&

Monsieur le Médecin en Chef Pierre-Yves GIRAULT

&

Monsieur le Médecin en Chef (R) Bernard KREBS

&

Madame le Médecin Principal Claudia SAVA

Vous m'avez enseigné et transmis vos connaissances durant mes semestres respectifs à l'HIA Legouest et à l'antenne médicale de la gendarmerie de Metz.

Merci pour votre patience et votre confiance.

Soyez assurés de mes remerciements les plus sincères.

A mes co-internes de la Maternité Régionale Adolphe Pinard
Marie, Charline, Jellila, Laurène, Catherine, Caroline, Pauline, Clémence, Rabia, Aude,
Ronan, Shagha
Adeline, Léa et Benoît
Audrey

*Merci pour ces six mois à vos côtés, pour ces fous rires au PATUGO, pour ces staffs
endiablés, pour ces folles nuits de garde et pour votre soutien dans des moments difficiles.
Vous êtes formidables.
Vous avoir rencontré est un réel bonheur.
J'espère que nos chemins continueront de se croiser.
Je vous souhaite à toutes et tous joie et réussite dans tout ce que vous entreprendrez.*

Aux internes de l'internat du CHU de Nancy du semestre d'été 2012
Ève, Jellila, Cédric, Aude T., Catherine, Antonin, Marie, Medhi, Guillaume, Julien, Caroline,
Baptiste et tous les autres...
Merci pour toutes les soirées et les moments passés ensemble. Que de souvenirs...

À mes co-internes Santards et Navalais de l'HIA Legouest
Augustin, Rémi, Nicolas, Paul, Anne-Cé
Louis-Paul, Édouard L., Édouard P., Jean-Marie, Guillaume, Matthieu, Hélène, Ludivine
Amandine, Raphaël, Amaury et Martingrauinterne
Quentin, Damien, Fabienne, Céline, Arnaud, Caroline
Mimi, Lénaïg, Solveig, Marine
&
À mes trois co-internes civils
Céline, Amélie et Arthur

*Merci pour ces moments agréables passés avec vous
Je vous souhaite bonheur et réussite dans tout ce que vous entreprendrez*

A mes amis de la boîte,
Loréline, Camille, Carole M, Célia, Carole P, Hélène, Lise
Pollux, Pauline, Julien, Lionel, Benny, Xavier
*Notre amitié est un précieux cadeau. Merci pour tous ces moments passés en votre
compagnie et pour tout ceux qui nous attendent encore à l'avenir*

A mes amies mamans messines
Audrey, Alice, Julie, Axelle, Cécile, Anne
*Merci pour ces soirées agréables et ces discussions très féminines durant les longs
crépuscules hivernaux*

À toutes les autres personnes que j'ai pu croiser depuis le début à Lyon
A tous ceux que j'oublie peut-être, mais qui m'en excuseront je l'espère.

À mon grand garçon Arthur,

*Avoir la chance de t'avoir avec nous est un bonheur et un plaisir quotidiens
Ta joie de vivre, ton énergie, ton optimisme et ta force sont des exemples pour nous
Continue de te battre, c'est toi le plus fort !*

&

À Albert,

*Merci pour ta présence et ton amour depuis 6 ans ½
Merci pour ton précieux soutien, sans lequel je n'aurais pu présenter ce travail.
Merci aussi de m'avoir supportée durant ces longues études, affrontant à mes côtés les
examens, l'internat, les gardes...*

&

À toute ma famille,

*Merci pour votre présence, votre amour, votre accueil et vos précieux conseils depuis tout
ce temps.*

&

À toute l'équipe d'Hématologie Pédiatrique de l'Hôpital d'Enfants de Nancy

*Vos compétences, votre accueil chaleureux et votre humanité vous honorent
Merci pour votre gentillesse et votre attention à chaque passage en HDJ
Soyez assurés de nos respectueux remerciements et de notre profond respect*

&

À Barbara ANDRÉANI

*Attachée de Recherche Clinique
Centre de Régional de Documentation scientifique et de recherche clinique
HIA Legouest - Metz*

*Parce que comme dans un article, le dernier auteur est un des plus importants,
Merci pour ton aide et ton soutien durant ce travail
Merci pour ces longues discussions et ces heures durant lesquelles j'ai du attraper pas mal
de cheveux gris
Bon courage pour la suite*

Les choses sérieuses commencent...

○ ○

...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 ARMEE
AUX CHIRURGIENS SOUS-AIDES. 1811**

○ ○

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 sont 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 ».

Tables des matières

Introduction	p 20
1) Clinique de la structuration psychotraumatique	p 20
2) Problématique	p 22
3) Hypothèse et objectifs	p 22
4) Population et méthodes	p 24
5) Méthode d'analyse	p 25
6) Résultats	p 26
7) Discussion	p 28
Conclusion	p 34
Bibliographie	p 35
Tableau 1	p 38
Tableau 2	p 40
Tableau 3	p 41
Tableau 4	p 42
Annexe 1	p 43
Annexe 2	p 44
Liste des abréviations	p 46
Résumé	p 47
Abstract	p 48

Introduction

La prise en charge immédiate du sujet ayant vécu un événement potentiellement traumatique est devenue une priorité médicale et politique qui a fait naître, à partir de l'expérience des psychiatres militaires, le réseau des Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques (CUMP) [1,2]. Mais au-delà de la phase aiguë, le repérage et les soins des sujets psychotraumatisés peuvent être difficiles pour des raisons liées à la structuration psychopathologique ainsi qu'à la séméiologie et l'évolution clinique des troubles présentés. Dans les armées françaises, un plan d'action relatif à la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques est opérant [3]. Après avoir rappelé la clinique du trauma, nous exposons une enquête épidémiologique multicentrique dont l'objectif est d'établir une corrélation entre les scores de l'autoquestionnaire « *PTSD Checklist Scale* » et des indicateurs de la consommation de soins afin de construire un outil de repérage des troubles psychotraumatiques.

1) Clinique de la structuration psychotraumatique

L'état de stress post-traumatique (ESPT) survient dans les suites d'un événement confrontant brutalement à la mort (ou ses équivalents), événement éprouvé avec un sentiment de peur, d'impuissance ou d'horreur (détresse péri-traumatique) et s'associant à une dissociation péritraumatique (ou *effroi*) [1].

Apparaissant dans les jours, les mois ou les années suivant cet événement traumatique, peut se structurer un syndrome de répétition dont les symptômes spécifiques se déclinent en reviviscences (cauchemars et écmnésies), hypervigilance (hyperactivité neurovégétative, réactions de sursaut) et stratégies d'évitement (des situations et des cognitions qui rappelleraient les circonstances traumatiques). S'il est souvent présent dans les jours suivants le trauma, ce syndrome de répétition s'apaise en général par la suite pour réapparaître de nouveau à distance de l'événement traumatique, suite à une période de latence paucisymptomatique qui peut durer plusieurs années [4].

Reconnu le plus souvent *a posteriori* du fait de l'absence de symptômes spécifiques post-traumatiques, ce temps clinique « latent » est caractérisé par des plaintes somatopsychiques aspécifiques. Les souffrances fonctionnelles ou psychosomatiques sont prééminentes de même qu'une fatigabilité, une irritabilité et des difficultés relationnelles. Cette phase

de latence s'achève secondairement à un facteur déclenchant : une pensée au premier abord anodine ou un évènement de vie en apparence banal rappellera par certains traits associatifs les déterminants traumatiques antérieurs qui s'en trouveront réactualisés.

Peut-on limiter la possibilité de ce retour des reviviscences ? Nous souhaiterions des prises en charge précoces dès la phase de latence, mais comment faire pour dépister un ESPT latent lorsque paradoxalement le syndrome de répétition traumatique est absent ? De surcroît, même lorsqu'un ESPT est déclaré, ses symptômes *spécifiques* ne sont que rarement au cœur d'une demande directe de soins.

Pour des raisons qui appartiennent à la structuration psychopathologique du trauma, le sujet psychotraumatisé sollicite surtout les soignants pour des symptômes *aspécifiques* psychiques ou somatoformes. Si les comorbidités addictives, les somatisations et les répercussions anxiodépressives sont bien décrites depuis la fin de la guerre du Vietnam, les conflits contemporains et l'évolution des techniques d'investigations paracliniques ont permis d'authentifier d'autres formes cliniques de souffrances psychotraumatiques dont les troubles dissociatifs, les évolutions psychotiques ou encore les complications sociales [5-7]. Les symptômes non spécifiques de l'ESPT sont ainsi communs à d'autres cadres diagnostiques et se déclinent en épisode dépressif caractérisé, difficultés de concentration, asthénie, autres troubles anxieux et phobiques, symptômes histrioniques et obsessionnels, troubles des conduites, altérations de la personnalité et troubles somatoformes... [8].

À la différence d'être fonctionnelles, d'autres atteintes du corps peuvent être inscrites physiquement et/ou biologiquement comme étant la résultante directe d'un stress chronique ou comme témoignant de conduites à risque (consommation de substances psychoactives, comportements auto- ou hétéroagressifs, conduite automobile dangereuse).

Certains auteurs ne dissocient pas le syndrome de répétition traumatique de ses comorbidités ou complications en intégrant l'ensemble du tableau clinique dans un « complexe somatique, cognitif, affectif et comportemental » [10].

Finalement, l'hétérogénéité de présentation des conséquences cliniques psychotraumatiques, aux confins des comorbidités somatiques et psychiques, tranche avec sa description officielle telle que rapportée par la nosographie américaine.

2) Problématique

Comment diagnostiquer précocement un syndrome de répétition traumatique constitué à la phase d'état ou en cours de constitution à la phase de latence ?

Deux possibilités s'offrent à nous pour mieux mettre en lumière cette clinique : le repérage anamnestique d'un événement traumatique (antécédents de dissociation péritraumatique et/ou d'état de stress aigu) et le dépistage systématique au cours de l'entretien, de signes spécifiques et/ou aspécifiques d'ESPT actuels.

Devant la présentation somatique et/ou somatoforme des troubles post-traumatiques, ne pourrait-on pas intégrer à leur repérage (échelle PCLS et entretien clinique) une analyse de consommation de soins et de biens médicaux ? Cette possibilité nous semble d'autant plus intéressante que la population militaire est le lieu d'une faible morbidité du fait de son jeune âge moyen et de sa stricte sélection médicale. Une surconsommation de soins de la part de certains militaires pourrait être un signe sensible de souffrance psychotraumatique.

3) Hypothèse et objectifs

Notre étude analyse des données déjà recueillies de manière systématique par les médecins généralistes militaires en partant de l'hypothèse que les sujets souffrant d'un ESPT consomment davantage de soins que les sujets non psychotraumatisés.

Notre **objectif principal** est d'établir une corrélation entre la PCLS et une évaluation de la consommation de soins et de biens médicaux chez une population de militaires.

Les **objectifs secondaires** sont les suivants : proposer des soins aux patients diagnostiqués comme souffrant d'ESPT, augmenter les données épidémiologiques dans la population militaire et mieux décrire la clinique psychotraumatique.

Les résultats pourraient amener à redéfinir (probablement abaisser) le seuil de positivité de la PCLS, à proposer un mode de repérage de l'ESPT par une stratégie simple réalisable par le médecin généraliste sans majoration de sa charge de travail, à réinformer les équipes soignantes de la clinique des troubles psychotraumatiques et de leurs possibilités thérapeutiques, à renforcer la collaboration entre le médecin généraliste des forces et le service de psychiatrie de l'hôpital d'instruction des armées de rattachement, et enfin à étudier

la possibilité d'un protocole de recherche plus vaste intégrant les données de la sécurité sociale militaire.

Si d'autres instruments plus simples ont été proposés [11,12], la **PCLS** (PTSD Checklist Scale) est un auto-questionnaire validé à 17 items correspondant aux 17 symptômes d'ESPT du DSM-IV et cotés par le sujet de 1 à 5 [13]. Ces items peuvent être regroupés en trois sous-échelles correspondant aux sous-syndromes principaux de l'ESPT : la répétition (items 1 à 5), l'évitement (items 6 à 12) et l'hyperactivité neurovégétative (items 13 à 17). La PCLS a été validée en français et montre de bonnes propriétés psychométriques : stabilité (fidélité test-retest à 0,96), homogénéité (cohérence interne des trois sous syndromes et cohérence de l'ensemble des items élevée), bonne efficacité diagnostique pour un score de 44/85 et sensibilité à l'intervention thérapeutique [14,15] [annexe 1].

La **consommation de soins et de biens médicaux** est un indice utilisé afin de réaliser des études statistiques dans le domaine de la santé : elle collige toutes les dépenses qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé en incluant les soins hospitaliers, les consultations de villes (médicales, dentaires, de masso-kinésithérapie), les analyses biologiques, les transports sanitaires, l'achat de médicaments ou de dispositifs médicaux, etc [16,17]. Nous avons adapté cet outil pour créer un questionnaire déterminant la consommation de soins sur les douze derniers mois précédant l'évolution clinique [annexe 2].

4) Population et méthodes

Nous avons réalisé une enquête épidémiologique, multicentrique, ouverte (du 1^{er} Octobre au 30 Novembre 2013) au sein de cinq unités combattantes de l'armée de terre.

La population étudiée est une population spécifique militaire ayant potentiellement été exposée à un évènement traumatique et/ou stressant d'origine professionnelle ou personnelle.

Les critères d'inclusion sont les suivants : être majeur (ou émancipé), être volontaire pour participer à l'étude (signature du consentement), être engagé dans les armées depuis plus d'une année révolue, ne pas souffrir d'une pathologie psychiatrique primaire non psychotraumatique, pouvoir être facilement reçu en consultation afin de proposer une prise en charge le cas échéant.

Le recrutement a eu lieu dans des centres médicaux des armées à l'occasion de toute consultation ne revêtant pas de caractère d'urgence : consultation de soins, visite médicale périodique, visite de reprise après congé maladie ou de grossesse, visite avant un départ en mission Outre-Mer (OM) ou en opération extérieure (OPEX), visite à l'occasion d'échéances statutaires (renouvellement de contrat, changement de grade, changement de poste ou de fonction, à l'exclusion des visites de fin de service). La visite médicale d'incorporation n'a pas été intégrée à l'étude.

A leur arrivée au secrétariat du service médical, les patients ont reçu une information destinée à recueillir leur consentement écrit. Ils remplissent alors la PCLS et bénéficient de la consultation pendant laquelle le médecin renseigne le questionnaire relatif à la consommation de soins. Le médecin référence sur un second volet les données socio-biographiques (âge, sexe, grade, participation à des missions...), la présence d'éléments cliniques psychotraumatiques passés ou actuels, la consommation de substances psycho-actives et la situation socio-familiale.

Les données ont été anonymisées. L'étude a été conduite dans le respect des recommandations en matière de déontologie et de bonnes pratiques en épidémiologie [18].

Pour répondre à notre objectif principal, le critère de jugement a été la mesure de la relation entre les critères de consommation de soins et la PCLS.

Les critères principaux de consommation de soins ayant été retenus sur les douze derniers mois sont les nombres de jours de congés maladie, de jours d'indisponibilités (inaptitudes à certains emplois ou activités militaires) et de consultations.

La PCLS a été étudiée sous différentes formes : quantitative en qualité de score global (de 17 à 85), qualitative en classes, et selon cinq sous-dimensions (reviviscences, évitement, dissociation, dépression et hyperactivité) considérées comme positives lorsque leur score était strictement supérieur au nombre d'item. De par son caractère pathognomonique clinique, la sous-dimension reviviscence a été ensuite étudiée item par item (en considérant l'item comme positif lorsque > 1). Pour répondre aux objectifs secondaires nous avons étudié la PCLS sous forme de trois classes (< 33 , entre 33 et 43 et ≥ 44) pour discuter la pertinence de son seuil de positivité.

5) Méthode d'analyse

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage.

Les comparaisons entre les critères de consommation de soins et les données PCLS sous forme qualitative ont été réalisées en analyse bivariée par test du Chi ² ou test exact de Fischer.

La relation entre la consommation de soins et le score PCLS de forme quantitative a été étudié par ANOVA associée au test de Bonferroni.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SAS® v9.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC, US).

6) Résultats

a) Population étudiée, consommation de soins et PCLS (tableau 1.a, 1.b, 1.c)

L'échantillon est composé de 340 militaires dont 89,9 % d'hommes. 57,1% des sujets vivent en couple et 39% sont célibataires. La proportion de militaires du rang est de 55,1% pour 6% d'officiers. Le nombre moyen d'opérations extérieures effectuées est de 1,8 par personne ($\pm 2,1$) avec une médiane égale à un.

L'analyse descriptive de la consommation de soins retrouve un nombre moyen de jours de congés maladie de 13,5 ($\pm 32,2$) et un nombre moyen de jours d'indisponibilité de 19,9 ($\pm 62,6$) avec une étendue de 0 à 365 jours. Peu de sujets ont été hospitalisés avec un nombre moyen de 0,1 ($\pm 0,7$) jours en psychiatrie ; 0,1 ($\pm 0,4$) jours aux urgences ; et 0,2 ($\pm 1,3$) jours dans un autre service.

L'analyse descriptive de la PCLS retrouve un score moyen de 23 ($\pm 9,4$) avec un minimum de 17 (tous les items négatifs) et un maximum de 73 (pour un maximum théorique à 85), la moitié de l'échantillon présentant un score ≤ 19 .

L'analyse descriptive des sous-dimensions retrouve par ordre de valeur décroissant de scores moyens : 7,4 ($\pm 3,7$)/25 pour la sous-dimension *hyperactivité* ; 6,6 ($\pm 3,1$)/25 pour la sous-dimension *reviviscences* ; 5,2 ($\pm 2,5$)/20 pour la sous-dimension *dépression* ; 2,6 ($\pm 1,3$)/10 pour la sous-dimension *évitement* et 1,2 ($\pm 0,6$)/5 pour la sous-dimension *dissociation*.

L'analyse descriptive de la sous-dimension *reviviscences* retrouve par ordre de pourcentage décroissant de positivité : 31% pour l'item 1 ; 23,8% pour l'item 4 ; 16,8% pour l'item 2 ; 15,6 pour l'item 5 et 14,4% pour l'item 3.

b) Relation statistique entre la consommation de soins sur les douze derniers mois avec les classes, les sous-dimensions et les cinq premiers items de la PCLS.

L'analyse de la variance (ANOVA) a montré que les moyennes de consommation de soins étaient statistiquement différentes en fonction des classes de PCLS pour les congés maladie ($p < 0,0001$) et les indisponibilités ($p = 0,004$).

Le test de Bonferroni a mis en évidence une différence statistiquement significative entre le nombre moyen de jours de congés maladie de la classe 1 (score de 17 à 33) et la classe 3 de la PCLS (score > 43). Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence entre les classes

[1 et 2] et entre les classes [2 et 3] de la PCLS. De même, on retrouve une différence entre le nombre moyen de jours d'indisponibilité de la classe 1 (score de 17 à 33) et la classe 3 (score > 43) de la PCLS. Il n'a pas été mis en évidence de lien statistique entre ces classes de la PCLS et le nombre moyen de consultations.

Une relation statistique significative a été retrouvée entre le score de la PCLS par classes et le nombre de jours de congés maladie ($p = 0,0003$). Sur 16 sujets ayant une $PCLS \geq 44$, dix ont bénéficié de 10 jours ou plus de congés maladie (soit 62,5%) alors que onze sujets parmi les 23 présentant une PCLS entre 33 et 43 ont bénéficié d'un arrêt de travail équivalent (soit 47,8%). On note que sur 198 patients n'ayant jamais été placés en congés maladie, 187 présentent une PCLS strictement inférieure à 33 (soit 94,44 %) alors que seulement trois l'ont côté positive.

De surcroît une relation statistiquement significative existe entre le score de PCLS par classes et le nombre de jours d'indisponibilité ($p = 0,0070$) : sur 14 sujets cotant une $PCLS \geq 44$, huit ont bénéficié d'une semaine ou plus d'indisponibilité alors que les six derniers sont toujours restés aptes sans restriction d'emploi.

Aucun lien significatif n'a été retrouvé entre les classes de PCLS et le nombre de consultations (tableau 2).

Nous avons retrouvé dans notre échantillon une relation statistiquement significative entre la positivité de toutes les sous-dimensions de la PCLS (reviviscences, évitement, dissociation, dépression, hyperactivité) et le nombre de jours de congés maladie (rapporté en classes).

De surcroît il existe également un lien statistique significatif entre le nombre de jours d'indisponibilité et les sous-dimensions *dissociation* et *dépression*.

Une seule corrélation est mise à jour entre la sous-dimension *dépression* et les classes de nombre de consultations (tableau 3).

L'analyse des cinq premiers items de la PCLS avec la consommation de soins objective une relation statistiquement significative entre ceux-ci et le nombre de jours de congés maladie ainsi qu'entre les items reviviscence 3 et 4 pris séparément, et le nombre de jours d'indisponibilité. Il n'est en revanche mis en évidence aucun lien statistique entre ces cinq premiers items et le nombre de consultations (tableau 4).

7) Discussion

Nous souhaitons souligner les excellentes conditions du déroulement de l'étude, les médecins des forces s'étant beaucoup intéressés à cette enquête malgré la charge de travail supplémentaire impliquée par l'organisation générale et la formalisation des données recueillies. Aucun centre médical n'a enregistré de refus de sujets de participer à l'étude.

a) Caractéristiques de la population et consommation de soins

La population étudiée, de près de 350 sujets, ne peut pas être considérée comme représentative de la population militaire générale même si seulement quelques caractéristiques en diffèrent. La proportion de femmes est plus faible dans notre échantillon car notre étude a été réalisée dans des unités de combat peu féminisées (10% de femmes dans notre enquête contre 14 % dans les armées) [19]. La situation familiale et la pyramide des grades concordent avec les données de la population militaire de l'armée de terre qui d'après les chiffres les plus récents dénombre 13% d'officiers, 34% de sous officiers et 53% de militaires du rang [20]. Une moyenne de 1,8 ($\pm$ 2,1) opérations extérieures effectuées a été retrouvée mais avec une médiane égale à un, signifiant que la moitié de l'échantillon n'est jamais parti en mission extérieure. Cela peut s'expliquer par le jeune âge de la population étudiée dont une partie devait encore être en cours de préparation opérationnelle (moyenne d'âge de 32 ans $\pm$ 18,3 avec une médiane à 28 ans et un premier quartile à 23 ans). D'autre part, certains militaires sont inaptes à la projection pour causes d'incapacités physiques ou psychiques.

Alors que nous avons tenté de recueillir les problèmes socio-familiaux, financiers et judiciaires des patients, ces variables ne nous sont finalement pas apparues analysables du fait de biais déclaratifs et de mémorisation importants.

Par contre la déclaration du nombre de jours de congés maladie comme d'indisponibilité est une donnée certaine car obligatoirement référencée dans les dossiers médicaux. Comme elles sont simples, fiables et déjà référencées, nous avons sélectionné ces deux variables de consommation de soins complétées par l'étude du nombre de consultations lesquelles peuvent toutefois faire l'objet d'une sous déclaration du fait d'un accès direct au système de soin civil. A cause de nombreuses données manquantes nous n'avons pas pu systématiser l'analyse du nombre et de la qualité des prescriptions médicamenteuses comme des journées

d'hospitalisation et des examens paracliniques biologiques ou radiologiques. Nous n'avons pas référencé le(s) motif(s) des arrêts maladie, journées d'indisponibilité et consultations.

b) Un taux de PCLS positif à 4,70%

Seuls quatre items de la PCLS sur 5780 n'ont pas été renseignés. La PCLS moyenne est de 23 ($\pm 9,4$) avec une médiane à 19 objectivant qu'une grande partie des PCLS ont un score quasi nul (soit proche de 17). Un quart de l'échantillon présente une PCLS entièrement négative où tous les items sont cotés à un : ces personnels peuvent n'avoir jamais été exposés à un événement potentiellement traumatique ce que nous ne pouvons affirmer en l'absence de recueil anamnestique standardisé. Une autre possibilité est la guérison ou la rémission d'un psychotraumatisme antérieur pour une part non quantifiée de notre échantillon.

Par contre, 31% de l'échantillon a coté positivement le premier item de la PCLS alors que les quatre items suivants sont positifs dans des proportions de 14 à 24 %. Près d'un tiers des sujets présentent des indices psychométriques qui pourraient correspondre cliniquement à des reviviscences. Toutefois la moitié de l'échantillon présente un score de PCLS inférieur ou égal à 19 et les trois quarts un score inférieur à 25,5 ce qui suggère que l'échelle peut être négative au sens du score global, tout en présentant des éléments faisant suspecter des reviviscences traumatiques qui sont pathognomoniques du syndrome de répétition traumatique.

L'analyse des sous-dimensions de la PCLS fait apparaître que la moitié de l'échantillon présente un score nul pour chacune des sous-dimensions prises séparément (médiane égale au score le plus faible pour chaque sous-dimension). Nous pouvons donc faire l'hypothèse qu'au moins la moitié de l'échantillon ne présente aucun élément clinique d'état de stress post-traumatique au moment de l'évaluation.

16 sujets sur 340 ont rendu une PCLS positive (≥ 44) soit 4,70% de notre échantillon. Trois facteurs structuraux de notre étude peuvent avoir abaissé ce taux. Des militaires placés en congé de longue maladie pour des raisons somatiques et/ou psychiatriques échappent à notre échantillon. On peut aussi penser que dans les suites de certaines formes cliniques d'ESPT, les sujets militaires quittent l'institution par la voie de la désertion, de la démission ou de la réforme. Si certains militaires basés dans les unités choisies n'ont pas pu participer à l'étude parce qu'ils étaient en mission à l'étranger, cette perte de données est contrebalancée par le *turnover* opérationnel important des personnels au sein d'une même formation combattante.

Malgré ces biais de sélections, notre taux de 4,70% paraît réaliste comparativement aux données épidémiologiques civiles et militaires des populations étrangères et françaises. Les taux d'incidence et de prévalence de l'ESPT varient de manière importante en fonction des études anglo-saxonnes ou francophones du fait de référentiels théoriques et cliniques différents. La prévalence de l'ESPT au cours de la vie en population générale américaine varie de 1 à 7,8 % [21,22], alors que les études en population militaire américaine présentent des chiffres très différents en fonction de la période d'étude et des théâtres d'opération. Si 30% des vétérans du Vietnam auraient développé un ESPT au cours de leur existence [23], les conflits de la dernière décennie impliqueraient des taux plus faibles aux alentours de 10 % [24]. Le taux d'ESPT retrouvé chez des soldats américains revenus d'Irak à partir de 2001 varie entre 1,4 et 30% en fonction des sous-populations étudiées et des stratégies de repérage alors que ce taux au retour d'Afghanistan est estimé à 6,2 % en 2004 [25,26]. En population générale française, l'enquête SMPG (réalisée entre 1999 et 2003) retrouvait un taux d'ESPT de 0,7% [27].

En population militaire française, une étude publiée en 2005 retrouve que 4,2% des congés longue durée étaient attribués en raison d'un ESPT [28] alors qu'un autre travail décrivait que les évacuations sanitaires vers la métropole en 2005 étaient le fait de motifs psychotraumatiques aigus ou chroniques respectivement dans 24,2 et 2% des cas [29]. Une autre étude publiée en 2005 estime, d'après la passation de la PCLS, un taux d'ESPT correspondant à 1,7% de la population de personnels militaires de deux unités opérationnelles de l'armée de terre [30].

Les données épidémiologiques récentes en population militaire française proviennent essentiellement de la surveillance épidémiologique des armées [31,32]. Une surveillance du « *syndrome de répétition traumatique* » a été mise en place dans les armées depuis 2002 avec une modification des modalités de déclaration à partir de 2010 pour considérer « *tout trouble psychique [survenu] dans les suites proches ou lointaines d'un évènement traumatique* » [31]. Depuis 2010, l'incidence des blessures psychiques dépasse d'environ une centaine celle des blessures physiques par arme à feu ou engin explosif sans que le nombre de sujets souffrant des deux troubles ne soit connu.

La surveillance épidémiologique des armées mesure l'incidence annuelle des troubles psychiques déclarés (et non l'incidence ou la prévalence *stricto sensu*). Sur la période 2010-2011, les médecins des armées ont déclaré 432 troubles psychiques en relation avec un évènement traumatisant (dont 418 concernant des évènements survenus en service) soit un

taux d'incidence à 63,9 pour 100 000 personnes-années. Les sujets souffrant de troubles considérés comme secondaires à un événement survenu en service sont des hommes (près de 95% des cas), issus de l'armée de terre (pour 85% d'entre eux) et d'âge médian de 27 ans avec un temps de service médian de six années. Près de 80% de ces sujets blessés en service ont rencontré un événement psychotraumatique sur le théâtre d'opérations afghan alors que la moitié d'entre eux ont été confrontés à plus d'une rencontre traumatique. Dans près de 25% des cas, plus de trois événements traumatiques ont été retrouvés. Près de 60% de ces sujets blessés en service souffraient d'altération des relations sociales alors qu'environ 40% présentaient des conflits familiaux (dont 17% de séparations avec le conjoint). Ces patients avaient consulté de leur propre initiative pour moitié tandis qu'un cas sur dix était dépisté par un programme systématique alors qu'une demande indirecte de soins était incitée dans près de 25% des cas par le commandement et l'entourage en proportions équivalentes. Si plus de 90% de ces sujets ont été suivis ou orientés vers un psychiatre militaire, moins de 10% d'entre eux seront déclarés inaptes définitifs à repartir en opération extérieure ¹ [31].

Ces données générales sont instructives mais considèrent la population militaire générale (terre, air, mer, gendarmerie ; unité de combat et de soutien) et sont donc peu comparables avec des chiffres issus d'études s'intéressant spécifiquement aux unités opérationnelles.

A notre connaissance, seule une étude a été réalisée en population militaire ces cinq dernières années : en 2009 Berry *et al.* ont étudié 357 personnels de deux régiments de l'armée de terre entre 2 et 6 mois suivant leur retour d'Afghanistan par la passation de la PCLS couplée aux dix questions du *brief screening questionnaire* (validé par Brewin *et al.* en population civile et traduit par Berry *et al.* [32,33]) et à l'entretien standardisé *Clinician-Administered PTSD Scale 1* (CAPS-1) [32,34].

Les résultats de notre étude sont globalement en accord avec ceux de Berry *et al.* dont l'échantillon se compose de 353 hommes, possède un âge médian de 25 ans avec une médiane d'ancienneté dans l'armée de quatre années. Le taux d'exposition à un événement potentiellement traumatique (critère A1 : confrontation à la mort) était de 68,2 % et de 26,5% en fonction des deux régiments étudiés : parmi ces personnels exposés près de 37 % présentent les critères du cluster A complet (A1 et A2 : réaction de peur, d'impuissance ou d'horreur). Sans corrélation possible aux caractéristiques socio-démographiques ou militaires (âge, niveau d'études, compagnie d'affectation, grade, situation familiale, ancienneté, nombre

¹ Notre expérience clinique nous montre le plus souvent que cette décision de protection est prise avec l'accord du militaire considéré

de missions antérieures effectuées), 4,8 % des sujets présentent une PCLS positive (17 personnels) alors que les entretiens cliniques diagnostiqueront douze cas [33]. La sensibilité de la PCLS est calculée à 83% avec une spécificité de 96% ; la recherche du seuil le plus discriminant (meilleur équilibre entre sensibilité et spécificité) retrouve un score de 40 (sensibilité de 100% avec une spécificité à 94,5%)[33].

Dans notre étude, 23 patients ont un score de PCLS entre 33 et 43 alors que l'effectif restant est de 301. On ne retrouve pas de différence entre les moyennes de consommation de soins (congé maladie et jours d'indisponibilité) pour les classes [1 et 2] de la PCLS comme pour les classes [2 et 3] ce qui remet en question l'intérêt de la classe numéro deux (score PCLS entre 33 et 43) et vient appuyer le score de positivité habituel (≥ 44). Il n'y a pas de différence entre le nombre de consultations moyen et les trois classes de PCLS.

L'intérêt d'une baisse du seuil de positivité de la PCLS nécessiterait des investigations supplémentaires pour découvrir si cet abaissement permettrait de limiter le nombre de faux négatifs (au détriment d'une majoration attendue des faux positifs) [35,36].

Notre classe deux s'est avérée correspondre à une symptomatologie aspécifique rendant compte de souffrances anxio-dépressives non décrites comme associées à un ESPT clinique.

c) Relation statistique significative entre PCLS et consommation de soins

Validant notre hypothèse principale, nous avons retrouvé une relation statistiquement significative entre des éléments de la PCLS et certaines variables de consommation de soins.

Ce lien existe principalement entre le score, les classes et les sous-dimensions de la PCLS d'une part et le nombre de congés maladie d'autre part.

Nous avons également retrouvé une relation statistique entre le score de la PCLS (global, classes, sous-dimensions) et le nombre de jours d'indisponibilité. Le nombre de jours de congés maladie et d'indisponibilité au-delà de dix pour l'un et de sept pour l'autre est corrélé avec la positivité de la PCLS.

Nous pouvons avancer que la quantification des arrêts maladie et des indisponibilités pourrait être un élément fiable et précoce pour le repérage des sujets souffrant d'ESPT.

Il est très probable que le motif de ces arrêts maladie soit le fait de plaintes aspécifiques : les patients psychotraumatisés sollicitent surtout le système de soins pour des doléances

somatiques fonctionnelles ou résultant des répercussions biologiques et psycho-sociales de leur trauma.

Le nombre de jours de congés maladie paraît être un indicateur sensible des différentes dimensions de la clinique psychotraumatique sans que nous puissions retenir une hiérarchisation entre reviviscences, hyperactivité végétative, évitement, dissociation et dépression.

La dimension d'hyperactivité végétative est fortement cotée même pour la classe nulle de congé maladie, ceci pouvant être le résultat de traits de personnalité actifs fréquemment rencontrés en milieu militaire lequel sélectionne peu les profils apathiques.

Parallèlement la sous-dimension d'évitement est davantage retrouvée au-delà de 10 jours de congés maladie qui peuvent être considérés comme un symptôme psychotraumatique de stratégie d'évitement du milieu militaire alors que cette sous-dimension d'évitement est au contraire moins retrouvée en l'absence de jours de congés maladie, les traits de personnalité évitant étant rarement présents dans la population militaire non psychotraumatisée.

La dimension dépressive (quatre items concordants dans la PCLS malgré l'absence de référencement du sentiment de tristesse) retrouve le même pourcentage de positivité que le nombre de jours de congés maladie soit nul ou supérieur à dix : cette sous-dimension est la seule à présenter un lien statistique avec le nombre de consultations.

Les données relatives à l'item ayant attrait à la dissociation sont à interpréter avec caution justement du fait de la présence d'un item unique dans cette sous-dimension laquelle n'est pas représentative de la notion clinique de dissociation névrotique qui correspond au défaut de synthèse par la conscience de différentes fonctions normalement intégrées comme l'identité, la perception de l'environnement, les émotions, les comportements, la mémoire et la volonté. Concernant le repérage de l'élément pathognomonique de l'ESPT, les reviviscences, la cotation du nombre de jours de congés maladie semble un élément aussi fiable que chacun des cinq premiers items de la PCLS pris séparément. Nous n'expliquons pas la prééminence des items 3 et 4 en lien avec les indisponibilités si ce n'est que ces items peuvent traduire une part d'anxiété anticipatoire limitant les activités, alors que l'item suivant aurait pu être davantage relié aux restrictions d'aptitudes du fait de symptômes somatiques.

Conclusion

La psycho-traumatologie est une composante essentielle de l'exercice de la psychiatrie en milieu militaire [37]. Le repérage des troubles psychiques post-traumatiques est complexe du fait de leur structuration, de leur séméiologie et de leur évolution clinique. Une réapparition différée du syndrome de répétition traumatique par rapport à l'évènement est la règle. Des rémissions spontanées voire des guérisons sont possibles. Trop souvent, des patients souffrent d'une évolution chronique entraînant de multiples conséquences délétères médicales et sociales.

Les praticiens des armées sont spécifiquement formés au diagnostic des souffrances psychotraumatiques. Le plan d'action « *Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées 2013-2015* » rappelle fort justement l'intérêt de la PCLS dans la stratégie diagnostique [3].

Même s'il conviendrait de compléter notre analyse par de nouvelles investigations, nos résultats pourraient inciter à utiliser également un score de consommation de soins dans lequel figurerait le nombre de jours de congés maladie comme d'indisponibilité, le nombre et la qualité des consultations médicales, le nombre et la qualité des prescriptions médicamenteuses et paracliniques, le nombre de journées d'hospitalisation. Ce score pourrait être établi par les médecins des armées comme par les organismes de sécurité sociale [38]. Ces derniers, tout en gardant l'anonymat des données, pourraient inciter certains sujets à consulter le praticien de leur choix.

Soulignons finalement que vers ce repérage des troubles psychiques post-traumatiques, la PCLS comme le score de consommation de soins sont des outils intéressants mais qui ne sauraient se substituer à la subjectivité de la relation clinique. Le retour à cette subjectivité partagée avec le praticien reste une dimension thérapeutique fondamentale.

Références bibliographiques :

- [1] Jehel L, Paterniti S, Brunet A, et al. L'intensité de la détresse péritraumatique prédit la survenue des symptômes post-traumatiques parmi des victimes d'agressions. *Encéphale* 2006;32(6): 953-6.
- [2] Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris, France ; Odile Jacob, 1999 : 422p.
- [3] Plan d'action. Troubles psychiques post traumatiques dans les forces armées 2013-2014. Lutte contre le stress opérationnel et le stress post traumatique. N°517996/DEF/DCSSA/PC/N.SMPA du 20 décembre 2013.
- [4] Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge. Paris, France ; Dunod, 2011, 239p.
- [5] Auxéméry Y, Hubsch C, Fidelle G. Crises psychogènes non épileptiques. *Revue de la littérature. L'Encéphale* 2011 ; 37(2) : 153-158.
- [6] Auxéméry Y, Fidelle G. Psychose et traumatisme psychique. Pour une articulation théorique des symptômes psycho-traumatiques et psychotiques chroniques. *L'Encéphale* 2011;37(6): 433-8.
- [7] Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O, et al. Etat de stress post-traumatique, dépression post-traumatique et épisode dépressif majeur : la littérature. *Encéphale* 2001;27(2): 159-68.
- [8] Brady KT. Posttraumatic stress disorder and comorbidity : recognizing the many faces of PTSD. *J clin Psychiatry* 1997;58(suppl9): 12-5.
- [9] Van der Kolb B, Pelcovitz D, Roth S, et al. Dissociation, somatization and effect dysregulation : the complexity of adaptation to trauma. *Am J Psychiatry* 1996;153(7suppl): 83-93.
- [10] Waddington A, Ampelas JF, Mauriac F, et al. Etat de stress post-traumatique : le syndrome aux différents visages. *L'Encéphale* 2003;29(1): 20-7.
- [11] Lang AJ, Stein MB. An abbreviated PTSD checklist for use as a screening instrument in primary care. *Behav Res Therapy* 2005;43(5): 585-94.
- [12] Meltzer-Brody S, Churchill E, Davidson JR. Derivation of the SPAN, a brief diagnostic screening test for post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Res* 1999;88(1): 63-70.
- [13] Weathers FW, Litz BT, Herman DS, et al. The PTSD checklist : reliability, validity and diagnostic utility. Paper presented at the Annual Meeting of the ISTSS, San Antonio, TX, October 1993.
- [14] Yao SN, Cottraux J, Note I, et al. Evaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS. *Encéphale* 2003;29(3): 232-8.

- [15] De Mey-Guillard C, Yao SN, Cottraux J, et al. État de stress post-traumatique dans une unité de traitement de l'anxiété et dans une association d'aide aux victimes. *Encéphale* 2005;31(1): 76-81.
- [16] www.ecosante.fr/Franfra/201.html [consulté le 15/02/14]
- [17] www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/conso-soins-biens-medicaux.html [consulté le 15/02/14]
- [18] Association des épidémiologistes de langue française. INSERM U593, ISPED, Université Victor Ségalen Bordeaux. Déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie, révision des recommandations de 1998. Bordeaux : INSERM, 2003, 32p.
- [19] Observatoire social de la défense. Femmes militaires, données de synthèse. Secrétariat Général pour l'Administration, DFMPC, Octobre 2006.
- [20] Observatoire social de la défense. Rapport de 2012.
- [21] Helzer JE, Robin LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. *N Engl J Medicine* 1987;317(26): 1630-4.
- [22] Kessler RC, Sonnega A, Bromet TE, et al. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(12): 1048-60.
- [23] Schlenger WE, Kulka RA, Fairbank JA, et al. The prevalence of post-traumatic stress disorder in the Vietnam Generation : a multimethode, multisource assessment of psychiatric disorder. *J Trauma Stress* 1992;5(3): 333-63.
- [24] Schneiderman AI, Braver ER, Kang HK. Understanding sequelae of injury mechanisms and mild traumatic brain injury incurred during the conflicts in Iraq and Afghanistan : persistent post-concussive symptoms and post-traumatic stress disorder. *Am J Epidemiol* 2008;167(12): 1446-52.
- [25] Sundin J, Fear NT, Iversen A, et al. PTSD after deployment to Iraq : conflicting rates, conflicting claims. *Psychol Med* 2009;40(3): 367-82.
- [26] Hoge CW, Castro CA, Messer SC, et al. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med* 2004;351(1): 13-22.
- [27] Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *Encéphale* 2008 ;34(6): 577-83.
- [28] Lahutte B, Favre JD, de Montleau F, Arvers P, Cudennec Y. Etude des congés de longue durée pour troubles psychiques chez les personnels militaires de l'armée de terre et de la gendarmerie. *Médecine et Armées* 2005;33(5): 419-23.

- [29] Mèle E, Rondier JP, Favre JD, et al. Les rapatriés sanitaires en psychiatrie : description clinique, facteurs étiopathogéniques et orientation thérapeutique. *Médecine et armées* 2007 ;35(5) :417-28.
- [30] Vallet D, Arvers P, Furtwengler P, et al. Etude exploratoire sur l'état de stress post-traumatique dans deux unités opérationnelles de l'armée de terre. *Médecine et Armées* 2005;35(5): 441-6.
- [31] Pommier de Santi V, Paul F, Marimoutou C, et al. Rapport présenté par le Médecin en chef Xavier Deparis. Surveillance épidémiologique des troubles psychiques en relation avec un évènement traumatisant dans les armées. Années 2010-2011. N°129/CESPA/USEE, Mars 2013.
- [32] Brewin CR, Rose S, Andrews B, et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 2002;18: 158-62.
- [33] Berry X, Marimoutou C, Pommier de Santi V, Rabatel E, Deparis X, Paul F. États de stress post-traumatique au retour d'Afghanistan. *Stress et Trauma* 2011;11(2): 75-84.
- [34] Blake D, Weathers F, Nagy L, et al. The development of a Clinician Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress* 1995;8(1): 75-90.
- [35] Terhakopian A, Sinaii N, Engel CC, et al. Estimating population prevalence of posttraumatic stress disorder : an example using the PTSD checklist. *J Traum Stress* 2008;21(3): 290-300.
- [36] Lang AJ, Laffaye C, Satz LE, et al. Sensitivity and specificity of the PTSD checklist in detecting PTSD in female veterans in primary care. *J Trauma Stress* 2003;16(3): 257-64.
- [37] Clervoy P (sous la direction de). La psychiatrie en milieu militaire. Compte rendu de la 12^{ème} journée Pierre Deniker [Préface des professeurs JP Olié et H Lôo], Toulon, Février 2013. Paris : L'Encéphale, 2013, 139p.
- [38] Desjeux G, Aspar AM, Colonna-d'Istria E, *et al.* Consommation de médicaments psychotropes chez les militaires d'active en 2005. *Encéphale* 2009;35(3): 249-55.

Tableau 1 : Caractéristiques descriptives de la population étudiée

Tableau 1.a : Caractéristiques démographiques de la population étudiée		N (%)	moy ± ET	[Étendue]	Médiane
Sexe	(n = 335)				
Hommes		301 (89,90)			
Femmes		34 (10,10)			
Situation familiale	(n=331)				
Célibataire		132 (39,90)			
Marié/pacsé		189 (57,10)			
Divorcé		8 (02,40)			
Veuf		2 (00,60)			
Grade	(n=332)				
Officier		20 (06,00)			
Sous-officier		101 (30,40)			
MDR		183 (55,10)			
Nombre d'OPEX (nb jours)	(n=336)		1,8 ± 2,1	[0 - 7]	1
Tabagiques actifs	(n=338)	126 (37,30)			
Problèmes judiciaires	(n=335)				
Anciens		19 (05,70)			
Actuels		9 (02,70)			
Problèmes sociaux	(n=334)				
Anciens		15 (04,50)			
Actuels		27 (08,10)			
Problèmes financiers	(n=331)				
Anciens		6 (01,80)			
Actuels		21 (06,30)			
Problèmes socio-familiaux	(n=331)				
Anciens		19 (05,70)			
Actuels		19 (05,70)			
Tableau 1.b : Description de la consommation de soins sur les douze mois précédant la consultation					
		N (%)	moy +/- ET	[étendue]	Médiane
Congés Maladie (nb de jours)	(n=334)		13,5 ± 32,2	[0 - 211]	0
Indisponibilités (nb de jours)	(n=329)		19,9 ± 62,6	[0 - 211]	0
Nombres de consultations	(n=320)		1,6 ± 4,3	[0 - 14]	0
Hospitalisations (nb de jours)					
en psychiatrie	(n=329)		0,1 ± 0,7	[0 - 10]	0
aux urgences	(n=321)		0,1 ± 0,4	[0 - 4]	0
autres	(n=315)		0,2 ± 1,3	[0 - 15]	0

Tableau 1.c : Description de la PCLS

	N (%)	moy +/- ET	[étendue]	
Score global moyen de la PCLS	(n=340)	23 ± 9,4	[17 - 73]	19
Item 1 positif (Revi 1 > 0)	106 (31,20)			
Item 2 positif (Revi 2 > 0)	57 (16,80)			
Item 3 positif (Revi 3 > 0)	49 (14,40)			
Item 4 positif (Revi 4 > 0)	81 (23,80)			
Item 5 positif (Revi 5 > 0)	53 (15,60)			
Score moyen des sous-dimensions de la PCLS	(n=340)			
Reviviscences		6,6 ± 3,1	[5 - 25]	5
Évitement		2,6 ± 1,3	[2 - 10]	2
Dissociation		1,2 ± 0,6	[1 - 5]	1
Dépression		5,2 ± 2,5	[4 - 20]	4
Hyperactivité		7,4 ± 3,7	[5 - 25]	5

Reviviscences : somme des items de 1 à 5 ; considéré comme positif si > 5

Évitement : somme des items 6 et 7 ; considéré comme positif si > 2

Dissociation : item 8 ; considéré comme positif si > 1

Dépression : items 9 à 12 ; considéré comme positif si > 4

Hyperactivité : items 13 à 17 ; considéré comme positifs si > 5

Tableau 2 : Relation entre PCLS en classes et les consommations de soins sur les douze mois précédant le recueil

		Score PCLS en classes						p
		33 < PCLS <						
		PCLS < 33		44		PCLS > 43		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Congés Maladie (CM) (n=334)								0,0003
(classe par nb jours de congés maladie)								
CM = 0		187	(94,44)	8	(4,04)	3	(1,52)	
0 < CM < 10		41	(85,42)	4	(8,33)	3	(6,25)	
CM ≥ 10		67	(76,00)	11	(12,50)	10	(11,36)	
Indisponibilités (Indispo) (n=329)								0,0070
(classes par nb de jours d'indisponibilités)								
Indispo = 0		215	(92,67)	11	(4,74)	6	(2,59)	
0 < Indispo < 7		7	(77,78)	2	(22,22)	0	(0,00)	
indispo ≥ 7		71	(80,00)	9	(10,23)	8	(9,09)	
Consultations (Cs) (n=320)								0,2951
(classes par nb de consultations)								
0 < nb_Cs < 2		259	(89,00)	18	(6,19)	14	(4,81)	
nb_Cs ≥ 3		24	(82,76)	4	(13,79)	1	(3,45)	

Tableau 3 : Relation entre sous dimension de la PCLS et consommation de soins sur les douze mois précédant le recueil

		Sous-dimensions du score de la PCLS									
		Reviviscences		Évitement		Dissociation		Dépression		Hyperactivité	
		n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p
Congés Maladie (CM) (n=334)											
(classe par nb jours de congés maladie)			0,0012		<0,0001		0,0024		<0,0001		0,0004
CM = 0		63 (47,37)		29 (34,12)		16 (36,36)		46 (41,07)		75 (48,39)	
0 < CM < 10		23 (17,29)		14 (16,47)		8 (18,18)		19 (16,96)		25 (16,13)	
CM ≥ 10		47 (35,34)		42 (49,41)		20 (45,45)		47 (41,96)		55 (35,48)	
Indisponibilités (Indispo) (n=329)											
(classes par nb de jours d'indisponibilités)			0,2214		0,1055		0,0306		0,0127		0,0552
Indispo = 0		84 (65,63)		50 (61,73)		25 (55,56)		64 (59,81)		97 (64,24)	
0 < Indispo < 7		3 (2,34)		2 (2,47)		3 (6,67)		4 (3,74)		4 (2,65)	
Indispo ≥ 7		41 (32,03)		29 (35,80)		17 (37,78)		39 (36,45)		50 (33,11)	
Consultations (Cs) (n=320)											
(classes par nb de consultations)			0,2695		0,2336		0,9530		0,0286		0,1507
0 < nb_Cs < 2		110 (88,71)		71 (87,65)		39 (90,70)		92 (85,98)		130 (88,44)	
nb_Cs ≥ 3		14 (11,29)		10 (12,35)		4 (9,30)		15 (14,02)		17 (11,56)	

Reviviscences : somme des items de 1 à 5 ; considéré comme positif si > 5

Évitement : somme des items 6 et 7 ; considéré comme positif si > 2

Dissociation : item 8 ; considéré comme positif si > 1

Dépression : items 9 à 12 ; considéré comme positif si > 4

Hyperactivité : items 13 à 17 ; considéré comme positifs si > 5

Tableau 4 : Relation entre les cinq premiers items de la PCLS et les congés maladie sur les douze mois précédant le recueil

		Items 1 à 5 de la PCLS concernant les reviviscences									
		Reviviscence 1		Reviviscence 2		Reviviscence 3		Reviviscence 4		Reviviscence 5	
		n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p
Congés Maladie (CM) (n=334)											
(classe par nb jours de congés maladie)			0,0021		0,0001		0,0005		< 0,0001		0,0006
CM = 0		46 (45,10)		19 (33,93)		20 (40,82)		32 (40,00)		19 (37,25)	
0 < CM < 10		19 (18,63)		13 (23,21)		5 (10,20)		12 (15,00)		8 (15,69)	
CM ≥ 10		37 (36,27)		24 (42,86)		24 (48,98)		36 (45,00)		24 (47,06)	
Indisponibilités (Indispo) (n=329)											
(classes par nb de jours d'indisponibilités)			0,3987		0,0885		0,0067		0,0374		0,5691
Indispo = 0		65 (66,33)		32 (58,18)		24 (51,06)		44 (58,67)		31 (64,58)	
0 < Indispo < 7		2 (2,04)		2 (3,64)		2 (4,26)		3 (4,00)		2 (4,17)	
Indispo ≥ 7		31 (31,63)		21 (38,18)		21 (44,68)		28 (37,33)		15 (31,25)	
Nombre de consultations (n=320)											
(classes par nb de consultations)			0,1484		0,3239		0,2287		0,1686		0,1484
0 < nb_Cs < 2		83 (87,37)		49 (87,50)		44 (95,65)		67 (87,01)		41 (85,42)	
nb_Cs ≥ 3		12 (12,63)		7 (12,50)		2 (4,35)		10 (12,99)		7 (14,58)	

Reviviscence 1, 2, 3, 4, 5 : respectivement items 1, 2, 3, 4, 5 de la PCLS, considérés comme positifs si > 1

Annexe 1 : Post-traumatic Check List Scale

Enquête épidémiologique

« Corrélation entre consommation de soins et score de la PCLS dans une population de militaires

Numéro d'anonymat :

Echelle de la PCLS

Instructions :

Veuillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème.

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant	1	2	3	4	5
2. Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou se sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre)	1	2	3	4	5
4. Se sentir bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battement de coeur, difficultés à respirer, sueurs, lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant	1	2	3	4	5
6. Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui	1	2	3	4	5
7. Eviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e)	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer	1	2	3	4	5
16. Etre en état de super-alarme, sur la défensive ou sur vos gardes	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement	1	2	3	4	5

SCORE TOTAL

/85

Annexe 2 : Questionnaire de recueil de la consommation de soins

Questionnaire relatif à la consommation de soins						
<i>Attention : Si non applicable au patient noter NA</i>						
N° ANONYMAT		(à remplir par le médecin au moment de la consultation)				
<i>À remplir par le patient</i>						
Sexe	☐	Masculin	☐	Féminin		
Age						
Situation familiale	☐	Célibataire	☐	Marié/Pacsé/Concubinage		
	☐	Divorcé(e)	☐	Veuf		
Grade	☐	Officier	☐	Sous-officier	☐	MDR
OPEX	Lieux					
	Année					
<i>À remplir par le médecin</i>						
CONSOMMATION DE SOINS SUR L'ANNEE ECOULEE :						
Nombre de jours de congé maladie :						
Nombre de jours d'indisponibilité (travail sédentaire etc...)						
Nombres de consultations:						
	Civiles :					
	Militaires					
Nombre de jours d'hospitalisation :						
	En psychiatrie					
	Aux Urgences					
	Autres					
Nombre de prescriptions médicamenteuses :						
- dont antibiotiques :						
- dont paracétamol						
- dont antalgiques opioïdes :						
- dont AINS :						
- dont psychotropes						
	- antidépresseurs :					
	- anxiolytiques :					
	- hypnotiques :					
	- neuroleptiques :					
	- antihistaminiques :					
Nombre d'examens radiologiques :						
Nombre d'Examens biologiques :						
Nombre de séances de masso-kinésithérapie :						

CLINIQUE PSYCHOTRAUMATIQUE SPECIFIQUE (cocher)**ACTUELLE**

- ☐ Reviviscences : flashbacks, cauchemars identiques, ruminations mentales du drame
☐ Évitements des lieux, personnes, circonstances rappelant le trauma
☐ Hyperactivité végétative : réaction de sursaut, hypervigilance, HTA, tachycardie, sentiment d'insécurité permanente

☐ Autres :

ATCD

- ☐ Reviviscences
☐ Évitements
☐ Hyperactivité végétative

☐ Autres :

Effroi ou dissociation péritraumatique :

- ☐ Dépersonnalisation (impression d'être spectateur de la scène)
☐ Déréalisation (vécu d'étrangeté)
☐ Amnésie des événements
☐ Ralentissement du temps
☐ Activité motrice automatique (marcher droit devant soi sans but au mépris du danger)
☐ Sidération
☐ Détresse psychique
☐ Émotionnelle: honte, colère, surprise, impuissance
☐ Physique : panique, sudation, tremblement

☐ Autres :

Consommation de substances psycho-actives :**TABAC :**

- ☐ consommation ancienne stablecig/j depuis.....années
☐ consommation ancienne accrue : accrue depuis.....mois ;cig/jour
avant augmentation :cig/j pendantd'années
☐ nouvelle consommation :cig/jour depuis.....mois

ALCOOL (en grammes/jour)

CANNABIS (nombre de joints/jour)

Autres :

Problèmes judiciaires	☐	passés	☐	présents	☐	Non
Problèmes disciplinaires (punitions militaires)	☐	passés	☐	présents	☐	Non
Problèmes socio-familiaux	☐	passés	☐	présents	☐	Non
Problèmes financiers en cours	☐	passés	☐	présents	☐	Non

Suggestions - Commentaires

Date :

Nom et signature du médecin :

N° ANONYMAT

Liste des abréviations

CUMP : Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques

ESPT : État de Stress Post-Traumatique

OM : Outre Mer

OPEX : Opération Extérieure

PCLS : Post-traumatic Check List Scale

RÉSUMÉ

Problématique : Du fait de leur structuration psychopathologique, de leur séméiologie et de leur évolution clinique, le repérage des troubles psychiques post-traumatiques est complexe : le sujet psychotraumatisé sollicite davantage le système de soins pour des symptômes *aspécifiques* psychiques ou somatiques.

Objectif principal : Etablir une corrélation entre l'auto-questionnaire PCLS et une évaluation de la consommation de soins et de biens médicaux chez une population de militaires afin de construire un outil de repérage des troubles psychotraumatiques.

Méthodes : Nous avons réalisé une enquête épidémiologique multicentrique analysant la PCLS étudiée sous différentes formes (quantitative, qualitative en classes, et selon cinq sous-dimensions) et un questionnaire évaluant la consommation de soins.

Résultats : Notre échantillon est composé de 340 militaires dont 4,70% présentent une PCLS positive. Validant notre hypothèse principale, nous avons retrouvé une relation statistiquement significative entre le score, les classes et les sous-dimensions de la PCLS d'une part et le nombre de congés maladie et d'indisponibilité d'autre part.

Discussion : Vers une stratégie de repérage des troubles psychotraumatiques pourrait être développé un score de consommation de soins dans lequel figurerait le nombre de jours de congés maladie comme d'indisponibilité, le nombre et la qualité des consultations médicales, le nombre et la qualité des prescriptions médicamenteuses et paracliniques, le nombre de journées d'hospitalisation. La PCLS comme le score de consommation de soins sont des outils intéressants mais qui ne sauraient se substituer à la subjectivité de la relation clinique. Le retour à cette subjectivité partagée avec le praticien reste une dimension diagnostique, mais également thérapeutique, fondamentale.

Mots-Clefs : état de stress post-traumatique, PCLS, consommation de soins, épidémiologie, armées, militaires, dépistage, psychopathologie

ABSTRACT

Background : The psychotraumatic disorders are often difficult to diagnose because the specific symptoms of post-traumatic stress disorder (revival, hyperarousal, avoidance) are rarely direct demand for health care : for reasons determined by the psychopathological structure of trauma, its symptomatology and course, the psychotraumatized subject seek care system for psychological or somatoform nonspecific symptoms: depressive episode, cognitive disorders, other anxiety disorders, histrionic and obsessive symptoms, changes in personality, pain disorders and somatization. Somatic pain may also result from a war injury and psychosomatic complications, addictive or consequences of risk behaviors during the evolution of post-traumatic stress disorder.

Objectives : To establish a correlation between the PCLS and the evaluation of the healthcare consumption in a military population.

Methods : We conducted a multicenter epidemiological study analyzing the PCLS and a questionnaire assessing health care consumption. The PCLS has been studied in various forms: quantitative (17 to 85), in qualitative classes (< 33, 33 to 43 and ≥ 44), and in five sub-dimensions (flashbacks , avoidance, dissociation , depression and hyperactivity . The sub-dimension revival was then studied item by item. The criteria used care consumption over the last twelve months are the numbers of days of sick leave, days of unavailability (of certain jobs or military activities) and consultations.

Results : Our population of 340 subjects can not be considered representative of the french military population even if only a few characteristics differ. 16 of 340 subjects show a positive PCLS is 4.70% of our sample. PCLS average of 23 (± 9.4) with a median of 19 objectifying much of PCLS have almost zero score. Validating our main hypothesis, we found a statistically significant relationship between elements of the PCLS and variables care consumption : this link exists mainly between the score, classes and sub-dimensions of the PCLS in one hand and number of days of sick leave and unavailability in the other hand.

Discussion : Towards a strategy for tracking psychotraumatic disorders, could be developed a score of health care consumption which would include the number of days of sick leave and unavailability, the number and quality of medical consultations, the number and quality of

drug and laboratory requirements, the number of hospitalisations. To the identification of post- traumatic stress disorder, the PCLS score as well as the consumer healthcare score are valuable tools but do not replace the subjectivity of the clinical relationship : return to this shared subjectivity with the practitioner remains a diagnostic dimension, but also therapeutic, fundamental.

Keywords : post traumatic stress disorder, PCLS, healthcare consumption, epidemiology, army, soldiers, detection, psychopathology.

RESUMÉ DE LA THÈSE

Problématique : Du fait de leur structuration psychopathologique, de leur séméiologie et de leur évolution clinique, le repérage des troubles psychiques post-traumatiques est complexe : le sujet psychotraumatisé sollicite davantage le système de soins pour des symptômes *aspécifiques* psychiques ou somatiques.

Objectif principal : Etablir une corrélation entre l'auto-questionnaire PCLS et une évaluation de la consommation de soins et de biens médicaux chez une population de militaires afin de construire un outil de repérage des troubles psychotraumatiques.

Méthodes : Nous avons réalisé une enquête épidémiologique multicentrique analysant la PCLS étudiée sous différentes formes (quantitative, qualitative en classes, et selon cinq sous-dimensions) et un questionnaire évaluant la consommation de soins.

Résultats : Notre échantillon est composé de 340 militaires dont 4,70% présentent une PCLS positive. Validant notre hypothèse principale, nous avons retrouvé une relation statistiquement significative entre le score, les classes et les sous-dimensions de la PCLS d'une part et le nombre de congés maladie et d'indisponibilité d'autre part.

Discussion : Vers une stratégie de repérage des troubles psychotraumatiques pourrait être développé un score de consommation de soins dans lequel figurerait le nombre de jours de congés maladie comme d'indisponibilité, le nombre et la qualité des consultations médicales, le nombre et la qualité des prescriptions médicamenteuses et paracliniques, le nombre de journées d'hospitalisation. La PCLS comme le score de consommation de soins sont des outils intéressants mais qui ne sauraient se substituer à la subjectivité de la relation clinique : le retour à cette subjectivité partagée avec le praticien reste une dimension diagnostique, mais également thérapeutique, fondamentale.

TITRE EN ANGLAIS

Relation between healthcare consumption and Post-traumatic Check List Scale (PCLS) in a soldiers population

MÉDECINE GÉNÉRALE ANNÉE 2014

MOTS-CLÉS

- État de stress post-traumatique
- Post-traumatic check-list scale (PCLS)
- Consommation de soins
- Armée

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LÈS NANCY Cedex
