UNIVERSITÉ DE LORRAINE | BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES

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 bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

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

UNIVERSITE DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Année 2022

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

KODAIS épouse DELCOURT Hélène

Née le 16 juin 1994 à Rouen

Le 8 mars 2022

Interne des Hôpitaux des Armées

Elève de l'Ecole du Val de Grâce de Paris

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE–PARIS

ANCIENNE ÉLÈVE DES ÉCOLES MILITAIRES DE SANTE DE LYON – BRON

Le parcours de soin primaire du militaire ayant un état de stress post traumatique

Membres du Jury :

M. le Professeur SCHWAN Raymund	Président du Jury
M. le Médecin en Chef AIGLE Luc	Juge
Mme la Professeure SIEGRIST Sophie	Juge
M. le Médecin Chef LE PAPE Erwan	Directeur du Thèse

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :
- *Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER, Dr Thomas SCHWITZER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG :* Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Vie hospitalo-universitaire :* Pr Stéphane ZUILY
- *Interface avec la Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales :* Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation :* Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé :* Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie :* Dr Jacques JONAS
- *ECOS :* Drs Eva FEIGERLOVA et Patrice GALLET
- *Service sanitaire :* Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles :* Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce :* Pr Pablo MAUREIRA, Drs Nicla SETTEMBRE et Fabienne LIGIER
- *Etudiant :* Mehdi BELKHITER

Chargés de mission
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PASS : Pr Mathias POUSSEL

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET – Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER – François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP – Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER – Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT – Jean-Marie POLU - Jacques POUREL – Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT – Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT – Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER – Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ – Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT – Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE – Gilbert FAURE - Jean-Pierre KAHN - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc SCHMUTZ - Paul VERT - Faiez ZANNAD

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : *Anatomie*
Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ
2e sous-section : *Histologie, embryologie et cytogénétique*
Professeur Christo CHRISTOV
3e sous-section : *Anatomie et cytologie pathologiques*
Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : *Biophysique et médecine nucléaire*
Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER
2e sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD – Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR – Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH
2e sous-section : *Physiologie*
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur Mathias POUSSEL
3e sous-section *: Biologie cellulaire*
Professeure Véronique DECOT-MAILLERET
4e sous-section : *Nutrition*
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2e sous-section : *Parasitologie et Mycologie*
Professeure Marie MACHOUART
3e sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales*
Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*
Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN
4e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1re sous-section : *Hématologie ; transfusion*
Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE
2e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*
Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT
3e sous-section : *Immunologie*
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4e sous-section : *Génétique*
Professeur Philippe JONVEAUX

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1re sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2e sous-section : *Médecine intensive-réanimation*
Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN
3e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU
4e sous-section : *Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*
Professeur Nicolas GIRERD - Professeur Patrick ROSSIGNOL
5e sous-section : *Médecine d'urgence*
Professeur Tahar CHOUIHED

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1re sous-section : *Neurologie*
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT
2e sous-section : *Neurochirurgie*
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3e sous-section :*(Psychiatrie d'adultes ; addictologie*
Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN
4e sous-section : *Pédopsychiatrie ; addictologie*
Professeur Bernard KABUTH
5e sous-section : *Médecine physique et de réadaptation*
Professeur Jean PAYSANT

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1re sous-section : *Rhumatologie*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2e sous-section : *Chirurgie orthopédique et traumatologique*
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX
3e sous-section : *Dermato-vénéréologie*
Professeure Anne-Claire BURSZTEJN
4e sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1re sous-section : *Pneumologie ; addictologie*
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT
2e sous-section : *Cardiologie*
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN
Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL
3e sous-section : *Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*
Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD
4e sous-section : *Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : *Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
2e sous-section : *Chirurgie viscérale et digestive*
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN
3e sous-section : *Néphrologie*
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4e sous-section : *Urologie*
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1re sous-section : *Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
3e sous-section : *Médecine générale*
Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1re sous-section : *Pédiatrie*
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Cyril SCHWEITZER
2e sous-section : *Chirurgie infantile*
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3e sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4e sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : *Oto-rhino-laryngologie*
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU
2e sous-section : *Ophtalmologie*
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART
3e sous-section : *Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*
Professeure Muriel BRIX

==========
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL
64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL
65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN
66e Section : PHYSIOLOGIE
Professeur Nguyen TRAN

==========
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53e Section, 3e sous-section : *Médecine générale*
Professeure associée Sophie SIEGRIST
Professeur associé Olivier BOUCHY

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1re sous-section : *Anatomie*
Docteur Bruno GRIGNON

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1re sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN
2e sous-section : ***Physiologie***
Docteure Iulia-Cristina IOAN (stagiaire) - Docteur Jacques JONAS

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1re sous-section : *Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2e sous-section : Parasitologie et mycologie
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1re sous-section : *Epidémiologie, économie de la santé et prévention*
Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU (stagiaire)
2e sous-section *Médecine et Santé au Travail*
Docteure Isabelle THAON

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1re sous-section : *Hématologie ; transfusion*
Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI
2e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*
Docteure Lina BOLOTINE
3e sous-section : *Immunologie*
Docteure Alice AARNINK
4e sous-section : *Génétique*
Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1e sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*
Docteur Philippe GUERCI
3e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
2e sous-section : *Neurochirurgie*
Docteur Fabien RECH
3e sous-section : Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Docteur Thomas SCHWITZER
4e sous-section : Pédopsychiatrie ; addictologie
Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
4e sous-section : ***Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3e sous-section : *Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*
Docteur Fabrice VANHUYSE
4e sous-section : *Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*
Docteure Nicla SETTEMBRE

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1re sous-section : *Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*
Docteur Anthony LOPEZ

54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1e sous-section : *Pédiatrie*
Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU (stagiaire)
3e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Docteur Charline BERTHOLD (stagiaire)
4e sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*
Docteure Eva FEIGERLOVA
5e sous-section : *Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*
Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : *Oto-Rhino-Laryngologie*
Docteur Patrice GALLET

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

63e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES
Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN (stagiaire) - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ – Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE (stagiaire)

69e Section : NEUROSCIENCES
Madame Sylvie MULTON

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
53e Section, 3e sous-section : *(Médecine générale)*
Docteur Cédric BERBE – Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

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 Würtzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
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 du Jury

Monsieur le Professeur le Professeur SCHWAN Raymund,

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Nancy.

Chef du Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie Adulte du Grand Nancy.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse, et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Je vous prie d'accepter l'expression de mon profond respect et le témoignage de ma sincère gratitude.

A Notre Maître et Juge

Madame la Professeure SIGRIEST Sophie,

Professeure Associée de Médecine Générale au sein du DUMG de la Faculté de Médecine de Nancy.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury pour cette thèse, et de votre implication dans la formation des internes de médecine générale. Veuillez recevoir ma sincère gratitude.

A Notre Maître et Juge

A Monsieur le Médecin en Chef AIGLE Luc,

Praticien des Armées, Professeur Agrégé du Val de Grâce en Médecine Générale, directeur des Études des Écoles de Santé de Lyon Bron.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse, et pour votre implication dans la formation des jeunes praticiens militaires. Veuillez recevoir ma sincère gratitude.

A Notre Maître et Directeur de Thèse

A Monsieur le Médecin en Chef LE PAPE Erwan,

Praticien des Armées, Chef du service de Psychiatrie de l'HIA Legouest.

Je vous remercie d'avoir accepté d'encadrer cette nouvelle thèse et pour votre implication, votre soutien, votre pédagogie, votre bienveillance et vos précieux conseils tout au long de ce travail.

Merci pour votre assiduité, votre humanité et votre rigueur.

Merci de m'avoir permis de découvrir le milieu de la psychiatrie et de m'avoir transmis votre savoir. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

ÉCOLE DU VAL DE GRACE – Paris

A Monsieur le médecin général Guillaume PELÉE de SAINT MAURICE

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé de l'École du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier dans l'Ordre National du Mérite

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

A Monsieur le médecin chef des services Jean-François GALLET

Directeur-adjoint de l'École du Val-de-Grâce

Chevalier de l'Ordre National de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre du Mérite maritime

Merci à l'équipe de psychiatrie de l'HIA LEGOUEST.

Merci à tous ceux qui ont participé à ma formation universitaire, surtout durant l'internat, un merci tout particulier à Céline et Stéphanie pour nous avoir appris tellement plus que la médecine, merci à la super équipe médicale et paramédicale des urgences de l'HIA LEGOUEST, merci au couple LE PAPE de m'avoir appris chacun leur spécialité, merci à l'équipe de gynéco-obstétrique du CHR MERCY et de pédiatrie de MERCY.

Merci à tous les médecins que j'ai connus au cours de mes stages, des cours et de mes gardes, pour leurs enseignements. Merci à tous mes pairs pour avoir rendu ces études plus légères.

Merci à l'équipe de choc des copines de METZ, merci Caro, Camille, Caro et Maurine, sans vous l'internat n'aurait pas été si qualitatif !

Merci à Maman d'être la présence bienveillante et la mère la plus parfaite, merci d'être toujours là pour nous, pour ton soutien, tes conseils, tes encouragements, j'espère être la moitié de la mère que tu as été pour nous.

Merci à mes frères et sœurs, Céline, Victor, et Anne, vous êtes précieux.

Merci à mes grands-parents d'avoir toujours cru en moi.

Merci à mon tendre mari, pour ton soutien, ta vision de la vie, tous ces moments partagés, tes conseils, et de m'avoir choisie pour la vie.

Merci à la CTR+ toujours présente malgré la distance.*

Merci aux copines de Rouen : Alice, Philo, Kelly, Claire, Camille, Emilie pour votre amitié durable.

Merci aux militaires qui ont accepté d'être inclus dans cette thèse.

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. »

TABLE DES MATIERES

ABRÉVIATIONS 18

INTRODUCTION 20

PARTIE 1 : GÉNÉRALITÉS SUR L'ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE EN MILIEU MILITAIRE 22

1. Milieu militaire 22
   1.1. La particularité du métier militaire, caractéristiques 22
   1.2. L'évolution des conflits armés : asymétrie et haute intensité. 23
2. Médecine militaire 25
   2.1. Organisation générale de la médecine militaire 25
   2.2. Le médecin des forces 26
      2.2.1. La médecine d'expertise 27
      2.2.2. Médecin généraliste 27
      2.2.3. Médecin en opération extérieure (OPEX) 28
      2.2.4. Médecin conseiller au commandement 28
      2.2.5. Médecin de prévention 29

PARTIE 2 : LA PATHOLOGIE : L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE 30

1. Définition 30
   1.1. L'évènement traumatique 30
   1.2. L'État de stress aigu 32
   1.3. L'état de stress post traumatique 32
2. Caractéristiques et Thérapeutiques 34
   2.1. Épidémiologie 34
   2.2. Dispositifs mis en place pour aider à l'entrée aux soins 35
   2.3. Thérapeutique 36
      2.3.1. En aigu 36
      2.3.2. En chronique 36
3. Reconnaissance, réadaptation, réhabilitation 37
   3.1. Parcours médico-statutaire 37
   3.2. Reconnaissance 39
   3.3. Les structures d'aide aux blessés 41
   3.4. Réparation 42

PARTIE 3 : MATÉRIEL ET MÉTHODES 44

PARTIE 4 : RESULTATS 46

1. Caractéristiques générales des patients de l'étude 46

1.1. Sexe 46
1.2. Armée d'appartenance 46
1.3. Arme 46
1.4. Age de la population incluse 47
1.5. Catégorie de grade 47
1.6. Classe de niveau d'ancienneté 48
1.7. Statut marital 48
1.8. Nombre d'enfants lors de l'ESPT 48
1.9. Nombre d'OPEX réalisé avant la consultation chez le psychiatre 49
1.10. Présence d'antécédents personnels psychiatriques 49
2. Parcours de soins en Antenne Médicale 50
2.1. Consultations d'un psychologue ou psychiatre pendant le parcours de soins primaires avant consultation d'un psychiatre en HIA. 50
2.2. Nombre de consultations en antenne avant adressage au psychiatre 50
2.3. Motif de consultation initiale au médecin des forces à l'antenne médicale 50
2.4. Existence de problèmes disciplinaires au sein du régiment 51
2.5. Nombre de jours d'arrêt maladie depuis le traumatisme jusqu'à la consultation chez le psychiatre militaire 51
2.6. Délai de consultation avec le spécialiste (en mois) 52
2.7. Les pathologies associées à l'ESPT, retrouvées dans le dossier Axone et / ou le courrier d'adressage du médecin d'unité 52
2.8. Circonstances du traumatisme en lien avec le service inclus dans l'étude 53
2.9. Traitements en cours avant la consultation par le psychiatre militaire 53
2.10. Motif d'adressage et existence d'un courrier médical du médecin d'unité pour le psychiatre 54
2.11. Diagnostic posé par le médecin d'unité en antenne avant consultation spécialisée 55
2.12. Etude de l'aptitude statuée par les médecins d'unité à la consultation avec le psychiatre 56
2.13. Etude des éléments médico-administratifs en antenne médicale 56
2.14. Etude des démarches de reconnaissance entamées et incluses dans le dossier médical Axone 57

PARTIE 5 : DISCUSSION 58
1. Limites de cette étude 58
2. Données épidémiologiques : Caractéristiques démographiques et générales 58
2.1. Sexe 59
2.2. Armée d'appartenance 59
2.3. Armes 60
2.4. Âge 60
2.5. Catégorie de grade 61
2.6. Classe de niveau d'ancienneté 62
2.7. Statut marital 63

2.8. Nombre d'enfants lors de l'ESPT 63
2.9. Nombre d'OPEX réalisé avant la consultation chez le psychiatre 64
2.10 Présence d'antécédents personnels psychiatriques 65
3. Parcours de soins en antenne médicale..... 66
3.1. Consultations d'un psychologue ou psychiatre pendant le parcours de soins primaires avant consultation d'un psychiatre en HIA. 66
3.2. Nombre de consultations en antenne avant adressage au psychiatre 66
3.3. Motif de consultation initiale au médecin des forces à l'antenne médicale ayant justifié l'adressage au psychiatre 67
3.4. Existence de problèmes disciplinaires au sein du régiment..... 70
3.5. Nombre de jours d'arrêt maladie depuis le traumatisme jusqu'à la consultation chez le psychiatre militaire..... 71
3.6. Délai de consultation avec le spécialiste (en mois) 72
3.7. Les pathologies associées à l'ESPT, retrouvés dans le dossier Axone et/ ou le courrier d'adressage du médecin d'unité 73
3.8. Circonstances du traumatisme en lien avec le service inclus dans l'étude..... 74
3.9. Traitements en cours avant la consultation par le psychiatre militaire..... 75
3.10. Motif d'adressage et existence d'un courrier médical du médecin d'unité pour le psychiatre 76
3.11. Diagnostic posé par le médecin d'unité en antenne avant consultation spécialisée..... 77
3.12. Etude de l'aptitude statuée par les médecins d'unité à la consultation avec le psychiatre 78
3.13. Etude des éléments médico-administratifs réalisé en antenne médicale 78
3.14. Etude des démarches de reconnaissance entamées et incluses dans le dossier médical Axone..... 80

PARTIE 6 : TO DO LIST ESPT 81

CONCLUSION..... 82

RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE..... 84

ANNEXES 89
Annexe 1 : Échelle de l'état de stress post-traumatique PCLS..... 89
Annexe 2 : Eléments justificatifs du traumatisme, tiré du « Guide à l'usage des cadres de contact et des chefs BEH : Commander un combattant blessé dans les 180 premiers jours »..... 90
Annexe 3 : Grille de recueil : Prise en charge déjà effectuée au premier RDV au service de psychiatrie à l'HIA LEGOUEST..... 95
Annexe 4 : Lettre d'information destinée au patient et consentement..... 97

ABRÉVIATIONS

AH : Antenne Hospitalière

ALAT : Aviation Légère de l'Armée de Terre

AM : Antenne Médicale

AMP : Aide Médicale à la Population

Axone : Logiciel de traitement des dossiers médicaux en antenne médicale

ADM : Arme de Destruction Massive

BEH : Bureau Environnement

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

CESPA : Centre d'Épidémiologie et de Santé Publique des Armées

CFH : Conseiller Facteur Humain : officier environnement humain

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies dixième révision

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

CLM : Congé Longue Maladie

CLDM : Congé Longue Durée pour Maladie

CMA : Centre Médical des Armées

CNMSS : Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale

DAPIAS : Déclaration d'Affection Présumée Imputable au Service

DCSSA : Direction Centrale du Service de Santé des Armées

DFP : Déficit Fonctionnel Permanent

DIGA : Déficits Immunitaires Graves et Acquis

DMF : Direction de la Médecine des Forces

DGA : Direction Générale de l'Armement

DHA : Direction des Hôpitaux des Armées

DMM : Décision Médico Militaire

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, dernière version datant de 2015)

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EMSLB : Écoles Militaires de Santé de Lyon Bron

ERC : Extrait du Registre des Constatations

ESA : État de Stress Aigu

ESPT : État de Stress Post Traumatique

FSPO : Fiche de Suivi Post Opérationnel

GEDISSA : Gestion d'Enseignement à Distance et d'Information du Service de Santé des Armées

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

IRC : Inscription aux Registres des Constatations

IED : Improvised Explosif Device, engin explosif de circonstance

IGESA : Institution de Gestion Sociale des Armées

IMAO : Inhibiteur de Mono Amine Oxydase

IPP : Incapacité Permanente

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

LMR : Livret Médical Réduit

MCD : Mission de Courte Durée

MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées

MDR : Militaire Du Rang

MEDEVAC : MEDical EVACuation

NRBC : Nucléaire Radiologique, Biologique, Chimique

OEH : Officier Environnement Humain : CFH : Conseiller Facteur Humain

ONACVG : Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre

ONU : Organisation des Nations Unies

OPEX : OPération EXtérieure

OPINT : OPération INTérieure

OSV : Observatoire de la Santé des Vétérans

OTAN : Organisation du Traité de l'Atlantique Nord

SSA : Service de Santé des Armées

PCLS : PTSD CheckList Scale

PMI : Pension Militaire d'Invalidité

PSPO : pack de Premier Secours Psychologique en OPEX

PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder

RETEX : RETour d'EXpérience

RC : Rapport Circonstancié

RCA : République CentrAfricaine

RMBS : Rencontres Militaires Blessure et Sport

SC1 : Secours au Combat de Niveau 1

SMPA : Service Médico-Psychologique des Armées

SPRA : Service de Protection Radiologique des Armées

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TEP : Thérapie d'Exposition Prolongée

TPRE : Trouble Psychique en Relation avec un Événement traumatisant

TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique

VMP : Visite Médicale Périodique

INTRODUCTION

En 2018, les maladies psychiatriques s'élevaient au 3ème rang des maladies les plus fréquentes au sein de la population générale après les cancers et les maladies cardio-vasculaires. En plus d'être particulièrement répandues, elles sont le 2ème motif d'arrêt de travail et la 1ère cause d'invalidité.(1)

En ce qui concerne le milieu de la santé militaire, les troubles psychiques constituent la source principale des Congés Longue Durée pour Maladie (CLDM). Plus précisément, les CLDM reconnus sont le plus fréquemment rapportés à l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT). Depuis une vingtaine d'années, de nombreux travaux de recherches sur cette affection ont été réalisés et enrichissent régulièrement la connaissance et la reconnaissance de celle-ci, faisant évoluer encore maintenant les recommandations à son propos.

Dans le plan Service de Santé des Armées (SSA) 2020(2),(3) est rappelé le caractère interarmées du service qui a pour mission première le soutien opérationnel des forces. Cette mission s'étend de la préparation opérationnelle médicale du combattant à la reprise du service du personnel blessé ou malade, et d'une manière plus générale, à sa réinsertion professionnelle et sociale.

Le médecin d'unité est placé au cœur du parcours de soin des militaires, dans un rôle de coordination globale et pas uniquement de soignant d'un point de vue technique.

Les médecins d'unité peuvent faire face à des difficultés dans le parcours de soin de ces personnels. En effet, il s'agit d'une pathologie complexe, avec une clinique parfois subtile, et mobilisant de forts enjeux relationnels, professionnels et institutionnels. De nombreuses démarches médico-administratives et statutaires complexifient voire entravent ce parcours de soins. La particularité du métier des armes, l'exigence en termes de devoir et de rusticité, la valorisation de l'abnégation et du dépassement de soi constituent des valeurs propres à l'institution militaire mais qui peuvent aussi restreindre l'expression de la souffrance psychique des blessés. Il y a donc un risque de délais non négligeable entre l'apparition des symptômes et la première consultation et c'est ainsi un enjeu important que de pouvoir les repérer et de lever ces obstacles au soin.

Ainsi, l'étude du parcours primaire des blessés psychiques est un sujet pertinent et d'actualité.

D'une part, l'ESPT est une pathologie d'intérêt spécifique au milieu militaire, en raison de son lien au service (et donc du devoir du SSA envers les blessés de guerre), et d'actualité compte tenu de l'engagement opérationnel des Armées françaises. D'autre part, le médecin d'unité, spécialiste en médecine générale, est considéré comme l'acteur central, conjointement avec le patient, du parcours de soin et il parait donc indispensable de proposer des axes d'amélioration potentiels dans ce domaine en faveur des blessés psychiques.

Très peu d'études ont été réalisées sur le parcours de soin préhospitalier des traumatisés psychiques, et encore moins en milieu militaire. Nous proposons dans ce travail, d'objectiver dans un premier temps les données cliniques et épidémiologiques issues du parcours de soins pré-hospitalier du militaire blessé psychique dans le Grand Est, puis dans un second temps de donner des axes de réflexion pour optimiser l'action des médecins d'unité au profit de ces patients, par le biais d'une «

to do list » afin d'accompagner au mieux le patient dans son parcours de réhabilitation-réadaptation-réparation qui, nous allons le voir, s'apparente souvent à un authentique « parcours du combattant ».

PARTIE 1 : GÉNÉRALITÉS SUR L'ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE EN MILIEU MILITAIRE

1. Milieu militaire

1.1. La particularité du métier militaire, caractéristiques

Le métier militaire est exigeant voire contraignant, tant sur le plan professionnel, que personnel et familial. Des sacrifices en termes de disponibilité, d'abnégation et de dépassement de soi sont demandés aux professionnels des armées. L'aboutissement de cet engagement singulier s'articule avec la potentialité d'accomplir sa mission jusqu'au péril de sa vie.

Le temps de travail est réparti entre préparation opérationnelle (secours au combat, entrainement physique et militaire, tir au combat, manœuvres, formations techniques selon les spécialités), ainsi qu'entre les services inhérents à la vie quotidienne régimentaire. Les déploiements opérationnels se déclinent sur le territoire national dans le cadre d'Opérations Intérieures (OPINT), en outre-mer dans une optique de protection et de sécurité avec les Missions de Courte Durée (MCD), et en Opération Extérieure (OPEX) sur le terrain de conflits internationaux où la France est engagée pour défendre ses intérêts.

Le militaire en mission est soumis à des contraintes psychiques permanentes que sont le manque de sommeil, la fatigue, la soumission à de nombreux facteurs de stress (combat, promiscuité, contraintes climatiques) ainsi qu'à la rupture d'avec les repères sociaux et familiaux habituels. Lors de ces missions, il peut être exposé à de nombreux risques auxquels la population civile française est rarement confrontée. D'une part, le risque physique du fait d'activités sportives intensives, de milieux extrêmes (en montagne, parachutisme, plongée) et le risque lié à l'emploi des armes ou le risque Nucléaire Radiologique Biologique et Chimique (NRBC) auxquels les soldats doivent savoir faire face. D'autre part, il y a un risque psychique, dû à des visions de scènes de guerre, de violence potentiellement traumatique, des évènements hautement anxiogènes voire d'horreurs, un vécu régulier de grande dangerosité, voire à l'extrême de mort imminente.

L'enjeu éthique de l'usage potentiellement létal de la force et donc de la violence peut constituer un point critique chez le soldat pris alors dans des injonctions contradictoires de devoirs et de morale (« Tu ne tueras point »). Cette problématique est illustrée par le décalage entre le sacrifice consenti par les soldats et le traitement médiatique potentiel des conflits, décalage parfaitement illustré lors de la guerre du Vietnam. Le soldat se retrouve ainsi détenteur d'un savoir singulier, « tabou », voire indicible du réel de la guerre. Ce savoir peut parfois le tenir à l'écart de la communauté sociale, parfois même de sa famille et de ses proches « qui ne peuvent pas comprendre ».

Or, les nouvelles formes de conflits : au cœur de la population et sans réel front ni ennemi visible ont tendance à entretenir encore d'avantage ce décalage entre risque consenti face à un danger omniprésent et sens de la mission dans un contexte géopolitique complexe et mouvant.

1.2. L'évolution des conflits armés : asymétrie et haute intensité.

Depuis l'Antiquité, il est connu que « tout conflit est basé sur un déséquilibre » (Sun Tzu). Plus récemment, Clauzewitz (19e siècle) indique que « la guerre est la continuation de la politique par d'autres moyens ». Les récents conflits, à l'image de la complexité des tenants géopolitiques aboutissent à des combats asymétriques, dans lesquels au final l'éventualité d'une guerre symétrique ne peut être écartée.

D'un côté comme de l'autre, ce sont des conflits plus anxiogènes que ceux auxquels nous avons été confrontés durant la guerre froide. Lors de l'engagement en Afghanistan, les « insurgés » étaient insérés dans la population, en étaient d'ailleurs indiscernables et faisaient peser contre les forces occidentales une menace à la fois permanente et invisible (IED, tireur embusqué). Ces rapports « du fort au faible » poussent ce dernier à se battre dans de nouvelles dimensions du terrain, plus particulièrement en ville et au moyen de piégeage et de harcèlement. Cette forme de combat, potentiellement moins létale que les champs de bataille des guerres mondiales est néanmoins source de stress intense (attente prolongée, vécu d'impuissance, incapacité à distinguer l'ennemi de l'ami, perte du sens de la mission…).

Les conflits asymétriques sont définis comme des "combats déloyaux"(4) par le recours à la surprise dans ses dimensions opérationnelles et stratégiques, basée sur la ruse, voire la perfidie, sans respect des règles de la guerre (convention de Genève). Tant au niveau temporel que matériel, cette « Guérilla» tend à rompre la rythmicité du combat chez « le fort »

Les exemples récents de l'opération « Pamir » en Afghanistan, et de l'opération « Barkhane » au Mali rentrent dans le cadre de la définition de ces conflits asymétriques. La mission « Sangaris » en RCA (République Centrafricaine) correspond aussi à cette définition avec quelques particularités propres aux missions de maintien de la Paix (gestion de foule, exactions intercommunautaires, gestion quotidienne de cadavres et de charniers).

Le Quadrennial Defense Review de 2006 (4) définit trois dimensions propres aux conflits asymétriques : « guerre irrégulière (conflits dans lesquels les combattants n'appartiennent pas à des forces militaires étatiques régulières) ; le terrorisme catastrophique, utilisant des armes de destructions massives (ADM) et des menaces perturbatrices » destinées à déstabiliser l'Etat et à l'empêcher d'affirmer sa puissance. Les pays rivaux utilisent alors les vulnérabilités de la société combattue.

Ainsi dans ces conflits, la menace est permanente et protéiforme. Cela engendre un état d'hypervigilance avec un ennemi qui peut frapper quand et où on ne l'attend pas (la nuit, pendant le repas, pendant un footing…). Cette crainte de perdre un soldat de manière « irrégulière », alors même qu'en combat régulier nos forces seraient victorieuses, suscite un vécu d'injustice, entretenu par les médias et les réseaux sociaux.

La France se prépare cependant à devoir s'engager dans des conflits de haute intensité, avec des adversaires différents des actuels. Le conflit de haute intensité nous ferait revenir à une guerre où nous n'aurions éventuellement ni la supériorité aérienne ni combattante, et serait bien plus mortelle que les OPEX auxquelles nous participons aujourd'hui. Cette violence, dont les soldats seraient témoins par le décès et les blessures de leurs camarades, serait fortement traumatisante par confrontation à une mort toujours plus proche et régulière des soldats.

Afin de limiter l'impact de ces conflits sur les personnels, l'armée a mis en place des stratégies de prévention du stress aigu et du syndrome de stress post traumatique.

Ainsi ont été créées :

- **La CISPAT** : la Cellule d'Intervention et de Soutien Psychologique de l'Armée de Terre, créée le 1er septembre 2004, mise en place pour les situations de traumatisme psychologique, elle est utilisée pour la prise en charge psychologique rapide des victimes d'événements graves, le soutien psychologique de l'entourage des victimes et a pour mission de conseiller aux cellules de crise pour les éléments ayant rapport à la psyché.(5)
- **La CFH** : Conseiller Facteur Humain (ex officier environnement humain) est un conseiller au service du chef de corps au sein du régiment. Après un stage de cinq semaines de formation-initiation dans le domaine de la psychiatrie (en HIA notamment), il a pour mission de contribuer à maintenir au plus haut la capacité opérationnelle en veillant à préserver le facteur humain. Son rôle est de conseiller, former et informer sur le stress et sa gestion pendant la mission, et après.(6)
- **Les Sas de fin de mission** : permet un retour progressif en évitant un décalage trop brutal entre les 2 modes de vie : OPEX et vie « normale ». Ce désengagement progressif des théâtres identifiés ayant un haut risque de stress opérationnel est en place pour certaines missions.(6)
- **Le plan d'action de prévention des psycho traumatismes du SSA (2015-2018) :** (7-8)
    - Trois objectifs principaux :

      1. Renforcer la prise en compte et le suivi de proximité des blessés psychiques sur le long terme.

      2. Améliorer la reconnaissance, la réhabilitation psychosociale et la reconversion professionnelle des militaires souffrant d'un syndrome psycho-traumatique.

      3. Poursuivre la sensibilisation des militaires au stress opérationnel et aux TSPT et à développer l'information aux familles.
- Dans le plan de 2013 à 2015**,** il y avait six objectifs principaux :

  1. Mieux informer, prévenir, repérer et diagnostiquer les troubles liés au stress opérationnel et aux traumatismes psychiques.

  2. Mieux répondre aux besoins psychosociaux spécifiques du militaire et de sa famille, avant, pendant et après les missions, mais aussi tout au long de sa carrière et au-delà, après son retour à la vie civile.

  3. Mieux prendre en charge les conséquences immédiates, à court et à long terme, d'une rencontre avec un évènement traumatique au plan psychique.

  4. Garantir une juste réparation des états de stress post-traumatiques.

  5. Mieux appréhender l'ampleur et l'impact des troubles psychiques résultant du stress opérationnel et du stress post-traumatique liés aux missions des armées.

  6. Mieux informer les militaires et leurs familles sur le stress opérationnel, les troubles psychiques post-traumatiques et le dispositif de soutien.
- Les interventions de prises en charge médico-psychologiques immédiates et post-immédiates sont coordonnées par le Service Médico-Psychologique des Armées (SMPA) et le réseau de praticiens (psychiatres et psychologues cliniciens) de proximité des Centres Médicaux des Armées (CMA) a été densifié.

- **Le PSPO : pack de premier secours psychologique en OPEX** qui a pour but de détecter les premiers symptômes de stress opérationnel chez le patient militaire, et de livrer les premières réponses, avant l'intervention du psychiatre, ou à défaut, d'un médecin en rôle 1 ou rôle 2 de théâtre. C'est l'équivalent du SC1 (Sauvetage au Combat 1er niveau) transposé au domaine de la psychiatrie.

2. Médecine militaire

2.1. Organisation générale de la médecine militaire

Le Service de Santé des Armées (SSA) est un outil inter-armées dédié au soutien sanitaire des militaires de toute arme, en tout lieu, en tout temps. Sa mission principale(9) est d'être au plus près des combats pour offrir aux blessés la meilleure chance de survie, de récupération et de réinsertion professionnelle et sociale. Ceci se met en place par une chaîne santé complète et autonome de soins, d'expertises, de recherche, de formation et de ravitaillement en produits de santé. Il est composé de 14 700 hommes et femmes civils et militaires et de plus de 3000 réservistes**.** Sur le territoire national, le SSA participe au service public et à la résilience nationale, en particulier grâce à son expertise dans les domaines NRBC et de sauvetage au combat, précieuse face au risque terroriste.

La médecine militaire est composée de médecins d'unité et de médecins hospitaliers, projetables et formés à la médecine de guerre(7).

Depuis le 3 septembre 2018, la Direction Centrale du Service de Santé des Armées (DCSSA) est composée de six sous-unités : cinq directions du SSA et d'une chaine des ressources humaines.

Image tirée du site defense.gouv.fr

La Direction de la Médecine des Forces (DMF) assure un rôle de direction et d'appui auprès des unités : les 16 Centres Médicaux des Armées (CMA), les chefferies du service de santé (force d'action navale, forces sous-marines, forces spéciales), et le Service de Protection Radiologique des Armées (SPRA). Elle porte en particulier la responsabilité de leur préparation à l'engagement opérationnel.

La Direction des Hôpitaux des Armées (DHA) représente la composante hospitalière avec ses 7 hôpitaux d'instruction des armées (HIA) et une antenne hospitalière (AH). Ils soignent en priorité les ayants-droits et ressortissants du Ministère des armées mais sont ouverts à tous les assurés sociaux dans la limite de leurs moyens. Ils se soumettent aux procédures de certification de la santé publique. Ceci permet à l'Institution de garder des professionnels de santé formés, compétents et polyvalents. C'est aussi dans ces hôpitaux que les militaires sont adressés pour les questions d'aptitude à servir nécessitant un avis hospitalier complémentaire.

2.2. Le médecin des forces

Le médecin militaire d'unité est un médecin formé en médecine générale dans les facultés civiles que sont les universités de Lyon Est / Lyon Sud pour l'externat puis les universités proches des 8 HIA pour l'Internat. Ils bénéficient également par l'École Militaire de Santé de Lyon Bron puis par l'École du Val de Grâce d'une formation spécifique à la médecine militaire (aptitudes, médecine de guerre, NRBC, médecine de prévention, urgences, médecine de catastrophe…). Les médecins d'unité sont également projetés en opération extérieure au plus proche des militaires au combat, afin de permettre aux blessés de bénéficier d'un secours rapide et efficace, selon un principe de « médicalisation de l'avant » et de « l'heure d'or » (ou « Golden Hour »), concept de médecine d'urgence, par le biais des MEDEVAC. En effet les blessés graves ayant leur pronostic vital engagé décèdent dans les premières heures. Pour optimiser ses chances de survie, la victime doit être prise en charge et évacuée vers une antenne chirurgicale dans l'heure qui suit.

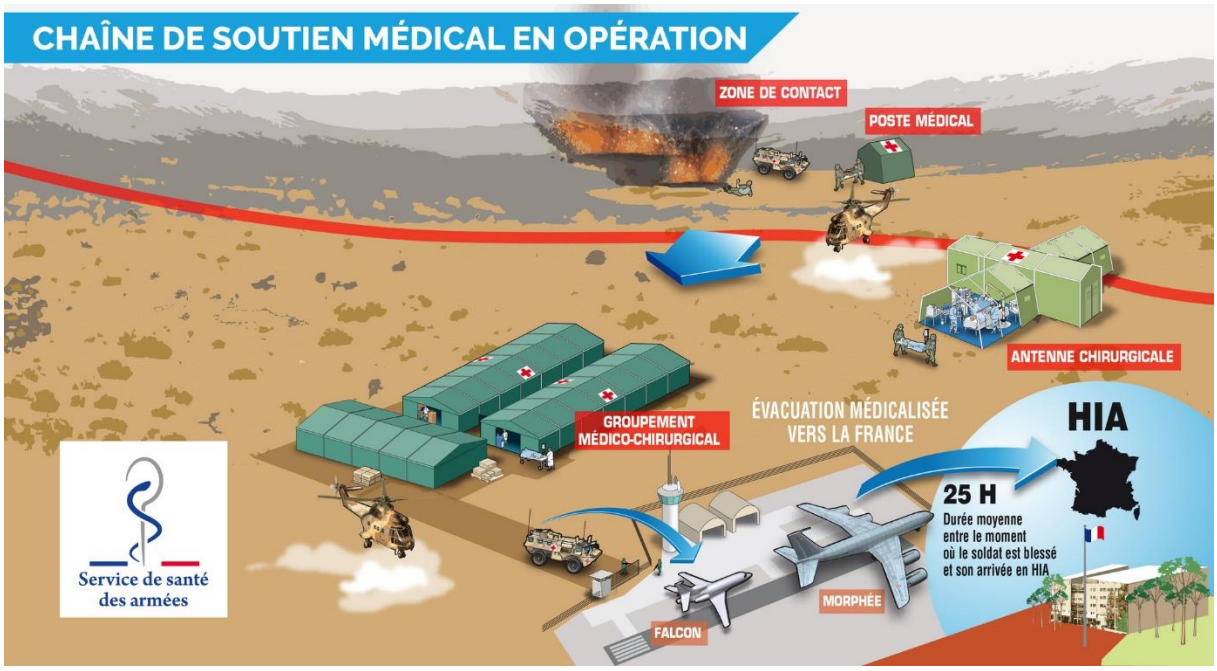


Image tirée du site defense.gouv.fr

Le médecin d'unité constitue la pierre angulaire du parcours de soin des militaires. Il organise un réseau de soins, et coordonne le parcours de soin du blessé psychique. Il est également attentif aux retentissements des blessures psychiques du militaire sur la famille et les proches. Ces actions sont guidées par les principes de précocité, proximité et de permanence dans la continuité des soins. Il est aussi le lien avec le commandement qu'il conseille, et avec ses partenaires institutionnels.

2.2.1. La médecine d'expertise

La médecine d'expertise dans les armées utilise le fameux sigle « SIGYCOP » : membres supérieurs, membres inférieurs, état général, yeux, couleur, oreilles et psychologique. Des référentiels existants permettent d'associer une pathologie à une aptitude à servir ou non selon le profil d'engagement et la spécialité souhaitée. Cette détermination de l'aptitude, à l'engagement et en cours de carrière tous les deux ans, permet d'optimiser la sélection et l'orientation des militaires afin de maintenir la capacité opérationnelle et de projection de nos forces armées. Ceci permet de sécuriser le quotidien du soldat et de ses camarades, et que chacun puisse ainsi accomplir ses missions de manière optimale.

Dans certaines situations complexes, les médecins d'unité peuvent adresser les patients en HIA afin de bénéficier d'un avis hospitalier sapiteur en ce qui concerne les restrictions d'aptitudes, voire une décision d'inaptitude temporaire ou définitive.

En ce qui concerne les congés statutaires, ce sont les médecins des forces qui sont au cœur de la prise en charge des patients, pour coordonner les démarches permettant à ceux-ci d'obtenir une ouverture de leurs droits aux congés liés à l'état de santé.

Par ailleurs, un congé maladie supérieur ou égal à 21 jours nécessite une visite de reprise en antenne médicale. Si un congé maladie dépasse les 6 mois, le patient peut bénéficier d'un Congé Longue Durée pour Maladie (CLDM), Congé Longue Maladie (CLM), ou congé du blessé.

Le CLDM correspond aux pathologies suivantes : affections cancéreuses, déficits immunitaires graves et acquis (DIGA), et troubles mentaux ou du comportement. Le reste des pathologies justifie l'attribution d'un CLM. Les CLM et CLDM sont réévalués tous les 6 mois par le médecin d'unité, voire par l'hospitalier concerné par la pathologie.

En ce qui concerne les syndromes de stress post-traumatique (SSPT), ils peuvent bénéficier d'un CLDM, avec des droits différents de durée de congé selon le statut, l'ancienneté du militaire et le lien au service ou non de la pathologie.

2.2.2. Médecin généraliste

Le médecin d'unité est le médecin traitant des militaires soutenus de son antenne médicale. Généralement, la moitié de son exercice en France consiste à suivre ses patients en tant que médecin généraliste. La proximité des antennes avec les régiments, la possibilité de consulter durant les heures de service et la disponibilité du médecin d'unité, permettent un accès facilité aux consultations.

On remarquera donc que le médecin militaire d'unité a comme particularité quasiment unique en France de pouvoir, pour un même patient, être à la fois médecin du travail et médecin traitant. Dans certaines situations, cette double fonction peut parfois entretenir une défiance chez les patients avec la crainte que la mise en place des soins ait des conséquences sur leur aptitude professionnelle. Dans les faits, cette polyvalence du médecin d'unité est également un atout qui le positionne d'emblée comme le médecin référent le plus légitime pour le militaire, en particulier blessé.

Les médecins d'unité exercent dans une antenne médicale avec des infirmiers, des auxiliaires sanitaires, des secrétaires administratives, et selon les antennes avec des dentistes (pour l'aptitude OPEX) et parfois des psychologues. Tous ces intervenants participent au suivi global bio-psycho-social des patients.

2.2.3. Médecin en opération extérieure (OPEX)

Les médecins militaires sont formés au secours au combat dès le début de leur cursus. Des apprentissages ont lieu tout au long des études. L'objectif est de former au mieux des médecins projetables en opération extérieure, rapidement après leur sortie d'école. Sur les terrains des OPEX, les médecins d'unité ont un rôle de médicalisation de l'avant, au niveau du rôle 1 (non chirurgical, sur le terrain, au plus proche des conflits). Le but est d'assurer la survie du blessé et son intégrité fonctionnelle sur le terrain.

Sur ces terrains hors métropole, il s'agit de savoir réagir à un afflux massif de blessés (triage, catégorisation de blessés, en tenant compte des contraintes logistiques) en milieu hostile, avec des blessures rares en France et violentes (armes à feu, IED, machettes, piqûres de serpent, envenimations, plaies délabrantes par arme blanche, accident industriel…).

Les médecins d'unité peuvent aussi effectuer de l'AMP (aide médicale à la population) auprès des populations locales avec, là aussi, des pathologies inhabituelles en France (tumeurs très avancées, fractures déplacées avec cals vicieux spectaculaires, parasitoses invasives…).

Les missions en opérations extérieures constituent ainsi par définition des situations d'exception qui représentent l'aboutissement et le cœur du métier de médecin militaire. Les spécificités et les compétences de la médecine militaire y sont par définition valorisées et soumises parfois à rude épreuve au niveau technique, humain, éthique et relationnel. Ainsi, les soignants eux-mêmes peuvent être bien-sûr confrontés à un vécu de culpabilité, d'impuissance, d'horreur ou de danger imminent pouvant évoluer vers un traumatisme psychique. (10)

Le médecin d'unité dirige une équipe de paramédicaux et, à ce titre, pour le seconder, a besoin de personnels infirmiers également formés aux pathologies spécifiques du milieu militaire, et notamment l'ESPT.

2.2.4. Médecin conseiller au commandement

Le médecin d'unité est également un conseiller du commandement. Il s'agit d'une fonction quotidienne du médecin d'unité, importante en terme de bonne coordination entre la chaîne santé et le commandement. Dans le même temps, cette même fonction de conseil au commandement n'est que peu formalisée par des textes réglementaires. Elle se déploie dans une pratique de la médecine d'unité qui est au carrefour d'enjeux médicaux, militaires, institutionnels et relationnels. Il s'agira dans les faits d'apporter des éléments au commandement afin de lui donner un éclairage médical dans ses décisions, tout en prenant soin de respecter le secret professionnel.

Bien souvent, il s'agira d'apporter un retour sur un ressenti médical sur des éléments d'ambiance collective ou individuelle pouvant être à l'origine d'un risque sanitaire spécifique, lui-même source d'une contrainte opérationnelle pesant sur la mission (par exemple : si le médecin trouve que d'un point de vue global, les mesures barrières dans une pandémie ne sont pas respectées dans une

unité ; ou s'il remarque en mission extérieure une vulnérabilité, voire un épuisement psychique accru chez les personnels).

2.2.5. Médecin de prévention

La médecine de prévention consiste en l'analyse et l'adaptation des risques inhérents à l'environnement professionnel (risque chimique, sanitaire, rayonnement, adaptation du poste de travail). Le médecin de prévention permet de garantir la sécurité du poste de travail, et la gestion des risques professionnels, pour éviter toute altération de la santé physique et psychique des agents du fait de leur travail, et garder ainsi au maximum les personnels opérationnels. Il agit de concert avec le chargé de prévention de l'unité.

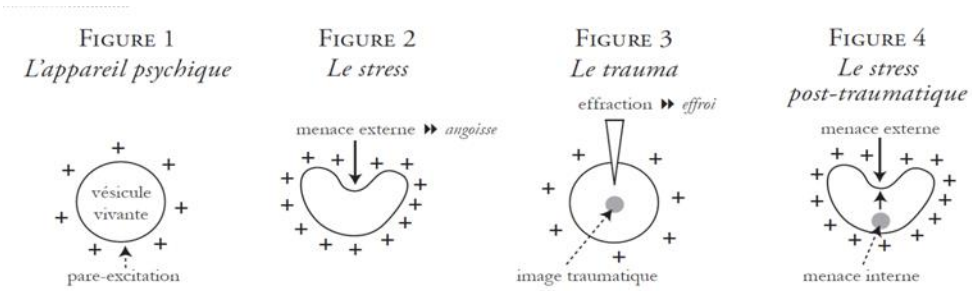
Chaque médecin des forces est en charge de l'exercice de la médecine de prévention au profit du personnel militaire affecté au ministère des Armées. A ce titre, les médecins des armées sont les conseillers des chefs d'organismes, des agents et des représentants du personnel militaire. Ils conduisent des actions sur le milieu de travail notamment en participant aux réunions des commissions consultatives d'hygiène et de prévention des accidents et en œuvrant à l'évaluation et à la prévention des risques professionnels. Pour ce faire, ils réalisent des visites des lieux de travail. Au cours de leurs activités en milieu de travail, ils analysent les postes de travail et leurs exigences physiques et psychologiques ainsi que les rythmes de travail. A cette occasion, s'ils constatent l'existence d'un risque ou d'un dysfonctionnement grave pour la santé, ils sont habilités à le signaler par écrit au chef d'organisme, avec le cas échéant des propositions motivées permettant de corriger la situation constatée.

PARTIE 2 : LA PATHOLOGIE : L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

1. Définition

1.1. L'évènement traumatique

François Lebigot, psychiatre militaire spécialiste du traumatisme psychique (11) (2009), classe les événements traumatiques en trois catégories :
1) Le face à face solitaire avec la mort : le sujet voit la mort arriver sur lui, « il se voit mort » « cette fois, c'est fini ! »
2) Le réel de la mort rencontré chez un autre : le plus souvent, le sujet est témoin du décès d'une personne proche affectivement.
3) La mort horrible : elle est horrible parce qu'elle frappe en grand nombre et que les corps sont en mauvais état. (RCA)
Le Professeur F. Lebigot(11) insiste pour signaler que la scène doit être directement vécue, par une perception ou une sensation qui est le plus souvent visuelle, mais qui peut être aussi olfactive, auditive ou même cénesthésique.
Selon ce dernier, un stress apparaît s'il existe un déséquilibre entre la perception de l'individu des contraintes que lui impose son environnement et la perception des ressources de ce dernier pour faire face aux contraintes.(12) Ceci est illustré par le schéma ci-dessous :



Un « élément étranger » va se loger dans le psychisme de l'individu et la présence de cet élément va souvent se faire sentir durant toute l'existence du sujet concerné (Lebigot).

C'est l'expérience de l'effroi qui est au cœur des troubles post-traumatiques, puisque c'est ce vécu de l'instant traumatique qui va revenir sans cesse (dans les pensées, les cauchemars traumatiques), comme si la menace était toujours là.(13)
« Le trauma a lieu quand un évènement crée un impact non résolu à l'encontre d'un organisme » selon Levine, en 2013.

Quand la réponse « combat-fuite » est activée face à un danger, les ressources telles que l'oxygène, le sang et le sucre sont détournées vers les grands muscles et le cerveau. Les réflexes primitifs

prennent le dessus. La réponse *combat-fuite* ou la *dissociation* s'enclenchent. Le cerveau peut rester bloqué par défaut sur ces scénarios de vie ou de mort après que le danger ait disparu.

En réaction immédiate, la détresse péri-traumatique est fréquente et peut être qualifiée de réaction normale. Elle consiste en une activation neuro-végétative, processus d'adaptation au stress, et va se traduire par des symptômes psychiques (état de tension, d'alerte, irritabilité, distractibilité) et physiques (sueurs, tachycardie, diarrhée, pollakiurie, vertiges ...) transitoires et bénins. La réaction de stress est en général de durée brève, mais peut être prolongée tant que le sujet n'est pas parvenu à se mettre à l'abri. La réaction de **stress** normale est **adaptative** et physiologique.(13)

En parallèle, la dissociation péri-traumatique survient également dans les suites directes du traumatisme. La dissociation est un état de détachement, de stupeur, d'immobilisation ou de paralysie. Elle témoigne de la rupture des défenses de l'appareil psychique et du profond bouleversement qui en découle ; il s'agit de la conséquence du caractère et du potentiel traumatiques de la rencontre. Elle s'exprime par une altération de la conscience de l'environnement (« le temps s'est écoulé au ralenti »), une dépersonnalisation (« mon corps ne m'appartenait plus et je le voyais de l'extérieur »), une déréalisation, une amnésie dissociative partielle ou totale de l'événement. Cette dissociation est décrite comme prédictive du développement de l'ESPT.

Après un trauma, différents troubles peuvent apparaitre dans les 6 mois suivant le traumatisme, tels qu'un ESPT, des troubles de l'humeur, des addictions, une anxiété, un trouble panique ou des troubles du comportement alimentaire.(14)

Le **stress dépassé** est une réponse inadaptée qui se produit quand les réserves de l'organisme sont épuisées ou que le sujet est fragilisé. Il se produit quand le stress est « trop intense, répété à courts intervalles ou prolongé à l'excès, elle se transforme en réaction pathologique inadaptée. »(15) D'après Crocq, il en existe quatre formes :

1- La sidération : se traduit par le fait de rester figé devant le danger au lieu de s'enfuir, incapable de prendre les décisions nécessaires à la gestion de l'urgence.
2- L'agitation incoordonnée et stérile : le fait de passer à l'action sans stratégie adaptée, gesticuler.
3- La fuite panique : s'enfuir précipitamment, échapper à la zone de danger, en pouvant faire preuve d'agressivité envers tout obstacle à sa fuite de manière parfois inadaptée voire suicidaire, c'est la "fuite en avant"
4- L'activité automatique : incapable de réflexion pour décider de la meilleure solution, exécution de gestes comme un réflexe. Le comportement semble adapté mais il est en réalité souvent le fait d'un état de dissociation péri-traumatique fréquemment associé à une amnésie dissociative.(16)

1.2. L'État de stress aigu

Image tirée du document plan d'action ESPT 2013 2015

L'ESA (état de syndrome de stress aigu) dure entre 3 jours et 4 semaines (ce qui le distingue de l'ESPT), et survient dans les 4 semaines suivant le traumatisme. Les critères diagnostiques dans le DSMV (manuel diagnostique et statistique cinquième édition) (17), (18) sont la présence de multiples symptômes parmi les catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause.

L'état de stress aigu consiste en une symptomatologie psycho-traumatique associant syndrome de répétition (symptômes intrusifs, de repli et d'hyperéveil) avec des signes dissociatifs.

Les liens entre état de stress aigu et ESPT sont abondamment décrits dans la littérature. Selon des études, 30 à 83% des états de stress aigu évoluent en ESPT. Dans le même temps et toujours selon ces divers travaux 10 à 72% des ESPT n'ont pas présenté d'état de stress aigu ce qui n'est pas incompatible : l'état de stress aigu a donc une forte valeur prédictive positive (forte spécificité) pour l'ESPT mais pas de valeur prédictive négative significative (faible sensibilité).(19)

1.3. L'état de stress post traumatique

Dans le DSMV de 2015 (17), (18), le trouble de stress post traumatique est décrit comme :

- une confrontation à la mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles ;
- à l'information de l'exposition d'un proche à un événement traumatisant ;
- à l'exposition répétée ou extrême à des détails d'un événement traumatisant.

En découlent des symptômes d'intrusion, tels que des souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants ; des rêves récurrents se solvant par un sentiment de détresse ; des réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) ; un sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des éléments en lien avec le traumatisme ; ou encore des réactions physiologiques marquées lors d'une exposition à un stimuli semblable au choc initial.
Ainsi, il apparaît un évitement des souvenirs, pensées ou sentiments douloureux en lien avec le traumatisme.

De ce fait, un vécu d'altérations des cognitions et de l'humeur émerge : que ce soit une incapacité de se souvenir d'éléments (amnésie dissociative) ; des ressentis négatifs, persistants et exagérés, des a priori déformés sur la cause ou les conséquences de l'événement souvent source de sentiments négatifs ; une aboulie, anhédonie, apathie associée.
De même, de profondes modifications de l'humeur, comme une irritabilité, des accès de colère conduisant à des agressions verbales ou physiques, des comportements irréfléchis ou autodestructeurs, une hypervigilance ; des sursauts exagérés ; des problèmes de concentration ; des troubles du sommeil peuvent envahir le sujet. Ceci constitue l'activation neurovégétative.

Donc le syndrome de stress post traumatique est défini par la présence de répétition (diurne ou nocturne), un évitement (du silence, agoraphobie…), une activation neurovégétative (altération du sommeil, irritabilité, hypervigilance) et altérations négatives des cognitions et de l'humeur.(20)

Ces symptômes sont alors présents depuis **plus d'un mois après le traumatisme** et entraînent une souffrance majeure et des modifications sur le plan social, professionnel, etc… sans lien avec une substance ou à une autre affection.
Enfin, le sujet est confronté à un fort sentiment de débordement (frayeur, horreur) associé à un vécu d'impuissance qui exacerbent les symptômes déjà présents.

Le PCLS (Post Traumatic CheckList Scale)(21), est un outil de diagnostic spécifique de l'ESPT en milieu militaire. Il s'agit d'une échelle de dépistage de symptômes en lien avec le syndrome de Stress Post Traumatique, validée par le SSA depuis 2011. Il est disponible en Annexe 1. Il s'agit d'un auto-questionnaire dans lequel les questions sont partagées selon les 3 principales entités diagnostiques de la maladie : l'intrusion (items 1 à 5) ; l'évitement (items 6 à 12) ; l'hyperstimulation (items 13 à 17).
Il s'agit de coter pour chaque question l'intensité et la fréquence du symptôme entre 1 et 5 au cours du mois passé. Le score seuil de 44 pour le diagnostic ESPT a une sensibilité de 97 % et une spécificité de 87%. Ce score permet d'identifier les patients nécessitant une prise en charge psychothérapeutique (hypnothérapie et/ou TCC, EMDR) ou psychiatrique au-delà du seuil diagnostique d'ESPT. Pour un seuil inférieur à 34, la surveillance reste de mise : il s'agit de forme atténuée, débutante ou en amélioration.
En milieu militaire, la surveillance épidémiologique au retour de soldats français revenant d'Afghanistan a retrouvé un pic d'incidence des ESPT entre le troisième et le quatrième mois après le retour en France et recommande donc une pertinence du dépistage systématique entre 3 et 6 mois après le retour de mission. La surveillance se fait par une consultation ainsi qu'une évaluation PCLS souvent réalisée au troisième mois.(22)

L'ESPT a la dénomination F43.1 dans la classification CIM10.

L'atteinte, voire la rupture, des barrières de défense de l'appareil psychique constitue la spécificité de siège du psycho traumatisme.

La résilience peut se définir comme « un processus de protection et d'élaboration qui permet la reprise d'un nouveau développement après un traumatisme. » selon ANAUT M. (2008) dans « La Résilience *Surmonter les traumatismes. »*

Les recherches sur la résilience d'un individu (et notamment sa capacité d'adaptation cognitive et sociale) ont montré l'existence de facteurs individuels et de facteurs communautaires, mais les mécanismes physio-pathologiques et psycho-pathologiques d'installation de cette pathologie restent encore peu connus.

Les comorbidités, souvent secondaires ou associées, sont :

- États dépressifs : majoritaires, 60% des ESPT, avec dans le même temps, de la honte ou de la culpabilité, une perte de leur libido. Ils partagent avec l'ESPT les symptômes d'anhédonie, de troubles du sommeil, d'évitement, de troubles de la concentration, et de retrait. Le risque principal est le risque suicidaire ;
- Addictions : mésusages à visée anxiolytique ou hypnotique qui par l'accentuation crée une dépendance (psychotropes, tabagisme, et le plus souvent cannabis avant 35 ans et alcool après 35ans) (14) ;
- Troubles anxieux : troubles-panique, des troubles obsessionnels compulsifs, des anxiétés généralisées ;
- Troubles des conduites, troubles du comportement ou des punitions disciplinaires, allant jusqu'à des sanctions judiciaires (parfois inaugural) ;
- Risque suicidaire : L'ESPT constitue le plus fort risque de comportement suicidaire chez les jeunes adultes (Wonderlich et al. 1997). TS x 6 par rapport aux contrôles.(14).

Le syndrome de stress post traumatique peut engendrer une difficulté à se livrer. Le silence est lié à la nature même de ces troubles, ce qui rend le diagnostic compliqué à établir. Le commandement ou l'entourage du patient peuvent être source d'information et d'aide pour les soins.

2. Caractéristiques et Thérapeutiques

2.1. Épidémiologie

La veille épidémiologique est importante. Une fiche F5 réalise un recueil épidémiologique des troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant (TPRE), refondue en 2010, avec une double déclaration par les médecins des forces et par les psychiatres des HIA(8). Elle permet de recenser la nature, les caractéristiques et le nombre d'événements traumatiques rencontrés par les patients du groupe d'étude, le nombre d'OPEX réalisées, le motif et le délai dans le recours aux soins spécialisés ainsi que le retentissement socio-professionnel engendré par les symptômes et la nature du suivi mis en place. Elle se concentre uniquement sur les militaires toujours en activité. Or, comme évoqué plus tôt, le temps de latence avant l'expression des symptômes et la consultation médicale peut être long, la surveillance des anciens militaires est nécessaire également. Elle est réalisée par l'Observatoire de la Santé des Vétérans (OSV).

En population générale française, l'enquête SMPG (réalisée entre 1999 et 2003) retrouvait un taux d'ESPT de 0,7 %. (23) Neuf cents cas de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ont été identifiés en dix ans au sein de l'armée française (2013).(7)

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. 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 évènement 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.(24)

La prévalence sur la vie entière du trouble de stress post traumatique serait comprise entre 5 et 10 % de la population générale. D'après le Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées, 1599 cas de TSPT ont été déclarés entre 2010 et 2015 dans les armées françaises. Une étude exploratoire sur deux régiments français retrouvait une prévalence de 1,7 %.

Concernant l'évolution de l'ESPT en lui-même, la durée des symptômes varie aussi, avec un rétablissement complet à 3 mois chez approximativement la moitié des patients, tandis que certains individus (répondant alors au critère d'ESPT chronique évoluant depuis plus de trois mois) restent symptomatiques pendant plus de 12 mois et parfois pendant plus de 50 ans.

D'après les chiffres de la CABAT (cellule d'aide aux blessés de l'Armée de Terre), 13 000 blessés en service ont été recensés depuis 1993, plus de 1 100 blessés sont actuellement en service en congé long accompagnés au quotidien, 50% des blessés physiques sont réintégrés ou réorientés dans leur unité d'origine. 60% des blessés psychiques font l'objet d'un accompagnement vers une réinsertion professionnelle dans le civil. La CABAT accompagne aujourd'hui plus de 700 blessés psychiques.

2.2. Dispositifs mis en place pour aider à l'entrée aux soins

Le suivi et l'entrée dans les soins des patients peut également être initié grâce au numéro d'écoute défense : **08 08 800 321**, qui est un service d'écoute, de soutien et d'information. Il s'agit d'une permanence téléphonique assurée par les psychologues du Service de Santé des Armées. Ce numéro gratuit est accessible aux personnes confrontées à la difficulté d'exprimer leur souffrance ou qui sont témoins de la souffrance d'une personne de leur entourage.

Dans les régiments projetables de plus de 450 militaires, l'armée de Terre dispose d'un bureau environnement humain (BEH) de 3 personnels (officier environnement humain, conseiller facteur humain*)*, chargé d'accompagner et de soutenir les militaires et les familles avant, pendant et après le déploiement opérationnel. Dans les autres formations, un correspondant environnement humain remplit ce rôle. Ils ont pour mission d'informer les militaires et leurs familles sur les incidences de la mission sur la vie personnelle et familiale et sur le déroulement de celle-ci, d'animer un réseau d'entraide et de cohésion des familles, d'accompagner et soutenir les familles pour résoudre les problèmes d'ordre courant engendrés par l'absence du militaire. Ils travaillent au maintien du lien social en organisant des activités de cohésion pour les familles.(25)

2.3. Thérapeutique

2.3.1. En aigu

Immédiatement après le traumatisme, le « **defusing** » ou « déchocage psychologique » permet de réduire la charge émotionnelle et d'identifier les plus vulnérables, susceptibles de développer un trouble en rapport avec l'évènement, pour leur proposer des soins spécialisés. Crocq traduit ce terme par "déchocage psychologique" dont le but est de « procéder à un entretien psychothérapeutique visant une première verbalisation des émotions et des affects ». (16)

A partir de 72h post traumatisme, parfois plus, un « **debriefing** psychologique » peut être réalisé : Introduction, Récits des faits (vision/action), Cognitions (pensées), Réaction (ressenti/émotion), Symptômes (ressenti actuel), Enseignements : « ancrage cognitif » (cognitive anchor) visant à éliminer les croyances erronées, Retour.(16)

Le *defusing* et le *debriefing* ont pour but d'identifier les patients avec des symptômes dissociatifs, avec d'importants symptômes de stress, d'informer sur l'évolution des symptômes possibles et sur les aides à leur disposition le cas échéant. Ils permettent la mise en place d'un dispositif d'écoute en groupe ou seul.

2.3.2. En chronique

La prise en charge du trouble repose d'abord sur les psychothérapies centrées sur le trauma et sur les antidépresseurs. Aucun traitement médicamenteux en aigu n'a montré une efficacité suffisante pour être recommandé en systématique.

La psychothérapie est un pilier primordial du traitement de l'ESPT, selon les recommandations internationales de l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)(26). Les traitements de première ligne sont les suivants :

- **Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)** « centrées sur le trauma », si débutées rapidement après le traumatisme. Elles consistent en l'apprentissage de la gestion de l'anxiété, la lutte contre les évitements en utilisant la relaxation ou les techniques d'exposition graduée aux stimuli et la restructuration cognitive ; ou avec des Thérapies par Exposition.
- **Les groupes de discussions** permettent aux victimes de partager leur ressenti en communauté. Cette thérapie permet aux concernés de collectiviser leur souffrance personnelle suite au traumatisme.(12)
- **La Thérapie d'Exposition Prolongée (TEP)** : le principe est celui de la désensibilisation concernant le traumatisme. L'exposition est progressive, répétée et contrôlée. Le but est que le patient ait un automatisme autre que celui de l'évitement.
- **L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR**) permet de rendre plus adéquat l'encodage du traumatisme et de débarrasser le souvenir des émotions négatives. Le processus consiste à évoquer certains éléments de souvenir alors que son attention est focalisée sur des stimuli bilatéraux visuels. L'EMDR ne sert pas à « effacer » la mémoire, mais à traiter la souffrance émotionnelle associée au souvenir(27).

- **Les psychothérapies psychodynamiques** visent à aider la victime à supporter et soulager la souffrance psychique par une verbalisation de ce qu'elle a vécu au cours de l'événement traumatique et de ce qu'elle vit depuis, tout en faisant le lien avec son histoire. Les thérapeutes utilisent la relation thérapeutique comme outil de travail.(27)

La mise en place d'un traitement médicamenteux(28) n'est pas systématique et repose principalement sur l'usage d'antidépresseurs de type **Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine** (**ISRS**). Cette mise en place concerne les patients ayant des symptômes sévères, chroniques ou refusant les psychothérapies. La mise en place d'un traitement antidépresseur est prometteuse dans le traitement du syndrome psycho traumatique, ce d'autant qu'un trouble dépressif accompagne ou aggrave le tableau clinique. Les ISRS ont majoritairement une bonne tolérance clinique. Les IRS (fluoxétine, sertraline, paroxétine) sont les molécules prescrites en première intention, avant les **imipraminiques et les IMAO**, dans le traitement de certaines formes de dépression, des troubles-panique et des troubles obsessionnels compulsifs. Il s'agit du traitement de premier choix du syndrome de stress post-traumatique. En effet, de nombreux symptômes associés au syndrome de stress post-traumatique semblent résulter d'un dysfonctionnement des systèmes sérotoninergiques, en particulier l'agressivité, l'impulsivité, les intentions suicidaires, l'humeur dépressive, les crises de panique, les pensées obsessionnelles, les conduites et/ou dépendances alcooliques et/ou toxicomaniaques.
Toutefois, l'amélioration de la symptomatologie n'apparaîtrait qu'après huit semaines de traitement à posologie efficace et nécessiterait de prolonger le traitement pendant plusieurs mois. Les **catécholamines** seraient plus impliquées dans le syndrome de répétition et les flash-backs.
L'usage des **benzodiazépines** est à éviter dans les suites d'une exposition traumatique, quel que soit le stade. En effet, ceux-ci peuvent interférer avec la dimension psychologique visant à intégrer l'évènement traumatique. Ils exposent également au risque habituel de dépendance, qui semble majoré chez ces patients.(29)

Le traitement symptomatique de l'insomnie, le traitement des rêves intrusifs récurrents, de l'anxiété, doit reposer sur les autres catégories de traitements anxiolytiques (**antipsychotiques sédatifs**, **antihistaminiques** tels que l'hydroxyzine).

Les **neuroleptiques** sont employés principalement pour leurs effets sédatifs et peuvent être mis à profit dans certains troubles du sommeil, atténuant notamment les cauchemars, les troubles de la personnalité, une agressivité latente, des comportements auto-agressifs ou encore des patients alléguant de nombreux flashbacks.(26)

3. Reconnaissance, réadaptation, réhabilitation

3.1. Parcours médico-statutaire

Le congé maladie initial est prescrit du fait d'un état de santé incompatible avec l'exercice des fonctions de militaire. Le militaire dans cette situation reste en position d'activité et conserve sa solde entière. Il dure au maximum 6 mois sur douze mois consécutifs, avec une visite en antenne médicale obligatoire à 90 jours.(30)

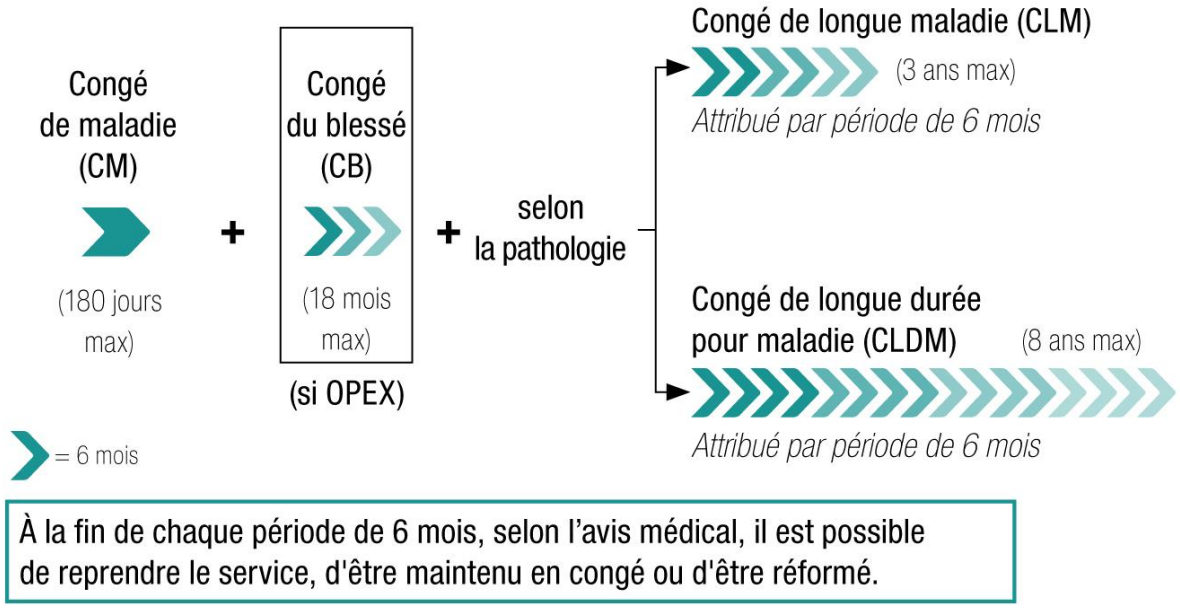


Image tirée du site defense.gouv.fr

Le congé du blessé(30) est instauré après épuisement des droits à congé de maladie (sauf inaptitude définitive) et bénéficie aux militaires blessés ou ayant contracté une maladie en OPEX ou lors d'une opération de sécurité intérieure désignée par arrêté interministériel. Il reste en position d'activité, et donc reste attaché à son unité et conserve sa solde entière pour une durée de 18 mois maximum(31).

Comme énoncé dans le paragraphe 2.2.1, l'ESPT donne lieu à un CLDM au bout de 6 mois, dans le cas où l'inaptitude définitive n'est pas encore statuable, et que le patient est en cours de soins. En CLDM, le militaire est placé en position de non-activité, mais le temps de congé est malgré tout pris en compte pour l'avancement et les droits à pension.

La durée des droits de CLDM dépend de l'ancienneté de service, du lien au service, et du statut du blessé selon ce tableau :

ANCIENNETÉ DE SERVICE	LIÉ AU SERVICE	NON LIÉ AU SERVICE	
	de carrière ou sous contrat	de carrière	sous contrat
à partir de 3 ans	**8 ans** dont : - 5 ans de solde entière - 3 ans de solde réduite de moitié	**5 ans** dont : - 3 ans de solde entière - 2 ans de solde réduite de moitié	**3 ans** dont : - 1 an de solde entière - 2 ans de solde réduite de moitié
moins de 3 ans		sans objet	1 an sans solde

Image tirée du site defense.gouv.fr

Tous les 90 jours, les patients en congé sont convoqués à leur antenne médicale de rattachement afin de statuer sur la reprise ou non de leur activité, le maintien de leur droit de congé ou le passage en congé du blessé, en CLM ou CLDM, en lien avec le spécialiste militaire concerné par la pathologie en question.

3.2. Reconnaissance

La blessure psychique impacte grandement le quotidien des soldats. Il est indispensable alors pour l'Institution dans le cadre de cette blessure de faire en sorte que ses personnels obtiennent une «reconstruction» et une «compensation». Celle-ci passe par la reconnaissance : par ses camarades, par ses chefs, de la blessure, de la possible reconstruction,….(32)

Le support psycho-social recourt à la reconnaissance dans le but d'obtenir réparation. La détermination de l'imputabilité d'un tableau évocateur d'un état de stress post traumatique à un événement survenu en service est un acte central, notamment dans le cadre d'une attribution d'une Pension Militaire d'Invalidité (PMI), de la jurisprudence Brugnot, et des assurances privées, dans l'optique d'une réparation des dommages et pour la réhabilitation.

Pour permettre la reconnaissance de cette blessure en lien avec le service, les sept critères d'imputabilité définis par Muller et Cordonnier en 1925 sont :

- la réalité du traumatisme et ses caractéristiques (intensité, mécanisme),
- la vraisemblance scientifique,
- la certitude diagnostique,
- l'intégrité préalable,
- la concordance de siège,
- le délai d'apparition
- et la continuité évolutive.(19)

L'imputabilité se définit par rapport à l'état antérieur, les séquelles attendues, le caractère authentique et justifié du lien au service.

La qualité de la traçabilité des expositions à des événements à caractère traumatique est une priorité du plan d'action ESPT 2013-2015. Les éléments de preuve nécessaires sont des pièces administratives : documents permettant d'appuyer la réalité du traumatisme et des lésions initiales :

- **Le Rapport Circonstancié (RC**) : doit permettre d'établir sans ambiguïté, le rattachement ou non de l'infirmité invoquée, de façon directe et déterminante à un fait de service, sous contrôle de l'autorité militaire (attesté par une note, un ordre…). Il détermine que les faits dommageables qui se sont produits en service, ne sont pas détachables de celui-ci (faute personnelle, acte d'indiscipline…) ou, au contraire, que s'étant produits en dehors du service, ils lui sont rattachables (tel qu'un accident de trajet). Il prouve que l'invalidité trouve ou non sa cause, soit dans le fait générateur invoqué, soit dans une invalidité déjà pensionnée ou préexistante. Il différencie blessure et maladie, précise le siège (donc la latéralité) et la nature des lésions.
Il est signé du commandant d'unité et du commandant de la formation administrative.

- **l'Inscription au Registre des Constatations (IRC)** : enregistrement du RC dans le registre des constatations, tenu par le commandant de la formation ou le médecin chef de la formation. Pièce importante, puisqu'il suffit à elle seule pour initier un dossier de demande de Pension Militaire d'Invalidité. Il est fourni a tout militaire victime d'un accident avec apparition de symptômes, d'une blessure ou maladie liée au service. Il a pour but de rattacher l'événement au service, mais également la tenue des listes des personnels exposés. Cette inscription implique le chef de corps, le médecin commandant le centre médical des armées, et le groupement de soutien de la base de défense.

- **La Déclaration d'Affection Présumée Imputable au Service (DAPIAS)** : est établie afin de faire bénéficier de la prise en charge des soins en milieu civil, du transport lié aux soins (sur prescription médicale), en rapport avec l'affection présumée en lien avec le service. La présomption de l'imputabilité existe si la blessure est constatée en OPEX ou si une maladie est constatée 90 jours après l'arrivée en OPEX et au plus tard 60 jours après le retour d'OPEX.

- **La Fiche de Suivi Post Opérationnel (FSPO)** : Elle trace les circonstances d'un évènement potentiellement traumatisant susceptible d'entraîner des troubles psychiques pour le militaire déployé en mission extérieure. Elle peut permettre de compléter ou d'étayer un rapport circonstancié incomplet, mais également peut faire foi en cas d'absence d'autres éléments de preuve. Cette fiche, remplie pour tout militaire déployé en mission extérieure, résume de manière individuelle le vécu opérationnel et précise les événements traumatisants pouvant impacter le militaire (embuscade, vision de morts et/ou charnier, témoin de scènes choquantes, etc…).

- **Le Livret Médical Réduit (LMR**) est la version synthétique simplifiée et condensée du dossier médical du patient. Les débriefings effectués en OPEX doivent être mentionnés dans le LMR. C'est ainsi un garant de la traçabilité des souffrances liées à la blessure du traumatisé psychique.

- **Les citations pour récompense** : Selon l'article D.4137-7 du Code de la Défense, les récompenses pour services exceptionnels comprennent les citations sans croix, les témoignages de satisfaction et les lettres de félicitations. Ces récompenses sont décernées au titre d'actions de bravoure, de courage, de dévouements, exceptionnels ou exemplaires. La citation qui les accompagne décrit souvent précisément les actions récompensées et leurs circonstances.

- Le journal de marche des opérations : document relatant les événements vécus par chaque unité au cours d'une campagne. Il décrit le cadre espace-temps de chaque action, les ordres donnés, les comptes rendus effectués, l'historique des faits, ainsi que la liste des personnels impliqués.

- La médaille des blessés de guerre témoigne de la reconnaissance de la Nation aux militaires blessés à la guerre ou à l'occasion d'une opération extérieure. Elle a été créée pour les militaires victimes d'une blessure de guerre, physique ou psychique, constatée par le service de santé des armées et homologuée par le ministre des Armées, ainsi que pour les déportés et internés de la Résistance, prisonniers de guerre blessés au cours de leur détention, titulaires de l'insigne des blessés de guerre.

Ces documents reprennent de manière descriptive l'élément traumatique et permettent une reconnaissance du lien au service (cliniquement), ils constituent en soit une preuve.

Le commandement, participe en sa qualité d'employeur : à la prise en compte de la réparation ainsi qu'à la reconnaissance institutionnelle et de la nation, à la préservation de la santé des militaires, à l'amélioration de la qualité de la gestion de la ressource humaine, à l'amélioration du suivi de

carrière, de la formation, de l'entraînement, à l'information des familles en les associant au dispositif d'accompagnement institutionnel, ainsi qu'à la préservation des intérêts de l'Etat.(22)

Il ne faut pas négliger l'importance du suivi en milieu militaire pour les militaires, ou anciens militaires, du fait du langage particulier, de la connaissance du milieu, de la connaissance de la spécificité des OPEX, des valeurs partagées, et de l'expertise dans le domaine des troubles psychiques de guerre.

Le médecin d'unité peut permettre aux patients de coordonner les démarches des patients blessés psychiques, mais l'obtention de ces éléments justificatifs dépendent de la chaine du commandement. L'objectif commun est d'avoir une reconnaissance et une démarche de réparation aussi simple et limpide que possible et que les patients ne soient pas contraints par des démarches administratives longues et onéreuses au point de vue de l'investissement personnel et en termes de délais.

Pour ce qui est du soin et de la reconnaissance de l'ESPT au sein de l'armée, le plan d'action ESPT, sur les « Troubles psychiques post traumatiques dans les forces armées», (2013-2015) sous-titré « Lutte contre le stress opérationnel et le stress post traumatique » a été créé afin de favoriser le maintien de leur capacité opérationnelle. La précocité et la qualité de la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques permettent d'en limiter l'impact éventuel sur l'aptitude opérationnelle des militaires.

3.3. Les structures d'aide aux blessés

La réhabilitation a pour but de rétablir des droits à une personne et la réinsérer dans la société.
Les différentes procédures de reconnaissance et l'aide à la réinsertion professionnelle sont accompagnées par les structures d'aide aux blessés :

- CABAT (Cellule d'Aide aux Blessés de l'Armée de Terre), créée en septembre 1993 par le Chef d'État-Major de l'armée de Terre, a pour but d'accompagner les blessés et de les remettre en condition opérationnelle en lien avec tous les acteurs institutionnels, privés et associatifs. Elle agit sur les plans médico-administratifs, social, juridique, par le biais de stages sportifs et de réinsertion professionnelle dès leur hospitalisation en liaison avec l'unité d'appartenance et l'action sociale des armées. Il est à noter que sur les mêmes modèles, les autres armées ont mis en place leurs propres cellules d'aides.
- **ONACVG : Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre**(33), avec le Bleuet de France, est un organisme créé il y a de plus de 100 ans, qui subventionne des actions pour une reconstruction par le sport, en finançant des équipements adaptés, comme pour les athlètes des Invictus Games ou des Rencontres Militaires Blessure et Sport (RMBS). Il soutient des programmes de réadaptation des blessés physiques et psychologiques des Hôpitaux d'Instruction des Armées et de l'Institution Nationale des Invalides ; et aide au financement de structures, de programmes de rééducation et d'espaces de vie pour le blessé. Il permet le suivi des militaires qui ne sont plus en activité.
- **Association de blessés** : la Fédération des Amputés de Guerre de France, la Fédération Nationale André Maginot (entraide au profit des membres des familles des anciens combattants et au souvenir de ces derniers), la Fondation des Mutilés et Invalides de Guerre, l'Association des Mutilés des Yeux de Guerre, l'Union des Blessés de la Face et de la Tête « Gueules Cassées », la Fédération Nationale

des Blessés Multiples et Impotents de Guerre, et la Fédération Nationale des plus grands Invalides de Guerre.…

- **Terre Fraternité**(34) permet aux blessés et aux familles des blessés de bénéficier d'aides en fonction des demandes de la CABAT et des avancées de la prise en charge par l'institution. Elle apporte son assistance à certains projets : équipements et installations pour personnes handicapées, initiation handisport, financement d'un séjour au ski pour des pensionnaires de l'Institution Nationale des Invalides, formations particulières pour la reconversion, aides aux conjoints et aux orphelins.
- **L'ASA (Aide Sociale aux Armées)** Les assistantes sociales de l'action sociale des armées sont formées et particulièrement à même d'accompagner le blessé psychique dans ses différentes démarches.

En 2021 ont été créées les maisons Athos par le ministère des Armées, projet piloté par l'Armée de Terre et mis en œuvre par IGESA. Ce sont des maisons non médicalisées qui sont destinées aux blessés psychiques lié au service afin de rompre leur isolement et leur permettre de se reconstruire. Il s'agit de l'expérimentation d'une nouvelle approche réunissant l'ensemble des acteurs de soins et de reconstruction du blessé (personnel de la CABAT, pôle défense mobilité, assistante sociale…).

Dans une optique de réinsertion ou la reconversion, la cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre (CABAT) travaille à la réadaptation sociale et professionnelle. La réinsertion professionnelle des blessés de l'armée de Terre, hors du dispositif de la défense, est régionalisée par la recherche d'entreprises pour les blessés engagés dans le dispositif Oméga par le pôle Défense Mobilité. Ce dispositif agit en collaboration avec des entreprises civiles, par le biais de stages de 1 mois à 1 an, permettant de déboucher sur un CDI.

3.4. Réparation

Le SSA a un rôle dans l'accompagnement des patients dans les procédures d'expertise (inspection du SSA, anciens combattants, assurances, jurisprudence Brugnot…).

« Les séquelles psychiques doivent être reconnues, réparées et indemnisées au même titre que les séquelles somatiques, principe qui n'est pas toujours admis par les experts, ni même par les victimes, lesquelles ont souvent honte de réclamer une réparation alors que leur corps est intact » (Christian NAVARRE, 2007(35))

- **Homologation blessure de guerre** : Blessures de guerre : « toute atteinte à l'intégrité physique ou psychique présentant un certain degré de gravité et se rattachant directement à la présence de l'ennemi, c'est-à-dire au combat ou indirectement en constituant une participation effective à des opérations de guerre, préparatoires ou consécutives au combat ». Ceci exclut donc les blessures en temps de paix d'un service commandé ou d'une mission conduite au cours d'une opération non qualifiée juridiquement d'OPEX. Ne constituent pas des blessures de guerre les blessures survenues en OPEX par accident et sans lien quelconque avec l'ennemi (par exemple : accident de la route lorsque l'ennemi n'est pas à proximité). Le militaire, son ayant-droit, ou en cas d'incapacité, son représentant légal, adresse la demande d'homologation au commandant de formation administrative dont il relève au moment de la demande. La demande d'homologation n'est pas soumise à

prescription. Les pièces nécessaires à l'appui de toute demande d'homologation de blessure de guerre sont les suivantes : rapport circonstancié, avis circonstancié du commandement, certificat médical établi par un médecin du SSA, extrait du registre des constatations. Toute pièce utile (fiche descriptive des infirmités, titre de pension militaire d'invalidité, témoignages, etc…) est jointe au dossier à l'exception de tout document médical autre que le certificat médical.(36)

- **PMI (pension militaire d'invalidité)** Elle a pour but d'indemniser les militaires de leur déficit fonctionnel permanent. Dans le cadre de l'ESPT, il est attribué par le tribunal des pensions de la Rochelle (en pourcentage). Le pourcentage d'invalidité est au minimum de 10% pour l'ESPT (alors qu'il s'agit de 30% en cas de maladie). Il est calculé selon la Règle de Balthazar
  Les syndromes psycho-traumatiques peuvent donner lieu à des taux d'incapacité, permanente ou partielle, qui s'étagent de 1 à 40% dans les barèmes civils, et jusqu'à 80% dans les barèmes des pensions d'invalidité des victimes de guerre. Ces derniers sont édictés par le décret du 10 Janvier 1992 (37). L'étude du dossier d'indemnisation implique une expertise psychiatrique.
- **Jurisprudence Brugnot** : indemnisation des préjudices extra-patrimoniaux distincts de l'atteinte à leur intégrité physique (nécessite un certificat médical de consolidation et doit être formée dans les 4 ans suivant la date de la consolidation) : sont pris en compte le quantum doloris, préjudice esthétique, préjudice d'agrément…
- **MDPH** : l'expertise médicale est préparée avec un avocat spécialisé et un médecin conseil de victimes. Le montant de l'indemnisation dépend du taux d'IPP (incapacité permanente) ou déficit fonctionnel permanent (DFP)) et de l'âge de la victime. Le plus souvent, les experts intègrent le taux retenu au titre de l'ESPT en supplément du taux initial du DFP. Le taux d'IPP monte généralement jusque 20%. Ainsi une personne victime d'une amputation des suites d'un accident avec un taux de DFP de 50% et un de 10% de ESPT, se verra réparer son préjudice sur un taux global de DFP de 60%.
- **Assurances privées :** les assurances spécifiques au milieu militaire comportent en effet une protection par rapport aux blessures reçues en missions extérieures, physiques ou psychiques.
- **Fond de prévoyance militaire** : il s'agit d'une indemnisation que le militaire reçoit à son départ de l'institution et dont le montant dépend principalement du taux de PMI.

PARTIE 3 : MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, non interventionnelle, de recrutement monocentrique sur les données cliniques et épidémiologique du parcours de soins primaire du militaire blessé psychique dans la région Nord-Est (qui dépend de l'HIA Legouest)
Les patients ont été recrutés à l'issue de leur passage en consultation psychiatrique à l'HIA Legouest au cours des années 2018-2021, directement par les psychiatres lors de consultations ou par téléphone après celles-ci (après recherche de diagnostics CIM10 côtés ESPT sur AMADEUS (logiciel hospitalier militaire)). Ils sont des militaires d'active de l'Armée française diagnostiqués « état de stress post traumatique (ESPT) » en lien avec le service. L'étude des données des patients a été réalisée par le biais d'Axone (logiciel utilisé par les médecins des forces) et via le logiciel Excel. Cette inclusion a eu lieu après proposition d'inclusion et information sur l'étude ainsi que non opposition libre et éclairée des personnes recrutées. Ainsi, le recueil de l'identité a été réalisé afin d'effectuer les recherches correspondantes, avec signature d'une autorisation d'inclusion dans la thèse par les patients. L'étude était anonyme et sur la base du volontariat. Les sujets n'avaient pas à justifier leur refus de participer.

Le recueil des données a été réalisé de manière anonyme au niveau d'un tableau de données Excel. L'analyse statistique des données a été faite à partir de ce tableau.

Critères d'inclusion : présenter un état de stress post traumatique confirmé par un psychiatre militaire, en lien avec le service, être militaire français, avoir été adressé par son médecin d'unité, consulter au service de psychiatrie de l'HIA LEGOUEST entre janvier 2018 et juin 2021.

40 sujets étaient attendus (estimation du nombre de consultation habituel d'ESPT au sein du service de psychiatrie de l'HIA LEGOUEST).

29 sujets ont effectivement été recrutés, malgré des conditions sanitaires contraignantes, en pleine pandémie COVID ayant amené à quelques retards de consultation, et un consentement parfois difficile à obtenir des patients blessés psychiques. L'inclusion était initialement prévue sur 12 mois des patients (de juin 2020 à juin 2021) et a finalement été réalisé de janvier 2018 à juin 2021 du fait du COVID et des retards de consultation induits.

L'étude a été réalisée sur un faible échantillon, on s'orientera donc sur une évaluation qualitative plus que statistique. Cela permettra de mettre en lumière des tendances.

Les outils d'analyse statistiques utilisés sont les outils basiques du fait du faible échantillon de l'étude : médiane, moyenne, écart type, valeur minimale et maximale, …
Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart-type, valeur maximale, minimale et la médiane. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage. Les comparaisons entre les différents critères ont été réalisées en analyse bivariée par test de Kruskal-Wallis (équivalent au Chi2) ou Annova ou test exact de Fischer.

Pour les effectifs et proportions, un test exact de Fischer (comparaison de pourcentages) a été utilisé quand les effectifs étaient inférieurs ou égal à 5.

Pour les comparaisons de moyenne / écart type, le test Annova a été utilisé quand la variance était homogène, sinon c'est le test Kruskal Wallis qui a été utilisé.

Le chi2 de Yate's a été utilisé pour la comparaison des proportions à la population militaire générale sur épi info v06.

Le seuil de significativité de différence utilisé est $p \leq 0,05$.

Les objectifs de cette étude étaient de réaliser :

- Un état des lieux des caractéristiques cliniques, épidémiologiques et sociologiques thérapeutiques et médico-administratives au niveau des dossiers des patients souffrant d'ESPT comparées à l'observatoire national de la défense ;
- Proposer des pistes d'optimisation des interventions des médecins d'unité au profit des blessés psychiques, en élaborant à l'issue une « To do list ».

La grille de recueil de données quantitatives et qualitatives a été établie avec les praticiens du service de psychiatrie de LEGOUEST selon leur expérience de praticien psychiatre à la fois dans le domaine civil et militaire (fournie en annexe).

Les données recueillies se divisent en 3 grandes parties :

- *Épidémiologiques* **:** Arme d'appartenance, sexe, grade, ancienneté, statut marital, nombre d'enfants et d'opérations extérieures ;
- *Cliniques***:** entretien avec psychologue, suivi spécialisé avant consultation, nombre de consultations avec un médecin des forces, le mode d'adressage au médecin des forces, problèmes disciplinaires, troubles du comportement, nombre de jours d'arrêt maladie, les antécédents psychiatriques préalables, les traitements instaurés en antenne médicale, le motif du courrier médical d'adressage, diagnostic posé, utilisation de l'échelle PCLS en antenne, le nombre de consultations tous motifs confondus et pour motifs psychiatriques depuis le ou les événement(s) traumatique(s) ;
- *Réhabilitation* **:** DAPIAS, rapport circonstancié, IRC, fiche épidémiologique spécifique, fiche de suivi post-opérationnel, pension militaire d'invalidité et la jurisprudence Brugnot, évolution des aptitudes.

Le recueil des données est consigné dans un tableur Excel. L'extraction des données est effectuée vers le logiciel de traitement de données statistiques EPI INFO. Leur analyse, en modalités univariées et multivariées, a été réalisée selon l'attribution de classes statistiques permettant des comparaisons en collaboration avec Mme MASSON Anne-Cécile.

Le parcours de soins primaires considéré dans cette étude comprend les soins externes réalisés avant consultation en HIA, soins coordonnés par le médecin des forces.

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt sur ce travail.

PARTIE 4 : RESULTATS

Sur le territoire, les militaires sont principalement répartis en Provence - Alpes - Côte d'Azur (15,6 %), dans le Grand Est (14,4 %), en Île-de-France (12,5 %). Nous avons effectué une étude en choisissant le Grand Est, qui possède la deuxième plus grande proportion de militaires en France.

1. Caractéristiques générales des patients de l'étude

Caractéristiques générales de la population incluse ayant un syndrome de stress post traumatique à l'Hôpital Legouest entre 2018 et 2021.

Effectif total de l'échantillon inclus dans l'étude : 29 personnes

Effectif population militaire générale : 199 807 patients(38)

Chiffres de la population militaire générale tirée du document « Les chiffres clés de la Défense édition 2018 »

1.1. Sexe

Caractéristique	Valeur de l'échantillon	Valeur dans la population militaire générale	p=<0,05
F	6,9%	15,5%	P=0,3
M	93,1%	84,5%	P=0,3

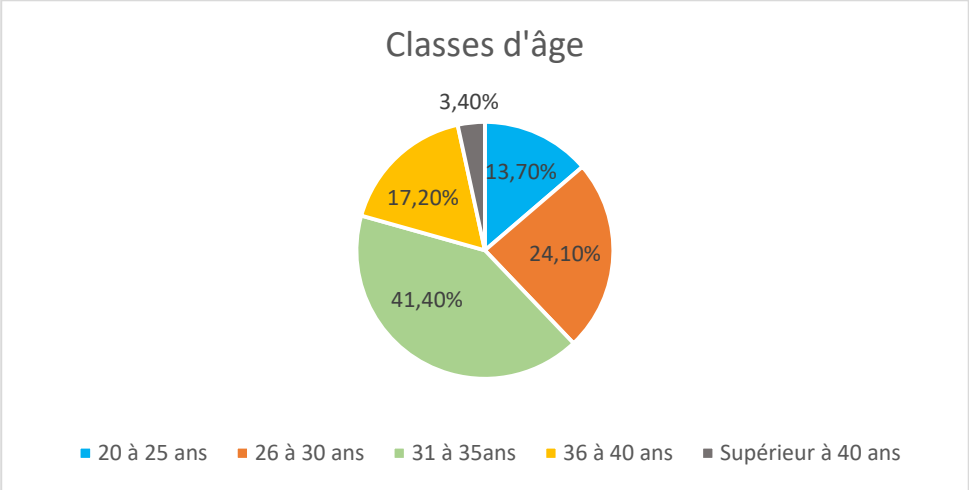
1.2. Armée d'appartenance

Terre	96,6%	55,5%	**P<0,05**
SSA	3,4%	3,7%	P=0,67

1.3. Arme

ALAT	6,9%
Cavalerie	13,7%
Forces spéciales	13,8%
Génie	3,4%
Infanterie	31%
Train	17,2%
Transmission	6,9%
Autre	6,9%

1.4. Age de la population incluse

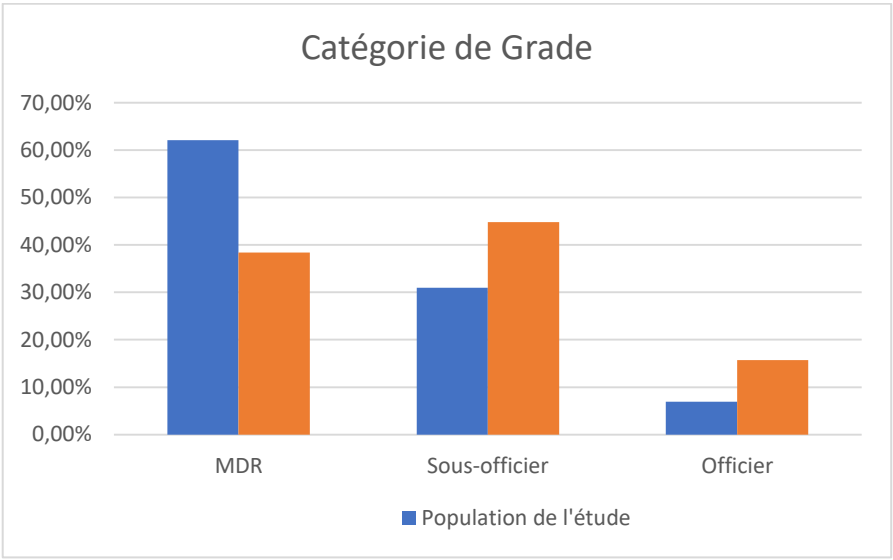


Le plus jeune inclus a 21 ans, le plus âgé a 41 ans, l'écart type est 5,3 ans et la médiane est à 32 ans.

L'âge moyen de la population de l'étude était de 31,45 ans, pour une moyenne d'âge des militaires de toute arme de 33,1 ans(38).

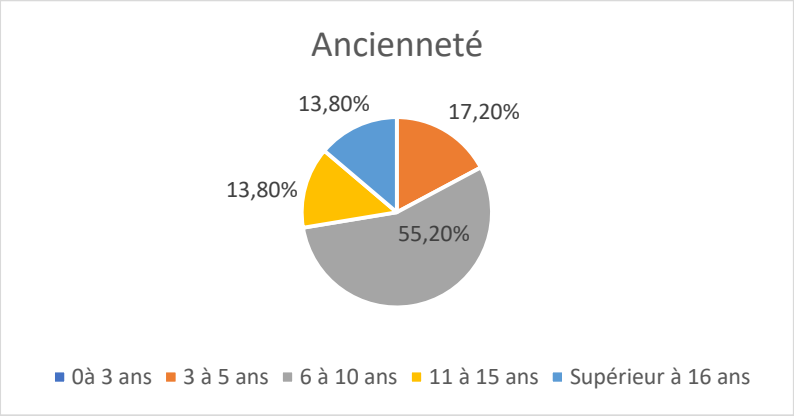
En comparaison, la classe d'âge de 26 à 30 ans représentait 24,1% de la population étudiée contre 29,90% dans la population militaire générale(38), ce qui nous donne une valeur P=0,345.

1.5. Catégorie de grade



Les militaires du rang représentent 62,1% de l'échantillon et 38,4% de la population militaire générale(38) (P<0,05). Les sous-officiers représentent 31% de la population de l'étude et 44,8% de la population militaire générale(38) (P=0,136). Les officiers représentent 6,9% de l'échantillon étudié et 15,7% de la population générale(38) P=0,29.

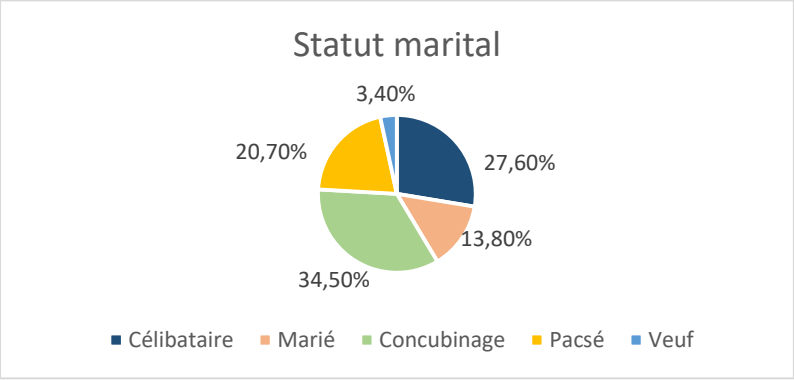
1.6. Classe de niveau d'ancienneté



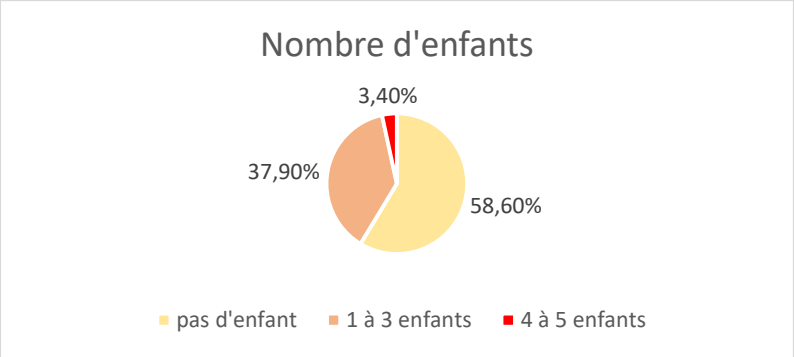
L'ancienneté moyenne de la population de l'étude est de 9,48 ans, par rapport à une ancienneté de la population militaire nationale toute arme confondue à 11,8 ans (du bilan social 2019)

La médiane de l'ancienneté est à 10 ans, l'écart type à 4,5 ans, le minimum est à 3 ans, le maximum est à 21 ans.

1.7. Statut marital

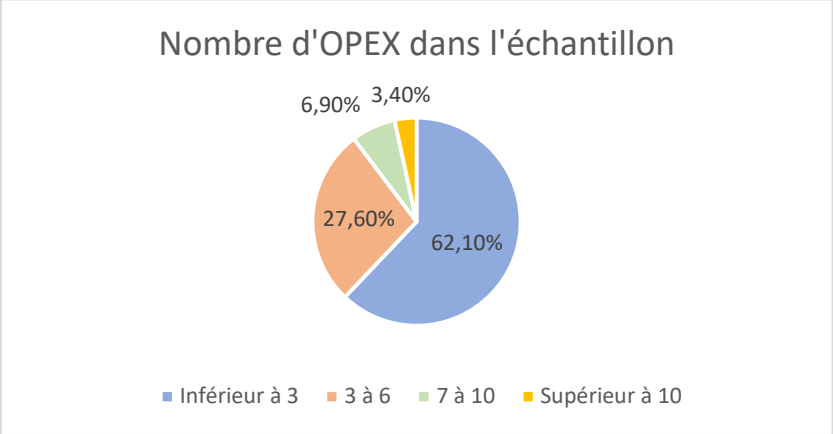


1.8. Nombre d'enfants lors de l'ESPT



En moyenne, la population étudiée a **0,931 enfant.** Le maximum est à 5, le minimum à 0, l'écart type à 1,36 et la médiane est à 0.

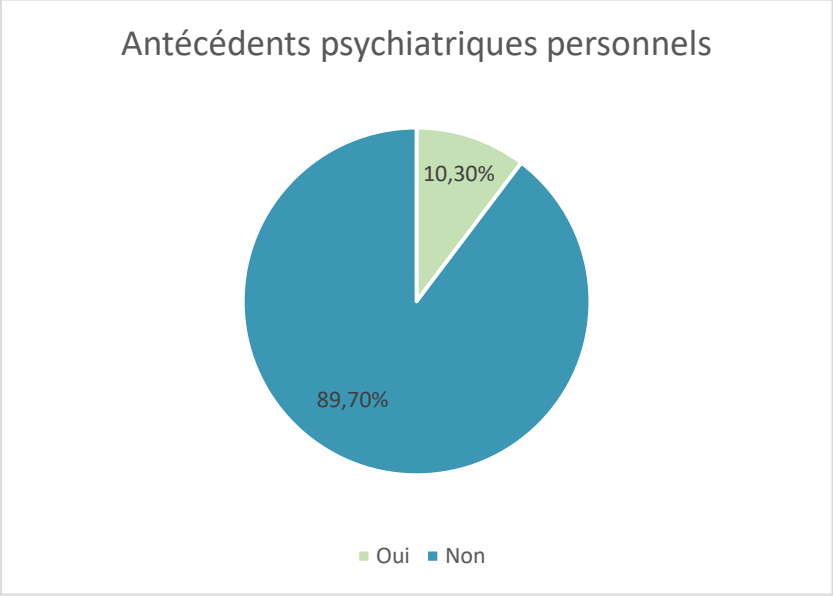
1.9. Nombre d'OPEX réalisé avant la consultation chez le psychiatre



La médiane du nombre d'OPEX est de 2 OPEX.

La moyenne des OPEX est à 3,4 OPEX, avec un écart type de 3, un minimum à 1 et un maximum à 15.

1.10. Présence d'antécédents personnels psychiatriques



Parmi les antécédents personnels reportés 10,30% des patients relevaient des épisodes dépressifs caractérisés et des troubles anxieux.

3 patients de l'étude ont dans leur dossier un Etat de Stress Aigu décrit, en cours d'OPEX, ayant nécessité une consultation sur place, avant l'apparition de l'ESPT, retracée dans AXONE.

2. Parcours de soins en Antenne Médicale

2.1. Consultations d'un psychologue ou psychiatre pendant le parcours de soins primaires avant consultation d'un psychiatre en HIA.

Consultation de psychologues ou psychiatres au sein de l'Antenne pour 41,4% des patients inclus.

Consultation des praticiens dans une structure civile pour 41,4% de ceux-ci.

Consultation d'un psychologue en HIA en amont de la consultation avec un psychiatre militaire pour 20,7% au sein de l'échantillon.

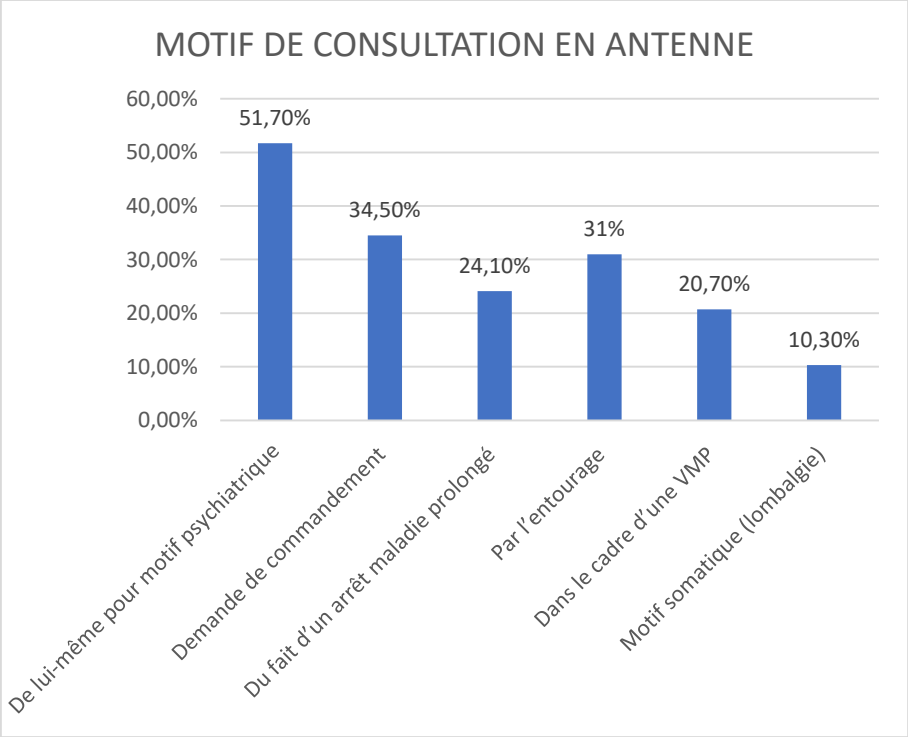
Au total 70% des militaires avaient un suivi par un professionnel de la santé mentale avant consultation d'un psychiatre en HIA.

2.2. Nombre de consultations en antenne avant adressage au psychiatre

En moyenne, les patients ont eu 8 consultations à l'antenne médicale pour tout motif entre le traumatisme et la consultation spécialisée, avec un écart type de 6, une médiane à 6 et un maximum à 31 consultations.

En moyenne, ils ont bénéficié de 2 consultations pour motif psychiatrique entre le traumatisme et la consultation spécialisée, avec un écart type de 2,5, une médiane à 1 et un maximum à 9.

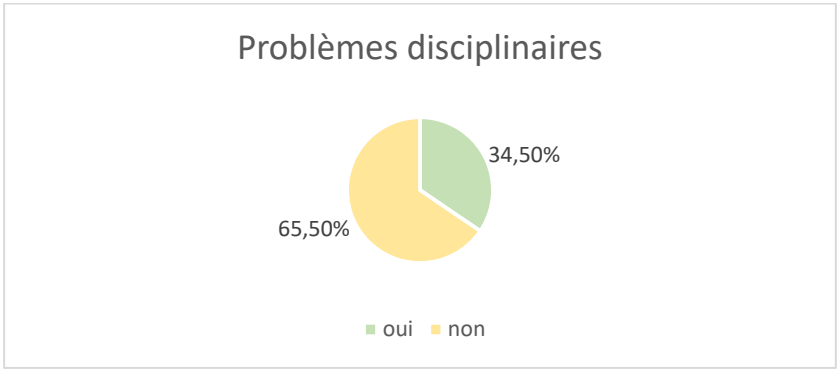
2.3. Motif de consultation initiale au médecin des forces à l'antenne médicale



A peu près la moitié des effectifs consultaient d'eux-mêmes pour motif psychiatrique. 1/3 étaient encouragés par l'entourage (familial, amical…), et 1/3 étaient adressés par le commandement. ¼ étaient vus dans le cadre de la médecine d'aptitude lors d'un arrêt maladie prolongé (plusieurs

semaines) et 1/5 dans le cadre d'une visite médicale d'aptitude. Seuls 10% avaient un motif de consultation somatique parmi les effectifs de l'étude.

2.4. Existence de problèmes disciplinaires au sein du régiment



Parmi les patients ayant des mésusages d'alcool, la moitié a été adressée par le commandement. Parmi ceux n'ayant pas de problème d'alcool, 80% n'ont pas été adressés par le commandement.

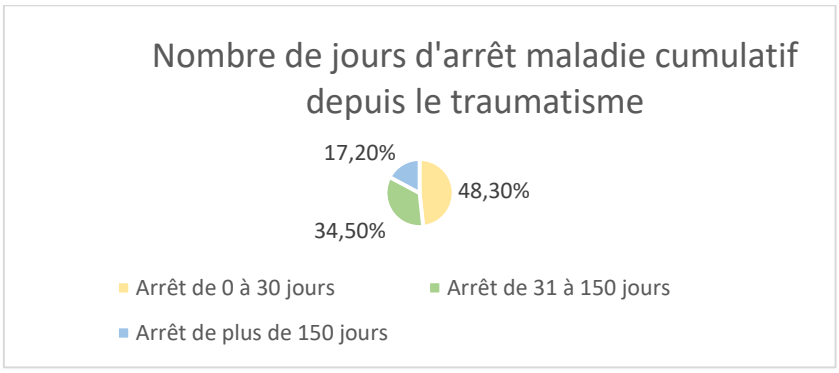
Sans problèmes disciplinaires, il existe très rarement un adressage du commandement à l'antenne médicale (84%). **S'il existe des problèmes disciplinaires, l'adressage par le commandement est de 60%. (P<0,05)**

Parmi ceux qui n'ont pas de problèmes disciplinaires, ceux qui ont un problème d'alcool ne sont pas adressés par le commandement.

Parmi ceux qui ont un problème disciplinaire, 75% de ceux qui sont adressés par le commandement ont un mésusage de l'alcool. 80% des personnels ayant un problème disciplinaire ont une consommation excessive d'alcool. Le test de **corrélation des problèmes disciplinaires avec l'alcool est significatif** avec p= 0.01

Parmi les arrêts de travail de moins de 30 jours, 86% n'avaient pas de problèmes disciplinaires. Au-delà de 30 jours, la moitié des patients ESPT avaient des problèmes disciplinaires.

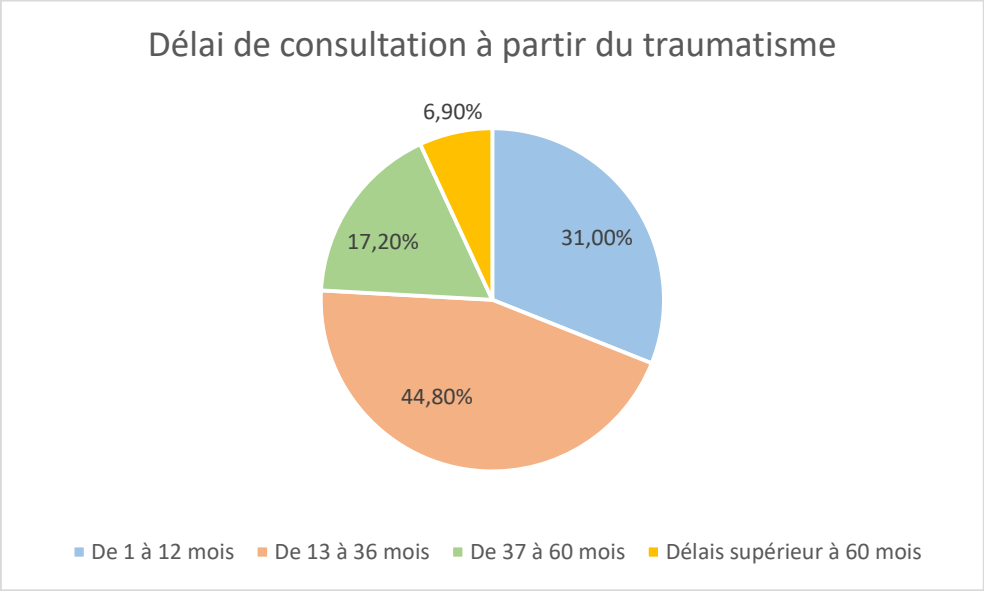
2.5. Nombre de jours d'arrêt maladie depuis le traumatisme jusqu'à la consultation chez le psychiatre militaire



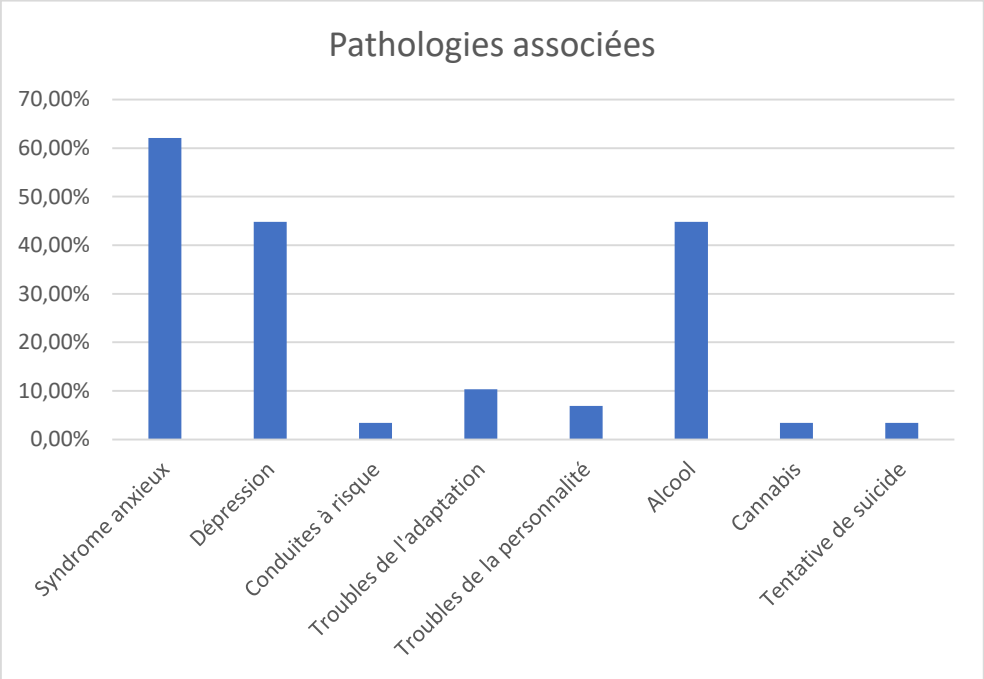
En moyenne 62,5 jours d'arrêt maladie ont été pris par les patients inclus dans l'étude, avec un écart type de 72,8 jours. La médiane de ces patients est à 36 jours d'arrêt, avec un maximum à 244 jours depuis le traumatisme.

2.6. Délai de consultation avec le spécialiste (en mois)

En moyenne, il y a 27,1 mois entre le traumatisme et la consultation chez le psychiatre, avec un écart type de 26,5 mois. Le délai maximum des patients inclus dans l'étude est de 108 mois.



2.7. Les pathologies associées à l'ESPT, retrouvées dans le dossier Axone et / ou le courrier d'adressage du médecin d'unité



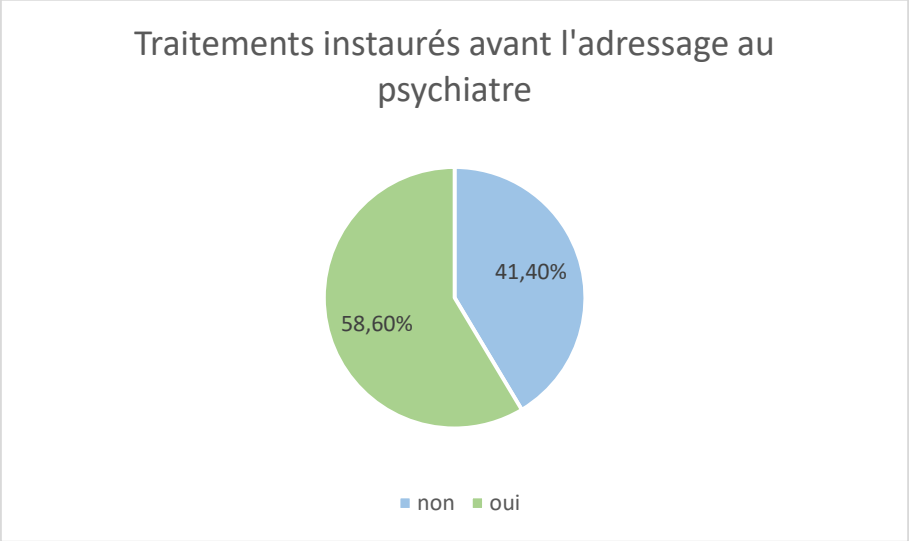
Dans 62,1% des cas, un syndrome anxieux était associé à l'ESPT pour les patients inclus dans l'étude. Dans 44,8%, une dépression et/ou de l'alcool en quantité excessive y était associée. Dans 10% des cas, des troubles de l'adaptation étaient décrits dans la consultation ou le courrier du médecin d'unité, et dans 6,9% il était rapporté un trouble de la personnalité. Dans 3,4%, les patients ont fait une tentative de suicide, dans 3,4% ils ont consommé du cannabis, dans 3,4% des cas, il y a eu des conduites à risque. Il n'a pas été reporté d'addiction ou consommation de toxique autre que l'alcool et le cannabis.

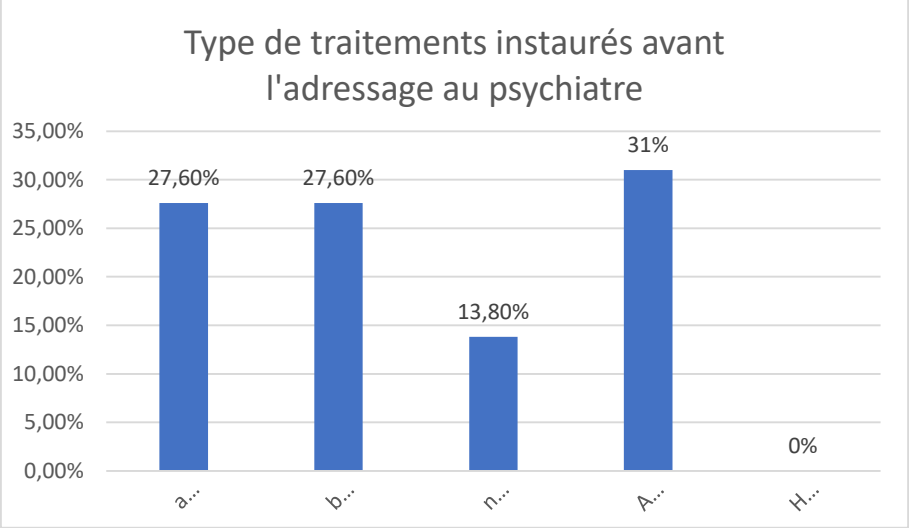
Parmi les personnes ayant un mésusage de l'alcool, 46% sont aptes sans restriction, 23% sont aptes avec restriction, 31% sont inaptes temporaires (en congé maladie**). L'aptitude corrélée à l'alcool est significative avec p<0 ,05.**

2.8. Circonstances du traumatisme en lien avec le service inclus dans l'étude

Sur les 29 cas étudiés, 28 patients ont eu des traumatismes en lien avec une OPEX, et un personnel a été traumatisé lors d'une OPINT dans le cadre de l'opération Sentinelle.

2.9. Traitements en cours avant la consultation par le psychiatre militaire





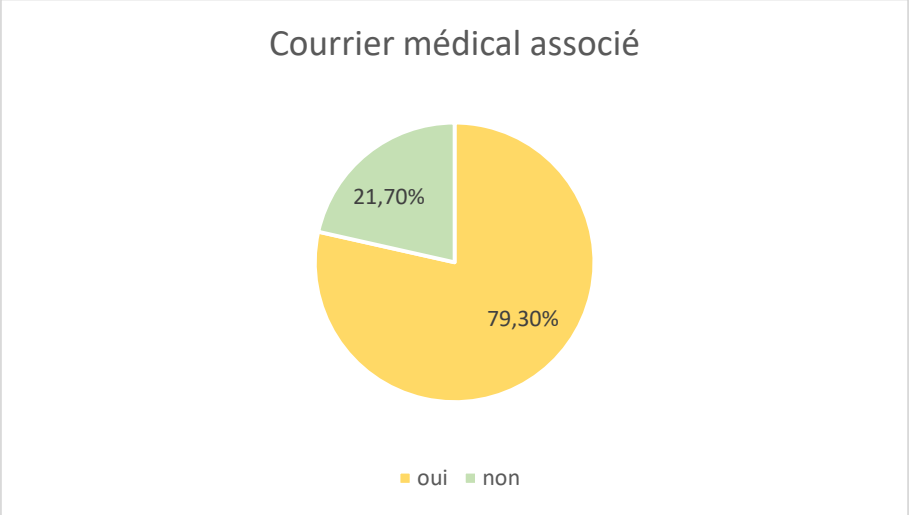
Parmi les patients inclus dans l'étude, 27,6% étaient sous antidépresseurs (ISRS) et le même pourcentage était sous benzodiazépine. Parmi ces militaires, 13,8% étaient sous neuroleptiques, 31% étaient sous antihistaminiques. Aucun n'était sous hypnotique.

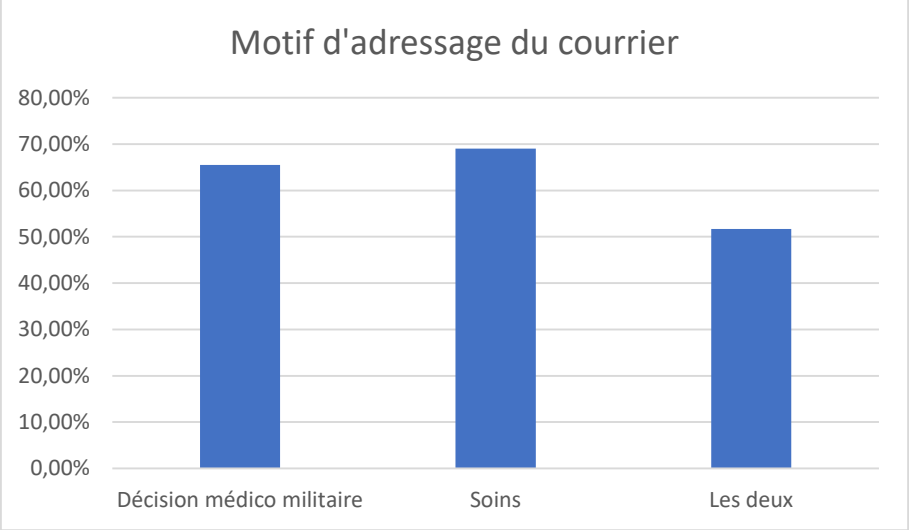
Parmi les patients n'ayant pas eu de PCLS, 57% ont été mis sous traitement médicamenteux. Parmi ceux ayant bénéficié de PCLS, 62% ont été mis sous traitement.

Parmi les patients ayant bénéficié d'un traitement médicamenteux en antenne, 75% ont aussi bénéficié d'une psychothérapie au sein de l'antenne. Alors que 25% des patients n'ayant pas bénéficié d'un traitement médicamenteux en antenne ont bénéficié d'une psychothérapie.

Parmi les patients ayant un traitement, 23% ont été laissés aptes à servir sans restriction et 23% sont mis aptes avec restriction. 50% d'entre eux sont inaptes temporaires. Parmi les personnels n'ayant pas de traitement, 33,5% sont aptes à servir sans restriction, 50% sont aptes avec restriction, 8% sont inaptes temporaires.

2.10. Motif d'adressage et existence d'un courrier médical du médecin d'unité pour le psychiatre

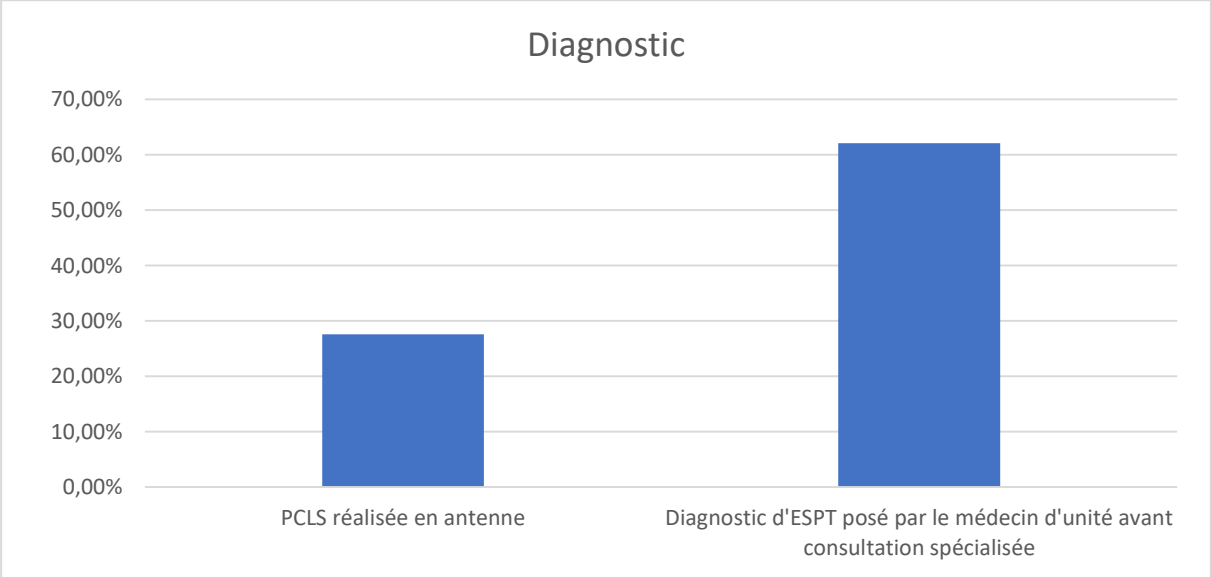




Les courriers d'adressage avaient à 65,5% une demande de décision médico-militaire, à 69% un motif de soins, et pour 51,7% des patients, le motif d'adressage était un motif mixte, de DMM et soins.

Dans les personnels ayant bénéficié d'un courrier médical d'adressage, 2/3 d'entre eux avaient un traitement mis en place par le médecin d'unité. Dans les personnels ayant bénéficié d'un courrier médical d'adressage, 2/3 d'entre eux avaient une DAPIAS faite avant consultation avec le spécialiste.

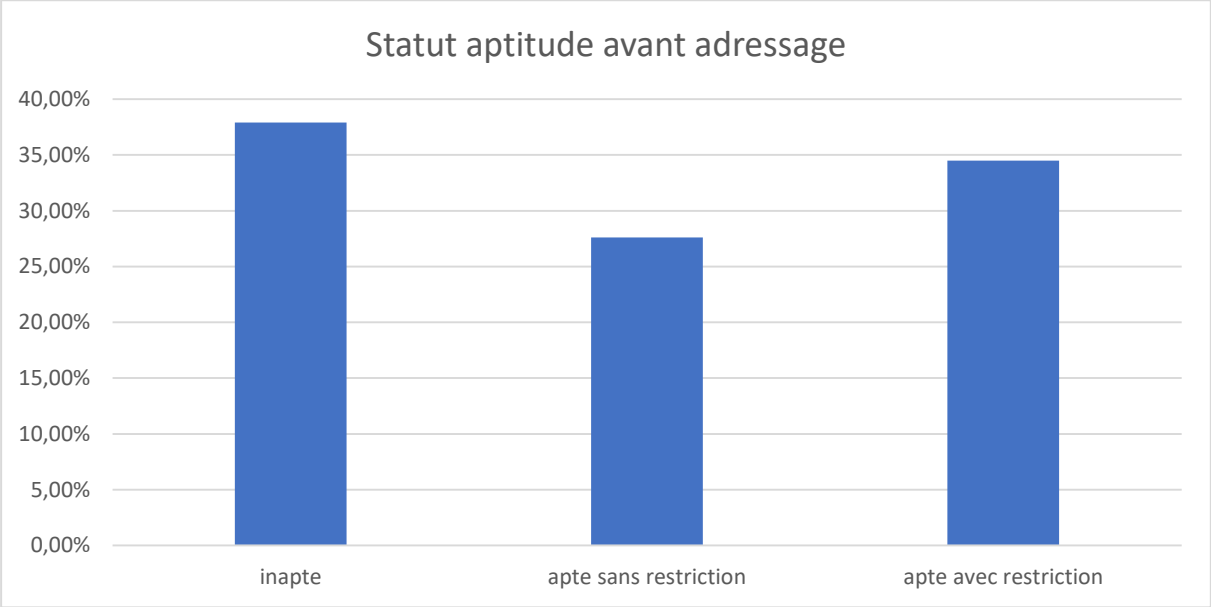
2.11. Diagnostic posé par le médecin d'unité en antenne avant consultation spécialisée



Le diagnostic d'ESPT a été posé et noté dans le courrier ou dans le dossier du patient dans 62,1% des cas avant la consultation spécialisée. L'échelle PCLS a été employée et notée dans 27,6% des cas.

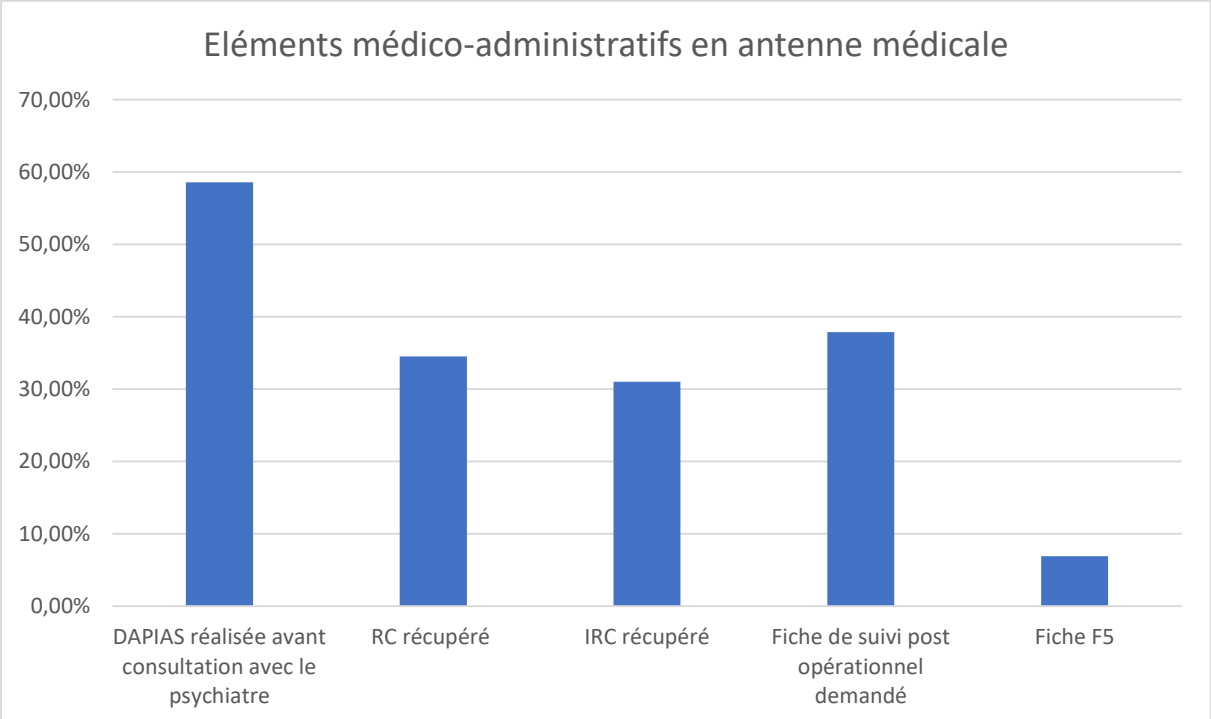
94% des patients ayant eu une DAPIAS par le médecin d'unité avant consultation avec le spécialiste, avaient dans leur dossier/courrier le diagnostic d'ESPT par le médecin des forces ($P<0,05$). Dans ceux n'ayant pas eu de DAPIAS, 17% avaient un diagnostic d'ESPT par le médecin des forces.

2.12. Etude de l'aptitude statuée par les médecins d'unité à la consultation avec le psychiatre



Dans 37,9% des cas, le patient a été mis inapte temporaire (congé maladie) avant consultation avec le psychiatre. Dans 27,6%, il a été laissé apte sans restriction. Dans 34,5% des cas, des restrictions ont été adjointes à son aptitude.

2.13. Etude des éléments médico-administratifs en antenne médicale



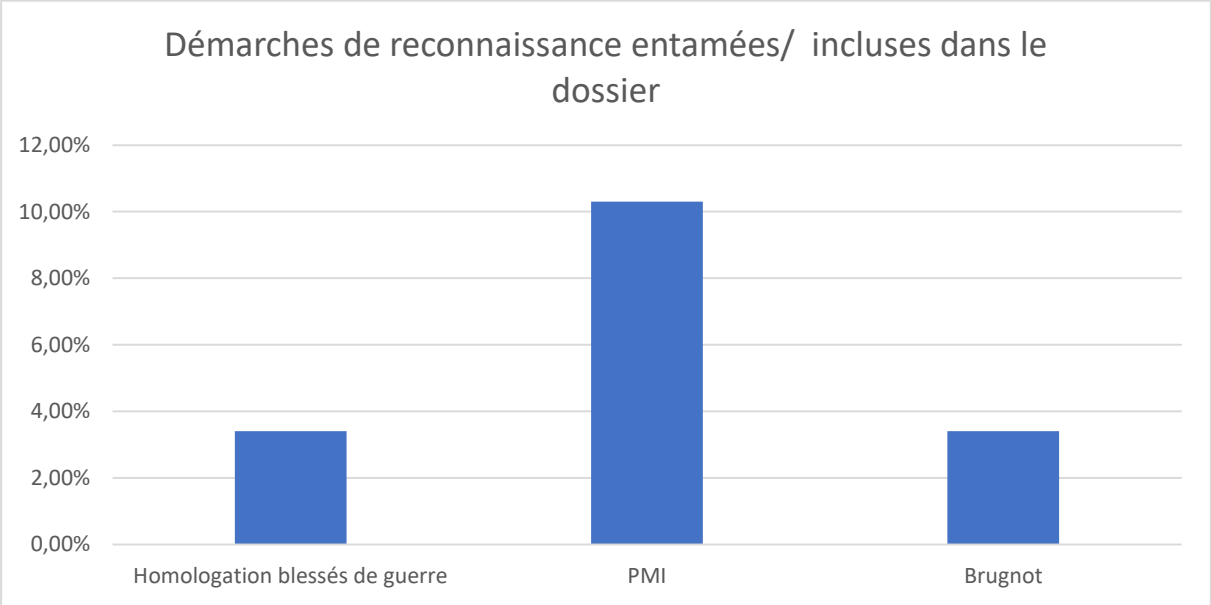
Les DAPIAS considérées ici sont les DAPIAS réalisées avant consultation avec le psychiatre. Elles s'élèvent à 58,6%. Globalement, au moment du recueil, tous les dossiers avaient une DAPIAS effectuées sauf un. Mais celles-ci dataient d'une date ultérieure à la consultation avec le spécialiste.

Les RC, IRC et fiches de suivis post-opérationnels comptabilisés ici sont les éléments inclus dans le dossier AXONE au moment du recueil de données.

Le taux de RC dans le dossier est de 34,5%, le taux d'IRC est de 31%, le taux de fiche de suivi post-opérationnel est de 37,9%.

Une trace de fiche F5 ne s'est retrouvée que dans 6,9%.

2.14. Etude des démarches de reconnaissance entamées et incluses dans le dossier médical Axone



Les démarches de réparation apparaissaient dans le dossier pour quelques patients. L'homologation « blessés de guerre » apparait dans 3,4%. La PMI apparait dans 10,3% des dossiers. La jurisprudence Brugnot concerne 3,4% des dossiers.

PARTIE 5 : DISCUSSION

1. Limites de cette étude

* L'inclusion des patients à cette étude nécessite leur consentement, or les patients ayant un ESPT sont blessés, qui plus est psychologiquement et peuvent ainsi avoir des réticences à ce que leur dossier soit consulté par une personne extérieure au parcours de soin. Ceci étant majoré par le fait qu'ils peuvent être en opposition avec l'Institution, de laquelle ils se sentent parfois abandonnés. Que l'étude soit faite par et pour les militaires a pu parfois jouer en notre défaveur. Le premier écueil réside donc dans le biais d'inclusion.

* Le recueil de données s'effectuait sur le logiciel Axone, sans consultation des dossiers papiers ou autre complément d'information. Ceci sous-entendant que l'étude est soumise à l'exhaustivité des dossiers de ce logiciel, et que tous les éléments sont supposés être scannés dans ceux-ci. Or, en pratique le logiciel Axone est récent et tout n'est pas forcément écrit ni inclus dans le dossier pour des questions pratiques notamment. Il peut donc y avoir une sous-estimation des données pourtant recueillies par le médecin des forces.

* Le faible effectif de l'échantillon ne permet pas de tirer des conclusions très significatives et d'étendre les observations de façon certaine à la population générale militaire mais permet de mettre en évidence des tendances.

* Du fait de la pandémie, les consultants ont eu un retard de soins pour des raisons multifactorielles. L'inclusion durant un an de juin 2020 à juin 2021 était donc très compliquée à maintenir telle quelle du fait du très faible échantillon recueilli (5 patients) : téléconsultations, consultations annulées / reportées à cause de la pandémie... L'inclusion a donc dû s'étendre à partir de 2018 pour les patients déjà suivis et toujours en cours de suivi. L'inclusion lors des consultations était compliquée à mettre en œuvre aussi pour des raisons d'oublis ou de refus du patient. Une inclusion par le biais de la cotation CIM 10 a donc été réalisée sur Amadeus et le consentement des patients a été recueilli par mail, après information téléphonique. Ceci est limité par la bonne cotation CIM 10 ou par les délais de cotation.

2. Données épidémiologiques : Caractéristiques démographiques et générales

Certains facteurs de risque d'évolution vers un ESPT après exposition à un événement traumatisant sont identifiés : les caractéristiques de l'événement traumatique (type, sévérité, durée et proximité de l'exposition), la faible qualité du soutien social, le sexe féminin, les antécédents psychiatriques (autres troubles anxieux, troubles dépressifs, etc.), les antécédents d'autres événements traumatiques et un niveau socio-économique bas.(39)

Nous avons donc étudié ces éléments parmi d'autres pour vérifier ces informations auprès des militaires du Grand Est.

2.1. Sexe

Le sexe féminin est représenté dans 6,9% des cas étudiés, alors que représentant 15,5% de la population militaire générale(40). Le sexe masculin représente 93,1% des cas, contre 84,5% dans la population générale. Ces chiffres n'ont pas une différence significative avec un P=0,3.

Néanmoins, on peut penser que les postes des femmes dans l'armée sont peut-être davantage sédentaires, plus situés dans les groupes de soutien, moins opérationnels, ce qui pourrait impliquer qu'elles soient moins exposées à des évènements traumatiques de façon directe. De même, la féminisation des armées est un élément relativement récent, et une ancienneté moins grande engendre moins de possibilités d'exposition à des scènes violentes en mission.

De plus, la majorité des personnels de l'étude provient de l'armée de Terre, ce qui implique un taux moins important de femmes que dans l'armée en général. En effet, sur les 29 personnels étudiés, seuls 2 sont des personnels féminins, dont un de l'armée de Terre, qui est l'armée la moins féminisée. En effet 15,5% des militaires sont des femmes, et seul 10% des personnels de l'armée de terre le sont. (Chiffres de 2021(38)). Peut-être aurions-nous eu plus de personnels féminins si les patients de l'étude provenaient d'une autre Armée.

Comme explicité dans les généralités, la pathologie d'ESPT dans les armées touche majoritairement les hommes (près de 95 % des cas)(24) Ces pourcentages dans le civil sont inversés avec souvent plus d'exposition à la violence physique pour les femmes (violence conjugale, viol, harcèlement physique…).

2.2. Armée d'appartenance

Sur l'échantillon d'étude, 96,6% des effectifs étaient de l'Armée de Terre, contre 55,5% (chiffres de 2014) en considérant la population militaire générale. La différence est significative, avec un P<0,05. En revanche, les 3,4% de personnels du SSA sont transposables à la population militaire générale, avec 3,7% de la population générale issue du SSA (P=0,67).

Les patients inclus proviennent tous de l'armée de terre, à l'exception d'un personnel (du service de santé des armées). Ceci s'explique par le fait que Metz est une région où l'Armée de Terre est majoritaire (pas de Marine à proximité de l'HIA, mais quelques entités de l'armée de l'Air et de l'Espace). Cette étude n'est donc pas représentative de l'armée en général qui est composée d'autres entités comme la marine, l'armée de l'air et de l'espace, la DGA (direction générale de l'armement), les services interarmes, le SSA, le SEA (service des essences des armées) …

En effet, dans les chiffres obtenus dans la population militaire générale, les ESPT dans les armées sont issus de l'armée de terre (pour 85 % d'entre eux)(24) Au vu des proportions obtenues et de la particularité de la région grand Est évoquée, ces chiffres sont donc cohérents.

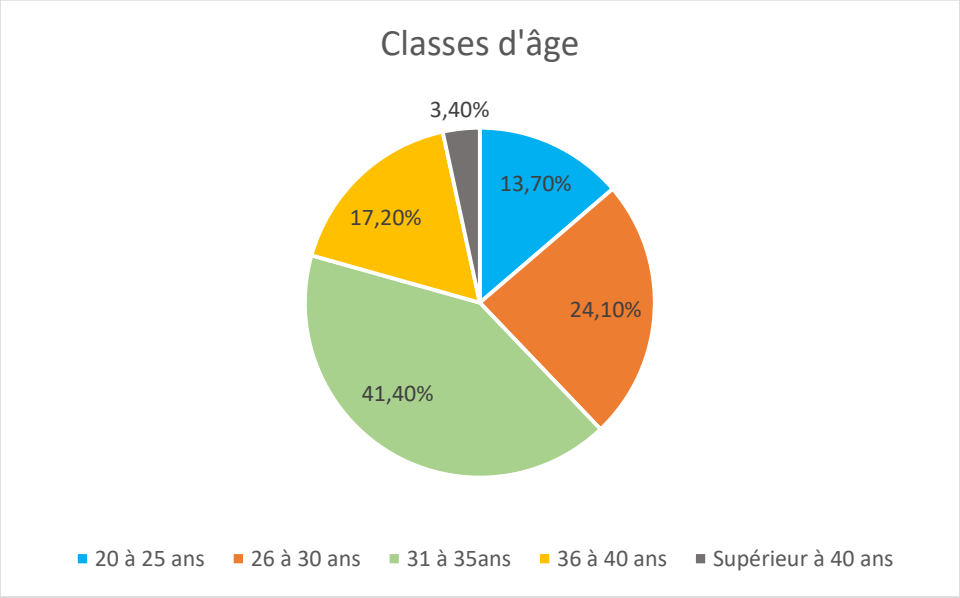
2.3. Armes

Nous allons étudier la répartition par arme de ces troubles étant donné que 96,6% des effectifs proviennent de l'Armée de Terre.

Armes	
ALAT (Aviation Légère de L'Armée de Terre)	6,9%
Cavalerie	13,7%
Forces spéciales	13,8%
Génie	3,4%
Infanterie	31%
Train	17,2%
Transmission	6,9%
Autre	6,9%

Ces valeurs montrent la diversité des armes touchées par l'ESPT. Au sein de la garnison de Metz, et plus largement au sein du Grand Est, de nombreuses armes sont présentes, et elles sont toutes pourvoyeuses de traumatisme. Il est évident que les armes les plus opérationnelles (Forces spéciales, Cavalerie, infanterie) sont majoritaires parmi les patients blessés psychiques. Nous constatons en revanche que l'arme du Train est également plus pourvoyeuse d'ESPT que les autres services de soutien d'ESPT. Ceci peut s'expliquer par leur rôle dans l'escorte des convois au MALI par exemple, plus exposée à rencontrer un IED.

2.4. Âge



Le plus jeune inclus a 21 ans, le plus âgé a 41 ans, l'écart type est 5,3 ans et la médiane est à 32 ans.

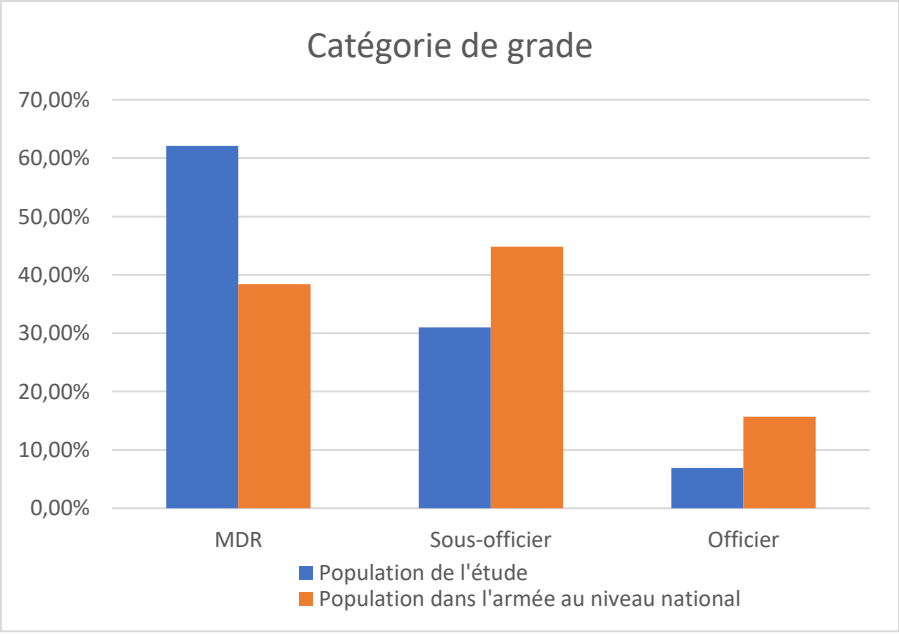
L'âge moyen de la population de l'étude était de 31,45 ans, pour une moyenne d'âge des militaires de toute arme de 33,1 ans dans la population générale. En comparaison, la classe d'âge de 26 à 30 ans représentait 24,1% de la population étudiée contre 29,90% dans la population militaire générale, ce qui nous donne une valeur P=0,345, ce qui ne montre pas de différence significative en termes de représentativité.

On peut pondérer cette analyse, en sachant que le délai moyen entre l'évènement traumatique et la consultation avec le spécialiste est de 27 mois en moyenne dans notre échantillon.

Une grande majorité des patients ont entre 26 et 35ans, la classe majoritaire est de 31 à 35 ans. Les militaires s'engagent tôt et partent rapidement en mission globalement. En effet, pour un militaire du rang, l'âge maximum de recrutement à l'engagement est entre 28 et 30 ans selon les armes. L'âge moyen de recrutement la population militaire générale en 2013 était de 26,8 ans(38). Ceci coïncide bien avec les éléments d'âge de notre échantillon qui, pour certains, ont des traumatismes complexes, avec de multiples éléments traumatiques et un temps de latence avant consultation médicale parfois prolongé.

Le fait qu'il y ait peu de patients de plus de 40 ans est conditionné par la poursuite du service qui est moins fréquente après 40 ans, et est représenté par des personnels de carrière, avec des contrats parfois non renouvelés du fait des symptômes d'ESPT associés à un mal-être au travail, ou des démissions, et donc des « perdus de vue ».

2.5. Catégorie de grade



Les militaires du rang représentent 62,1% de l'échantillon et 38,4% de la population militaire générale. Les sous-officiers représentent 31% de la population de l'étude et 44,8% de la population militaire générale. Les officiers représentent 6,9% de l'échantillon étudié et 15,7% de la population

générale. L'échantillon de militaires du rang étudié est sur-représenté par rapport à l'effectif des militaires du rang de la population militaire générale avec un P<0,05. La différence est donc significative pour les militaires du rang. On peut supposer que ceux-ci sont plus exposés à des évènements traumatiques. Les régiments opérationnels ont probablement un taux d'encadrants moins important que les états-majors, où les gradés sont proportionnellement plus représentés. Ce constat entre en résonnance avec la partie *c-* sur la proportion des armes les plus touchées.

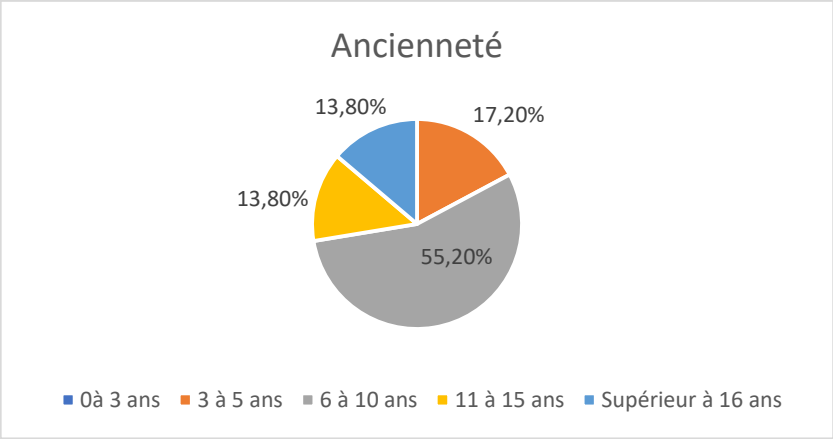
En revanche l'échantillon étudié est représentatif de l'effectif national en ce qui concerne les sous-officiers et les officiers, avec des P respectifs à 0,136 et 0,29.

Ainsi, les effectifs des officiers et sous-officiers sont moins représentés que les militaires du rang. Ceci peut s'expliquer par le fait que pour les officiers et les sous-officiers, certains ont des postes sédentaires ou des postes administratifs ou de soutien qui peuvent par conséquent moins être envoyés en mission ou du moins, être moins exposés.

Peut-être également que les officiers ont tendance à moins consulter (pour ne pas perdre leur place dans la compagnie, par souci d'exemplarité, parce qu'il n'est pas bien vu de se plaindre, par fierté peut-être…).

Ces effectifs sont comparables aux résultats retrouvés dans l'échantillon de la thèse du Dr BOURGUES en 2014 sur des ESPT vétérans d'Afghanistan : en effet 16 sur 26 patients étaient des militaires du rang (61,5%), 8 des sous-officiers (30,8%), et 2 des officiers (7,7%).(41)

2.6. Classe de niveau d'ancienneté



L'ancienneté moyenne de la population de l'étude est de 9,48 ans, par rapport à une ancienneté de la population militaire nationale toute arme confondue à 11,8ans (du bilan social 2019)

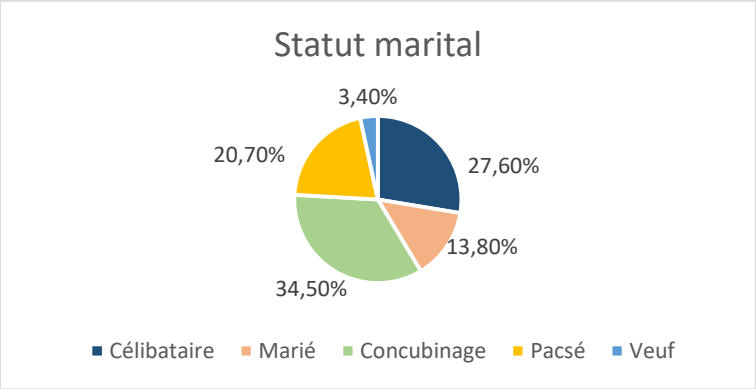
La médiane de l'ancienneté est à 10 ans, l'écart type à 4,5, le minimum est à 3 ans, le maximum est à 21 ans.

Au vu du délai entre l'évènement traumatique et la consultation chez le psychiatre (pour mémoire de 27 mois en moyenne), il est compréhensible d'obtenir un pourcentage faible de personnels ayant moins de 3 ans de service. De plus il est rare d'être envoyé en OPEX avant 1 an et demi voire 2 ans de service.

En revanche, la proportion majoritaire de plus de 50% de personnels entre 6 et 10 ans d'ancienneté correspond au temps de contrat des militaires du rang ayant effectué un contrat d'engagement de 5 ans (temps d'engagement initial majoritaire) plus ou moins renouvelé une deuxième fois.

La répartition de l'ancienneté parait cohérente à la lumière de ces éléments.

2.7. Statut marital

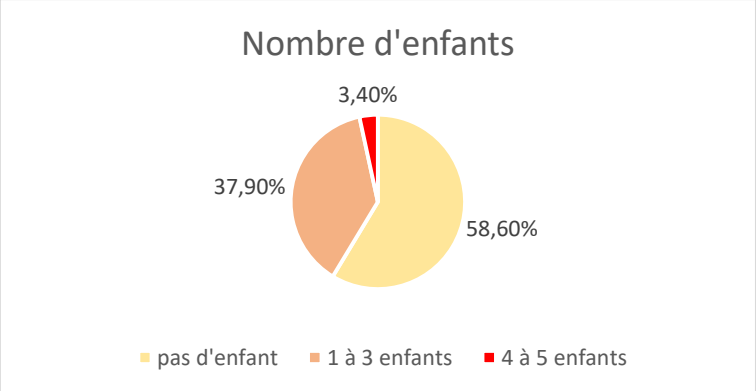


Au vu de ces chiffres, il aurait été légitime de se demander si être en couple était un facteur influençant la blessure psychique. 70% des personnels de l'étude sont en couple, ce qui est similaire aux chiffres retrouvés en 2010 par Carine LEPAGE (42) (Chargée d'études sociologiques) dans son étude « LES MILITAIRES ET LEUR FAMILLE » quand elle se posait la question de la répartition du statut marital des militaires en général.

Dans les célibataires sont inclus les personnels divorcés ou séparés (du fait ou non de l'ESPT). Pour comparer, la moitié des effectifs de la thèse du Dr AMBROSINO(43) décrivait des conflits familiaux dans les suites du traumatisme et pour près de 90 % des altérations des relations sociales.

Si la situation maritale n'est ni un facteur protecteur, ni de vulnérabilité de la blessure psychique, elle peut s'avérer essentielle au moment de son parcours de soin. Le fait de vivre en couple peut s'avérer être source de soutien familial, mais aussi source de conflits conjugaux, de souffrance et de tension chez le blessé psychique, qui peut éprouver des difficultés à partager son ressenti avec son/sa conjoint(e) « qui ne peut pas comprendre »(44,45).

2.8. Nombre d'enfants lors de l'ESPT

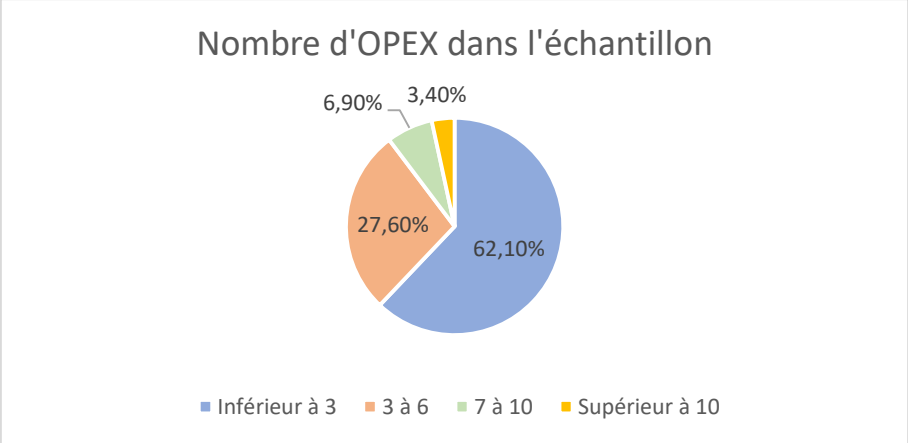


En moyenne, la population étudiée a 0,931 enfant. Le maximum est à 5, le minimum à 0, l'écart type à 1,36 et la médiane est à 0. Toujours en se basant sur l'étude de Carine LE PAGE de 2010(42), lorsqu'ils sont parents, les militaires ont en moyenne deux enfants, résultat comparable à 2001. Plus de la moitié de la population étudiée n'a pas d'enfant. Plus d'un tiers en a entre 1 et 3. Un personnel a plus de 3 enfants. Ainsi on ne retrouve donc pas de corrélation significative entre le nombre d'enfants et la survenue d'un ESPT.

Néanmoins, le nombre d'enfants peut s'avérer un élément influençant l'évolution (de façon positive ou négative). Les cris des jeunes enfants peuvent majorer les symptômes d'hyper-vigilance et être mal supportés du fait de l'irritabilité, et les symptômes des parents atteints d'ESPT peuvent engendrer des angoisses chez les enfants. Mais les enfants ont un rythme de vie avec des horaires imposés par l'enfant qui permet d'encadrer la vie des militaires blessés. Les enfants, par leur innocence et leur fragilité peuvent être un soutien pour les psycho-traumatisés.(46)

Les enfants peuvent ainsi constituer un enjeu dans l'évolution des troubles.

2.9. Nombre d'OPEX réalisé avant la consultation chez le psychiatre



La médiane du nombre d'OPEX est de 2. La médiane est un peu inférieure à celle retrouvée par le Dr Ambrosino dans sa thèse en 2013 qui retrouvait une médiane à 3 OPEX sur son échantillon.(43)

La moyenne des OPEX est à 3,4, avec un écart type de 3, un minimum à 1 et un maximum à 15. Le maximum de 15 OPEX était tenu par le doyen de l'étude, réalisées en 18 ans de service.

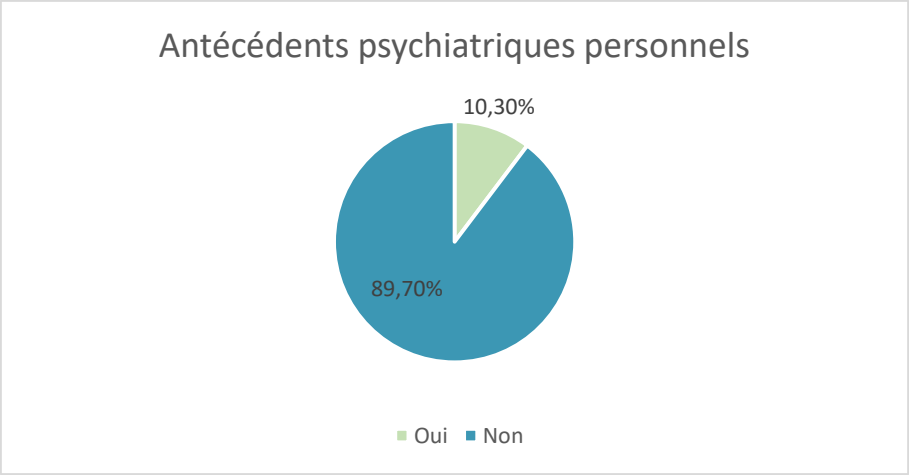
En 2018, plus de 30 000 militaires étaient engagés en OPINT/ OPEX et MCD sur l'année. Le nombre moyen d'OPEX par soldat et selon la spécialité n'est pas une donnée disponible pour l'ensemble de la population militaire générale.

Le faible pourcentage de personnel ayant effectué plus de 6 OPEX peut s'expliquer par le temps d'engagement qui peut être moins long pour les militaires du rang (prédominants dans cette étude), avec une ancienneté moyenne de moins de 10 ans dans l'étude. De plus, les OPEX sont généralement plus fréquentes en début d'engagement et se raréfient avec les années, du fait de la sédentarisation des postes et des inaptitudes OPEX plus fréquentes.

Le fait qu'une majeure partie de l'échantillon ait fait moins de trois OPEX peut s'expliquer par le jeune âge de la population étudiée et par le fait que généralement, un ESPT remet en cause l'aptitude à servir, ou du moins l'aptitude OPEX des personnels blessés psychiques, ce qui diminue la possibilité statistique d'un nombre élevé d'OPEX. En effet, une seule OPEX peut suffire à être à l'origine d'un ESPT.

Pour des questions de préservation d'anonymat, nous ne nous sommes pas attardés sur le lieu du traumatisme ni sur les circonstances précises de celui-ci, qui de plus n'avait pas de plus-value pour notre recherche.

2.10 Présence d'antécédents personnels psychiatriques



Parmi les antécédents personnels reportés, 10,30% des patients relevaient des épisodes dépressifs caractérisés et des troubles anxieux. Les personnels reportés ayant un antécédent psychiatrique sont des antécédents anciens consolidés à l'incorporation ou des antécédents ayant eu lieu en cours de carrière. Un antécédent d'épisode dépressif caractérisé dans le passé ne correspond pas à un état antérieur, mais la question se pose sur la vie du patient au moment du traumatisme. Un antécédent de maladie psychiatrique constitue-t-il une vulnérabilité à l'ESPT suite à un événement traumatique ?

3 patients de l'étude ont dans leur dossier un Etat de Stress Aigu décrit en cours d'OPEX, ayant nécessité une consultation sur place avant l'apparition de l'ESPT, retracée dans AXONE. Comme énoncé dans les généralités, l'ESA engendre souvent un ESPT. Ici, nous n'avions pas accès au LMR et il y a un risque d'une sous-estimation du nombre d'ESA, déjà estimé ici à plus de 10% des ESPT reportés.

Selon le Cairn dans un article de 2004, plus de 25 % des individus présenteraient un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de leur vie dans la population générale(47). La différence de pourcentage peut s'expliquer par la sélection initiale médicale des patients, qui rend inapte une partie de la population ayant des antécédents psychiatriques personnels, récents, encore en cours de suivi ou grave, non compatibles avec le statut de militaire et avec le relatif isolement médical en OPEX. A la visite de sélection et d'incorporation, les militaires sont ainsi sélectionnés pour avoir le moins de caractères de vulnérabilité.

3. Parcours de soins en antenne médicale

Dans l'étude de la thèse du Dr Bourhis, il est déclaré que 43,8% des médecins militaires ayant répondu à l'enquête affirmaient avoir rencontré des difficultés dans la prise en charge du patient atteint d'ESPT.(48)

Par ailleurs, la formation en expertise médico-militaire des praticiens militaires était perçue (en 2018), comme globalement perfectible, notamment en ce qui concerne le domaine médico-psychologique. Dans le même temps, les médecins d'unité sont régulièrement amenés à donner des avis en termes d'expertise médico-psychologique. (49)

3.1. Consultations d'un psychologue ou psychiatre pendant le parcours de soins primaires avant consultation d'un psychiatre en HIA.

Le nombre de consultation avec des psychologues ou psychiatres au sein de l'Antenne s'élevait à 41,4% des patients inclus. 41,4% ont bénéficié d'une consultation avec des praticiens dans une structure civile. Un psychologue en HIA, en amont de la consultation avec un psychiatre militaire, a été consulté pour 20,7% des cas au sein de l'échantillon.

Au total 70% des militaires avaient un suivi par un professionnel de la santé mentale avant consultation d'un psychiatre en HIA. Pour plus de 2/3 des patients, des soins spécialisés en santé mentale adaptés avaient donc été mis en place en préhospitalier conjointement avec le suivi de leur médecin d'unité référent.

Certains multipliaient les intervenants en étant suivis en milieux militaire et civil.

Le suivi par le médecin généraliste seul peut ne pas suffire au vu de l'intensité du tableau clinique. En effet, si certaines formes modérées d'état de stress post traumatique peuvent être stabilisées par un suivi en médecine générale, d'autres patients n'ont tout simplement pas les ressources psychiques (tendance au repli, dépression, irritabilité, perte d'élan vital…) pour mettre en place un suivi spécialisé régulier en santé mentale.

Le faible pourcentage de suivi chez les psychologues de HIA est logique car ce type de suivi est généralement mis en place après le suivi hospitalier. Par ailleurs dans certaines situations, l'éloignement de l'HIA du lieu de résidence du patient est un frein à la mise en place de consultations psychologiques Toutefois la moitié de ces cas de consultations primaires chez un psychologue d'HIA étaient conjointes avec des consultations en antenne. On peut donc supposer que les antennes médicales étaient à l'origine de l'adressage chez le psychologue d'HIA.

Les professionnels de santé mentale inclus dans le parcours de soin sont divers et bien sollicités. Ceci est facilité par l'accès plus aisé de psychologues en antenne depuis le plan ESPT 2013 et par l'accès aux soins en externe possible par la prise en charge de ces soins par le biais de la DAPIAS.

3.2. Nombre de consultations en antenne avant adressage au psychiatre

En moyenne, les patients ont eu 8 consultations à l'antenne médicale pour tout motif entre le traumatisme et la consultation spécialisée, avec un écart type de 6, une médiane à 6 et un maximum à 31 consultations.

En moyenne, ils ont bénéficié de 2 consultations pour motif psychiatrique entre le traumatisme et la consultation spécialisée, avec un écart type de 2,5, une médiane à 1 et un maximum à 9.

Il faut garder en mémoire que le nombre de consultations décrit ici concerne le délai entre le traumatisme et la consultation spécialisée, et non pas l'apparition des symptômes et la consultation spécialisée. En effet, la donnée de l'apparition des symptômes était parfois très délicate voire impossible à identifier selon les dossiers, et nous avons donc pris le parti de ne pas considérer cette donnée, mais plutôt une donnée mieux identifiée (l'évènement traumatique).

Ces chiffres sont comparables aux chiffres recueillis en 2008 dans la thèse du Dr DELERUE qui retrouvait en moyenne 9,1 consultations tous motifs (sur des patients blessés physiques et psychiques pour la plupart) et 1,7 consultations pour troubles psychiques(50) avant adressage aux spécialistes depuis le traumatisme.

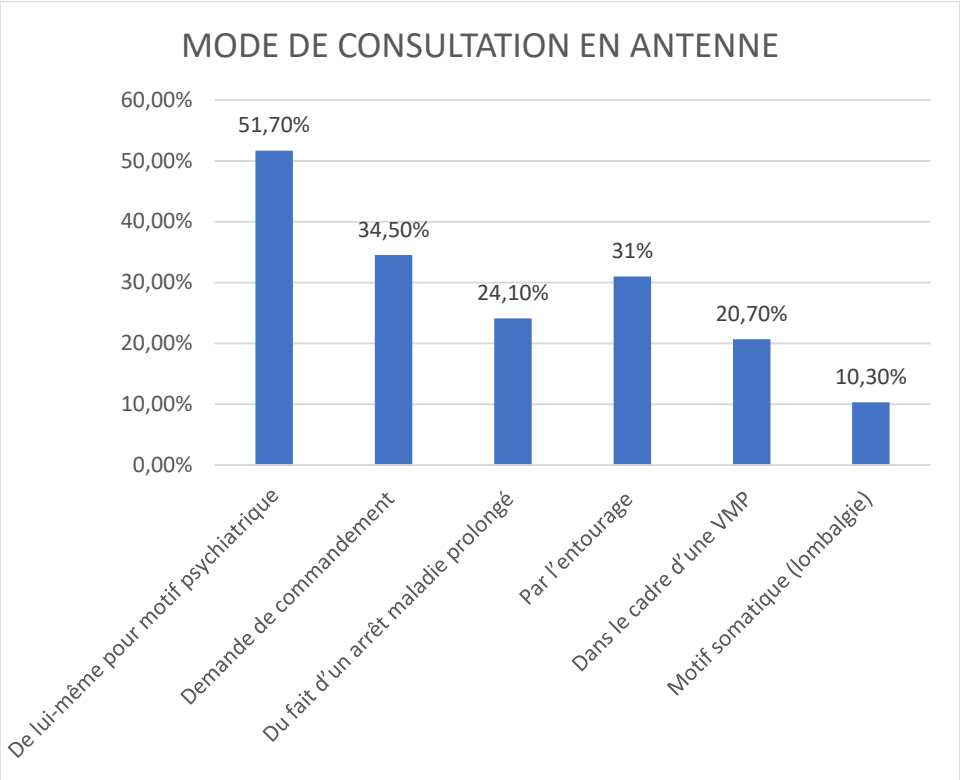
Dans leur dossier ne sont mentionnées que 2 consultations en moyenne pour motif psychiatrique avant adressage, avec en moyenne 27 mois entre le traumatisme et la consultation psychiatrique. Cependant ils sont vus d'avantage pour des raisons somatiques dans ce laps de temps. Les patients s'expriment difficilement sur leur vécu et leurs émotions d'une manière générale, ce qui peut expliquer ces chiffres.

On peut constater donc durant cette étude que le nombre de consultations pour motif psychiatrique n'influence pas particulièrement la densité de remplissage du dossier AXONE. A savoir, un patient qui a été vu plusieurs fois pour motif psychiatrique n'a pas forcément de DAPIAS, de documents pour la reconnaissance, pour l'indemnisation etc. La consultation pour motif psychiatrique ne signifie pas forcément que le diagnostic a été posé, peut-être parce que le médecin d'unité souhaite avoir un avis sapiteur psychiatrique avant de se prononcer sur une présomption d'imputabilité, ce qui peut apparaître comme légitime et prudent d'un côté, mais aussi comme un retard à la reconnaissance du lien au service.

Les motifs les plus fréquents entre le traumatisme et la consultation en HIA sont souvent des lombalgies, dorsalgies, scapulalgie ou, plus rarement, des consultations à la demande du commandement, pour motif disciplinaire. En effet, il est établi que les douleurs du dos chroniques ont régulièrement sinon une étiologie , du moins une association avec des éléments médico psychologiques(51). Donc, la multiplication de consultations à l'antenne médicale, en particulier pour des motifs somatiques « fonctionnels » dans les mois, voire les 2 ans, qui suivent une OPEX en milieu opérationnel doit faire évoquer, chez le praticien en médecine d'unité, la présence d'un psycho-traumatisme.

3.3. Motif de consultation initiale au médecin des forces à l'antenne médicale ayant justifié l'adressage au psychiatre

Le repérage des troubles psychiques post-traumatiques est complexe : le sujet psycho-traumatisé sollicite davantage le système de soins pour des symptômes aspécifiques psychiques ou somatiques du fait de la structuration psychopathologique du trauma. Il est décrit une relation statistiquement significative entre des éléments de la PCLS et certaines variables de consommation de soins.(52). Nous avons ainsi étudié le mode de consultation primaire chez le médecin des forces ayant abouti à son adressage en psychiatrie militaire.



A noter que les motifs peuvent être pluriels. Par exemple lors d'une VMP, un patient a pu spontanément se confier au médecin des forces encouragé par son entourage, ou une consultation initialement somatique a pu dévier en une plainte psychiatrique, ou encore une visite sur demande du commandement a pu être couplée avec un arrêt maladie prolongé.

La multiplicité des motifs d'adressage confirme bien qu'une certaine vigilance est de mise, effectuée par les médecins des forces afin de dépister cette pathologie.

D'après la thèse du Dr Bourhis en 2011 en comparaison (sur une revue des pratiques par entretien avec des médecins des forces) il est décrit que, dans plus de la moitié des cas (58,8%), la première consultation était une consultation spontanée du patient tandis que, dans 22,7% des cas, le patient se présentait après avoir été adressé par son commandement et, dans 6,7% des cas, le patient se présentait sous la pression de son entourage. La VMP était un motif de rencontre dans 11,8% des cas. Lorsqu'il s'agissait d'une consultation spontanée, les raisons étaient dans la majorité des cas (73,6%) d'ordre psychique et dans 26,4% des cas d'ordre somatique. (48) Ainsi, ces chiffres tendent majoritairement à rejoindre ceux retrouvés dans notre étude (bien qu'ils différent avec 146 réponses de médecins dans son étude).

En outre, dans notre étude, dans la moitié des cas (51,7%), le patient consulte de lui-même, pour évoquer son vécu et de ses symptômes, malgré les obstacles aux soins énoncés précédemment (honte, crainte des conséquences sur l'aptitude, déni des symptômes, alexithymie). Ceci rend bien compte de l'inconfort et de l'impact de la maladie sur leurs vies, pour qu'ils ressentent le besoin de consulter malgré les aprioris négatifs sur la souffrance qui peuvent encore être véhiculés dans les armées. Les efforts d'information et de sensibilisation de l'ESPT par le ministère des Armées et le SSA contribuent sans doute à cette « déstigmatisation ». Cette proportion de 50% des patients consultant

par eux-mêmes le médecin d'unité est donc un chiffre parlant, montrant certes d'une part une marge de progression dans l'accès aux soins primaires des blessés psychiques en médecine d'unité mais aussi une base de capital confiance entre les blessés et le SSA (peut-être grâce à l'amélioration des parcours de soins depuis plusieurs années, dont les différents plans d'action successifs sont l'illustration).

L'entourage familial a un rôle dans l'adressage vers le médecin d'unité. En effet, cette modalité représente près d'un tiers des consultations. Ceci confirme que l'entourage peut être décisif, et aidant dans le parcours de soins. Ainsi, il devient une alerte auprès du patient pour lui notifier les changements récents dans son attitude et son comportement, permettant une acceptation parfois plus grande de consulter et une adhésion aux soins. La participation et l'information des familles de blessés est d'ailleurs un axe de travail et d'action des intervenants auprès des blessés psychiques, aussi bien le SSA que les cellules d'aide aux blessés (consultations de couples en respectant le secret professionnel, plaquettes ou livret d'information, journée d'accueil des conjoints dans certains HIA, etc…)

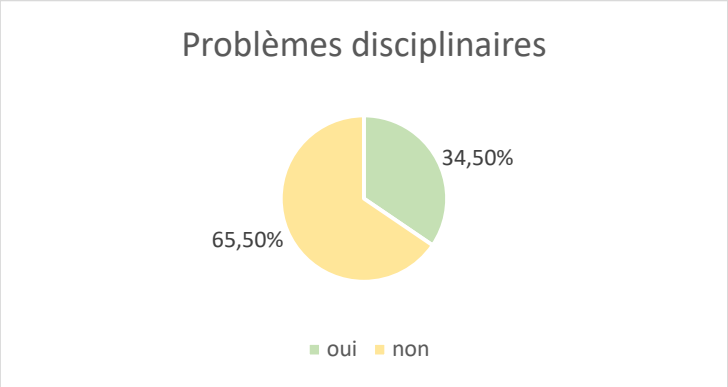
L'expertise, par les VMP tous les 2 ans, permet un certain dépistage (1/5^{e} des motifs), notamment par la discussion sur les différentes OPEX effectuées, avec parfois la réalisation d'une échelle PCLS. Il permet d'effectuer un dépistage « systématique » de blessures psychiques pour les patients réticents à consulter d'eux-mêmes. Cependant, dans une visite d'aptitude, la réticence des patients provient de la crainte d'une inaptitude en fonction de ses symptômes plus ou moins invalidants et impactant au quotidien. Une certaine discrétion de la part du patient peut ainsi limiter le dépistage lors de ces visites d'expertise.

Quant au commandement, il est à l'origine d'un tiers des consultations de patients blessés psychiques, notamment du fait de l'alcool, comme nous verrons dans le prochain point. Le patient consulte alors non pas dans une démarche personnelle de soins mais presque sur ordre, et est donc alors probablement moins enclin à discuter et à partager ses ressentis. Il est alors inscrit dans un parcours de soins, et les médecins des forces peuvent alors être vigilants envers ce personnel en particulier et lui proposer leur aide, l'information, l'écoute, ce qui peut permettre de poser les bases d'une relation de soins et de confiance.

Les arrêts-maladie prolongés (1/4 des motifs) peuvent également permettre au patient, souvent arrêté par son médecin civil d'être remis au centre du soin dans les armées, et bénéficier d'une évaluation militaire. Son devenir dans l'institution dépend ainsi de la consultation de 90 jours qui orientera vers une reprise, un CLDM ou une réforme selon l'examen clinique. Ceci peut permettre de proposer un suivi personnalisé dans l'institution et d'entreprendre les démarches de réparation.

Donc, en ce qui concerne le motif initial de la consultation en antenne médicale ayant justifié l'adressage au psychiatre en HIA, il ressort que plus de la moitié des patients militaires de notre étude ont consulté par eux-mêmes. Comme dit précédemment, ce chiffre non négligeable illustre l'implication des armées dans l'information, la prise en compte, et la déstigmatisation des « blessures invisibles ». Il persiste encore néanmoins une marge de progression, dont l'amélioration est sans doute en lien avec des initiatives et des implications multiples, aussi bien au niveau de chaque antenne médicale, que national : poursuite des plans d'action du SSA et évaluation de leur efficacité, amélioration du conseil au commandement en termes de santé mentale (1er séminaire organisé en octobre 2020 à l'EMSLB(53)) ; poursuite de la communication autour du numéro écoute défense.

3.4. Existence de problèmes disciplinaires au sein du régiment



Les problèmes disciplinaires sont manifestement fréquents chez les blessés psychiques et le milieu de l'unité est fréquemment conflictuel pour le soldat traumatisé car il réactive les angoisses traumatiques : « La rupture communautaire » (C. Barrois)(54) est le sentiment plus ou moins identifié d'abandon et d'exclusion inhérent au traumatisme vis-à-vis du «monde des vivants». Celui-ci est perçu dans la honte, la culpabilité et la transgression par le soldat blessé psychiquement.

Comme vu précédemment, les problèmes disciplinaires peuvent être à l'origine d'un adressage du patient au médecin des forces par le commandement. Ces sanctions peuvent aboutir à une initiation de soins alors même que le patient était réticent à consulter, ou même n'avait pas conscience de ses symptômes.

1/3 des patients ont eu un problème disciplinaire (au moins) reporté dans son dossier AXONE. Ces problèmes étaient majoritairement des altercations interpersonnelles, de la violence physique ou morale ou de l'insubordination, dues ou non à une consommation d'alcool.

80% des personnels ayant un problème disciplinaire ont une consommation excessive d'alcool. Le test de **corrélation des problèmes disciplinaires avec alcool est significatif avec p= 0.01 .** L'alcool est l'une des principales comorbidités de l'ESPT et engendre donc des troubles de conduite au sein du domaine professionnel.

Parmi les arrêts de travail de moins de 30 jours, 86% n'avaient pas de problèmes disciplinaires. Au-delà de 30 jours, la moitié des patients ESPT avaient des problèmes disciplinaires. La corrélation entre durée de congé maladie et problèmes disciplinaires n'est pas surprenante. D'une part, les personnels les plus en difficulté d'un point de vue disciplinaire sont, de façon attendue, arrêtés plus souvent que la moyenne. D'autre part, la durée et la prolongation de l'AM peut aussi entretenir le vécu, avéré ou non de mise à l'écart et d'exclusion du groupe d'appartenance.

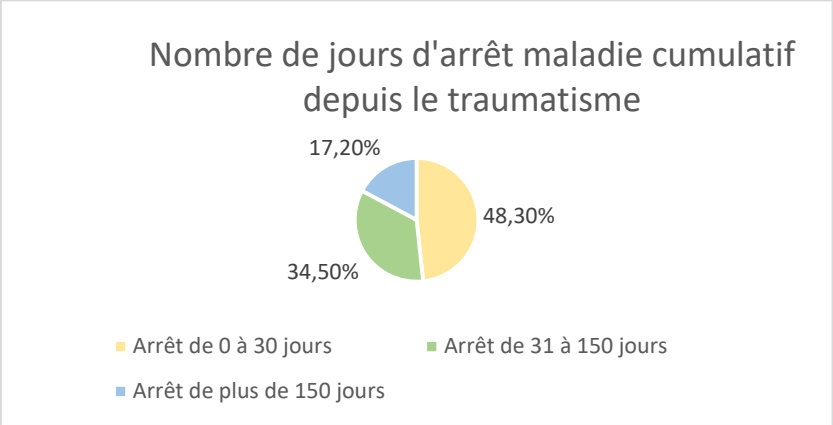
Parmi les patients ayant des mésusages d'alcool, la moitié a été adressée par le commandement. Parmi ceux n'ayant pas de problème d'alcool, 80% n'ont pas été adressés par le commandement. Ceci sous-entend que le commandement réagit et implique le corps médical majoritairement en cas de mésusage de l'alcool probablement par les conséquences disciplinaires qui en découlent et l'évaluation de la « dangerosité » de l'individu. Les patients qui se murent dans un silence et font peu de bruit sont rarement remarqués par le commandement. En effet, parmi ceux qui n'ont pas de problèmes disciplinaires, aucun de ceux ayant un mésusage d'alcool ne sont adressés par le

commandement. Parmi ceux qui ont un problème disciplinaire, 75% de ceux qui sont adressés par le commandement ont un mésusage de l'alcool. L'alcool est donc considéré comme un élément perturbateur de l'équilibre régimentaire. En effet, dans ce corps de métier où le port d'arme est fréquent et l'ordre et la discipline sont de mise, les méfaits de l'alcool sont rapidement détectables à l'échelle de la vie quotidienne en unité. Ils sont alors facilement adressés à un médecin, ou pour des soins ou pour une question d'aptitude.

Sans problème disciplinaire, il existe très rarement un adressage du commandement à l'antenne médicale (84%). **S'il existe des problèmes disciplinaires, l'adressage par le commandement est de 60%.** (P<0,05). Ceci implique que, en effet, les problèmes disciplinaires sont un facteur décisif d'implication du commandement dans les soins et la réaction à la détresse des patients. En revanche, s'il ne se fait pas remarquer, il n'est pas considéré comme en difficulté.

Au final, il y a donc une forte corrélation entre problèmes disciplinaires (en particulier en lien avec un trouble des usages de l'alcool) et ESPT, ce qui doit donc, là aussi, attirer l'attention du médecin d'unité. En particulier, l'apparition de problèmes disciplinaires récurrents dans les 2 ans qui suivent une OPEX opérationnelle, alors même que le militaire n'avait pas d'antécédents disciplinaires significatifs, doit faire évoquer un ESPT.

3.5. Nombre de jours d'arrêt maladie depuis le traumatisme jusqu'à la consultation chez le psychiatre militaire



Il n'a pas été référencé le(s) motif(s) des arrêts maladie, ni les journées d'indisponibilités. Parmi les congés maladie, sont considérés les congés instaurés par les médecins traitants civils et par les médecins des forces.

En moyenne 62,5 jours d'arrêt maladie ont été pris par les patients inclus dans l'étude, avec un écart type de 72,8 jours. La médiane de ces patients est à 36 jours d'arrêt, avec un maximum à 244 jours depuis le traumatisme.

Ces chiffres sont à mettre en corrélation avec le délai de consultation en HIA des patients qui est relativement variable (cf paragraphe suivant), un tiers d'entre eux ont été vus dans l'année qui suit le traumatisme, 2/3 ont été vus dans les trois ans. Les arrêts sont donc plutôt cohérents avec le délai, avec 50% des patients ayant moins d'un mois d'arrêt, et 80% des patients qui ont moins de 6 mois de congé maladie.

Pour rappel, les congés maladie de plus de 21 jours nécessitent une consultation médicale de pré-reprise par le médecin d'unité (ce qui a été le cas pour 25% des patients de notre étude). Mais les arrêts longs (plusieurs mois) ne sont pas la règle. La moitié des patients ont moins d'un mois de congé maladie, et en moyenne les patients ont 2 mois d'arrêt.

Donc, au final, les patients ne bénéficient pas d'arrêt maladie long avant leur arrivée chez le psychiatre en HIA. Cette donnée est plutôt un signe de bonne orientation précoce par les médecins d'unité vers les spécialistes en santé mentale.

3.6. Délai de consultation avec le spécialiste (en mois)

Malgré les connaissances actuelles relatives au diagnostic et au traitement des psycho-traumatismes, une étude en cours de réalisation dans le Finistère montre que les TSPT ont un délai diagnostic allongé. Malgré la consultation d'un médecin généraliste et/ou urgentiste en moyenne 4,7 jours après un événement traumatique unique, les symptômes de stress post-traumatiques seraient identifiés pour la première fois jusqu'à 24 mois plus tard. La mise en place d'une thérapie recommandée s'étend quant à elle de 9 à 35 mois après l'exposition traumatique en question.(55)

Cela est un peu différent dans les armées où les professionnels de santé sont particulièrement sensibilisés et formés à cette pathologie, moins courante dans la population générale.

Pourtant dans notre étude, en moyenne il y a 27,1 mois entre le traumatisme et la consultation chez le psychiatre en HIA, avec un écart type de 26,5 mois. Le délai maximum des patients inclus dans l'étude est de 108 mois, et le minimum est de 1 mois post traumatisme.

Nous n'avons pas pu collecter les données concernant le moment exact de l'apparition des symptômes du fait du caractère incertain de celle-ci et de la consultation souvent tardive des patients en Antenne Médicale dans l'ensemble. Pour mémoire, dans la thèse du Dr Ambrosino (43), les symptômes apparaissaient dans près de 90% des cas dans les 6 mois post traumatisme et près de la moitié dans le premier mois qui suit le traumatisme.

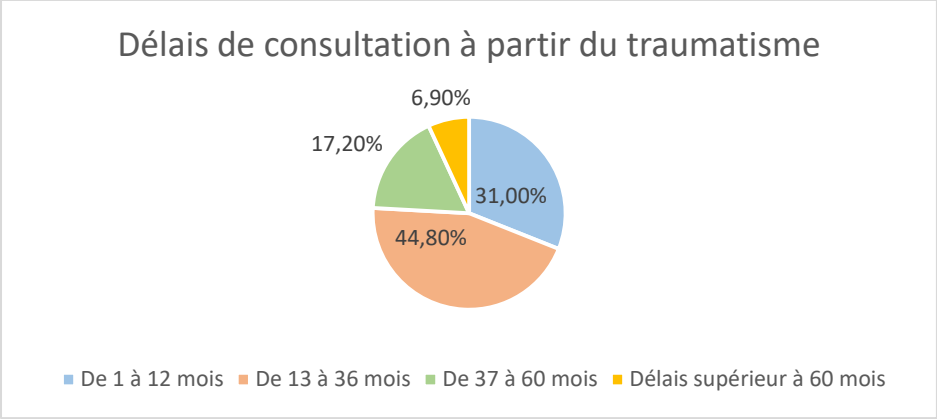
Un délai moyen de consultation de plus de 2 ans semble long, cependant rappelons que pour une grande partie de la population incluse, les soins avaient déjà bien été entrepris avec un traitement médicamenteux ou/et psychothérapeutique mis en place.

Un délai allongé d'apparition des symptômes est possible notamment dans le cadre des ESPT différés. Dans la littérature, la proportion des ESPT différés est étudiée dans une méta-analyse regroupant vingt-quatre études publiées entre 1980 et avril 2008. Cette présentation différée constitue 24,8% des ESPT.(56)

Dans la thèse de Dr Ambrosino datant de 2013, la première consultation spécialisée est rapportée en moyenne vingt-deux mois après l'apparition des symptômes(43). Ceci est cohérent avec nos données si l'on considère, comme évoqué ci-dessus, dans une majorité des cas, des symptômes apparaissant dans les six mois suivant le traumatisme.

Dans la thèse du Dr Bourgues (41) en revanche, concernant des vétérans d'Afghanistan en 2014, le délai entre le traumatisme et la première consultation avec le psychiatre était évalué à 16 mois +/- 9,9, ce qui est nettement plus court que le délai décrit dans notre étude. Peut-être que les patients revenant d'Afghanistan étaient plus surveillés que les patients provenant de théâtres moins réputés

traumatogènes, ou peut-être que les médecins des forces à l'époque avaient plus tendance à orienter les blessés psychiques directement vers l'HIA de référence.



Un tiers des patients ont bénéficié de moins d'un an de délai entre le traumatisme et la consultation en HIA et ¾ des patients ont bénéficié de soins en HIA au bout de moins de 3 ans post-traumatisme. Comparativement, dans la thèse du Dr Ambrosino, 75% ont bénéficié de soins psychiatriques au cours de la première année suivant le début des symptômes.

2 personnels parmi les 29 ont vécu 5 ans avant la consultation psychiatrique militaire. Il peut s'agir de personnels avec des ESPT complexes, avec de multiples événements traumatiques ayant rallongé le délai d'entrée dans les soins.

Les délais de consultation sont assez fluctuants mais dans ¾ des cas ont lieu dans les 3 ans, en tenant compte de la périodicité des VMP tous les 2 ans, et des consultations parfois peu fréquentes des patients, consultant aussi dans le civil.

En tout cas, le délai entre traumatisme et adressage en HIA nous laisse supposer de potentiels retards au diagnostic et donc renforce notre conviction de la nécessité d'optimiser le parcours de soins préhospitalier.

3.7. Les pathologies associées à l'ESPT, retrouvés dans le dossier Axone et/ ou le courrier d'adressage du médecin d'unité

Dans 62,1% des cas, un syndrome anxieux était associé à l'ESPT pour les patients inclus dans l'étude. Les troubles anxieux peuvent être intégrés dans la pathologie d'ESPT, il est parfois délicat de les prendre comme entité à part. On en retrouve dans les symptômes d'ochlophobie, d'activation neurovégétative, en réaction aux flashbacks… Il est donc logique qu'il soit présent dans ces proportions.

Dans 44,8% des cas, une dépression y était associée. Un épisode dépressif peut aussi s'intégrer dans la pathologie d'ESPT. En effet, l'altération des cognitions et de l'humeur avec aboulie, anhédonie, apathie peuvent y être associées. D'après un article de François Ducroq et Lebigot(57), la dépression peut être autonome ou s'intégrer dans le syndrome. Selon eux, environ 50 % des personnes souffrant d'un trouble de stress post-traumatique présentent un épisode dépressif majeur comorbide. Ces chiffres coïncident avec ceux retrouvés dans cette étude.

Dans 44,8%, un mésusage de l'alcool y était associé. Par comparaison, 24,5% de mésusage de l'alcool était décrit dans la thèse du Dr Ambrosino (43). Le mésusage de l'alcool est la principale comorbidité addictive retrouvée dans les dossiers des patients. L'alcool est en effet fréquemment consommé dans la culture française, avec, selon le collège de psychiatrie une dépendance à l'alcool d'environ 10 %(17) de la population générale(16). Les armées ne sont pas en reste pour la consommation d'alcool, avec une consommation « loisir » fréquente au sein de « popotes », à visée de cohésion, avec une consommation sociale et encadrée. Pourtant, dans un métier d'armes, la consommation d'alcool peut avoir une incidence sur le caractère opérationnel du personnel, et ainsi un mésusage de l'alcool peut remettre en cause les aptitudes des patients. Parmi les patients de l'étude ayant un mésusage de l'alcool, 46% sont aptes sans restriction, 23% sont aptes avec restriction, et 31% sont inaptes temporaires. **L'aptitude corrélée à l'alcool est significative avec p<0 ,05.**

Dans 10% des cas, des troubles de l'adaptation étaient décrits dans la consultation AXONE ou le courrier du médecin d'unité, et dans 6,9% il existait un trouble de la personnalité.

Néanmoins, ces diagnostics doivent être pris avec prudence, voire critique. En effet, le diagnostic de trouble de l'adaptation dans le DSMV n'est valable que si la perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental, ce qui est très discutable en cas de comorbidité avec un ESPT. De même, les modifications caractérielles très fréquentes en cas de stress post-traumatique peuvent être difficiles à discerner d'un trouble de la personnalité, et encore plus de la simple exacerbation de traits de personnalité non pathologiques préexistants.

Dans 3,4%, soit une personne sur 29, les patients ont fait une tentative de suicide, le même effectif avait consommé du cannabis. 3,4% alléguait des conduites à risque.

Il n'a pas été reporté d'addiction ou consommation de toxique autre que l'alcool et le cannabis.

Donc ces éléments indiquent que tout trouble psychique, plus particulièrement les symptomatologies dépressives et anxieuses et les mésusages d'alcool, doivent faire rechercher par le médecin d'unité des éléments en faveur d'un ESPT.

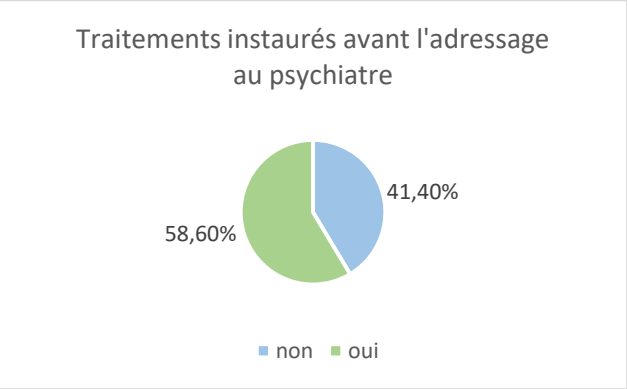
3.8. Circonstances du traumatisme en lien avec le service inclus dans l'étude

Sur les 29 cas étudiés, 28 patients ont eu des traumatismes en lien avec une OPEX, et un personnel a été traumatisé lors d'une OPINT dans le cadre de l'opération Sentinelle.

Les opérations extérieures, sur des théâtres en milieu hostile sont donc tout particulièrement génératrices de traumatismes psychiques dans le milieu des armées, mais les missions sur le territoire national peuvent également être à l'origine de blessure psychique. Dans le cas de notre étude, un sentiment d'insécurité du fait de nombreux évènements extraordinaires survenus a causé le traumatisme en opération Sentinelle.

On peut ainsi considérer que le principal facteur de risque de l'ESPT chez le militaire est le déploiement en opération extérieure. Cela peut paraitre une évidence, mais cela permet également de cibler une surveillance accrue du stress post-traumatique des personnels les plus disponibles et les plus exposés au niveau opérationnel.

3.9. Traitements en cours avant la consultation par le psychiatre militaire



Plus de la moitié des patients de l'étude ont donc bénéficié d'un traitement médicamenteux avant adressage au psychiatre.

Parmi les patients inclus dans l'étude, 27,6% étaient sous antidépresseurs. Cette classe médicamenteuse appartient aux médicaments utilisés en première intention dans le TSPT, même sans présence de comorbidité dépressive. Cependant, selon une revue de littérature, il ressort que la plupart des antidépresseurs ont une action positive sur certains symptômes de l'ESPT, mais que leur efficacité à court terme n'est que partielle et qu'il persiste des inconnues sur leur efficacité à long terme. Ce traitement doit être poursuivi plusieurs mois (au moins 12 mois d'après cette étude). (49)

27,6% des patients étaient sous benzodiazépine, donc un peu plus d'un quart des patients ont bénéficié d'un traitement inadéquat de l'ESPT. En effet, comme décrit dans les généralités, les benzodiazépines sont déconseillées après un traumatisme psychique pour ne pas remettre en cause l'encodage de l'évènement traumatique et fixer le traumatisme. Selon l'OMS(29), l'utilisation de ce traitement pourrait « allonger le temps nécessaire pour se remettre d'événements potentiellement traumatisants ». De plus, ce traitement peut être à l'origine d'une tolérance, créer rapidement une dépendance et ajouter un syndrome de sevrage à l'interruption du traitement.

13,8% des patients étaient sous neuroleptiques. Les neuroleptiques peuvent être indiqués(58), mais pas en première intention, notamment pour les patients possédant de nombreux flashbacks, cauchemars ou comportements agressifs. Il est donc compréhensible que ce traitement soit peu prescrit dans notre petite cohorte.

31% étaient sous antihistaminiques sédatifs. Ils sont indiqués dans le traitement des ESPT, notamment dans le cadre de rêves intrusifs récurrents. Aucun n'était sous hypnotique.

Ces pourcentages peuvent s'expliquer par une forme de la maladie qui n'a pas conduit les médecins des forces à la prescription d'un traitement médicamenteux, à juste titre. Parmi les patients, pour rappel, presque les 3/4 avait une psychothérapie. Le traitement médicamenteux décrit s'est surajouté à cette thérapie ou a été le seul prescrit (sans psychothérapie associée) selon les cas. Les patients étaient aussi parfois décrits dans les courriers comme réticents à l'introduction d'un traitement pouvant remettre en cause leur aptitude ou leur « intégrité psychique ».

Parmi les patients ayant bénéficié d'un traitement médicamenteux en antenne, 75% ont aussi bénéficié d'une psychothérapie au sein de l'antenne. Alors que seuls 25% des patients n'ayant pas bénéficié d'un traitement médicamenteux en antenne ont bénéficié d'une psychothérapie au sein de l'antenne. Donc, ces données nous font supposer que le suivi conjoint en psychothérapie et par le médecin d'unité sur le lieu unique de l'antenne médicale peut être un facteur de parcours de soins plus cohérent et efficace.

Les traitements médicamenteux ne sont pas sans conséquence en termes d'aptitude, ils peuvent compromettre l'aptitude à conduire, le port d'arme, l'aptitude à être opérationnel du fait de la somnolence et de la modification de la vigilance engendrée par le traitement. Dans l'étude, parmi les patients ayant un traitement, 23% sont laissés aptes à servir sans restriction et 23% sont mis aptes avec restriction. 50% d'entre eux sont inaptes temporaires (en congé maladie). Parmi les personnels n'ayant pas de traitement, 33,5% sont aptes à servir sans restriction, 50% sont aptes avec restriction, 8% sont inaptes temporaires. La corrélation retrouve p=0,06.

Comparativement, dans la thèse du Dr Ambrosino (43), 47,7% des patients ont reçu un traitement hypnotique dans leur parcours de soins, 60% par benzodiazépines, 43% par antihistaminiques sédatifs, 84,6% par antidépresseurs, 32,3% par antipsychotiques sédatifs (loxapine ou cyamémazine), 18,5% par antipsychotiques anti-productifs (rispéridone, olanzapine ou aripiprazole), 7,7% par thymorégulateurs (divalproate ou valpromide). Ces chiffres montrent une diversité de traitement majorée comparée à notre étude. Globalement, les patients sont plus traités avec des médicaments que dans notre cohorte, notamment par des traitements psychotropes. Pour rappel, sa thèse date de 2013, les recommandations de traitement ont pu évoluer depuis. Néanmoins l'étude du Dr Ambrosino porte sur les traitements de patients suivis en service de psychiatrie alors que notre étude porte sur le parcours préhospitalier.

Globalement, les prescriptions médicamenteuses semblent être gérées de façon cohérente par les médecins d'unité et nous ne pensons pas qu'une augmentation de prescription de traitements psychotropes en préhospitalier serait corrélée à une amélioration des symptômes. Il nous parait néanmoins nécessaire d'insister sur la prudence de prescrire des benzodiazépines dans l'ESPT, ce qui ne correspond pas aux recommandations internationales actuelles, mais ce qui est peut-être le reflet, en milieu militaire, de la sur-prescription d'anxiolytiques en France.

3.10. Motif d'adressage et existence d'un courrier médical du médecin d'unité pour le psychiatre

Près de 80% des personnels avaient un courrier d'adressage dans le dossier AXONE pour la consultation au psychiatre hospitalier. On peut espérer que les 20% restant soient une mauvaise inclusion dans AXONE de courriers manuscrits. Ces situations peuvent survenir préférentiellement lors de la présence de personnels non formés pour le logiciel, ou lors de pannes réseaux.

L'expertise médico-psychologique est complexe et très spécialisée, parfois associée à un sentiment d'inconfort quand il s'agit d'y être confronté, avec un sentiment de lacune de formation, si bien que, en 2019, un mémento a été réalisé par les Dr Auxemery, Daudin et Colas afin d'aider à agir dans ce champ d'expertise sur de multiples sujets.(49).Ce mémento est disponible sur la plateforme GEDISSA mais son existence semble assez peu connue des médecins des forces.

Les courriers d'adressage avaient à 65,5% un motif de décision médico-militaire (DMM), à 69% un motif de soins, et pour 51,7% des patients, le motif d'adressage était un motif mixte, de DMM et soins. Les patients adressés pour DMM seule étaient tous déjà dans un parcours de soins avec un traitement médicamenteux et un suivi psychologique en antenne ou dans le civil en place. Dans le cas d'une demande de soins seule, les profils étaient plus hétérogènes. En effet, certains patients avaient une psychothérapie et un traitement médicamenteux, d'autres uniquement l'un ou l'autre, et d'autres n'avaient aucun traitement, ni psychothérapeutique ni médicamenteux. Ceci peut refléter une difficulté de diagnostic ou un tableau compliqué malgré un traitement déjà mis en place. Pour les demandes mixtes, les profils sont également très hétérogènes, avec, dans certains cas soit une psychothérapie, soit un traitement médicamenteux, ou les deux, ou rien, en proportion assez similaires. Les motifs mixtes semblent être le reflet de situations cliniques peut-être complexes, justifiant l'adressage à l'HIA de rattachement, considéré comme centre expert dans le domaine des blessés psychiques, afin de donner un avis global sur le parcours de soin du blessé (diagnostic, thérapeutique, médico-militaire, mais également reconnaissance, réhabilitation et réparation).

Au final, aussi bien au niveau qualitatif que quantitatif, les courriers d'adressage aux spécialistes nous semblent globalement satisfaisants dans notre étude.

3.11. Diagnostic posé par le médecin d'unité en antenne avant consultation spécialisée

Le diagnostic d'ESPT a été posé et noté dans le courrier ou dans le dossier du patient dans 62,1% des cas avant la consultation spécialisée. Cela signifie que dans un tiers des cas, le patient envoyé en HIA n'avait pas de diagnostic établi. L'oubli de la mention du diagnostic d'ESPT nous semble peu probable. Il parait plus cohérent de considérer que dans certaines situations, les médecins d'unité ont besoin de s'appuyer sur un avis sapiteur hospitalier avant de poser un diagnostic assez lourd de conséquences en termes d'investissement, de responsabilité et de pronostic. Il parait extrêmement complexe de juger si cette prudence est justifiée ou non. Et ce pourcentage, au final assez faible, ne nous semble pas justifier des mesures d'incitation ou d'amélioration du diagnostic.

Dans l'étude du Dr Bourhis en 2011, il était décrit que parmi les 165 médecins ayant répondu à cette étude, 54 (32,7%) déclaraient rencontrer des difficultés pour poser le diagnostic d'un ESPT. Les médecins rencontrant des difficultés pour poser le diagnostic d'ESPT étaient plus fréquemment demandeurs de complément d'information (61,1%) que ceux n'ayant pas de difficulté (44,4%) (p=0,04).(48)

L'échelle PCLS a été employée et notée dans 27,6% des cas, soit moins d'un tiers des cas. L'échelle PCLS est largement sous employée ou du moins pas suffisamment tracée dans les dossiers des patients. Il s'agit pourtant d'une échelle connue et reconnue dans le milieu militaire pour le dépistage de l'ESPT et elle est recommandée dans la visite de retour OPEX dans les 3 mois suivant le retour en France.

Il est décrit dans cette étude que **94% des patients ayant eu une DAPIAS par le médecin d'unité avant consultation avec le spécialiste, avaient dans leur dossier/courrier le diagnostic d'ESPT** par le médecin des forces. Ceci laisse à penser que la DAPIAS est réalisée uniquement quand il y a une certitude diagnostique. La question est : « quand peut-on faire la DAPIAS ? » sachant qu'elle est par définition présumée imputable au service. Si des éléments recueillis (en lien avec le commandement)

peuvent prouver que l'événement a eu lieu et que des symptômes psychologiques présents permettent d'étayer le diagnostic d'ESPT, la DAPIAS semble indispensable. La reconnaissance d'une DAPIAS est de la responsabilité du SSA, qui réalise les investigations qu'il juge nécessaires en relation avec le commandement. Elle est également étudiée par le médecin conseil de la CNMSS.(59)

En somme, le diagnostic d'ESPT a été porté à l'avance dans plus de la moitié des cas par le médecin d'unité, ce qui semble satisfaisant pour des patients ayant par définition nécessité l'avis d'un psychiatre hospitalier (si tous les ESPT étaient diagnostiqués par le médecin d'unité, ils n'auraient peut-être pas été envoyés à l'hôpital). Quand le médecin d'unité a, de lui-même, porté le diagnostic, la DAPIAS est quasi-systématiquement faite. La PCLS est cependant insuffisamment exploitée ou tracée dans les dossiers. Néanmoins, il s'agit d'un outil diagnostique décrit comme sensible et spécifique lors de sa validation par le SSA. Il ne remplace pas l'entretien clinique, mais l'amélioration de la fréquence de sa réalisation et/ ou de sa traçabilité sur Axone pourrait contribuer à l'optimisation du diagnostic, en particulier lorsque la clinique apparait complexe au médecin d'unité

3.12. Etude de l'aptitude statuée par les médecins d'unité à la consultation avec le psychiatre

Dans 37,9% des cas, le patient a été mis inapte temporaire (congé maladie) avant consultation avec le psychiatre. Dans 27,6%, il a été laissé apte sans restriction. Dans 34,5% des cas, des restrictions ont été adjointes à son aptitude. Ces décisions d'aptitude ont été assujetties à la symptomatologie du patient, du diagnostic posé ou non, du traitement mis en place, de l'adhésion gardée ou non par le patient à l'Institution. Les aptitudes dépendent également de l'emploi occupé par les militaires concernés, et du désir et de la capacité du patient de rester actif, ou non dans le milieu militaire. Le fait qu'un diagnostic n'ait pas été posé par le médecin des forces oriente plus dans l'étude les aptitudes vers l'absence de restriction, ce qui est logique. Quelques-uns sont pourtant mis aptes avec restrictions et rares sont ceux qui ont été mis en arrêt maladie. Parmi les patients traités de façon médicamenteuse, un quart ont gardé une aptitude sans restriction.

Ces chiffres nous paraissent cohérents quant à la grande hétérogénéité clinique de l'ESPT, avec des formes diverses, aux conséquences variées. Il est probable que si nous nous étions intéressés aux pathologies cliniques plus classiques en psychiatrie civil, les inaptitudes auraient été plus normées.

Il est impossible d'établir de règles absolues, les décisions se font au cas par cas. Le consensus n'existe pas pour les questions d'aptitude dans l'ESPT.

3.13. Etude des éléments médico-administratifs réalisé en antenne médicale

Les DAPIAS considérées ici sont les DAPIAS réalisées avant consultation avec le psychiatre. Elles s'élèvent à 58,6% avant la consultation en HIA. Globalement, au moment du recueil, tous les dossiers avaient une DAPIAS effectuée (sauf une, parmi les dernières incluses). Mais celles-ci dataient d'une date ultérieure à la consultation avec le spécialiste. Ceci appuie le fait qu'actuellement il est, dans 2 cas sur 5, attendu d'avoir la confirmation diagnostique du psychiatre militaire pour que les démarches de reconnaissance soient entamées. Une confirmation par le psychiatre conforte donc ceux-ci et leur permet de réaliser la DAPIAS une fois sûrs de l'exactitude de son contenu. Comme dit précédemment, il y a une corrélation statistiquement significative entre DAPIAS et diagnostic. La DAPIAS n'est pas réalisée quand il y a une incertitude sur le diagnostic. Le médecin d'unité attend

donc sans doute l'avis sapiteur d'un psychiatre d'HIA avant de lancer la DAPIAS. On peut se poser la question de la pertinence de cette pratique qui va au final privilégier la spécificité de l'initiation de la DAPIAS à sa sensibilité (quand une DAPIAS est lancée le diagnostic d'ESPT est généralement établi mais le risque associé est que certains patients ESPT ne bénéficient pas de DAPIAS initiale avec le risque que cela soit complexe à réaliser).

Les RC, IRC et fiches de suivi post-opérationnel comptabilisés ici sont les éléments inclus dans le dossier AXONE au moment du recueil de données, sans notion de date de recueil de celui-ci. Le taux de RC dans le dossier est de 34,5%, le taux d'IRC est de 31%. Dans les personnels ayant bénéficié d'un courrier médical d'adressage, plus de 60% d'entre eux n'avaient pas d'inscription au registre des constatations dans leur dossier médical d'AXONE. Or l'IRC est, rappelons-le, une pièce administrative importante car permettant à elle seule d'ouvrir une PMI, essentielle dans la reconnaissance de la blessure psychique. La réalisation du RC et de l'IRC n'est pas du ressort du médecin des forces à proprement parler, mais sous la responsabilité du commandement. Néanmoins le médecin d'unité contresigne ces pièces et surtout peut avoir un rôle déterminant en terme de conseil au commandement pour initier ces démarches.

Une fiche de suivi post-opérationnel a été fournie dans seulement 37,9% des dossiers. Ce chiffre nous semble quelque part plus inquiétant que celui des RC, IRC. En effet, en l'absence de symptomatologie initiale remarquée, il n'est pas surprenant qu'un RC ne soit pas réalisé pour toute exposition d'un évènement traumatique. A contrario, tout militaire de l'armée de terre doit bénéficier depuis 2008 d'une fiche de suivi post-opérationnel pour toute OPEX. En l'absence de RC/ IRC, cette fiche de suivi, si elle est bien remplie par le commandement, peut parfaitement faire office d'élément de preuves et de réalité du traumatisme. Une amélioration de la communication entre commandement et antenne médicale, et une meilleure information ou formation des médecins des forces quant à la valeur de cette pièce, pourrait permettre d'améliorer le résultat.

Le faible effectif de pièces retrouvées dans le dossier AXONE peut être expliqué par le fait que ces pièces justificatives peuvent transiter par les secrétaires administratives des antennes médicales, qui l'envoient à qui de droit, sans pour autant être réceptionné par le médecin des forces. C'est, dans ces cas, plutôt une question de fonctionnement d'antenne plus que d'éléments non récupérés.

Une trace de fiche F5 (pour le recueil épidémiologique) n'a été retrouvée que dans 6,9% des dossiers. Cependant, on peut se demander si elle est notée de façon régulière par le médecin dans le dossier. De plus, on peut se questionner sur la nécessité d'en garder une trace dans le dossier AXONE. En effet, en elle-même, cette fiche sert simplement à rendre compte pour faire des statistiques. En ce sens, la remplir sans laisser de traces peut sembler suffisant.

Dans l'ensemble, les documents administratifs de reconnaissance sont très peu insérés dans le dossier AXONE, ce qui peut engendrer un retard dans les démarches de reconnaissance et d'indemnisation des patients. La systématisation de l'incorporation de ces éléments dans le dossier est un axe d'amélioration afin de faciliter les démarches liées.

Les chiffres de présence de RC, IRC et DAPIAS sont certes en deçà de ce qu'on pourrait attendre mais il y a des facteurs d'explication (doute sur le diagnostic, difficulté de réaliser a posteriori un RC/IRC, peu ou pas de symptômes en phase aigüe…). En revanche, il n'y a aucune raison finalement pour que

la fiche de suivi post-opérationnel, en théorie systématiquement remplie, ne soit pas fournie lors de chacune des consultations avec le psychiatre. L'amélioration de l'utilisation de cette fiche de suivi post-opérationnel comme élément de preuve, nous apparaît comme un élément d'amélioration dans notre étude. En effet, la présence d'une fiche de suivi post-opérationnel correctement remplie, dans un contexte de symptomatologie psycho-traumatique spécifique permettra de déterminer avec facilité le lien au service et l'imputabilité, ce qui aura un impact déterminant dans le parcours de soin du blessé.

3.14. Etude des démarches de reconnaissance entamées et incluses dans le dossier médical Axone

Les démarches de réparation apparaissaient dans le dossier pour quelques patients. L'homologation de « blessé de guerre » apparaît dans 3,4%. La PMI apparait dans 10,3% des dossiers. La jurisprudence Brugnot concerne 3,4% des dossiers. La question de la temporalité explique ce pourcentage. En effet, pour la jurisprudence Brugnot, l'état du patient doit être consolidé, en considérant un adressage précoce aux psychiatres, l'état de ceux-ci n'est donc majoritairement pas consolidé et la jurisprudence Brugnot ne peut donc pas être demandée. Pour la PMI et l'homologation « blessé de guerre », la démarche de demande peut être rapide, mais demande l'IRC, le RC ou la fiche de suivi post-opérationnel, qui était souvent absente. La réponse pour l'obtention de celle-ci peut quant à elle être longue. Il paraît ainsi logique que peu d'éléments de demande de réparation apparaissent dans les dossiers.

On peut supposer également une sous-déclaration probable, de longues procédures : celles-ci n'ont pas abouti pour la majorité des patients de l'étude (délai minimum d'obtention souvent largement supérieur à un an). Concernant le Brugnot initié après la PMI, une perte de vue par l'antenne médicale est souvent la réalité. Les démarches apparaissent cependant lors du suivi en HIA.

En somme, les démarches de reconnaissance sont très peu réalisées, ou en tout cas très peu tracées. La sous-déclaration est préjudiciable, mais potentiellement le reflet d'une maîtrise et d'une implication perfectible de la médecine d'unité dans les procédures d'indemnisation réparation.

PARTIE 6 : TO DO LIST ESPT

- A chaque retour d'OPEX : réalisation PCLS, récupération fiche de suivi post-opérationnel, étude du LMR à la recherche de consultation médico-psychologique pendant la mission.
- Entre les 3^{e} et 6^{e} mois suivant l'OPEX, réalisation d'une nouvelle PCLS.
- Recherche à l'entretien des éléments :
  - Symptômes d'intrusion : Reviviscences involontaires et envahissantes, flashbacks, rêves récurrents en lien avec le traumatisme, sentiment de détresse psychique lors de l'exposition à des éléments en lien avec le traumatisme, hyper-réaction lors d'expositions à un stimuli semblable au choc initial.
  - Évitement des souvenirs, pensées ou sentiments douloureux en lien avec le traumatisme, évitement du silence, agoraphobie.
  - Altérations des cognitions et de l'humeur : ressentis négatifs, persistants et exagérés, des a priori déformés sur la cause ou les conséquences de l'événement souvent source de sentiments négatifs ; une aboulie, anhédonie, apathie associée.
  - Activation neurovégétative : altération du sommeil, hypervigilance, irritabilité, accès de colère +/- agressions verbales ou physiques, comportement irréfléchi ou autodestructeur, des problèmes de concentration.

→ Clinique évocatrice+ PCLS ≥44 : ESPT très probable.

→ Réalisation d'une DAPIAS.

→ Recherche de pièces justificatives permettant la reconnaissance du traumatisme : fiche de suivi post-opérationnel, RC, IRC.

→ Organisation des soins :

- Psychothérapie (médecin des forces, psychologue militaire, soins dans le civil)
- Mise en place d'un traitement si nécessaire : antihistaminique type hydroxyzine (si troubles du sommeil ou anxiété diurne), éventuellement ISRS en fonction de la clinique (intensité des symptômes, troubles associés)

EVITER LES BENZODIAZPINES EN CAS D'ESPT.

→ Évaluation et contrôle des aptitudes.

→ Réévaluation du traitement à 1 mois.

→ Conseil au commandement tout en respectant le secret professionnel : appui pour récupérer les éléments de preuve, adaptation de postes, accompagnement de la famille, aide sociale.

→ Quand les pièces administratives sont récupérées, initier une demande de PMI.

→ Évaluer globalement l'évolution et apprécier l'intérêt d'une consultation à l'HIA qui s'apparenterait à un avis d'expert pour optimiser le parcours de soin (éclairage thérapeutique, diagnostic médico-militaire), pour organiser un relais de soins sur l'HIA, ou pour programmer une hospitalisation.

→ En cas d'arrêt prolongé, convocation à J90 et J120.

CONCLUSION

Les patients de notre étude sont majoritairement des hommes issus de régiments opérationnels de l'Armée de Terre. Ils ont en moyenne une trentaine d'années, plutôt militaires du rang, avec une dizaine d'années d'ancienneté. Ils vivent en couple avec un enfant, n'ont pas d'antécédent psychiatrique et environ 3 OPEX à leur actif. Cette description est relativement semblable à celle dépeinte par le CESPA en 2010.(24)

On constate que l'accès aux psychothérapies est bien employé. La prescription semble être gérée de façon cohérente hormis les benzodiazépines encore sans doute sur-prescrites, et déconseillées, rappelons-le, dans le cadre du syndrome de stress post-traumatique. Une poursuite de la communication (interne au SSA ?) sur l'usage prudent des benzodiazépines est une piste de réflexion (sur le mode du slogan : « les antibiotiques, ce n'est pas automatique »).

Les consultations répétées pour motif somatique fonctionnel chez le militaire doivent alerter le praticien sur un potentiel ESPT. Les patients semblent majoritairement consulter d'eux-mêmes, même si la vigilance doit rester de mise, notamment pour les motifs de consultation de mésusage éthylique particulièrement dans le cadre de problèmes disciplinaires ou même lors de visites d'aptitude, notamment dans les deux ans après le retour d'une OPEX en milieu hostile. La symptomatologie de troubles anxieux, dépressifs et le mésusage d'alcool doivent faire rechercher un ESPT sous-jacent chez les militaires. L'alcool nous semble être un signal d'alerte important et transversal, aussi bien en terme disciplinaire, que de répercussions familiales et sociales.

Les courriers d'adressage sont présents dans 80% des cas, avec un diagnostic d'ESPT dans 62% des cas. Ces résultats illustrent le niveau de formation et de sensibilisation important des médecins d'unité aux psycho-traumatismes. Toutefois, l'échelle PCLS pourrait être mieux utilisée et tracée dans les dossiers des patients.

En revanche, les éléments médico-administratifs manquent dans beaucoup de dossiers. Les démarches de reconnaissance et de réparation en sont souvent retardées. Il semble qu'un axe d'amélioration important peut être dégagé ici. On peut trouver plusieurs explications, sinon justifications, à la faible présence des RC, IRC dans les dossiers dans notre étude (non réalisés, non récupérés, pas de symptomatologie en aigu…). Néanmoins, la faible traçabilité de la fiche de suivi post-opérationnel est difficilement justifiable sachant qu'elle doit être systématiquement effectuée par le commandement après chaque mission. Nous proposons une action d'amélioration visant à faciliter l'accès du médecin d'unité à la FSPO et donc à sa présence lors de l'adressage aux psychiatres. Une telle mesure faciliterait et améliorerait considérablement l'étude du lien au service et de l'imputabilité à ses patients.

Ainsi donc, le parcours de soin des ESPT militaires est un domaine bien maîtrisé par les médecins des forces sur la partie soins. Une optimisation peut être proposée au niveau de la partie reconnaissance et réhabilitation, qui semble être plus partielle au niveau des dossiers étudiés.

La communication entre les hospitaliers et les médecins des forces peut être encore optimisée dans un but de formation médicale continue et d'échange de pratique dans l'intérêt du patient.

A l'issue de ce travail, nous avons donc constaté quelques axes d'amélioration dans les soins primaires préhospitaliers des patients militaires souffrants d'un ESPT. Il est certain que la qualité du lien thérapeutique que le médecin des forces, qui est le médecin de premier recours en santé mentale, va réussir à nouer avec le blessé sera déterminante dans la suite du parcours de soins. Au-delà de l'exhaustivité de son courrier, de sa détermination à accompagner le patient dans des démarches médico-administratives complexes et de son implication dans les soins, son positionnement vis-à-vis du blessé a aussi une importance cruciale. En effet, dans une perspective de réhabilitation, son rôle est de participer à un ajustement permanent entre, d'une part, un accompagnement adapté et juste, et d'autre part, un respect de l'autonomie du patient.

Ainsi, l'usage de la « to do List » présentée à la fin de ce travail nous paraît pertinent mais ne doit pas conduire à une « standardisation » par excès, et ne doit pas se substituer à un parcours de soins individualisé à chaque blessé.

RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

1. Santé mentale et COVID-19 [Internet]. [cité 24 janv 2022]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/sante-mentale-et-covid-19

2. SSA 2020 version courte [Internet]. Disponible sur : file:///C:/Users/fxdel/Downloads/1.%20Projet%20de%20service%20SSA%202020%20-%20version%20courte.pdf

3. Projet du service de santé des armées « SSA 2020 » [Internet]. [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: https://www.defense.gouv.fr/sante/dossiers/projet-du-service-de-sante-des-armees-ssa-2020

4. Bühlmann C. Le concept d'asymétrie : une plus-value pour comprendre les conflits modernes ? Stratégique. 2012;N° 100-101(2):229-68.

5. Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de Terre (CISPAT) [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.defense.gouv.fr/terre/actu-terre/archives/cellule-d-intervention-et-de-soutien-psychologique-de-l-armee-de-terre-cispat

6. Le dispositif de soutien psychologique dans l'armée de Terre [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.defense.gouv.fr/terre/actu-terre/archives/le-dispositif-de-soutien-psychologique-dans-l-armee-de-terre

7. Roullière-Le Lidec C, Rouhard É, Crocq L. La continuité des soins pour les militaires atteints de syndrome de stress post-traumatique : projet d'un centre de référence interministériel. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 sept 2016;174(7):530-8.

8. Direction centrale du SSA. PLAN D'ACTION « Troubles psychiques post Traumatiques dans les forces armées» 2013-2015 « Lutte contre le stress opérationnel et le stress post traumatique ».

9. Missions [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur : https://www.defense.gouv.fr/sante/le-ssa/missions/missions

10. Lamblin A, Duperret S, Wey P-F, Einaudi M-A. Médecins militaires français en opérations extérieures : enjeux éthiques et perspectives. Droit Sante Soc. 2019;N° 4(4):25-35.

11. F. LEBIGOT. Le traumatisme psychique. Stress et trauma. 2009;201-4.

12. SOPHIE LAURE MARTIGNIER, Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers, CEDRIC GENOUD, Étudiant Bachelor – Filière Soins infirmiers. PRISE EN CHARGE D'UN ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE APRES UNE CATASTROPHE NATURELLE.

13. Quelles sont les conséquences psychologiques d'une exposition à un événement traumatisant comme les attentats ? [Internet]. [cité 24 mai 2020]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/quelles-sont-les-consequences-psychologiques-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats

14. Thurin DJ-M. Etat de stress post-traumatique. :19.

15. Crocq, L L. Pourquoi l'appellation « syndrome psychotraumatique? » Neuropsy News, édition spéciale « les syndromes psychotraumatiques ». mars 2003;

16. Ceruti G. Intérêt d'une prise en charge psychologique et/ou pharmacologique précoce en prévention secondaire de l'état de stress post-traumatique. :78.

17. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. (L'officiel ECN).

18. American Psychiatric Association. Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson.

19. Dr LE PAPE. Memoire ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE EN MILIEU MILITAIRE ET IMPUTABILITÉ. 2021.

20. Nohales L, Prieto N. Qu'est-ce que le trouble de stress post-traumatique ? Rev Prat. 1 janv 2018;68(1):92-6.

21. Cottraux J. Stress post-traumatique. In: Les psychothérapies comportementales et cognitives [Internet]. Elsevier; 2011 [cité 13 févr 2020]. p. 189-204. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294708145000129

22. Direction Centrale. Plan d'action "troubles psychiques post traumatiques dans les forces armées. 2015 2013; Disponible sur: file:///C:/Users/fxdel/Downloads/PLAN-Action-ESPT-Web.pdf

23. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, et al. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. Encéphale 2008;34:577—83. 2008;

24. 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. Rapport du service de santé des armées; 2013;(No 129/CESPA/USEE.).

25. Sociale G du déploiement-CNM de S. Le bureau environnement humain des formations de l'armée de Terre (BEH) [Internet]. Site Internet du Guide du déploiement - Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: https://deploiement.cnmss.fr/bureaux-et-cellules-charges-des-familles/le-bureau-environnement-humain-des-formations-de-l-armee-de-terre-beh-140.html

26. S. Elias*, P. Louville**, C. Navarre***. Traitements médicamenteux de l'état de stress post-traumatique : revue de littérature. 2001;

27. Quels sont les moyens de soutien médico-psychologique après un attentat ? [Internet]. [cité 24 mai 2020]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/quels-sont-les-moyens-de-soutien-medico-psychologique-apres-un-attentat

28. Quels sont les traitements médicamenteux de l'état de stress post-traumatique ? [Internet]. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/quels-sont-les-traitements-medicamenteux-de-l-etat-de-stress-post-traumatique

29. OMS | L'OMS publie des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/fr/index.html

30. Section 1 : Activité (Articles L4138-2 à L4138-7) - Légifrance [Internet]. [cité 5 déc 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000042567485/2020-11-27/

31. Décret n° 2017-130 du 3 février 2017 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033982120/#:~:text=Copier%20le%20texte-,D%C3%A9cret%20n%C2%B0%202017%2D130%20du%203%20f%C3%A9vrier%202017%20relatif,le%20code%20de%20la%20d%C3%A9fense&text=Publics%20concern%C3%A9s%20%3A%20militaires%20de%20carri%C3%A8re%2C%20militaires%20sous%20contrat%20et%20r%C3%A9servistes.&text=Notice%20%3A%20le%20d%C3%A9cret%20pr%C3%A9cise%20les,du%20code%20de%20la%20d%C3%A9fense.

32. 07 Thomas G. Reconnaissance, Réparation et Réhabilitation des blessés psychiques en service. Médecine et Armées 2019-1-49-54.pdf -.

33. Les aides aux pupilles de la Nation [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: https://www.onac-vg.fr/les-aides-aux-pupilles-de-la-nation

34. Nos actions | Terre Fraternité [Internet]. Terre Fraternité – Association sous statut loi 1901 créée en 2005, elle vient en soutien des militaires de l'armée de terre blessés en service, à leur familles et aux familles des soldats morts en service. 2021 [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: http://www.terre-fraternite.fr/nos-actions/

35. NAVARRE C. Du traumatisme collectif à la catastrophe individuelle - Psychologie et comportements en situation de crises majeures. 2017.

36. Édition Chronologique n° 32 du 30 avril 2021 TEXTE RÉGLEMENTAIRE PERMANENT bulletin officiel des armées relative à l'homologation des blessures de guerre dans les forces armées et formation rattachées. circulaire n°001-2021/ARM/SGA/DRHMD/FM-N°001-2021/ARM/EMA/ORH/CPF avr 1, 2021.

37. Ohlmann Q. Prise en charge post immédiate du psychotraumatisme. Aspects psychothérapeutiques et médicamenteux - Revue de la littérature. :126.

38. Chiffres clés de la Défense - 2018 [Internet]. [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: https://www.defense.gouv.fr/actualites/articles/chiffres-cles-de-la-defense-2018

39. Marchand A, IRSST (Québec). Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique , la suite d'un événement traumatique chez les policiers: volet prospectif [Internet]. Montréal, Qu??.: IRSST; 2012 [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: http://www.deslibris.ca/ID/230782

40. Encore trop peu de femmes dans l'armée française [Internet]. Emploipublic.fr. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://infos.emploipublic.fr/article/encore-trop-peu-de-femmes-dans-l-armee-francaise-eea-9402

41. BOURGUES Robin, Dr SIMSON. Intérêt du suivi psychométrique des états de stress post traumatique chez les vétérans d'afganhistan. 2014.

42. Carine LE PAGE, Chargée d'études sociologiques, Jérôme BENSOUSSAN, Chargé d'études statistiques. LES MILITAIRES ET LEUR FAMILLE. 2010.

43. Marc AMBROSINO. Thèse d'exercice : Alexithymie et comorbidités psychiatriques des États de Stress Post-Traumatiques en lien avec l'exercice des fonctions militaires. 2013.

44. Auge A. Rejoindre les rangs après la blessure. La réinsertion en milieu militaire du soldat blessé, une expérience sociale singulière. Socio-Logos Rev Assoc Fr Sociol [Internet]. 24 févr 2014 [cité 24 janv 2022];(9). Disponible sur: https://journals.openedition.org/socio-logos/2917

45. Delage M. Résilience; familiale en situation traumatique. Ther Fam. 2002;23(3):269-87.

46. Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre des Anciens Combattants,. Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et la famille Pour les parents ayant de jeunes enfants-La nouvelle charte des anciens combattants, à l'intention des anciens combattants et de leurs familles [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.veterans.gc.ca/public/pages/publications/system-pdfs/pstd_families_f.pdf

47. En France : la santé mentale en quelques chiffres (2018) – PTSM 29 [Internet]. [cité 9 janv 2021]. Disponible sur: http://ptsm29.com/en-france-la-sante-mentale-en-quelques-chiffres-2018/

48. Bourhis M-V. Le médecin militaire d'unité dans l'approche et la prise en compte des états de stress post-traumatique [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2011.

49. MC DAUDIN Marianne, MP AUXEMERY Yann, ccordonné par MC COLAS Marie-Dominique. MEMENTO de L'expertise médico-psychologique en milieu militaire. 2019.

50. Delerue M. Le médecin d'unité et la prise en charge des états de stress post-traumatique: étude à propos de douze militaires blessés au combat [Thèse d'exercice]. [UPEC, France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2008.

51. Lombalgie commune – Éviter le passage à la chronicité [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974152/fr/lombalgie-commune-eviter-le-passage-a-la-chronicite

52. Holterbach L, Baumann C, Andreani B, Desré D, Auxéméry Y. État de stress post-traumatique et consommation de soins sur l'année écoulée : étude menée auprès de 340 militaires français de cinq unités combattantes de l'armée de terre. L'Encéphale. 1 oct 2015;41(5):444-53.

53. Séminaire « Santé mentale en milieu militaire et conseil au commandement » : comment mieux prévenir les risques et préserver les forces armées ? [Internet]. [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: https://www.defense.gouv.fr/ema/transformons-nos-armees/actualites/seminaire-sante-mentale-en-milieu-militaire-et-conseil-au-commandement-comment-mieux-prevenir-les-risques-et-preserver-les-forces-armees

54. Claude Barrois. Les névroses traumatiques - 2ème édition. Dunod. 1998.

55. Thyma •. ENQUETE SUR L'ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES CONCERNANT LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE D'UN TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES ET LES URGENTISTES – Thyma [Internet]. [cité 30 mai 2020]. Disponible sur: https://www.thyma.fr/enquete-sur-letat-des-connaissances-actuelles-concernant-le-diagnostic-et-la-prise-en-charge-dun-trouble-de-stress-post-traumatique-chez-les-medecins-generalistes-et-les-urgentistes/

56. Smid GE, Mooren TTM, Van der Mast RC, Gersons BPR, Kleber RJ. Smid GE, Mooren TTM, Van der Mast RC, Gersons BPR, Kleber RJ. Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. J Clin Psychiatry. 2009 Nov;70(11):1572–82. nov 2009;

57. Lebigot F, Ducrocq F. 31. Dépression et traumatisme psychique [Internet]. Lavoisier; 2010 [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: https://www.cairn.info/les-etats-depressifs--9782257204073-page-276.htm

58. Efficacité de la quétiapine en mono-thérapie dans l'état de stress post-traumatique - Centre Psychiatrique Universitaire Ibn Alhassan [Internet]. [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: http://psychiatriefes.org/recherche/revue-de-presse/efficacite-de-la-quetiapine-en-monotherapie-a-l-etat-de-stress-post-traumatique

59. Direction centrale sous-direction plan capacités bureau médecin d'armée suivi par MC Blandine Carenzo Corberans. Note 507709/DEF/DCSSA/PC/MA du 9 mai 2017. 2017.

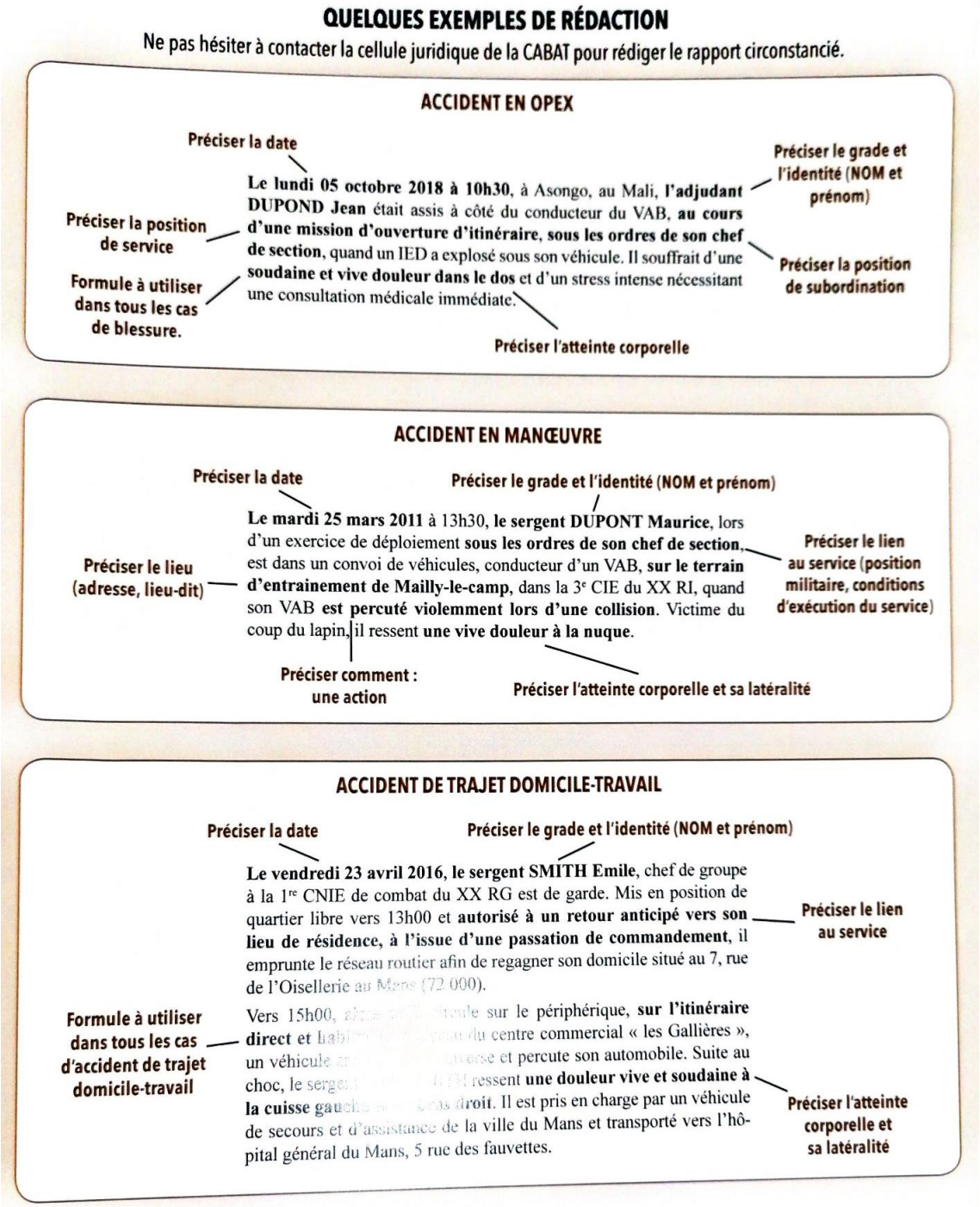
ANNEXES

Annexe 1 : Échelle de l'état de stress post-traumatique PCLS

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou 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 très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
6. Éviter 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. Éviter 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 être 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).					
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. Être 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 I__I__I__I

Annexe 2 : Eléments justificatifs du traumatisme, tiré du « Guide à l'usage des cadres de contact et des chefs BEH : Commander un combattant blessé dans les 180 premiers jours »



QUELQUES EXEMPLES DE RÉDACTION

Ne pas hésiter à contacter la cellule juridique de la CABAT pour rédiger le rapport circonstancié.

ACCIDENT EN OPEX

Préciser la date

Préciser le grade et l'identité (NOM et prénom)

Le lundi 05 octobre 2018 à 10h30, à Asongo, au Mali, **l'adjudant DUPOND Jean** était assis à côté du conducteur du VAB, **au cours d'une mission d'ouverture d'itinéraire, sous les ordres de son chef de section**, quand un IED a explosé sous son véhicule. Il souffrait d'une **soudaine et vive douleur dans le dos** et d'un stress intense nécessitant une consultation médicale immédiate.

Préciser la position de service

Formule à utiliser dans tous les cas de blessure.

Préciser la position de subordination

Préciser l'atteinte corporelle

ACCIDENT EN MANŒUVRE

Préciser la date

Préciser le grade et l'identité (NOM et prénom)

Le mardi 25 mars 2011 à 13h30, **le sergent DUPONT Maurice**, lors d'un exercice de déploiement **sous les ordres de son chef de section**, est dans un convoi de véhicules, conducteur d'un VAB, **sur le terrain d'entrainement de Mailly-le-camp**, dans la 3e CIE du XX RI, quand son VAB **est percuté violemment lors d'une collision**. Victime du coup du lapin, il ressent **une vive douleur à la nuque**.

Préciser le lieu (adresse, lieu-dit)

Préciser le lien au service (position militaire, conditions d'exécution du service)

Préciser comment : une action

Préciser l'atteinte corporelle et sa latéralité

ACCIDENT DE TRAJET DOMICILE-TRAVAIL

Préciser la date

Préciser le grade et l'identité (NOM et prénom)

Le vendredi 23 avril 2016, le sergent SMITH Emile, chef de groupe à la 1re CNIE de combat du XX RG est de garde. Mis en position de quartier libre vers 13h00 et **autorisé à un retour anticipé vers son lieu de résidence, à l'issue d'une passation de commandement**, il emprunte le réseau routier afin de regagner son domicile situé au 7, rue de l'Oisellerie au Mans (72 000).

Préciser le lien au service

Vers 15h00, alors qu'il circule sur le périphérique, **sur l'itinéraire direct et habituel**, au niveau du centre commercial « les Gallières », un véhicule [illegible] et percute son automobile. Suite au choc, le sergent [illegible] ressent **une douleur vive et soudaine à la cuisse gauche** [illegible] droit. Il est pris en charge par un véhicule de secours et d'assistance de la ville du Mans et transporté vers l'hôpital général du Mans, 5 rue des fauvettes.

Formule à utiliser dans tous les cas d'accident de trajet domicile-travail

Préciser l'atteinte corporelle et sa latéralité

ANNEXE 7
LA FICHE DE SUIVI POST-OPÉRATIONNEL (OPEX)

CONFIDENTIEL PERSONNEL

Fiche de suivi post-opérationnel (OPEX) - RECTO

DETAILS SUR LE PERSONNEL		
Nom :	Prénom :	Grade :
Date de naissance :	Identifiant défense *(10 chiffres)* : SAP Concerto *(8 chiffres)* :	

DETAILS DE L'OPERATION		
Pays :		Nom de l'opération :
Date d'arrivée sur le théâtre :		Date de départ du théâtre :
Unité pendant l'opération :	Unité d'origine :	Unité après l'opération :
Détails des événements graves : **A Inscrire au dos de la fiche** { Fonctions tenues Détails des événements vécus (type/date/lieu) Mesures d'accompagnement psychologique mises en œuvre sur le théâtre		
Sas de fin de mission oui - non	Lieu :	Date : du au
Signature du chef direct en OPEX :		Date :
Grade :	Nom :	Fonction :

PHASE DE RETOUR	
Date retour d'OPEX :	Unité :
Permissions au retour : Du ..... au.....	
Information sur les risques au retour : oui – non	
Signature de l'autorité :	Date :
Grade : Nom :	Fonction :

SUIVI APRES MISS	
Entretien de suivi post-OPEX à 3 mois	Date :
Signature de l'autorité :	
Grade : Nom :	Fonction :
Date de la consultation médicale à 3 mois :	
Signature de l'intéressé :	Date :
Date de clôture de la fiche :	

ANNEXE 7
LA FICHE DE SUIVI POST-OPÉRATIONNEL (OPEX)

CONFIDENTIEL PERSONNEL

Fiche de suivi post-opérationnel (OPEX) - VERSO

DETAILS SUR LE PERSONNEL		
Nom :	Prénom :	Grade :
Date de naissance :	Identifiant défense *(10 chiffres)* : SAP Concerto *(8 chiffres)* :	
DETAILS DE L'OPERATION		
Pays :	Nom de l'opération :	
Date d'arrivée sur le théâtre :	Date de départ du théâtre :	
DETAILS DES EVENEMENTS GRAVES		
Fonction tenue :	Détails des événements vécus (type/ date /lieu) :	Mesures collectives d'accompagnement psychologique :

ANNEXE 9
LE RAPPORT CIRCONSTANCIÉ (RC)

RAPPORT CIRCONSTANCIE

d'origine de blessure ☐ (1)
d'origine ou d'aggravation de maladie ou d'infirmités ☐ (1)
pour inscription au registre des constatations de la formation

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir m'adresser un rapport circonstancié sur : ☐ l'origine de la blessure ou (1) ☐ l'origine ou l'aggravation de maladie ou d'infirmité Concernant :	NOM : Prénom : Né(e) le : à Grade : N° matricule : Affectation : (2) Blessé(e) depuis le :
Le Médecin-chef :	
(3) (4) Le (5)	
Le militaire était-il en mission opérationnelle au moment des faits ? ☐ OUI ☐ NON Si vous avez répondu OUI, remplir obligatoirement le point 4 au verso	
Le commissaire (pour la marine 1 exemplaire est à adresser au service de la solde du port comptable.)	Le commandant de formation

(1) Cocher la case.
(2) Unité (corps, bâtiment, base, établissement, détachement, section).
(3) Description brève, précise et objective sur les circonstances permettant le rattachement ou non au service.
(4) En cas d'accident de trajet, remplir également le verso.
(5) Date réelle de rédaction.

ANNEXE 10
L'EXTRAIT DU REGISTRE DES CONSTATATIONS (ERC)

EXTRAIT DU REGISTRE
des constatations des blessures, infirmités et maladies survenues pendant le service.

Corps, bâtiment, base, service ou établissement :

Détachement :

Concernant : NOM : Prénom : Grade : Né le Affectation : à Blessé ou malade depuis le N° matricule : Date de la constatation :
Résumé succinct des circonstances, objet du rapport circonstancié établi le par (1)
Certificat médical de constatations (nature des blessures, maladies ou infirmités) Etabli le par (2)
Liste des documents établis par ailleurs et portant également constatation :
Nom, prénom, grade du commandant de formation : *Cachet et signature.*
Extrait du registre des constatations certifié conforme à l'original : Le (1) *Cachet et signature.*
(1) Commandant de formation. (2) Médecin ayant effectué la constatation.

Dernière page du registre des constatations.

Registre comprenant feuillets, numérotés au **clôturé le**

Le commandant de formation,

(1) Cocher la case.

(2) Domicile, lieu de permission, formation.

(3) Éventuellement référence au procès-verbal de gendarmerie. Préciser le chemin emprunté habituellement et, s'il y a lieu, les raisons qui auraient motivé un détour. Indiquer les mesures disciplinaires éventuelles prises à l'encontre de l'intéressé à la suite de l'accident.

(4) Article D.1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (décret n° 2007-319 du 8 mars 2007).

(5) À préciser conformément au tableau figurant en annexe 5.

Annexe 3 : Grille de recueil : Prise en charge déjà effectuée au premier RDV au service de psychiatrie à l'HIA LEGOUEST

Epidémiologie générale

Arme	Air, Terre, Marine, Service de Soutien Inter-arme
Sexe	Féminin, Masculin
Grade	MDR, Sous-officier, Officier
Ancienneté	*Valeur*
Statut marital	Marié, célibataire, veuf, pacsé, concubinage
Nombre d'enfants	*Valeur*
Nombre d'OPEX	*Valeur*
Spécialité	ALAT, Cavalerie, Forces spéciales, Génie, Infanterie, Train, Transmission, Autre
Syndrome de stress post-traumatique	non, oui
Entretien avec psychologue en Antenne	non, oui
Suivi spécialisé avant consultation pour ESPT	non, oui
Psychiatre / psychologue civil	non, oui
Psychiatre / psychologue HIA	non, oui
Psychiatre/ psychologue CMA	non, oui
Nombre de consultations avec médecin des forces avant avis spécialisé	*valeur*
Mode d'adressage au médecin des forces :	
Par lui-même	non, oui
Par le commandement	non, oui
Par l'entourage	non, oui
Dans le cadre d'une VMP	non, oui
Arrêt maladie prolongée	non, oui
Autre	
Notion de problème disciplinaire	non, oui
Nombre de jours d'arrêt maladie au jour de la consultation spé	*Valeur*
Délai entre évènement traumatique et consultation spécialisée	*Valeur (en mois)*
Antécédent psychiatrique préalable :	non, oui précisez :
Trouble anxieux	non, oui
Épisode dépressif caractérisé	non, oui
Conduites à risques (sexuelles, recherche de danger, conduites ordaliques, rixes, bagarres)	
non, oui	
Troubles de l'adaptation	non, oui
Troubles de la personnalité	non, oui
Mésusage alcool	non, oui
Usage stupéfiant :	non, oui
Cocaïne	non, oui
Opiacés	non, oui
Cannabis	non, oui
Autres	*Précisez*
Antécédents de conduite suicidaire	non, oui

Hospitalisation en psychiatrie		non, oui
Traitements instaurés en CMA:		non, oui
	Antidépresseur	non, oui
	Benzodiazépine	non, oui
	Neuroleptique	non, oui
	Anti histaminique	non, oui
	Hypnotique	non, oui
	Autres	*Précisez*
Courrier médical d'adressage du MT au spé		non, oui
Motif :	Soin	non, oui
	Aptitude	non, oui
	Les deux	non, oui
DAPIAS réalisée		non, oui
Rapport circonstancié		non, oui
Inscription sur le registre des Constatations		non, oui
Homologation « blessure de guerre »		non, oui
Fiche F5 dans dossier		non, oui
Fiche de suivi post opérationnel		non, oui
Diagnostic par le médecin des forces		non, oui
Précisez		ESPT, autre
Pension militaire d'invalidité		non, oui
Jurisprudence Brugnot		non, oui
Utilisation de l'échelle PCLS en antenne		non, oui
Nombre de consultations tous motifs confondus depuis traumatisme supposé		*Valeur*
Nombre de consultations motif psy depuis traumatisme supposé		*Valeur*
Évolution des aptitudes :	Apte	non, oui
	Non apte	non, oui
	Inapte temporaire	non, oui

Annexe 4 : Lettre d'information destinée au patient et consentement

LETTRE D'INFORMATION

DESTINEE AUX PATIENTS

POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE

Titre de la recherche :

La parcours de soins primaires du militaire présentant un syndrome de stress post-traumatique

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

BUT DE L'ÉTUDE

- Les objectifs : identifier les données cliniques et épidémiologiques de la prise en charge en amont du premier contact spécialisé concernant les patients militaires ayant un syndrome de stress post-traumatique
- Discuter l'optimisation de la prise en charge par le médecin des forces du parcours de soin des patients souffrant de syndrome de stress post-traumatique

BÉNÉFICES POTENTIELS

Optimiser la prise en charge précoce des militaires souffrant de syndrome de stress post-traumatique

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

- La méthodologie : étude rétrospective portant sur les dossiers Axone/LUMM de patients diagnostiqués avec un traumatisme psychique en HIA
- La durée de la recherche : sur 12 mois,
- Durée pour chaque participant : renseignement d'un questionnaire en début de prise en charge en HIA
- Les données médicales et personnelles seront anonymisées. Une fois recueillies, les données seront analysées et discutées

RISQUES POTENTIELS

En tant qu'étude non interventionnelle, aucune modification de la prise en charge pour vous. Si nombre de dossiers traités insuffisants, risque de ne pouvoir conclure sur les objectifs.

FRAIS MÉDICAUX
Votre collaboration n'entraînera pas de participation financière de votre part.

LÉGISLATION - CONFIDENTIALITÉ
Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera anonymisée et traitée de façon confidentielle.
Seuls les responsables de l'étude et éventuellement les Autorités de Santé pourront avoir accès à ces données. À l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Si traitement informatisé des données :
Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude et , en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire du Docteur LE PAPE conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Le logiciel LUMM a reçu un avis favorable de la CNIL en date du 5 janvier 2009

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relatif aux droits des malades les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, l'Interne des Hôpitaux des Armées KODAIS.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE

Titre de la recherche :

La prise en charge par le médecin des forces des blessés psychiques militaires

Je soussigné(e) ……*(nom et prénom, date de naissance, grade du sujet),*

accepte de participer à l'étude sur la prise en charge par le médecin des forces des blessés psychiques militaires

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par le Dr …… *(nom et prénom du médecin)*

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les documents de mon dossier médical qui se rapportent à l'étude puissent être accessibles aux responsables de l'étude et éventuellement aux autorités de santé. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès du Dr LE PAPE Erwan.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à ……,

le ……

Nom et signature de l'investigateur *Signature du sujet*

VU

NANCY, le **2 février 2022**

Le Président de Thèse

Professeur Raymund SCHWAN

NANCY, le **2 février 2022**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **12369C**

NANCY, le **7 février 2022**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

L'état de stress post traumatique (ESPT) est une pathologie d'intérêt spécifique au milieu militaire en raison de son lien au service et d'actualité compte tenu de l'engagement opérationnel des Armées françaises. Il est caractérisé par des réactions intenses, désagréables et dysfonctionnelles apparaissant après un événement traumatique. Les soins primaires sont essentiels afin que les militaires présentant un ESPT bénéficient d'un soutien médicopsychologique précoce, efficace et adapté. Le médecin d'unité a donc un rôle central. A travers une étude rétrospective, descriptive, non interventionnelle, de recrutement monocentrique, nous avons donc étudié le parcours de soins primaires de 29 militaires blessés psychiques de la région Nord-Est, comparée à des données récentes de l'Observatoire National de la Défense, et à d'autres travaux. Les patients étudiés sont majoritairement des hommes issus de régiments opérationnels de l'Armée de Terre d'une trentaine d'années, militaires du rang, avec une dizaine d'années d'ancienneté. L'analyse des pratiques de soins primaires a permis de proposer des axes d'intérêt voire d'optimisation dans les champs diagnostiques, thérapeutiques mais aussi de reconnaissance et de réparation.

TITRE EN ANGLAIS : Primary health care for military with a Post Traumatic Stress Disorder.

THÈSE : **Médecine générale**, Année 2022.

MOTS CLÉS : Soins primaires/ Syndrome de Stress Post Traumatique/ Armées/ Parcours de soins/ Opérations Extérieures/ Lien au service

MOTS MESH : Primary Health Care/ Post Traumatic Stress Disorder/ Army/ Care pathway/ Overseas Operations/ Service relation

INTITULÉS ET ADRESSE

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET MÉTIERS DE LA SANTÉ

CAMPUS BRABOIS SANTÉ

9, avenue de la forêt de la Haye BP 20199

54505 VANDŒUVRE-LÈS-NANCY CEDEX