



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

2010

THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre
du troisième cycle de Médecine Générale
par

l'interne des Hôpitaux des Armées CARTIGNY épouse RENOLLEAU Aurélie

Élève de l'École du Val-de-Grâce - Paris

Ancienne élève de l'École du Service de santé des Armées de Lyon-Bron

le 10 JANVIER 2011

**TROUBLE DE L'ADAPTATION PROFESSIONNELLE
CHEZ DES ENGAGÉS VOLONTAIRES EN MILIEU MILITAIRE**

Données épidémiologiques et cliniques à propos d'une étude prospective
menée pendant huit mois, concernant des engagés militaires, dépistés et
adressés par leur médecin généraliste d'unité en consultation de psychiatrie
dans un Hôpital d'Instruction des Armées.

Examineur de thèse :

Monsieur Jean-Pierre KAHN

Professeur

Président

Monsieur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur

Juge

Monsieur Christophe PARIS

Professeur

Juge

Monsieur le Médecin en chef Claude CARNIO

Docteur

Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseeurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
- Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de
LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-
Bernard DUREUX Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone
GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE Henri
LAMBERT

Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques
LECLERE Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ Pierre
MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN

Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude
PERRIN - Guy PETIET Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean
PREVOT Antoine RASPILLER - Michel RENARD Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul
SADOUL - Daniel SCHMITT – Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET

Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ -
Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel
WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytopathologie*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

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

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

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

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

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

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

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

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4^{ème} sous-section : (*Génétique*)
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT
2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)
Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick
ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)
Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT
3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)
Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)
Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD
4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)
Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU
3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ
4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Béatrice MARIE – Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteur François SCHOONEMAN

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

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

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

Docteur Anne-Claire BURSZEJN

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE
ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGÉ Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ
Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN

Professeur de Psychiatrie d'Adultes

Nous vous exprimons ici l'assurance de notre sincère reconnaissance pour avoir exprimé autant d'intérêt à l'égard de notre sujet et vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en présidant le jury de notre thèse.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur de Pédopsychiatrie

Nous vous adressons nos respectueux remerciements pour nous avoir fait l'honneur d'être membre de ce jury.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Christophe PARIS

Professeur de Médecine et Santé au travail

Nous vous remercions d'avoir accepté avec engouement de nous faire l'honneur de juger notre travail.

À NOTRE JUGE

Monsieur le médecin en chef Claude CARNIO,

Praticien hospitalier

Chef du service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest – Metz

Nous vous remercions d'avoir accepté d'être membre de notre jury.

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Madame le médecin en chef Geneviève FIDELLE,

Professeur agrégé du Val-de-Grâce - Paris

Médecin chef adjoint de l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy-Clamart

Nous vous remercions de la confiance qui nous a été accordée en nous confiant ce sujet de thèse. Vous nous avez précieusement guidés durant ces deux années de travail. Vos conseils et messages toujours chaleureux ont été moteurs dans la finalisation de ce travail qui clôture un si long parcours.

À L'ÉQUIPE MEDICALE DE PSYCHIATRIE DE L'HIA LEGOUEST

Monsieur le médecin en chef Arnaud LEDOUX

Merci pour votre expertise lors de la réalisation de l'enquête.

Monsieur le médecin principal Simon de KERGUENIC (+)

Merci pour votre expertise lors de la réalisation de l'enquête.

Monsieur l'interne des Hôpitaux des Armées Yahn AUXEMERY

Merci pour vos conseils éclairés.

AU SERVICE D'INFORMATION MÉDICALE

Monsieur le médecin en chef Thierry MATTON

Merci pour le temps que vous avez bien voulu nous accorder lors de l'élaboration de notre étude.

Madame la SMCE Anne-Cécile MASSON

Merci infiniment pour votre aide dans l'exploitation des données de notre étude.

Monsieur le médecin en chef François DESCOMBES

Médecin chef du Centre d'expertise médicale du Groupement de Recrutement et Sélection
Vandœuvre - Bureau médecine d'armée de la Région Terre-Nord-Est

Merci pour votre accueil au Département d'Expertise Médicale du Groupement de
Recrutement et Sélection de Nancy. Vos éclaircissements ont été très précieux pour la
rédaction de ce travail de thèse.

Monsieur le colonel Xavier CULOT

Ancien Chef de Corps du 8^{ème} Régiment d'Artillerie – Commercy

Merci de votre chaleureux accueil au sein de votre unité. Il aura grandement facilité le
recueil d'information auprès de la population témoin.

À nos rencontres passées et à venir pour deviser ensemble du sens de l'engagement d'un
Homme dans l'armée.

Monsieur le médecin principal Aurélien VIALAN

Médecin chef du service médical d'unité du 8^{ème} Régiment d'Artillerie – Commercy

Merci de m'avoir réservé une vraie place au sein de l'équipe médicale ainsi qu'un espace
d'expression pour mon exercice médical. Les échanges et les discussions sur de nombreux
dossiers ont toujours été dans un souci confraternel d'écoute de la jeune interne, ce qui m'a
été bénéfique en terme d'autonomisation.

À mes parents Danielle et Pascal

Pascal

Modèle de principe et d'attachement à certaines valeurs. De mes premiers devoirs de mathématiques à la finalisation de cette thèse, tu as toujours répondu présent lorsque je sollicitais tes conseils. Merci de n'être finalement jamais très loin.

Danielle

Il t'en aura fallu du courage pour accompagner ton enfant aux portes de l'École du Service de santé des Armées de Lyon –Bron le 1^{er} septembre 2000. Il s'agit maintenant d'accepter de voir cet enfant devenue femme et mère partir vers l'inconnu d'un théâtre opérationnel.

Avec toute mon affection.

À Cécile, Jean et André (+)

Merci pour votre affection qui a toujours été d'un grand soutien durant toutes ses années.

À Bertrand, mon époux

S'il fallait reprendre la partition de notre parcours commun, jonchés de quelques douleurs mais surtout de tant de bonheurs ; je n'ajouterais à la clef ni dièse ni bémol car la tonalité ne m'a jamais déçue. Depuis que tu es devenu «Mon Viel Aspi », ton amour qui a teinté nombre de mes choix m'a apporté sérénité et réconfort indispensable pour assurer ma progression dans mon parcours de Santarde. Et aujourd'hui, la soutenance de ma thèse dont nous rêvons depuis si longtemps, n'est qu'une invitation vers la poursuite de l'exercice de notre art.

À Martial, mon fils

Devenir ta maman le 7 janvier 2010 a été le moment le plus fort de mon existence. Chaque jour depuis notre première rencontre, tu remplis un peu plus mon cœur de joie.

SERMENT MEDICAL

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 MATIÈRES

1.	Introduction	22
2.	Approche conceptuelle du trouble de l'adaptation	24
2.1.	Évolution des idées	24
2.1.1.	La notion de réaction	24
2.1.2.	De la réaction au trouble de l'adaptation	25
2.2.	Tentative de définition.....	27
2.2.1.	Selon les critères du DSM IV TR (Texte Révisé)	27
2.2.2.	Selon les critères de la CIM 10.....	28
2.2.3.	Les sous-types et spécificités des troubles de l'adaptation.....	28
2.2.4.	Caractéristiques et troubles associés.....	29
2.2.5.	Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe	29
2.3.	Prévalence.....	30
2.3.1.	En milieu civil	30
2.3.2.	En milieu militaire.....	30
2.4.	Évolution	31
2.5.	Diagnostics différentiels.....	31
3.	Spécificités du milieu militaire	33
3.1.	L'engagement	33
3.2.	L'Armée, un groupe social.....	34
3.3.	Une population diversifiée	35
3.4.	La mutation de la figure de la guerre.....	36
3.5.	Les théâtres opérationnels	38
3.6.	Le rapport à la violence et l'exigence du psychisme	39
4.	Place de la psychiatrie dans l'Armée	42
4.1.	La sélection des futurs engagés	42
4.1.1.	Le rôle du Groupement de Recrutement et de Sélection (G.R.S.).....	42
4.1.2.	Le sigle P.....	43
4.1.3.	Limites de l'approche psychiatrique lors de la sélection	45
4.2.	Rôle du psychiatre en temps ordinaire	45
4.3.	Rôle du psychiatre en situation opérationnelle.....	47
4.4.	Le trouble de l'adaptation en milieu militaire.....	50
5.	Matériel et méthode de l'étude	53
5.1.	Objectif.....	53
5.2.	Nature de l'étude	53
5.3.	Méthode	54
5.4.	Critères d'inclusion.....	55
5.5.	Taille de l'échantillon	55
5.6.	Critère d'évaluation principal.....	56
5.7.	Autres critères.....	56
6.	Résultats de l'étude.....	57
6.1.	Réponse à l'hypothèse principale : association des difficultés professionnelles avec le trouble de l'adaptation	57
6.2.	Association des difficultés personnelles avec le trouble de l'adaptation	62

6.3.	<i>Le profil biographique des consultants</i>	63
6.3.1.	<i>Sexe et âge</i>	63
6.3.2.	<i>Situation conjugale</i>	64
6.3.3.	<i>Niveau d'études</i>	64
6.3.4.	<i>Unité d'origine</i>	65
6.4.	<i>Motivations à l'engagement</i>	66
6.5.	<i>Délai d'apparition de la souffrance après l'engagement</i>	67
6.6.	<i>Expression de la souffrance et motifs de consultation</i>	68
6.6.1.	<i>Aspects affectifs</i>	68
6.6.2.	<i>Changements comportementaux</i>	69
6.6.3.	<i>Plaintes somatiques</i>	70
6.7.	<i>Consommation de substances psychoactives</i>	71
6.7.1.	<i>Alcool</i>	71
6.7.2.	<i>Cannabis</i>	71
6.7.3.	<i>Autres substances psychoactives illicites</i>	71
6.8.	<i>Répartition selon les axes 1 et 2 du DSM IV-TR</i>	72
6.8.1.	<i>Détail de l'axe 1</i>	72
6.8.2.	<i>Détail de l'axe 2</i>	73
6.9.	<i>Décision médico-militaire</i>	76
7.	<i>Analyse</i>	77
7.1.	<i>Les biais</i>	77
7.2.	<i>Pourquoi l'utilisation du DSM IV-TR ?</i>	78
7.3.	<i>Analyse des résultats</i>	78
7.3.1.	<i>Réponse à l'hypothèse principale</i>	78
7.3.2.	<i>Le profil biographique des patients</i>	80
7.3.3.	<i>Le délai d'apparition de la souffrance</i>	80
7.3.4.	<i>Les motivations à l'engagement</i>	81
7.3.5.	<i>L'expression de la souffrance et les motifs de consultation</i>	82
7.3.6.	<i>Consommation de substances psychoactives</i>	83
7.3.7.	<i>Axe 1 et 2 et analyse psychopathologique</i>	83
8.	<i>Cas cliniques</i>	88
8.1.	<i>Jérôme : « une erreur d'orientation »</i>	88
8.2.	<i>Fanny : « une vocation insuffisamment mûrie »</i>	88
8.3.	<i>Cyril : « un trouble anxieux atypique »</i>	89
8.4.	<i>Julien : « une polyconsommation de substances psychoactives »</i>	90
8.5.	<i>Angélique : « reviviscence d'un psychotraumatisme de l'enfance »</i>	91
8.6.	<i>Noël : état de stress post traumatique</i>	92
9.	<i>Discussion</i>	94
9.1.	<i>Aspects psychodynamiques</i>	94
9.2.	<i>Une sélection défaillante ?</i>	99
9.3.	<i>Notion de résilience</i>	100
9.4.	<i>Mesures préventives envisageables</i>	104
9.4.1.	<i>Mesures de prévention primaire</i>	104
9.4.2.	<i>Mesures de prévention secondaire</i>	105
9.4.3.	<i>Prise en charge thérapeutique</i>	106
10.	<i>Conclusion</i>	109
11.	<i>Abréviations</i>	114
12.	<i>Références bibliographiques</i>	115
13.	<i>Annexes</i>	121
14.	<i>Permis d'imprimer</i>	140

1. Introduction

La psychiatrie en milieu militaire est en constante évolution. Elle est naturellement influencée par les observations cliniques liées aux contextes opérationnels, lesquels varient au gré des époques et des conflits internationaux.

Mais au-delà des changements, la perspective freudienne comparant l'armée à une « foule organisée » reste d'actualité. Les mouvements libidinaux suivent une dynamique inscrite dans la collectivité et non pas seulement dans l'individualité (1). Changement et continuité se trouvent au cœur de cette même dynamique, au plan individuel comme au plan collectif.

Le regard du psychiatre militaire s'est trouvé déplacé progressivement d'une perspective collective sur l'hygiène mentale vers celle qui relève davantage de la psychologie clinique, parallèlement à l'évolution des classifications internationales des maladies mentales, des perspectives épidémiologiques et des avancées psycho pharmacologiques.

Quelle que soit l'approche de compréhension, il demeure essentiel de prendre en compte le rapport singulier de chacun au réel pulsionnel et à ses aménagements particuliers, tels qu'il peut être rendu compte au travers des grandes structures psychopathologiques. Les psychiatres militaires s'accordent sur la pertinence de l'utilisation de ces grandes structures dans leur pratique quotidienne, ne serait-ce qu'autour des questions d'adaptation.

Le trouble de l'adaptation est un concept psychiatrique clairement défini. Pourtant, ses limites nosographiques demeurent floues. Il n'en représente pas moins un fréquent motif de consultation des Engagés Volontaires de l'Armée (EVA). Ces derniers, apparemment désadaptés d'un milieu aux contraintes spécifiques et mouvantes au gré des époques, finissent « trop » souvent par être réformés de l'institution militaire, ce qui se traduit négativement en termes de fonctionnalité opérationnelle et de coût financier.

Parmi les motifs de congés de non-activité (congés statutaires octroyés pour la plupart des maladies de longue durée, y compris d'origine psychique), les motifs psychiatriques sont de loin les plus fréquents puisqu'ils représentent 80% des congés de longue durée pour maladie (2,3,4). Le poids des réformes pour motif psychiatrique dans les armées est considérable. Le trouble de l'adaptation représente le motif de réforme médicale le plus fréquent. Selon des chiffres communiqués par le bureau « médecine d'armée » de la Région Terre Nord-Est

(RTNE), en 2008, 77% des patients réformés l'ont été pour motif psychiatrique, dont 76% pour trouble de l'adaptation. En 2009, ce diagnostic est retrouvé dans 98% des dossiers de réforme pour motif psychiatrique ! Plus de 90% des sujets réformés sont des EVA.

Ce constat nous amène à définir le concept de trouble de l'adaptation puis à poser plusieurs questions. Observe-t-on un phénomène de trouble de l'adaptation au milieu militaire ou à certains éléments de l'environnement spécifiquement militaire ? Le trouble de l'adaptation n'est-il pas un mode de révélation d'une vulnérabilité sous-jacente antérieure à l'engagement ? N'y aurait-il pas des éléments décelables lors de la sélection ou de l'incorporation de ces jeunes EVA, un profil psychopathologique laissant entrevoir une forte potentialité de développer un trouble de l'adaptation ? Ainsi, quelle place la psychiatrie occupe-t-elle dans la sélection des EVA ?

Après avoir défini le trouble de l'adaptation, nous discernerons les grandes caractéristiques du milieu des armées. Nous traiterons ensuite de la place accordée à la psychiatrie dans l'institution militaire. Nous détaillerons le parcours d'un sujet qui souhaite s'engager dans celle-ci insistant sur l'abord psychologique lors de la visite de sélection dans le département d'expertise médicale du Groupement de Recrutement et de Soutien (GRS).

Un recueil des données sur une population de patients EVA de la Région Terre Nord-Est (RTNE), en souffrance psychique, adressés par le médecin généraliste d'unité à la consultation de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées « Legouest » à Metz, a fait l'objet de notre étude. L'analyse de ces résultats permettra d'observer dans quelle mesure un trouble de l'adaptation peut être associé à un stress environnemental spécifiquement militaire mais aussi d'affiner notre réflexion en observant la proportion de pathologies psychiques sous-jacentes à l'inadaptation des sujets. Après illustration par quelques parcours de vie, nous aborderons certaines problématiques dans la discussion et nous proposerons quelques mesures préventives pour tenter de réduire ce taux de réforme si lourd tant pour les patients que pour l'institution elle-même.

2. Approche conceptuelle du trouble de l'adaptation

2.1. Évolution des idées

2.1.1. La notion de réaction

Le terme adaptation, du latin *ad-à* et *aptare*, *aptus-apte* (5), est passé dans le langage scientifique via la biologie : « modification d'une fonction ou d'un organe ayant pour résultat de les mettre en accord avec tout ou partie de leur milieu, soit interne, soit externe » Lalande (6). Pour bien saisir l'historique du diagnostic de trouble de l'adaptation, il faut remonter à la notion de réaction, concept dont Starobinski a tracé l'évolution (7). Le terme de dépression réactionnelle apparaît en 1910 dans une monographie de Reiss (8). La notion de réaction est retrouvée chez Jasper en 1913 (9). Pour Kretschmer, elle est indissociable de l'étude de la personnalité (10). Dans son article « Deuil et Mélancolie », rédigé en 1915, Freud avance le rôle déclenchant « d'événement de vie » (11).

Progressivement, le concept de réaction est utilisé en psychiatrie dans le sens commun d'ajuster quelque chose à une autre chose. En 1930, Alexander distingue l'adaptation alloplastique, réaction adaptative qui modifie l'environnement, et l'adaptation autoplastique, réaction qui modifie la personnalité (5). Dans les classifications qui désignent des catégories diagnostiques comme trouble de l'adaptation, le mot apparaît utilisé en référence à des théories scientifiques cognitivo-comportementales ou davantage biologiques avec le classique modèle proposé par Selye. En 1936, cet auteur donne un sens précis au concept d'adaptation en tant que réaction d'alarme. Pour lui, il existe « une réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite » définissant ainsi le stress. Ce mot que l'on considère comme intraduisible en français, désigne soit « la réponse au stress », soit l'ensemble « réaction non spécifique et agent stressant », soit cet « agent seul » (12). En 1950, Selye décrit le syndrome général d'adaptation, caractérisé par une séquence en trois phases : la réaction d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement. La réaction d'alarme est « l'ensemble des phénomènes généraux non spécifiques provoqués par l'exposition soudaine de l'organisme à un agent nocif, à un stimulus, à un stress, auquel cet organisme n'est pas adapté ». La phase de résistance est « un ensemble de réactions non spécifiques provoquées par l'exposition prolongée de l'organisme à des stimuli nocifs auxquels il s'est adapté au cours de la réaction d'alarme ». Ces deux phases tentent de rétablir un équilibre antérieur, à savoir une homéostasie. Si les

capacités de l'organisme sont dépassées, s'installe la dernière phase, celle d'épuisement correspondant à « l'ensemble des réactions non spécifiques qui caractérisent le moment où l'organisme cesse de pouvoir s'adapter au stimulus auquel il est soumis » (12).

La deuxième moitié du XX^{ème} siècle est également marquée par des travaux portant sur la compréhension psychopathologique de la réaction. Selon H. Ey (13), « la réaction est la propriété même du vivant dans la mesure même où la vie est le contraire de l'inertie... L'être vivant, en tant qu'il se constitue en individu, ne peut assurer son autonomie dans ses relations avec son milieu que par le rétablissement constant d'un équilibre que toutes les circonstances et toutes les variations du milieu extérieur menacent à chaque moment de son existence. » H. Ey recentre la relation d'équilibre homéostatique autour de l'individu lui-même, le rendant acteur selon son modèle personnel d'être au monde.

D'une conception biologique, « normative », applicable à chacun sans discernement, le concept de réaction glisse vers une conception subjective, singulière, propre à chaque être. Toute chose étant identique par ailleurs, chaque être réagira en fonction de ce qu'il est, différemment des autres. Canguilhem, dans une perspective davantage philosophique, conforte cette notion de subjectivité dans la capacité d'un sujet à réagir à son milieu. Il postule que « tout ce qui est dans la norme n'est pas nécessairement exclu d'une dimension pathologique et que tout ce qui est pathologique n'est pas obligatoirement hors norme ». Ainsi, la réaction dite « normale » ne peut se réduire à la réaction « selon la norme ». Obéir *stricto sensu* à la norme serait selon cet auteur une « résignation » et non une réaction singulière visant une possibilité d'adaptation (14).

2.1.2. De la réaction au trouble de l'adaptation

La notion d'adaptation peut être définie en psychiatrie comme l'adéquation harmonieuse entre une personne et son environnement, grâce à un état d'équilibre entre les motions internes à la fois conscientes et inconscientes du sujet et les contraintes externes auxquelles il est soumis. Le trouble de l'adaptation correspond aux manifestations pathologiques qui résultent de cette rencontre.

Le diagnostic même du trouble de l'adaptation ne fait pas l'unanimité. Se superposant à l'évolution de la notion de réaction, il pose la question de la causalité. Ainsi, il peut être lu dans des champs conceptuels différents, soit spécifiquement cognitivo-comportemental du

« comment faire face » (*coping*), soit d'une approche plus psychodynamique tenant compte de l'histoire du sujet et de la tension suscitée par la confrontation entre sa réalité psychique et la réalité externe. Qu'est-ce que la réalité d'un événement extérieur et est-ce à cet événement que l'on réagit ? À quel moment le trouble devient-il symptôme et symptôme de quoi ?

Depuis le milieu du siècle dernier, l'existence du trouble réactionnel est incontestée. En 1972, Kielholz propose une des classifications des états dépressifs les plus connues, avec trois pôles : la dépression somatogène (dépression organique et symptomatique), la dépression endogène (dépression schizophrénique, cyclique, périodique et tardive) et la dépression psychogène dans laquelle il regroupe la dépression réactionnelle avec celle d'épuisement et la dépression névrotique. Le diagnostic de trouble de l'adaptation apparaît dans le contexte de ce débat controversé concernant la dichotomie dépression endogène/dépression réactionnelle ou névrotique, avec toutes les questions qu'il pose quant au statut des événements de vie dans la pathologie psychiatrique, notamment dépressive (15, 16, 17,18).

Dans la classification américaine du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux édité par l'Association Américaine de Psychiatrie, dont il existe des versions successives), ce concept évolue également. Dans le DSM-I publié en 1952, existe le diagnostic de « dépression réactionnelle ». En 1968, apparaissent en parallèle dans le DSM-II « la névrose dépressive » (englobant les dépressions réactionnelles et les réactions dépressives) et « la perturbation situationnelle transitoire ». À partir du DSM-III, paru en 1980, la dépression réactionnelle ne figure plus en tant qu'entité syndromique dans les classifications américaines et le trouble de l'adaptation fait son apparition. Dans le DSM-IV, apparaît la distinction entre trouble de l'adaptation aigu et trouble de l'adaptation chronique. Comme l'ont souligné Despland et al. (19, 20, 21, 22), avec le DSM-III apparaît une véritable révolution culturelle dans la manière d'appréhender le diagnostic en psychiatrie. Destinée à faciliter la communication entre psychiatres, le DSM-III propose en 1980 une approche diagnostique fondée sur l'athéorisme des définitions diagnostiques. Si l'utilisation de critères standardisés rend la procédure diagnostique fiable pour la majorité des affections psychiatriques, le diagnostic de trouble de l'adaptation reste problématique par l'absence de spécificité des symptômes, la nécessité d'exclure un autre trouble spécifique et le recours inévitable à la subjectivité du clinicien pour établir un lien avec le

facteur de stress en l'absence de marqueur biologique ou de critère comportemental. Ceci a conduit certains auteurs à considérer ce diagnostic comme un « concept poubelle », une catégorie diagnostique marginale ou transitoire, voire un diagnostic ontologiquement douteux. Ce diagnostic est ainsi relativement peu documenté, bien que très fréquent.

2.2. Tentative de définition

2.2.1. Selon les critères du DSM IV TR (Texte Révisé) (23)

Dans la quatrième édition révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV-TR) de 2000, la caractéristique essentielle du trouble de l'adaptation est une réponse psychologique à un ou à des facteurs de stress identifiables conduisant au développement de symptômes cliniquement significatifs dans les registres émotionnels ou comportementaux. Les symptômes doivent apparaître au cours des trois mois suivant la survenue du ou des facteurs de stress (critère A). C'est soit une souffrance marquée, plus importante que celle qui était attendue compte tenu de la nature du facteur de stress, soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (critère B). Cette catégorie diagnostique ne doit pas être utilisée si la perturbation répond aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe I (par exemple trouble de l'humeur ou trouble anxieux spécifique) ou bien si la perturbation est simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II (critère C). Cependant, il est possible de porter le diagnostic de trouble de l'adaptation en présence d'un autre trouble de l'Axe I ou de l'Axe II si ce dernier n'explique pas à lui seul la configuration symptomatique observée en réaction au facteur de stress. On ne doit pas porter le diagnostic de trouble de l'adaptation si les symptômes sont l'expression d'un deuil (critère D). Par définition, un trouble de l'adaptation ne dure pas plus de six mois après la disparition des facteurs de stress (critère E). Toutefois, les symptômes peuvent persister pendant une longue période (c'est à dire au-delà de six mois) s'ils surviennent en réaction à un facteur de stress prolongé (par exemple une pathologie chronique ou invalidante) ou à un facteur de stress dont les conséquences sont durables (par exemple des difficultés financières et affectives suite à un divorce). Le facteur de stress peut être un évènement unique (par exemple une rupture sentimentale) ou bien il peut y avoir de multiples facteurs de stress (par exemple des difficultés financières et conjugales). Ces derniers peuvent se reproduire régulièrement (par exemple une crise financière saisonnière) ou être continus (par exemple, vivre dans un quartier à forte criminalité). Certains facteurs de stress sont

associés à des étapes spécifiques du développement et de la vie (par exemple, l'entrée à l'école, le mariage, la retraite).

Le diagnostic de trouble de l'adaptation sera retenu devant une souffrance marquée et une altération durable du fonctionnement relationnel en lien avec un stress environnemental. Il peut être associé à une symptomatologie thymique, anxieuse et/ou comportementale. La notion de rupture de l'état d'équilibre ou de rupture par rapport à un fonctionnement antérieur est importante à repérer. Cette rupture peut être due aux aléas de l'environnement, aux contraintes de l'entourage, mais aussi aux enjeux du monde intérieur.

2.2.2. Selon les critères de la CIM 10 (24)

Dans la dixième édition de la Classification internationale des maladies (CIM 10), les troubles de l'adaptation sont décrits comme des états de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant. La CIM 10 exclut les facteurs de stress ayant un caractère « inhabituel ou catastrophique ». Le trouble apparaît habituellement dans le mois qui suit la survenue d'un événement stressant et ne persiste guère au-delà de six mois. Cette classification distingue une réaction dépressive brève (moins d'un mois) et une réaction dépressive prolongée qui peut durer plus de six mois mais ne persiste pas au delà de deux ans. La CIM 10 insiste par ailleurs sur la prédisposition et la vulnérabilité individuelle, précisant toutefois que le trouble ne serait pas advenu en l'absence du facteur de stress causal.

2.2.3. Les sous-types et spécificités des troubles de l'adaptation

Les troubles de l'adaptation sont codés par sous-types, eux-mêmes caractérisés par des symptômes prédominants. Ainsi, on distingue le trouble de l'adaptation avec :

- humeur dépressive lorsque les manifestations prédominantes sont des symptômes tels qu'une humeur dépressive, des pleurs, ou des sentiments de désespoir ;
- anxiété lorsque les manifestations prédominantes sont des symptômes tels que la nervosité, l'inquiétude ou l'agitation ;
- anxiété et dépression lorsque les symptômes sont une combinaison de dépression et d'anxiété ;

- perturbation des conduites lorsque la manifestation prédominante est un trouble du comportement qui comporte une violation des droits d'autrui ou des normes et des règles essentielles de la vie sociale, compte tenu de l'âge du sujet ;
- perturbation à la fois des émotions et des conduites lorsque les manifestations prédominantes sont à la fois des symptômes du registre émotionnel et une perturbation des conduites.

Le trouble de l'adaptation non spécifié utilisé pour coder des réactions inadaptées (par exemple des plaintes somatiques, un retrait social ou une inhibition au travail) à des facteurs de stress psychosociaux qui ne peuvent pas être classés parmi les sous-types spécifiques de trouble de l'adaptation.

Le trouble de l'adaptation peut-être qualifié d'aigu si les symptômes durent moins de six mois ou de chronique au-delà de ce délai.

2.2.4. Caractéristiques et troubles associés

La souffrance subjective est corrélée à une altération du fonctionnement qui peut se traduire par une diminution du rendement au travail ou à l'école et par des modifications momentanées dans les relations sociales. Les troubles de l'adaptation comportent une augmentation du risque de tentatives de suicide et de suicide, d'usage nocif ou à risque de substances psychoactives et de plaintes somatiques.

2.2.5. Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Pour juger cliniquement qu'une réaction à un facteur de stress est inadaptée ou que la souffrance qui en résulte est plus marquée que celle qui était attendue, il faut tenir compte du contexte culturel propre au sujet. Autant la nature, la signification et la façon de ressentir les facteurs de stress que la manière d'évaluer une réaction à ces facteurs de stress peuvent varier selon les cultures. Les troubles de l'adaptation surviennent à tout âge.

2.3. Prévalence

2.3.1. En milieu civil

Le trouble de l'adaptation représente 4,5 à 20% des motifs de consultation en médecine générale. Cette prévalence augmente en psychiatrie ambulatoire avec une fréquence allant de 15 à 23%, alors qu'elle est de 10% en institution psychiatrique.

Le trouble de l'adaptation concerne pour deux tiers des femmes. L'âge moyen des patients est de 39 ans et 58% d'entre eux exercent une profession. Les facteurs de stress les plus souvent retrouvés sont le travail pour 23% des patients et des problèmes de santé pour 18% (25).

Une majorité de patients est dépourvue d'antécédents psychiatriques (72%). Le taux de comorbidité est variable selon les études. Certains auteurs retrouvent une comorbidité de 30% pour des troubles tels que la dépression, l'anxiété, les états psychotiques et jusqu'à 70% pour les troubles de la personnalité (26).

2.3.2. En milieu militaire

Dans une étude de 100 dossiers de patients adressés en consultation de psychiatrie pour décision médico-militaire réalisée par nos confrères de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué à Bordeaux, le trouble de l'adaptation est retenu comme diagnostic principal par le psychiatre examinateur dans 36% des cas (27).

Une autre étude menée dans un régiment de l'Armée de Terre montre qu'un motif psychiatrique est retrouvé dans 20% des causes de congés maladie d'une durée moyenne inférieure à 20 jours (28). Dans la Légion Étrangère, arme reconnue pour la puissance de ses traditions, le trouble de l'adaptation se traduit le plus souvent par une désertion. Durant l'année 2006, 153 désertions ont été dénombrées pour un effectif de 7700 hommes (29).

Dans le cas particulier des rapatriements sanitaires lors d'opérations extérieures (OPEX), le diagnostic de trouble de l'adaptation n'apparaît pas suffisamment descriptif pour être retenu comme diagnostic principal. Il est utilisé en tant qu'élément descriptif étiopathogénique sous le terme de « trouble de l'adaptation à la mission » et se retrouve selon une étude récente dans 15,3% des causes de rapatriements sanitaires. Parmi ces militaires revenus en France avant la fin de leur mission, 5,1% ont été réformés principalement pour « inadaptation à la vie militaire »(30).

2.4. Évolution

La persistance d'un trouble de l'adaptation ou son évolution vers d'autres troubles mentaux plus sévères (par exemple, un trouble dépressif caractérisé) survient plus volontiers chez les enfants et les adolescents que chez les adultes. Quoiqu'il en soit, une partie ou la totalité de l'accroissement du risque peuvent être dues à des comorbidités (par exemple, un trouble type hyperactivité avec déficit de l'attention) ou au fait que le trouble de l'adaptation représente en réalité une manifestation prodromique subclinique d'un trouble mental plus sévère, trouble dépressif caractérisé ou trouble anxieux. Certains auteurs retrouvent jusqu'à 20% de passages à l'acte suicidaire (26). Les ré hospitalisations à cinq ans sont estimées à 30% (26).

Les évolutions défavorables ont été étudiées par certains auteurs : 56% avec rechute à cinq ans chez les adolescents et 29% chez les adultes pour l'étude d'Andreasen et Wasek (31) et 18% d'évolution chronique ou de suicides dans l'étude de Bronisch (32), ce qui en fait un diagnostic potentiellement sévère. Ces différents résultats amènent à une question de fond, l'étiologie du trouble de l'adaptation : s'agit-il d'une forme mineure ou subliminaire d'un trouble psychiatrique spécifique, d'une forme précoce annonçant un trouble psychiatrique caractérisé ou d'une fragilité psychologique révélée par un événement jugé stressant pour le sujet ?

2.5. Diagnostics différentiels

Le trouble de l'adaptation est une catégorie « résiduelle » utilisée pour décrire des états cliniques qui sont une réaction à un facteur de stress identifiable et qui ne répondent pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe I du DSM IV-TR. Si un sujet présente des symptômes qui répondent aux critères d'un épisode dépressif caractérisé en réaction à un facteur de stress, le diagnostic de trouble de l'adaptation n'est pas applicable. Il n'est possible de porter un diagnostic de trouble de l'adaptation en plus d'un autre trouble de l'Axe I que si cet autre trouble n'explique pas les symptômes particuliers qui surviennent en réaction aux facteurs de stress. Ainsi, un sujet peut présenter un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive après avoir perdu son emploi et en même temps un tableau clinique répondant aux critères du trouble obsessionnel compulsif.

Comme il est fréquent que les troubles de la personnalité soient exacerbés par le stress, on ne porte habituellement pas un diagnostic additionnel de trouble de l'adaptation. Cependant, si

des symptômes qui n'appartiennent pas à un trouble de la personnalité apparaissent en réaction à un facteur de stress, le diagnostic additionnel de trouble de l'adaptation peut être justifié. Le diagnostic de trouble de l'adaptation requiert la présence d'un facteur de stress identifiable à la différence de tableaux cliniques atypiques ou bien sous le seuil diagnostique qui seraient diagnostiqués comme trouble non spécifié (par exemple, trouble anxieux non spécifié). Si les symptômes d'un trouble de l'adaptation persistent plus de six mois après que le facteur de stress ou ses conséquences aient disparu, il faut modifier le diagnostic en optant pour un trouble non spécifié dans la catégorie appropriée.

Le trouble de l'adaptation, l'état de stress post traumatique et l'état de stress aigu requièrent tous un facteur de stress psychosocial. L'état de stress post traumatique et l'état de stress aigu sont caractérisés par un facteur de stress extrême et par une constellation spécifique de symptômes. À l'opposé, un trouble de l'adaptation peut être déclenché par un facteur de stress de n'importe quelle gravité et peut comporter une grande variété de symptômes.

Parmi les facteurs psychologiques influençant une affection médicale, des symptômes psychopathologiques, des comportements spécifiques ou bien d'autres facteurs aggravent une affection médicale générale, en compliquent le traitement ou dans d'autres cas, augmentent le risque de survenue d'une affection médicale générale. Dans le trouble de l'adaptation, la relation est inverse car les symptômes psychopathologiques surviennent en réaction au facteur de stress constitué par l'affection médicale générale elle-même ou par le diagnostic qui en a été fait. Les deux diagnostics ne sont pas incompatibles.

On porte le diagnostic de deuil plutôt que celui de trouble de l'adaptation lorsque le tableau clinique observé est une réaction prévisible à la mort d'un être cher. Le diagnostic de trouble de l'adaptation peut être justifié si la réaction est plus marquée ou plus prolongée que celle attendue.

Le trouble de l'adaptation doit également être distingué d'autres réactions non pathologiques au stress, lesquelles n'entraînent ni une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu, ni une altération significative du fonctionnement social ou professionnel.

On ne doit pas porter un diagnostic de trouble de l'adaptation lorsque les symptômes sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (comme l'altération fonctionnelle transitoire habituelle lors d'une chimiothérapie)

3. Spécificités du milieu militaire

3.1. L'engagement

Le thème de l'engagement a été exploré et défini par différents philosophes au gré des époques. Pour Sartre, la notion d'engagement découle du surgissement « pour rien » de la liberté humaine, de l'impossibilité de lui trouver des cautions ou justifications extérieures. Le pour-soi étant « responsable de son être », sa liberté prend nécessairement la forme d'un choix par lequel il donne sens à sa situation dans le monde. Chez Kierkegaard, la qualité morale de l'engagement ne se mesure pas à son caractère « aveugle » de « saut dans la nuit », pas plus, directement du moins, qu'à son caractère efficace (33). Le point commun demeure la notion d'engagement de son être au service de quelque chose, d'un idéal, d'une nation, d'un Dieu, ...

Tout commence avec un rituel d'incorporation (34). Il s'agit d'une série d'opérations à la chaîne par lesquelles l'individu perd progressivement ses attributs civils pour les voir remplacés par de nouveaux attributs qui font de lui un militaire. Il revêt l'uniforme sur lequel la bande patronymique rappelle son nom. Après l'anonymisation qui consiste à endosser l'uniforme, répondre « présent » lors de l'appel permet de compter « un » dans le groupe déjà constitué. Le sujet ainsi nommé lors de l'appel va devoir assumer de sa place le nom de son père. Progressivement, le sujet passe de sa position d'individu singulier à une position d'individu appartenant à un groupe qui se doit de maintenir une cohésion, la force de la cohésion assurant la réussite de la mission.

La présentation au drapeau est la première cérémonie par laquelle la jeune recrue est initiée à un cortège soutenant le symbole du sacrifice. Le drapeau représente lourdement le prix du sang pour la défense de la patrie. C'est le prix que la nation peut lui demander de payer pour participer à l'ordre social et partager la vie de la collectivité. Le drapeau lui rappelle les batailles auxquelles l'unité l'accueillant a participé et le sang versé au combat par des générations de soldats. On peut songer à la cohorte des pères morts, celle qui détermine la patrie. Au premier abord, il s'agit d'accepter de mourir pour sauver l'œuvre des pères et en assurer la transmission. La « Marseillaise » ne l'incite-il pas à protéger ses « fils » et sa « compagne ». Les soldats morts sont des équivalents fraternels dont il semble aisé d'accepter la disparition car ils ont permis d'assurer la pérennité de l'instance maternelle : « la mère-patrie ». L'idéal militaire se détermine selon des valeurs traditionnelles reconnues comme

l'honneur, la discipline, la fidélité de la parole donnée, autant de valeurs rendant possible un sacrifice au combat. L'engagement du soldat est guidé par cet idéal.

Mais à l'instar de la société, le visage de l'armée a changé. La professionnalisation a profondément modifié son organisation, ses structures et la vie de ceux qui la composent. D'une obligation pour tous, elle est devenue celle de l'engagement de chacun. Quelle que soit l'époque, les motivations à l'engagement sont toujours aussi complexes et ne doivent pas être réduites aux aspects manifestes exprimés par les militaires (les valeurs du milieu militaire, la quête d'un idéal, d'un cadre structurant, une vie d'aventurier, l'attrait pour le métier des armes). Aux traces laissées dans la culture par les différentes figures du combattant se mêlent des aspects plus inconscients liés au vécu de l'individu. Ainsi parfois la motivation s'inscrit dans un processus d'identification qui peut trouver ses sources dans l'histoire familiale ou l'absence d'histoire familiale. Mais les motivations n'échappent pas non plus aux aspects conjoncturels de la vie personnelle. Les difficultés sociales et économiques sont parfois au premier plan (35).

3.2. *L'Armée, un groupe social*

L'Armée peut se concevoir comme un groupe social particulier mais issu de la population et qui adhère à des valeurs de référence telles que le haut respect de la discipline et de la hiérarchie. Le rapport aux idéaux a une importance capitale et chacun doit se situer vis à vis de ces derniers.

Selon une perspective freudienne, la structure même de l'Armée est marquée par des liens libidinaux unissant ses membres (1). On y trouve une perspective horizontale, concernant les liens de chacun des membres entre eux. La force de ce système, aux facettes multiples, est l'unité fonctionnelle, à savoir un groupe de quelques militaires. Ce groupe travaille pour une mission donnée, réunissant pour cela un petit nombre de personnes aux fonctions plus ou moins différentes mais complémentaires. Les personnes appartenant à un même groupe ne s'imitent pas. Elles vont toutes vers une même direction dont l'objectif est d'accomplir une mission. Le groupe ne peut fonctionner que s'il existe une cohésion. Une cohésion faible avec une chute de l'idéal et du sens de la mission est un facteur prégnant de déstabilisation et la porte ouverte à une série de troubles tant individuels que collectifs. Un groupe affaibli, parfois par un seul individu, est moins opérationnel et peut mettre gravement en danger la mission. Sans cohésion, il ne peut y avoir de capacité opérationnelle.

L'autre perspective, cette fois verticale, amène à souligner l'importance capitale des liens d'obéissance à la figure de l'autorité. Chaque groupe doit reconnaître un chef qui symboliquement possède une fonction paternelle puisque porteur de la loi et du respect du cadre. Mais chaque médaille a son revers et il existe parfois une certaine crainte, ou même un sentiment de ne pas être suffisamment entendu, créant un vécu sensitif. Le groupe en général et l'individu en particulier ont besoin de reconnaissance (35).

3.3. Une population diversifiée

Si la fin de la conscription avec la professionnalisation a généré une rupture du lien étroit de l'armée avec la nation, la population militaire n'est pas homogène et l'armée demeure un reflet de celle-ci où elle trouve sa ressource. Le métier de militaire est diversifié dans ses origines sociales et culturelles, faisant appel à une multitude de fonctions différentes, ce qui en fait aussi son attractivité. C'est pour une grande part une population jeune dont le lien aux armées est le plus souvent limité dans le temps. La population militaire peut être évaluée à travers deux grands groupes : d'une part, les EVA, population jeune dans son ensemble (18 - 36 ans, la majorité ayant moins de 25 ans), et d'autre part, les militaires de carrière, en moyenne plus âgés et au statut plus protecteur.

Les EVA conduisent leur carrière avec des contrats renouvelables, en général tous les cinq ans, parfois pour des durées moindres. Les motivations d'engagement sont variées, allant de motifs teintés par l'immaturité du jeune âge à des idéaux plus profonds mais pouvant prédisposer à un certain manque de souplesse. Le contexte socio-économique actuel pousse la plupart de ces jeunes gens à désirer faire carrière dans une institution reconnue pour sa rigueur et une certaine sécurité financière associée. Mais il s'agit également d'une idéalisation pour les métiers d'armes, d'une volonté de vouloir « servir sa nation » et d'un désir de travailler « dans l'humanitaire ». Le statut des engagés reste lié aux aléas des renouvellements de contrat. L'expérience montre que les deux périodes les plus délicates sont les deux premières années du premier engagement, le militaire étant souvent déçu par le décalage existant entre ses idéaux d'engagement et la réalité du terrain. Parallèlement, il lui est demandé de valider le certificat militaire élémentaire (CME) qui conditionne la poursuite de sa carrière en termes d'évolution dans le grade. Le deuxième contrat, entre six et onze ans de carrière, est aussi une période où l'on observe volontiers un certain épuisement, en partie dû à une multiplication des opérations extérieures (OPEX).

Les militaires de carrière regroupent le corps des sous-officiers (officiers mariniers dans la Marine nationale) et des officiers. La tranche d'âge est supérieure, la majorité se répartissant entre 30 et 60 ans. Cette population se caractérise par les aléas du parcours de la carrière au gré des mutations, des changements de grade et/ou de fonction.

La féminisation croissante dans les armées avec environ 15% de l'ensemble des troupes, 10% dans l'Armée de Terre, 20% dans l'Armée de l'Air, 50% dans le Service de Santé des Armées, apporte un regard nouveau dans bien des domaines. Si les femmes représentent un pourcentage croissant parmi les effectifs, elles doivent faire face encore à certaines difficultés. À l'égard des OPEX, il faut noter que la féminisation est parfois source de réduction momentanée en termes d'effectifs projetables du fait surtout des grossesses (36).

3.4. La mutation de la figure de la guerre

Une armée en phase avec son temps voit son organisation, son fonctionnement, les missions qui l'animent profondément inscrites dans l'actualité d'une époque. Aussi, les changements culturels, les acquis sociaux, les évolutions géopolitiques participent de cette activité. Ces changements eux-mêmes teintent les manifestations psychiatriques individuelles ou collectives (35).

Si les guerres ont scandé l'histoire, elles ont également évolué dans leur forme. De la guerre du feu à la guerre électronique en passant par la guerre des tranchées et la guerre urbaine, la figure du guerrier a dû évoluer. Il persiste pourtant des points communs. Dans les sociétés primitives, le sujet ne peut se penser que par le groupe auquel il appartient ainsi que le mouvement collectif auquel il participe. Interchangeables dans leur fonction, les hommes se confondent dans leurs activités. La guerre n'est alors que le prolongement naturel de la chasse.

Puis se dégage la notion d'individu et de personnalité. À mesure que la cité se constitue, l'organisation sociale procède à l'isolement des fonctions au sein du groupe. Les guerriers deviennent une minorité d'hommes qui ont choisi de se consacrer à temps plein à l'activité de la guerre. Ils forment un ordre dont la supériorité est socialement admise, une noblesse. La classe des guerriers va dès lors reposer sur le prestige de leur fait d'arme. La société leur renvoie une image d'eux-mêmes flatteuse légitimant leurs efforts belliqueux et surtout les risques encourus. Le guerrier reconnu au travers d'un exploit n'est jamais quitte de sa prouesse inaugurale car tout exploit réalisé et reconnu par le groupe en appelle un autre. Il est

captif et condamné à mort à son insu par cette même société qui le glorifie. Pour Heidegger, le guerrier représente le concept d' « être-pour-la-mort » (37).

Alors que le combattant grec était déterminé par trois valeurs, la discipline, l'honneur et la mort au combat, le chevalier du Moyen-âge s'engageait pour servir l'ordre divin.

La révolution française désorganise brutalement le système chevaleresque avec la disparition de l'ordre féodal. La classe guerrière disparaît au profit d'une masse populaire qui prend les armes pour défendre la patrie. Le nouvel idéal du combattant apparaît au travers du chant martial qui devient l'hymne national : la « Marseillaise ». Les idéaux républicains, « *Liberté, Égalité, Fraternité* », définissant les nouvelles valeurs du combattant, émergent. La déclaration universelle des Droits de l'Homme étend ses valeurs au-delà des frontières, gagnant d'autres États.

Le début de XX^{ème} siècle voit le triomphe du modèle des sociétés industrielles où le positivisme s'impose à la théologie. La machine devient une arme et les armes deviennent des machines. Lorsque la conquête du monde s'achève avec le partage des territoires en colonies, l'Occident s'affronte à nouveau sur son propre territoire et le combattant des grandes guerres est appelé à défendre son territoire et sa patrie. Le soldat partait « la fleur au fusil » pour défendre sa nation contre un envahisseur. Les bouleversements idéologiques de l'entre-deux guerres modifient ces valeurs et l'effondrement de l'armée durant la seconde guerre mondiale fait émerger la figure du « soldat-partisan ».

Lors des guerres d'indépendance dans les colonies, l'engagement est sous-tendu par la volonté inconsciente de vouloir restaurer les figures paternelles humiliées par la défaite de juin 1940. Puis cette période cède la place à la guerre froide sans combat. La professionnalisation souhaitée en 1996 bouleverse la nature du lien Armée - Nation.

Depuis une trentaine d'années est apparu le concept de « soldat de la paix » allant de pair avec un nouveau mode d'engagement militaire : « l'engagement humanitaire ». Le soldat conscrit, dont l'appel sous les drapeaux rappelle sa dette à l'égard de la collectivité, a laissé la place à l'engagé volontaire d'une armée professionnelle combattant un ennemi parfois mal défini.

L'évolution des idées, celle de la doctrine militaire et l'insertion du soldat dans la société civile laissent moins de place aux valeurs traditionnelles de courage, de bravoure et de

vaillance. Soumis à moins de charge héroïque aujourd'hui, le combattant moderne est rapproché d'un technicien se soutenant des innovations technologiques. Cette évolution, qui touche jusqu'au fantassin sur le terrain, est amenée à s'accélérer. L'apport massif de l'électronique sur les théâtres opérationnels apporte un progrès dans les moyens de communication et d'information, mais aussi une complexification de la perception du terrain. Le combattant n'est pas épargné par le danger et l'angoisse. Mais les calculs précis et l'obtention de renseignements visent à l'action la moins risquée possible via le contrôle optimal du terrain (38).

3.5. Les théâtres opérationnels

La professionnalisation de l'armée s'accompagne d'une plus grande capacité de projection vers des théâtres opérationnels souvent dans le cadre de la participation de la France dans l'OTAN. Comme le souligne le nouveau Livre Blanc sur la défense et la sécurité nationale, « le monde n'est pas nécessairement plus dangereux, mais il est devenu plus instable et plus imprévisible. Il existe en l'occurrence une montée du terrorisme en France mais aussi dans le reste du monde. La nation exige des militaires le plus haut degré de professionnalisme dans tous les domaines... » (39).

Il existe plusieurs sortes de missions. Celles dites de guerre sont les plus classiques puisqu'il s'agit d'un engagement au combat dans un conflit déclaré. Les deux guerres mondiales du XX^{ème} siècle font malheureusement référence en la matière. Mais les guerres persistent pour l'armée française avec l'Indochine, l'Afrique du Nord et plus récemment le Golfe en 1990 avec la mise en place de la psychiatrie opérationnelle au plus près du combattant. Depuis, des psychiatres sont régulièrement projetés sur les théâtres d'opérations. Les missions sont diverses. Certaines, comme « le Golfe », sont des missions de guerre avec un engagement au combat dans un conflit déclaré. Le plus difficile pour nos combattants n'aura pas été, paradoxalement, de se battre mais d'attendre interminablement le lancer de l'offensive par les forces armées adverses. Plus récemment, des missions d'interposition ont vu le jour, constituées par des foyers multiples et mobiles, avec l'engagement de la FORPRONU en ex-Yougoslavie ou de la FINUL au Liban. Ces dernières ont progressé vers des missions de maintien de la paix, apparemment plus calmes mais lors desquelles des actions brèves et limitées, particulièrement offensives, peuvent éclater, apportant leur lot de traumatismes psychiques avec la rencontre par surprise et violence de la probabilité imminente de la mort. Les missions humanitaires, telles que l'opération « Turquoise » au Rwanda, peuvent être hautement déstabilisantes, traînant dans

leur sillon leur lot d'horreurs par la confrontation soudaine à des atrocités (charniers, massacres, ...). Il faut savoir que certaines unités sont particulièrement mobiles avec des départs en OPEX annuels, d'une durée allant classiquement de quatre mois à six mois, cas actuellement de l'Afghanistan pour les militaires engagés dans les OMLT (*Operational Mentoring and Liaison Team* ou Équipe de Liaison et de Tutorat Opérationnel).

De nos jours, l'implication de la France en Afghanistan dans le cadre de l'OTAN illustre les nouvelles exigences opérationnelles. Les OMLT sont de petites équipes de militaires français ayant la charge de conseiller les militaires de l'Armée Nationale Afghane (ANA) pour développer l'instruction et l'entraînement (*mentoring* en anglais) et permettre à ces unités de bénéficier des appuis directs (feu, aérien, renseignement) lorsqu'elles sont engagées au combat. Ces équipes sont exposées quotidiennement à l'imprévisibilité et à la violence des combats menés dans un milieu montagneux hostile.

Globalement, le caractère multinational de la plupart des missions actuelles nécessite de grandes capacités d'adaptation de la part du combattant. Les contraintes psychologiques sont liées d'une part à la répétition des missions (jusqu'à une OPEX/an pour certaines unités particulièrement opérationnelles) et d'autre part aux particularités de la vie en OPEX (promiscuité, fatigue chronique, parfois ennui entre deux opérations, mais aussi confrontation à la mort laissant s'installer un état d'alerte permanent psychologiquement épuisant). Parallèlement, la médiatisation croissante des conflits confronte le militaire à l'opinion publique sur la conduite et la portée de sa mission. Les militaires doivent donc posséder de bonnes assises psychologiques répondant aux normes d'aptitude avalisées par le commandement.

3.6. Le rapport à la violence et l'exigence du psychisme

Des menaces émergentes, dont le terrorisme représente le paradigme, constituent de nouvelles formes d'emploi pour les forces opérationnelles. Les progrès dans les domaines nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique font apparaître de nouvelles menaces plus insidieuses.

Les matériels utilisés sont de plus en plus sophistiqués et nécessitent non seulement une formation technique de qualité mais aussi une attention particulière lors de leur utilisation, excluant tout trouble psychologique qu'il soit chronique, comme un trouble de la personnalité par exemple, ou ponctuel comme des troubles du comportement sous l'effet de substances psycho actives (SPA).

Une particularité militaire est la dimension si spécifique de l'usage de la force. Mais l'armée est en charge d'un usage maîtrisé de celle-ci au service d'une intention politique, légitimée par un cadre légal bien défini. Les contours de l'usage de cette violence sont clairement délimités par le droit de la guerre et les conventions internationales dont font partie les conventions de Genève.

C'est plutôt la question de la mort donnée, mais aussi reçue, qui vient assombrir cette particularité. Point ultime de l'engagement, dans toute l'acceptation de ce terme, « celui qui choisit de s'engager peut être amené au sacrifice ultime » (35). Cette dimension essentielle est toujours présente de manière plus ou moins consciente. Le récent concept de guerre « zéro mort » rend aujourd'hui plus intolérable les pertes humaines avec un Service de santé des armées toujours plus présent auprès des forces (38).

Au-delà des effets de la confrontation à la violence et à la mort, dans le cadre classique du champ de bataille, les nouveaux contextes d'intervention apportent de nouvelles contraintes qui peuvent être déstabilisantes pour ceux qui les affrontent. L'idéal de l'action humanitaire peut être anéanti par le sentiment d'impuissance. La difficulté pour localiser la menace dans certaines missions d'interposition, qui incombent au « soldat de la paix », peut désemperer ce dernier. Si les différentes forces en présence sont une menace, la population qu'il vient protéger compte aussi des individus menaçants ! En réponse au vacillement des repères habituels du soldat dans son engagement, le Général Morillon avait puisé chez Saint Augustin le concept de guerre juste pour laquelle il faut descendre dans l'arène. L'engagement retrouve des accents chevaleresques car il s'agit ni plus ni moins que de « sauver le droit imprescriptible à l'existence de populations entières ». Les valeurs patriotiques de l'action dépassent alors largement les frontières. S'agissant du recours aux armes, il précise que « dans la mesure où l'on défend une cause, et en particulier la paix et la restauration des droits élémentaires des individus, l'emploi de la force est parfaitement justifié. Une arme du point de vue de la morale est neutre. Mais la manière dont on l'utilise peut être bonne ou mauvaise » (40).

Le militaire fait un métier à risque : confrontation à la violence des hommes, au premier chef de laquelle sa propre violence, confrontation à des dilemmes éthiques, être blessé, mourir. Mais le rapport au risque est influencé par de multiples facteurs : objectivité du risque encouru mais aussi subjectivation de celui-ci à travers les aléas de l'histoire familiale, personnelle ou professionnelle, structuration de la personnalité du sujet, qualité de son

insertion dans le groupe d'appartenance. L'organisation et les valeurs du groupe, la mission, la personne du chef, les relations hiérarchiques, la cohésion du groupe, viennent structurer de manière formelle ce qui serait susceptible d'ouvrir sur une désorganisation individuelle ou collective. Le concept « zéro mort » devient l'idéal de l'action coercitive et, plus grave car totalement déréelle, la norme dans nos opinions publiques. Ainsi, ce qui pourrait apparaître comme l'exposition inutile, le dommage non justifié, la faute contre l'éthique, tombent-ils dans le domaine de la règle commune du droit et se qualifient en termes d'erreur ou de faute. Pourtant, il existe indubitablement une valorisation du risque dans l'institution militaire. Des groupes dont la caractéristique est de risquer plus que d'autres dans leur emploi sont regardés avec admiration. À ce titre, le risque pris et partagé renforce la cohésion du groupe. Nous parlons ici d'unités spécialisées comme par exemple le GIGN (Groupe d'Intervention de la Gendarmerie Nationale), les unités commandos, les chuteurs opérationnels. Mais l'anticipation, l'entraînement, la technicité viennent là, par leur vertu protectrice, faire contrepoin, permettant de repousser les limites du risque pris sans tomber dans l'imprudence. L'une des spécificités de l'état de militaire est d'accepter la prise de risque sur ordre. Ce qui fait peser sur le commandement une lourde charge : celle de connaître la limite de compétence de ses hommes, leur point de rupture et d'en tenir compte (38).

4. Place de la psychiatrie dans l'Armée

4.1. La sélection des futurs engagés

4.1.1. Le rôle du Groupement de Recrutement et de Sélection (G.R.S.)

Les sujets désireux de s'engager dans l'armée doivent au préalable se présenter dans un Groupement de Recrutement et de Sélection (GRS) où pendant deux jours sont déterminés un niveau d'aptitude générale à la vie militaire (NAG) et un niveau d'aptitude spécifique à la vie militaire (NAS).

La Région Terre Nord-Est (RTNE) est rattachée au GRS de Nancy où 150 jeunes se présentent chaque semaine. Les candidats sont accueillis 48 heures et suivis par les mêmes cadres durant toute cette période. Ils passent une nuit au GRS en collectivité.

Les NAG et NAS sont déterminés à l'issue d'épreuves non médicales consistant à passer des épreuves sportives, des tests psychotechniques (un test de personnalité, un test de niveau intellectuel et un test de gestion du stress) et à remplir des questionnaires biographiques et d'insertion professionnelle. Plusieurs dimensions de la personnalité sont observées : les capacités d'improvisation, l'agréabilité, l'introversion, la stabilité émotionnelle, l'ouverture au changement et la capacité d'être consciencieux. L'appréciation du niveau intellectuel se base sur une évaluation cognitive visant à juger de la capacité d'apprentissage dans les domaines spatial, verbal et abstrait. L'estimation de la gestion du stress requiert une approche sous trois capacités à faire face nuancées. La réponse peut laisser place à l'émotivité, peut être orientée vers le problème (le sujet imagine la résolution du problème) ou répondre par l'évitement (possible adaptatif).

Cette population est ensuite soumise à des épreuves médicales assurant une sélection globale en vue d'obtenir des recrues aptes à servir dans des conditions diverses et souvent contraignantes. L'instruction ministérielle 2600 du 2 décembre 2003 (41) définit les missions, le fonctionnement et l'organisation du centre d'expertise médicale, anciennement appelé département d'expertise médicale (DEM), qui est chargé de procéder aux expertises médicales initiales des candidats à l'engagement mais aussi d'assurer le soutien médical des épreuves physiques et sportives de la sélection.

L'évaluation globale tâche ainsi de déterminer non seulement la motivation mais aussi les capacités sportives, comportementales et d'apprentissage, tout ceci étant assujéti à l'aptitude médicale.

Le candidat qui est sélectionné est incorporé à une date ultérieure et bénéficie d'une période probatoire de six mois. Durant cette période, le jeune EVA découvre le milieu militaire au cours de la période de formation initiale et peut ainsi juger de son adhésion ou non à l'institution militaire. Il peut résilier son contrat pendant cette même période ou être réformé en situation d'inadaptation jugée incompatible avec la profession de militaire.

4.1.2. Le sigle P

À l'issue de l'examen clinique, le candidat se voit attribué un profil médical appelé SIGYCOP, S pour membres supérieurs, I pour membres inférieurs, G pour état général, Y pour les yeux, O pour les oreilles et P pour psychisme. La détermination de l'aptitude est régie par l'instruction ministérielle 2100 (42) qui correspond à la référence pour l'aptitude médicale à servir. Le médecin chef de la structure confirme ses valeurs et clôture le certificat médical d'aptitude initiale. Il détermine l'aptitude à servir ou à l'emploi du candidat et établit le certificat médico-administratif d'aptitude initiale.

L'évaluation psychiatrique initiale vise à estimer la potentialité d'adaptation du candidat au milieu militaire. Différents coefficients existent de P0 à P5. Lors de la sélection médicale initiale, le médecin examinateur ne peut attribuer qu'un classement P0 ou P5. Le coefficient 0 indique l'aptitude initiale à l'engagement. Il correspond à un niveau intellectuel satisfaisant et à l'absence de trouble psychopathologique cliniquement décelable ou d'antécédent psychiatrique avéré potentiellement évolutif. En vue d'évaluer de façon dynamique l'aptitude psychiatrique, ce sigle P0 n'est attribué que de manière temporaire. Après un délai de six mois, correspondant à la période probatoire lors de l'engagement, le candidat se voit attribué, par son médecin généraliste d'unité, un classement P définitif. Le coefficient P1 correspond à une bonne adaptation au milieu et à la vie militaire en particulier. Il confirme l'aptitude sans restriction à tous les types d'emploi. Le coefficient P2 indique la survenue de troubles mineurs de l'adaptation ou de difficultés d'ordre conjoncturel qui nécessitent de manière temporaire une limitation de l'aptitude à servir ou à l'emploi. À partir de P3, seul un psychiatre militaire peut se prononcer. Le coefficient P3 indique la présence de troubles répétés de l'adaptation incompatibles temporairement avec l'exécution du service. Le

coefficient P4 indique des troubles prolongés de la personnalité et des troubles prolongés de l'adaptation et correspond à une inaptitude définitive à la poursuite du service. Le candidat qui se voit attribué un coefficient 5 lors de la sélection présente une pathologie psychiatrique évolutive incompatible avec l'engagement dans les forces armées.

Lors de la sélection, pour définir avec le plus de justesse possible le classement P du candidat, le médecin militaire examinateur dispose de certains outils d'aide au diagnostic : le QBM (Questionnaire Médico-Biographique situé en annexe), avec certaines questions touchant au registre psychiatrique comme par exemple : « Avez-vous eu une maladie nerveuse ou une dépression ? », « Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide ? », et le QV5 (Questionnaire de Vulnérabilité psychologique situé en annexe). Ce questionnaire demande une passation en vingt minutes et a une correction automatisée. Il ne permet pas de réaliser un diagnostic mais il est un guide pour l'entretien psychiatrique. Les résultats sont de trois niveaux : « toutes les chances de s'adapter », « risques d'inadaptation importants » et « engagement refusé ». L'avis du spécialiste hospitalier régional peut être requis au moindre doute. Lui-même peut demander une autre batterie de tests psychologiques, en l'occurrence un test de personnalité, le MMPI (Inventaire Multiphasique de Personnalité de Minnesota).

La première approche est essentielle. La présentation du candidat (parfois inadaptée à la circonstance comme porter une feuille de cannabis en pendentif), la qualité de son contact sont des éléments d'appréciation importants. L'analyse de ses motivations est intéressante car si elles sont le plus souvent harmonieuses et cohérentes, elles sont parfois tout le contraire, puériles, illusoire ou même pathologiques. La biographie apporte des renseignements précieux, en particulier sur la notion éventuelle de trouble des conduites et de réactions plus ou moins pathologiques à des situations vécues comme frustrantes. La capacité de contrôle des affects est analysée ainsi que l'aptitude à différer les satisfactions. Le cursus scolaire, l'analyse des centres d'intérêt, les expériences de vie en collectivité, donnent un bon aperçu du type habituel de relation et du mode d'intériorisation des règles sociales. Les degrés de tolérance à l'anxiété et à la peur sont évalués. Le médecin dispose parfois d'un signalement de l'encadrement concernant un sujet qui n'a pas réussi à lire, à répondre aux tests ou qui ne veut pas respecter les consignes et se fait remarquer. Cet élément n'est à prendre en compte que comme un élément d'appréciation parmi d'autres afin d'appréhender la globalité du sujet dans une démarche clinique fondée sur la richesse d'une relation intersubjective.

4.1.3. Limites de l'approche psychiatrique lors de la sélection

Cette évaluation psychiatrique a quelques limites. L'essentiel de la compétence du généraliste qui expertise le jeune candidat repose sur son expérience et la connaissance du milieu militaire où il a exercé en tant que médecin d'unité. Mais il n'est pas spécialiste en psychiatrie. Le temps par candidat est limité à dix minutes du fait du nombre élevé de postulants vus par semaine. Le test QV5 de vulnérabilité psychologique est ancien et comprend un certain nombre de termes incompris de la génération actuelle, comme par exemple le terme « chaparder ». Mais celui-ci sera bientôt remplacé par un questionnaire modernisé. Les questionnaires font aussi que l'évaluation repose considérablement sur du déclaratif, limitant l'approche véritable de certains sujets, notamment concernant les conduites addictives. D'après une étude réalisée par le département d'épidémiologie médicale (DEM) de Nancy en 2003, un tiers des patients niait leur addiction (43). Selon les instructions ministérielles du 19 avril 2007 et du 9 juin 2008, le dépistage de substances psychoactives n'est prévu que lors de la visite médicale d'incorporation, les sélectionnés étant prévenus au moins un mois avant leur incorporation (44, 45). Des études sont en cours au niveau de la direction centrale afin d'harmoniser les pratiques en matière de dépistage de SPA à la sélection, mais surtout à l'incorporation et tout le long de la carrière.

Mais surtout, la plupart du temps, les candidats à l'engagement expriment une forte motivation, les conduisant à minimiser ou à dissimuler leurs problèmes de santé.

4.2. Rôle du psychiatre en temps ordinaire

La psychiatrie dans les armées en temps dits « ordinaires » répond aux nécessités de la préparation opérationnelle avec une articulation des dimensions du soin et de l'expertise.

La professionnalisation impose une attention toute particulière aux conditions de sélection mais également au suivi de l'aptitude au service grâce aux visites médicales annuelles. Les militaires sont régulièrement réévalués sur le plan psychologique non seulement durant leur période probatoire, mais aussi tout au long de leur carrière lors des visites systématiques annuelles auprès de leur médecin généraliste d'unité. Ils le sont aussi, lors des moments clés de leur cursus professionnel, en l'occurrence pour le renouvellement de contrat ou lors du passage au statut de carrière. L'approche psychiatrique est également présente en toile de fond lorsqu'il s'agit de statuer sur des aptitudes permettant au sujet d'accéder à certains postes, certaines fonctions, ou certaines compétences comme l'aptitude outre-mer et aux opérations

extérieures ou l'aptitude au port d'arme. L'objectif principal est de ne pas laisser un personnel s'exposer à des situations ou à un environnement susceptibles de fragiliser un équilibre psychoaffectif instable, voire d'aggraver un état de santé déficient. Parallèlement, il ne faut pas fragiliser le fonctionnement de l'institution avec des personnels dans l'incapacité psychologique de faire face aux impératifs opérationnels. Cela amène à faire remarquer l'impérative nécessité, pour celui qui évalue le patient, de bien connaître les exigences physiques mais aussi psychologiques du milieu militaire.

Le psychiatre peut être sollicité en temps qu'expert pour évaluer systématiquement l'aptitude pour certains emplois (comme par exemple pour le personnel navigant) ou bien à la demande du commandement ou des services médicaux d'unité. Les médecins d'unité sont fréquemment amenés à adresser à leurs confrères spécialistes des patients pour lesquels subsiste un doute quant à leur capacité à l'exercice d'une tâche. Parfois, c'est le psychiatre qui, de sa propre initiative, décide d'une inaptitude partielle ou totale à partir des éléments cliniques dont il dispose. Il répond à son confrère médecin généraliste d'unité en termes de décision médico-militaire (DMM). Afin de pouvoir exercer sa charge expertale, le psychiatre militaire se doit de connaître le mieux possible le milieu dans lequel évolue le militaire.

Qu'il s'agisse de l'anamnèse ou d'éléments biographiques, tous ces renseignements sont couverts par le secret professionnel. L'application de normes d'aptitude n'est pas si simple dans un domaine aussi subjectif et c'est alors que l'expérience prend toute sa place pour assurer la pertinence du choix. Dans le cadre de l'expertise, la démarche explicative envers le patient est essentielle par rapport à ce qui est observé et à l'égard des répercussions sur son aptitude à servir ou à exercer tel ou tel poste. Les voies de recours existantes assurent la garantie d'une décision finale la plus appropriée. Que le patient soit vu à l'occasion de sa visite systématique annuelle en unité ou bien chez le spécialiste, la décision d'aptitude est associée à des conseils préventifs et/ou d'orientation vers les soins s'ils s'avèrent nécessaires. Si certains patients préfèrent être suivis dans le milieu civil et échappent parfois à cette approche expertale militaire, par crainte de retombées sur leur aptitude, le psychiatre privilégie la santé du personnel afin que le soin et l'aptitude se conjuguent au mieux dans l'intérêt du sujet.

4.3. Rôle du psychiatre en situation opérationnelle

L'évaluation initiale et périodique est en amont de l'activité opérationnelle et concourt au maintien de cette capacité opérationnelle. Les conditions d'engagement de nos forces sur les théâtres d'opération depuis près de vingt ans ont donné l'occasion de mesurer et de donner sa place à la perspective actualisée des problèmes psychiatriques en situation opérationnelle.

Les principes généraux de la prise en charge des troubles psychiatriques en situation opérationnelle, auxquels le psychiatre américain Salmon (46) a laissé son nom, au-delà de la conservation des effectifs, visent aussi à apporter au combattant l'aide qu'il est légitimement en droit d'attendre, là où il se trouve et au plus près de ses besoins psychiques. Ces derniers ne peuvent être réduits aux conséquences d'un défaut d'adaptation, fussent-ils en relation avec des conditions extrêmes, ni à un désordre d'ordre émotionnel qu'il serait possible de saisir tout entier dans une dimension neurobiologique. Ils ne peuvent non plus se résoudre dans les approches standardisées où l'évaluation, la mesure objective, viendraient à elles seules, garantir de la qualité du soin à mettre en œuvre. La clinique en situation opérationnelle ne peut se résumer à une clinique de stress car elle revêt un au-delà non réductible à une seule perspective. C'est une clinique de la rencontre devant laisser la place à la singularité d'une expérience plus qu'à la standardisation de la mesure et de l'évaluation. L'action du psychiatre ne peut se concevoir que dans une coordination avec celle du médecin généraliste. Le médecin militaire peut être parfois confronté à des contextes d'intervention éprouvants. Placé au cœur de l'expérience subjective que traversent ceux qu'il assiste, il se trouve lui-même impliqué par ses effets. Il doit être attentif à ne pas être pris dans des effets imaginaires qui ne manquent pas de se développer dans ces contextes. Tant au regard de l'institution militaire que dans celle de sa position médicale, il convient qu'il occupe une position d'« extimité » lui permettant d'avoir le recul nécessaire pour se préserver au mieux des effets imaginaires d'une situation et être ainsi plus à l'écoute du ressenti de chacun. Cela requiert une « neutralité active », amenant à souligner l'importance de cette position particulière d'implication active auprès des patients, de ses collègues médecins, auprès du commandement dans ses actions de conseil. C'est alors que l'on mesure l'importance de son engagement dans le respect des exigences techniques, déontologiques et éthiques. Cependant, le médecin d'unité n'est pas le psychiatre de l'avant (35).

L'action du psychiatre en situation opérationnelle privilégie l'aide apportée au plan individuel qui peut avoir secondairement des effets positifs sur la capacité opérationnelle des unités. Les

principes de Salmon (46), issus d'expériences menées lors du premier conflit mondial, sont toujours appliqués mais avec quelques actualisations afin d'assurer la continuité de leur pertinence. Les notions d'immédiateté et de proximité de la prise en charge, au-delà des conditions matérielles de leur mise en œuvre, renvoient à des aspects essentiels des besoins psychiques du combattant dans l'expérience psychique traversée. La notion d'expectative présentée parfois comme un temps d'attente, de récupération en zone opérationnelle, se doit plutôt d'être un temps actif de traitement dans la mise en œuvre de l'intervention spécialisée. Cette mise en pratique s'est développée en dehors du milieu militaire. Dans les années 1990, une organisation nationale civile, à l'instar de ce que faisaient déjà depuis plusieurs années les psychiatres militaires, a été créée, de sorte que lorsque survient un événement potentiellement traumatique, une cellule médico-psychologique est déployée automatiquement (47). Médicalement, ce déploiement immédiat est justifié par la probabilité de troubles psychologiques spécifiques de l'événement. Médialement, il témoigne d'une attention affichée envers les victimes. Il concrétise la compassion que l'on attend des plus hautes autorités de l'État.

En milieu militaire, la mise en place du soin par le spécialiste dépasse le temps de l'événement et le médecin d'unité se voit au cœur du dispositif opérationnel, le seul à juger en temps qu'expert et soignant de la nécessité d'avoir recours à l'intervention spécialisée. L'action du psychiatre, une fois sollicitée, ne se réduit pas à une intervention ponctuelle. Elle peut s'inscrire dans la durée pour accompagner de manière rapprochée le combattant aux différents temps marquant les suites d'un événement traumatique. C'est une action aujourd'hui bien perçue par les militaires et de plus en plus sollicitée par le commandement.

De nos jours, dans l'Armée française, l'intervention du psychiatre est prévue dans le cadre de l'organisation du soutien sanitaire de certaines opérations. Dans certaines formations, sur des opérations de moindre importance, l'affectation d'un psychiatre est évaluée au cas par cas. Les blessures psychiques, suite à un événement caractérisé par ses effets de surprise et de violence, source potentielle de syndrome de répétition post-traumatique lorsque le sujet est confronté avec effroi à l'occurrence de sa mort, ou encore de celle de l'autre (dans le sens de *l'alter ego* ou autre moi-même) doivent bénéficier de soins immédiats, dans les heures suivant l'événement, offrant un accueil et une écoute, puis de soins post-immédiats sous forme de groupes de parole ou de *débriefing*, suivant l'état psychologique des victimes. Ce temps du *débriefing* respecte la fonction protectrice du groupe pour chacun des membres, par rapport à

un monde extérieur. L'objectif est de permettre à chacun une prise de parole personnelle qui est un premier pas vers la réappropriation de son propre vécu de l'événement, de ce qui lui est propre. Si certaines études tendent à remettre en cause la pertinence de ce procédé et l'efficacité même du débriefing dans la prévention des états de stress post traumatique, il ne faut pas réduire cette action post-immédiate à la seule perspective de la prévention de ces états. Il s'agit d'être au plus près afin de répondre aux besoins de soutien psychiatrique et psychologique du combattant. Ce travail psychologique doit se compléter d'un aspect médico-militaire avec en particulier la rédaction d'un certificat circonstancié (48, 49).

La prise en charge individuelle est l'objectif *in fine*. Elle cherche à redonner au sujet sa liberté de choix et sa capacité de jugement si elle a pu être altérée par la situation rencontrée.

Si certains troubles comme un trouble psychotique ou un état délirant aigu nécessitent un rapatriement sanitaire urgent vers la métropole, dans d'autres situations l'application des principes de Salmon (46) constitue un canevas à réadapter au contexte. Cette stratégie souligne que la symptomatologie « en situation de crise » ne préjuge pas de la suite et qu'il importe de se donner du temps. Une extraction trop rapide du milieu n'est souvent pas favorable à la résolution des troubles. Mais l'identification d'un trouble post traumatique (état de stress aigu) pose la question de la poursuite de la mission. Si la souffrance s'exprime en milieu professionnel, il peut être utile d'extraire temporairement le sujet de son milieu ouvrant les conditions d'une résolution simple de la situation conflictuelle. L'effraction traumatique est un événement bouleversant. L'indicible et l'incommunicable conduisent à l'isolement.

La mise en œuvre d'une prise en charge sur le terrain permet le maintien du militaire dans son environnement. Son groupe lui offre des repères utiles en situation de détresse psychologique. Une mise à l'écart du groupe dont le sujet partage le vécu commun et l'illusion d'une compréhension implicite est à redouter. Tout cela implique de ne pas opter trop hâtivement pour une solution de rapatriement. Toutefois, lorsque l'option du rapatriement est inévitable, il est indispensable d'assurer une continuité dans la dynamique de soin en ne laissant pas le sujet dans la méconnaissance de ce qui lui arrive, d'où l'importance capitale du temps accordé à la prise en charge individuelle sur le terrain opérationnel. La possibilité de parler à un thérapeute doit permettre de clarifier et de nommer l'expérience vécue ainsi que de créer un lieu pouvant contenir l'anxiété. Démêler les éléments de l'événement de ceux de l'histoire personnelle du sujet permet d'amorcer un apaisement et d'éviter la narration d'une fable que le sujet ne tarderait pas à vivre comme une réalité. Le recours à des psychotropes (surtout les benzodiazépines) est modéré, limité dans le temps, prenant en compte les risques d'altération de la vigilance et des fonctions cognitives du combattant mais aussi entravant les qualités

d'introspection utiles à la prise en charge psychothérapique. La continuité des soins est assurée en métropole dans l'un des Hôpitaux d'Instruction des Armées.

4.4. Le trouble de l'adaptation en milieu militaire

Les troubles de l'adaptation sont fréquents dans la population générale et cela est encore plus vrai dans la population militaire toutes catégories confondues. Leur taux de prévalence dans la population des rapatriés sanitaires peut être estimé à près de 40%. Le trouble de l'adaptation a une pertinence particulière en psychiatrie militaire du fait même du milieu riche en facteurs de stress qu'est l'armée tant dans son activité de temps de paix (incorporation, contraintes de disponibilité, retentissement sur la vie familiale, contraintes dues aux environnements spéciaux : confinement du char ou du sous-marin) qu'en OPEX (séparation de la famille, insécurité). En milieu militaire, le trouble de l'adaptation résulte de l'interaction entre un sujet, l'institution militaire et une situation donnée au sein de cette institution (27).

À l'époque du Service National, un des enjeux de l'expertise psychiatrique était de dépister au sein d'une population importante et hétérogène un trouble psychopathologique susceptible de décompenser en situation. Les manifestations d'impulsivité, d'intolérance à la frustration, de dépendance affective et leur cortège de symptômes associés (anxiété, dépression, troubles des conduites) venaient grossir le rang d'un autre concept tout aussi contesté, celui de l'immaturité psycho-affective. L'association des deux signalait l'inadaptation au milieu militaire et motivait la décision de réforme. Ce diagnostic corrélé à l'événement, occultant d'éventuelles difficultés antérieures, allait souvent dans le sens des demandes de l'appelé (à être réformé) et de l'institution. En apaisant une tension, il amendait une symptomatologie souvent bruyante dans le soulagement d'une décision qui ne disait rien du sujet. Il n'en était pas moins porteur de sens, comme le montre la fréquence avec laquelle nous rencontrons en expertise (dans les consultations de psychiatrie des hôpitaux d'instruction des armées) d'anciens appelés désireux de voir modifier leur sigle « P », démarche souvent faite dans une perspective de réengagement et /ou de réparation devant une réforme vécue comme dévalorisante.

Depuis la disparition de la conscription avec la professionnalisation des Armées, les conditions d'emploi plus techniques et la grande fréquence des départs opérationnels constituent autant de situations mettant à l'épreuve les capacités des personnels, membres d'un groupe organisé où l'idéal collectif prévaut sur l'intérêt individuel. Des difficultés peuvent apparaître quand l'expérience personnelle ne coïncide pas avec l'idéal du groupe

(27). La question de l'adaptation peut par conséquent se poser tôt ou au cours des premières OPEX, parce que le point de rupture est atteint, ou parce qu'un trouble psychiatrique sous-jacent se révèle (trouble grave de la personnalité, déclenchement psychotique, ...) dans des moments délicats de déstabilisation. Les psychiatres s'accordent sur la forte incidence des troubles psychiques pendant et après une mission. Un tiers des militaires de retour de déploiement présente des troubles psychiques avec une prédominance de la symptomatologie anxio-dépressive, dominée par les troubles post traumatiques. Les conduites addictives constituent souvent une complication de tels tableaux pathologiques, avec une prédominance pour la consommation de cannabis et/ou d'alcool, mais aussi des conduites suicidaires (50).

La prise en charge des troubles dits de l'adaptation demande de dépasser les manifestations comportementales ou les plaintes diverses pour en saisir la place dans le fonctionnement psychique et ce que cela vient révéler du sujet. Mais plusieurs écueils peuvent se présenter.

Le trouble n'est éventuellement pas reconnu par l'institution et de ce fait la souffrance du sujet n'est pas entendue. C'est le cas notamment de ces jeunes engagés volontaires qui connaissent des difficultés pour rompre leur contrat d'engagement et qui consultent en situation de crise après avoir accumulé les sanctions disciplinaires ou les jours d'arrêt de travail octroyés par un médecin civil. Une plainte mal définie, souvent somatique prend le devant de la scène et complique le repérage du trouble sous-jacent. La stigmatisation des troubles psychiques est également un frein majeur dans la prise en charge des militaires après leur retour d'OPEX. Plus de la moitié présentant des troubles psychologiques n'accèdent pas à des soins appropriés parce qu'ils ont une perception négative de la nature des troubles et parce qu'ils craignent de leur environnement un jugement négatif (50).

A contrario, le diagnostic est porté en excès lorsque d'apparents troubles adaptatifs viennent masquer une pathologie psychiatrique plus grave, jusqu'alors non décelée ou non révélée, qui se dévoile à travers des symptômes susceptibles d'entraîner la mise à l'écart par le groupe de celui qui en est porteur. Dans d'autres cas, c'est le sujet qui, dans le déni de sa propre histoire, projette sur une situation extérieure des conflits internes (27).

La période probatoire doit permettre l'évaluation de l'adaptation des jeunes engagés à leur nouveau milieu. Les troubles de l'adaptation alors constatés doivent conduire à une inaptitude définitive à servir. En OPEX, le trouble de l'adaptation peut imposer un rapatriement

sanitaire. Une limitation temporaire de l'aptitude à servir outre-mer ou en opération extérieure est souvent nécessaire (51).

Le trouble de l'adaptation, motif de réforme psychiatrique le plus fréquent, représentait en 2008 76% des cas et 98% des dossiers en 2009. Plus de 90% des sujets réformés étaient des EVA. C'est bien parce qu'il est difficile de déceler un trouble adaptatif mais aussi parce qu'il est un diagnostic « fourre tout », impliqué si fréquemment dans la réforme des EVA, qu'il est intéressant d'étudier cette population en souffrance psychique.

5. Matériel et méthode de l'étude

5.1. Objectif

Le trouble de l'adaptation représente le motif de réforme pour raison médicale psychiatrique le plus fréquent de l'institution militaire : 77% des patients réformés en 2008, en RTNE, l'ont été pour motif psychiatrique, dont 76% pour trouble de l'adaptation. Les chiffres de 2009 font état de 191 dossiers de réforme pour des motifs psychiatriques, dont 98% pour trouble de l'adaptation. Plus de 90% des sujets sont des EVA. Ce constat nous a amenés à étudier une population de patients EVA, en souffrance psychique, adressés en consultation de psychiatrie sur l'HIA Legouest Metz.

Notre hypothèse de départ est que certains facteurs environnementaux professionnels militaires sont associés dans la genèse du trouble de l'adaptation de façon statistiquement significative. Mais le trouble avéré de l'adaptation professionnelle ne serait qu'un mode révélateur de psychopathologies sous-jacentes.

D'abord, il nous a paru nécessaire de démontrer l'association majeure des difficultés professionnelles dans la genèse des troubles de l'adaptation de la population des EVA. Ce diagnostic étant une réaction à un stress, nous cherchons à préciser les différents facteurs environnementaux professionnels militaires associés dans cette genèse.

L'analyse qualitative et quantitative des différents événements professionnels doit permettre d'identifier l'association plus ou moins prégnante de différentes contraintes du milieu professionnel militaire dans la genèse du trouble de l'adaptation. Elle permettra de savoir par exemple si un psychotraumatisme opérationnel est davantage impliqué dans la survenue de la souffrance psychique que des difficultés relationnelles avec l'encadrement. Ensuite, l'évaluation de la présence de psychopathologies doit conforter notre hypothèse.

5.2. Nature de l'étude

Nos résultats sont le fruit d'une étude comparative entre deux populations : une population de patients EVA en souffrance (population M), et une population de témoins EVA considérés comme sains (population S). La population M est l'objet d'une étude prospective de huit mois. Ces EVA de la RTNE, âgés de 18 à 35 ans, ont été adressés par leur médecin généraliste d'unité en consultation de psychiatrie sur l'H.I.A Legouest pour avis diagnostique, possible prise en charge et décision médico-militaire (DMM).

5.3. Méthode

Lors de leur présentation au secrétariat du service de psychiatrie, les patients M se sont vus remettre un questionnaire anonyme (annexe 4) à remplir avant la consultation avec le spécialiste psychiatre et listant des difficultés environnementales professionnelles et personnelles.

Parmi les facteurs professionnels, sont proposés des événements potentiellement psycho-traumatiques comme par exemple le vécu des opérations extérieures avec son lot de visions traumatisantes, mais aussi des difficultés avec le groupe, la hiérarchie ou encore la déception dans l'emploi de militaire.

Parmi les facteurs personnels, sont proposés un psycho traumatisme non professionnel, le décès d'un proche, une rupture affective, l'éloignement familial, une maladie, mais également des difficultés judiciaires ou financières...

Un questionnaire anonyme (annexe 5) distribué à une population témoin d'EVA reprend les mêmes événements environnementaux professionnels et personnels.

Hormis l'approche environnementale du questionnaire, d'autres questions sont venues l'enrichir en vue d'une analyse variée. L'étude prospective avec observation des patients M a permis un recueil de données biographiques : âge, sexe, situation conjugale, niveau d'études, date d'engagement et de la consultation du médecin d'unité, unité d'origine et enfin motivation à l'engagement. Les patients pouvaient préciser leurs symptômes dans le registre des affects (humeur dépressive, anxieuse ou autre), dans leur comportement (auto-hétéro-agressivité, bizarrerie, fugue, désertion, punition, consommation de substances psycho-actives), leurs manifestations somatiques (troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques ou digestifs) et leur consommation d'alcool, de cannabis ou d'autres substances psychoactives. Une partie du questionnaire remis aux EVA du groupe M propose une liste de pathologies psychiques renseignée par le spécialiste psychiatre au cours de la consultation. Des critères diagnostiques des axes 1 et 2 du DSM IV-TR y sont listés, à savoir : les troubles liés à des substances, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles des conduites alimentaires, la schizophrénie, les troubles dissociatifs, autres troubles psychotiques et les troubles du contrôle des impulsions. Parmi les troubles de la personnalité sont répertoriés les personnalités paranoïaque, schizotypique, borderline, histrionique, dépendante, évitante, antisociale, obsessionnelle compulsive et enfin immature et simplet. Une mention sur la prise en charge du patient (suivi en secteur civil ou militaire) et la décision médico-militaire (DMM) est apportée.

5.4. Critères d'inclusion

La population M est une population d'opportunité, constituée par des sujets EVA âgés de 18 à 35 ans, exerçant dans les unités des différentes armées de la RTNE, adressés par leur médecin généraliste d'unité en consultation de psychiatrie sur l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Legouest de Metz. Le recrutement a duré huit mois du 18 février 2009 au 22 octobre 2009 permettant l'inclusion de 132 dossiers de patients qui manifestaient au quotidien une souffrance psychique nécessitant une expertise psychiatrique.

La population S constituée d'EVA considérés comme sains sur le versant psychiatrique, âgés de 18 à 35 ans, exerçait au 8^{ème} Régiment d'Artillerie de Commercy.

Le délai moyen d'apparition des troubles de l'adaptation dans la population M, calculé à trois ans et 21 jours, a imposé un recrutement de témoins engagés depuis un minimum de trois ans révolus. Les volontaires ont ainsi été sollicités parmi le listing des EVA âgés de 18 à 35 ans, comptant un minimum de trois ans d'engagement. Ces informations ont pu être facilement obtenues auprès du service des ressources humaines du régiment, au niveau de la cellule responsable de la gestion des personnels EVA. La liste des personnels répondant aux critères a été remise aux capitaines commandant les batteries afin de laisser leurs personnels, potentiels témoins, à disposition pour la réalisation d'un amphithéâtre. Les témoins ont été sollicités sur volontariat à l'occasion d'un amphithéâtre réalisé au 8^{ème} Régiment d'Artillerie de Commercy en décembre 2009. Originaires de différentes batteries (sections), ces témoins n'exercent pas les mêmes fonctions, n'ont pas le même encadrement et ne sont pas soumis aux mêmes contraintes environnementales.

Afin d'être assuré du caractère sain des témoins au plan psychologique, il fallait qu'ils n'aient jamais bénéficié d'une consultation de psychiatrie depuis leur engagement dans l'armée. La première question du questionnaire vise donc à leur demander s'ils ont déjà consulté un psychiatre ou pris un traitement à visée psychiatrique. Les dossiers de personnels ayant répondu positivement à cette interrogation ont pu être écartés de notre étude. Les deux populations étant indépendantes, les deux groupes sont totalement distincts.

5.5. Taille de l'échantillon

Selon la formule de Casagrande et Pike, pour obtenir une différence de pourcentage significative de 25% avec une puissance de 98%, chaque population doit comporter un

minimum de 125 sujets. Afin d'être le plus exhaustif possible, l'inclusion des patients s'est faite sur une période de huit mois du 19 février 2009 au 22 octobre 2009 sans limitation du nombre de patients. Ces derniers, quelle que soit la symptomatologie de leur souffrance, sont uniquement des engagés volontaires. Au total, 132 dossiers correspondant aux critères de sélection ont été retenus.

Nous avons inclus 127 témoins puisque autant de volontaires répondant aux critères de sélection ont bien voulu répondre au questionnaire.

5.6. Critère d'évaluation principal

La population M a été répartie en deux groupes selon que les patients répertoriaient une difficulté professionnelle ou non. Cette répartition a permis d'obtenir un pourcentage de sujets M ayant des difficultés professionnelles. La population S a également été répartie en deux groupes selon les mêmes critères permettant le calcul du pourcentage de témoins ayant des difficultés avec leur environnement professionnel.

C'est la comparaison des pourcentages obtenus au sein de chaque population qui permet de répondre à l'hypothèse principale. On rappelle que la différence de pourcentage doit être supérieure à 25% pour que le propos soit statistiquement significatif.

Les résultats en pourcentage des sous catégories de difficultés professionnelles (événements potentiellement psycho-traumatiques en OPEX, difficultés relationnelles avec le groupe, la hiérarchie, déception dans l'emploi de militaire) vécues comme une contrainte environnementale source de stress, permettent une réflexion concernant la perception de la contrainte professionnelle.

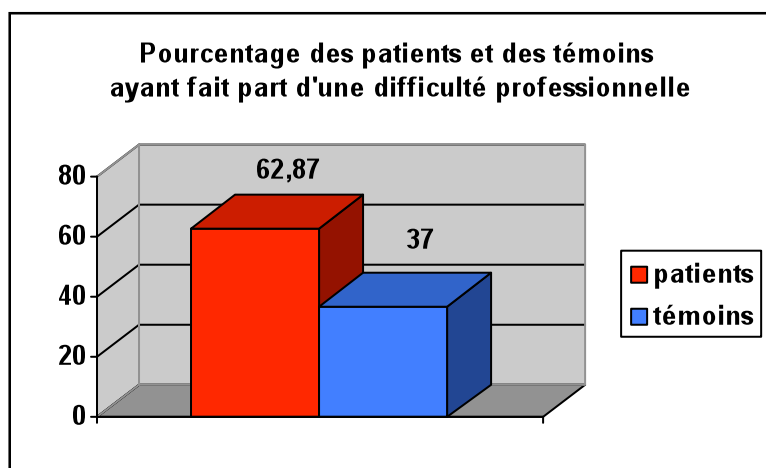
5.7. Autres critères

Toutes les autres informations recueillies (biographiques, symptomatiques, les consommations de substances psychoactives, les difficultés environnementales personnelles, les psychopathologies identifiées, la prise en charge et le devenir des patients) sont l'objet de résultats d'observation sous forme de pourcentage, sans comparaison à la population témoin. L'analyse de la population M à partir des informations recueillies permet une répartition, selon un profil biographique, selon les manifestations symptomatiques et selon les étiologies psychopathologiques associées au trouble de l'adaptation ou sous-jacentes à ce dernier. Cette partie d'étude a pour objectif la mise en lumière des possibles souffrances psychiatriques dont le trouble de l'adaptation serait révélateur.

6. Résultats de l'étude

6.1. Réponse à l'hypothèse principale : association des difficultés professionnelles avec le trouble de l'adaptation

Les patients de la population M ont identifié au moins une difficulté professionnelle pour 83/132, soit 62,87% d'entre eux. Ils sont 47/127 témoins, soit 37% de S, qui ont signalé au moins une difficulté professionnelle.



On observe entre les deux populations une différence de pourcentage de 25,87%. Cette différence statistiquement significative, au regard du critère principal d'évaluation, permet de conclure de la façon suivante :

Les difficultés professionnelles, quelle que soit leur nature, sont associées de façon statistiquement significative à la souffrance des patients adressés en consultation de psychiatrie.

Autrement dit, quelle que soit la nature de la difficulté professionnelle rencontrée (difficultés relationnelles avec la hiérarchie et/ou avec le groupe, psychotraumatisme à l'occasion d'une OPEX, ou déception par rapport au métier de militaire), le milieu professionnel militaire, avec son lot de contraintes spécifiques, est associé de façon statistiquement significative dans la genèse du trouble de l'adaptation.

Parmi les 83 patients EVA de la population M ayant renseigné au moins une difficulté professionnelle :

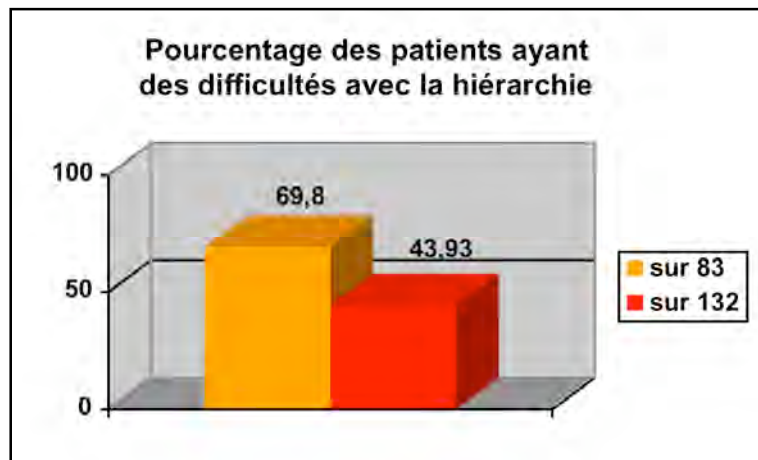
- 9,6% ont noté avoir vécu un psychotraumatisme dans le cadre de leur profession
- 45,7% ont relevé des difficultés relationnelles avec le groupe
- 69,8% ont relevé des difficultés relationnelles avec leur hiérarchie
- 7,2% ont eu des sanctions disciplinaires
- 9,6% (6,6% des 132) se sont dits insatisfaits de leur emploi.

Les évènements psychotraumatiques et la déception dans l'emploi de militaire se côtoient dans le cadre du trouble de l'adaptation. À noter que les évènements psychotraumatiques concernent quatre témoins, soit 3,2% des 127 témoins.

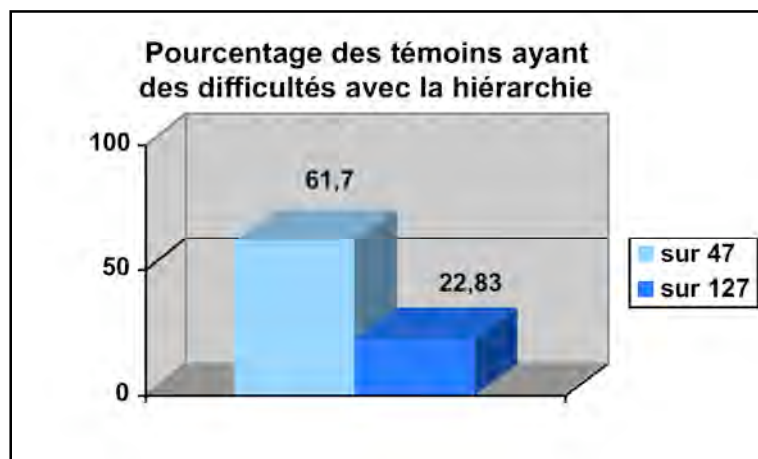


Il ressort de façon manifeste que les patients de notre étude sont en proie à de grandes difficultés relationnelles au sein de leur groupe ou de leur unité, surtout avec leur hiérarchie.

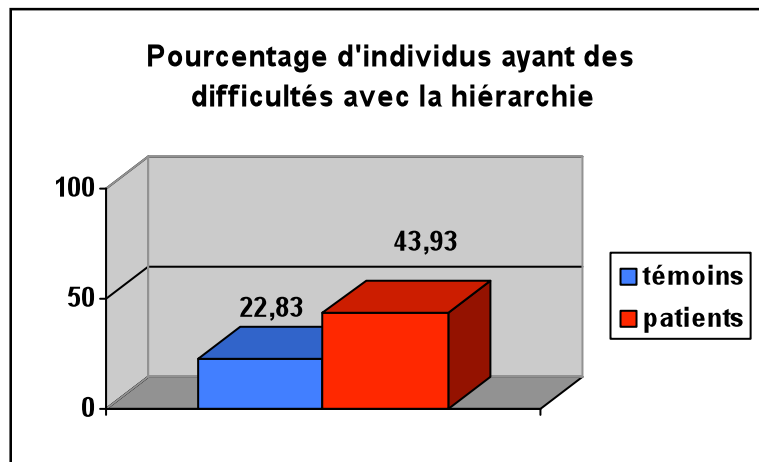
Notons que les 69,8% des 83 patients relevant des difficultés avec leur hiérarchie représentent en fait 43,93% des 132 patients.



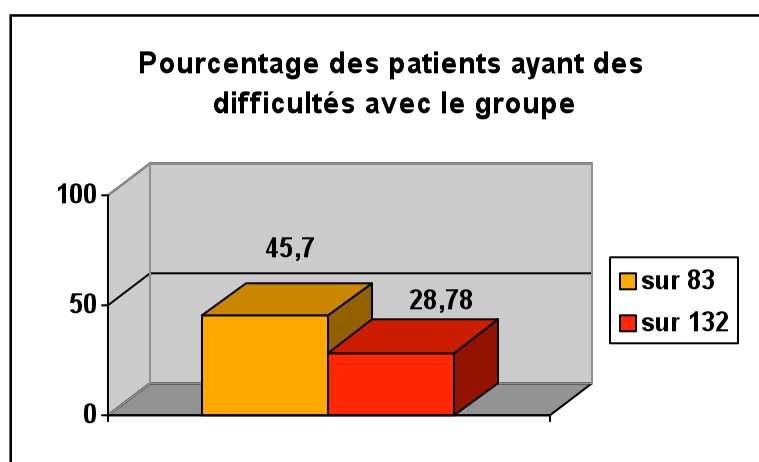
Dans la population des témoins, parmi ceux rencontrant difficultés professionnelles, 61,7% ont noté des difficultés avec leur hiérarchie mais ils représentent 22,83% de l'ensemble des témoins, soit deux fois moins que dans la population M.



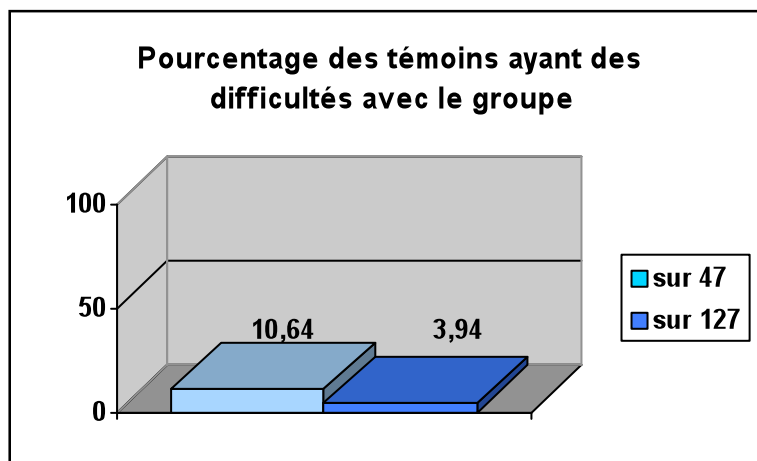
Cette différence entre 43,93% et 22,83%, si elle n'est pas suffisante sur le plan statistique (car inférieure à 25%), est néanmoins notable.



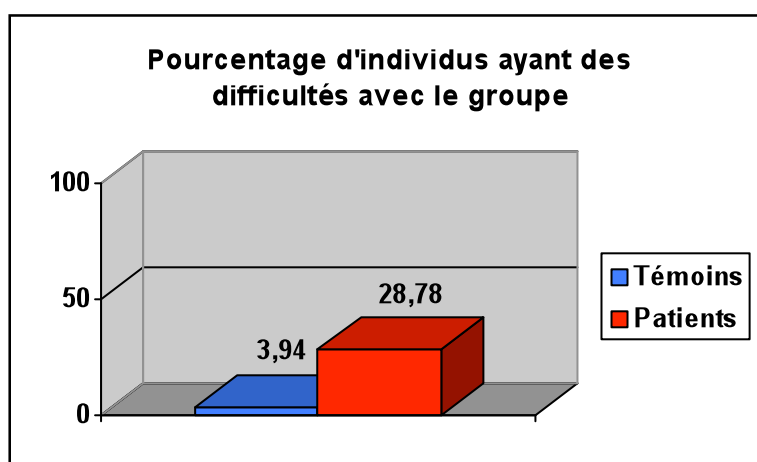
Concernant les difficultés avec le groupe, les 45,7% de patients ayant renseigné cet item, représentent 28,78% des 132 patients.



Dans la population témoin, ils sont 3,94% à avoir noté des difficultés relationnelles avec le groupe.



La différence de pourcentage est à la limite du significatif sur le plan statistique car avoisinant les 25% d'écart.



6.2. Association des difficultés personnelles avec le trouble de l'adaptation

Les difficultés environnementales personnelles concernent 33,3% des sujets de la population M.

- 40% ont perdu un être cher
- 20% ont connu une rupture affective
- 25% souffrent de l'éloignement familial
- 15,9% ont ou ont déjà eu des démêlés avec la justice
- 11,3% ont des difficultés financières.

L'approche consistant à considérer l'ensemble de la cohorte donne les résultats suivants :

- 5,3% ont eu des affaires judiciaires
- 3,78% ont des difficultés financières
- 6,8% ont été victimes d'un psychotraumatisme soit 2,3% des 132 patients.
- 2 patients parmi les 132 ont une maladie chronique somatique.

Dans la population de témoins, ils sont 39/127 soit 30,70% à présenter des difficultés personnelles. La différence des pourcentages entre les sujets M et les sujets témoins S n'est pas significative.

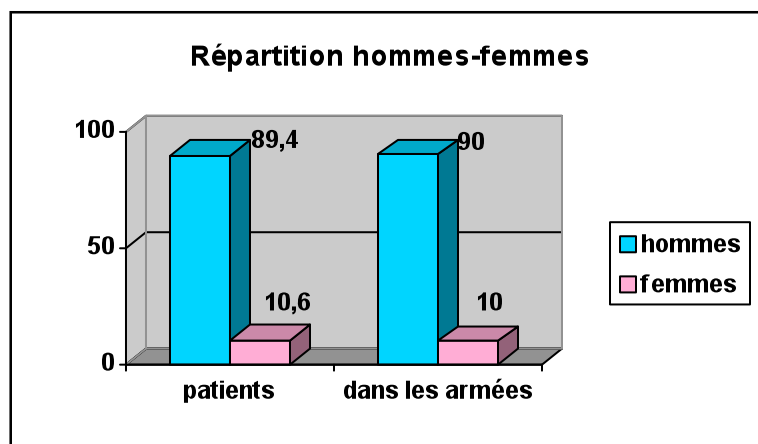
L'environnement personnel ne peut être considéré comme étant associé de façon statistique dans la survenue du trouble de l'adaptation de la population étudiée.

6.3. Le profil biographique des consultants

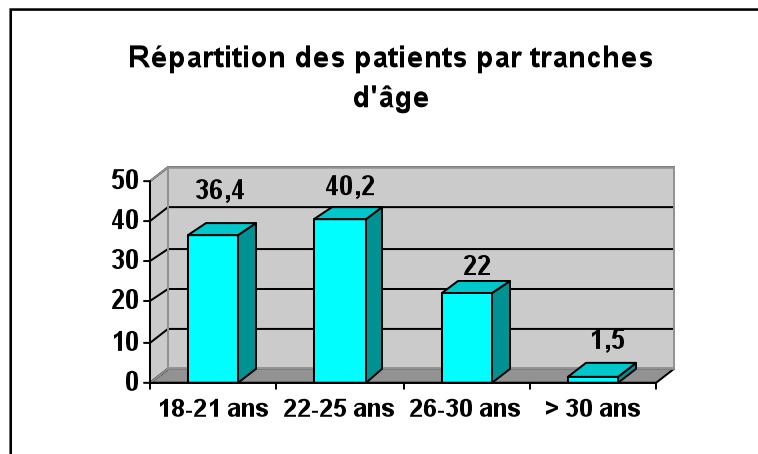
6.3.1. Sexe et âge

La population de sujets M se répartit selon les proportions suivantes :

- Sexe
 - o 89,4% d'hommes pour 10,6% de femmes
 - o Sex ratio : environ neuf hommes pour une femme.
 - o Ce rapport rappelle le taux de féminisation de 10% de l'armée de Terre : les patients EVA de notre étude reflètent la population militaire globale.

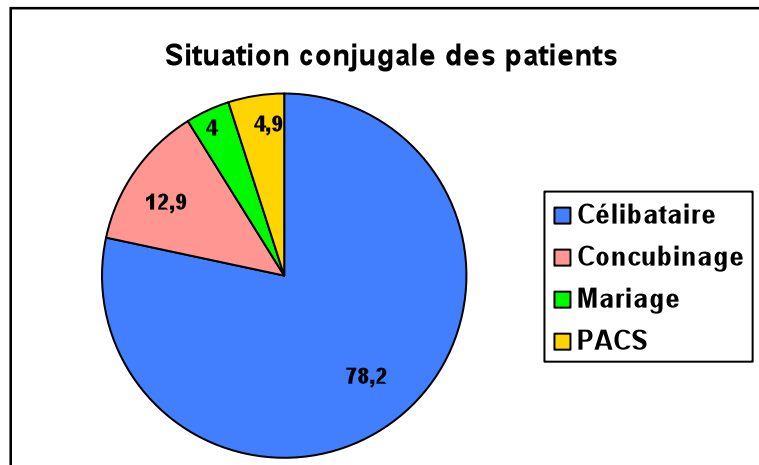


- Âge
 - o 76,6% des sujets M, au moment de la consultation, ont un âge inférieur à 25 ans :
 - 36,4% de 18 à 21 ans
 - 40,2% de 22 à 25 ans.
 - o 22% des sujets M sont âgés de 26 à 30 ans
 - o 1,5% sont âgés de plus de 30 ans.



6.3.2. Situation conjugale

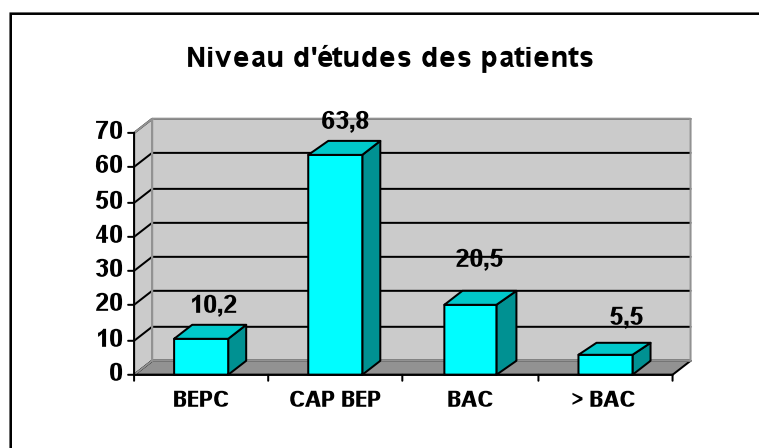
À la question concernant leur situation conjugale, huit patients n'ont pas répondu. Sur les 124 restants, 78,2% sont célibataires. Près de 13% (12,9%) vivent en concubinage. Le mariage concerne 4% et le pacs 4,9% des sujets.



6.3.3. Niveau d'études

127 patients ont renseigné la question portant sur leur niveau d'études.

- Ils sont 63,77% à avoir obtenu un niveau CAP-BEP.
- 20,47% ont un niveau Baccalauréat.
- 5,51% ont fait des études supérieures.
- 10,23% ont quitté le système éducatif à l'issue du BEPC.

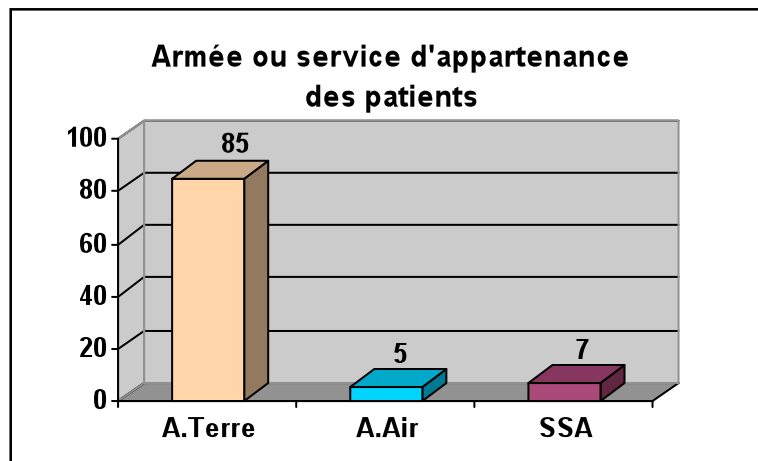


6.3.4. Unité d'origine

Parmi les 132 sujets de la population M, 33 n'ont pas renseigné la question concernant leur unité d'appartenance.

Parmi ceux qui ont répondu, on obtient la répartition suivante :

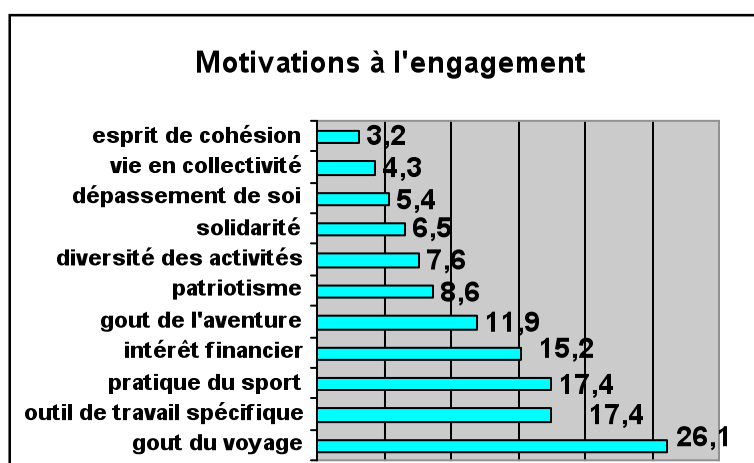
- 84,85% sont issus de l'Armée de Terre.
- 7% sont issus du Service de Santé des Armées.
- 5,05% sont issus de l'Armée de l'Air.
- Pour les trois sujets restants, on compte deux gendarmes et un marin.



6.4. Motivations à l'engagement

92 des 132 sujets ont su préciser quelles étaient ou quelles avaient été leurs motivations à l'engagement dans les forces armées.

- 26,09% des patients allèguent s'être engagés pour voyager.
- 11,9% ont désiré vivre une profession trépidante d'aventurier.
- 17,39% d'entre eux nourrissent l'espoir de pratiquer beaucoup de sport.
- 5,43% des sujets envisagent le dépassement de soi.
- 17,39% des cas présentent un engouement pour des outils de travail spécifiques comme les armes, les engins blindés, les avions ou les chiens.
- 7,6% d'entre eux sont attirés par la diversité des activités du militaire.
- 6,52% des cas recherchent le caractère humanitaire de certaines missions ou l'exercice de la solidarité au profit des concitoyens.
- 8,66% semblent animés par l'esprit de patriotisme.
- 2,17% recherchent le travail en équipe, se sont engagés pour l'attrait de la discipline. Ce sont seulement autant de sujets qui se sont engagés avec l'espoir de faire carrière.
- 3,26% attendent un esprit de cohésion.
- 4,34% mettent en avant un besoin de vivre en collectivité.
- 15,21% allèguent une motivation utilitaire et voient l'intérêt financier.
- 4,35% entrevoient dans l'engagement une issue de secours.
- 4,3% sont en quête de repères.

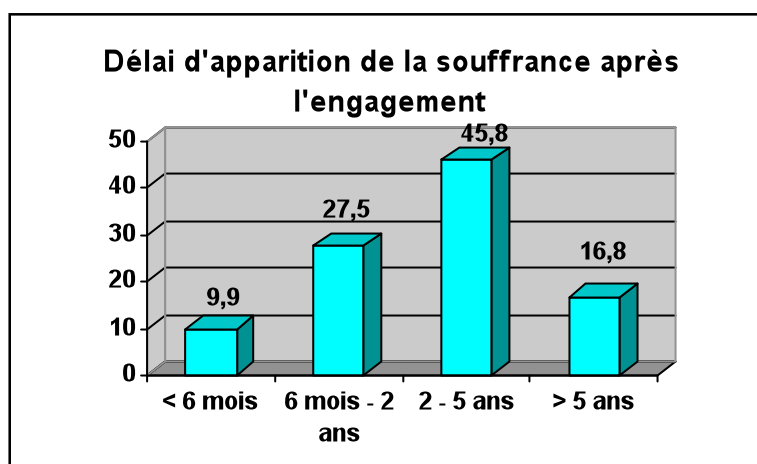


6.5. Délai d'apparition de la souffrance après l'engagement

Le délai moyen à partir duquel les patients ont eu recours à la consultation chez le médecin d'unité, donc le délai d'apparition de la souffrance après l'engagement, a été observé à trois ans et 21 jours.

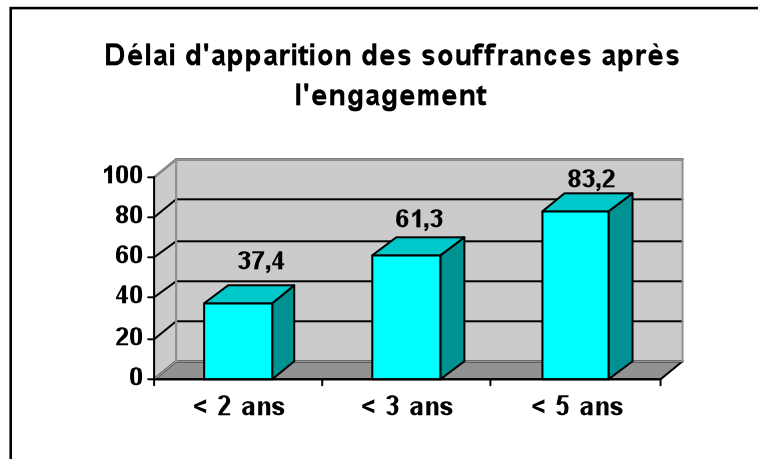
61,3% ont vu apparaître leur souffrance psychique avant trois ans, les conduisant à consulter le médecin généraliste d'unité. Parmi les EVA de la population M, 9,92% étaient en période probatoire, c'est-à-dire dans leurs six premiers mois d'engagement, lorsqu'ils ont été adressés chez le psychiatre. Pour 27,48% des patients, la souffrance est apparue entre six mois et deux ans.

Pour 45,8% des cas, cette souffrance est apparue entre deux et cinq ans et 16,79% des cas n'ont consulté leur médecin d'unité pour souffrance psychique qu'après cinq ans de service.



En cumulant les résultats, on observe que :

- 37,38% des patients ont développé leurs difficultés dans les deux ans après leur engagement dans l'armée ;
- 61,3% dans les trois ans (+24% en un an) ;
- 83,21% dans les cinq ans (+22% en deux ans).



La recrudescence des troubles de l'adaptation est majeure entre la deuxième et la troisième année d'engagement.

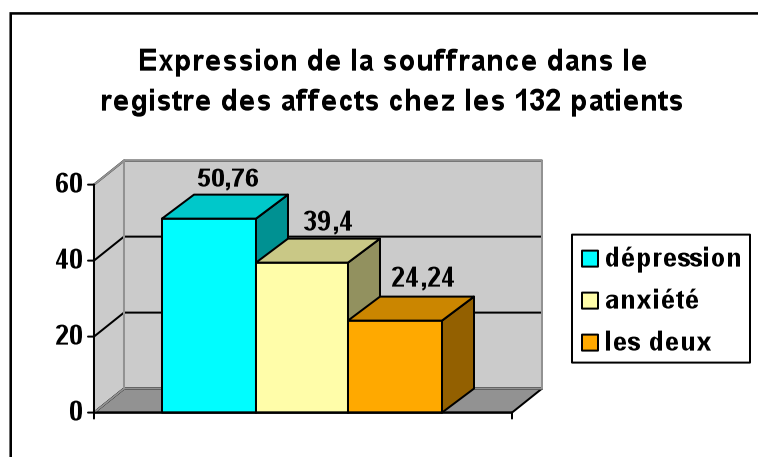
6.6. Expression de la souffrance et motifs de consultation

6.6.1. Aspects affectifs

108 sujets sur 132 (soit 81,81%) ont identifié leur motif de consultation auprès de leur médecin d'unité dans le registre des affects. 62,07% des 108 patients ont exprimé des éléments dépressifs, 48,14% des éléments anxieux et 29,63% les deux.

On peut également considérer que :

- 50,76% des 132 patients ont exprimé une souffrance à travers un sentiment de dépression ressentie ;
- 39,4% ont exprimé une anxiété ;
- 24,24% se sont plaint de l'association des deux.



6.6.2. *Changements comportementaux*

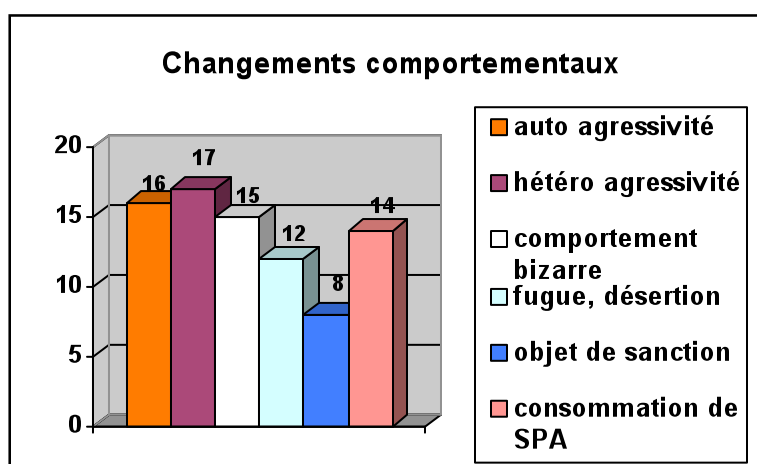
93 sur 132 sujets sollicités (70,45%) ont identifié un motif de consultation dans les changements de comportement.

Sur les 93 dossiers :

- l'auto agressivité apparaît dans 22,58% des cas avec une hétéro agressivité dans les mêmes proportions (23,66%) ;
- 21,5% ont estimé avoir ou avoir eu un comportement bizarre ;
- 17,2% des patients ont déjà fugué ou déserté et 11 ,8% ont fait l'objet de punition ;
- 20,4% ont reconnu leur consommation de substances psycho actives en la percevant en tant que trouble du comportement.

On peut présenter les résultats de la façon suivante :

- 16% des 132 sujets ont fait preuve d'auto agressivité et 16,6% d'hétéro agressivité ;
- 15,15% ont estimé avoir ou avoir eu un comportement bizarre ;
- 12,12% ont fugué ou déserté et 8,3% ont fait l'objet de sanction ;
- 14,4% ont allégué une consommation de substances psycho actives.

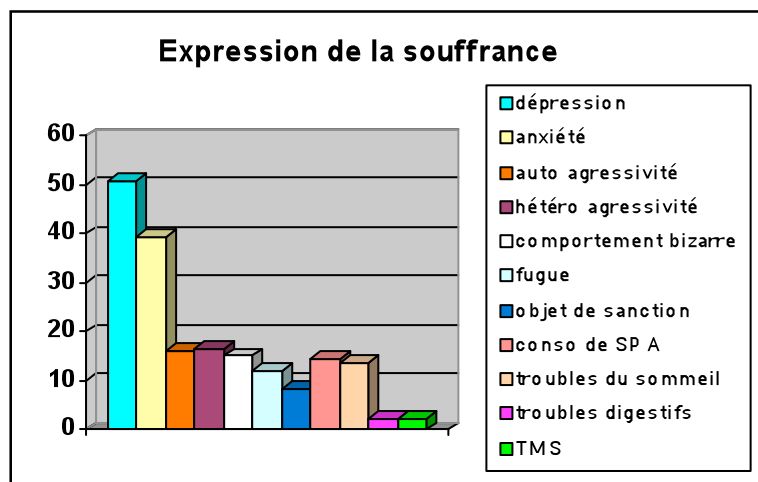
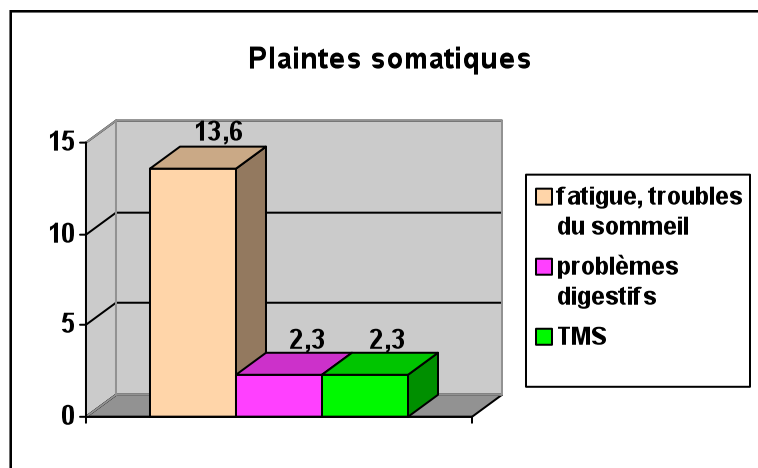


6.6.3. *Plaintes somatiques*

45 des 132 patients ont identifié une plainte somatique soit 34,1%.

On retrouve de la fatigue et des troubles du sommeil dans 40% des 45 cas. Les manifestations digestives et troubles musculo squelettiques (TMS) apparaissent tous deux dans 6,67% des cas.

Ainsi parmi les 132 patients, 13,63% ont identifié des troubles du sommeil et de la fatigue, 2,27% des troubles digestifs et autant des troubles musculo squelettiques.



6.7. Consommation de substances psychoactives

6.7.1. Alcool

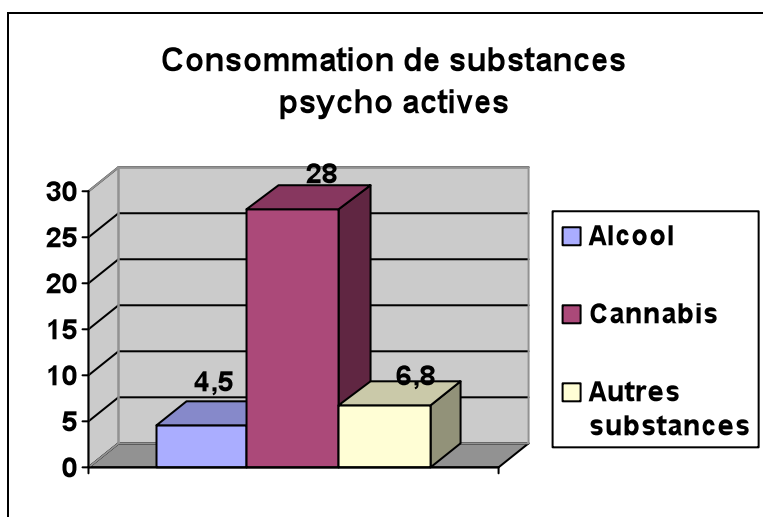
Seules les consommations supérieures ou égales au seuil de l'alcoolisme (21 verres par semaine) ont été comptabilisées. Six personnes, soit 4,55%, sont concernées par cette conduite addictive : trois qui sont à 21 verres exactement, un patient à 28 verres, un patient à 42 verres et enfin le dernier patient avec une consommation de 70 verres.

6.7.2. Cannabis

28% des patients ont allégué une consommation de cannabis. Parmi ces 28%, 48,64% ont observé une majoration de cette consommation depuis leur engagement, 13,51% une majoration en manœuvre (exercice) et 10,8% en OPEX.

6.7.3. Autres substances psychoactives illicites

6,82% des 132 patients sollicités ont reconnu être consommateurs d'autres substances psychoactives (SPA). Parmi eux, deux ont confié une consommation régulièrement d'héroïne. Quatre ont allégué une consommation de cocaïne dont un régulièrement. Enfin 55,5 % de ces neuf patients sont consommateurs de SPA autres non répertoriées.



6.8. Répartition selon les axes 1 et 2 du DSM IV-TR

En remplissant la partie du questionnaire qui leur était destinée, les psychiatres de l'HIA Legouest de Metz ont estimé que 88 des 132 sujets M (66,67%) présentaient un trouble répertorié dans l'axe 1 et 40 sujets (30,3 %) un trouble répertorié dans l'axe 2.

6.8.1. Détail de l'axe 1

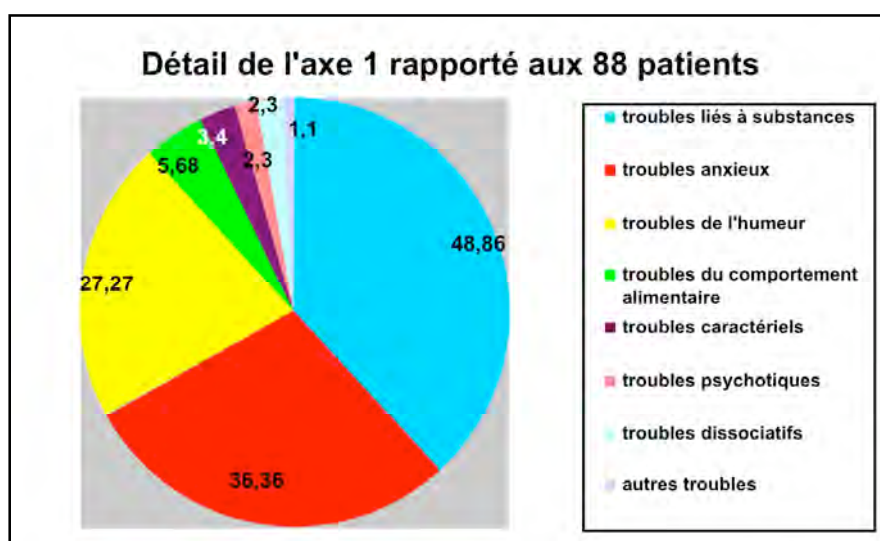
Parmi les 88 sujets (66,67%) présentant un trouble de l'axe 1, 48,86% des 88, soit 32,5% des 132 sujets, étaient concernés par les troubles liés à des substances, soit presque un tiers des sujets.

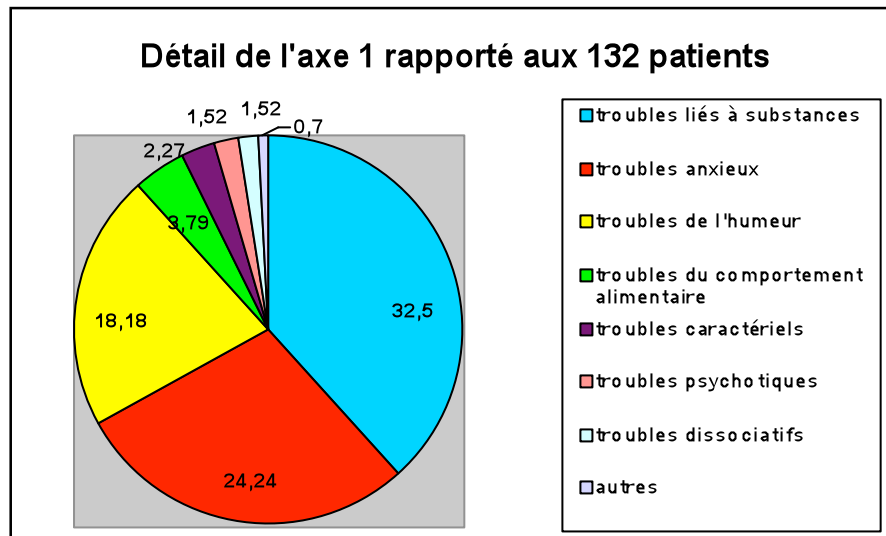
Les troubles anxieux arrivent en seconde position. Ils concernent 36,36% des 88 patients, soit 24,24% de l'ensemble de la cohorte. Seuls trois patients avec trouble anxieux consomment plus de 21 verres d'alcool par semaine, dont un qui consomme 42 verres.

Les troubles de l'humeur représentent 27,27% des troubles de l'axe 1 et 18,18% de la cohorte. Aucun patient avec un trouble de l'humeur ne consomme plus de 21 verres par semaine.

Les troubles du comportement alimentaire (5,68%) et les troubles caractériels (3,4%) ont été notés de sorte qu'ils représentent respectivement 3,79% et 2,27% des 132 patients.

Les troubles psychotiques et dissociatifs sont représentés en proportion égale à hauteur de 2,3% des 88 patients, soit 1,52% des 132. D'autres troubles de l'axe 1 non répertoriés ont été notés dans 1,1% des cas. En revanche, aucun cas de schizophrénie n'a été identifié.





6.8.2. Détail de l'axe 2

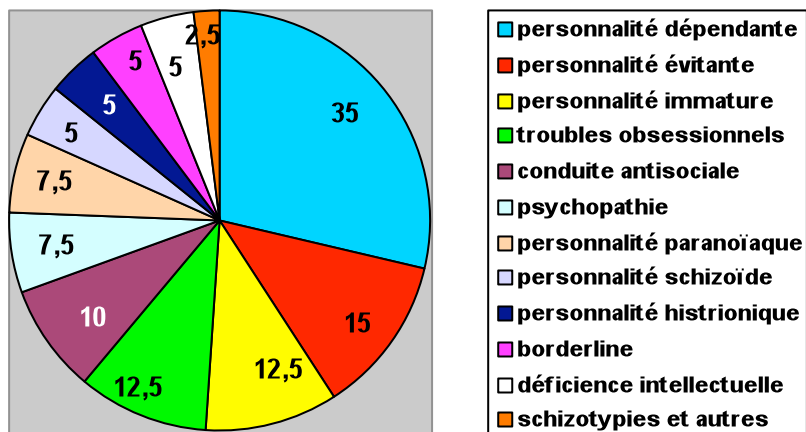
Quarante sujets (30,30%) sont considérés comme présentant un trouble de l'axe 2.

Parmi ces troubles, les personnalités dépendantes sont observées les plus fréquemment avec 35% des 40 patients concernés, soit 10,6% de la cohorte. Les personnalités évitantes totalisent 15% des troubles de l'axe 2, soit 4,55% des 132 patients. Avec 12,5%, se sont positionnés les troubles obsessionnels et les personnalités immatures (3,79% des 132). Les conduites antisociales sont également observées dans une part non négligeable avec un taux de 10% (3,03% de l'ensemble des patients). Les psychopathies et les personnalités paranoïaques sont retrouvées en proportion équivalente de 7,5% (2,27% des 132 patients). 5% de personnalités histrioniques, schizoïdes, borderline et déficients intellectuels (soit 1,52% des 132 sujets M) sont mises en évidence.

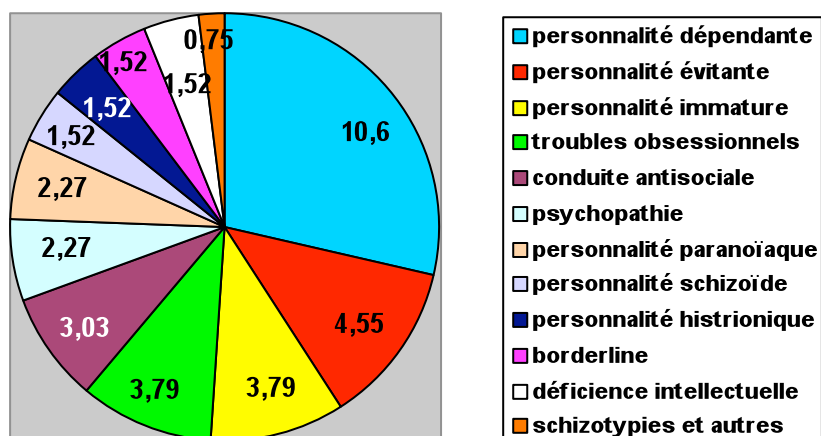
Les schizotypies et autres troubles non répertoriés ont été notifiés à hauteur de 2,5% des troubles de l'axe 2, soit 0,75% des 132 patients.

28 patients ont présenté l'association de troubles des axes 1 et 2.

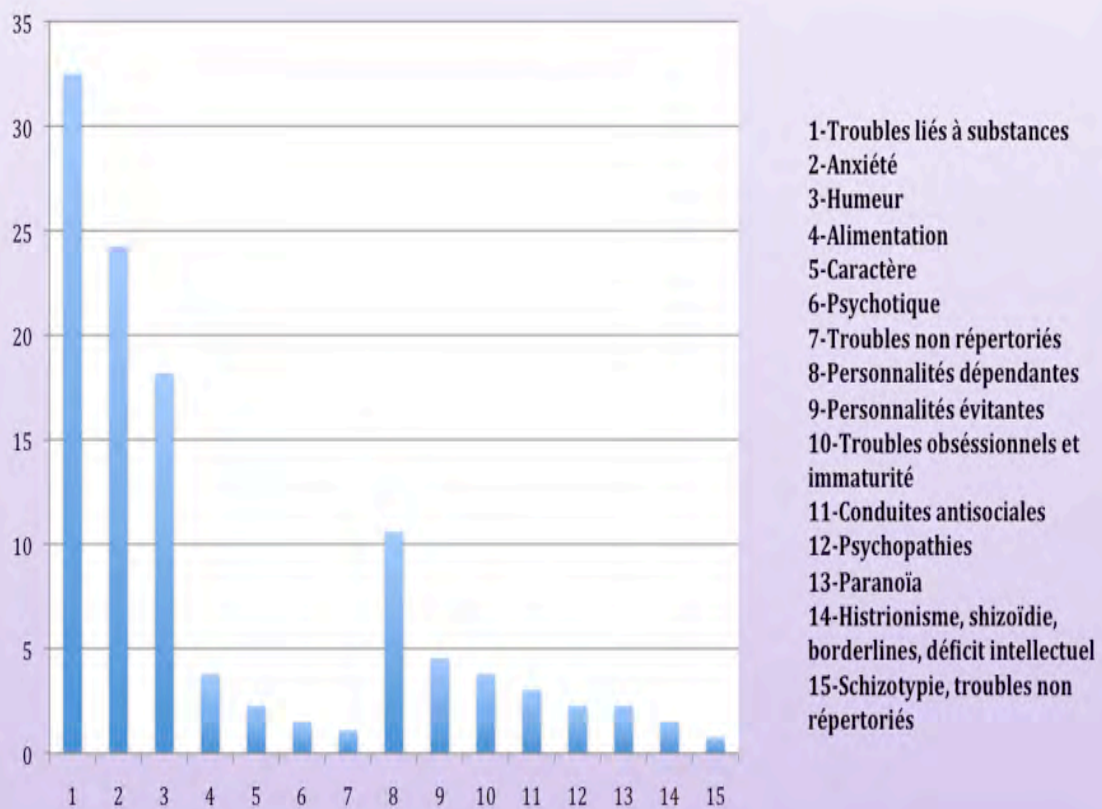
Détail de l'axe 2 rapporté aux 40 patients



Détail de l'axe 2 rapporté aux 132 patients



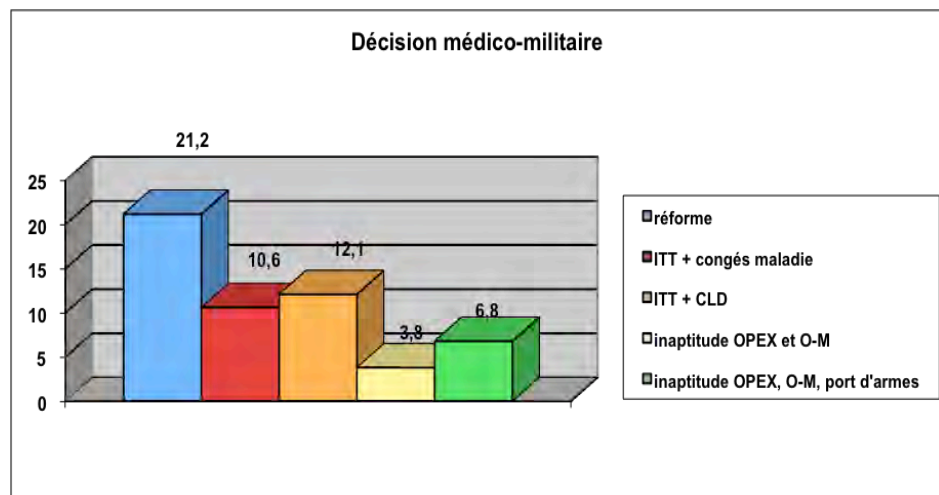
Psychopathologies identifiées dans la cohorte dans les deux axes



6.9. *Décision médico-militaire*

Au terme de chaque consultation, les spécialistes psychiatres ont déterminé une prise en charge pour ces sujets EVA adressés dans le cadre de la détermination de leur aptitude. Ainsi :

- 21,2% des patients ont été réformés de l'institution militaire ;
- 22,7% ont bénéficié d'une interruption temporaire totale avec 10,6% en congés pour maladie et 12,1% en congés de longue durée pour maladie ;
- 10,6% ont été placés en inaptitude temporaire partielle avec 3,8% inaptes à l'OPEX et à l'Outre mer, 6,8% associant l'inaptitude au port d'arme.



7. Analyse

7.1. Les biais

Le recrutement de la population M ne présente pas de biais de sélection puisque les sujets ont été inclus au fil de l'année sans exclusion aléatoire. Tous les militaires EVA âgés de 18 à 35 ans reçus en consultation de psychiatrie sur l'HIA Legouest se sont vus proposer la participation à l'étude. Il n'y a pas eu de refus.

Concernant la population S, le seul biais retrouvé est l'appartenance des sujets au même régiment de l'armée de terre. Néanmoins, leur participation sur volontariat a permis de recruter des sujets de différentes batteries, non soumis aux mêmes contraintes environnementales de hiérarchie et de fonctions.

Bien que le questionnaire ait été formulé en vue d'être bien compris par la population étudiée, les réponses de certains sujets ont pu être source de biais selon leur degré de compréhension. Par exemple, le terme « joint » a été soigneusement choisi pour être parfaitement compris de la population étudiée. Certains n'ont pas répondu à des questions d'ordre biographique simple comme la situation maritale, l'unité d'origine, ceci générant quelques approximations dans l'analyse des profils de sujets. De même, certains n'ont pas répondu de façon précise aux questions quantitatives concernant les consommations de substances psychoactives, provoquant là encore des approximations sur ces données. C'est dans un souci de précision que sont donnés les pourcentages à la fois par catégorie et sur l'ensemble des populations M et S.

Par ailleurs, la stigmatisation des troubles psychiques a pu freiner certains militaires de retour d'OPEX dans une démarche de consultation auprès du médecin d'unité. Plus de la moitié des sujets en souffrance psychologique n'accèderaient pas au parcours de soins militaires parce qu'ils craignent un jugement négatif de la part de leur environnement professionnel. Ce point crucial peut faire relativiser certains chiffres non observables, à savoir les valeurs de psychotraumatisme professionnel dans cette étude. Ce défaut de consultation s'explique également par le caractère indicible de certaines expériences traumatiques. Ce point est toutefois atténué depuis quelques années grâce à la présence de psychiatres et de psychologues des armées dans sur les théâtres d'opération. Mais il faut noter que sur la population M, nombreux sont ceux ayant nécessité une consultation dans les deux premières années de service et par conséquent n'ayant pas encore nécessairement effectué d'OPEX.

7.2. Pourquoi l'utilisation du DSM IV-TR ?

Le DSM IV-TR (Texte Révisé) a été l'outil de classification des pathologies psychiatriques utilisé comme référence à l'élaboration du questionnaire. Il a été préféré à la CIM-10 car le trouble de l'adaptation y est bien détaillé. De plus, l'approche adoptée par le DSM IV-TR visant à éliminer l'interprétation dans l'établissement du diagnostic et la répartition des patients selon les axes 1 et 2, assure la simplicité et la faisabilité d'emploi.

7.3. Analyse des résultats

7.3.1. Réponse à l'hypothèse principale

Les sujets adressés en consultation de psychiatrie sur l'HIA Legouest de Metz, ayant fait l'objet de notre étude, présentaient une souffrance psychologique, associée de façon statistiquement significative à des difficultés environnementales du milieu professionnel militaire.

Les résultats sont dans ce sens significatifs puisque 83 d'entre eux, soit 62,87% des sujets M versus 37% dans la population témoin, ont identifié au moins une difficulté professionnelle parmi celles qui leur étaient proposées dans le questionnaire.

Parmi ces sujets, 9,6% (soit 6,06% sur 132) ont noté un psychotraumatisme dans le cadre de leur profession. Mais une proportion non évaluable de sujets a pu largement échapper à cette étude. Ils ont simplement tu ou amoindri la symptomatologie auprès de leur médecin généraliste d'unité et ce par crainte des préjugés négatifs et d'éventuelles retombées en terme d'aptitude.

Le court délai d'apparition de la souffrance après l'engagement (dans les trois ans pour plus de la moitié des patients) ne peut permettre aux sujets d'avoir effectué de nombreuses missions. Aussi, la probabilité d'avoir rencontré un événement professionnel potentiellement psychotraumatique, comme la peur de mourir dans un conflit, une blessure ou la mort d'un camarade, est considérablement amoindrie.

Certains événements de la vie du militaire sont reportés comme des sanctions disciplinaires à hauteur de 7,2% (des 83) ayant été vécues le plus souvent comme injustes.

Par ailleurs, 9,6% de ces sujets (soit 6,06% sur 132) se sont dits insatisfaits de leur emploi de militaire. Les chiffres peuvent être sous-évalués en cas de biais de réponse par crainte de ce

type d'aveu. Ce pourcentage est important si l'on garde à l'esprit le fait que ces patients ont librement choisi de s'engager dans une armée professionnelle. L'étude ne précise pas si la déception est liée au monde militaire en général ou à la spécialité pratiquée mais certains ont spontanément avancé une mauvaise adaptation à leur spécialité. Nous pouvons nous interroger sur la qualité de l'orientation de ces sujets et sur leurs capacités à exprimer leurs desiderata lors de leur engagement.

Les éléments psychotraumatiques, qui auraient pu potentialiser massivement l'apparition du trouble de l'adaptation, ne sont finalement pas plus impliqués que la déception de la profession en elle-même. Cet étonnant constat amène à s'interroger sur le vécu de la contrainte par ces patients EVA. Le fait que ces difficultés soient aussi prégnantes amène à considérer le contexte sociétal, l'intolérance à la frustration, l'incapacité de résilience dans une société impulsive du « tout et tout de suite ». Nous reviendrons plus loin sur cette capacité de résilience.

Au sein du groupe de patients ayant identifié une difficulté environnementale professionnelle, 45,7% ont relevé des difficultés relationnelles avec le groupe et 69,8% avec leur hiérarchie. Rapportés aux 132 sujets, ce sont 43,93% qui avaient des difficultés avec leur hiérarchie. Ce pourcentage important est d'autant plus préoccupant que le propre de l'Armée est de fonctionner selon des rapports de subordination à l'échelon supérieur, représentant de l'autorité légitime, entité à suivre et à respecter. Ce lien est indispensable pour assurer la cohésion d'un groupe, dont le bon fonctionnement est basé sur la reconnaissance d'un chef. Au-delà de la simple difficulté relationnelle, c'est la figure de l'autorité paternelle qui pose question chez ces patients. Nous formulons l'hypothèse selon laquelle ces sujets présentent un trait de caractère spécifique avec refus de l'autorité et son corolaire, l'intolérance aux frustrations. Mais qu'en est-il dans la population témoin ? Cette difficulté avec l'autorité est notée chez 29/127, soit 22,83% des 127 témoins. Précédemment, dans notre propos, nous avons convenu de l'insuffisance de l'écart de pourcentage (entre 43,93% et 22,83%) pour y accorder une valeur statistique. Néanmoins, la différence est manifeste et va dans le sens de l'hypothèse ci-dessus, à savoir qu'un probable trouble de la personnalité génère des obstacles dans l'acceptation de l'autorité. Nous rappelons cependant que les diverses contraintes du métier, lorsqu'elles sont génératrices de souffrance, impliquent aussi des difficultés de communication avec la hiérarchie.

Les difficultés relationnelles avec le groupe concernent 28,78% des sujets de la population M et 3,94% de la population S. Avec une différence de pourcentage de 24,84%, cette difficulté environnementale interpelle. Les sujets de la population M présentent une altération dans leur qualité relationnelle en général. Ici, la souffrance psychologique liée aux contraintes de l'emploi semble renfermer le sujet sur lui-même, ne l'autorisant plus à se confier à ses pairs de façon souple et adaptée. Il semble exister un phénomène d'exclusion du groupe, le sujet en souffrance ne pouvant plus assurer la cohésion de ce dernier. Est-ce lui-même qui s'exclut, est-ce les autres qui le rejettent, ou est-ce ces deux facteurs qui concourent à sa mise de côté ? Une composante psychopathologique sous jacente, existant préalablement à l'engagement, pourrait peut-être expliquer cette altération qualitative.

Il existe probablement un profil de personnalité pathologique dans le sens d'un manque de souplesse dans la relation avec autrui, favorisant chez l'EVA un trouble de l'adaptation au milieu professionnel militaire.

L'analyse des éléments biographiques et psychopathologiques qui apparaissent à travers cette étude nous apportent certains éléments de réponse.

7.3.2. Le profil biographique des patients

Le profil de patients qui se dégage de notre étude correspond à un homme célibataire, âgé de moins de 25 ans, ayant un niveau d'étude CAP-BEP et issu d'un régiment de l'Armée de Terre.

La répartition selon les armées souffre de deux approximations. À la question concernant leur unité d'origine, 33 sujets n'ont pas répondu (possiblement par crainte d'être identifiés malgré la réassurance concernant l'anonymisation). Par ailleurs, il est important de ne pas négliger la répartition globale des forces armées sur l'ensemble du territoire français. La moitié du personnel des unités de l'Armée de Terre est positionnée en RTNE et les militaires de ces unités sont adressés pour expertise à l'HIA Legouest de Metz. Il est donc logique d'observer une prépondérance de patients issus des unités de l'Armée de Terre.

7.3.3. Le délai d'apparition de la souffrance

37,4% des patients ont développé leur trouble de l'adaptation dans les deux premières années d'engagement et 61,3% avant trois ans. Si l'on peut constater que 24% des sujets ont présenté une souffrance entre la deuxième et la troisième année d'engagement, cela ne relève pas du

pur hasard. La plupart des EVA ont un premier contrat de deux ans à la fin duquel ils se présentent à un examen de sélection appelé CME (Certificat Militaire Élémentaire). Celui-ci dure deux mois et conditionne leur évolution de carrière. Cette période est particulièrement anxiogène. Au terme de ces deux ans, le sujet peut être déçu de son emploi et développer une certaine frustration en cas d'échec au CME. Certains peuvent avoir constaté simplement leur déception, leur démotivation. D'autres peuvent avoir développé des troubles psychopathologiques puisque à l'issue des deux premières années, ils ont généralement eu l'opportunité de partir en OPEX.

7.3.4. Les motivations à l'engagement

Si 26,09% des sujets expriment leur souhait de voyager et 11,9% mettent en avant la quête d'un métier d'aventure, les 62% restant oublient cet aspect prégnant du métier que sont les OPEX et par conséquent vivent peut-être avec difficulté des périodes de séparation prolongées et répétées avec leur famille. Le militaire s'entraîne pour pouvoir opérer, intervenir en tout temps en tout lieu au gré des enjeux internationaux, conflits toujours inattendus, même en zones reconnues comme étant instables. Bien que certaines unités plus opérationnelles ou davantage sollicitées soient choisies par l'EVA en connaissance de cause, le vécu est différent de l'idée qu'il a pu s'en faire. Certains ne mesurent la portée de leur engagement avec la notion de risque que lorsqu'ils sont déjà bien installés dans leur profession.

La motivation à l'engagement dans l'Armée est parfois purement utilitaire (15,21%), perçue comme une issue de secours financière ou sociale par des jeunes gens désœuvrés, sans emploi car manquant de qualification ou en échec après plusieurs périodes d'essai chez différents patrons. Pour certains, il est question d'éviter des difficultés d'ordre judiciaire en trouvant dans l'Armée une structure et un emploi stable et sécurisant. Nous constatons que certains sujets sont aux antipodes d'un « engagement au nom de l'idéal de la défense de la « mère patrie » pour laquelle le soldat serait prêt à risquer sa vie. La notion de « sacrifice ultime » n'a pas été anticipée.

La quête de repères au sein d'une structure hiérarchisée (4,3%) remplaçant la cellule familiale défectueuse ou vacante, où la discipline (2,17%) est rigoureusement appliquée, va parfois de pair avec cette recherche d'issue de secours. On perçoit le poids du rôle social qui incombe à

l'Armée au sein de la société actuelle. Peut-on encore employer le terme d'engagement lorsque les motivations sont d'ordre utilitaire ?

L'esprit de patriotisme n'a animé que 8,66% des patients lors de leur engagement. Ce constat est regrettable car cette valeur semble nécessaire lorsqu'il s'agit de faire don de son être à travers son engagement dans une institution chargée de véhiculer les valeurs de la Nation et de défendre cette même Nation.

Le poids de l'interaction avec l'autre est majeur dans une institution comme l'Armée. Il n'est pas étonnant de retrouver de faibles pourcentages pour les items suivants : travailler en équipe (2,17%), l'esprit de cohésion (3,26%), la vie en collectivité (4,34%). En effet, au regard des difficultés rencontrées par nos sujets dans leur qualité relationnelle, avec leur groupe ou leur hiérarchie, nous comprenons aisément qu'ils n'aient pas intégré ces composantes du métier de militaire dans leur motivation à l'engagement.

Ce décalage entre les motivations attendues de la part de l'engagé et les motivations observées, entre autres utilitaires, constitue très certainement un point favorable au développement d'un trouble de l'adaptation.

7.3.5. L'expression de la souffrance et les motifs de consultation

Les souffrances psychologiques exprimées dans les registres des affects de type anxiété et dépression concernent 81,81% des patients et sont de fréquents motifs de consultation, respectivement 39,4% et 50,76%. Ces valeurs traduisent une adéquation entre le mal être perçu par le sujet lui-même et le constat du médecin d'unité qui observe un sujet désadapté et en souffrance, ce qui l'amène à l'adresser en consultation de psychiatrie.

Parmi les patients, 70,45% ont estimé avoir ou avoir eu un changement de comportement. Des pourcentages équivalents ont été notés pour des attitudes d'auto agressivité, d'hétéro agressivité, pour un comportement bizarre ou encore pour une consommation de substances psychoactives. Avoisinant les 15%, cette conscience de la déviance du comportement traduit une perception correcte de certains patients vis à vis de leur état psychologique.

Les plaintes somatiques concernent 34,1% des sujets avec une prépondérance pour les troubles du sommeil (13,63% des patients). Nous aurions pu observer autant de troubles du sommeil que de plaintes dans les registres des affects anxieux et dépressif. Or, il y a une

dichotomie entre ces deux formes d'expression de la souffrance. L'absence de traduction somatique nocturne systématiquement associée aux plaintes d'anxiété et de sentiment dépressif laisse supposer un apaisement des patients dans leur environnement privé, à distance de leur environnement professionnel. Le milieu d'exercice professionnel revêt pour ces sujets un caractère anxiogène, surtout pour des patients exprimant de grandes difficultés dans la relation avec leur hiérarchie et avec le groupe.

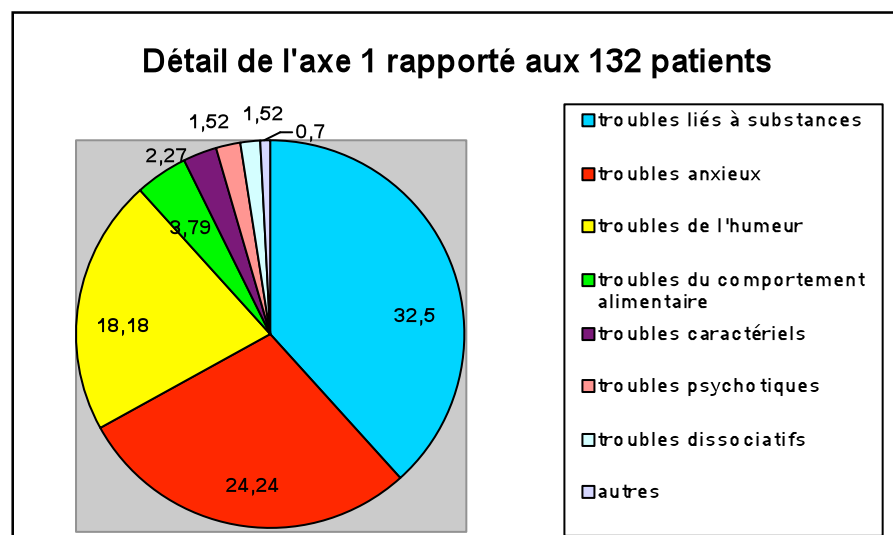
7.3.6. Consommation de substances psychoactives

Alors que l'alcoolisme concerne 4,5% des sujets, le cannabis est consommé par 28% des sujets. La question de l'alcool n'est pas l'objet d'analyse manifestement essentiel dans la résolution de la problématique du trouble de l'adaptation chez ces jeunes gens. On observe de façon indirecte combien la consommation du cannabis demeure banale aux yeux de ces jeunes EVA. Ce constat est problématique pour une institution comme l'Armée où ce type de mésusage est incompatible avec la conduite de véhicule tactique ou le port d'une arme.

Les troubles des conduites apparaissent souvent sur un mode transgressif implicite ou explicite des règlements du milieu militaire. Lorsque ces conduites aboutissent à des situations de rejet de l'individu, ce dernier voit s'accroître son malaise.

Il est toutefois nécessaire de rappeler que 48,64% des sujets connaissent une majoration de cette consommation depuis leur engagement, 13,51% une majoration en manœuvre (exercice) et 10,8% en OPEX. La consommation de cette SPA est une forme de réponse au caractère anxiogène de la période d'engagement initial ou aux périodes plus opérationnelles.

7.3.7. Axe 1 et 2 et analyse psychopathologique



Parmi les troubles de l'axe 1 identifiés par les psychiatres de l'H.I.A Legouest de Metz et concernant 66,66% de la population M, se dégage une préoccupante prépondérance des troubles liés à des substances (alcool, cannabis, autres drogues) avec 32,5% de consommateurs. Près de 30% des patients consomment du cannabis avec une conviction inébranlable quant à son innocuité et une ignorance de la législation encourant le risque d'être dans l'illégalité, malgré les nombreux rappels effectués par le commandement depuis la sélection ! 48,6% des consommateurs avoués de cannabis notent une majoration de cette consommation depuis leur engagement. Certains sont même devenus consommateurs alors qu'ils ne l'étaient pas avant leur engagement. Mais alors, l'environnement professionnel favorise-t-il l'attrait ou l'accès à des substances psychoactives ? L'exercice du métier de militaire est vraisemblablement anxiogène et la consommation de substances peut être observée comme une réponse partielle des sujets à leur désarroi ? Avant d'être considérée comme une psychopathologie à part entière, isolée et responsable *in fine* d'une consultation de psychiatrie avec questionnement en toile de fond sur l'aptitude à poursuivre le service, cette consommation serait davantage le reflet d'une autre souffrance. Si nombreux sont ceux qui cherchent à apaiser une situation anxiogène par une consommation de substances psychoactives, certains individus peuvent être considérés comme d'authentiques toxicomanes dont le trouble lié à des substances, générateur de son cortège de conduites inadaptées, est incontestablement le fruit de la souffrance. Leur nombre est loin d'être négligeable car on compte deux consommateurs d'héroïne et quatre de cocaïne.

Une grosse part des troubles de l'axe 1 sont représentés par les troubles anxieux (24,24%) et de l'humeur (18,18%). Il est impossible de discerner les troubles anxieux ou de l'humeur existant préalablement à l'engagement dans l'Armées, de ceux survenus du fait d'événements intercurrents, professionnels ou personnels. Le pourcentage de troubles anxieux authentifiés par les psychiatres (24,24%), se situe en dessous du pourcentage de plaintes dans le registre des affects de type anxiété (39,4%). Il y a donc un décalage entre le ressenti d'une situation et la véracité d'une psychopathologie anxieuse invalidante. Les troubles de l'humeur, non précisés dans le détail, regroupent tant les états dépressifs majeurs que les troubles bipolaires. Si l'on admet que la composante dépressive représente une part majoritaire dans cette approche des troubles de l'humeur, là encore on note un décalage important des pourcentages entre la plainte dans le registre des affects dépressifs (50,76%) et les troubles de l'humeur

authentifiés par les psychiatres à hauteur de 18,18%. Ces différences de pourcentage traduisent le fait que les sujets EVA, adressés en consultation de psychiatrie, présentent une souffrance subjective bien plus importante que ce que peut constater sémiologiquement le clinicien. Cet écart est probablement dû au fait que les EVA s'autorisent enfin à verbaliser leur vécu dans un endroit neutre tel qu'un bureau de consultation psychiatrique. Cet aspect dépressif vécu subjectivement et non authentifié objectivement sur le plan clinique est en faveur d'un trouble de l'adaptation. Ce point corrobore un autre élément cerné plus haut et qui est celui d'une amélioration manifeste des troubles psychiques lorsque le sujet retrouve un endroit neutre, son appartement par exemple le soir. Un état dépressif ou anxieux poursuivrait ses effets délétères quelque soit le lieu avec même, nous pouvons le supposer, une aggravation nocturne. Avec un taux de 13,63%, les troubles de sommeil illustrent le fait que la somatisation nocturne est loin d'être systématique et permet de revenir sur le probable caractère apaisant du retour à domicile, renforçant le caractère anxiogène déjà attribué au milieu militaire. Ainsi, les authentiques troubles anxieux et dépressifs représentent un pourcentage moindre par rapport à la souffrance exprimée par les patients. Le trouble de l'adaptation au sens strict du DSM IV-TR occupe donc une place légitime pour caractériser la souffrance de ces sujets, cas non anxieux ou non dépressifs mais en souffrance, avec des expressions affectives associant des éléments ressentis comme anxiété et dépression et des modifications du comportement. De surcroît, certains troubles anxieux et dépressifs authentifiés sont peut-être en fait une illustration de sous-types du trouble de l'adaptation, renforçant la place occupée par ce diagnostic.

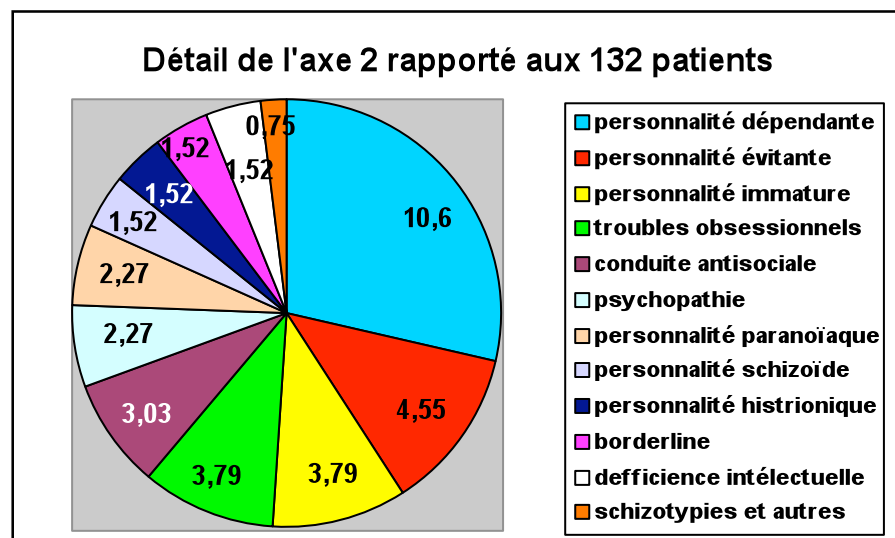
Parmi les patients présentant un trouble anxieux authentifié par le psychiatre, 50% ont allégué des difficultés d'ordre professionnel et 37,5% des difficultés d'ordre personnel. Les troubles de l'humeur sont associés dans 83,3% des cas à des difficultés professionnelles et dans 45,8% des cas à des difficultés personnelles. Il semble logique de considérer l'implication du facteur environnemental, essentiellement professionnel, dans la survenue de manifestations anxio-dépressives. Toutefois, cet environnement ne justifie pas entièrement la souffrance des patients puisque certains développent un trouble anxieux indépendamment de ces facteurs environnementaux. Nous rappelons que les relations humaines verticales et horizontales sont des piliers du fonctionnement de l'institution militaire. Or les EVA de notre étude rencontrent des difficultés dans leur relation à l'autre. Le rapport avec les autres devient un phénomène d'autant plus prégnant et anxiogène qu'il est inévitable.

Nous supposons une susceptibilité à l'anxiété et aux troubles de l'humeur du fait d'une altération de la capacité relationnelle. Cette dernière est un pilier fondateur du mode de fonctionnement de l'institution militaire et toute difficulté de cette approche est un obstacle majeur à l'épanouissement individuel au sein d'un système aussi hiérarchisé.

Il y a davantage de sujets décrivant des difficultés professionnelles qu'il n'y a de tableaux anxieux et dépressifs.

Ces patients, sensibles aux relations de travail, possèdent-ils une psychopathologie, un trait de leur personnalité, antérieur à l'engagement, qui les met en échec au sein de leur structure professionnelle ? Un autre élément dans la construction psychique des individus, une susceptibilité sous-jacente favoriserait-elle la désadaptation de l'institution ?

En reprenant les éléments de l'étude psychopathologique, les derniers paramètres de l'axe 1, des troubles du comportement alimentaires (3,79%), des troubles caractériels (2,27%), mais aussi des troubles psychotiques et dissociatifs à hauteur de 1,52% ont été répertoriés. Par ailleurs, les psychiatres ont authentifié des aspects psychopathologiques de l'axe 2 chez 30% des patients : 10,6% de personnalités dépendantes, 4,55% de personnalités évitantes, 3,79% de troubles obsessionnels et de personnalités immatures, 3,03% de conduites antisociales, 2,27% de psychopathies et de traits paranoïaques et 1,52% de personnalités histrioniques, schizoïdes, borderline et déficients intellectuels. Les schizotypies et autres troubles non répertoriés ont été notifiés à hauteur de 0,75% des 132 patients. En revanche, aucun cas de schizophrénie n'a été identifié.



L'observation de ces pathologies de l'axe 2, qui concernent 30% des patients étudiés, laisse à penser que ces éléments psychopathologiques sont intervenus dans l'altération des interactions des patients avec leurs collègues, frères d'arme, ou supérieurs hiérarchiques. Nécessairement pourvoyeuses de l'altération relationnelle, ces diverses psychopathologies peuvent expliquer un taux élevé de patients en proie à ces difficultés avec le groupe et surtout avec la hiérarchie. Cette altération qualitative est anxiogène.

Alors que de nombreuses psychopathologies (66,66% de l'axe 1 et 30% de l'axe 2) ont été authentifiées, on peut s'interroger sur la place du trouble de l'adaptation dans les diagnostics et comment il peut constituer un motif de réforme aussi fréquent ?

Sous des termes apparentés, mésadaptation, désadaptation ou capacités d'adaptation dépassées, le trouble de l'adaptation, au sens strict du DSM IV-TR, a été observé pour bon nombre de sujets puisque c'est leur désadaptation professionnelle qui les a conduits en consultation de psychiatrie. Certains cas de patients illustrent le trouble de l'adaptation au milieu militaire indépendamment de failles psychiques ou de difficultés environnementales personnelles. Pour les autres, certaines psychopathologies observées par les psychiatres répondant à des critères du DSM IV-TR dans les axes 1 et 2 ont une valeur étiologique ou bien sont conséquences. Le trouble de l'adaptation ne constitue pas toujours le diagnostic principal au terme d'une consultation mais peut coexister avec une autre psychopathologie dans un cortège de symptômes confondus, notamment dans les registres anxieux et dépressifs.

Pour expliquer que ce diagnostic représente le motif médical psychiatrique de réforme majoritaire, une hypothèse consiste à envisager le simple fait que le diagnostic de trouble de l'adaptation est posé par excès. Cette approche psychopathologique a moins de connotation négative et reflète tout de même une part de la réalité. Ces EVA ont été adressés en consultation car ils présentaient des troubles adaptatifs dans leur milieu professionnel. Ce diagnostic explique simplement la souffrance des patients vis à vis d'un milieu contraignant où 62,87% des patients ont identifié une difficulté professionnelle (dont 69,8% avec la hiérarchie et 45,7% avec le groupe). Un tel diagnostic sans connotation négative, aux limites intellectuellement floues, a un caractère un peu « fourre tout ». Il est communément admis pour permettre une réforme pour motif psychiatrique non préjudiciable.

8. Cas cliniques

8.1. Jérôme : « une erreur d'orientation »

Jérôme, âgé de 24 ans, vit maritalement. Il est le père de deux petites filles âgées de six mois et deux ans et demi. Engagé depuis novembre 2006 dans l'armée de terre, il est traité pour syndrome anxio-dépressif depuis juin 2009 avec l'association Séroplex® et Havlane®. Parallèlement, il a été placé en congé maladie. Lors de son entretien avec le psychiatre, il tient les propos suivants : « à la caserne j'en ai marre... Je suis traité plus bas que terre... On ne me fait rien faire d'intéressant ». Il désire quitter l'institution dans laquelle il ne trouve plus sa place. Le spécialiste identifie des manifestations anxieuses réactionnelles à une intolérance à la frustration et aux contraintes de la vie militaire. Jérôme, qui n'a aucun antécédent psychiatrique, ne présente aucun trait psychopathologique en voie de décompensation. On décide cependant de le réformer.

Jérôme représente le cas du trouble de l'adaptation avec des manifestations anxieuses et plus ou moins dépressives avec pour seule explication la contrainte environnementale spécifiquement militaire. Ce cas simple de trouble de l'adaptation est loin d'illustrer l'ensemble des sujets EVA de notre étude.

8.2. Fanny : « une vocation insuffisamment mûrie »

Originaire de Roubaix, Fanny âgée de 21 ans, n'a aucun antécédent psychiatrique et n'a jamais consommé de traitement psychotrope avant son engagement. Engagée depuis un an et demi, elle totalise 90 jours d'arrêt maladie pour un syndrome anxio-dépressif avéré suivi par un psychiatre civil dans sa ville d'origine. Sous Laroxyl®, Zoloft® et Tercian®, son humeur ne s'améliore pas. Elle estime que son état se justifie par le cumul de pressions psychologiques avec humiliations verbales exercées par son encadrement immédiat. Le médecin d'unité, qui lui a proposé dans un premier temps, un changement de poste de travail, l'adresse au spécialiste psychiatre pour décision médico-militaire (DMM) mais aussi pour déterminer avec elle la meilleure prise en charge : d'une part, congé longue durée pour maladie ou réforme, d'autre part mise en place d'un parcours de soins.

Le psychiatre observe une jeune femme qui se sent bien au sein de son environnement familial mais qui souffre de la solitude le soir et en parle avec émotion au point de pleurer. Elle relate son expérience mitigée de son OPEX en Côte d'Ivoire. Son chef lui aurait dit qu'elle ne servait à rien. « Il ne la veut pas dans son équipe ». Elle en était arrivée à ne plus

se lever le matin par crainte des évènements à venir, corvées ou insultes. Devant ces éléments comportementaux et l'expression de la souffrance, le psychiatre militaire conclut à un aspect non sensitif mais franchement immature. Il répond à son confrère médecin généraliste d'unité qu'il s'agit d'une réaction anxio-dépressive importante dans un contexte d'immaturité majeure. Ses capacités d'adaptation sont débordées et la souffrance psychique est avérée. La jeune femme souhaite néanmoins poursuivre sa carrière. La DMM est différée afin de lui accorder un délai de réflexion et de tenter d'observer un bénéfice après un changement de poste. Un mois après, la jeune femme EVA opte pour la réforme de l'institution car elle estime que son état de santé et son équilibre personnel ne sont pas compatibles avec son maintien dans l'institution.

Fanny illustre une faille interne non négligeable qui met en péril ses capacités d'adaptation à ce milieu exigeant. Ses troubles anxio-dépressifs sont l'expression du trouble de l'adaptation dans un contexte d'immaturité psycho-affective. Identifié en amont, ce trait de personnalité aurait permis de la juger inapte, au moins momentanément à l'engagement.

8.3. Cyril : « un trouble anxieux atypique »

Cyril, âgé de 26 ans, commando de l'air, appartient à la brigade cynophile. À l'origine, il a une formation de carrossier. Il vit en concubinage. Il est le père d'un enfant âgé de quatre mois. Il a pour antécédent une hépatite toxique en 2006 et une hernie hiatale. Depuis, il exprime tous les matins de l'asthénie, des épigastalgies et décrit des symptômes d'agoraphobie. Son médecin traitant lui a prescrit un traitement anxiolytique. Le médecin d'unité s'interroge sur la nature du terrain psychopathologique sous-jacent et sur la nécessité de restreindre les aptitudes à l'emploi. Lorsqu'il rencontre le psychiatre en juin 2007, Cyril lui confie ses insomnies d'endormissement, ses ruminations, ses rituels de vérification. Il ne conduit pas car « ça peut être dangereux ». L'anxiété est majeure chez ce patient perfectionniste rongé par un sentiment d'échec. Il a interrompu son traitement anxiolytique car il explique que « ça le mettait trop en confiance et qu'il se sentait agressif ». Le psychiatre identifie un trouble anxieux de type agoraphobie avec attaques de panique. L'étude de la personnalité montre des traits phobiques et obsessionnels peu compatibles avec l'emploi de fusiller commando qu'il occupe. Il instaure un traitement par Séroplex® et conseille un changement de spécialité. Il le revoit au bout de trois semaines. Cyril a une fois encore interrompu son traitement à cause de vertiges. Le spécialiste lui propose une alternative par Effexor®. Deux mois plus tard, il semble moins angoissé tout

en restant « bizarre » aux yeux du psychiatre. Ce patient atypique, à traits phobiques et obsessionnels, nécessite un changement de spécialité qui n'a pu encore être réalisé et une majoration de la posologie. Dans l'attente, il est classé inapte OPEX et Outre-Mer. En novembre 2007, Cyril semble apaisé mais reste toujours lointain. En février 2008, il n'est toujours pas muté mais l'humeur paraît stable. Le psychiatre, qui le trouve toujours bizarre, évoque une probable structure psychotique non décompensée. Une procédure de changement de spécialité est engagée et malgré un avis favorable du Conseil de Santé Régional, la Direction des Ressources humaines décide de le maintenir dans sa spécialité jusqu'à la fin de son contrat. Il est revu en septembre 2009. Il a interrompu tout traitement. Il se dit déçu que ça se termine comme ça mais reste stable psychiquement. Le psychiatre décide de le laisser apte à poursuivre son travail avec néanmoins une inaptitude à l'OPEX, au tir et au port d'arme.

Cyril illustre l'intérêt du suivi régulier au sein d'une même structure qui permet d'observer une évolution clinique, des modifications ou une stabilisation, comme c'est son cas. Le caractère intrinsèque de la souffrance de Cyril est indiscutable. Ces traits obsessionnels auraient pu être retenus lors de la sélection initiale si Cyril avait bénéficié d'un entretien psychiatrique, ce qui n'est pas le cas en l'absence de points d'appel lors de cette visite. Peut-être aurait-il été jugé inapte à l'engagement, évitant à l'institution de compter dans ses rangs un sujet avec des restrictions d'emploi majeures.

8.4. Julien : « une polyconsommation de substances psychoactives »

Julien, âgé de 23 ans, est adressé en consultation de psychiatrie pour une dépendance à l'héroïne. Ce patient héroïnomane, engagé depuis quatre ans, est pris en charge pour son addiction depuis un an. D'après ce qu'il rapporte au spécialiste, il consomme depuis une période antérieure à l'engagement. Les tentatives de sevrage sont multiples. Il bénéficie d'un suivi dans un centre Aide qui lui prescrit du Subutex®. Malgré une posologie de 4 mg par jour, il poursuit une consommation d'héroïne. Lors de l'entretien, il estime que tout va bien et dit ne consommer que 2 mg de Subutex® depuis six mois. Il prétend être en reconversion et estime travailler normalement, faisant fi des restrictions d'emploi qui s'imposent dans une telle situation. Les recherches de toxiques urinaires retrouvent des opiacés et du tétrahydrocannabinol (THC) dans les urines, mettant en évidence non seulement la poursuite de la toxicomanie à l'héroïne mais aussi une polyconsommation.

Julien illustre non seulement la difficulté de la prise en charge d'une addiction aux opiacés, mais aussi le regrettable constat de son engagement. Une fois encore, la sélection n'a pas permis de relever cet antécédent volontairement tu par le candidat. À l'incorporation, les équipes de santé ne disposaient pas encore des tests urinaires de dépistage de toxiques. Il aura pu passer le filtre de la sélection et de l'incorporation sur sa seule bonne foi.

8.5. Angélique : « reviviscence d'un psychotraumatisme de l'enfance »

Angélique, âgée de 27 ans, est secrétaire dans une unité de l'armée de terre depuis deux ans. Elle est « pacsée » et mère d'une petite fille. Ayant cumulé dettes et crédits, elle a obtenu un dossier de surendettement. Elle servait auparavant dans la gendarmerie et souhaite se réorienter dans la police. Elle a pour antécédent un abus sexuel dans l'enfance. En arrêt maladie depuis deux mois pour syndrome anxieux et dépressif secondaire à des difficultés professionnelles et personnelles, elle est suivie par son médecin traitant qui a instauré un traitement psychotrope associant Lysanxia® et Zolpidem®. Parallèlement, elle suit une psychothérapie par hypnose. Le médecin généraliste d'unité a recueilli la notion d'une amélioration de la qualité du sommeil et de l'alimentation. Mais Angélique ne souhaite pas reprendre le travail et le médecin d'unité s'interroge sur son avenir dans l'institution militaire. Lors de son entretien avec le psychiatre, elle lui confie sa crainte d'être punie lors de la reprise de son poste. De plus, ces derniers temps, où elle s'est sentie mal considérée, ravivent le psychotraumatisme de l'enfance. Elle est en proie à de grandes difficultés relationnelles avec son groupe de travail. « L'Armée, c'est pas pour moi » allègue-t-elle. Le psychiatre qui observe un tableau abandonnique et une fragilité narcissique, estime qu'elle ne s'est jamais vraiment adaptée à l'armée de terre. Il conclut à la nécessité de la présenter en commission de réforme.

Il est complexe d'apprécier combien ce genre de psychotraumatisme est incompatible avec l'engagement dans le milieu militaire. Toutefois, la faille narcissique que génère un abus sexuel est si profonde qu'il peut être légitime d'anticiper la survenue d'un trouble de l'adaptation avec de surcroît un vécu d'échec par le sujet. Des cas aussi complexes, s'ils sont repérés au moment de la sélection, mériteraient un entretien avec un spécialiste psychiatre afin de tenter d'évaluer la capacité d'adaptation.

8.6. Noël : état de stress post traumatique

Engagé depuis 2005, Noël est originaire de Bitche. Il a effectué trois missions dont deux en Afrique et la dernière en Afghanistan de juillet à décembre 2008. Le psychiatre qui le reçoit en consultation note les paroles suivantes : « sur place, on prend tout à la rigolade ». Mais au retour, il réalise le danger encouru. Il dormait mal en Afghanistan et présente également, depuis son retour en France, des troubles du sommeil. L'événement qu'il raconte, médiatisé à l'époque, a été vécu comme suit. « Après l'embuscade, la montagne était en feu... On a tiré au mortier...sur qui ? ». Il connaissait les victimes de l'embuscade et critique le fait qu'ils aient eu à récupérer les corps le lendemain. Il discute l'organisation générale qui leur a confié des tours de garde après l'embuscade au lieu « de les laisser souffler ». De retour dans son régiment, il n'accepte pas les corvées, la « maltraitance » comme s'il était « un bleu qui n'a rien connu ! ». En février 2009, il est placé en arrêt maladie par son médecin traitant. Puis il consulte un psychiatre civil sur Bitche qui lui prescrit un traitement psychotrope. Les troubles du sommeil persistent et il repense quotidiennement l'événement qui se répète à lui, « spectateur forcé », sans pouvoir le contrôler, « comme s'il y était ». Il ne croit plus en son projet d'intégrer l'école des sous-officiers de Saint-Maixent. Le psychiatre, qui retient des éléments de reviviscences pénibles, de l'anxiété et des troubles du sommeil, évoque le diagnostic d'état de stress post traumatique. Il observe de plus des troubles du caractère et de l'adaptation au retour au régiment, source d'incompréhension et finalement d'opposition à l'institution. Il le place en congé de longue durée pour maladie (CLDM). Cinq mois plus tard, Noël reste touché par les événements. Mais malgré quelques cauchemars traumatiques et l'arrêt du traitement antidépresseur, il se tourne vers l'avenir. La persistance du syndrome de répétition post traumatique justifie un renouvellement du CLDM pour une nouvelle période de six mois. Noël est dans l'incapacité de reprendre son travail en milieu militaire.

Ce patient illustre les cas ayant vécu un psychotraumatisme en OPEX. Cette épreuve du feu, rare en milieu civil, est une confrontation à la mort au moment du combat. Il s'agit d'une rencontre avec la mort, la sienne, ou celle d'un autre, un camarade, un autre combattant, considéré comme un *alter ego*, confrontation survenant lors d'un événement imprévu, violent, attaquant par surprise. Cet instant où la mort effleure, où elle risque d'emporter le sujet, est décrit comme un moment d'effroi. Il laisse dans le psychisme une « épine », celle de cette mort non advenue mais que le sujet ne cesse d'attendre, répétant à l'identique la scène sous forme de cauchemars, de reviviscences diurnes, d'état d'alerte

permanent. Le sujet voit sa vie totalement transformée et des complications ne tardent pas à arriver, faute de prise en charge adaptée : inadaptation progressive à la vie professionnelle mais aussi personnelle, dépression, anxiété majeure, risque suicidaire, diverses somatisations, et au final, désinsertion totale de la société. Pourtant, la mort fait partie du métier du militaire. Cette notion, qui peut être l'aboutissement de l'entraînement quotidien des combattants, est responsable ici d'un stress post traumatique. Noël, qui n'avait pas de traits psychopathologiques au préalable, était bien adapté au milieu militaire. Le fait qu'il ait été prévu pour entrer à l'école de Saint-Maixent illustre ses bonnes capacités d'adaptation. Comment imaginer que Noël puisse surmonter un tel psychotraumatisme, qui a trouvé un écho bien au-delà du milieu militaire. La simple évocation du nom d'*Uzbeen Valley* l'émeut encore.

9. Discussion

9.1. *Aspects psychodynamiques*

L'institution militaire véhicule une image structurée, basée sur des liens hiérarchiques verticaux et horizontaux. Cette organisation est la base d'un mode de fonctionnement, retrouvé également dans le secteur civil. Deux modèles théoriques dominent actuellement les travaux sur la santé mentale au travail : la psychodynamique du travail et la théorie du stress (52).

Initiée par des psychiatres français tels que Paul Sivadon, Louis Le Guillant ou Claude Veil, la première théorie s'inspire de la psychodynamique du travail d'après le psychanalyste Christophe Déjours et se fonde sur un modèle « souffrance-défense » (53). Un individu confronté à une situation de travail se défend, individuellement ou collectivement, contre la souffrance que cette situation engendre. La pathologie mentale résulte soit d'un excès de souffrance, soit de la mise en place de défenses inappropriées. La psychodynamique du travail est l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail. Si la crise survient, la forme sémiologique est fonction de la structure du sujet et non des caractéristiques du travail. Les personnes décompensent en fonction de leurs fragilités internes. Toutefois, la distinction causale interne/externe n'est pas toujours strictement respectée. Des facteurs personnels interviennent constamment dans une décompensation, masquant ainsi les facteurs propres au travail, tout comme une plainte professionnelle peut faire écran à une plainte personnelle.

Dans le trouble de l'adaptation, sujet de ce travail actuel, nous avons observé que les difficultés professionnelles, en particulier relationnelles, sont associées au trouble adaptatif de façon majeure alors que des difficultés privées n'ont statistiquement pas de retentissement. Mais notre étude met en évidence des pourcentages élevés de psychopathologies répertoriées dans les axes 1 (66,66%) et 2 (30%) qui sont soit antérieures, soit secondaires à l'engagement. Ces psychopathologies authentifiées en consultation de psychiatrie correspondent à ces fragilités internes. Elles s'expriment lorsque le patient est en situation professionnelle, sous forme de trouble adaptatif (forme anxieuse ou dépressive) ou sous forme d'autres troubles authentifiés.

Si elle s'inspire de la théorie psychanalytique, la psychodynamique s'adresse au sujet en tant que pris dans des interrelations avec un groupe de travail. Le travail peut être considéré comme un lieu d'investissement problématique en raison d'un choix professionnel « névrotique » ou bien ce travail est non choisi, les tâches sont vides, les situations sont vécues avec peur et contrainte. L'aspect psychodynamique ouvre aussi sur la question de la sublimation du travail. Freud avait mis l'accent « sur la grande valeur du travail au point de vue de l'économie de la libido », la condition de sublimer étant que le métier soit librement choisi (54). Il s'étonnait de l'aversion naturelle de l'homme pour le travail, alors qu'existait et qu'existe encore « la possibilité de transférer les composantes narcissiques, agressives, voire érotiques de la libido dans le travail ». C'est précisément sur les conditions de cette possibilité que va se jouer pour la plupart des individus la question de la sublimation dans le travail. En effet, elle implique au premier chef un espace d'initiative dans l'exécution d'une tâche. Sans les apports de ces capacités d'invention, spontanément introduits par le sujet, et portant subversion de l'organisation prescrite, il n'est point d'activité cohérente, de travail productif. Mais il faut encore que ce décalage - espace de défi - soit reconnu par la hiérarchie. L'accomplissement du travail constitue alors une scène privilégiée de la construction du sens et de l'identité. Sans établir un parallèle étroit avec un travail « taylorisé », l'espace de créativité d'un EVA n'existe pratiquement pas. L'approche psychodynamique qui pourrait proposer des éléments de réponse à la souffrance des patients de notre étude se trouve ici face à un obstacle. Il n'y a pas de production *in fine*, offrant un possible espace d'erreur innovante. D'autre part, il n'est pas concevable de créer ces espaces de liberté dans un milieu qui fonctionne sur le respect de l'ordre donné. La sublimation professionnelle n'est peut-être pas à la portée de ces sujets.

Les EVA s'engagent librement dans l'institution militaire et pourtant notre étude met en évidence un fort taux de déception du métier. Le manque d'autonomie et l'absence d'espace pour la prise d'initiative concourent probablement à cette déception.

Nos patients présentent des modes d'expression de leur souffrance variés. Quels que soient le milieu professionnel et la fonction exercée, les descriptions cliniques sont souvent identiques : surmenage intellectuel, fatigue nerveuse, trouble de la régulation du sommeil, asthénie physique et psychique. La question de l'adaptation amène à aborder celle du stress. La notion de stress regroupe des réactions coordonnées, spécifiées, dénombrées, physiologiques et éventuellement pathogènes, non spécifiques de l'agent causal, que

l'organisme soumis à des demandes, exigences, sollicitations, et stimuli de l'environnement, produit en surplus de la réponse spécifique liée à la nature et à l'intensité de la stimulation en cause. Cette définition n'était pas pleinement satisfaisante pour son auteur lui-même, Selye (55). Crespy redéfinit les agents « stressseurs » en intégrant des concepts de neurophysiologie : « sont considérés les facteurs de stress ceux et ceux-là seuls qui sont susceptibles d'engendrer des désordres fonctionnels ou à terme, des lésions organiques, du fait de l'impossibilité dans laquelle se trouve l'organisme de mettre à profit l'état de mobilisation dans lequel le place le stress. Chaque fois qu'une réponse est possible, le stress doit être considéré comme un facteur positif d'adaptation de l'homme à son milieu » (56).

Des études statistiques ont essayé de rendre compte de la susceptibilité, de la vulnérabilité et de la réactivité particulière des individus en utilisant des concepts psychologiques adéquats (comportement compétitif, locus de contrôle externe ou interne, self-estime (57). Ces résultats ont permis à Cooper de proposer un modèle de stress professionnel dont les variables permettent l'analyse des situations de travail (58). Les travaux sur le stress au travail reposent sur le modèle général neurophysiologique du stress et tentent de relier des agents « stressseurs » de natures diverses (physique, chimique, psychosociale), des caractéristiques personnelles (type de personnalité, biographie), des symptômes somatiques, psychologiques, comportementaux, un groupe de variables modératrices (soutien et réseau social), des conséquences sur la santé de l'individu (maladies organiques ou troubles psychologiques) et enfin un ensemble de conséquences sur le travail (absentéisme, accidents) (52). Le processus biologique qu'est le stress est considéré comme ayant des conséquences pathologiques (dépression, hypertension artérielle), des traductions verbales (expression du vécu du travail, insatisfaction au travail) et des effets sur les performances ou la vie organisationnelle. Or, ces phénomènes peuvent être le fruit de facteurs de stress non professionnels. Ainsi, certaines études psychosociales pourraient faire référence au stress organique sans la moindre mesure biologique (59). En l'occurrence, notre étude établit un lien entre stress professionnel (les difficultés relationnelles) et la souffrance psychique des patients alors que les difficultés personnelles ne sont pas retenues comme élément causal d'un trouble adaptatif.

Des enquêtes épidémiologiques se sont attachées à montrer la réalité de la souffrance mentale chez les employés de grandes entreprises ou sur de grandes populations et à décrire la répartition des troubles psychiques et psychosomatiques. Cette nécessité de

description de la répartition des troubles dans la population laborieuse sous-tend toute possibilité de comparaisons ultérieures. Or ces études, bien que nombreuses, ne sont pas comparatives du fait de leur hétérogénéité en ce qui concerne les critères diagnostiques, le recrutement de population en âge et sexe, et de sujets explorés toujours différents. Contrairement aux enquêtes épidémiologiques, les enquêtes analytiques à visée étiologique sont rares. Deux modèles utilisés en épidémiologie analytique permettent de corréler des variables organisationnelles et certaines pathologies mentales ou somatiques. Le modèle de Karasek (60, 61) tend à démontrer une association entre, d'un côté, la combinaison au niveau de la situation de travail d'une autonomie décisionnelle faible et d'une demande psychologique élevée, et d'un autre côté, le risque de développer un problème de santé physique, en particulier une maladie cardiovasculaire ou mentale, comme la dépression, la détresse psychologique, l'épuisement professionnel ou la consommation accrue de substances psychoactives (SPA). Après la lecture des résultats de notre étude, le modèle de Karasek semble s'appliquer volontiers à notre population d'EVA. Cette dernière, peu qualifiée avant son engagement (63,8% de CAP-BEP), se voit confier peu de responsabilités professionnelles et se révèle consommatrice de SPA pour une grande part.

Le modèle de Siegrist (62, 63), quant à lui, repose sur le concept de réciprocité sociale, c'est à dire sur « la possibilité d'avoir accès aux avantages légitimes auxquels on est en droit de s'attendre, compte tenu de « l'effort fourni au travail ». Ce modèle démontrerait l'existence d'un lien entre une balance effort - récompense déséquilibrée, et un risque élevé de maladie cardiovasculaire, mais aussi une augmentation de l'absentéisme, des problèmes de sommeil, de surcharge pondérale, ou encore une probabilité accrue de divorce et de séparation. À partir de l'isolement de facteurs professionnels du stress, ce genre d'étude devient réalisable et c'est bien ce que nous avons souhaité mettre en œuvre dans notre étude. Mais elle se heurte nécessairement à l'interdépendance des variables, le ressenti de la souffrance des sujets et des variables sur le ressenti de la contrainte professionnelle. La déception exprimée par les sujets étudiés traduit peut-être un sentiment de manque de reconnaissance au regard de leur investissement professionnel. Cette reconnaissance pourrait apparaître dans l'autonomisation mais encore une fois la création d'un espace de liberté n'est pas concevable.

L'évaluation sémiologique des psychopathologies du travail repose sur la démarche psychiatrique classique. Il n'existe pas de sémiologie de pathologies spécifiques aux situations de travail. Les symptômes et pathologies observés se rencontrent dans d'autres

situations non professionnelles et selon J. Torrente, la forme symptomatique de la décompensation d'un sujet au travail est plus inhérente aux failles intérieures du sujet qu'à la situation de travail elle-même (52). Une pathologie préexistante marque fortement le type de décompensation, ce qui rend difficile l'évaluation de l'implication de la situation de travail et son degré de retentissement.

Dans notre étude, nous avons retrouvé une part importante de fragilités intrinsèques (ou psychopathologiques). Elles sont considérées comme étiopathogéniques aux difficultés relationnelles et donc au trouble de l'adaptation ou bien comme expression de la souffrance liée au stress professionnel. Cette observation reprend la conception de J. Torrente selon laquelle les failles intérieures font le lit de diverses symptomatologies de souffrance en favorisant ces dernières (52).

Seules les pathologies posttraumatiques ont une symptomatologie identique d'une situation traumatique à l'autre quelles que soient la nature évènementielle et les éventuelles fragilités psychiques de la personne. Sans pathologie préexistante, il existe d'après Torrente, certaines pathologies en lien avec le travail, comme le trouble de l'adaptation, les états dépressifs, des phobies sociales, des états de stress post traumatique. Si le trouble de l'adaptation peut en effet survenir chez un sujet « sain », (c'est le cas de Jérôme qui présente un tableau anxieux et dépressif révélateur d'un trouble de l'adaptation imputable au milieu militaire exclusivement), nos patients à travers leur trouble adaptatif ont révélé d'autres psychopathologies.

Les patients répondant à des critères de trouble de l'humeur (24,24%) ou trouble anxieux (18,18%) sont sujets à discussion et doivent nous faire envisager deux hypothèses. L'une consiste à dire qu'il s'agissait simplement de réels troubles anxieux et de l'humeur. L'autre hypothèse suggère que ces éléments anxieux et dépressifs n'étaient que des manifestations du trouble de l'adaptation, donc à considérer comme des sous-types du trouble de l'adaptation. Dans la psychopathologie du travail, les troubles dépressifs et anxieux secondaires à un trouble de l'adaptation n'ont rien de spécifique sinon la fréquence de certaines formes particulières pour le trouble anxieux. Les épisodes anxieux comprennent principalement l'anxiété généralisée, l'anxiété épisodique paroxystique et les troubles anxieux phobiques. Les causes les plus fréquentes de décompensation pathologique dans les troubles de l'adaptation sont la situation professionnelle, la situation familiale et l'accumulation de ces facteurs. C'est l'approche que nous avons développée lors de

l'élaboration des questionnaires de notre étude et nous avons pu observer combien les difficultés environnementales professionnelles (essentiellement les difficultés relationnelles) pouvaient être associées à la souffrance des patients, en particulier au trouble anxieux. Cette altération de la qualité relationnelle, outre le fait qu'elle puisse être l'expression d'une souffrance psychique, présuppose néanmoins des troubles de la personnalité ou des psychopathologies sous-jacentes.

L'existence d'une histoire troublée ou d'antécédents psychiatriques n'éliminent pas la possibilité du diagnostic de trouble de l'adaptation. Jérôme illustre le trouble de l'adaptation au milieu militaire exclusivement, indépendamment de toute difficulté personnelle ou faille psychique préalable à l'engagement. D'autres patients, en proie à une désadaptation au milieu militaire, illustrent un cumul de difficultés environnementales relationnelles avec des psychopathologies sous-jacentes. Mais la proportion de failles psychiques, qui apporte un élément de réponse à la mésadaptation de nos patients, ne résout pas l'intégrité de la problématique.

9.2. Une sélection défaillante ?

L'accès à l'institution militaire se fait par différents leviers. Quelle que soit l'armée, le niveau de compétence exigé pour les EVA est un bagage minimal d'études. Dans notre étude, 15,21% s'étaient engagés à visée utilitaire et 4,35% avaient entrevu dans l'engagement une issue de secours. C'est parfois parce qu'ils sont en échec dans la vie civile qu'ils se tournent vers l'institution comme vers une bouée de sauvetage. Certaines motivations à l'engagement, plus satisfaisantes comme l'espoir de voyager (26,09% des patients), de pratiquer beaucoup de sport (pour 17,39% des sujets) et l'attrait pour un outil de travail spécifiquement militaire (17,39% des cas), ont nécessairement trouvé un écho dans le quotidien de nos sujets EVA. Or, 6,6% se sont estimés déçus de leur emploi. Ce dernier a probablement été idéalisé à travers une représentation du guerrier d'autrefois. Pourtant, les valeurs patriotiques (8,66%), le caractère humanitaire ou solidaire (6,52%) du métier, le travail en équipe (2,17%), l'esprit de cohésion (3,26%) et la vie en collectivité (4,34%) sont des aspects prégnants de la fonction du militaire qui ne sont que très peu recherchés à l'engagement. Cet impératif relationnel de la profession nous ramène aux observations de l'étude sur les difficultés professionnelles d'ordre relationnel et les failles psychopathologiques sous-jacentes de nos sujets. L'approche des motivations à l'engagement devrait peut-être être davantage considérée lors de la sélection.

Notons 2,3% des EVA avaient vécu un épisode psychotraumatique avant leur engagement, les fragilisant dans leur rapport aux autres avec une réactivation de leur souffrance dans le milieu militaire. Ces sujets mieux identifiés n'auraient peut-être pas dû franchir certaines étapes lors de leur engagement.

Revenons sur la sélection initiale qui est réalisée au GRS. Celle-ci se base sur des critères d'aptitude sportifs, physiques et psychologiques. Cette approche individuelle est détaillée et représente une part majeure dans l'évaluation globale des candidats. Mais deux verrous à cette sélection psychologique sont déficients. Tout d'abord, l'entretien psychologique n'est pas toujours réalisé avec un psychologue. Ensuite, le médecin généraliste qui examine les candidats ne peut, faute de temps, accorder une place privilégiée à l'entretien psychiatrique. Aussi, devant des jeunes gens qui font preuve de motivation et qui cachent certains antécédents, les rouages de la sélection psychologique sont pris en défaut. Il est impossible de ne pas évoquer l'intérêt qu'il pourrait y avoir à diminuer le nombre de candidats reçus par semaine au profit d'une plus grande place temporelle accordée à l'entretien psychiatrique. Malheureusement, les exigences du recrutement ne sont pas actuellement en faveur d'une telle évolution.

9.3. Notion de résilience (63, 64, 65, 66)

La résilience est au départ un terme de physique qui caractérise la résistance au choc, soit le rapport de l'énergie cinétique absorbée nécessaire pour provoquer la rupture d'un métal à la surface de la section brisée en kg/cm². En psychiatrie, elle désigne un ensemble de compétences ou *coping* (faire face) des fonctions du moi qui convergent vers l'invulnérabilité, l'invincibilité. En 1998, Allen définit la résilience comme l'habileté à résister aux effets négatifs de vulnérabilités internes et environnementales (64). Parallèlement, Masten y voit une compétence manifeste dans le contexte d'obstacles majeurs à l'adaptation et/ou au développement (65). Ce concept, relativement récent, semble bien à propos dans l'étude d'une population qui présente des troubles d'adaptation ou, du moins, des équivalents et apparentés nosologiques. Il est d'autant plus intéressant que la population étudiée est une frange de la société à laquelle incombe un rôle protecteur du reste de la société, un groupe d'hommes qui doit inspirer un sentiment de sécurité.

Le pédopsychiatre Rutter (66, 67) a tenté d'expliquer la résilience. On retient de ses travaux que la résilience n'est pas un trait de personnalité mais un processus ayant conduit l'individu à faire face à l'adversité. Un individu est résilient par rapport à son vécu et non

par ce qu'il est. Ainsi, une personne vivant une vie sans incidence majeure, ne peut être considérée comme résiliente, même si certains traits de personnalité lui auraient permis de l'être (être optimiste par exemple). En 1993, Fonagy pense que la résilience fait partie du développement normal dans des conditions difficiles (68). En 1996, Cowen constate que la résilience permet une adaptation exceptionnelle malgré l'exposition à des « stressseurs » significatifs (69). Les différents auteurs ayant abordé la question de la résilience ont identifié quatre niveaux de facteurs la favorisant : individuel, familial, communautaire et sociétaire.

Les facteurs de résilience individuels sont l'intelligence, un bon niveau de formation scolaire, des talents divers, un tempérament facile, la flexibilité, le sens de l'humour, l'estime de soi, la maturité, des qualités d'introspection, un locus développé de contrôle interne, un bon sens de l'identité, un sentiment d'utilité, la capacité de se projeter dans l'avenir, l'habileté dans la résolution de problèmes, la capacité de se distancer face à un environnement perturbé, l'autonomie, l'habileté à faire face à l'imprévu, l'orientation spirituelle. Or, près de 74% des sujets ont un niveau d'études au CAP-BEP et le manque de maturité concerne 3,79% de la cohorte. Parmi d'autres compétences individuelles, les auteurs ont identifié des compétences sociales comme l'empathie, l'altruisme, la sociabilité, la popularité, la perception d'une relation positive avec un adulte et l'habileté dans la résolution de conflit. À cet égard, notre étude montre un taux particulièrement élevé de patients en échec dans la relation avec les autres (43,93% de difficulté relationnelle avec la hiérarchie et 28,78% avec le groupe). Ces sujets en souffrance, du fait notamment de ces difficultés relationnelles, ont peut-être une carence de compétence sociale et par conséquent moins de potentiel de résilience.

Parmi les facteurs de résilience familiaux, les auteurs mentionnent l'âge moyen des parents, le nombre d'enfants (inférieur à cinq), la présence d'une figure paternelle avec une justice intra-familiale et de la discipline, une attente parentale élevée de l'individu, une absence de séparation en bas âge, un support d'affection dans l'enfance, un espace physique suffisant pour chaque enfant, une communication efficace et des interactions chaleureuses et positives au sein du foyer en l'absence de violence. L'enfant est perçu comme une ressource ayant de l'avenir, à qui l'entourage familial et social a enseigné le partage des valeurs et la non possessivité. L'étude ne s'étant pas portée sur les origines sociales et culturelles des sujets, il n'est pas possible d'établir un lien entre la population étudiée et ces facteurs favorisant la résilience.

D'autres facteurs de résilience, communautaires cette fois-ci, ont été observés comme la solidarité, des ambitions élevées, l'opportunité de s'impliquer et la responsabilisation, un taux de chômage bas et une situation financière stable. Cet élément rappelle que 15,21% des sujets se sont engagés pour des motifs utilitaires, pécuniers. En s'engageant en quête d'une situation stable, certains trouvent inconsciemment un espace favorable à la résilience. Un taux de criminalité bas, un haut niveau des installations de santé, de formation, de logement, de loisirs et de transport sont des éléments favorables. Or, 5,3% ont été impliqués dans des affaires judiciaires et 3,78% ont rencontré des difficultés financières, avant ou au cours de leur engagement. Ces patients, qui ne sont certes pas majoritaires mais représentent un pourcentage non négligeable, ont pu être exposés à des contraintes avec une réelle incapacité de résilience.

Les auteurs cités ci-dessus ont défini d'autres facteurs de résilience sociétaux tels que des normes sociales et politiques combattant la pauvreté, un contrôle légal et strict des armes, des drogues et de l'alcool, des messages soutenus de non-violence dans les médias. Si notre société s'efforce de véhiculer ce type de valeurs, nous relevons l'importance de l'usage de SPA illicites par nos patients (28% consomment du cannabis). Ce phénomène illustre le paradoxe d'une société qui légifère sur de nombreux points sans pouvoir obtenir un respect absolu de ses lois. La pensée commune sur l'innocuité du THC justifie aux yeux de certains sujets de poursuivre cette pratique en niant son illégalité. Aujourd'hui, le phénomène est suffisamment stigmatisé dans l'armée pour intégrer le dépistage systématique lors du recrutement. Ce fait, nouvellement mis en vigueur, épouse l'objectif d'avoir des personnels professionnels, maîtrisant leur psychisme et aptes au sens strict. Cette nouvelle réglementation (44, 45), qui n'empêche pas les individus de consommer des SPA en réponse à une situation anxiogène après leur engagement, devrait cependant nécessairement limiter le poids des troubles liés à des substances observées dans la population étudiée. Ainsi, c'est une plus meilleure accessibilité à la résilience qui peut être escomptée.

Pourquoi ce concept est-il utile dans l'approche de la problématique des EVA ? La recherche sur la résilience a permis de mettre en évidence l'importance majeure d'éléments intervenant dans l'élaboration du psychisme des individus, dans le développement de compétences précises, favorisant la résilience. Cette aptitude, au combien précieuse pour prévenir la mésadaptation, n'est pas accessible à tous ou alors à des degrés divers. Dans notre étude, les patients présentent une fragilité manifeste dans le ressenti des faits et dans

l'interaction avec autrui, puisque c'est la difficulté relationnelle qui est au cœur de la problématique. Nous avons tenté de mettre en lumière la présence de psychopathologies sous-jacentes et c'est une réalité qui, au regard des pourcentages obtenus, n'explique pas tout. C'est pour ne pas avoir une vision restrictive de ces sujets EVA désadaptés du milieu militaire qu'il est nécessaire d'avoir cette approche de résilience. Ils en sont probablement dépourvus à un moment clef de leur parcours de vie. L'expérience notamment d'une incorporation de jeunes EVA illustre combien nombre d'entre eux n'ont pas les compétences nécessaires pour faire preuve de résilience alors qu'elle est un atout majeur dans un milieu professionnel aux contraintes aussi diverses qu'exigeantes. Mais ces patients auraient-ils rencontré les mêmes difficultés dans le milieu civil ? Cela est probable, d'autant plus que l'armée représente pour 4,35% d'entre eux une issue de secours. Dès lors, que proposer à ces sujets avant qu'ils occupent ce statut d'êtres en souffrance ?

En 1997, Stroufe estime que la résilience n'est pas simplement quelque chose d'inné mais qu'elle se développe et évolue dans le temps (70). En 2000, Stein et al y associent la notion de processus dynamique par lequel un individu interagit avec son environnement pour produire une évolution donnée (71). L'interaction de facteurs constitutionnels et de situations diverses permet l'émergence de nouveaux facteurs de résilience qui vont ensuite moduler l'influence des premiers et de l'environnement. Un exemple est la compétence sociale, à la fois un facteur individuel de résilience et un élément témoignant d'une bonne adaptation développementale.

Le fait incontournable est que le passé n'est pas toujours garant de l'avenir et qu'à tous les âges une trajectoire de vie négative peut être modifiée. Il est à cet égard capital d'éviter un certain réductionnisme : le processus est plus important que la présence ou l'absence d'un facteur spécifique de résilience. Il est donc nécessaire d'envisager l'application de mesures préventives aux différents niveaux mis en évidence : les facteurs de risques, les facteurs protecteurs et les processus d'interaction entre eux. Le caractère évolutif de cette compétence est un élément positif à considérer lors du temps thérapeutique mais aussi préventif.

9.4. Mesures préventives envisageables

9.4.1. Mesures de prévention primaire

La première proposition consiste à améliorer l'efficacité de la sélection psychologique des EVA. Une plus grande place accordée à l'approche psychologique et psychiatrique devrait permettre le non engagement de sujets aux failles internes trop profondes pour supporter la contrainte globale du métier de militaire. Angélique illustre l'importance du temps de l'entretien psychiatrique afin de déceler les failles volontairement tues lors de la sélection.

Un second élément clé dans le recrutement des forces est la période d'incorporation. Cette phase est un moment privilégié pour le médecin généraliste d'unité. La visite médicale d'incorporation, qui vise à s'assurer une fois encore que l'EVA sélectionné présente un état de santé compatible avec sa future fonction, est une nouvelle opportunité pour observer d'éventuelles failles psychiques. Le dépistage des consommations de SPA est à ce titre un outil vraisemblablement filtrant une part des troubles liés à des substances. Si, une fois encore, le temps imparti à cette approche est limité, la nouvelle recrue enfin plongée dans son milieu professionnel, dissimule difficilement un trouble adaptatif ou une psychopathologie quelconque. La période probatoire qui succède à l'incorporation, d'une durée de six mois, pouvant être renouvelée une fois, a été souhaitée dans cette optique d'observation des difficultés physiques mais aussi psychologiques, rencontrées par le jeune engagé en situation. Dans notre étude, 9,92% des patients avaient été adressés alors qu'ils étaient dans cette phase. Certains ont fait l'objet de réforme. Mais tout est mis en œuvre pour éviter cette issue dommageable à la fois pour le sujet et pour l'institution. Il est indispensable d'analyser les facteurs de fragilité des recrues. À chaque rencontre, la recherche d'antécédents de troubles psychiques (troubles anxieux, épisodes dépressifs) et de troubles de la personnalité est un exercice inévitable. Les plaintes mêmes somatiques exprimées par les patients requièrent du médecin généraliste une écoute bienveillante et attentive.

Chaque consultation est une nouvelle rencontre intersubjective. Elle est l'occasion d'observer et d'écouter les EVA. Il est essentiel de procéder à une évaluation complète de l'environnement du sujet. Bien que notre étude n'ait pas établi de lien statistique entre les difficultés personnelles et le trouble de l'adaptation de la population étudiée, il est nécessaire de compléter l'évaluation du travail par l'analyse des autres facteurs environnementaux personnels, cela afin d'appréhender le patient dans sa globalité. L'ensemble de la situation professionnelle doit être analysé, les incidents, les relations humaines habituelles, les

événements, les activités réalisées ou empêchées. Le médecin généraliste d'unité a cette place privilégiée qui le place au cœur du milieu professionnel. Il a une vision concrète et réaliste de la situation. C'est aussi la manière dont sont vécues certaines situations qui va constituer un point d'appel. Toute situation peut faire écho à des événements anciens qu'elle va réactiver. L'observation des stratégies mises en place pour faire face au stress (ou *coping*) doit s'accompagner de la tentative de comprendre en quoi une situation a dépassé les possibilités du patient, c'est-à-dire le plus souvent ses propres capacités de résilience. Des enquêtes équivalentes au rapport annuel sur le moral, indicateur pour les états-majors, qui visent à explorer la manière dont les sujets organisent leur travail, leurs missions et font face à la souffrance, jouent un rôle dans les mesures préventives à mettre en œuvre.

Ce rôle de prévention incombe au médecin généraliste militaire au sein de son unité. Il s'agit de sensibiliser le commandement au retentissement des contraintes de la vie militaire sur le vécu individuel et de proposer les mesures permettant d'adapter le fonctionnement du groupe par une meilleure prise en compte du facteur humain. Ces mesures restent de la responsabilité du commandement.

9.4.2. Mesures de prévention secondaire

L'amélioration des conditions et l'aménagement d'un poste de travail, un changement de service, parfois une mutation, peuvent être conseillés au commandement lorsqu'un sujet semble fragilisé. Mais si des troubles psychopathologiques viennent à se déclarer, en rapport ou indépendamment du milieu professionnel, ils amènent parfois, hormis les soins immédiats, à émettre un avis d'inaptitude temporaire ou définitive. Il appartient au médecin généraliste en unité, tout comme au psychiatre, de se dégager dans un premier temps des enjeux institutionnels pour se laisser guider par la clinique et l'intérêt du patient. L'établissement d'une relation de confiance permet au sujet de verbaliser ses émotions et au médecin d'évaluer la nature des troubles. La mise en place de soins adaptés et la mise à distance temporaire du milieu donnent le temps nécessaire au repérage psychopathologique et peuvent permettre la naissance d'un travail d'élaboration. Ce temps donné sert également l'institution, permettant parfois de renouer un dialogue dans une ambiance dépassionnée. Ce processus d'analyse et de compréhension se complète d'une recherche d'informations. La connaissance des personnels, de la culture propre aux unités, l'articulation des actions de chaque acteur complémentaire (commandements, cadres, médecin d'unité et psychiatre) permettent de saisir tous les enjeux puis de prendre à distance une éventuelle décision d'aptitude.

Contrairement à ce que l'on peut penser, plus une attention est portée à la singularité de chacun, plus chacun pourra se sentir « appartenant au groupe ». Avec la professionnalisation et le choix du sujet de s'engager sans contrainte dans l'armée, celle-ci est amenée à porter une plus grande attention au cas par cas de ses hommes, ce dont témoigne la prise en compte accrue du facteur humain. Les acteurs de la psychiatrie et de la psychologie clinique des armées contribuent à soutenir cet engagement. La place qui leur est accordée dans les dispositifs sanitaires en OPEX montre qu'il y a actuellement une plus grande acceptation et une meilleure compréhension de leur travail. L'idée d'une prise en compte des particularités des souffrances semble de plus en plus évidente et même attendue. Le psychotraumatisme, qui dans notre étude, apparaît étonnamment peu associé à la souffrance des patients, doit néanmoins bénéficier d'une prise en charge précoce adaptée et personnalisée car le bénéfice attendu individuellement est inestimable.

9.4.3. Prise en charge thérapeutique

Selon l'ensemble des données environnementales et les antécédents d'un sujet, le médecin va pouvoir établir une stratégie thérapeutique. Trois temps simultanés ou successifs sont à envisager. Le premier temps est psychothérapeutique, le second pharmacologique et le troisième est social.

Le premier temps est psychothérapique. Sa forme la plus commune et la plus indispensable est le soutien compréhensif lors de l'élucidation de la situation environnementale dans sa globalité. Certaines formes de psychothérapie plus structurées sont souvent nécessaires. Les psychothérapies comportementales et cognitives connaissent un double objectif : amélioration symptomatique et prévention individuelle. Elles présentent de bonnes indications dans certains troubles caractérisés et circonscrits. Elles permettent de réélaborer les stratégies cognitives mises en jeu dans certaines situations d'échec, comme les relations avec autrui. Les techniques sont variées comme l'exposition, la désensibilisation, l'affirmation de soi, la gestion du stress. Le rapport Inserm évoqué dans l'article de Perron R, publié dans la revue bulletin sociologique Psychanalytique en 2004, démontrait de façon probante l'efficacité de ce type de thérapie sur l'ensemble des pathologies mentales (72).

Dans la prise en charge de la psychopathologie du travail, la psychanalyse occupe une large place. Elle peut représenter la modalité thérapeutique la plus adaptée dans la mesure où elle constitue l'armature de la théorie de la psychodynamique du travail. Elle inspire la

forme de psychothérapie spécifique qui constitue un temps thérapeutique souvent incontournable. Puisque toute psychothérapie psychodynamique a pour objet de relier les souffrances et les troubles éventuels aux événements causals, la psychopathologie du travail, transposable au milieu militaire, se concentre sur l'événement professionnel qui a pu faire résonance dans la vie psychique et générer une souffrance. Cette modalité psychothérapique repose sur l'idée que les pathologies liées au travail remettent en cause le rapport subjectif établi avec ce travail. Un élément thérapeutique important de ce temps psychothérapeutique est la mise en récit de ce qui est arrivé, de ce qui au quotidien fait précisément souffrir le sujet, quelle qu'en soit la réalité objective et le lien aux implications subjectives que cette situation a fait naître. La modalité psychothérapique peut se réaliser sous une forme individuelle mais aussi sous deux formes : la thérapie individuelle et la thérapie de groupe. Cette dernière est illustrée par le débriefing évoqué dans l'abord de la psychiatrie en OPEX. On rappelle combien en situation opérationnelle, le médecin généraliste et le psychiatre ne figent pas leurs interventions selon un cadre préformé et doivent adapter leur prise en charge psychothérapique à l'actualité du contexte opérationnel.

Le temps pharmacologique utilise un large éventail thérapeutique. Les thérapeutiques symptomatiques que sont les traitements antidépresseurs et anxiolytiques sont préconisées. Elles doivent obéir rigoureusement aux recommandations en vigueur. Le médecin sera en l'occurrence attentif au risque de dépendance induite par une prise mal adaptée (posologie, durée,...) de benzodiazépines. Toutefois, le temps psychothérapeutique est essentiel et doit être un préalable à ce temps pharmacologique.

Le troisième temps est celui du soutien social. La question des ressources se pose toujours. La prescription d'un arrêt maladie doit tenir compte de l'importance de l'état pathologique du patient mais aussi des enjeux sur la situation de travail et des retombées socio-économiques. La mise en situation de non activité doit apparaître comme une mesure transitoire. Le changement d'une situation de travail peut faire partie intégrante de la thérapie. C'est souvent un partenariat entre le psychiatre et le médecin généraliste d'unité, également médecin du travail, qui permet d'aboutir à une bonne évaluation de l'aptitude du sujet à poursuivre sa fonction à l'identique ou avec quelques aménagements. Une nouvelle orientation est parfois nécessaire comme un changement de service, de section, voire une mutation.

Lorsque l'approche thérapeutique est mise en échec et l'inaptitude à l'exercice de son métier de militaire inéluctable, le sujet est orienté vers la réforme. Celle-ci constitue un échec de la prise en charge et une perte humaine pour l'institution. Elle peut représenter la seule voie de résolution pour l'individu désadapté d'un milieu spécifique.

10. Conclusion

Le métier de militaire est diversifié, faisant appel à une multitude de fonctions différentes, ce qui en fait aussi son attractivité. Qu'il défende l'idéal des valeurs patriotiques ou qu'il s'engage du fait d'aspects contemporains du contexte économique et social, les motivations du militaire sont mises à l'épreuve autant dans l'exercice quotidien de son métier que dans des circonstances opérationnelles particulièrement périlleuses.

Ainsi, l'engagement dans l'institution militaire n'est pas seulement de nature contractuelle. Il impose bien d'autres vécus, uniques en leur genre, ce qui en fait sa force mais aussi sa difficulté. Seul un esprit de cohésion, acquis patiemment avec l'entraînement et renforcé par des valeurs militaires fortes, permet d'aller de l'avant. Cela ne peut se concevoir que grâce à une sélection rigoureuse des personnels, sélection d'abord initiale à l'engagement, puis tout au long de la carrière lors des visites systématiques annuelles et des visites programmées lors d'événements particuliers (changement de statut, renouvellement de contrat, départ en OPEX, retour d'OPEX, et tout événement pathologique intercurrent).

Nous avons vu que le milieu militaire a effet d'effacement des particularités contribuant au bon fonctionnement de cet univers organisé. Traditionnellement, le milieu militaire tend vers l'effacement du singulier. L'uniforme identifie le militaire et recouvre le sujet. La profonde mutation introduite par la professionnalisation des armées s'inscrit dans les grands changements de société (36). Elle a introduit un déplacement du « pour tous » massifié du service militaire obligatoire d'avant, vers un « choix singulier » de devenir militaire dans l'armée de métier.

Avec la professionnalisation, un des grands changements de ces dernières années est la féminisation. Si l'homme et la femme sont dits égaux, ils ne sont pas semblables et l'uniforme n'efface pas cette différence. La présence croissante des femmes dans un milieu où les valeurs viriles sont mises en avant, n'est pas sans poser quelques questions. Plutôt que d'égalité, il convient de parler de complémentarité. Mais dans la population des EVA, les femmes ne sont pas davantage sujettes au trouble de l'adaptation.

Certains sujets recherchent en s'engageant une armature solide pour se soutenir dans la vie. Le militaire qui ne possède pas les identifications symboliques nécessaires pour affronter la vie peut trouver dans le milieu militaire un moyen de suppléer à ses carences en lui offrant une façon d'être, des règles à respecter, des procédures à suivre et une identification

imaginaire qui pallient son défaut d'identité. Certains éléments de l'institution peuvent donc apporter aux individus des facteurs favorables à la résilience, recherchés ou non par l'individu lui-même. Dans notre étude, les motivations à l'engagement retenues sont fréquemment peu adaptées aux attentes du métier de militaire, situées aux antipodes des idéaux patriotiques ; cet état de fait génère une situation favorable au trouble de l'adaptation.

Les missions possèdent des spécificités différentes suivant les armes, mais des points communs sont retrouvés. En l'occurrence, les départs en missions extérieures se répètent au cours de la carrière. La présence de l'arme est une constante, bien sûr évidente lors des OPEX ou même lors des manœuvres sur le terrain. La promiscuité est un autre facteur fragilisant souvent retrouvé. Mais en ligne de fond, est constamment posée la question de la mort, celle de l'autre devenant traumatisante en ce sens que l'autre n'est jamais qu'un alter ego, mais aussi sa propre mort. La mort n'est pas seulement celle que le militaire risque de recevoir dans cette position sacrificielle qu'il est sensé accepter tout au long de sa carrière, mais aussi celle qu'il peut être amené à donner dans les conditions d'exercice de son métier. Il peut s'agir d'une mort atroce lors de la découverte, le plus souvent fortuite, de charniers ou de visions particulièrement effroyables, visions de guerre, d'autant plus insoutenables qu'elles touchent aussi la population civile et encore plus les enfants, mais aussi visions de suicide ou de morts par accidents de la voie publique.

Le trouble de l'adaptation de la population étudiée est majoritairement mis en relation avec une difficulté de l'environnement professionnel militaire. Pourtant, notre étude ne retrouve pas l'impact attendu des psychotraumatismes. Si la contrainte du relationnel est davantage retenue comme contrainte professionnelle par la population étudiée, la prise en charge des événements potentiellement psychotraumatiques n'en est pas moins cruciale ; et ce d'autant plus que perdure dans l'imaginaire collectif une crainte de dévoiler son psychisme au retour d'OPEX, justement de peur des retombées éventuelles en terme d'aptitude psychiatrique. La déception de l'emploi de militaire, qui est retenue aussi fréquemment que les événements potentiellement psychotraumatismes, nous renvoie à la psychodynamique du travail qui établit un parallèle entre le degré de liberté et la sublimation dans son travail. L'espace d'innovation n'étant pas ouvert à cette population d'EVA, l'approche freudienne explique mais n'apporte pas de réponse à cette difficulté.

Notre étude permet d'observer une association majeure entre la souffrance des EVA et des difficultés relationnelles dans leur environnement professionnel. Cette altération qualitative est vraisemblablement révélatrice d'une psychopathologie sous-jacente. On retrouve en

permanence des traits de personnalité qui posent la question du père : non reconnaissance de l'autorité, donc de la place du père qui représente sur le plan symbolique le porteur de la loi sociale.

Les pathologies psychiatriques rencontrées en milieu militaire ne présentent pas de spécificité par rapport à la classification nosographique contemporaine. On y retrouve les mêmes préoccupations rencontrées dans le domaine de la santé publique pour ce qui concerne les psychoses, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les conduites addictives. Les particularités relèvent davantage du mode d'expression de la souffrance psychique dans le milieu militaire où les contraintes sont particulières par rapport au milieu civil. La souffrance s'exprime souvent par une exacerbation des traits pathologiques de la personnalité qui devient de ce fait moins souple dans sa relation à l'autre et vis-à-vis de soi, d'où probablement cette prépondérance des difficultés relationnelles. Notre étude a permis de retrouver certaines personnalités marquées par des dimensions d'impulsivité avec des troubles des conduites et de l'agir. La rencontre avec le milieu militaire a servi de cadre où viennent s'inscrire les décompensations anxieuses ou dépressives parfois sévères, les passages à l'acte divers, les problèmes disciplinaires avec des remises en cause majeures d'une adaptation parfois de bonne qualité apparente mais toujours fragile. Certains traits de personnalité rendant difficiles les relations à l'autre sont probablement générateurs de situations anxiogènes dans le milieu professionnel. Pour des personnalités limites, aux aménagements défensifs rigides, le milieu militaire représente un lieu, qui menace leur équilibre et facilite l'expression des manifestations anxieuses ou dépressives. Concernant les personnalités psychotiques, il faut évoquer les particularités liées aux personnalités paranoïaques, notamment sensibles sans doute les plus fréquentes, qui peuvent rester longtemps bien adaptées au milieu et se révéler tardivement. C'est souvent dans ce contexte que se situent des plaintes pour harcèlement moral de la part de l'autorité (35).

Les militaires forment une communauté d'individus aux parcours jonchés de changements, d'étapes, d'épreuves, dont les conséquences, comme un trouble apparent de l'adaptation avec son lot de manifestations psychologiques et somatiques, sont souvent mises en avant dans une perspective trop souvent limitée à la conjoncture. Les troubles de l'adaptation sont des motifs fréquents mais jamais banals de consultation. Dans une forte potentialité d'interaction entre le milieu militaire et un sujet en souffrance, les troubles de l'adaptation prennent une dimension particulière. Les sujets expriment habituellement leur souffrance par une clinique anxieuse ou dépressive mais une autre modalité d'expression symptomatique fréquente est constituée par

des troubles des conduites. Dans la majeure partie des cas, ces troubles des conduites révèlent une anxiété ignorée comme telle par le sujet lui-même. Le passage à l'acte est alors vécu comme une issue de secours au malaise. Certaines manifestations sont bruyantes, conduites auto et hétéro-aggressives, désertion, répétition des sanctions disciplinaires, conduites addictives. Les troubles des conduites, notamment les conduites addictives, peuvent engendrer des difficultés d'interaction. D'autres enfin expriment leur souffrance de façon masquée à travers des plaintes somatiques. On peut observer une grande variabilité de tableaux cliniques comme c'est le propre du trouble de l'adaptation.

Mais les troubles observés ne peuvent pas se réduire à la dimension adaptative, réactionnelle et transitoire tels qu'ils sont repérés dans les classifications nosographiques. Ils nous renvoient constamment aux particularités des parcours individuels et à une perspective plus globale du fonctionnement du patient. Connaître le milieu d'exercice avec ses contraintes spécifiques, l'histoire du sujet, ses failles internes et être à l'écoute de ses plaintes est une association indispensable pour appréhender la souffrance et tâcher de l'identifier au mieux. Il est essentiel de procéder à une évaluation complète de l'environnement du patient car les effets cumulatifs du stress, générés par divers facteurs environnementaux, peuvent apparaître au décours d'une décompensation sur un événement minime. On dit que le sujet a atteint son point de rupture par rapport à un fonctionnement antérieur. Si les troubles témoignent de la difficulté d'un sujet en situation, il faut les comprendre bien au-delà d'une simple dimension réactionnelle car ils révèlent le plus souvent des dimensions pathologiques psychiatriques, dépassant la simple conjoncture d'une situation débordant la capacité d'adaptation d'un militaire. C'est bien la pathologie psychiatrique sous-jacente qui doit être recherchée, tant par le médecin d'unité dont le travail quotidien est fondamental, que par le psychiatre hospitalier. La prise en charge des troubles, suivie d'une décision d'aptitude, concourt à la prise en charge thérapeutique tout en maintenant la cohésion et l'équilibre du groupe.

Une comparaison entre sujets avec trouble de l'adaptation, sujets avec d'autres troubles psychiatriques spécifiques et sujets non malades au plan psychiatrique, amène à la conclusion que les sujets avec trouble de l'adaptation, bien qu'ils remplissent les critères généraux d'un trouble mental, ont un niveau de fonctionnement psychosocial plus bas que les non malades, mais qu'ils sont également différents des sujets avec troubles psychiatriques spécifiques, étant d'une manière plus sains et plus fonctionnels. Looney et Gunderson (73), Andreasen et Hoenk (74) se demandent, si cette catégorie diagnostique n'est pas une catégorie diagnostique peu

valide liée simplement à la sévérité du tableau clinique et utilisée notamment chez les jeunes patients afin d'éviter une stigmatisation négative et péjorative d'un diagnostic psychiatrique plus lourd. Si ce diagnostic sans connotation négative, aux limites intellectuellement floues, est communément admis pour permettre une réforme pour motif psychiatrique non préjudiciable, notre étude permet d'observer combien le trouble de l'adaptation occupe une place légitime.

Les psychopathologies sous-jacentes au trouble de l'adaptation, retenues de façon globale chez des sujets désadaptés de l'institution, n'expliquent pas l'ensemble des situations observées.

Se dessine alors un profil de sujets, en échec dans la société civile, présentant des difficultés relationnelles avec l'autre et en rupture avec l'autorité, dans l'impossibilité d'intégrer le monde du travail civil. Leur possible adaptation au milieu militaire, cadre potentiellement favorable à la résilience, semble n'être qu'un leurre.

Au-delà des failles psychologiques à mettre en évidence le plus précocement possible, et ce dès les phases de sélection et d'incorporation, en développant les moyens nécessaires à l'approche psychiatrique, nous sommes amenés à discuter de la capacité de résilience. Cette notion indispensable à l'adaptation, observée comme faisant défaut, revêt un caractère évolutif, favorable lors de la prise en charge.

Les approches thérapeutiques psychothérapiques, pharmacologiques et sociales, illustrent combien le sujet est intégré dans un contexte social et exprime sa souffrance tant sur le plan psychique que somatique. Les périodes de cessation d'activité qui ont une valeur thérapeutique offrent un temps supplémentaire d'observation dans un contexte dépassionné. Ce n'est qu'en exerçant de concert, que le médecin généraliste d'unité, situé au plus près des sujets en souffrance, et le spécialiste psychiatre des armées, peuvent prendre en charge de façon optimale les patients atteints d'un trouble de l'adaptation, révélateur d'une autre psychopathologie. C'est une attention portée au patient dans toute son intégralité qui assure une meilleure identification de la souffrance psychique et donc une prise en charge adaptée.

11. Abréviations

ANA : Armée Nationale Afghane

CLD : Congés de longue durée

CLDM : Congés de longue durée pour maladie

CME : Certificat militaire élémentaire

DEM : Département d'expertise médicale

DMM : Décision médico-militaire

EVA. : Engagé Volontaire de l'Armée

EVAT. : Engagé Volontaire de l'Armée de Terre

FINUL : Force Intérimaire des Nations-Unies

FORPRONU : Force de Protection des Nations-Unies

GRS. : Groupement de Recrutement et de Sélection

H.I.A. : Hôpital d'Instruction des Armées

MMPI : Inventaire Multiphasique de Personnalité de Minnesota.

OMLT *Operational Mentoring and Liaison Team*

OPEX : Opération Extérieure

OTAN : Organisation du traité de l'Atlantique Nord

RAPASSAN : Rapatriement sanitaire

RTNE : Région Terre Nord-Est

12. Références bibliographiques

- (1) Freud S. Psychologie des foules et analyse du moi. In : Essai de psychanalyse. Paris : Payot ; 1987 : 119-216.
- (2) Favre JD, Pilard M, Payen A, Clement J, Schubnel M. Congés de longue durées pour maladie mentale : à propos de 100 patients. Rev Méd et Armées 1987 ; 15 (3) : 317-22.
- (3) Vallet D, Favre JD, Payen A, Dubelle P, Churlaud A, Lebigot F. et al. Aspects évolutifs et impact thérapeutique des congés de longue durée pour affection psychiatrique. Rev Med et Armées 1990 ; 18 (2) : 99-104.
- (4) B. Lahutte, Favre JD, De Montleau F, Arvers P, Cudennec Y. Etude des congés de longues durée pour trouble psychiatrique chez les personnels militaires de l'armée de Terre et la Gendarmerie. Rev Med et Armées, 2005 ; 33 (5): 117-21.
- (5) J. Garrabé. Dictionnaire de taxinomique de psychiatrie. Disponible à partir de l'URL : <<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Encyclopedie/adaptation.html>
- (6) Lalande A. La raison et les normes.-In-16 de 237 pages, Paris, Hachette, 1948.
- (7) Starobinsky J. Réaction. Le mot et ses usages. Confrontations Psychiatriques 1974 ; 12 : 19-42.
- (8) Reiss E. Konstitutionnelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Z Ges Neurol Psychiatri Origin II 1910 ; 67 : 348-628
- (9) Jasper K. Psychopathologie générale. Trad. fr. de la 3^{ème} édition. Paris : Félix Alcan ; 1933.
- (10) Kretschmer E. Paranoïa et sensibilité. Bibliothèque de psychiatrie. Paris : Presses universitaires de France ; 1963.
- (11) Freud S. Deuil et mélancolie. Dans : Métapsychologie. Collection idées. Paris : Gallimard ; 1968.
- (12) Loo P. et Loo H. – Le stress permanent. Masson, Paris, 1986. SELYE H. et al. - Le stress. Hachette, Paris, 1980.

- (13) Henri Ey, P. Bernard, Ch. Brisseret. Manuel de psychiatrie. 5^{ème} édition, Ed Masson, Paris, 1978.
- (14) Georges Canguilhem. Le Normal et le pathologique. 9^e réed. PUF/Quadrige, Paris, 2003.
- (15) Lloyd C. Life events and dépressive disorder reviewed. Arch Gen Psychiatry 1980 ; 37 : 541-8.
- (16) Pichot P. Actualisation du concept de dépression. L'encéphale 1981 ; VII : 307-14
- (17) Mendels J. Cochrane C. The nosologie of depression : the endogenous-réactive concept. Am J Psychiatry 1968 ; Suppl 124 : 1-11
- (18) Kear-Colwell JJ. Taxonomy of depressive phenomena and its relationship to the réactive- endogenous dichotomy. Br J Psychiatrie 1972 ; 121 : 665-71
- (19) Despland JN, Mono L, Ferrero F. Clinical relevance of ajustement disorder in DSM-III R and DSM-IV. Compr Psychiatry 1995 ; 36 :454-60.
- (20) Despland JN, Mono L, Ferrero F. Etude clinique du trouble de l'adaptation selon le DSM-III-R. Schweizer Arch Neurol Psychiatrie 1996 ; 147 : 171-7.
- (21) Despland JN, Mono L, Besson J, Ferrero F. Les troubles de l'adaptation du DSM-III-R : un diagnostic insaisissable ? Méd Hygiène 1993 ; 51 : 2215-8.
- (22) Despland JN, Mono L. Epidémiologie du trouble de l'adaptation avec anxiété : définition du cas. Dans : Le trouble de l'adaptation avec anxiété. Comptes rendus de Symposium « Le trouble de l'adaptation avec anxiété », Paris-Hôtel Inter-Continental novembre 1997. Paris : Springer-Verlag France ; 1999. p. 49-60.
- (23) DSM IV (TR). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'america psychatric association. Paris : Masson ; 2004.
- (24) Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'OMS. 10^e révision. Paris : Masson ; 1993.
- (25) M. Ferreri. Le trouble de l'adaptation avec anxiété. Compte-rendu de symposium sous la direction de M. Ferreri. Paris, Springer-Verlag, 1999.
- (26) A. Lott, F. Borgeat, F. Caron . Le trouble de l'adaptation, un diagnostic anodin ? Une étude comparative avec le trouble dépressif majeur. Schw Arch Für Neurol Und Psy (on

line), 2003 ;154 , 3 : 96-105 (cited 2008-11) URL : <<http://www.sanp.ch/pdf/2003/2003-03>>

(27) Thomas G, Tourinel G. Le masque des troubles de l'adaptation en milieu militaire. Rev Med et Armées, 2009 ; 37 (2) : 135-7

28) Courratte Y, Haus-Cheymol R. et al. Caractéristiques des arrêts de travail dans un régiment de l'armée de Terre. Médecine et armées, 2007, 35 (5) : 411-5.

(29) Paul F, Perez S. Engagement, désengagement dans la Légion étrangère. Médecine et armées, 2009, 37(2) :417-28

(30) Mèle E, Rondier JP. Les rapatriés sanitaires en psychiatrie. Médecine et armées, 2007, 35(5) :417-28).

(31) Andreasen NC, Wasek P. Adjustment disorder in adolescents and adults. Arch Gen Psychiatrie 1980 ; 37 : 1166-70.

(32) Bronisch T. Adjustment réactions : a long-term prospective and rétrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. Acta Psychiatr Scand 1991 ; 84 : 86-93.

(33) Akoun A, Bon F, Burnier M-A, Cuisinier J, Desanti J, Guéry F, Herpin N, et al., La philosophie, 2^{ème} ed, Loos-les-Lille : les petits-fils de Léonard Daniel Maître imprimeurs ; 1969.

(34) Clervoy P. Engagement et désengagement en milieu militaire , Perspectives psychopathologiques ; Mémoire pour le DES de psychiatrie ; 1994.

(35) Vallet D., Boisseaux H., de Montleau F., Rondier P. Psychiatrie et armées. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-882-A-10, 2006.

(36) Horne Reinoso V. Au-delà de l'uniformisation de la plainte, la singularité du sujet. Rev Med et Armées, 2009 ; 37 (2) : 139-42.

(37) M. Heidegger, *Être et Temps*, trad. E. Martineau, Authentica, hors commerce, Paris, 1985 trad. F. Vezin, Gallimard, Paris, 1986.

(38) De Montleau F, Southwell G, Mèle E, Minvielle S, Horne V, Coulot D. Les différents visages du risque en milieu militaire. Rev Med et Armées, 2009 ; 37 (2) : 105-10.

(39) Livre Blanc : République française. Le Livre Blanc sur la défense et la sécurité nationale. Odile Jacob. 2008-2009.

(40) Morillon P. : *Entretiens*, reportage dans Globe-Hebdo du 4-10 août 1993.

- (41) République française. Instruction ministérielle n° 2600/DEF/DCSSA/AST/AME relative à l'organisation et au fonctionnement du département d'expertise médicale des centres de sélection et d'orientation. BOC/PP du 19 janvier 2004.
- (42) République française. Instruction ministérielle n° 2100 /DEF/DCSSA/AST/AME relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir. troisième modificatif du 18 avril 2006.
- (43) Descombes F. Evaluation des conduites addictives lors de la sélection. Etude réalisée par le DEM de Nancy en 2003, communiquée aux journées de médecine d'armée de l'EST le 8 octobre 2009.
- (44) République française. Instruction ministérielle n° 2100 /DEF/DCSSA/AST/AME relative aux dépistage de la toxicomanie et de la consommation excessive d'alcool applicables aux militaires. 19 avril 2007.
- (45) République française. Instruction ministérielle n° 655 /DEF/EMAT/PRH/PP relative aux normes médicales d'aptitude applicable au personnel militaire de l'armée de Terre. 9 juin 2008.
- (46) Salmon TW. War neuroses. Military Surgeon 1917; 674-93.
- (47) Boisseaux H, Colas M.-D. Intervention psychiatrique en opération. Rev Med et Armées, 2009 ; 37 (2) : 143-6.
- (48) Fidelle G, Payen A, Rondier JP. Les blessures psychiques : soins immédiats et post-immédiats. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2005 ; 5 (1) : 9-14.
- (49) Fidelle G. La mort de l'alter ego. Évolution clinique d'une prise en charge brève. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2005 ; 5 (3) : 183-187.
- (50) P. Clervoy, V. Vautier. Le soutien psychologique des forces en opération. Rev Med et Armées, 2009 ; 37 (2) : 111-14.
- (51) De Montleau F, Nicolas J-D. Les troubles de l'adaptation. Cours EVDG 2007
- (52) J. Torrente, Psychopathologie du travail, EMC Akos (Traité de Médecine) [on line] 2005 ; 7-1097 [cited 31-01-2009] Disponible à partir de : URL : <<http://file://C:/DOCUME-1/gsola00/LOCALS-1/Temp/0YP2JGXB.htm>
- (53) Dejours C. Travail, usure mentale, de la psychopathologie du travail à la psychodynamique du travail. Paris : Bayard éditions ; 1993.

- (54) Freud S. Malaise dans la civilisation. (1929) PUF. Paris. 1971.
- (55) Selye H. Le stress de la vie. Le problème de l'adaptation. Gallimard. Paris. 1975 ; 1 vol.
- (56) Crespy J. Stress et psychopathologie de travail. Cahiers de notes documentaires, INRS 1984 ; 116 : 353-362.
- (57) Arsenault A, Dolan S. Le stress au travail et ses effets sur l'individu et l'organisation. Rapport de recherche de l'IRSST. IRSST. Montréal. 1983 ; 1 vol.
- (58) Kalimo R, Ei-Batawi Ma, Cooper Cl. Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et les rapports à la santé. OMS. Genève. 1988 ; 1 vol.
- (59) Alain Raix, Psychopathologie du travail et du chômage, EMC Psychiatrie [on line] 1995 ; 37-886-A-10 [cited 18.01.2009] Disponible à partir de :
[URL://http://file:///C:/Documents and Settings/gsula00/bureau/EMconsulte-article psychopathologie du travail et chômage](http://file:///C:/Documents%20and%20Settings/gsula00/bureau/EMconsulte-article%20psychopathologie%20du%20travail%20et%20ch%C3%B4mage)
- (60) Karasek R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain : Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 1979 ; 24 : 285 - 308.
- (61) Karasek R. A, Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Book. New York 1990.
- (62) Siegrist J. (, « Adverse health effects of high effort/low reward conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, 1996 ; 1 : 27.
- (63) Siegrist J, Klein D, Voigt K.H. « Linking sociological with physiological data : the model of effort-reward imbalance at work », *Acta Psychologica Scandinavia*, 1997 ; vol.161, suppl.640 : 112-116.
- (64) Allen, J. R. Of resilience, vulnerability, and a woman who never lived. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1998 ; 7 : 53–71.
- (65) Masten, A. & Coatsworth, J.D. “The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children.” *American Psychologist*, 1998 ; 53 (2) : 205-220.
- (66) Rutter M. “Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder”, *British Journal of Psychiatry*, 1985 ; 147, 598-611.

- (67) Rutter M. « La résilience, quelques considérations théoriques », in M.Bolognini, B.Pancherel, R.Nunez et W.Bettschart (éds), *Préadolescence: théorie, recherche et clinique*, Paris, 1994 ESF.
- (68) Fonagy P, Steele M, Steele H, Higgitt A. & Target M. The manuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience, *J. Child Psychiatry*, 1994 ; 35 (2) : 231-257.
- (69) Cowen E.L, Wyman P.A, & Work W.C. Resilience in highly stressed urban children : Concepts and findings. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 1996 ; 73 : 1-18.
- (70) Stroufe, L.A. Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 1997 ; 9 : 251-268.
- (71) Stein et al, *Lives through time. An ideographic approach to the study of resilience*, *Bulletin of the Meninger clinic*, 2000; 64 (2).
- (72) Perron R, Brusset B, Baruch C, Cupa D, Emmanuelle M. Quelques remarques méthodologiques à propos du rapport INSERM. « Psychothérapie. Trois approches évaluées » *Bull Soc Psychanal (Paris)* 2004 ; 73 : 118-125.
- (73) Looney JG, Gunderson EKE. Transient situational disturbances : course und outcome. *Am J Psychiatry* 1978 ; 135 : 660-3.
- (74) Andreasen NC. et Hoenk PR. R. The predictive value of ajustement disorders : a follow-up study. *Am J Psychiatry* 1981 ; 139 : 584-90.

13. Annexes

1) Instruction Ministérielle 2600

BOC/PP — 19 janvier 2004 - N° 2-3-4.

79

DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE
SANTÉ DES ARMÉES : sous-direction action
scientifique et technique ; bureau aptitude médi-
cale et expertise.

**INSTRUCTION N° 2600/DEF/DCSSA/AST/
AME relative à l'organisation et au fonction-
nement du département d'expertise médicale
des centres de sélection et d'orientation.**

Du 2 décembre 2003 (A)
NOR D E F E D 3 5 3 2 5 6 J

Références :

Instruction n° 1300/DEF/DCSSA/AST/AS
du 22 mars 2000 (BOC, p. 2000 ; BOEM
620-4*) modifiée.
Instruction n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME
du 1er octobre 2003 (n.i. BOC, BOEM
620-4*).

Texte abrogé :

Instruction n° 1100/DEF/DCSSA/AST/AS -
9807/DEF/DSN/DCSN/EMPL du 16 avril
1993 (BOC, p. 4677 ; BOEM 620-4* et
mention au BOEM 106*) et son modifica-
tif du 15 février 1994 (BOC, p. 1347).

Mot(s) clef(s) : Expertise — médical — aptitude
— organisation.

Classement dans l'édition méthodique : BOEM
620-4*.

SOMMAIRE.

Préambule.

Titre premier.

Dispositions générales.

Articles.

- 1er. Missions du département d'expertise médi-
cale.
2. Subordination du département d'expertise
médicale.
3. Chefferie du département d'expertise médi-
cale.
4. Moyens du département d'expertise médicale.

(A) Réservé CPBO.

Titre II.

*Attributions du médecin-chef
du département d'expertise médicale.*

5. Attributions techniques.
6. Attributions de chef de service.
7. Attributions de conseiller du commandement.

Titre III.

Expertise médicale initiale.

8. Convocation des candidat(e)s.
9. Organisation générale de l'expertise médi-
cale initiale.
10. Déroulement de l'expertise médicale initiale.
11. Conclusions de l'expertise médicale initiale.
12. Durée de validité des conclusions d'expertise.
13. Dispositions relatives à la protection du
secret médical.
14. Fraudes et fausses déclarations.
15. Circulation, archivage et accès aux dossiers
médicaux.
16. Comptes rendus d'activité.

Titre IV.

*Surveillance technique du département
d'expertise médicale.*

17. Surveillance et visites techniques.
18. Texte abrogé.

Préambule.

La présente instruction a pour but de définir
les missions, le fonctionnement et l'organisation
des départements d'expertise médicale des cen-
tres de sélection et d'orientation de l'armée
de terre.

TITRE PREMIER.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Article premier.

Missions du département d'expertise médicale.

Un département d'expertise médicale (*DEM*)
est chargé au sein de chaque centre de sélection
et d'orientation (*CSO*) de procéder aux experti-
ses médicales initiales des candidat(e)s à l'enga-
gement dans l'armée de terre.

Ses activités peuvent s'exercer également au profit de candidat(e)s à l'engagement dans d'autres armées ou services selon les modalités définies par accord entre l'état-major de l'armée de terre et les autres armées ou services concernés.

Il organise également le soutien médical des épreuves physiques et sportives de la sélection.

Le *DEM* peut être amené à réaliser des études biostatistiques et épidémiologiques à la demande de la direction centrale du service de santé des armées (*DCSSA*).

Article 2.

Subordination du département d'expertise médicale.

Le *DEM* est subordonné :

- au plan hiérarchique au commandant du groupement recrutement et sélection (*GRS*);
- au plan technique au directeur régional du service de santé.

Article 3.

Chefferie du département d'expertise médicale.

Le *DEM* est dirigé par un médecin en chef, nommé par décision ministérielle, qui porte le titre de médecin-chef du département d'expertise médicale. Il est responsable de l'exécution des missions dévolues à son département :

- devant le commandant du *GRS* au plan hiérarchique;
- devant le directeur régional du service de santé au plan technique.

En cas d'absence, le médecin-chef du *DEM* est remplacé par le médecin adjoint désigné par décision ministérielle pour assurer la suppléance de la fonction d'expert.

Article 4.

Moyens du département d'expertise médicale.

Pour son fonctionnement, le *DEM* dispose de moyens propres individualisés, en différentes cellules organiques : accueil, chefferie et secrétariat médical, biométrie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, médecine générale.

4.1. Moyens en personnel.

Le *DEM* dispose de personnel de statut militaire et de personnel de statut civil. La répartition des effectifs de ces différentes catégories de personnel est définie par un document unique d'organisation (*DUO*).

Placé sous l'autorité hiérarchique et technique du médecin-chef, le personnel est géré selon les

règles en vigueur dans l'armée ou le service d'appartenance.

a) Médecins adjoints.

Les médecins adjoints sont affectés au *DEM* par décision ministérielle après formation spécifique dans un hôpital d'instruction des armées (*HIA*). Ils exercent la fonction de médecin examinateur.

Un des médecins adjoints est nommé par décision ministérielle adjoint au médecin-chef. En l'absence de ce dernier, il assure la suppléance de la fonction de médecin expert.

Le *DEM* peut faire appel à des médecins titulaires d'un contrat d'engagement spécial dans la réserve pour exercer la fonction de médecin examinateur.

b) Personnel non officier.

Personnel militaire paramédical.

Ce personnel placé sous la tutelle technique des médecins examinateurs assure au sein des cellules le recueil des données biométriques, la prise de paramètres vitaux, la mise en œuvre des matériels techniques d'enregistrement et la saisie informatique des données qu'il recueille.

Il participe à l'organisation du soutien médical des épreuves physiques et sportives de la sélection.

Personnel sous-officier, militaire du rang, personnel civil.

Il participe à toutes les tâches d'accueil, de fonctionnement administratif et aux activités au sein des cellules n'appartenant pas au domaine de responsabilité exclusive du personnel paramédical.

4.2. Moyens en matériels.

Ils sont constitués des :

— matériels techniques ressortissant aux techniques médicales ou paramédicales et dont l'ensemble constitue le plateau technique du département, spécifique à l'expertise et fixé par le tableau de dotation annexé au catalogue des approvisionnements du service courant du service de santé;

— matériels et objets de consommation courante comprenant les fournitures à usage médical (médicaments, réactifs, matériels à usage unique);

— matériels d'exploitation, matériels techniques, matériels ou objet à usage général (produits d'hygiène et de propreté, fournitures de bureau) ressortissant de l'armée de terre.

4.3. Informatique médicale.

Le module médical de *SISEL* implanté dans chaque cellule du *TDEM* a pour but d'assurer le recueil des données nominatives des expertises, des conclusions d'aptitude, de permettre l'édition des différents documents médicaux et médico-administratifs à l'issue de l'expertise médicale initiale. Il permet également l'exploitation statistique anonyme des activités d'expertise.

Le médecin-chef du *DEM* est le correspondant de la cellule informatique du *GRS* pour le module médical du système d'information de la sélection (*SISEL*).

Il est responsable de l'application des consignes de sécurité et de la détermination des droits d'accès. S'agissant de traitement de données nominatives, il s'assure de la mise en œuvre des mesures qui découlent de l'application de la loi informatique et liberté.

4.4. Infrastructure.

Le *DEM* dispose de locaux qui lui sont affectés, entretenus, rénovés ou améliorés en fonction des impératifs techniques liés à certains équipements médicaux, par le *GRS*. Ces locaux doivent répondre aux normes établies pour les locaux à usage médical.

TITRE II.

ATTRIBUTIONS DU MEDECIN-CHEF DU DEPARTEMENT D'EXPERTISE MEDICALE.

Article 5.

Attributions techniques.

Il agit en tant que médecin expert et est habilité à délivrer tout certificat d'aptitude médicale initiale.

Il adresse par voie hiérarchique au directeur régional du service de santé les correspondances concernant le fonctionnement du *DEM* et les pièces périodiques établies conformément aux règlements en vigueur.

Il est responsable de l'instruction technique de l'ensemble du personnel du *DEM* et, à ce titre, il établit le plan annuel de formation continue.

Article 6.

Attributions de chef de service.

Le médecin-chef exerce ses attributions de chef de service dans les domaines suivants :

a) Organisation et fonctionnement du *DEM*.

Le médecin-chef est seul responsable devant le commandant du *GRS* du fonctionnement dans tous ses détails du département qu'il dirige. Il propose au commandant du *GRS* toutes les mesures dont la réalisation réclame l'intervention du commandement, lui rend compte de l'activité de son département et de tout événement susceptible d'en affecter le fonctionnement.

Il organise son département et définit avec précision le rôle de chacun de ses subordonnés en leur donnant toutes instructions utiles.

Il s'attache à maintenir et à améliorer l'état des locaux et les conditions de travail en provoquant, notamment, les réparations locatives nécessaires.

Il est responsable de la conservation et de la mise à jour périodique de la documentation technique et administrative.

b) Attributions en matière disciplinaire.

Le médecin-chef exerce à l'égard du personnel militaire placé sous ses ordres les pouvoirs disciplinaires définis par le règlement de discipline générale dans les armées.

Il est responsable vis-à-vis du commandant du *GRS* de la discipline.

c) Attributions en matière de gestion des matériels.

Le médecin-chef est détenteur dépositaire des matériels du service de santé et détenteur usager des matériels ressortissant au commissariat et au matériel de l'armée de terre, mis à la disposition de son département par la formation.

d) Ravitaillement sanitaire.

Le médecin-chef est responsable de l'approvisionnement sanitaire du *DEM*. Il est gestionnaire des crédits qui lui sont affectés, à cet effet, sous forme d'un compte en valeur.

Article 7.

Attributions de conseiller du commandement.

Le médecin-chef du *DEM* conseille le commandant du *GRS* sur les questions qui relèvent de sa compétence. Dans ce cadre, il assiste à toutes les réunions et aux rapports périodiques.

TITRE III.

EXPERTISE MEDICALE INITIALE.

Article 8.

Convocation des candidat(e)s.

La convocation des candidat(e)s à examiner est de la responsabilité de la chaîne de recrutement. Afin de garantir la qualité de l'expertise médicale, compte tenu des moyens en personnel fixés par le *DUO* et des possibilités du plateau technique du *DEM*, un maximum de 30 expertises peut être réalisé par demi-journée. La direction du service de santé (*DSS*) en région s'assure du respect de ces dispositions et propose en cas de réduction des moyens, en particulier en personnel, une adaptation du montant maximal d'expertises, dans l'attente de mesures palliatives.

Les convocations concernent :

- les candidat(e)s à l'engagement dans l'armée de terre, dans la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, et pour partie les candidat(e)s à l'engagement dans la marine et dans l'armée de l'air;
- les candidat(e)s à l'admission dans les écoles militaires d'officiers et de sous-officiers de l'armée de terre (et éventuellement ceux des autres armées ou services);
- les jeunes gens demandant à servir en qualité de volontaires dans l'armée de terre et éventuellement les candidat(e)s aux différentes formes de préparation militaire dans l'armée de terre;
- les jeunes gens déclarés inaptes temporaires et re-convoqués à l'issue du délai prescrit.

Article 9.

Organisation générale de l'expertise médicale initiale.

Chaque médecin examinateur, sous l'autorité du médecin-chef, assume la responsabilité de :

- l'examen clinique dans son domaine de compétence;
- la détermination de la valeur du sigle correspondant;
- la saisie informatique des données de l'examen clinique dans le module médical de *SISEL*.

Toute expertise commencée doit aller à son terme même si en cours d'examen il est découvert une affection ou infirmité constituant un motif indiscutable d'inaptitude médicale à l'engagement, en veillant toutefois à éviter les examens complémentaires inutiles. Les constatations faites au cours de l'expertise sont consignées, dans tous leurs détails, par les médecins examinateurs,

sur le certificat médical d'aptitude initiale n° 620-4*/10 établi au nom du sujet expertisé.

Article 10.

Déroulement de l'expertise médicale initiale.

Après avoir rempli un questionnaire de vulnérabilité psychologique (QV 5), puis renseigné et signé un questionnaire médicobiographique modèle n° 620-4*/9 (*QMB*), les candidats sont soumis à un bilan médical comprenant :

- un examen biométrique et une analyse d'urine;
- un électrocardiogramme (*ECG*);
- un examen ophtalmologique anatomique et fonctionnel;
- un examen de la sphère *ORL* anatomique et fonctionnel;
- un examen buccodentaire avec détermination du coefficient masticatoire;
- un entretien guidé par le *QMB* et le QV 5 à la recherche d'antécédents personnels médicaux, chirurgicaux, psychologiques, ainsi qu'à la recherche de facteurs de risques et de conduites addictives;
- un examen clinique complet, répondant aux règles de bonne pratique, mené sur un(e) patient(e) déshabillé(e), respectant sa dignité et précédé d'une information préalable. Il doit être complet, appareil par appareil. Si les données de l'interrogatoire d'une candidate rendent nécessaire un examen gynécologique, celui-ci doit être effectué en hôpital d'instruction des armées (*HIA*) ou en milieu spécialisé civil selon les souhaits de la candidate.

Article 11.

Conclusions de l'expertise médicale initiale.

Le médecin-chef du *DEM* agit en tant que médecin expert. A ce titre, il effectue en présence du candidat, la synthèse des examens réalisés par les médecins examinateurs du *DEM*, chacun dans leur domaine respectif de compétence (ophtalmologie, *ORL*, médecine générale) et dont les résultats ont été saisis dans le module médical de *SISEL*. Il confirme les valeurs du profil médical (*SIGYCOP*) proposé et clôture le certificat médical d'aptitude initiale n° 620-4*/10. Il détermine l'aptitude à servir ou à l'emploi du candidat et établit le certificat médico-administratif d'aptitude initiale n° 620-4*/12.

Le médecin-chef du *DEM* édite les documents et y appose sa signature. En cas d'absence, cette responsabilité est exercée par le médecin adjoint au médecin-chef.

Article 12.

Durée de validité des conclusions d'expertise.

La durée de validité des conclusions formulées à la suite de toute expertise doit être indiquée sur le certificat médico-administratif d'aptitude initiale n° 620-4*/12.

Article 13.

Dispositions relatives à la protection du secret médical.

Le secret des expertises n'est pas opposable au candidat lui-même. Est assujéti aux obligations du secret médical :

- le personnel médical;
- le personnel paramédical ou de secrétariat en service dans le *DEM*;
- le personnel chargé de faire remplir et d'exploiter les *QMB* et *QV 5*.

Le strict respect de ses obligations leur interdit de fournir à des tiers des renseignements sur les constatations médicales faites au cours des examens. Seuls le *SIGYCOP* définitif et les conclusions d'aptitude sont portés à la connaissance du personnel de la chaîne de recrutement ayant à en connaître.

Article 14.

Fraudes et fausses déclarations.

Tout candidat à l'engagement remplit un *QMB* qu'il doit signer attestant ainsi qu'il a répondu de façon sincère aux questions posées et qu'il ne présente ou n'a pas présenté, à sa connaissance, aucun trouble, aucune autre maladie que ceux qu'il a signalés. Toute fausse déclaration rend, de fait, invalides les conclusions de l'examen.

Article 15.

Circulation, archivage et accès aux dossiers médicaux.**15.1. Dossiers des candidats aptes.**

Le *QMB* et le certificat médical d'aptitude initiale n° 620-4*/10, ainsi que les résultats d'examens paracliniques (*ECG*, audiogramme...), les documents de tous ordres établis par les médecins examinateurs ou par le spécialiste hospitalier sont mis sous enveloppe scellée portant la mention « confidentiel médical ». L'enveloppe scellée et un exemplaire du certificat médico-administratif n° 620-4*/12 sont remis au candidat. Ce dernier remet aux autorités destinataires ces

différentes pièces selon les modalités fixées par les textes propres à chaque armée ou service.

15.2. Dossiers des candidats inaptes temporaires ou en instance de classement.

Les données concernant les candidats inaptes temporaires ou bénéficiant d'un bilan complémentaire dans un *HIA* sont conservées dans la base de données de *SISEL*, jusqu'à la régularisation de la situation et la conclusion de l'expertise.

Le *QMB*, le certificat médical d'aptitude initial 620-4*/10, ainsi que les résultats d'examens paracliniques (*ECG*, audiogramme...) et les documents de tous ordres établis par les médecins examinateurs sont archivés temporairement.

Un exemplaire du certificat médico-administratif n° 620-4*/12 portant mention de l'inaptitude temporaire ou de l'envoi en consultation spécialisée est remis au candidat afin d'informer les autorités de sa situation.

15.3. Dossiers des candidats inaptes.

Les dossiers médicaux des sujets déclarés inaptes lors de l'expertise médicale initiale ou après bilan complémentaire ou encore ayant renoncé à la poursuite de l'expertise au cours de celle-ci, sont conservés en archives conformément aux règles en vigueur. Seul le médecin-chef ou le médecin adjoint au médecin-chef en l'absence de ce dernier, détient le droit d'accès en lecture et modification des données stockées sur la base de données du module médical de *SISEL*.

Article 16.

Comptes rendus d'activités.

Un droit d'accès aux données numériques centralisées des activités des *DEM* est attribué à la *DCSSA*, sous-direction action scientifique et technique, bureau aptitude médicale et expertise.

Le médecin-chef du *DEM* établit un rapport annuel comportant la synthèse des données numériques d'activité du *DEM* et ses commentaires dans les domaines du personnel, de la formation continue, sur l'état des matériels et sur les conditions générales de fonctionnement. Il soumet ce rapport, pour avis et observations au commandant du *GRS* et l'adresse pour le 1er février à la direction du service de santé en région, qui l'intègre à son propre rapport annuel de fonctionnement.

2)

QUESTIONNAIRE MÉDICO-BIOGRAPHIQUE

A renseigner lors de la visite médicale initiale ou de sélection

Imprimé n° 620-4*/9

Instruction n° 1300/DEF/DCSSA/
AST/AS du 22 mars 2000

Format 21 x 29,7 (double)

CONFIDENTIEL MÉDICAL		
NOM : _____	Prénom : _____	Sexe : _____
Date et lieu de naissance : _____		
Adresse : _____		
Situation de famille : _____		Nombre d'enfants : _____
Profession actuelle : _____		
Répondez au questionnaire médical en cochant la case correspondant à votre cas : ☐ OUI ☐ NON Si vous ne savez pas répondre à certaines questions mentionnez NSP (ne sait pas) face à la question.		
Antécédents familiaux		
Age du père : _____ ans ; est-il malade ☐ OUI ☐ NON Si OUI, quelle est sa maladie : _____ Si décédé, précisez la cause : _____		
Age de la mère : _____ ans ; est-elle malade ☐ OUI ☐ NON Si OUI, quelle est sa maladie : _____ Si décédée, précisez la cause : _____		
Un des membres de votre famille (parents, grands-parents, frère, sœur, oncle, tante, cousin, cousine) a-t-il ou a-t-elle eu une de ces maladies :		
Asthme	☐ OUI	☐ NON
Tuberculose	☐ OUI	☐ NON
Hypertension artérielle ou maladie du cœur	☐ OUI	☐ NON
Mort subite (d'effort ou NON)	☐ OUI	☐ NON
Diabète	☐ OUI	☐ NON
Cancer	☐ OUI	☐ NON
Maladie nerveuse	☐ OUI	☐ NON
Autre maladie	☐ OUI	☐ NON
Antécédents médicaux personnels		
Avez-vous eu une des maladies suivantes :		
Bronchite fréquente	☐ OUI	☐ NON
Asthme	☐ OUI	☐ NON
Tuberculose	☐ OUI	☐ NON
Syncope, évanouissement	☐ OUI	☐ NON
Palpitations	☐ OUI	☐ NON
Hypertension artérielle ou maladie du cœur	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, précisez : _____		
Manifestations d'intolérance à l'effort (maux divers)	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, précisez : _____		
Diabète	☐ OUI	☐ NON
Jaunisse, hépatite	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, précisez : _____		
Ulcère d'estomac	☐ OUI	☐ NON
Autres troubles digestifs	☐ OUI	☐ NON

LA FIZELLE 40 0589 0

Anomalies dans les urines (albumine, sucre, sang)	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, précisez : _____		
Calcul rénal ou urinaire	☐ OUI	☐ NON
Rhumatisme articulaire aigu	☐ OUI	☐ NON
Méningite, encéphalite	☐ OUI	☐ NON
Epilepsie, convulsions	☐ OUI	☐ NON
Paralysies	☐ OUI	☐ NON
Maladies gynécologiques	☐ OUI	☐ NON
Autres maladies	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, précisez : _____		
Avez-vous déjà été hospitalisé	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, précisez le motif : _____		
Terrain allergique		
Etes-vous allergique à certains médicaments	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, lesquels : _____		
Avez-vous des allergies cutanées (urticaire, eczéma)	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous des allergies respiratoires (asthme, rhume des foins)	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous des contre-indications aux vaccinations	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, lesquels : _____		
Avez-vous une allergie aux piqûres de guêpes ou d'abeilles	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, avez-vous été désensibilisé : _____		
Antécédents chirurgicaux et traumatiques		
Avez-vous subi une intervention chirurgicale pour un de ces problèmes		
Appendice	☐ OUI	☐ NON
Hernie(s)	☐ OUI	☐ NON
Autres à préciser	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous eu une anesthésie générale	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, y avait-il eu perte de connaissance		
Vous reste-t-il des séquelles		
Avez-vous eu des fractures des membres	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, à quel membre : _____		
Etes-vous encore porteur de broche, clou, vis ou plaque	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocages, douleur, entorse)	☐ OUI	☐ NON
Autres antécédents (luxations, entorses...)	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, précisez : _____		
Yeux		
Portez-vous des lunettes	☐ OUI	☐ NON
Portez-vous des lentilles ou verres de contact	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous des problèmes de vision des couleurs	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'œil	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous eu d'autres maladies des yeux	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous bénéficié d'un traitement chirurgical de la myopie (laser, etc.)	☐ OUI	☐ NON

Nez, gorge, oreilles, dents		
Entendez-vous mal	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous eu des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous eu des troubles de l'équilibre	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous été opéré des oreilles ou du nez ou des sinus ou du cou	☐ OUI	☐ NON
Utilisez-vous régulièrement un baladeur	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous des caries dentaires	☐ OUI	☐ NON
Colonne vertébrale		
Souffrez-vous du dos ou de la colonne vertébrale	☐ OUI	☐ NON
Si OUI :		
Est-ce en permanence	☐ OUI	☐ NON
Après effort	☐ OUI	☐ NON
Les douleurs sont-elles apparues après un accident	☐ OUI	☐ NON
Troubles nerveux		
Avez-vous fréquemment mal à la tête	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous eu des évanouissements en dehors d'un traumatisme	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie)	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles nerveux	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous uriné au lit après l'âge de 7 ans	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous été en institut médico-pédagogique	☐ OUI	☐ NON
Habitudes de vie		
Faites-vous du sport	☐ OUI	☐ NON
Si OUI		
Indiquez le ou les sports pratiqués : _____		
Depuis quand et nombres d'heures par semaine : _____		
Etes-vous fumeur habituel de tabac	☐ OUI	☐ NON
Buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif, etc.)	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques	☐ OUI	☐ NON
Si OUI		
Précisez lesquels : _____		
En avez-vous pris récemment	☐ OUI	☐ NON
Etes-vous sous traitement substitutif d'une toxicomanie	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous été traité pour maladie sexuelle	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous bénéficié d'un dépistage du VIH	☐ OUI	☐ NON
Etes-vous donneur de sang régulier	☐ OUI	☐ NON
Traitements		
Prenez-vous un traitement médicamenteux actuellement	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, quels médicaments : _____		

Autre(s) maladie(s) non signalée(s) dans le questionnaire	
Laquelle (lesquelles) : _____	
Renseignements complémentaires	
Est-ce votre première visite médicale pour l'admission dans les armées ou la gendarmerie	☐ OUI ☐ NON
Avez-vous déjà servi dans les armées ou la gendarmerie	☐ OUI ☐ NON
Si OUI, avez-vous eu des problèmes médicaux	☐ OUI ☐ NON
Si OUI, lesquels : _____	
Coordonnées de votre médecin traitant habituel	
Nom et prénom : _____	
Adresse : _____	
Code postal et ville : _____	
Téléphone : _____	
Je soussigné, certifie avoir répondu de façon sincère au présent questionnaire et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux signalés. <i>Date et signature du candidat,</i>	
DOCUMENT À JOINDRE AU CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE INITIALE	

3)

DIFFUSION RESTREINTE
Propriété de l'Etat

EDITION JANVIER 1990
Centre de sélection n° 9

EPREUVE Q.V.5

1°) Inscrivez, sur votre feuille de réponses, votre nom, votre prénom, votre numéro d'équipe et de brassard et noircissez les rectangles correspondant à ces numéros.

2°) Dans la rubrique "Identification du test", noircissez à la ligne 19 le rectangle correspondant au Q.V.5.

3°) Répondez à toutes les questions suivantes, SANS EXCEPTION, par oui ou par non.

4°) Pour indiquer la réponse choisie, noircissez le rectangle A si OUI ou le rectangle E si NON sur votre feuille de réponses. Faites bien correspondre vos réponses au numéro des questions. Il n'y a ni exemples, ni exercices.

1 - Préférez-vous travailler en équipe plutôt que seul ?
2 - Pensez-vous qu'il y a quelque chose qui ne tourne pas rond dans votre tête ?
3 - Vous arrive-t-il d'entendre des voix lorsque vous êtes seul ?
4 - Avez-vous la rancune tenace ?
5 - Etes-vous habituellement en bonne santé ?

6 - Fixez-vous facilement votre attention ?
7 - Avez-vous des vertiges ou des étourdissements ?
8 - Avez-vous parfois l'impression de n'être plus vous-même ?
9 - Vous endormez-vous facilement ?
10 - Etes-vous sujet au rhume des foins ?

11 - Etes-vous très susceptible ?
12 - Etes-vous malade en auto, en bateau ou en avion ?
13 - Avez-vous parfois l'impression qu'on vous en veut ?
14 - Gardez-vous votre sang-froid dans des situations critiques ?
15 - Etes-vous d'un naturel soucieux ?

16 - Vous arrive-t-il de bégayer ou de bafouiller ?
17 - A-t-on essayé de vous influencer ?
18 - Etes-vous souvent réveillé par des cauchemars ?
19 - Les gens font-ils peu de cas de ce qui vous arrive ?
20 - Pouvez-vous généralement conserver votre calme

21 - Avez-vous souvent des maux de tête ?
22 - Etes-vous d'un naturel plutôt timide ?
23 - Pensez-vous qu'il serait préférable de supprimer la plupart des lois ?
24 - Vous sentez-vous parfois découragé ?
25 - La vie vous déçoit-elle souvent ?

T.S.V.P.

-
- 26 - Avez-vous eu des crises d'asthme ?
 - 27 - Vous faites-vous facilement des amis ?
 - 28 - Habituellement, vous entendez-vous bien avec vos parents ?
 - 29 - Votre entourage vous trouve-t-il plus de défauts que vous n'en avez réellement ?
 - 30 - Avez-vous confiance en vous ?
-

- 31 - Etes-vous gêné par certaines de vos idées ?
 - 32 - La critique et la moquerie vous blessent-elles beaucoup ?
 - 33 - Préférez-vous souvent rester assis et rêver plutôt que de faire quelque chose ?
 - 34 - Etes-vous d'humeur égale ?
 - 35 - Etes-vous plus heureux lorsque vous êtes seul ?
-

- 36 - Avez-vous parfois mal à l'estomac ?
 - 37 - Aimez-vous avoir à prendre des décisions rapides ?
 - 38 - Vous est-il arrivé de chaparder quelque chose ?
 - 39 - Trouvez-vous que votre esprit travaille quelquefois plus lentement que d'habitude ?
 - 40 - Avez-vous souvent des moments de cafard ?
-

- 41 - Demandez-vous fréquemment conseil aux autres ?
 - 42 - Etes-vous convaincu que vous êtes exposé à tous les mauvais coups du sort ?
 - 43 - Aimez-vous vivre en groupe ?
 - 44 - Avez-vous été soigné pour une dépression nerveuse ?
 - 45 - Passez-vous facilement de la pleine forme au découragement ?
-

- 46 - Avez-vous ou avez-vous eu des boutons sur le visage ?
 - 47 - Aimez-vous mettre les autres dans l'embarras ?
 - 48 - Vous sentez-vous mal à l'aise dans un ascenseur ou un tunnel ?
 - 49 - Les autres vous apprécient-ils selon vos mérites ?
 - 50 - Abandonnez-vous souvent une activité que vous aviez commencée ?
-

- 51 - Etes-vous habituellement décontracté et heureux ?
 - 52 - Avez-vous eu des convulsions ou des crises nerveuses ?
 - 53 - Avez-vous un tempérament optimiste ?
 - 54 - Aimez-vous vous trouver dans des situations nouvelles ?
 - 55 - Avez-vous une bonne mémoire ?
-

- 56 - Vous arrive-t-il d'être de mauvaise humeur sans savoir pourquoi ?
 - 57 - Avez-vous un appétit changeant ?
 - 58 - Les membres de votre famille sympathisent-ils avec vous ?
-

FIN DE L'EPREUVE

La loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux informations contenues dans le présent questionnaire.

Ces informations confidentielles en raison de leur caractère médical sont destinées aux médecins qui vont vous examiner et seront "dépersonnalisées" dès la fin des opérations de sélection (dans la journée suivante).

4) Questionnaire de thèse de la population M

*Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire dont les informations
recueillies se verront anonymisées pour exploitation.*

1) Date de la consultation en psychiatrie :

2) Date du billet de consultation :

3) Données biographiques :

a) Âge : ans

b) Sexe : masculin ☐ féminin ☐

c) Situation maritale :

d) Niveau d'études :

- BEPC , fin d'étude 1^{er} cycle du secondaire.....

- CAP, BEP

- Baccalauréat ou fin d'étude en cours de 2^{ème} cycle du secondaire...

- Études supérieures.....

e) Engagé depuis le : (préciser le mois et l'année)

f) Unité :

4) Motivations de l'engagement dans les armées :

5) Motif de la consultation auprès du médecin généraliste d'unité :

a) Symptômes du registre des affects :

- humeur dépressive.....

- anxiété

- autre

Préciser

b) Changement de comportement :

- auto-agressivité

- punition.....

- hétéro-agressivité.....

- fugue ou désertion.....

- bizarreries du comportement.....

- consommation de SPA.....

- autre
dépression

Préciser :

c) *Plainte somatique :*

☐

- *non*.....

- *oui*.....

☐

Préciser laquelle :.....

.....

**6) Données sur des consommations de substances psychoactives (SPA)
lors des 30 derniers jours**

a) Consommation d'alcool

OUI.....

☐

NON.....

☐

- *Nombre de verres*

- *par jour*

- *par semaine*

- *par mois*

- *Types d'alcools consommés :*

- *Avez vous observé une majoration de votre consommation ?*

- *depuis l'engagement ? OUI*

NON

- *en manœuvre ?*

OUI

NON

- *en opex ?*

OUI

NON

b) Consommation de cannabis

OUI.....

☐

NON.....

☐

- *Nombre de « joints »*

- *par jour*

- *par semaine*

- *par mois*

- *Avez vous observé une majoration de votre consommation ?*

- *depuis l'engagement ? OUI*

NON

- *en manœuvre ?*

OUI

NON

- *en opex ?*

OUI

NON

c) Autres SPA illicites ?

	NON	OCCASIONNELLEMENT	RÉGULIÈREMENT
<i>Héroïne</i>			
<i>Cocaïne</i>			
<i>Autre</i>			

7) Évaluation diagnostic selon le DSM IV TR

axe 1 :

- trouble lié à une substance... ☐ - schizophrénie ☐
- autres troubles psychotiques ☐ - trouble dissociatif ☐
- trouble de l'humeur..... ☐ - trouble anxieux..... ☐
- trouble des conduites alimentaires ☐

axe 2 (trouble de la personnalité) :

- paranoïaque ☐ - schizoïde..... ☐
- schizotypique ☐ - borderline..... ☐
- histrionique ☐ - dépendante..... ☐
- évitante ☐ - antisociale ☐
- obsessionnelle compulsive... ☐

8) Facteurs déclenchant(s) repérable(s) - plusieurs cases peuvent être cochées :

8.1) événement professionnel

a) événement potentiellement psycho-traumatique ☐

b) difficultés professionnelles : - difficulté avec le groupe ... ☐

- difficulté avec la hiérarchie ☐

- sanction disciplinaire..... ☐

8.2) événement personnel

a) Rupture ou perte

- décès d'un être cher..... ☐

- rupture affective..... ☐

- rupture familiale..... ☐

b) Autres difficultés :

- difficulté financière..... ☐

- difficulté judiciaire..... ☐

9) DMM à l'issue de la consultation

- Inaptitude définitive - Réforme..... ☐

- Poursuite du service ☐

- Inaptitude temporaire totale

- hospitalisation..... ☐

- congés maladie..... ☐

- CLD..... ☐

- Inaptitude temporaire partielle

- opex - OM..... ☐

- port d'arme..... ☐

- Aptitude sans restriction..... ☐

10) Éventuel suivi médical

- en milieu militaire ☐

- en milieu civile..... ☐

5) Questionnaire de thèse de la population S

1) Avez-vous déjà consulté un psychiatre ou reçu un traitement à visée psychiatrique depuis votre engagement ?

oui ☐ non ☐

si oui, : en milieu civil ☐
en milieu militaire ☐
en milieu civil et militaire ☐

2) Données biographiques :

a) âge : 1 ____ ans

b) sexe : masculin ☐ féminin ☐

c) situation maritale :

célibataire	☐	pacs	☐
concubinage	☐	divorcé(e)	☐
marié(e)	☐	veuf(ve)	☐

d) niveau d'études :

BEPC, fin d'étude 1 ^{er} cycle du secondaire	☐
CAP, BEP	☐
Baccalauréat ou fin d'étude en cours de 2ème cycle du secondaire	☐
Études supérieures	☐

e) Vous êtes engagé(e) depuis le : ____ (précisez le mois et l'année)

f) Souhaitez-vous renouveler le contrat ? :

oui ☐ non ☐ je ne sais pas ☐

g) CME : acquis ☐ échec ☐ Nombre de tentatives : ____

h) Souhaitez-vous passer sous-officier ?

oui ☐ non ☐ je ne sais pas ☐

3) Avez-vous déjà consulté le médecin d'unité (ou médecin civil) pour les symptômes suivants :

a) Symptômes du registre des affects : (cochez la ou les cases correspondantes)

. humeur dépressive ☒ . anxiété ☐

. autre ☐ précisez : _____

b) Changement de comportement : (cochez la ou les cases correspondantes)

. auto-agressivité ☐ . punition ☐

. hétéro-agressivité ☐ . fugue ou désertion ☐

. bizarreries du comportement ☐ . consommation de substances
psycho actives ☐

. autre ☐ précisez : _____

c) Plainte somatique : (cochez la ou les cases correspondantes)

. troubles du sommeil, fatigue ☐ . troubles musculaires ☐

. troubles digestifs : ☐

4) Données sur des consommations de substances psycho-actives (SPA)

a) Consommez-vous de l'alcool ? oui ☐ non ☐

si oui,

- Nombre de verres - par jour 1 __ 1 __ 1

- par semaine 1 __ 1 __ 1

- par mois 1 __ 1 __ 1

- Types d'alcools consommés :
.....

- Avez-vous observé une majoration de votre consommation d'alcool ?

oui ☐ non ☒

si oui,

- depuis l'engagement ? oui ☐ non ☐

- en manœuvre ? oui ☐ non ☐

- en opex ? oui ☐ non ☐

b) Consommez-vous du cannabis ? oui ☐ non ☐

si oui,

- Nombre de « joints » - par jour 1 __ 1 __ 1

- par semaine 1 __ 1 __ 1

- par mois 1 __ 1 __ 1

- Avez-vous observé une majoration de votre consommation de cannabis ?

oui ☐ non ☐

si oui,

- depuis l'engagement ? oui ☐ non ☐
- en manœuvre ? oui ☐ non ☐
- en opex ? oui ☐ non ☐

c) Consommez-vous d'autres SPA illicites ?

(cochez la ou les cases correspondantes)

	NON	OCCASIONNELLEMENT	RÉGULIÈREMENT
Héroïne			
Cocaïne			
Autre			

5) Difficultés repérables dans l'environnement (plusieurs cases peuvent être cochées) :

5.1) événement professionnel

a) événement potentiellement psycho-traumatique :

- vision traumatisante en opex ☐ précisez l'année : _____
- blessure en opex ☐ précisez l'année : _____
- peur de mourir ☐ précisez l'année : _____

Combien d'opex avez-vous effectué depuis votre engagement ? _____

b) difficultés professionnelles :

- difficulté relationnelle avec le groupe ☐
- difficulté relationnelle avec la hiérarchie ☐
- sanctions disciplinaires (BP) fréquentes ☐
- impression de pression exercée par hiérarchie ☐

Précisez la nature : - refus de permission ☐
- tâches ingrates récurrentes ☐

c) emploi non satisfaisant

oui ☐ non ☐

si oui, pourquoi ? précisez _____

Déception du métier de militaire

oui ☐ non ☐

si oui, pourquoi ? précisez _____

d) Autre difficulté avec le milieu militaire

oui ☐ non ☐

si oui, pourquoi ? précisez _____

5.2) événement personnel

a) Rupture ou perte

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------|
| - décès d'un être cher | ☐ | précisez la date : |
| - rupture affective | ☐ | précisez la date : |
| - rupture familiale | ☐ | précisez la date : |

b) Autres difficultés :

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------|
| - difficulté financière | ☐ | précisez l'année : |
| - difficulté judiciaire | ☐ | précisez l'année : |
| - maladie chronique non connue du médecin militaire | ☐ | |

c) Autres difficultés personnelles ☐

précisez : _____

14. Permis d'imprimer

ABSTRACT

Adaptability disorders is liable for 77% of discharges from service in 2008 and 98% in 2009. Most of discharged people are unlisted. It led us to observe the link between psychological suffering and military surrounding factors. The study is based on a prospectif collection from biographic and clinical informations concerning 132 patients, all unlisted, received in 2009 on HIA Legouest-Metz and 127 evidence people. The link between professional difficulties is verified. 62,87% patients and 37% evidence people allege professional difficulties. 25% is statistically significant with 98% power. Personal surrounding factors are not linked with patient's suffering. The impact of relationship's difficulties is so often observed that it leads us to analysis the underlying psychopathologies. 66,66% patients are suffering from troubles listed in axis 1 and 30% from troubles listed in axe 2. Those psychopathologies can be etiological but also symptomatic from adaptability trouble for anxious and depressive disorders. If adaptability disorders is revealing a maladjustment with military surrounding, it is also a revealing way from underlying psychopathologies prior to voluntary enlistment. A partnership between military doctors and psychiatrists allow precocious care so as to reduce the discharge's rate and not to hold patients, with a lack of resilience, in check.

VU

NANCY, le 29 novembre 2010
Le Président de Thèse

Professeur J.P. KAHN

NANCY, le 1^{er} décembre 2010
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation,

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3504

NANCY, le 9 décembre 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le trouble de l'adaptation au milieu militaire représente 77% des motifs de réforme psychiatrique en 2008 et 98% en 2009. La majorité des patients réformés sont des engagés volontaires de l'armée (EVA). Ce taux nous a conduit à réaliser une étude visant à s'assurer de l'association entre la souffrance psychique de cette population et des facteurs environnementaux militaires. Ce travail repose sur un recueil prospectif de données biographiques et cliniques concernant 132 patients, tous EVA, reçus en consultation de psychiatrie en 2009 à l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest de Metz et 127 témoins. Cette association a été vérifiée puisque 62,87% des patients et 37% des témoins allient une difficulté professionnelle à leur souffrance. L'écart de 25% est statistiquement significatif avec une puissance de 98%. Les facteurs environnementaux personnels ne sont pas associés de façon statistique à la souffrance psychique des EVA. La grande part de difficultés relationnelles observée chez les patients amène à étudier les psychopathologies sous-jacentes. Les troubles de l'axe 1 retrouvés chez 66,66% des patients et l'axe 2 retrouvés chez 30% d'entre eux, peuvent être étiologiques mais aussi symptomatiques d'un trouble adaptatif pour les phénomènes anxieux et dépressifs. Le trouble de l'adaptation révélateur d'une inadaptation stricte au milieu militaire est aussi le mode révélateur de failles psychiques antérieures à l'engagement. Le plus grand soin doit être apporté à la sélection psychiatrique. Une prise en charge la plus précoce possible, associant le médecin généraliste d'unité et le psychiatre, vise à diminuer le taux d'attrition et à ne pas placer en situation d'échec des patients n'ayant pas toujours de bonnes facultés de résilience.

TITRE EN ANGLAIS

UNLISTED MEN'S ADAPTABILITY DISORDERS IN MILITARY SURROUNDING

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE – Année 2010

MOTS-CLEFS : Trouble de l'adaptation, environnement professionnel militaire, psychopathologies sous-jacentes

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy

9, Avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX