

Perception par les médecins des forces de leur rôle dans la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques

Benoît Yves Grall

▶ **To cite this version:**

Benoît Yves Grall. Perception par les médecins des forces de leur rôle dans la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01305029

HAL Id: dumas-01305029

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01305029

Submitted on 30 May 2016

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

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

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est 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 toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015 N° 151

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Perception par les médecins des forces de leur rôle dans la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques

Présentée et soutenue publiquement
le 2 octobre 2015

Par

Benoît Yves GRALL

Né le 8 décembre 1985 à Luxeuil-les-Bains (70)

Dirigée par M. Le Professeur Bertrand Lahutte, Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Jury :

M. Le Professeur Humbert Boisseaux, Professeur agrégé du Val-de-Grâce ..... Président

M. Le Docteur Charles Gheorghiev, PH

M. Le Docteur Guillaume Velut, MG

Except where otherwise noted, this work is licensed under
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

ECOLE DU VAL DE GRACE

A Monsieur le médecin général inspecteur

François PONS

Directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la légion d'honneur

Commandeur de l'Ordre National du Mérite

A Monsieur le médecin général

Jean-Bertrand NOTTET

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

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la légion d'honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite.

H.I.A. DU VAL DE GRACE

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur

Claude CONESSA

Médecin-chef de l'HIA du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – échelon argent

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Officier de l'Ordre National du Lion

Médaille Commémorative Française

Médaille de l'OTAN

A Madame le Médecin chef des services de classe normale

Eliane GARRABÉ

Médecin-chef adjoint de l'HIA du Val de Grâce

Médaille Défense Nationale

Médaille des missions extérieures

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Croix de la Valeur Militaire

Médaille d'honneur du SSA échelon Argent

A notre Président de Jury,

Monsieur le Médecin en Chef Humbert BOISSEAUX

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chef de Service de Psychiatrie de l'HIA Val-de-Grâce

Vous nous avez fait l'honneur de nous proposer ce passionnant sujet de thèse. A présent, vous nous faîtes l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous en remercions et vous témoignons notre respectueuse reconnaissance.

Aux Membres de notre Jury,

Monsieur le Médecin en Chef Jean-Philippe RONDIER

Professeur Agrégé du Val de Grâce, HIA Bégin

Vous avez accepté de juger cette thèse. Soyez assuré de notre respectueuse considération.

Monsieur le Médecin en Chef Guillaume VELUT

Praticien Confirmé en Santé Publique, CESPA

Votre aide dans l'analyse des données a rendu possible leur exploitation pleine et rigoureuse. Votre accueil et votre disponibilité nous ont profondément touché. Nous espérons que ce travail sera à la hauteur de l'intérêt que vous lui avez porté. Recevez ici l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Directeur de Thèse,

Monsieur le Médecin en Chef Bertrand LAHUTTE

Professeur Agrégé du Val de Grâce, HIA Val-de-Grâce

Vous nous avez guidé tout au long de ce travail avec bienveillance, encouragements et disponibilité. Nos entretiens ont été l'occasion d'un enseignement riche qui nous a permis de prendre le recul nécessaire à un sujet aussi vaste et complexe. Veuillez trouver à travers ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Médecin Chef des Services HOULGATTE

Professeur Agrégé de l'HIA Val-de-Grâce

Inspection du Service de Santé des Armées

A Monsieur le Médecin Général CONESSA

Professeur Agrégé de l'HIA Val-de-Grâce

Médecin Chef de l'HIA Val-de-Grâce, Paris

A Monsieur le Médecin en Chef RAPP

Professeur Agrégé de l'HIA Val-de-Grâce

Chef de service de Maladies Infectieuses et Tropicales de l'HIA Bégin, Saint-Mandé

A Monsieur le Médecin en Chef RAMDANI

Médecin Chef du Service Médical du 1er Groupement de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris

A Monsieur le Médecin en Chef BON

Médecin Chef du Service Médical du 3ème Groupement de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris

A Monsieur le Médecin en Chef COBOLA

Médecin Chef du Centre Médical Marine Pépinière, Paris

A Monsieur le Secrétaire Médical de Classe Supérieur VALLET

Secrétaire du Bureau Pédagogique de l'HIA Val-de-Grâce, Paris

A ma famille,

A Jessica, merci de me rendre chaque jour si heureux. Ta tendresse et ta joie de vivre me font croire en l'avenir. Je t'aime.

A mes parents qui m'ont toujours encouragé et soutenu sans rien attendre en retour. J'espère aujourd'hui vous rendre fiers.

A ma Sirette que j'aime et qui me manque et à Rémi que j'aime comme un frère.

A mes grand-mères que je chéri.

A Gringles, pour ses innombrables bêtises lors de mes soirées de thèse.

A mes amis,

A Potard, mon cothurne. Puissions-nous continuer nos aventures sans négliger nos petites familles. Embrasse ta femme et ton fils pour moi.

A Popol, Ondine et aux carréliens Jourdan : mort au roi !

A Will, vivement que vous reveniez en métropole. Pleins de bonheur à vous deux.

A Léo, cet infatigable voyageur.

A mes amis Vaillard, merci pour tous ces merveilleux souvenirs.

A la salle d'armes de la Boâte et en particulier aux sabreurs. In blood we trust.

A la famille Saint Vincent, c'est un honneur d'être des vôtres et toujours un plaisir de se croiser.

Aux équipes soignantes d'Urologie et d'ORL de l'HIA Val-de-Grâce, de Maladies Infectieuse et Tropicales et de Gynécologie-Obstétrique de l'HIA Bégin, des services médicaux du 1er et du 3ème groupement de la BSPP et du Centre Médical Marine Pépinière. Merci pour tous les bons moments passés avec vous, et pour tout ce que vous m'avez appris.

A nos anciens et à nos bizuths,

Cette thèse est dédiée à la mémoire d'André Grall et de Robert Salva

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis 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 leurs 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Tables des matières

Remerciements *p2*

Ecole du Val-de-Grâce *p2*

Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce *p3*

Jury de thèse *p4*

Serment d'Hippocrate *p7*

Table des matières *p8*

Glossaire *p13*

Introduction *p14*

Chapitre 1 : Etat des connaissances *p16*

1.1 Rappels historique *p16*

1.1.1 Des écrits historiques aux premières descriptions cliniques *p16*

1.1.2 De la découverte de l'inconscient traumatique aux leçons de la psychiatrie de guerre *p17*

1.1.3 De la naissance de l'ESPT aux enjeux contemporains *p18*

1.2 Présentations cliniques *p19*

1.2.1 Généralités *p19*

1.2.2 La réaction immédiate *p20*

1.2.2.1 L'évènement *p20*

1.2.2.2 La réaction immédiate *p20*

1.2.2.3 L'état de stress aigu *p21*

1.2.3 La période de latence *p21*

1.2.4 Les traumatismes psychiques chroniques *p22*

1.2.4.1 L'état de stress post-traumatique *p22*

1.2.4.2 Autres syndromes *p22*

1.2.4.3 Clinique *p23*

1.2.4.4 Evolution *p24*

1.3 Physiopathologie *p25*

1.3.1 Le stress *p26*

1.3.1.1 Définition *p26*

1.3.1.2 Physiologie du stress *p26*

1.3.1.3 Le stress des militaires en opération *p27*

1.3.2 Le traumatisme psychique *p27*

1.3.2.1 Définition *p27*

1.3.2.2 Facteurs de risque, prédictifs et protecteurs *p28*

1.3.3 Modèles théoriques *p29*

1.3.3.1 Eléments de psychopathologie *p29*

1.3.3.2 Eléments de neurobiologie *p30*

1.4 Epidémiologie *p31*

1.4.1 En population générale *p31*

1.4.2 En milieu militaire *p32*

1.5 Prise en charge *p34*

1.5.1 Repérage *p35*

1.5.2 Prise en charge immédiate et post-immédiate *p36*

1.5.3 Traitement des traumatismes psychiques sur le long terme *p38*

1.5.4 Réparation médico-légale *p39*

1.6 Le rôle du médecin des forces *p40*

1.6.1 Présentation *p40*

1.6.2 Dans la prise en charge des TPPT *p42*

1.7 Intérêt et objectifs de l'étude *p43*

Chapitre 2 : Matériel et méthodes *p44*

2.1 Schéma de l'étude *p44*

2.2 Population de l'étude *p44*

2.3 Méthodes *p45*

2.3.1 Abord des médecins *p45*

2.3.2 Questionnaire *p45*

2.3.3 Analyse statistique *p46*

2.3.4 Aspects éthiques et réglementaires *p47*

Chapitre 3 : Résultats *p48*

3.1 Conditions de réponse *p48*

3.2 Redressement *p48*

3.3 Caractéristiques des répondeurs *p49*

3.4 Expérience des traumatismes psychiques *p51*

3.5 Conséquences socioprofessionnelles *p55*

3.6 Cas clinique sur le repérage *p56*

3.7 Cas clinique sur la prise en charge immédiate *p57*

3.8 Cas clinique concernant le suivi *p60*

Chapitre 4 : Discussion *p63*

4.1 Discussion des données épidémiologiques *p63*

4.1.1 Analyse des données biographiques p63

4.1.2 Savoir et expérience de notre échantillon dans les traumatismes psychiques p64

4.1.2.1 Des pathologies fréquentes dans la pratique médicale militaire *p65*

4.1.2.2 Un savoir commun en constante progression *p66*

4.1.3 Limites de notre étude p67

4.1.3.1 Biais de sélection *p67*

4.1.3.2 Biais d'investigation *p68*

4.2 Mise en perspective des résultats *p70*

4.2.1 Le repérage, première étape du parcours de soin p70

4.2.1.1 Intérêts *p70*

4.2.1.2 Outils *p72*

4.2.1.3 Modalités pratiques *p73*

4.2.2 Implication dans les soins p74

4.2.2.1 Un besoin de continuité *p74*

4.2.2.2 Réseau de soin et parcours de soin *p75*

4.2.2.3 Transmission de l'information *p76*

4.2.3 Retentissements du traumatisme p77

4.2.2.1 Conséquences professionnelles et sociales *p77*

4.2.2.2 La question de la réparation *p78*

4.2.2.3 Personnels soignants et traumatismes psychiques *p80*

Conclusion *p82*

Bibliographie *p84*

Annexes *p92*

Annexe 1 : Modifications des critères diagnostiques du PTSD dans le DSM-V (en anglais) *p92*

Annexe 2 : Critères diagnostiques de la CIM-10 *p95*

Annexe 3 : *Posttraumatic Checklist Scale* (PCL-S) *p98*

Annexe 4 : Fiche F5 « Trouble psychique en relation avec un évènement traumatisant » *p99*

Annexe 5 : Lettre explicative *p100*

Annexe 6 : Questionnaire *p102*

Annexe 7 : Commentaires libres en fin de questionnaire *p112*

Résumé et abstract *Quatrième de couverture*

Glossaire

APA	*American Psychiatric Association*
CESPA	Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées
CIM	Classification Internationale des Maladies Mentales
CMA	Centre Médicaux des Armées
CUMP	Cellule d'Urgences Médico-Psychologiques
DAPIAS	Déclaration d'Accident Présumé Imputable Au Service
DSM	*Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders*
EMDR	*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*
ESA	Etat de Stress Aiguë
ESPT	Etat de Stress Post-Traumatique
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
IRC	Inscription au Registre des Constatations
LUMM	Logiciel Unique Médico-Militaire
MEH	Message Epidémiologique Hebdomadaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPEX	OPération EXtérieure
PCL-S	*Posttraumatic CheckList Scale*
PTSD	*Post-Traumatic Stress Disorder*
SSA	Service de Santé des Armées
SEA	Surveillance Epidémiologique des Armées
TPPT	Troubles Psychiques Post-Traumatiques
VMP	Visite Médicale Périodique

Introduction

De nombreuses descriptions de soldats marqués par l'horreur des combats sont rapportées depuis l'antiquité mais ce n'est qu'avec Oppenheim en 1888 qu'on put comprendre à quel point un évènement violent pouvait ébranler le psychisme d'un homme. Les « pertes psychiques » ne devinrent pourtant une préoccupation des armées que lorsque les batailles de la première guerre mondiale ramenèrent un nombre sans précédent de militaires incapables de retourner sous les obus et la mitraille. Le concept de « blessure invisible » connut ensuite des fortunes diverses selon les conflits. Les autorités militaires se saisirent de cette problématique à l'occasion de la guerre du Golfe, en élaborant une véritable doctrine d'emploi des psychiatres militaires en opération. Les troubles psychiques de guerre ne furent reconnus en France qu'en 1992, lorsqu'un décret permit aux soldats touchés d'obtenir réparation de leurs séquelles (1). Cette reconnaissance a également permis d'attester que le métier des armes, caractérisé par le danger, la violence et la mort, porte en lui le risque de traumatisme psychique. Depuis, l'impact médiatique des catastrophes de grande ampleur et des soldats morts en opération a fait des psychotraumatismes un enjeu de société et de santé publique. Le ministère de la défense en a d'ailleurs fait un axe majeur de progression en appliquant un plan d'actions 2011-2013 puis 2013-2015 (2) (3).

Or, le parcours de soin de tout militaire a pour pierre angulaire le médecin des forces. De par son rôle de premier recours aux soins, par sa proximité physique et relationnelle avec les unités et par la continuité de son suivi tout au long de la carrière du militaire, il est un acteur crucial de toute prise en charge. Le plan d'action 2013-2015 le place à cet égard au centre de sa doctrine et renforce sa formation aux Troubles Psychiques Post-Traumatiques (TPPT). Cependant des travaux montrent que les obstacles rencontrés par les médecins des forces ne viennent pas de leurs connaissances en matière de syndrome post-traumatique mais plutôt des difficultés propres à ce type de pathologie et des conditions locales d'accueil de tels patients (4). La prise en charge est en effet exigeante, en suivi et en cohérence, et requiert du clinicien une connaissance approfondie du milieu dans lequel elle évolue ainsi que des liens privilégiés avec les professionnels de santé spécialisés.

C’est donc afin de mieux connaître leur perception des enjeux de la prise en charge des traumatismes psychiques que nous nous sommes intéressés aux pratiques des médecins des forces concernant cette problématique.

Le travail de synthèse bibliographique et les résultats de notre étude viendront alimenter une discussion sur les différentes modalités du parcours de soin et permettront de dégager des pistes d’amélioration du soutien des médecins des forces.

Etat des connaissances

I. Rappels historiques

A. Des écrits historiques aux premières descriptions cliniques

L'histoire du trauma est vieille comme la violence et l'angoisse des hommes. Ce qui change selon l'époque et la culture est son mode d'expression par les sujets qui en souffrent et sa perception par la société dans laquelle ils évoluent. L'existence des traumatismes psychiques est ainsi attestée dès l'antiquité par les récits de l'Iliade ou d'Hérodote. 400 ans av. J.-C., dans son *Traité de songes*, Hippocrate décrivait les cauchemars traumatiques de guerriers hantés par les horreurs du champ de bataille et fut le premier à proposer un traitement, des recommandations diététiques pour l'essentiel (5).

L'essor de l'artillerie de la Renaissance à la Révolution française multiplie les premières descriptions cliniques de troubles liés au fait de guerre. Ainsi, les chirurgiens de la Grande Armée, comme Dominique Larrey, dénommèrent « vent du boulet » le syndrome de stupeur et de sidération des soldats qui avaient échappés de peu au sort de leurs camarades décédés sur le champ de bataille (6).

Les théories se succédèrent pour justifier la dissociation entre la pauvreté des plaies physiques et l'ampleur des séquelles mentales qui en découlent. On doit au britannique Erichsen puis aux américains Putman et Walton l'hypothèse du « railway spine » soit que la détresse des blessés serait en rapport avec une commotion mécanique de l'encéphale passée inaperçue (7). Les médecins de la guerre de Sécession comme Da Costa, prêtèrent quant à eux une origine anxieuse et cardio-vasculaire à ces troubles qu'ils nommèrent « cœur du soldat » (8). Il fallut attendre la Révolution industrielle pour que la responsabilité de mécanismes psychiques spécifiques soit enfin soupçonnée.

B. De la découverte de l'inconscient traumatique aux leçons de la psychiatrie de guerre

C'est à la suite des premiers accidents de chemin de fer qu'Oppenheim formula le concept de « névrose traumatique ». Le psychiatre allemand émit alors l'hypothèse que l'effroi (ou *Schreck*) induit par le traumatisme était à l'origine d'un ébranlement psychique et donc d'une dégradation permanente du fonctionnement mental (9).

L'idée se répandit en Europe, en particulier par Charcot qui la rattacha à l'hystérie et par Janet qui explora le phénomène de « dissociation de la conscience » (10). Freud lui-même approfondit le rôle de l'accompagnement et des associations de pensée dans la résolution de ce qu'il nomma « névrose de guerre » (11).

La première guerre mondiale transposa sur le champ de bataille l'industrialisation des sociétés humaines. L'afflux massif de soldats incapables de retourner au combat, malgré les thérapies de coercition et les menaces d'exécution, conduisit les armées à proposer les premières prises en charge psychiatriques au front, inaugurant en cela le concept de psychiatrie de l'avant. Ainsi, du côté français, Millian élabora le diagnostic d' « hypnose des batailles » pour décrire l'état de stupeur et de confusion consécutif aux pilonnages intensifs de l'artillerie allemande (8).

Mais c'est surtout après la guerre que furent tirées les leçons des échecs du traitement des blessés psychiques. Salmon, un médecin américain, reprit les travaux des médecins des tranchées pour codifier les principes d'une prise en charge psychiatrique de terrain efficace. Ces axes, toujours d'actualité, sont au nombre de cinq : l'immédiateté, la proximité, la simplicité, la centralité et l'espérance de guérison (12).

Malheureusement, les médecins de la seconde guerre mondiale, submergés par l'ampleur des blessés militaires comme civils, n'eurent pas les moyens de mettre en œuvre cette stratégie de traitement. Les traumatismes de guerre disparurent presque du *Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders* (DSM), le registre international des maladies mentales édité par l'*American Psychiatric Association*,

pour ne reprendre que récemment le devant de la scène médicale, politique et sociale (13).

C. De la naissance de l'ESPT aux enjeux contemporains

L'engagement américain au Vietnam, et surtout l'envoi du contingent, fit ré-émerger la notion que l'atrocité des combats pouvait faire basculer des soldats indemnes de toute blessure dans l'angoisse et la souffrance. C'est grâce à l'action des vétérans de cette guerre et à Haley que nous devons l'apparition du « *Post-Vietnam syndrom* » qui sera inscrit pour la première fois en 1980 dans le DSM 3ème édition (DSM III) sous le nom de « *Post-Traumatic Stress Disorder* » (14). La Classification Internationale des Maladies Mentales 10ème édition (CIM 10) traduira ce terme par Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) et enregistrera par la même le diagnostic d'Etat de Stress Aigu (ESA) (15).

En France, c'est la psychiatrie militaire qui fut la pionnière en matière de traumatisme psychique. Lors des décennies précédentes, du fait, entre autres, des guerres de décolonisation, les médecins militaires se sont enrichis d'un important bagage de connaissances théoriques et pratiques concernant cette problématique (16). Le décret du 10 janvier 1992 a permis de reconnaître les TPPT comme d'authentiques blessures de guerre en inscrivant le diagnostic de troubles psychiques de guerre dans le registre des maladies liées au service ouvrant droit à réparation (1).

Ce concept s'étendit au monde civil lorsqu'en 1997, à la suite des attentats terroristes ayant secoué Paris en 1995, l'arrêté et la circulaire du 29 mai 1997 créent le « comité de l'urgence médico-psychologique de catastrophe » ainsi qu'un réseau national de Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques (CUMP) (17). En cela, les pouvoirs publics prennent la mesure de l'impact psychique d'une situation de catastrophe et mettent en place des structures destinées à apporter une aide ponctuelle aux victimes. La mission des CUMP est de secourir les blessés psychiques, de leur prodiguer les traitements nécessaires et éventuellement de les orienter vers un suivi.

Cette problématique a été progressivement intégrée à l'ensemble des situations traumatisantes touchant les populations civiles puis à celles ne touchant qu'un seul individu comme une agression ou un viol. C'est désormais un enjeu à la fois politique, social et de santé publique en lien avec d'autres pathologies d'expression organique.

En réponse à une demande sociale de plus en plus forte et à des besoins de maintien opérationnel de plus en plus pressant, les armées ont fait des TPPT un axe prioritaire d'amélioration par un plan d'action spécifique 2011-2013 puis 2013-2015 (2) (3). L'un des enjeux de ces plans est d'améliorer la formation afin que chaque forme clinique soit connue des médecins des armées.

II. Présentations cliniques

A. Généralités

Il semble à présent établi que les évènements qui confrontent un être humain, directement ou indirectement, à la question de sa propre mort peuvent être à l'origine de maladies mentales dont la plus connue est l'état de stress post-traumatique, traduction du terme anglo-saxon *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD). La nomenclature s'est ainsi enrichie en 2013 de plusieurs autres pathologies et les « troubles consécutifs aux traumatismes et au stress » forment désormais un chapitre à part entière du DSM –V (18).

Mais ces définitions aux critères très précis ne rendent pas compte de la diversité des tableaux psychotraumatiques. Le médecin doit en effet savoir rester attentif et modeste devant la richesse de la symptomatologie présentée et des biais cliniques liés aux comorbidités psychiatriques. L'évolution des signes cliniques, et donc des pathologies, peut se diviser en 3 périodes qui s'enchainent ou se recoupent selon le patient et qui seront chacune l'objet d'une prise en charge médicale bien spécifique.

B. La réaction immédiate

1. L'évènement

Un évènement est défini comme un fait qui survient en produisant des effets sur les individus situés dans l'espace où il est apparu (17). Pour ce faire, il doit mettre en jeu la vie, l'intégrité du patient ou celle d'autrui. Cette définition n'est pas superposable à celle du trauma car, exposés à un même évènement, tous les sujets ne feront pas l'objet d'un psychotraumatisme. Les effets produits sont en effet de 2 types : ceux du stress et ceux lié à un traumatisme psychique. Ce qui fait trauma ne dépend donc pas uniquement de la nature de l'évènement mais aussi de la façon dont l'individu l'appréhende (19).

2. La réaction immédiate

On qualifie de réaction immédiate l'ensemble des effets produits par l'évènement sur l'individu dès la réalisation de celui-ci. Cette phase se termine au maximum une journée après l'évènement cité. Certains auteurs estiment que 25% à 50% des sujets réagissent de façon inadaptée à un évènement potentiellement traumatique avec des facteurs prédictifs d'un traumatisme psychique ultérieur (20).

Lors d'un traumatisme psychique, les instants pendant lesquels se déroule l'évènement sont le temps de l'effraction (21). Parfois totalement silencieuse cette rupture dans la continuité de l'histoire du sujet peut aussi se manifester par une large gamme d'émotions. On peut observer alors des réactions de stress dépassé, des réactions de type névrotique, comme des symptômes d'anxiété, une sidération, une logorrhée ou des troubles psychosomatiques, mais aussi de type psychotique, comme une confusion ou une désorientation temporo-spatiale. De plus, certains sujets ressentent une dissociation péri-traumatique, le patient ayant l'impression de ne plus reconnaître son environnement (déréalisation) ou soi-même (dépersonnalisation) (22). A cela peuvent s'ajouter des troubles thymiques tels que la dépression, la mélancolie ou des bouffées maniaques. Comme nous l'avons déjà évoqué, cette effraction ne se manifeste pas toujours de façon visible mais le sujet n'est pas pour autant indemne de sa rencontre avec l'évènement.

3. L'état de stress aigu

L'état de stress aigu est une maladie caractéristique des réactions du sujet dans les minutes ou jours qui suivent l'évènement. L'évènement, qui a alors été traumatique pour le psychisme du sujet, est source de symptômes et de souffrance gênant ses relations avec autrui. Le DSM-V exige pour un tel diagnostic que soient présents au moins 9 des 14 symptômes répertoriés parmi les symptômes d'intrusion, de dissociation, d'évitement, d'hyperactivation ou encore d'humeur négative (18). La pathologie doit aussi se terminer moins d'un mois après l'évènement, sinon elle entre dans d'autres critères pathologiques. La CIM-10 reconnaît quant à elle la « réaction aigue à un facteur de stress » mais il existe d'autres syndromes décrits comme le « syndrome dissociatif » ou le syndrome de « détresse péri-traumatique » (15).

C. La période de latence

Succédant aux réactions immédiates, la période post-immédiate est une phase de latence, où le psychisme aménage des suppléances destinées à minimiser les conséquences de l'effraction traumatique. C'est à ce moment que se décident les suites de l'évènement : soit le sujet est capable de reprendre ses activités quotidiennes sans troubles, soit s'installe un syndrome de stress post-traumatique.

Longtemps considérée comme asymptomatique du fait du mutisme fréquent des patients, les manifestations aigües peuvent toutefois laisser la place à des symptômes proches, mais atténués, de l'état de stress post-traumatique. Des réactions différées éclosent parfois, sans qu'il soit encore possible de parler de syndrome de répétition. Si la dissociation péri-traumatique se prolonge, elle est cause de troubles du sommeil et donc d'asthénie et d'irritabilité. Ces troubles sont aggravés par l'apparition de reviviscences empêchant l'endormissement et de cauchemars responsables de réveils en sursaut.

Sa durée constitue une des difficultés majeures de la prise en charge. Classiquement décrite du 2ème au 30ème jour, sa durée réelle s'étend de quelques jours à plusieurs mois voire plusieurs années (23). La majorité se déclare toutefois dans les 3 premiers mois qui suivent l'exposition. Les troubles psychiques post-traumatiques précoces apparaissent généralement lorsque le souvenir du traumatisme surgit incessamment à la mémoire du patient. Bien qu'elle ne soit pas

identifiée en tant que période distincte par la nomenclature, cette phase doit néanmoins faire l'objet d'exigence clinique de la part du praticien pour ne pas passer à côté d'une souffrance authentique mais dissimulée.

D. Les traumatismes psychiques chroniques

1. L'état de stress post-traumatique

Si les troubles liés à l'évènement perdurent plus d'un mois après lui, le traumatisme psychique est qualifié de chronique. Parmi eux, l'état de stress post-traumatique a vu sa définition évoluer dans le DSM-V et la CIM-10 (Annexe 1) (Annexe 2). Sa dénomination, conjonction des concepts de stress et de trauma, ainsi que sa classification nosographiques, reflètent les divergences théoriques que traverse la psychiatrie contemporaine.

Le DSM-V définit l'ESPT comme un syndrome de répétition auxquels s'ajoutent 4 groupes de 20 symptômes parmi ceux d'évitement, d'altération négative persistante de l'humeur, d'hyperactivité neurovégétative et de dissociation (18). Ces troubles ne doivent pas être en lien avec des substances psychoactives ou une autre maladie. Il faut préciser qu'un comportement irritable, imprudent ou autodestructeur est à classer à présent avec l'hyperactivité neurovégétative. Ce tableau doit également faire suite à un évènement spécifique, ou son annonce, menaçant l'intégrité physique ou psychique du patient mais cet évènement peut aussi concerner ses proches. Cette nouvelle classification tient également compte des victimes d'agression sexuelle ou de sa menace et des personnes amenées à entendre régulièrement des récits de situation traumatique. Enfin, pour conclure cette description, le patient doit être l'objet d'une souffrance réelle ou que ses activités sociales, professionnelles ou importantes pour lui en soient significativement altérées. Ces critères très précis ne doivent néanmoins pas masquer les autres pathologies qui, si elles ne sont pas aussi connues, ne sont pas pour autant inintéressante sur le plan clinique et conceptuel.

2. Autres syndromes

Parmi les autres psychotraumatismes, nous n'évoquerons ici que brièvement la névrose traumatique telle que décrite par Barrois (24), Crocq (16), Briole et Lebigot (25), tant sa clinique est proche de celle de l'état de stress post-traumatique.

Précisons toutefois que contrairement à la définition de l'ESPT, celle de la névrose traumatique implique directement la responsabilité des troubles au trauma psychique (26).

Le DSM-V dans son nouveau chapitre classe les ESPT des enfants jusqu'à 6 ans dans une catégorie à part. Les ESPT dits alors « préscolaires » ont des seuils diagnostiques soit abaissés soit adaptés à l'âge des patients (18).

Les « troubles de l'adaptation », quant à eux, constituent un tableau hétérogène de syndromes de réponse au stress qui se déclenche après une exposition à un évènement douloureux, qu'il soit traumatique ou non.

Les séquelles des négligences sociales ou d'autres situations qui empêche le jeune enfant de former des attachements sélectifs sont à présent regroupées sous les termes de « trouble réactif de l'attachement » et de « trouble d'engagement social désinhibé ».

En ce qui concerne la CIM-10, un autre diagnostic figure parmi les psychotraumatismes lorsque les troubles durent plus de 2 ans : la « modification durable de personnalité après une expérience de catastrophe ». Cette classification admet par-là que le traumatisme modifie de façon pathogène et durable la perception du monde par le patient (15).

Enfin, la classification de Fenichel prend davantage la mesure des théories psychotraumatiques de la psychiatrie européenne (27). A toutes ces définitions s'ajoutent plusieurs syndromes atypiques en marge des classifications mais, malgré cette diversité apparente, les auteurs s'accordent sur le caractère consensuel du tableau clinique de psychotraumatisme.

3. Clinique

La clinique des traumatismes psychiques se caractérise par un syndrome spécifique et pathognomonique : le syndrome de répétition (18). Il commence souvent lorsqu'une situation vient raviver le souvenir de l'évènement traumatique. Ce syndrome n'est pas toujours décrit spontanément par le sujet, il doit donc être activement recherché chez toute personne exposée un jour à une situation traumatique. La répétition se caractérise par des symptômes d'intrusion. Lors du

sommeil, le sujet présente des cauchemars traumatiques qui sont l'actualisation régulière de l'évènement initial. Lors de l'état de veille, ces reviviscences surgissent sous forme de flash-back, d'ecmnésies ou de souvenirs forcés. Ces symptômes, par leur caractère terrifiant, sont source d'une perte de contrôle et d'une anxiété majeure.

Les autres symptômes du psychotraumatisme ne sont pas spécifiques comme les symptômes d'évitement. Par une fuite parfois radicale des activités, des gestes et des pensées liées au traumatisme, le patient cherche à se protéger de l'angoisse liée à la reviviscence du traumatisme.

Les altérations négatives persistantes de l'humeur sont, quant à elles, la conséquence des émotions, de peur, de colère, de honte, d'horreur ou de culpabilité, en rapport avec l'évènement traumatique. On classe parmi elles, outre les troubles de l'humeur, l'engourdissement émotionnel et le blâme persistant par rapport à soi ou à autrui.

A cela s'ajoute l'hyperactivité neurovégétative qui est à bien séparer des réactions physiologiques d'adaptation au stress. Le patient est alors sujet à des troubles du sommeil, une irritabilité, une hypervigilance et une hyperréactivité sensorielle qui se traduit par un état de qui-vive permanent

Enfin, il existe un certain nombre de symptômes associés aux traumatismes psychiques sans toutefois faire expressément partie de leur tableau clinique. En effet, les classifications actuelles se focalisent sur la notion de stress alors que les comorbités ont un impact certain sur le psychisme du sujet et sur l'évolution de ses troubles. Les troubles cognitifs ou des conduites, les addictions et les modifications de la personnalité accroissent le sentiment de changement perçu par le patient et grèvent le pronostic de la maladie.

4. Evolution

Il est très difficile de préjuger de l'évolution d'un psychotraumatisme du fait de l'alternance des phases d'apaisement et de réactivation propre à la pathologie. Les symptômes sont rythmés par les évènements existentiels et par les autres troubles psychiatriques associées tels que les conduites addictives, la dépression, les troubles anxieux ou l'agoraphobie. Les études montrent que les tentatives de suicide sont 6 fois plus nombreuses chez ces patients qu'en population générale (28).

Le pronostic dépend toutefois de la prise en charge médico-psychologique entreprise. Sous traitement adapté, on peut observer une diminution de la symptomatologie sur 3 ans voire moins sous psychothérapie. En revanche, sans traitement, près de la moitié des patients voient leur trouble se chroniciser sur une période qui peut atteindre une dizaine d'année (29). Les séquelles sont alors variées selon la gravité des symptômes, d'une gêne modérée dans la vie quotidienne au handicap majeur. Si l'on a déjà évoqué le risque de suicide, il nous faut aussi parler des situations d'exclusion de toute vie sociale et d'abus de substances psychoactives rendues nécessaires à la lutte du patient contre ses insomnies, ses cauchemars et ses angoisses (30).

Si l'évolution est semblable d'une pathologie à l'autre, nous avons vu que les définitions des pathologies psychotraumatiques étaient diverses. Ceci est le miroir des divergences dans la conceptualisation des traumatismes psychiques qui influent de façon non négligeable sur les principes de prise en charge.

III. Physiopathologie

A. Le stress

1. Définition

Les modèles théoriques des psychotraumatismes sont depuis longtemps liés aux définitions et aux recherches sur le stress. Ce dernier a été défini à partir de 1936 par Hans Selye comme la « réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite » (31). C'est donc un mécanisme physiologique d'adaptation qui n'est pas déclenché par le sujet mais par un évènement extérieur. Ce terme a depuis été décliné en notions biologiques, psychologiques ou comportementales et décrit dans le langage courant aussi bien l'évènement déclencheur que ses conséquences sur l'individu. Crocq définit le stress en 1999 comme la « réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace » (32). Cette description englobe donc les réponses physiques (sueurs, accélération du cœur et de la respiration) et psychiques (inquiétude, troubles du sommeil) qui permettent au sujet de focaliser son attention, de mobiliser ses

ressources et d'être enclin à agir rapidement. La réaction de stress, normale et utile, doit disparaître avec l'évanouissement de son élément déclencheur.

Toutefois, la confusion entre stress et maladie n'est pas dénuée de sens. Crocq rappelait que « trop intense, répétée à courts intervalles ou prolongée à l'excès, [cette réponse] se transforme en réaction pathologique et inadaptée de stress dépassé » (32). Les capacités de changement de l'individu ne sont alors pas suffisantes pour empêcher les effets pathologiques de l'agent incriminé.

2. Physiologie du stress

Les mécanismes du stress font l'objet de nombreuses explications mais il en est deux qui nous éclairent particulièrement. La première vient du schéma métaphorique avancé par Freud. Selon lui, le psychisme est comparable à une « boule protoplasmique » qui contient à l'intérieur son énergie au niveau le plus faible et le plus stable possible (11). Cette même énergie se mobilise d'une représentation à l'autre selon le « principe de plaisir » et ces mouvements représentent des facteurs décisifs dans les sensations vécues. Freud appelle les limites de la sphère les « pare-excitations » car elles forment une barrière plus ou moins souple aux « excitations » du monde extérieur. Or, ces excitations, dans notre cas un évènement stressant, constituent de grandes quantités d'énergie qui viennent déformer la membrane. Tant qu'elles ne sont ni trop intenses, ni trop prolongées, elles ne parviennent pas à rompre la continuité des pare-excitations. Le milieu intérieur est donc provisoirement modifié mais l'intégrité des barrières lui permet d'empêcher son envahissement. C'est ainsi que, en l'absence d'effraction traumatique, le sujet peut retrouver son état antérieur.

Du point de vue de la neurobiologie, le stress se présente sous la forme d'une cascade de réactions neuro-hormonales. L'agent stressant provoque par ce biais une libération de catécholamines par le système nerveux autonome sympathique. L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, par sa production de cortisol, est alors sollicité pour mettre en œuvre les processus d'adaptation nécessaires à la gestion de la situation (33). Les systèmes cardio-vasculaire, ventilatoire, cérébral, musculaire et thermique sont activés tandis que les fonctions digestives et sexuelles sont inhibées. Le cortisol est par la suite responsable de la diminution des effets du stress aigu, de l'activation de la glycogénolyse, source d'énergie, et d'une action anti-inflammatoire

propre (34). Ces dernières réactions permettent la poursuite de l'action. Toutefois, lorsque les réserves énergétiques et hormonales atteignent leurs limites, le stress devient « dépassé ». Les manifestations cliniques, comme la sudation palmo-plantaire, la focalisation cognitive ou l'hyperaffectivité, perturbent le fonctionnement du sujet. Ces symptômes, expérimentés de façon propre par chaque individu, peuvent être vécus différemment selon le milieu. La vie militaire en est un exemple criant.

3. Le stress des militaires en opération

Les missions des forces armées font peser sur leurs personnels, souvent jeunes et peu qualifiés, des contraintes fortes et sources de tension (35). Les opérations militaires, qu'elles visent la neutralisation d'un objectif ou la protection de la paix, nécessitent tout d'abord des soldats une attitude quasi-permanente de défense et d'alerte. A cela s'ajoutent l'incertitude du retour, de la situation tactique ou personnelle et surtout l'éloignement familial. Malgré l'amélioration des moyens de communication, cette distance peut être mal vécue par les proches ou, en cas de difficultés en métropole, charger le sujet d'un sentiment de culpabilité et d'impuissance. Les difficultés propres à la vie en opération (précarité des installations, manque d'eau ou de sommeil, vie en collectivité, etc…) pèsent également sur l'état physique et psychique des troupes. Les occasions de se reposer ou de relâcher la tension sont généralement rares. Le stress est ainsi une réalité quotidienne pour les militaires en opération. Le caractère fréquent des évènements violents et la prolongation du séjour amènent le soldat aux limites de ses capacités d'adaptation. Il arrive ainsi que ses ressources s'épuisent et laissent le patient en proie au traumatisme.

B. Le traumatisme psychique

1. Définition

Nous venons de voir que le stress était une réaction physiologique d'adaptation aux contraintes de l'environnement. Le traumatisme, au contraire, est la transmission pathologique du choc causé par l'agent extérieur sur le corps ou le psychisme. Cette notion est à bien différencier de l'évènement traumatique et des séquelles qui en résultent car le trauma représente une confrontation brutale,

immédiate et violente avec la question de la mort. Le sujet, qui se représente la mort comme la fin de la vie, est surpris par le caractère imminent de son échéance au point qu'aucune représentation ni paroles ne peuvent s'attacher à son expérience et qu'un sentiment d'effroi vient dépasser toute peur vécue auparavant (36).

La réalité de son propre néant vient ainsi de faire effraction dans la vie psychique du patient et ses conséquences se prolongent longtemps après la fin de l'évènement traumatique. Cette expérience indicible isole fréquemment le sujet qui éprouve en retour un sentiment d'incompréhension, de honte voire de culpabilité. La gravité d'un tel tableau doit donc pousser le clinicien à en rechercher les signes annonciateurs le plus tôt possible.

2. Facteurs de risque, prédictifs et protecteurs

De nombreuses études ont cherché à cibler les populations à risque de psychotraumatisme ultérieur. Seuls 3 facteurs de risque semblent statistiquement associés à un risque plus important de développer un TPPT : les antécédents psychiatriques personnels, familiaux et les antécédents d'abus sexuel dans l'enfance (37). D'autres facteurs de risque ont été décrits, mais leur lien est variable selon l'étude et la population étudiée. Citons néanmoins la sévérité du psychotraumatisme et du stress quotidien, l'absence de support social et l'isolement psycho-affectif. Enfin, on retrouve fréquemment le sexe féminin, le bas niveau d'éducation et de faibles revenus parmi les facteurs de risque

Si certains sujets doivent faire l'objet en propre d'une attention particulière, les circonstances du traumatisme ainsi que leurs réactions à celui-ci sont à prendre en compte dans la prise en charge des personnels exposés. En effet, la violence et la durée de l'évènement sont, par leurs effets négatifs sur le psychisme, d'importants facteurs prédictifs d'un traumatisme ultérieur. Tous les évènements ne sont donc pas également traumatogènes : les évènements du fait de l'homme (comme les situations de guerre, les maltraitances infantiles, les agressions ou les attentats) ont plus de potentiel délétère que les catastrophes naturelles ou industrielles de grande ampleur et celles-ci sont à leur tour plus marquantes que les traumatismes microsociaux tels que les accidents de la voie publique. Les symptômes de dissociation péri-traumatique et les pathologies de la phase immédiate (état de stress aigu, syndrome dissociatif, syndrome de détresse péri-traumatique) ont longtemps

été considérés comme les signes les plus fiables dans le développement d'un TPPT. Il existe aujourd'hui un consensus autour de ces facteurs mais les recherches s'orientent à présent vers le rôle de l'hyperactivation neurovégétative dans l'évolution précoce du trauma. Enfin, certains travaux montrent la valeur prédictive d'un traumatisme crânien léger dans la survenue d'un état de stress aigu ou d'un ESPT (38).

A l'inverse, quelques caractéristiques semblent fournir au sujet une plus grande protection vis-à-vis des traumatismes. On pense tout d'abord à la notion de résilience, cette capacité propre à l'individu à s'affranchir des vécus négatifs. Des études ont montré l'importance pour le clinicien de prendre en compte ce facteur avant d'exposer le patient à des situations à risque (39). Le sexe masculin et l'avancement en âge semblent également conférer un avantage en population générale (40). Dans le milieu militaire, des travaux montrent qu'un grade élevé, le volontariat et l'adéquation des moyens avec l'objectif de la mission réduisent les risques de psychotraumatisme du sujet (4). Ces facteurs, qu'ils diminuent ou augmentent le risque de TPPT, sont à étudier au travers du prisme des conceptions du psychotraumatisme afin de leur donner une explication.

C. *Modèles théoriques*

Selon Tatossian, « le traumatisme psychique est un véritable organisateur de la pensée psychiatrique » (41). En effet, depuis Oppenheim, de nombreuses théories apportent leur éclairage sur les fonctionnements du psychisme humain à partir du psychotraumatisme. Nous aborderons ici les deux plus à même d'expliciter notre étude.

1. Eléments de psychopathologie

Les concepts dont nous parlerons, issus des modèles psychanalytiques, prennent naissance dans la notion de trauma et non dans celle de stress. Comme nous l'avons vu avec la métaphore freudienne de la « boule protoplasmique », l'évènement traumatisant, sous forme d'excitation intense, traverse par effraction les défenses psychiques du patient et provoque un chaos d'émotion que nulle représentation, nul langage, ne peut symboliser (11). Cette réaction est donc particulièrement dépendante des dispositions du patient : « le non-évènement pour

les autres peut être un évènement pour le sujet » (42). La rupture de la membrane « pare-excitatrice » et la rencontre avec le néant se vit alors dans un état d'effroi qui se caractérise par l'absence de mot, d'affects et par le vide de la pensée (25). L'évènement ne peut donc être intégré en tant que souvenir, il ne peut que ressurgir au temps présent sous forme d'une compulsion de répétition. Cette blessure psychique est ainsi une rupture dans la continuité de l'histoire du sujet, une perte du lien entre la perception et l'appréhension. Le patient, marqué par l'expérience, est doublement exclu de la société des hommes, tant par le caractère indicible de son vécu que par les conséquences de son trouble sur ses capacités de relation avec autrui. La tâche du praticien sera alors de l'aider à combattre le silence et à rétablir les liens perdus.

2. Eléments de neurobiologie

Les études de neurobiologie partent de l'hypothèse que le traumatisme psychique est une exagération pathologique de la réaction de stress (34). En effet, peu après l'évènement traumatique, on retrouve chez le patient atteint plus tard d'ESPT une cortisolémie abaissée que Yehuda associe à un puissant rétrocontrôle négatif de l'axe corticotrope hyperstimulé (43). Par la suite, lorsque cet individu sera confronté à un élément le raccrochant à l'évènement, une décharge brève et massive de corticoïdes réactivera tel quel le vécu du traumatisme. De plus, ce souvenir réenclenche de façon extrême le système noradrénergique central, provoquant troubles de l'attention, réactions de peur, hypervigilance.

Les travaux de Vaiva impliquent quant à eux d'autres neurotransmetteurs (44). Selon lui, la sérotonine, délivrée en trop grande quantité, serait responsable des symptômes d'impulsivité, d'agressivité ainsi que des idées suicidaires. Les dysfonctionnements du glutamate et du GABA, neurotransmetteurs en partie responsable du fonctionnement de la mémoire et du cerveau en général, expliqueraient le phénomène de peur conditionnée, de dissociation péri-traumatique ainsi que les symptômes anxieux.

Pour sa part, Bremner, en montrant que le volume des hippocampes droit et gauche diminuait dans les ESPT, formule l'hypothèse que le traumatisme impacte les mécanismes de la mémoire par l'action néfaste des corticoïdes sur les récepteurs hippocampiques (45).

Enfin, Ledoux a mis en évidence la responsabilité de l'inhibition de l'amygdale par le cortex préfontal dans la persistance pathologique de la mémoire émotionnelle lors du traumatisme (46).

Ces concepts, aussi divers qu'ils paraissent, sont intéressants dans le sens qu'ils ouvrent chacun la voie à de nouvelles découvertes thérapeutiques. Les modèles neurobiologiques laissent espérer de formidables avancées en termes de pharmacopée tandis que les principes psychopathologiques éclairent les nouvelles approches psychothérapeutiques. C'est dans la continuité de cette démarche pragmatique que nous envisagerons à présent les proportions des traumatismes psychiques dans les populations générale et militaire.

IV. Epidémiologie

A. En population générale

La première étude de grande ampleur en population générale date de 1991. Breslau interrogeait dans la ville de Détroit 1007 adultes de 21 à 30 ans avec une forte majorité de femmes (65%) (47). Il retrouva alors que 39,1% de la population avait été confrontée dans sa vie à un ESPT et que parmi celle-ci 23,6% présentait un ESPT. La prévalence était donc de 9,2% avec un taux plus net chez les femmes (11,3%) que chez les hommes (6%).

Le succès de cette étude permit de la poursuivre en 1996 en élargissant les critères de l'évènement traumatique et en étendant la population aux 18-45 ans (48). 2181 personnes ont pu ainsi être interrogées par téléphone. La prévalence de l'exposition à un évènement traumatique était ici de 89,6% et la prévalence confirmée à un taux de 9,2%.

Kessler en 1995 poursuivit ce travail en interrogeant 5877 sujets dispersés sur l'ensemble du territoire américain. La *National Comorbidity Survey* retrouva un taux d'exposition à un évènement traumatique de 55% et une prévalence sur la vie entière de l'ESPT de 7,8% (29). Le pourcentage était double chez les femmes (10,4% chez les femmes vs 5,4% chez les hommes) ce que Kessler expliquait par une plus forte exposition aux violences sexuelles.

En Europe fut organisée en 2004 l'*European Study of the Epidemiology of Mental Disorder* (49). Cette étude de grande envergure permit de sonder 21425 adultes dans 6 pays différents. Elle mit en évidence une prévalence de l'ESPT sur la vie entière de seulement 1,9% (0,9% chez les hommes vs 2,9% chez les femmes). Ces résultats montraient également un plus fort risque d'ESPT dans les populations les plus exposées aux évènements traumatisants comme les anciens combattants, les forces de police, les pompiers ou encore les personnels de secours aux victimes.

B. En milieu militaire

Du fait de l'histoire particulière des traumatismes psychiques, les premières études d'importance sur des sujets militaires furent réalisées dans les années 1980 au profit des vétérans américains de la guerre du Vietnam. La plus fréquemment citée, la *National Vietnam Veterans Readjustement Study* calcula une prévalence des ESPT complets de 15% au moment de l'étude et de 31% sur la vie entière (50).

Devant la variabilité des résultats donnés par les diverses et nombreuses études des anciens du Vietnam, Mac Farlane rédigea en 1996 une revue de la littérature qui retrouvait une prévalence d'ESPT allant de 2 à 17% (51).

Du côté britannique, ce furent les vétérans de la guerre des Malouines qui furent étudiés par O'Brien en 1991. Il aboutit alors à une prévalence de syndromes post-traumatiques complets de 22% (6).

Les militaires israéliens, quant à eux, cherchèrent à savoir si le fait d'être blessé augmentait les risques de développer un ESPT par la suite. Koren suivit donc en 2005 des soldats des unités spéciales qui, confrontés à la même action de combat, subissaient ou non une blessure physique (52). Il montra que 16,7% des troupes blessées développèrent un ESPT contre 2,5% chez les personnels indemnes. Contrairement à ce qu'affirmait la littérature de l'époque, la blessure physique, quelle que soit sa gravité, constitue un facteur de risque majeur et indépendant de traumatisme psychique. Ces résultats furent confirmés par la suite par les études civiles et militaires d'autres pays.

Le principal défaut de ces recherches était leur réalisation trop tardive vis-à-vis des évènements qu'elles observaient. Dès les conflits d'Afghanistan et d'Irak, les études furent assez nombreuses et proches des évènements pour refléter au mieux

la réalité du terrain. Ainsi, Hoge comptabilisa en 2004 les soldats exposés à un évènement potentiellement traumatique au cours des campagnes irakiennes et afghanes (53). Il aboutit à un taux d'exposition de 97% des personnels au retour d'Irak et de 84% pour l'Afghanistan. L'incidence des ESPT complets était de 12,2 à 12,9% en Irak et de 6,2% en Afghanistan pour une incidence de 5% avant le départ. Dans ce dernier théâtre Hoge remarqua que les taux étaient corrélés avec le niveau d'exposition aux évènements dits *« traumatogènes ».*

Plus récemment, une revue de la littérature menée en 2010 chez les anciens de la 2ème guerre du golfe démontra que la prévalence des ESPT variait de 4 à 17% dans l'armée américaine et de 3 à 6% dans l'armée britannique malgré des critères diagnostiques similaires (54).

En France, la Surveillance Epidémiologique des Armées (SEA) observe les troubles en lien avec un évènement traumatisant depuis 2002. Deux moyens sont actuellement en place pour relever les données :

- ✓ le Message Epidémiologique Hebdomadaire (MEH) qui recense chaque pathologie d'importance déclarée en Centre Médical des Armées (CMA),
- ✓ et la fiche spécifique de déclaration dite *« F5 »* à remplir par tout médecin faisant le diagnostic de traumatisme psychique (Annexe 4).

Il est à noter que depuis 2009, afin d'améliorer l'exhaustivité du recueil, les médecins des Hôpitaux d'Instruction des Armées participent à cette surveillance.

Entre 2010 et 2013, la SEA a permis de relever 1093 cas de TPPT dans les armées françaises. 80% des cas étaient survenus chez des militaires au retour d'Afghanistan (55).

Cette surveillance fut complétée par des recherches chez les soldats au retour des théâtres d'opération extérieure. En 2005, une étude réalisée par Vallet dans 2 unités opérationnelles de l'armée de terre française montra que 15,3% des militaires avaient été exposés à des situations dites *« éprouvantes »* dont 64,5% en rapport avec le service actif (56). 42% des personnels souffraient de difficultés psychologiques et 7,3% d'un ESPT. La prévalence de l'ESPT sur l'ensemble de la

population militaire fut donc calculée à 1,7%, ce qui était alors un chiffre comparable à la population générale européenne.

D'autres unités de l'armée de terre, de la gendarmerie ou de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ont été l'objet de travaux spécifiques. Elles présentaient en moyenne un taux de psychotraumatismes en cours d'évolution aux alentours de 10% des personnels.

On constate au fil de ces études la variabilité des résultats, en particulier les larges écarts de prévalence des TPPT, qui s'explique par la combinaison de plusieurs phénomènes. Tout d'abord, il faut noter la diversité des critères diagnostiques et leurs modifications successives au fil de l'histoire de la médecine. Ces variations furent amplifiées par la multiplicité des méthodes employées pour étudier ces pathologies et des outils utilisés pour en rendre compte. Enfin, nous rappellerons que les populations étudiées n'étaient que rarement comparables.

Toutefois, plusieurs tendances émergent de ces recherches. Les sujets confrontés à un évènement à risque traumatique sont plus à risque de développer un TPPT. Or les militaires, du fait du danger et de la violence propre au métier des armes, sont particulièrement exposés à ces situations dites « *traumatogènes* ». Il semble donc acquis que la prévalence des traumatismes psychiques soit majorée dans les armées. Il revient donc au service de santé des armées de proposer la prise en charge la plus efficace et la plus adaptée à ce milieu à part que sont les armées contemporaines.

V. Prise en charge

La prise en charge des traumatismes psychiques, bien qu'elle fasse l'objet d'une abondante littérature et de retours d'expérience développés, n'est à ce jour pas standardisée. Il est toutefois admis que toute action doit être adaptée à l'évolution psychique du patient vis-à-vis de l'évènement et aux pathologies propres à chacune des phases de cette évolution.

A. Repérage

Bien que la science médicale sépare classiquement diagnostic et traitement, les psychotraumatismes, pathologies de la rupture et de l'effraction, exigent du clinicien d'ancrer son action dans la continuité et donc d'intégrer chaque étape dans le parcours de soin. Ainsi, le repérage, première étape de la prise en charge, est confronté à de multiples obstacles. Tout d'abord, seul un patient sur deux pense être malade alors que presque tous jugent que leur relation aux autres a été perturbée par les évènements (57). La reconnaissance du trouble par le patient lui-même est donc rare. De plus, l'enseignement dispensé à la faculté de médecine dans l'optique de l'Examen Classant National n'aborde que de loin les syndromes psychotraumatiques. Les médecins, s'ils ne bénéficient pas d'un enseignement spécialisé ou de stages en psychiatrie, sont donc insuffisamment formés à reconnaître ces pathologies. Afin de les aider dans leur démarche, et sans pouvoir remplacer ni l'interrogatoire, ni l'examen clinique, des outils tels que les échelles de mesure psychométrique ont été développés.

Parmi les nombreuses échelles qui existent, les plus discriminantes ont fait l'objet d'une validation par les sociétés savantes ou les organes de tutelle. Leur utilisation, par des personnels parfois non soignants, parfois pas assez formés aux limites d'une telle procédure, doit faire l'objet d'une réflexion à la fois scientifique et éthique de la part des décideurs. Citons en premier lieu la *Clinician-Administered PTSD Scale 1* (CAPS 1), un questionnaire dirigé par un professionnel prenant en compte tous les critères définis dans le DSM IV et qui tient lieu d'examen de référence (Annexe 3). Le *Brief Screening Questionary* est quant à lui un autoquestionnaire, validé pour une population civile anglophone, qui se compose de 10 questions fermées se rapportant au vécu des 2 dernières semaines. Plus rapide à utiliser, le questionnaire court SPAN présente l'avantage de ne comporter que 4 questions tout en garantissant une sensibilité et une spécificité équivalentes aux questionnaires longs déjà validés.

L'échelle retenue dans les armées françaises est la *Posttraumatic stress disorder Checklist Scale* (PCL-S) (58). Rédigée en 1993 par Weathers, Litz, Herman, Huska et Keane, elle a été validée en 2003 pour le dépistage et le suivi des ESPT. Cet autoquestionnaire, traduit en français, note sur 17 questions l'intensité et la

fréquence des symptômes d'ESPT dans le mois précédent. Chaque item est coté de 1 (pas du tout) à 5 (très souvent) et le résultat est évalué sur 85 points. Le seuil recommandé pour établir un suivi psychiatrique est de 34 tandis qu'un score supérieur à 44 est fortement corrélé à un ESPT. Pour ce dernier, la sensibilité du questionnaire évalué en population militaire française est de 80% et sa spécificité de 96% (59). Il présente donc une excellente efficacité discriminante, notamment par rapport aux troubles anxieux, ainsi que des atouts de simplicité et de rapidité d'utilisation.

B. Prise en charge immédiate et post-immédiate

Une fois l'évènement survenu, une prise en charge rythmée par l'évolution des symptômes doit permettre au patient de restaurer au plus tôt une relation humaine basée sur la parole. L'objectif est alors de d'atténuer la souffrance psychique en soulageant les symptômes de stress aigu, dépassé ou non, et d'introduire la possibilité de suivi ultérieur. Les principes de psychiatrie de l'avant énoncés par Salmon sont, malgré leur ancienneté, toujours pertinents. La simplicité et l'immédiateté des interventions mises en place doivent s'appuyer sur la capacité du sujet à surmonter l'épreuve psychique que représente l'évènement. Si cela est possible, les acteurs de cette prise en charge ne doivent pas avoir pris part à l'évènement afin de garder une certaine neutralité dans leurs propos.

En premier lieu, si le patient fait preuve d'une agitation gênant les secours ou potentiellement traumatique pour les autres victimes, le médecin se doit de calmer cette agitation de façon physique ou médicamenteuse. Immédiatement après, c'est le comportement des personnels soignants qui visera à aller à la rencontre du sujet par une attitude de présence et d'attention (60). Parler, mettre à l'abri, restaurer le patient permet d'installer un certain réconfort et une relation d'empathie propre à combattre le sentiment d'abandon. Il existe un consensus international sur les actions minimum à mener dans l'immédiat d'un évènement potentiellement traumatique : fournir aux victimes une information sur les symptômes pouvant survenir par la suite, les encourager à verbaliser l'expérience auprès de leurs proches et diffuser les coordonnées de structures aptes à les recevoir par la suite (61).

Le temps immédiat est aussi celui du *defusing*, ou désamorçage en français (6). Cette action très précoce, peu systématisée, s'emploie à montrer l'intérêt porté au discours du patient dans les instants suivants l'évènement et ce afin de lui permettre de verbaliser son vécu sans pour autant retracer les faits de façon intrusive. L'ensemble des interventions visera également à permettre au patient de retrouver ses repères, d'apaiser son angoisse et de mettre en œuvre ses capacités d'adaptation. Lorsque les victimes sont regroupées et en nombre, ce désamorçage peut se faire en petits groupes de moins de dix personnes. Les sujets en souffrance peuvent alors être repérés et orientés vers une consultation spécialisée. Cette méthode de prise en charge est celle des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) (62). Chez les personnels militaires, il est important de garder pendant cette période le patient au contact de son groupe car cet environnement lui fournit les repères les plus à même de lui permettre d'aborder l'expérience vécue.

Lorsque les réactions immédiates se sont apaisées, un travail de *debriefing* peut avoir lieu. Face aux difficultés que l'évènement fait naître, cette intervention individuelle ou collective propose au sujet d'aborder les questions qui les sous-tendent, de façon consciente ou non. En groupe, elle permet de mettre à profit la dynamique collective afin que la problématique personnelle rencontre celle de l'équipe. Plusieurs procédures ont été élaborées selon les modèles théoriques et les buts qu'ils impliquaient. La norme fut pendant longtemps le *debriefing* collectif très formalisé tel que préconisé par Mitchell (*Critical Incident Stress Debriefing*) (63) et Dyregrov (*Debriefing* Psychologique) afin de prévenir le développement de psychotraumatismes ultérieurs. Or, plusieurs auteurs et de nombreuses études cliniques randomisées pointent la responsabilité de cette pratique dans la survenue du syndrome de répétition (64). Aujourd'hui, le *debriefing* est plutôt utilisé de façon ouverte, sans intrusion comme une ouverture aux soins et à l'accompagnement sur le long terme. Le sujet doit être revu dans les 2 semaines qui suivent l'évènement et, en l'absence d'amélioration clinique après 3 semaines, adressé pour avis spécialisé. En milieu militaire, l'esprit de corps permet à ce travail de poser des repères aux soldats meurtris et de contourner les barrières de rejet ou de déni avant de débuter d'éventuelles prises en charge individuelles.

Dans la perspective d'apaiser les symptômes gênant la vie quotidienne, un traitement médicamenteux peut être mis en place de façon parcimonieuse et

ponctuelle. Des études ont par ailleurs montré que le contrôle du syndrome d'hyperéveil neurovégétatif diminuait le risque et l'intensité de TPPT ultérieurs (65). La chimiothérapie immédiate visera un effet sédatif et anxiolytique. Si les benzodiazépines à durée de vie courte (par exemple oxazépam) furent longtemps préconisées, on sait à présent qu'elles favorisent le développement d'ESPT en perturbant l'encodage mnésique faisant suite à l'évènement traumatique (65). Les molécules privilégiées sont aujourd'hui l'hydroxyzine et surtout les neuroleptiques (par exemple loxapine). Dans le cadre militaire, il faut garder à l'esprit la contrainte de préservation des capacités opérationnelles et veiller à ne pas altérer outre mesure la vigilance et les capacités cognitives du combattant (66).

C. Traitement des traumatismes psychiques sur le long terme

En ce qui concerne les TPPT chroniques de l'adulte, les recommandations internationales préconisent en première intention une psychothérapie aidée d'une alliance thérapeutique de qualité (67). Mais la complexité de la pathologie, la diversité des situations individuelles et locales ainsi que les indications étendues des traitements validés permettent au clinicien de proposer à son patient une prise en charge unique et adaptée à son cas propre.

L'approche psychodynamique, d'inspiration analytique, s'intéresse davantage au processus psychopathologique qu'aux symptômes qui en découlent. Dans le meilleur des cas, elle prolonge le questionnement personnel soulevé par le *debriefing* et accompagne le sujet dans l'inscription de l'évènement dans son histoire personnelle (6). Pour ce faire, cette méthode propose au sujet de traiter la rupture psychique par une élaboration subjective à propos des implications du traumatisme dans le cours de sa vie. Il faut toutefois veiller à ne pas exacerber le syndrome de répétition par un énième récit des évènements mais plutôt de modifier son rapport au lien morbide. Chez le soldat, ce traitement est privilégié car il permet d'aborder la question de l'engagement dans la vie militaire à travers le sens subjectif de l'évènement.

D'autres thérapies sont plus centrées sur le concept de stress et l'atténuation des symptômes. Une méta-analyse réalisée en 2005 aboutit à la conclusion que des

thérapies cognitivo-comportementales telles que les thérapies de restructuration cognitive ou d'exposition jusqu'à réduction significative de l'anxiété étaient significativement efficaces sur les symptômes d'ESPT mais aussi sur les troubles anxieux et de l'humeur associés (67). Pour sa part, l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) est une technique d'exposition qui consiste à faire imaginer une partie ou plus du trauma tout en le faisant suivre des yeux des déplacements rapides de la main du thérapeute. La répétition des mouvements et des séances a fait la preuve de son efficacité dans la diminution de l'anxiété des patients (68). On peut également citer l'hypnose qui, en se concentrant sur le trauma, la personnalité et le contexte, cherche à stabiliser puis à réduire les souvenirs traumatiques.

Du point de vue médicamenteux, les traitements cherchent à freiner les symptômes anxieux ainsi que le développement des TPPT. C'est le cas des antidépresseurs de la famille des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) tel que la paroxétine. La tianeptine, quant à elle, constitue une voie de recherche intéressante de par sa capacité à corriger les effets toxiques du stress sur les neurones du système limbique (69). Malgré la diversité des molécules utilisées, un avis d'expert a statué sur une durée minimale d'un an de traitement afin de faire bénéficier au patient d'une chimiothérapie optimale (70) (71).

D. Réparation médico-légale

Depuis le décret du 10 janvier 1992 qui établit les règles et un barème pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre, les traumatismes psychiques sont reconnus comme de véritables blessures ouvrant droit à réparation s'ils sont liés au service (1). Ce décret a par ailleurs permis aux armées de s'affranchir des soupçons de défaillance morale qui ont longtemps pesé sur les soldats psychiquement blessés (8).

Une éventuelle indemnisation se base sur le taux d'invalidité qui se veut le reflet au plus juste du retentissement de la pathologie sur le fonctionnement du sujet. Le droit à réparation est acquis dès 10% d'invalidité. L'évaluation de ce taux est néanmoins difficile, c'est pourquoi le décret fournit une échelle analogique allant de 0% (absence de troubles décelables) à 100% (déstructuration psychique totale avec perte de toute capacité existentielle propre, nécessitant l'assistance de la société).

Parce qu'il est souvent difficile de retrouver une trace de la confrontation à l'évènement traumatique, l'expert réalisant cette évaluation peut établir la causalité des faits rapportés à la maladie sur les seules données de son examen clinique élevé au rang de preuve. Le dossier passera ensuite en commission de réforme pension afin que soit statué la reconnaissance de la pathologie par l'institution, son imputabilité au service et le taux définitif d'invalidité.

Faire de cette démarche un parcours uniquement administratif serait se priver d'une étape importante du parcours de soin de la pathologie psychotraumatique. En effet, la reconnaissance de la nation est aux yeux de certains patients aussi voire plus importante que la compensation financière du handicap et peut avoir une répercussion très positive sur l'évolution de la maladie. C'est ainsi qu'on respectera la temporalité de la pathologie, en laissant au patient l'initiative de l'ouverture du dossier, sans systématisation excessive (72). La consultation d'expertise pourra alors être un lieu privilégié d'écoute et d'empathie aux vertus thérapeutiques reconnues par le décret du 10 janvier 1992. Le principal écueil à éviter est alors de conforter le patient dans une quête de bénéfices secondaires qui aggravera les symptômes. C'est pour cela que la continuité de la prise en charge, du repérage jusqu'à la réparation des séquelles est fondamentale. Elle se veut globale, adaptée à chaque cas et avec une excellente coordination des différents acteurs. L'articulation du dispositif se fera autour du médecin des forces, élément de proximité indispensable à toute intervention.

VI. Le rôle du médecin des forces

A. Présentation

Le soutien sanitaire des forces armées est la raison d'être du service de santé des armées. Le médecin généraliste militaire exerçant au contact des unités, ou médecin des forces, occupe à ce titre une place tout à fait singulière. Il réalise au profit des militaires des missions de soins, comparables à celles du médecin généraliste civil, associées à des missions d'expertise destinées à renseigner le commandement sur l'aptitude du militaire à assumer les contraintes de sa mission sans impact sur le groupe (73). La médecine de prévention est également une tâche

indissociable du médecin des forces qui réalise à cet égard des missions d'information, de conseil au commandement ou encore des visites de postes et des lieux de vie. La Visite Médicale Périodique (VMP) est, à l'image de cet éventail de fonctions, un moment emblématique de la médecine militaire : si l'objectif est de donner un avis sur l'aptitude au métier des armes, elle est également un temps d'éducation sanitaire, de dépistage, de suivi de l'état de santé physique et psychique voire même l'occasion de prendre en charge une pathologie mise de côté par le patient. Savoir faire de cette étape un véritable échange utile à chaque intervenant permet de dépasser les craintes et les préjugés à propos d'une pratique souvent vue comme un « triage » plus administratif que médical. Il ne faut pas voir dans la richesse du métier de médecin des forces un empilement de tâches diverses faisant de lui un « officier de santé » polyvalent mais plutôt les différentes facettes d'un même rôle, celui de médecin de liaison, celle du militaire au commandement, de l'unité au médecin spécialiste ou encore de l'individu à la collectivité et à l'institution.

C'est en effet les conditions de pratique de la médecine des forces qui exigent du clinicien une excellente connaissance du milieu militaire. La cible de toute action médicale est ici triple car elle s'adresse à l'individu certes mais également à la collectivité militaire et à l'institution qui l'emploie. A cet égard, cette pratique est un cas à part dans le monde de la santé puisqu'elle se déroule à la fois dans le cadre de la hiérarchie militaire et à la fois dans le strict respect des principes de déontologie tels que le secret médical ou le respect de la volonté du patient (74). L'exercice intègre de plus les missions opérationnelles comme un élément à part entière de la pratique médicale militaire : avant, pendant ou après la projection, le médecin des forces s'interroge sur l'aptitude des personnels, l'information sanitaire à dispenser, les conditions d'hygiène physique ou mentale ainsi que sur les conseils à apporter au commandement. Vivant aux côtés des militaires en temps de paix comme en situation hostile, il est le premier recours pour traiter et évacuer les blessés vers les structures de l'arrière. Cet environnement, unique parmi les exercices de la médecine générale, doit être intégré à la prise en charge afin d'en tirer toute son efficacité voire même d'en faire un soutien de la guérison.

B. Dans la prise en charge des TPPT

En ce qui concerne les traumatismes psychiques, le médecin des forces est le garant de la continuité et de la cohérence de la prise en charge de l'évènement traumatique jusqu'à la procédure de demande de pension d'invalidité. Le soutien médico-psychologique du soldat commence en amont de la mission et se prolonge pendant toute la carrière de l'intéressé. En cas de traumatisme psychique, ce suivi peut même se poursuivre après la fin du service. Outre son rôle de relation avec les différents intervenants de la prise en charge des TPPT, le médecin des forces, par sa proximité, peut suivre l'évolution du groupe, en tirer des conseils pour le commandement et repérer les personnels nécessitant des soins (75). Chaque expérience doit faire l'objet d'un retour à la Surveillance Epidémiologique des Armées (SEA) par le message épidémiologique hebdomadaire (MEH) et la fiche spécifique de déclaration dite F5 (Annexe 4). Toutefois certaines démarches ne nécessitent pas les compétences du médecin des forces et c'est à l'image de la séparation du stress et du trauma qu'il existe une limite nette entre soutien médical et action psychosociale relevant du commandement.

Une des fonctions bien spécifique du médecin d'unité est la traçabilité des éléments médicaux nécessaires à une éventuelle réparation future, constatations cliniques, expositions à des situations traumatiques ou facteurs de risque. Depuis le 1er janvier 2004, lorsqu'un soldat est victime d'un accident présumé imputable au service, il doit consulter son médecin d'unité rattaché pour faire établir une fiche de Déclaration d'Affection Présumée Imputable Au Service (DAPIAS) pour bénéficier du remboursement des soins en milieu civil. Une Inscription au Registre des Constatations (IRC) sera également nécessaire pour prouver l'imputabilité et ouvrir les droits de pension. Ce double rôle du médecin militaire, à la fois soignant et expert administratif, peut paraître surprenant compte tenu de son interdiction formelle par l'article 105 du code de déontologie médicale (76) mais ce code ne s'applique pas aux armées qui obéissent à un code spécifique fixé par décret (77). Il est donc essentiel que chaque lésion physique ou psychique soit correctement renseignée sur le dossier médical, que l'évolution soit rigoureusement suivie, et ce en consultation ou sur le terrain, afin de garantir au patient la jouissance de ses droits en temps opportun. Le médecin des forces a ainsi un rôle unique et central du début à la fin de la prise en charge des TPPT. Cette richesse de pratique, qui dépend fortement de

l'environnement dans lequel il évolue et des motivations qui la sous-tendent, méritait d'être étudiée.

VII. Intérêt et objectifs de l'étude

Le plan d'action « Troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées » 2011-2013 a permis de mettre en lumière et de faire évoluer les actions entreprises par le SSA et le commandement vis-à-vis des patients souffrant de traumatisme psychique. Le rôle majeur du médecin des forces y a été conforté et des actions de formation et de collaboration ont été mises à son profit (2). Pour poursuivre ces améliorations, le plan d'action 2013-2015 fait de la lutte contre le stress post-traumatique une priorité du ministère de la défense (3). Il demande par exemple à tous les acteurs une meilleure prise en compte des forces spéciales, des familles et des proches. De précédentes études montrent pourtant un réel écart entre la bonne connaissance des syndromes psycho-traumatiques par les médecins d'unité et les difficultés que ceux–ci éprouvent lors de la prise en charge d'un tel cas (78). Si ces travaux montrent également toute l'expérience acquise lors de leur pratique quotidienne, ils interrogent sur les raisons d'une telle problématique et sur les moyens d'y faire face.

L'exercice de la médecine d'unité dépendant pour beaucoup des conditions locales, nous avons voulu connaître les motivations qui sous-tendent les pratiques de prise en charges des TPPT. Ce travail est donc l'étude, à travers des cas cliniques, des différentes modalités choisies par les médecins des forces lors des étapes majeures de la prise en charge. Elle servira notre réflexion sur la pertinence de ces modalités, afin éventuellement de proposer des pistes d'amélioration ou de soutien des personnels de santé.

Matériel et méthodes

I. Schéma de l'étude

Afin d'analyser les pratiques et les attitudes des médecins des forces vis-à-vis des traumatismes psychiques, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive transversale à l'aide d'un questionnaire électronique.

L'objectif n'était pas d'évaluer les connaissances des médecins militaires mais bien de connaître leur position concernant les problématiques contemporaines propres aux psychotraumatismes. Percevoir leurs motivations et leurs besoins réels nous permettra par la suite d'améliorer le parcours de soin des patients et de cibler les progrès à réaliser dans le soutien apporté aux CMA.

L'enquête s'est déroulée du 20 juin au 8 juillet avec un mèl de relance à mi-temps de l'étude.

L'élaboration et l'envoi du questionnaire sous sa forme électronique, les demandes d'autorisation ainsi que l'analyse des données ont été effectuées avec l'aide du Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées (CESPA) de Marseille.

II. Population de l'étude

La population étudiée était les médecins généralistes des forces du Service de Santé des Armées français.

Les médecins des forces étant souvent sollicités pour les travaux de thèse, il n'était pas souhaitable d'interroger la totalité de cette population. Un échantillon a donc été constitué. Comme tout médecin militaire peut être concerné par les traumatismes psychiques, nous avons limité les critères d'inclusion et d'exclusion aux seules considérations pragmatiques.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- ✓ être médecin généraliste d'active assurant des consultations de soins au profit des militaires (médecin des forces)
- ✓ exerçant en métropole

Aucun critère d'exclusion n'a été choisi.

Nous attendions un taux de réponse compris entre 25 et 50% et 100 questionnaires exploitables. Nous avons donc choisi par sondage aléatoire simple un effectif de 400 sujets parmi les 704 médecins des forces actuellement en poste en métropole.

III. Méthodes

A. Abord des médecins

Les données ont été recueillies par questionnaire électronique anonyme et volontaire (Annexe 6).

Un lien vers celui-ci ainsi qu'une lettre explicative ont été envoyés au début de l'étude aux sujets sélectionnés à leur adresse professionnelle.

Ils étaient invités à répondre via le réseau électronique interne à la défense Intradef ou Intrasan.

B. Questionnaire

Une enquête par entretien téléphonique n'était pas souhaitable car nous voulions éviter un biais de désirabilité, soit l'influence de l'enquêteur sur les réponses apportées. D'autre part, un questionnaire par courrier papier aurait limité de façon pratique le nombre de sujets interrogés et donc la portée des résultats. Nous avons donc recueilli les données par un auto-questionnaire en ligne élaboré avec le logiciel Sphinx.

Les données recueillies étaient de 2 types :

- ✓ les données biographiques cherchaient à définir l'échantillon étudié. La comparaison des catégories de répondant à la

population des médecins des forces nous a permis d'effectuer un redressement des données sur l'âge et le sexe ;

- ✓ les données concernant la pratique des traumatismes psychiques interrogeaient le sujet sur différentes étapes de la prise en charge. Elles étaient recueillies soit par question directe soit par un court cas clinique permettant de replacer la problématique dans son contexte clinique.

Le questionnaire a auparavant été testé auprès d'un panel de médecins des forces volontaires afin d'anticiper et de résoudre d'éventuelles difficultés de compréhension. La durée de réponse a alors été évaluée à 15 minutes.

L'enquête comportait 49 questions posées de manière interactive, c'est-à-dire que certaines questions n'apparaissaient que si le répondant avait au préalable coché un item en lien avec ces questions. Une rubrique libre permettait de recueillir les remarques concernant le questionnaire ou l'objet de l'étude. Une adresse était signalée afin que le répondant puisse signifier les raisons d'un éventuel refus.

C. Analyse statistique

Les analyses comprenaient :

- ✓ une comparaison des caractéristiques de l'échantillon à la population de référence, sur le genre et l'âge (test binomial exact). Afin d'améliorer la représentativité de l'enquête, en faisant l'hypothèse que les médecins manquant dans les catégories sous-représentées ont un profil plus proche des répondants de cette catégorie que ceux de l'ensemble de l'échantillon, un redressement a été effectué. Le poids de chaque enquête a donc été modifié en se calant sur les marges de la population de référence ;
- ✓ une description en fréquence pondérée avec intervalle de confiance ;
- ✓ pour les questions comprenant des réponses ordonnées, l'importance variant de 0 à 3, dépend du rang de citation. Plus

elle était proche de 3, plus la proposition est citée sur les premiers rangs ;

- ✓ certaines associations étaient testées en modèle logistique bivarié ou multivarié avec le logiciel SSPS. Les tests de significativité correspondaient au test de Wald.

Le risque de première espèce « α » (risque de conclure à une différence qui n'existe pas) était fixé à 5%. Une différence était donc considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification du test « p » était inférieur à 0.05. Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Sphinx et Stata.

D. Aspects éthiques et réglementaires

Les médecins interrogés informés de la recherche, de son objectif et de ses modalités par le courrier électronique joint au questionnaire (Annexe 5). Leur consentement se faisait de façon implicite par réponse à l'auto-questionnaire. Les résultats redressés de l'étude ont été immédiatement transmis aux médecins sélectionnés par voie électronique. Un résumé de l'étude comportant notamment les analyses et la discussion leur sera transmis selon le même mode.

Afin de garantir la confidentialité des données, le questionnaire ne comportait aucun élément d'identification du répondant.

La sécurité des données était garantie par l'utilisation du réseau Intrasan et Intradef, propres au Ministère de la Défense et des Anciens Combattants.

L'autorisation de contacter les médecins d'unité sélectionnés a été obtenue auprès des autorités militaires compétentes. L'autorisation de la Commission Nationale Informatique et Libertés n'a pas été demandée du fait de l'anonymat strict des données recueillies.

Aucun budget n'a été nécessaire pour réaliser cette étude, les ressources utilisées étant celles de l'institution. Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cette étude.

Résultats

I. Conditions de réponse

Le questionnaire a été envoyé à l'adresse électronique professionnelle de 400 médecins des forces. Le taux de participation était de 37,75% sur 12 jours ouvrés, soit au total 151 réponses obtenues. Un seul refus était exprimé par retour de mail (manque de temps).

Le taux de réponse par question variait de 97,9% («Attitude face aux proches d'un patient atteint d'ESPT ») à 100%. Le temps de saisie médian était de 13 minutes (Q1 : 11 min, Q3 : 20 min).

II. Redressement

	Effectif des répondants (n)	Résultats bruts	Marges utilisées** (%)
Hommes			
< 32 ans	19	12,58%	13,49%
32 - 41 ans	43	28,47%*	20,45%
> 41 ans	31	20,53%*	26,85%
Sous-total	93	61,58%	60,80%
Femmes			
< 32 ans	24	15,89%	16,80%
32 - 41 ans	26	17,22%*	13,92%
> 41 ans	8	5,30%	8,38%
Sous-total	58	38,41%	39,20%

* Fréquence significativement différente de la population de référence (p<0,05)
** Fréquences dans la population de référence utilisées pour le redressement

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants par genre et âge et marges utilisées pour le redressement (n=151)

Par rapport à la population de référence, les réponses étaient inégalement réparties : les médecins âgés de 32 à 41 ans avaient plus souvent répondu et les médecins hommes âgés de plus de 41 ans avaient moins souvent répondu (p<0,05).

Tous les résultats présentés par la suite tiennent donc compte de cette pondération.

III. Caractéristiques des répondeurs

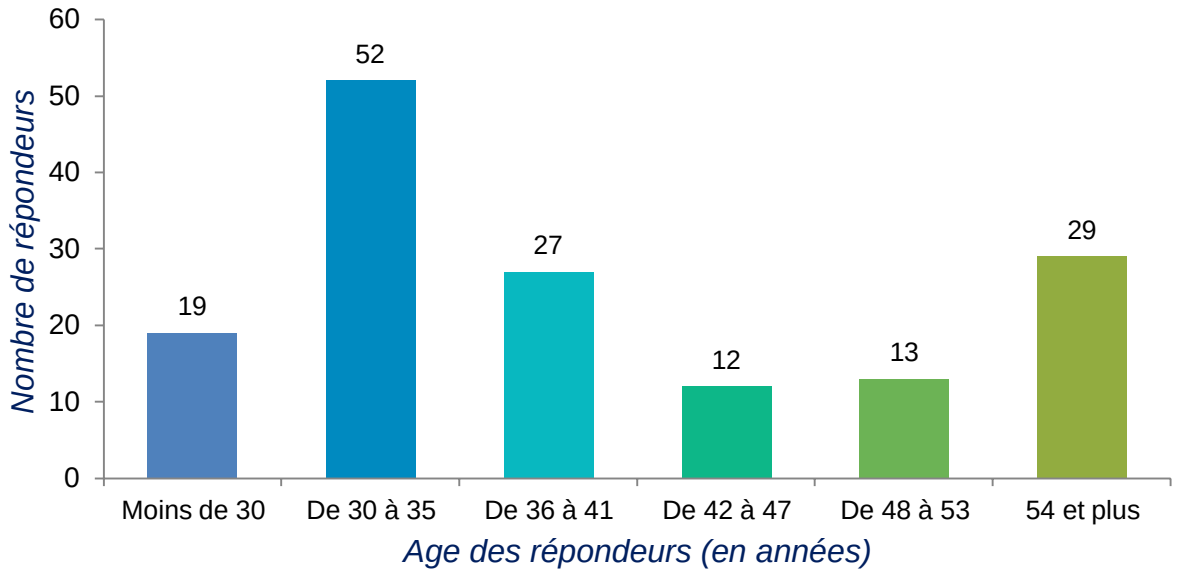


Figure 1 : Répartition par classe d'âge des répondeurs après redressement (n=151)

L'âge des médecins variait de 27 à 61 ans. L'âge médian était de 37 ans (Q1 : 31 ans, Q3 : 50 ans). Les répondeurs étaient pour 60,8% des hommes [52,6%-69,0%] et pour 39,2% [31,0%-47,4%] des femmes soit un sex ratio H/F de 1,55.

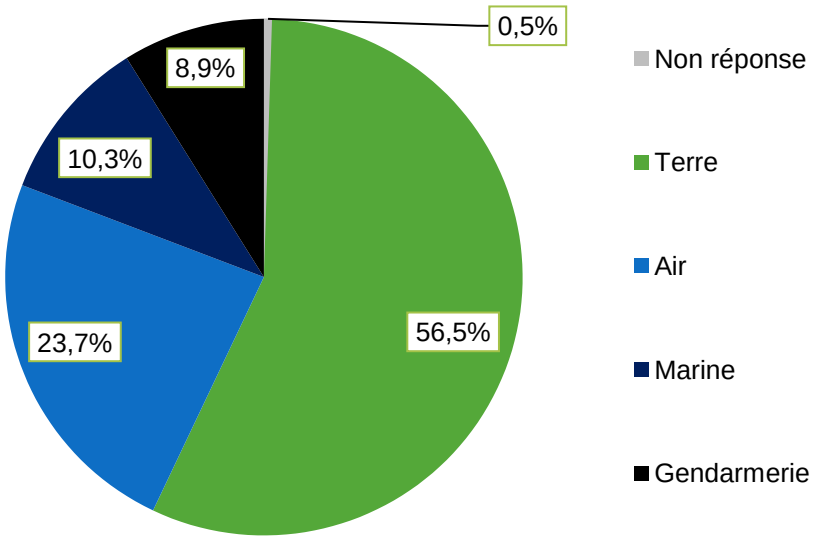


Figure 2 : Population militaire principalement soutenue par les médecins des forces (n=151)

Les médecins des forces soutenaient principalement des militaires de l'armée de terre (56,5% [48,2%-64,8%]). 79,4% [72,7%-86,1%] d'entre eux étaient déjà partis en OPération EXtérieure (OPEX). Parmi les médecins ayant participé aux opérations extérieures, la médiane était de trois OPEX par médecin (Q1 : une OPEX, Q3 : six OPEX). Ces médecins avaient participé à des OPEX en Afghanistan pour 49,2% [39,8%-58,6%], au Tchad pour 36,3% [27,1%-45,6%] et au Kosovo pour 29,5% [20,7%-38,3%] d'entre eux.

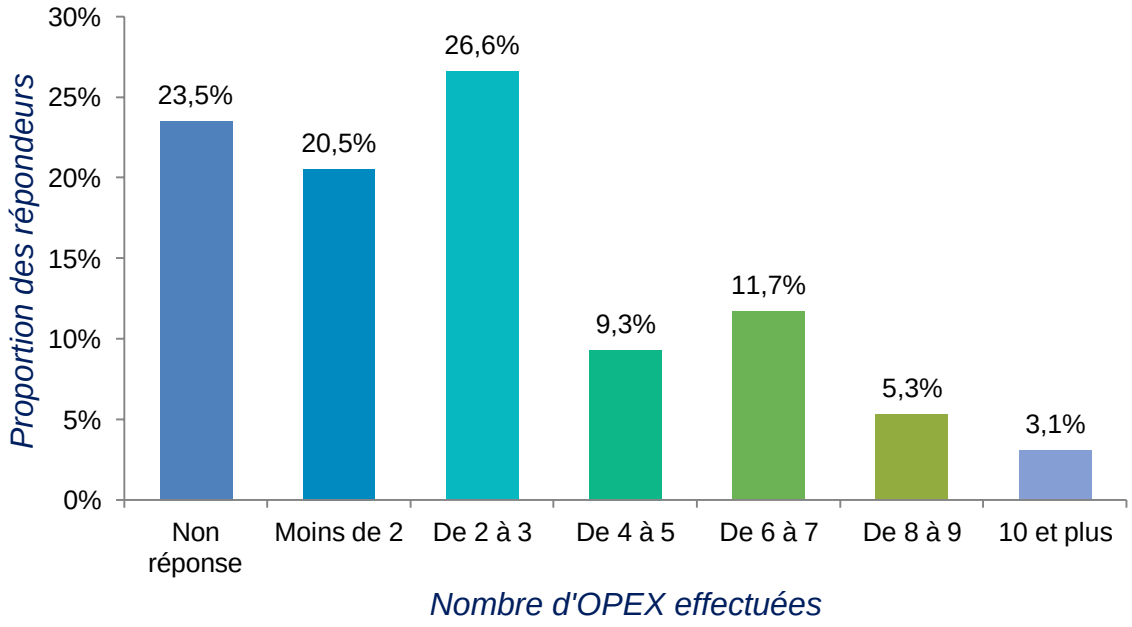


Figure 3 : Nombre d'OPEX effectuées par les médecins des forces (n=151)

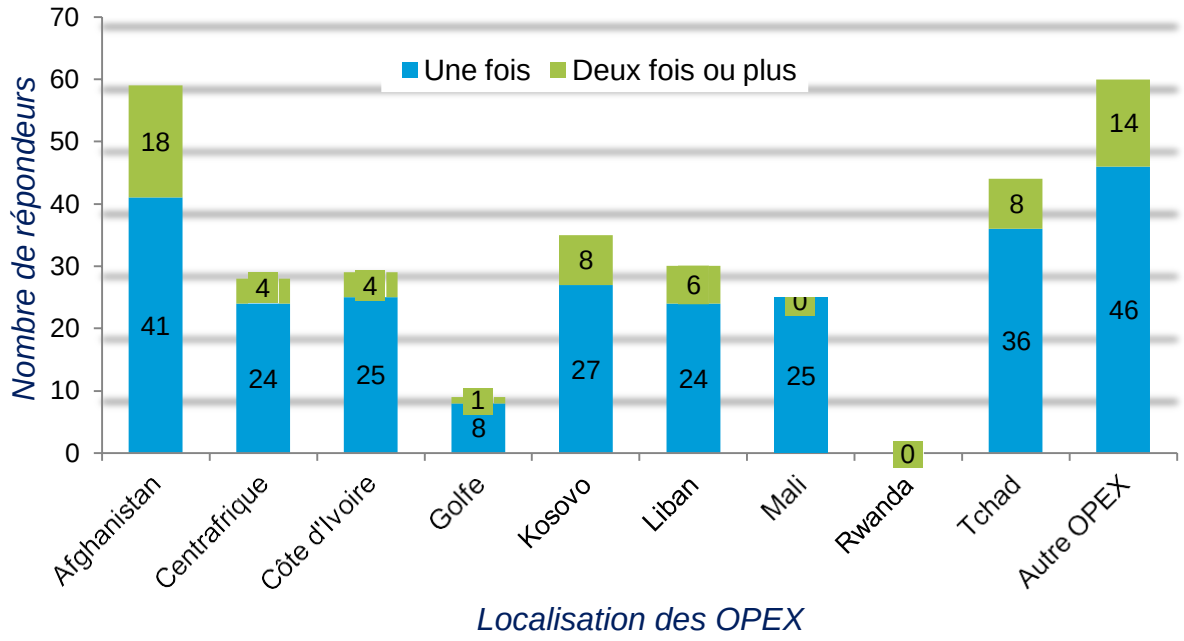


Figure 4 : Participation des médecins des forces par lieu et nombre d'OPEX

Les répondeurs exercaient à moins d'une heure de leur HIA de référence pour 28,1% [20,4%-35,7%] d'entre eux, entre 1 et 2 heures pour 31,5% [23,7%-39,2%] et à plus de 2 heures pour 40,5% [32,3%-48,6%].

Ils utilisaient un dossier médical papier exclusivement pour 41,7% [33,9%-49,6%] d'entre eux, le dossier LUMM (informatisé) exclusivement pour 5,4% [1,8%-9,0%] et les deux dossiers pour 52% [43,7%-60,3%].

IV. Expérience des traumatismes psychiques

Parmi les médecins des forces, 66,1% [58,1%-74%] avaient déjà établi un diagnostic initial de traumatisme psychique. La confrontation avec un évènement traumatique était alors mentionnée dans le dossier médical dans 46,4% des cas [36,3%-56,6%]. Cette information était alors elle-même facile à recueillir dans 84,4% [73,9%-95%] des cas.

Les sujets avaient à 53,3% [45%-61,7%] déjà rempli une fiche spécifique de déclaration épidémiologique concernant les troubles psychiques en relation avec un évènement traumatisant (fiche F5). Parmi les médecins ayant déjà établi un diagnostic initial, 26,1% [17,1%-35,0%] n'avaient jamais complété de fiches de déclaration.

Ils avaient déjà suivi un militaire présentant une pathologie psychotraumatique pour 80,7% [73,9%-87,4%] d'entre eux. Parmi ceux-là, 74,3% [66,4%-82,1%] avaient suivis moins de 3 militaires et 25,2% [17,3%-33%] 3 militaires et plus au cours des trois derniers mois.

Nous avons étudié les facteurs associés avec une pratique de suivi médical au cours des trois derniers mois. En analyse multivariée, les médecins des forces soutenant des militaires de l'armée de terre, éloignés des HIA et souvent en lien avec des psychiatres du SSA ou des psychologues des armées avaient plus souvent réalisé un suivi récent (au cours des trois mois précédents) que les autres médecins ($p<0,05$).

Facteurs associés en analyse multivariée*	ORa**	IC 95%***	p
Eloignement ≥ 1 heure d'un HIA (vs < 1 heure)	2,95	1,21-7,23	0,018
Soutenant l'armée de terre (vs les autres armées)	3,28	1,49-7,21	0,003
Lien fréquent (assez souvent et très souvent) avec des psychiatres du SSA (vs peu souvent et jamais)	4,3	1,82-10,17	0,001
Lien fréquent (assez souvent et très souvent) avec des psychologues des armées (vs peu souvent et jamais)	4,99	1,11-22,38	0,036

* Modèle final, régression logistique multivariée, méthode manuelle pas à pas descendante entrée $p<0,20$; sortie $p<0,05$. Autres facteurs introduits initialement dans le modèle et non retenus : sexe, âge, lieux d'OPEX, fréquence d'utilisation d'un auto-questionnaire, fréquence du lien avec un psychologue du SSA, un psychiatre civil ou un psychologue civil. Adéquation du modèle final : p=0,96

**ORa : Odds Ratio ajusté

*** IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

Tableau 2 : Facteurs associés avec la pratique récente (moins de 3 mois) d'un suivi de patients par les médecins des forces (n=150)

Les médecins des forces avaient été impliqués dans une situation à risque traumatique pour 56,4% [48%-64,7%] d'entre eux.

Les psychiatres du SSA sont les professionnels les plus en lien avec les médecins des forces concernant les traumatismes psychiques (93,0% [89,0%-97,1%]) devant les psychologues des armées (44,3% [36,4%-52,3%]) et les psychiatres civils (33,7% [26,1%-41,2%]).

Les autres professionnels cités étaient le Service Médical de Psychologie Clinique de l'Armée de l'Air, les assitantes sociales, les cadres ou les infirmiers.

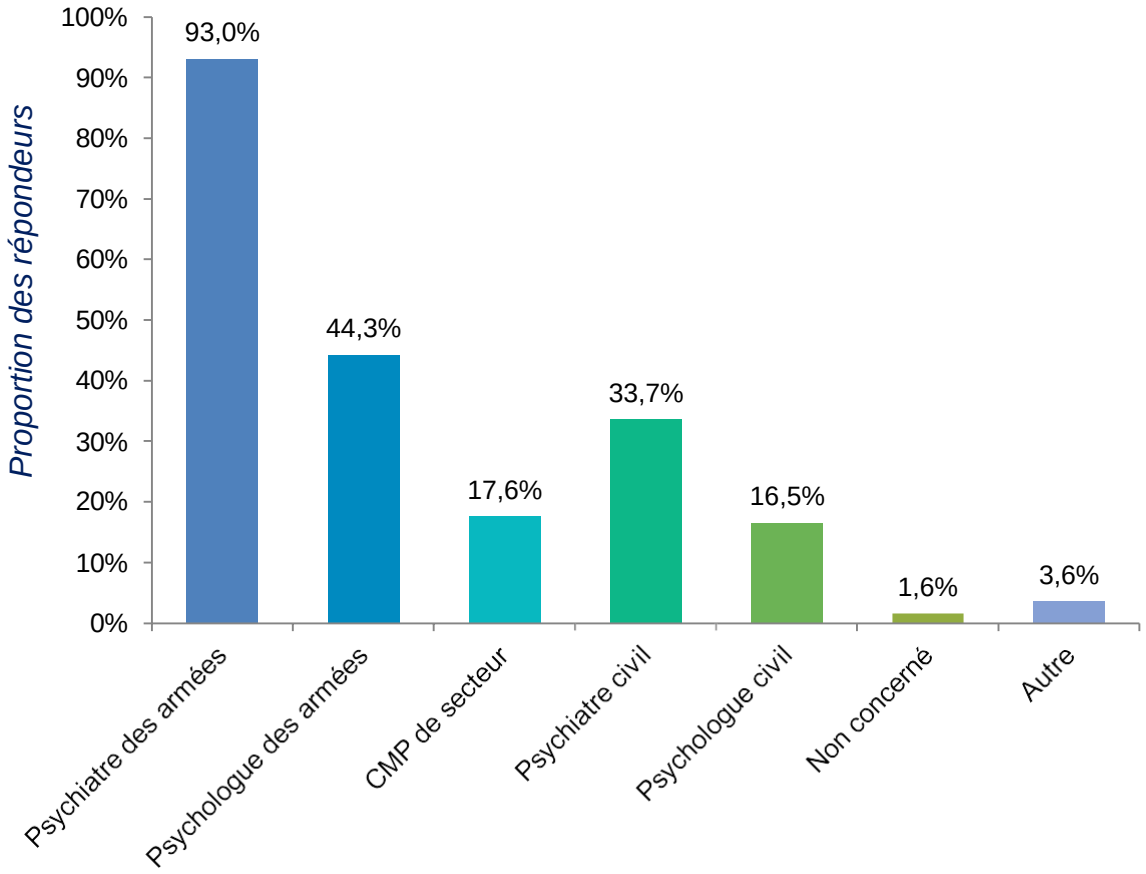


Figure 5 : Proportion des différents professionnels en lien avec les médecins des forces (n=151)

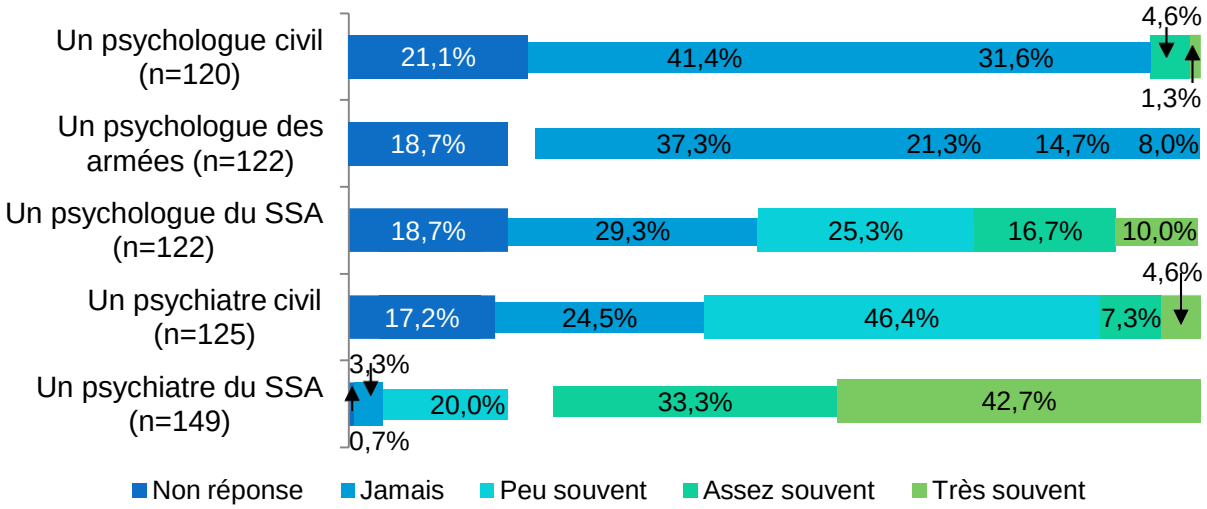


Figure 6 : Fréquence des liens des médecins des forces avec les autres professionnels de santé

Des liens très fréquents (42,7%) étaient rapportés avec les psychiatres du SSA ainsi que des liens assez fréquents (46,4%) avec les psychiatres civils. Parmi

les psychologues, les liens étaient plus fréquents (assez ou très souvent) avec les psychologues des armées ou du SSA qu'avec les psychologues civils (p<0,05).

En analyse bivariée, les relations avec un psychiatre civil sont significativement associées avec un éloignement de l'HIA de référence. Les psychiatres civils sont plus sollicités lorsque l'HIA est à 1 heure ou plus de route (OR=9,2, IC=95% (1,18-75,15), p=0,034).

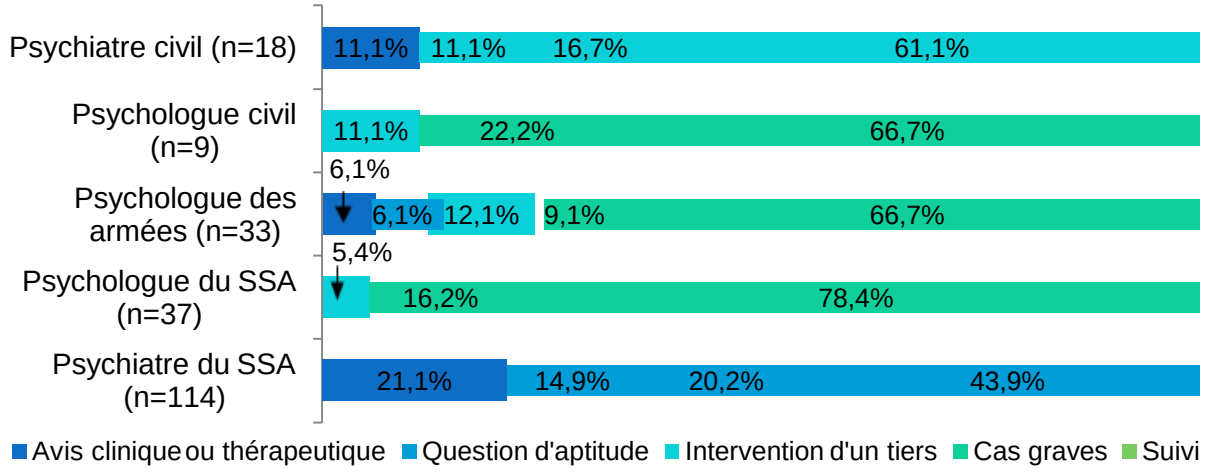


Figure 7 : Motif de sollicitation des professionnels de santé en lien fréquent (assez souvent ou très souvent) avec les médecins des forces (n=151)

Les médecins des forces sollicitaient un autre professionnel de santé essentiellement pour des questions de suivi. Les psychiatres militaires sont également sollicités pour un avis clinique ou thérapeutique (21,1%), pour les cas graves (20,2%) ou une question d'aptitude (14,9%). Les psychiatres civils, quant à eux, sont appelés pour des cas graves (16,7%), pour faire intervenir un tiers (11,1%) ou pour un avis clinique ou thérapeutique. Parmi les psychologues, la deuxième motivation du lien avec les médecins des forces est la prise en charge d'un cas grave pour les psychologues civils ou du SSA (22,2% et 16,2% respectivement) et l'intervention d'un tiers pour les psychologues des armées (12,1%).

L'existence des auto-questionnaires de type PCL-S est connue de 83,4% [80,9%-91,8%] des médecins. Parmi ceux-ci, un tel questionnaire est utilisé de « jamais ou peu souvent » dans 56,5% des cas [47,7%-65,4%] à « assez ou très souvent » dans 43,5% [34,6%-52,3%]. Il est surtout utilisé en tant qu'outil pour établir

un diagnostic (47,4% [39,5%-55,4%]) ou dans le cadre de dépistages systématiques (47,2% [39,2%-55,2%]).

	% obs.	Imp.*	IC
Non réponse	26,1%	0	19,1%-33,1%
Dans le cadre de dépistages systématiques	47,2%	1,52	39,2%-55,2%
En tant qu'outils pour établir un diagnostic	47,4%	1,54	39,5%-55,4%
Comme moyen de préparer l'interrogatoire	32,2%	0,76	24,8%-39,7%
Evaluer de façon quantitative la gravité	38,2%	0,98	30,4%-45,9%
Avoir un repère chiffré dans le cadre d'un suivi	36,2%	0,74	28,5%-43,9%
En tant qu'élément d'information sur les symptômes du traumatisme psychique	18,0%	0,44	11,8%-24,1%

* Imp. : importance varient de 0 à 3 et dépendant du rang de citation (question à 3 choix ordonnés). Plus elle est élevée, plus la proposition est fréquemment évoquée en premier.

Tableau 3 : Motif d'utilisation d'un auto-questionnaire par les médecins des forces (n=151)

V. Conséquences socioprofessionnelles

Le dossier de pension est ouvert dès le diagnostic confirmé (48% [40,0%-56,0%]) ou après avis du psychiatre référent de l'HIA de rattachement (30,9% [23,5%-38,2%]). Seuls 7,4% des médecins des forces [8,3%-19,3%] attendent que le patient le demande.

En cas de restriction d'aptitude, l'enjeu principal était la protection du patient d'une nouvelle exposition traumatique (88,6% [83,5%-93,7%]).

	Nb.	% obs.	Imp.*	IC
Protéger le patient d'une nouvelle exposition à une situation traumatique	134	88,6%	2,17	83,5%-93,7%
Retirer le patient d'un poste opérationnel	112	74,0%	1,46	67,0%-81,0%
Adapter au mieux le poste occupé par le patient à ses capacités	133	87,8%	1,72	82,6%-93,0%
Limiter les interactions de la pathologie du patient avec le vécu de ses camarades	45	30,1%	0,36	22,8%-37,4%
Non concerné	11	7,3%	0,15	3,1%-11,4%

Tableau 4 : Motivation d'une inaptitude pour traumatisme psychique posée par les médecins des forces (n=151)

VI. Cas clinique sur le repérage

« Cas n°1 : une compagnie de votre unité revient d'une mission au Mali. Elle a été engagée dans de nombreuses opérations de combat et plusieurs personnels ont été blessés »

Le cas clinique présentait une population soumise à des combats de haute intensité de retour en métropole. Le répondeur était invité à réfléchir sur les modalités de recherche d'éventuels traumatismes psychiques parmi ses patients.

Dans cette situation, une majorité de répondeurs s'adressaient à tous les personnels revenant de mission (80,1% des réponses [73,8%-86,5%]). Les autres préféraient cibler les personnels désignés « à risque » par les contacts (17,3% [11,2%-23,3%]). Peu choisissaient seulement les personnels en faisant la demande (2,6% [0,1%-5,1%]) et aucun seulement les blessés physiques.

	% obs.	Imp.*	IC
Non réponse	2,30%	0	0,0%-4,6%
Par des entretiens individuels	65,2%	1,27	57,7%-72,8%
Par une information sur les traumatismes psychiques et le rôle des personnels de santé	48,6%	1,07	40,7%-56,6%
Par un auto-questionnaire de dépistage de type PCL-S	52,6%	1,20	44,6%-60,6%
Par des entretiens collectifs en petits groupes	28,5%	0,59	21,3%-35,7%
Par des rencontres informelles lors des repas ou des moments de détente	33,2%	0,58	25,7%-40,7%
En rencontrant les cadres de contact pour repérer les sujets à risque	61,7%	1,27	54,0%-69,5%

* Imp. : importance varient de 0 à 3 et dépendant du rang de citation (question à 3 choix ordonnés). Plus elle est élevée, plus la proposition est fréquemment évoquée en premier.

Tableau 5 : Modalité de repérage des traumatismes psychiques par les médecins des forces (n=151)

Le repérage était surtout réalisé par entretien individuel (65,2% [57,7%-72,8%]) ou en rencontrant les cadres de contact (61,7% [54,0%-69,5%]).

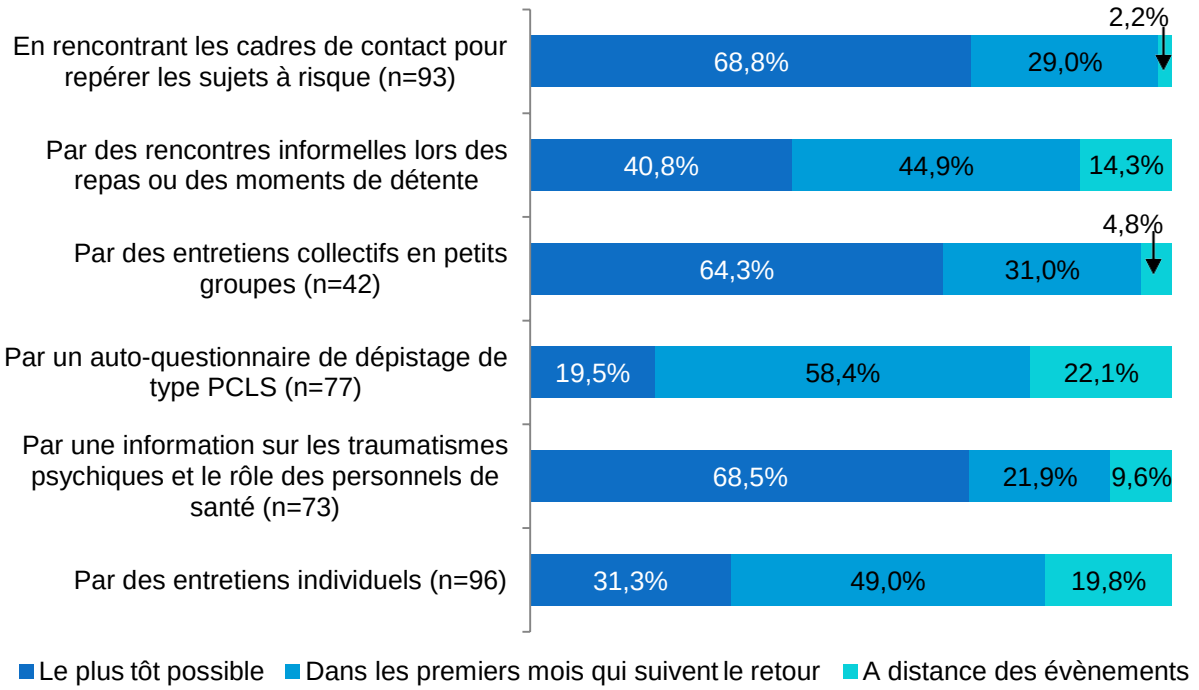


Figure 8 : Temporalité des différentes modalités de repérage (n=151)

Les actions de repérage réalisées par les médecins des forces immédiatement après le retour étaient majoritairement la rencontre des cadres de contact (68,8%), les entretiens en petits groupes (29,0%) et l'information sur les traumatismes psychiques et le rôle des personnels de santé (68,5%). Dans les premiers mois qui suivent le retour, les répondants préféraient principalement réaliser des auto-questionnaires (58,4%), des entretiens individuels (49%) et des rencontres informelles (44,9%). Enfin, à distance des évènements, les modalités de repérage privilégiées étaient les auto-questionnaires (22,1%) et les entretiens individuels (19,8%).

VII. Cas clinique sur la prise en charge immédiate

Cas n°2 : vous êtes médecin en poste en métropole dans une unité d'infanterie. Vendredi matin, le commandement vous téléphone car une explosion vient d'avoir lieu à l'armurerie.

Par chance, il n'y a que 2 blessés légers : l'adjudant-chef Jérôme L. et le sergent Nicolas D. Tous deux ne présentent que des brulures minimes au 2ème degré.

Toutefois, le sergent Nicolas D. a l'air ailleurs, les yeux dans le vague et n'a pas encore prononcé un mot.
21 personnels, tous issus de la même compagnie, étaient présents près de l'explosion.

Un deuxième cas clinique mettait les répondeurs face à un évènement à risque traumatique au sein d'une unité militaire.

Les médecins choisis proposaient cette prise en charge surtout aux témoins directs (les personnels ayant vu ou entendu l'explosion) et indirects (les secouristes ayant pris en charge les blessés) à 71,9% [64,7%-79,0%]. Certains la proposaient seulement aux témoins directs (12,5% des répondeurs [7,2%-17,8%]) ou à tous les personnels de la compagnie, témoins ou non (10,6% [5,7%-15,5%]).

	% obs.	Imp.*	IC
Non réponse	0,9%	0	0,0%-2,3%
Réaliser des entretiens individuels	71,1%	1,3	63,9%-78,3%
Réaliser des entretiens collectifs en petits groupes	86,2%	2,03	80,7%-91,7%
Faire remplir un auto-questionnaire de dépistage de type PCLS	33,7%	0,53	26,1%-41,2%
Donner une information collective sur les traumatismes psychiques	73,0%	1,6	66,0%-80,1%
Pas de prise en charge immédiate	16,3%	0,31	10,4%-22,2%

* Imp. : importance varient de 0 à 3 et dépendant du rang de citation (question à 3 choix ordonnés). Plus elle est élevée, plus la proposition est fréquemment évoquée en premier.

Tableau 6 : Modalité de prise en charge des traumatismes psychiques par les médecins des forces (n=151)

La prise en charge immédiate la plus sélectionnée était les entretiens en petits groupes puis l'information collective sur les traumatismes psychiques et les entretiens individuels. L'objectif était surtout de diagnostiquer d'éventuels états de stress aigus et de repérer les personnels touchés à reconvoquer ultérieurement. En analyse bivariée, on ne retrouvait pas d'association entre le type de prise en charge et les objectifs.

	% obs.	Imp.*	IC
Non réponse	0,9%	0	0,0%-2,3%
Diagnostiquer d'éventuels états de stress aigu	78,3%	2,05	71,8%-84,9%
Repérer les personnels touchés à reconvoquer ultérieurement	90,1%	1,69	85,3%-94,9%
Dépister d'éventuels traumatismes psychiques	43,4%	0,83	35,5%-51,3%
Susciter des consultations spontanées	48,4%	0,84	40,4%-56,3%
Répondre aux interrogations des personnels indemnes	36,4%	0,59	28,7%-44,1%

* Imp. : importance varient de 0 à 3 et dépendant du rang de citation (question à 3 choix ordonnés). Plus elle est élevée, plus la proposition est fréquemment évoquée en premier.

Tableau 7 : Motivation de la prise en charge des traumatismes psychiques par les médecins des forces (n=151)

La prise en charge immédiate présente un intérêt sur le développement ultérieur de traumatismes psychiques pour 87,3% [82,0%-92,6%] des répondeurs.

Les médecins choisis étaient ensuite questionnés sur le traitement médicamenteux d'un état de stress aigu. Le traitement le plus choisi en première intention était un traitement sédatif de type hydroxyzine puis un traitement anxiolytique de type benzodiazépine. Seuls 9,4% des répondeurs choisissaient de ne pas donner de médicament. Certains médecins prescrivaient plusieurs médicaments : 28,6% [21,1%-36,1%] des médecins interrogés prescrivaient une bithérapie et 5,3% [1,6%-9,1%] une trithérapie. Aucun médecin ne prescrivait plus de 3 médicaments. Lorsque les médecins prescrivaient une bithérapie, l'association la plus fréquente (30,8% [16,6%-44,9%]) était un traitement sédatif et un traitement neuroleptique.

	% obs.	IC
Non réponse	1,7%	0,0%-3,8%
Un traitement anxiolytique de type benzodiazépine	35,6%	29,7%-43,2%
Un traitement sédatif, par exemple hydroxyzine	39,1%	31,3%-46,9%
Un traitement hypnotique, par exemple zolpidem	18,0%	11,8%-24,1%
Un traitement neuroleptique, par exemple loxapine	29,4%	22,2%-36,7%
Un traitement par béta-bloquants	6,1%	2,3%-9,9%
Pas de traitement médicamenteux	9,4%	4,7%-14,0%

Tableau 8 : Choix du traitement médicamenteux d'un état de stress aigu par les médecins des forces (n=151)

L'analyse bivariée montrait que les répondeurs de plus de 41 ans sont plus enclins à prescrire le traitement anxiolytique que les plus jeunes (OR=2,65, IC95%= [1,21-5,78], p=0,01).

Les répondeurs inscrivaient cet évènement dans le dossier médical principalement pour en faire figurer une trace en vue d'une démarche d'expertise à venir (terme le plus important) ou pour assurer le patient choqué de la prise en considération de son trouble dans l'espoir de l'apaiser (terme le plus fréquent).

	% obs.	Imp.	IC
Assurer le patient choqué de la prise en considération de son trouble dans l'espoir de l'apaiser	95,0%	1,54	0,0%-3,8%
Un intérêt pronostic dans le cadre d'un diagnostic de traumatisme psychique ultérieur	35,6%	1,83	29,7%-43,2%
Faire figurer une trace de l'évènement traumatique en vue d'une démarche d'expertise à venir	39,1%	2,46	31,3%-46,9%

* Imp. : importance varient de 0 à 3 et dépendant du rang de citation (question à 3 choix ordonnés). Plus elle est élevée, plus la proposition est fréquemment évoquée en premier.

Tableau 9 : Motivation de l'inscription d'un évènement traumatique dans le dossier médical par les médecins des forces (n=151)

L'endroit le plus approprié pour cette inscription était selon les répondeurs les pages consacrées aux consultations du dossier papier (60,6% [52,8%-68,4%]) puis une feuille à part du dossier papier (14,6% [9,0%-20,2%]) et enfin dans les fiches de consultation du dossier LUMM (11,8% [6,7%-16,9%]).

VIII. Cas clinique concernant le suivi

Cas n°3 : 6 mois après l'explosion, l'adjudant-chef Jérôme L. présente un syndrome de répétition et d'évitement.
Il témoigne aussi d'un fort sentiment de culpabilité envers son subordonné qu'il a cru voir mourir par sa faute. Des symptômes dépressifs, de retrait affectif ainsi que des insomnies par cauchemars le gênent dans sa vie militaire et sociale.
Le diagnostic d'état de stress post-traumatique a été confirmé la semaine dernière par le psychiatre de votre HIA de rattachement.

La dernière vignette clinique interrogeait les médecins de l'échantillon quant au devenir d'un patient atteint d'ESPT.

Concernant l'information du patient, 36,3% [28,6%-44,0%] des sujets choisissaient de lui donner une information focalisée sur la nécessité de prise en charge, 35% [27,4%-35,9%] une information complète et détaillée et 28,7% [21,5%-35,9%] une information rassurante. L'objectif de cette information était dans 46,8% [38,8%-54,8%] des cas de soutenir positivement l'évolution des symptômes, dans 35,7% [28,0%-43,3%] de renforcer l'adhésion au soin et enfin pour 17,6% [11,5%-23,6%] des répondeurs de donner une projection éclairée dans l'avenir. En analyse bivariée, l'information complète était significativement associée à un objectif de projection éclairée (OR=3,45, IC95%= [1,45-8,20], p=0,05), l'information rassurante à un soutien positif de l'évolution (OR=3,56, IC95%= [1,68-7,53], p=0,001) et l'information focalisée à un renforcement de l'adhésion (OR=6,22, IC95%= [2,98-12,97], p<0,001).

Dans les relations avec les proches, les médecins préféraient en majorité intégrer les proches dans la prise en charge dans l'espoir de soutenir le patient dans ses soins ou proposer au patient de contacter les proches pour les prendre en charge en tant qu'impliqués indirects.

	Nb.	% obs.	Imp.*	IC
Non réponse	3	2,1%	0	0,0%-4,4%
Proposer au patient de contacter ses proches pour les prendre en charge en tant qu'impliqués indirects	140	95,8%	2,23	88,7%-96,9%
Ne pas communiquer avec les proches dans le but de préserver la relation médecin-patient des interactions avec l'entourage	122	80,5%	1,06	74,1%-86,8%
Intégrer les proches dans la prise en charge dans l'espoir qu'ils soutiennent la patient dans ses soins	141	93,1%	2,31	89,0%-97,1%

* Imp. : importance varient de 0 à 3 et dépendant du rang de citation (question à 3 choix ordonnés). Plus elle est élevée, plus la proposition est fréquemment évoquée en premier.

Tableau 10 : Contact avec les proches dans la prise en charge des traumatismes psychiques par les médecins des forces (n=151)

Concernant la consultation d'expertise, les répondeurs étaient principalement attentifs à informer le patient de la fonction et de la valeur de l'expertise afin qu'il puisse parler librement de ses symptômes et à l'aspect officiel de cette évaluation et la reconnaissance de son trauma qui en découle

	Nb.	% obs.	Imp.*	IC
Non réponse	1	0,9%	0	0,0%-2,3%
A informer le patient de la fonction et de la valeur de l'expertise afin qu'il puisse parler plus librement de ses symptômes	146	96,6%	2,55	93,7%-99,5%
A l'aspect officiel de cette évaluation, ouvrant la voie à la reconnaissance des séquelles de son trauma	142	93,7%	2,19	89,8%-97,6%
Aux avantages matériels qui résultent de la détermination du taux d'invalidité	131	86,5%	0,94	81,0%-91,9%

* Imp. : importance varient de 0 à 3 et dépendant du rang de citation (question à 3 choix ordonnés). Plus elle est élevée, plus la proposition est fréquemment évoquée en premier.

Tableau 11 : Motivation de l'information à propos de la consultation d'expertise dans la prise en charge des traumatismes psychiques par les médecins des forces (n=151)

Discussion

Dans un but de présentation, le questionnaire était divisé en plusieurs parties et cas cliniques. Toutefois, notre réflexion se voudra globale et se servira régulièrement de plusieurs réponses afin de mieux illustrer le sens de la discussion.

I. Discussion des données épidémiologiques

A. Analyse des données biographiques

L'échantillon de répondeurs avait été tiré au sort parmi l'ensemble des médecins des forces français exerçant en métropole. Nous nous attendions donc à retrouver une population similaire à celle des médecins du service de santé des armées français. C'est le cas pour l'âge : l'âge moyen de notre échantillon est de 39,7 ans contre 41 ans pour le SSA en 2011 (79). Il est à ce titre intéressant de noter la forme tout à fait singulière de la pyramide des âges des répondeurs comparé à celle de notre échantillon : les médecins des forces d'âge moyen (32 à 41 ans) étaient sur-représentés tandis que les plus âgés (plus de 41 ans) étaient sous-représentés.

Cette différence significative questionne sur la comparabilité de notre population aux médecins des forces français. Ceci peut s'expliquer par le fait que les médecins plus âges sont moins habitués à répondre aux enquêtes en ligne ou que les médecins ayant participés à des campagnes telles que l'Afghanistan se sentent plus concernés par cette problématique. En l'absence de données concernant les non-répondeurs, il nous est toutefois difficile de n'émettre plus que de simples hypothèses. La pondération des données sur l'âge et le sexe fut toutefois un outil statistique précieux pour limiter le biais de sélection et améliorer la représentativité de l'enquête.

La question de la répartition des médecins dans les trois armées et la gendarmerie ne semble quant à elle pas pertinente au regard des mutations du SSA

depuis la création des centres médicaux des armées. En effet, le regroupement des personnels des services médicaux dédiés à leurs unités en centre médicaux à vocation interarmée rend compliquée la définition d'une arme ou d'une armée d'origine. De plus, un biais existe quant à la formulation de la question : demander la population principale soutenue sous-estime de façon systématique les armées les moins nombreuses et les plus dispersées. Malgré tout, les sujets étudiés rapportent une répartition équivalente à celle constatée dans le SSA, ce qui est intéressant lorsque l'on sait que l'armée soutenue conditionne pour beaucoup le nombre de départ en OPEX.

Au regard de celui-ci, les répondeurs ne diffèrent pas des médecins des forces français tant sur la participation à au moins une OPEX (70,9% dans le travail de thèse de Koch, 77,7% dans celui de Bourhis, 79,4% dans le notre), le nombre moyen de départ (3,1 dans le SSA vs 3,62 dans notre échantillon) que sur leur localisation, pour la plupart des théâtres installés dans la durée. Un défaut récurrent de ce genre de question se trouve dans la définition même d'opération extérieure qui exclut de fait les séjours en mer, les missions de courte durée, les opérations intérieures et donc les périodes où le risque traumatique est plus élevé qu'en temps normal. Cette particularité tend ainsi à sous-estimer les moments de proximité avec les soldats, les occasions de prise en charge immédiate de traumatismes psychiques et donc au final l'expérience des médecins d'unité dans de telles situations.

B. Savoir et expérience de notre échantillon dans les traumatismes psychiques

Le travail réalisé a permis de recueillir deux types de données concernant les connaissances des médecins des forces dans la prise en charge des psychotraumatismes. Tout d'abord, nous avons pu vérifier que la pathologie avait été rencontrée par la plupart des médecins d'unité et donc qu'une expérience propre à la majorité d'entre eux existait. D'autre part, le questionnaire nous a permis une réflexion sur les motivations de cette prise en charge.

1. Des pathologies fréquentes dans la pratique médicale militaire

Notre étude confirme, s'il en était besoin, l'importance des psychotraumatismes dans l'exercice des médecins des forces. Poser un diagnostic initial de traumatisme psychique est une expérience commune à 66,1% des répondeurs. Nos chiffres sont à cet égard dans la continuité de ceux obtenus ces dernières années (78,2% dans le travail de thèse de Koch (39), 74,9% dans celui de Bourhis (4)). Cela rend également compte des capacités des médecins d'unité à poser un diagnostic que l'on peut qualifier de complexe eu égard à la difficulté des patients à parler de leur symptômes, aux comorbidités pouvant masquer le diagnostic ou encore à la fréquence des syndromes partiels. Néanmoins, nous ne pouvons pas établir de relation linéaire entre prévalence de la pathologie et fréquence de diagnostic par un médecin des forces. Les patients peuvent en effet consulter un autre médecin que leur médecin d'unité, ne pas consulter tout court ou présenter les difficultés diagnostiques citées plus haut.

Plus de répondeurs (80,7%) ont déclaré avoir suivi un patient atteint de traumatisme psychique. Ce chiffre est remarquable si l'on tient compte de l'exigence et de la disponibilité que nécessite le suivi des maladies psychotraumatiques. On note également que les médecins soutenant l'armée de terre avaient un taux supérieur aux autres. Comme dit plus haut, il faut se garder de conclure à une plus forte exposition au risque traumatique des personnels concernés car il existe des unités terrestres moins exposées aux situations violentes que certaines unités des autres armées (Groupe d'Intervention de la Gendarmerie Nationale, commandos de Marine, etc…). Il serait intéressant d'explorer une telle différence par des travaux ultérieurs, par exemple dans la meilleure information des personnels de l'armée de terre à l'égard des traumas psychiques ou dans les difficultés de suivi des personnels des autres armées. L'écart de proportion entre diagnostic et suivi peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Tout d'abord, les répondeurs ont pu estimer que c'était le spécialiste qui avait posé le diagnostic lorsqu'ils lui ont adressé un cas suspect ou difficile. D'autre part, les diagnostics établis en opération, s'ils nécessitent le même suivi que s'ils étaient établis en métropole, ne sont pas forcément considérés comme vraiment établis, eu égard aux contraintes cliniques ou opérationnelles. Quoiqu'il en soit la récurrence de ces pathologies exige des médecins des forces une

connaissance solide des psychotraumatismes afin d'assurer une prise en charge actualisée et cohérente.

2. Un savoir commun en constante progression

Nous avons particulièrement veillé à ce que notre questionnaire ne soit pas vécu comme un examen des connaissances mais certaines réponses peuvent néanmoins apporter un éclairage sur les pré-requis possédés par les médecins des forces. Ce savoir est pour une large part acquis après l'Examen Classant National par l'Ecole du Val de Grâce et doit être régulièrement remis à jour. Cela n'est pas toujours évident vis-à-vis des impératifs du service qui laissent peu de temps à la formation des médecins d'unité. A la question du traitement immédiat d'un état de stress aigu, trois classes de médicaments sont sortis du lot : les sédatifs, les benzodiazépines et les neuroleptiques. Cette triade interroge lorsque l'on sait que plusieurs études cliniques rapportent un effet délétère des benzodiazépines sur le développement ultérieur d'un ESPT par perturbation de l'encodage mnésique de l'évènement traumatique (65). De plus, une proportion non négligeable de répondeurs choisissait de ne donner soit aucun traitement (9,4%) soit plusieurs associés (39,3% en tout). Lors du pré-test, les sujets confiaient se montrer méfiants vis-à-vis des psychotropes, soit parce que l'effet à long terme leur semblait incertain, soit parce que leur usage était jugé stigmatisant au sein des unités combattantes.

L'écart observé entre connaissance de la pathologie post-traumatique et interrogation sur la conduite à tenir a déjà été observé dans la littérature. Munro a montré en Ecosse en 2004 que, si 67,5% des médecins de l'étude savaient diagnostiquer un tableau clinique typique d'ESPT, seuls 28,3% d'entre eux savaient mettre en œuvre un traitement adapté (80). La raison n'est pas à chercher du côté d'un manque de savoir théorique : Bourhis dans son travail de thèse montrait que 83,1% des médecins s'estimaient suffisamment informés sur les ESPT (4). En réalité, la variabilité des prises en charge médicamenteuses peut être interprétée comme le reflet de la diversité des expériences cliniques et opérationnelles des états de stress aigu, du tableau bruyant aux syndromes *a minima*, de la situation de crise extrême au temps de paix en métropole. Le souhait d'une formation complémentaire (demandé à 50,8% dans le travail de thèse de Bourhis) s'est lors de notre pré-test exprimé par une demande d'enseignement simple et pratique, à partir de cas

cliniques réels et surtout accessible dans les unités mêmes. Répondre aux besoins de formation concernant les troubles psychiques post-traumatiques est une priorité du SSA et explorer ces pistes d'apprentissage est un moyen privilégié d'y parvenir.

C. Limites de notre étude

Certaines caractéristiques propres à notre étude peuvent avoir modifié les données rapportées à nos sujets et nous devons en tenir compte pour une analyse objective.

1. Biais de sélection

Le questionnaire a été diffusé par voie électronique militaire, aussi, en attendions-nous un taux de participation compris entre 25 et 50% sur plusieurs semaines. C'est pourquoi nous avons été agréablement surpris de recevoir rapidement (12 jours ouvrés) un nombre suffisant de réponses pour une analyse statistique satisfaisante et ce alors même que notre étude s'est déroulé dans les premières semaines des vacances d'été. L'analyse de la population des répondeurs montre que toutes les catégories de médecins et d'unités sont représentées, même lorsqu'elles paraissent moins concernées par la problématique (médecins d'unités non opérationnelles ou occupés par des tâches de commandement). Ce bon taux de participation pour une enquête en ligne s'observe également lorsque l'on analyse chaque question indépendamment, démontrant l'intérêt des répondeurs pour toutes les problématiques présentées par le questionnaire. Il faut également souligner que c'est la première fois qu'est utilisée la liste complète des adresses professionnelles des médecins des forces français. Cela nous a permis de contacter une large population de médecins (400 questionnaires adressés), même lorsque ceux-ci exercent dans des postes isolés.

Ces résultats ne doivent pas nous faire oublier les défauts propres à la méthode employée et responsables de l'exclusion d'un certain nombre de sujets. Tout d'abord, les médecins sans accès au réseau militaire ou sans adresse électronique professionnelles ont été de fait exclus de l'étude, et ce même si l'accès à ce réseau s'est très largement généralisé. Ensuite, ceux en cours de mission ou bien ne consultant pas ou peu leurs courriers électroniques n'ont pas pu répondre au questionnaire alors que leur avis apportait un éclairage intéressant sur notre

problématique. Enfin, nous pouvons signaler un biais lié à au volontariat de l'étude : un seul médecin nous a expliqué son refus de participation alors que connaître les raisons d'une non-réponse nous aurait permis de mieux analyser nos données et d'adapter les études futures. Il convient néanmoins de relativiser ces quelques biais de sélection qui ne concernent que peu de sujets potentiels.

En effet, de bonnes conditions de réalisation, un taux acceptable de réponse et un biais de sélection limité nous ont permis d'obtenir une bonne représentation des médecins des forces. De nombreux résultats significatifs ont pu être mis en évidence. Les médecins des forces ont ainsi montré leur intérêt et leur volonté d'approfondissement dans ce qui apparaît aujourd'hui comme une problématique majeure du service de santé des armées. L'espace d'expression libre en fin de questionnaire a de plus été l'occasion de soutenir un jeune confrère dans son travail de thèse (Annexe 7). En retour, ce questionnaire a été pour eux un moyen de s'interroger sur leurs prises en charge psychotraumatiques. La représentativité de notre échantillon doit maintenant nous faire interroger sur les inconvénients liés à la méthode d'investigation et au questionnaire.

2. Biais d'investigation

Le choix d'un questionnaire sous format électronique présentait l'avantage de rendre impossible le retour sur les réponses précédemment données. Cette caractéristique garantit la spontanéité des réponses et gomme la sensation d' « examen écrit ». De plus, ce mode de questionnement informatisé est rapide, peu onéreux, garantit facilement l'anonymat du questionnaire et la sécurité des échanges. Enfin, il empêche tout biais d'intervention : la méthode de recueil des données, bien qu'interactive, est identique pour tous les participants. La taille et la durée de ce questionnaire ont quant à elles été volontairement réduites afin d'éviter la lassitude au cours des réponses et l'impact sur l'activité médicale quotidienne.

Le questionnaire en lui-même contient des défauts que nous n'avons pas pu anticiper. C'est en premier lieu le reproche récurrent fait aux questionnaires à choix multiples que la subjectivité du rédacteur s'impose au répondant. En effet, la formulation des questions et des items de notre questionnaire révèle notre vision propre des traumatismes psychiques tandis que le manque de liberté laissé dans les réponses cache le regard original du sujet étudié. Ce défaut transparait également

dans les nuances laissées dans certaines phrases de la version finale du questionnaire : les répondants ont pu s'interroger sur notre conception de la prise en charge à la place d'exprimer la leur. Malgré tout, nous pensons grâce aux résultats du pré-test et à l'espace d'expression libre que ce n'est pas le cas : le questionnaire semblait prêter à la réflexion mais sans suggérer de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses.

De plus, se pose la question de l'universalité des cas cliniques, plus adaptés selon nos répondants aux médecins de l'armée de terre. A la question du nombre des opérations extérieures, certains sujets estimaient ne pouvoir compter leurs séjours à l'étranger ou outre-mer car ceux-ci étaient étiquetés « séjours en mer » (marine nationale), « opération intérieure » (gendarmerie) ou « mission de courte durée ». De la même façon, les grades des patients présentés ne sont pas en usage au sein de la marine. Cette remarque est pertinente lorsque l'on sait que toutes les armées et tous les séjours à l'étranger sont concernés par la problématique des traumatismes psychiques. Fidele et Durand ont ainsi montré en 1999 que sur les 17 survivants du naufrage de la gabare La Fidèle, 8 présentaient un ESPT (81). Ce problème de cas inadaptés aux trois armées et à la gendarmerie était connu avant la diffusion du questionnaire mais n'avait pu trouver de compromis satisfaisant.

Les questions recèlent elles aussi des points propres que nous aurions pu améliorer. Les questions à choix multiples pouvaient aux yeux des répondants comprendre soit trop (comme la question des modalités du repérage) soit pas assez de modalités (comme la question de l'information du patient) alors qu'ils étaient contraints de ne cocher que 3 réponses au maximum. Les items de ces réponses ont par ailleurs paru souvent trop longs et source de confusion, effet totalement inverse à celui que nous recherchions. De façon plus détaillée, la question du nombre de diagnostic et de patients suivis a semblé exclure les cas suspects adressés au spécialiste et les suivis partiels ou réalisés pour une comorbidité (une conduite addictive par exemple). Nous regrettons également une erreur de cohérence sur les questions des liens avec les autres professions de santé : l'item « psychologue des armées » est partagé dans la question suivante entre « psychologue des armées » et « psychologues du SSA ».

En dernier lieu, certains des sujets ont pu critiquer la faible capacité de description objective du questionnaire : les réponses se basent sur les souvenirs et les impressions des répondants, pas sur leur pratique ou leur prise en charge réelle. C'était en réalité là tout l'objectif de l'étude : révéler la perception par les médecins des forces des enjeux et des prises en charge des traumatismes psychiques. Chiffrer des données sur le nombre ou l'efficacité de celles-ci aurait nécessité de s'attacher à des critères mesurables et aurait évité le biais de l'auto-questionnaire. Quoiqu'il en soit, ces difficultés rencontrées au cours de notre étude ne sauraient remettre en question les résultats obtenus et nous permettent donner le plus d'éléments de réponse possibles à la problématique posée.

II. Mise en perspective des résultats

A. Le repérage, première étape du parcours de soin

1. Intérêts

Concernant les troubles psychiques post-traumatiques dans les armées, attendre une consultation spontanée, signe de gêne et de souffrance majeure, reviendrait à laisser sans soins un nombre important de patients qui ne peuvent évoquer leur trouble du fait de la pathologie même. Le médecin se doit donc de précéder cette demande car une prise en charge précoce permettra de limiter les conséquences de la pathologie sur la vie du patient. Au terme de *dépistage* que cette démarche évoque, nous avons préféré le terme de *repérage*. En effet, les critères de validité d'un dépistage ont été strictement définis par l'OMS en 1970 puis repris par l'ANAES en 2004 (82). La pathologie doit être fréquente et représenter un enjeu de santé publique. La méthode de recueil doit être réalisable en termes de coût et d'efficacité. Enfin, à ce test doit succéder une action thérapeutique codifiée amenant un bénéfice net en terme de mortalité ou de morbidité. Ces critères ne concernent toutefois que les pathologies somatiques mais nous comprendrons l'idée d'une action au rapport bénéfice/risque incontestable, justifiée par la forte prévalence de la maladie et par la capacité des soignants à la prendre en charge. Les limites d'un tel dépistage appliqué aux traumatismes psychiques sont nombreuses. Bien que nous

ayons précédemment démontré que les psychotraumatismes étaient une réalité de la pratique médicale militaire, les statistiques à propos de leur prévalence varient trop fortement d'une étude à l'autre pour comparer leur fréquence à celle des maladies visées par les dépistages de masse. De même, la prise en charge, qui se doit de ne pas confondre espoir de guérison et promesse de retour à l'état antérieur, n'est pas consensuelle et soulève encore de vifs débats sur ses modalités pratiques. Il ne s'agit pas non plus de considérer les militaires comme des patients psychiatriques en devenir, et ce ni à nos yeux, ni aux leurs, ni à ceux de la nation. On peut à ce titre s'interroger, comme Lebigot en 2001, sur le lien entre debriefing systématisé de masse et majoration du syndrome de répétition (6). Pour éviter ces écueils, le repérage se doit d'être dynamique, habile et pragmatique. Son action, si elle se veut pertinente, saura s'adapter au milieu pour mieux être accepté par celui-ci et promouvoir une offre de soin sans retirer au patient sa capacité de consentement. C'est ainsi qu'au silence de la maladie pourra être opposé un espace de parole et une adhésion au processus de traitement. N'oublions pas pour finir que le repérage, en tant qu'acte médical, est un engagement dans les soins : pour celui qui accepte d'y participer mais également pour celui qui l'organise. S'il ne précède pas une démarche concrète de prise en charge, le patient peut se sentir à nouveau abandonné à ses problèmes et s'enfermer dans une évolution négative. Le repérage dépasse alors la valeur brute de ses modalités pour devenir une rencontre : celle de la pathologie avec les soins, du patient avec le médecin, de la rupture au parcours de soin.

L'enjeu principal du repérage est d'apporter des soins aux patients qui le nécessitent mais ces soins doivent être librement consentis voire activement recherchés si l'on ne veut retomber dans les travers historiques de la psychiatrie de guerre. La question du libre choix du traitement d'une maladie souvent niée nous confronte à une véritable réflexion déontologique et éthique centrée sur le patient. Les répondants à notre étude sont pleinement conscients de cette problématique puisqu'à la question de l'information, ils se sont en majorité attachés à utiliser cette demande dans une démarche thérapeutique. Nous retrouvons ici des règles essentielles de la psychiatrie de l'avant comme la non-obligation de retour au combat (6). L'acte de soin ne vise pas à imposer une prise en charge mais à une accompagner le patient dans l'acceptation de son trouble en lui laissant le contrôle

de son avenir. Les médecins interrogés ont bien compris que le patient était *sujet* et non *objet* de soins et que la relation de confiance ne pouvait s'établir que sur des explications claires, loyales et adaptées à l'état du patient.

2. Outils

Afin d'aider les médecins des forces dans leur démarche diagnostique, plusieurs outils ont été mis en place par le SSA. Le premier est la validation d'un auto-questionnaire standardisé : la PCL-S (Annexe 3). Son utilisation soulève néanmoins des interrogations sur le test en lui-même et sur le contexte de son utilisation. Il nécessite des répondants une bonne compréhension des questions ainsi qu'une évaluation au plus juste de ses propres symptômes. De la part des médecins du pré-test, le questionnaire a été jugé long et peu adapté à une consultation sous forme de dialogue. Nous avons montré que l'existence de telles aides était largement connue (83 ,4% des répondants) et qu'elles étaient bien utilisées dans le repérage des psychotraumatismes au retour de mission (23,9% des répondants en 1ère modalité). Mais leur usage dans la pratique reste toutefois faible (58,8% des sujets l'utilise de « peu » à « assez souvent »). Ces résultats se rapprochent d'une utilisation non systématique du questionnaire mais choisie par le soignant lorsqu'elle est pertinente. C'est là l'enjeu d'une aide au diagnostic d'une maladie mentale : l'outil doit permettre une discussion ciblée autour de la pathologie sans constituer un carcan normatif incontestable. Plus encore, elle ne doit pas répondre à une demande institutionnelle ou sociale en sortant de son usage médical. Un auto-questionnaire est plus qu'approprié dans le contexte parfois très formel des visites systématiques (VMP et visite de retour de mission). Il permet au patient de préparer l'entretien avec le médecin, de se poser des questions voire de prendre conscience d'un trouble négligé.

La prévention ne se limite pas aux tests de repérage, elle englobe également des méthodes indirectes pour approcher les patients. Entendons par là la promotion du soin qui a été particulièrement développée par les plans d'actions successifs : diffusion de l'information autour des traumas psychiques, site internet dédié, numéro gratuit joignable 24h/24… Dans son travail de thèse, Bourhis montrait que 48,2% des médecins des forces avaient déjà dispensé une information collective et 70,1% une information individuelle (4). Nous avons également trouvé que c'était un outil très

utilisé dans la pratique médicale quotidienne (21,8% en tant que première modalité du repérage effectué à 68,5% le plus tôt possible et 25,7% dans la prise en charge immédiate). En effet, ses effets bénéfiques sont multiples : informer les patients potentiels de la possibilité de soins mais aussi sensibiliser la collectivité et le commandement à la souffrance des soldats atteints. Concernant ce dernier point, soulignons au passage l'importance des rencontres informelles parmi les choix des répondants (33,2% des réponses) qui nous démontre la délicatesse de la pratique des médecins des forces, pleinement intégrée à la vie des unités. Nous devons nous interroger sur le contenu même de cette information et sur ses enjeux. L'intervenant doit veiller à ne tomber ni dans la banalisation ni dans l'exagération des symptômes afin de sensibiliser chaque participant sans créer d'effets délétères chez des patients éventuels.

3. Modalités pratiques

Tout militaire pouvant être concerné par un évènement traumatique, nous pourrions considérer chacun d'entre eux comme susceptible de développer un traumatisme psychique. A cet égard, les résultats de notre étude sont cohérents : une large part de notre échantillon (80,1%) prenait pour cible du repérage l'intégralité des personnels revenant de mission. Cette prise en compte de tous les sujets, et non seulement ceux qualifiés de « fragiles » comme les blessés physiques, montre un certain recul des médecins des forces sur la symptomatologie : s'arrêter au personnels présentant des symptômes visibles, c'est oublier ceux qui présentent des syndromes partiels ou en phase de latence. Comme nous l'avons vu précédemment, elle est facilitée par l'utilisation d'un auto-questionnaire car ce dernier ne nécessite pas la présence impérative d'un soignant et permet de toucher rapidement le plus grand nombre. Cette position de recherche globale, si elle est volontaire, doit nous interroger quant à l'image de victime ou de malade psychiatrique potentiel qu'elle peut renvoyer de nos soldats. Aussi le moment de ce repérage doit être judicieux par rapport à la survenue des évènements.

En effet, chaque rencontre pourrait être l'occasion d'évoquer les traumatismes psychiques. 64,7% des médecins militaires estiment d'ailleurs que toutes les circonstances de rencontre du militaire sont favorables au diagnostic d'ESPT (4). Mais toute action n'est pas forcément pertinente selon son temps d'application car le

développement de la clinique traumatique n'est pas linéaire. Cela se vérifie dans notre échantillon : les auto-questionnaires sont réalisés dans les premiers mois qui suivent le retour (58,4%) tandis que les approches indirectes (ici les séances d'information) sont faites immédiatement (68,5%). Il y a donc une grande logique dans la vision des médecins des forces qui ont bien saisi la nécessité d'adapter le geste à la temporalité des soins et de prendre en compte la révélation parfois tardive des symptômes par un outil adéquat. Une fois ce repérage réalisé, il s'agit de poursuivre cette préoccupation en tissant un lien individualisé avec le patient qui sera l'étape suivante du traitement de son trouble.

B. Implication dans les soins

1. Un besoin de continuité

Mettre en place un parcours de soin cohérent n'a de sens que si le patient adhère à cette démarche. Dès lors, comment engager un sujet dans les soins alors que la confrontation à ses troubles lui est douloureuse ? Et qu'il a développé des stratégies parfois radicales pour éviter une telle confrontation ? Une étude précédente montrait que si 87,7% des médecins portaient une attention particulière aux personnels revenant d'OPEX en ce qui concerne les ESPT, 57,7% ne mettaient pas en place de suivi spécifique (4). Dans notre enquête, le nombre de militaires suivis est très hétérogène puisque la médiane de cas suivis au cours du dernier trimestre est de 1 alors que 20,3% des médecins suivaient 3 militaires ou plus. Les difficultés citées antérieurement ne sont donc pas réparties uniformément et ces chiffres révèlent la diversité des conditions de prise en charge des patients traumatisés psychiques. Il serait intéressant d'approfondir cette problématique : quels facteurs locaux favorisent le suivi des psychotraumatismes ? Est-ce que ces conditions sont transposables aux unités moins bien dotées ? L'engagement dans les soins est véritablement un enjeu essentiel du traitement des troubles psychiques post-traumatiques. Il s'agit de montrer au patient que la rupture du trauma n'est pas la fin du lien avec l'Autre et ainsi qu'une démarche volontaire peut limiter les effets de la maladie.

Les armées se tournent désormais vers une prévention secondaire des ESPT. Certaines proposent d'intervenir au décours de l'évènement pour faire diminuer

l'intensité des réactions aigues. Dans une étude sur 2 ans, 73% des personnes ayant présenté un état de stress aigu au décours de l'évènement traumatisant ont présenté un ESPT par la suite (83). Dans la nôtre, l'intérêt d'une prise en charge dès la survenue de l'évènement a été affirmé par 87,3% des répondants et cela essentiellement dans une optique de diagnostic des états de stress aigu (54,4% des réponses en 1ère modalité). Soulignons ici le pragmatisme des objectifs ainsi que la bonne connaissance de la nosographie des traumatismes psychiques. Les médecins des forces savent de plus quel rôle leur incombe dans une situation traumatisante : celui de diagnostic et de traitement des sujets les plus atteints à l'instant présent. Mais cette prise en charge précoce doit aussi être un temps de verbalisation pour tenter de nommer l'expérience vécue sans pour autant dédramatiser les faits. Elle permet de nouer des liens forts qu'il faudra savoir entretenir tout au long du parcours de soins.

2. Réseau de soin et parcours de soin

Le médecin d'unité ne peut agir seul face à la complexité des maladies chroniques, il a besoin de s'entourer d'un réseau de professionnels de santé dont les compétences se complètent au profit d'une prise en charge globale du patient. Il a été montré dans l'armée française qu'un médecin généraliste civil était intervenu dans 55,5% des cas d'ESPT (4). Nos résultats montre un lien très fort des médecins des forces avec les psychiatres et psychologues des armées mais aussi avec les psychiatres civils (33,7% des répondants). Il est important de mettre ce chiffre en perspective avec le fort éloignement des HIA présenté par notre échantillon (40,5% des répondants exercent à plus de 2 heures de leur HIA de référence). En effet, les médecins d'unité éloignés des HIA (plus d'une heure de route) avaient 9 fois plus de chance d'être en contact « fréquent » avec des psychiatres civils. Attention toutefois à ne pas confondre faiblesse du lien et problème de communication qui, en l'absence de données sur le sujet, pourrait tout aussi bien n'être qu'une absence de pertinence des échanges entre certains intervenants. Cela nous amène naturellement à nous poser la question des raisons de ces liens.

Les motivations à consulter un autre professionnel de santé sont nombreuses et rassemblent toutes les étapes de la prise en charge. Il nous a paru intéressant de les connaître afin de déceler d'éventuelles pistes de coopération. En dehors du

psychiatre des armées, toutes les professions de santé sont majoritairement appelées pour une question de suivi. Comme nous l'avons vu, ce suivi comporte de nombreux obstacles et les occasions de l'interrompre ne manquent pas. Les médecins des forces en sont donc bien conscients et n'hésitent pas à demander de l'aide lorsqu'ils ne sont pas en mesure de l'assurer. Ce résultat pose également la question de la grande mobilité des personnels militaires, qu'ils soient médecins ou soldats. Ce résultat traduit toutefois un certain embarras des médecins des forces : ceux-ci représentent souvent, en tant que médecin de proximité, pour leurs interlocuteurs les garants de la continuité des soins et du suivi. Il paraît donc paradoxal qu'ils cherchent à confier cette fonction à un tiers et connaître les motivations de ce relais est une piste de recherche intéressante. Parmi les autres moyens dont dispose le médecin d'unité, la transmission de l'information constitue l'un de ses meilleurs outils pour ne pas perdre de vue ses patients malgré la diversité des intervenants.

3. Transmission de l'information

Le suivi d'un patient entre plusieurs médecins des forces peut s'aider d'une communication orale mais, si l'on veut garder une trace de cet échange ou s'affranchir des contraintes d'une rencontre physique, elle doit être écrite dans un dossier médical propre au patient. Même en l'absence de relais entre médecins, ce dossier présente plusieurs avantages : celui de dater précisément les évènements ou le début des troubles, de suivre avec acuité l'évolution des symptômes ou encore de garder à l'esprit des questions en suspens pour la prochaine consultation. Pourtant, Delerue dans son travail de thèse montrait que sur 11 militaires blessés au combat et présentant un ESPT, seuls 41,7% des dossiers médicaux faisaient mention de pathologie psychotraumatique (78). La mauvaise tenue des dossiers médicaux souligne peut-être le poids de la responsabilité d'écrire le diagnostic de maladie mentale sur un document officiel ou bien le caractère fastidieux des dossiers papier. Dans notre étude, la mention d'un évènement traumatisant était en revanche écrite et facile à retrouver pour 84,4% des répondants. Le dossier médical semble donc être un moyen de conserver les données plutôt efficace et bien approprié par les médecins des forces. Gageons que ce constat sera encore facilité par l'outil informatique que représente le Logiciel Unique Médico-Militaire, actuellement peu utilisé (5,4% de façon exclusive). Il convient également de préciser que le partage de

l'information, même sans l'accord explicite du patient, n'est pas une entorse au secret médical mais une nécessité imposée par la médecine du travail. Cette communication à propos d'un patient est complétée par une information globale concernant la collectivité dans son ensemble : il s'agit des données épidémiologiques.

De nombreux auteurs soulignent la sous-évaluation de la fréquence des troubles psychiques post-traumatiques dans les armées. Une étude précédente montrait que la fiche épidémiologique du SSA (dite F5) n'était renseignée que dans 37,4% des cas (4). Nos résultats montrent plutôt une volonté marquée de déclarer les cas (seulement 26,1% des médecins ayant posé un diagnostic initial de TPPT n'ont pas rempli de fiche F5) qui s'explique peut-être par les évolutions de la déclaration. La fiche F5 a en effet bénéficié de plusieurs changements majeurs dans sa dernière version : le médecin peut se limiter à ne déclarer que les symptômes ou bien un diagnostic posé par un spécialiste. Le médecin d'unité tient un rôle non négligeable dans la médecine de collectivité : ses retours d'expérience et sa contribution au recueil des données de terrain sont indispensables à l'évaluation des réalités de terrain. Si ce recueil n'est pas immédiatement utile au patient, il est le garant des pistes d'améliorations futures de la prise en charge dont le patient lui-même est bénéficiaire. Cette continuité des soins, du diagnostic à la déclaration épidémiologique, vise à atténuer les conséquences du trauma sur la vie du patient. Il convient maintenant d'envisager ces retentissements pour mieux les aborder.

C. Retentissements du traumatisme

1. Conséquences professionnelles et sociales

Les séquelles des troubles psychiques post-traumatiques peuvent être source d'un handicap socioprofessionnel et donc d'une souffrance bien distincte de celle de la maladie. Une thèse réalisée en 2011 montrait une nette diminution du rythme des départs en OPEX après un évènement traumatisant (4). Mais il faut prendre garde à ne pas confondre inaptitude et handicap. Les répondants à notre questionnaire ont montré quant à eux qu'une décision d'inaptitude était destinée à protéger le patient, que ce soit vis-à vis d'un nouvel évènement traumatisant (44,5%) ou d'un poste inadapté (27,5%). Ces objectifs sont à bien expliquer au patient pour qu'il ne vive pas

l'inaptitude comme une sanction. De plus, nous pouvons le rassurer sur les conséquences de cette décision : les ESPT sont rarement cause de réforme. Une étude française réalisée en 2011 montrait que le taux de réformés chez les patients atteints d'ESPT était seulement de 5,2% (4). Si nous pouvons limiter l'impact de la maladie sur la vie professionnelle, nous pouvons également le faire sur la vie sociale, une demande très forte qui s'est exprimée ces dernières années.

Garantir soutien et reconnaissance au militaire blessé dans son psychisme est en effet un des enjeux majeurs du plan d'action « Troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées ». Il prend en compte les répercussions de traumatisme non seulement sur le patient, mais également sur son entourage. Or ces proches sont un des éléments-clés de l'équilibre psychique du patient et nul doute que des tensions familiales ou sociales freinent sa guérison. Cela soulève plusieurs questions : dans l'intérêt du sujet, le médecin doit-il lever la confidentialité des entretiens ? Si oui, comment introduire cette approche et comment obtenir son accord ? La rupture du colloque singulier ne risque-t-elle pas de mettre en danger la relation de confiance médecin-patient ? Les médecins des forces, extériorisés dans les CMA, sont-ils encore assez en lien avec les soldats pour réaliser une telle démarche ? Dans notre étude, en cas de difficulté avec les proches, le répondant choisissait de les contacter (pour les prendre en charge ou pour les impliquer dans la prise en charge du patient) dans 89,1% des cas. Nous mesurons là les progrès d'une vision fédératrice de la médecine : elle ne s'arrête pas à soigner l'organe ou le système touché mais prend en considération toutes les répercussions de la maladie sur l'individu et ses relations avec les autres. Il convient néanmoins de réfléchir au cadre à donner à ces contacts afin de ne pas exposer à autrui ce que le patient nous a difficilement confié et que la rencontre du soin ne soit pas synonyme de nouveau trauma. De plus, une réflexion doit être menée sur le rôle exact du médecin dans cette action : un rôle de coordination et de supervision des soins ou d'orientation vers des professionnels plus qualifiés ? Au cours de cette prise en charge globale, s'il parait à présent indispensable d'intégrer les travailleurs sociaux (assistantes sociales, Action Sociale des Armées, aumôniers, etc…), il reste de nombreuses questions sur le dialogue à développer avec eux et sur le rôle que le patient a à jouer dans sa demande de soutien. L'enjeu est ici de limiter l'impact de la maladie sur ses

proches mais aussi de briser l'isolement du sujet dans ses rapports avec les institutions.

2. La question de la réparation

Il est nécessaire de préparer l'ouverture d'un dossier de pension militaire d'invalidité afin que cette démarche conserve son pouvoir de « réparation » symbolique et son action thérapeutique, aussi infime soit-elle. Le moment doit être bien choisi, sans systématiser une démarche qui met en jeu l'avenir propre du militaire mais sans risquer non plus l'intérêt futur du patient. Dans une thèse réalisée en 2011, ce dossier n'était ouvert que dans 40,5% des cas d'ESPT (4). Nos répondants ont préféré ne pas attendre la demande du patient et le réaliser dès le diagnostic posé ou après l'avis du spécialiste (78,9%). De plus, lorsqu'ils inscrivent un évènement traumatique dans le dossier médical, c'est dans l'optique d'anticiper la démarche d'expertise à venir (65,4%). Nous retrouvons là une vision à long terme exprimé dès le repérage : les médecins des forces cherchent à préserver l'intérêt du patient quitte à précéder sa demande. C'est un compromis plus que défendable entre le souhaitable, aller au rythme du patient, et le nécessaire, ne pas manquer des étapes médico-légales. Cette démarche viendra peut-être se compléter par une visite d'expertise et il faudra également préparer ce moment afin d'en retirer tout le bénéfice.

Comme l'ouverture du dossier de pension, la démarche d'expertise pour déterminer un taux d'invalidité peut être vécue de façon très différente selon les enjeux perçus par le patient. Elle doit donc être accompagnée car c'est une procédure longue et complexe qui peut parfois être vécue comme une remise en cause des troubles et de la légitimité du combattant. Dans notre étude, les médecins concentraient l'information préalable à la visite non pas sur les bénéfices attendus mais sur la qualité de la consultation (63,9% des répondants viellaient à informer le patient de la fonction et de la valeur de l'expertise afin qu'il puisse parler librement de ses symptômes). A raison, car la visite d'expertise porte en elle un énorme potentiel symbolique et thérapeutique. Le patient peut entendre dans la parole de l'expert l'expression même de la reconnaissance de la nation et, selon ce qu'il en espérait, trouver un espace de compréhension ou bien de déception. Il est donc important de saisir ses attentes pour préparer cette rencontre au mieux et atténuer le formalisme

médico-administratif de la démarche. Pendant le pré-test, la demande d'information sur les modalités de cette procédure s'est particulièrement exprimée car c'est un parcours mal connu des jeunes médecins. Puisqu'aider à la reconnaissance des séquelles est une réelle préoccupation des soignants, il est légitime de leur fournir un tel soutien. La problématique des troubles psychiques post-traumatiques n'est d'ailleurs pas qu'une préoccupation professionnelle, elle peut également les toucher dans leur psychisme propre.

3. Personnels soignants et traumatismes psychiques

Comme nous l'avons vu dans la question des personnels concernés par la prise en charge immédiate, il n'y a pas que les témoins directs d'un évènement traumatisant qui sont concernés par le risque de trauma psychique. La vision des corps mutilés par la violence peut également marquer le psychisme du sceau de l'indicible. Pourtant les personnels soignants n'ont pas autant de lisibilité que les autres sur leur parcours de soin : quel est son référent de santé lorsqu'on l'on tient soi-même la fonction de médecin du travail ? Dans ce cas, nous pouvons nous demander combien de nos confrères sont eux-mêmes touchés par les traumatismes psychiques et comment le savoir. Les répondants de notre échantillon ont déclaré avoir été impliqués à 56,4% dans une situation à risque traumatique, ce qui représente un chiffre 3 à 4 fois supérieur aux soldats des unités opérationnelles de l'armée française (84). Les conditions du questionnement ne sont pas identiques mais on ne peut toutefois nier que les médecins sont particulièrement exposés aux évènements à haut risque de blessure psychique. Plusieurs études américaines se sont intéressées à la prévalence de la pathologie psychotraumatique chez les intervenants de premier secours. Elles retrouvaient un taux de 25% chez les infirmières ayant servi au Vietnam et un pourcentage identique chez les personnels de la Croix Rouge au retour de mission (85). Ainsi, alors que son devoir l'amène à assurer la meilleure prise en charge possible des traumatismes psychiques, le médecin des forces peut se trouver confronter à des symptômes face auxquels il est lui-même en difficulté. La prévention des troubles psychiques post-traumatiques passe peut-être par une meilleure connaissance de ces pathologies dans les équipes médicales et, le cas échéant, par la mise en place d'un dispositif spécifique de repérage de ses symptômes.

En effet, une telle démarche serait justifiée par la très forte probabilité d'être confronté au risque traumatique mais aussi par la répétition de ces situations. Nous avons vu précédemment que la confrontation à un évènement traumatique augmentait le risque de développer par la suite un traumatisme psychique. Or, on assiste depuis quelques années à une augmentation de la violence et de la gravité des blessures de guerre, à cause notamment des attaques par engins explosifs improvisés ou par explosion de roquettes. Le potentiel traumatique de ces situations est maximal du fait de leur caractère soudain, imprévisible, asymétrique et extrêmement violent. Or, si la médiane de départ en OPEX est raisonnable (3 par sujet) compte tenu de l'âge médian de notre échantillon (37 ans), nous remarquons que 13 répondants ont réalisés plus de 8 OPEX, jusqu'à 12 en tout. Le sur-risque de traumatisme psychique est ici majeur et on ne comprendrait pas qu'aucun d'entre eux ne présente de symptômes de TPPT. Cette problématique de la répétition des missions à fort potentiel traumatique tendra à s'accentuer dans les années à venir du fait de l'évolution des conflits mondiaux. Cela exigera des praticiens une attention accrue à leur état psychique et une réflexion sur le sens de leur engagement dans la prise en charge des psychotraumatismes.

Conclusion

L'amélioration de la prise en charge des sujets atteints de troubles psychiques post-traumatiques est, à travers les plans d'action 2011-2013 et 2013-2015, une priorité des armées françaises. Le médecin des forces y est placé au cœur du dispositif car il est le garant de la continuité et de la cohérence d'une prise en charge souvent longue et exigeante. Acteur de proximité, il suit chaque phase de la maladie, du repérage précoce au suivi d'éventuelles séquelles, tout en jouant un rôle de coordination ou d'orientation vers d'autres intervenants. Nous avons donc voulu mieux connaître la position des médecins des forces face aux enjeux de la pathologie psychotraumatique, c'est-à-dire leurs choix de prise en charge et les motivations qui les sous-tendent. Pour cela, nous avons cherché à nous affranchir de la diversité des offres locales de soins par un questionnaire sous forme de cas clinique.

Nos résultats confirment l'intérêt et l'investissement des médecins d'unité dans la problématique. Si les réponses montrent un large éventail d'expériences et d'exercice, certaines opinions semblent néanmoins partagées par une majorité de nos confrères. En effet, la plupart des répondants consultaient un autre professionnel de santé pour une question de suivi, prononçaient si nécessaire une mesure d'inaptitude dans le but de protéger le patient d'une nouvelle rencontre traumatique ou encore inscrivaient un évènement violent dans le dossier en vue d'une éventuelle démarche d'expertise future. Concernant la prise en charge immédiate, les médecins interrogés cherchaient à diagnostiquer d'éventuels états de stress aigu et ce par des entretiens collectifs en petits groupes. Enfin, la plupart d'entre eux contactaient les proches du patient en cas de difficulté. A l'inverse, les modalités du repérage, du traitement médicamenteux d'un état de stress aigu ou encore les utilisations possibles d'un auto-questionnaire partagent la communauté généraliste militaire. Ces accords et ces divergences soulèvent de nombreuses questions et pistes d'amélioration que ce soit dans le domaine de la formation ou dans le soutien des médecins des forces.

A cet égard, l'articulation entre HIA et CMA mérite d'être approfondie : selon nos résultats, les psychiatres et psychologues militaires sont des interlocuteurs privilégiés des médecins d'unité, même très éloignés des HIA. Il convient donc de réfléchir aux attentes de ces derniers et aux moyens d'y répondre : par des mises à jour des connaissances sous forme de rencontres scientifiques ? Par un annuaire national des professionnels intéressés par les psychotraumatismes ? Par des enseignements personnalisés à distance ? Par des consultations spécialisées délocalisées dans les CMA ? Ou encore par des retours d'expérience sous forme de cas cliniques commentés ? Cette réflexion est également l'occasion pour le médecin des forces de bénéficier d'un regard extérieur sur sa pratique. Il confirmera par-là que la prise en charge des traumatismes psychiques est un exercice collectif centré sur le patient certes mais aussi sur son médecin traitant.

En dernier lieu, nous nous devons de souligner la forte exposition des médecins des forces à des situations à risque traumatique. Il faut pour cela rappeler que les blessures provoquées sur des soldats ou des civils par un évènement traumatique peuvent provoquer à leur tour un traumatisme chez les soignants impliqués. Si les enjeux de la prise en charge restent les mêmes, les difficultés propres aux professions de santé méritent une étude plus approfondie et une prise en charge adaptée aux contraintes de leur métier.

Bibliographie

1. Décret du 10 janvier 1992 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre. *JORF du 12 janvier 1992*.

2. Direction Centrale du Service de Santé des Armées, *Plan d'actions « troubles psychiques post-traumatiques dans les armées » 2011-2013*. 13 octobre 2010.

3. Direction Centrale du Service de Santé des Armées, *Plan d'actions « troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées » 2013-2015*. 20 décembre 2013.

4. Bourhis, M.-V. *Le médecin militaire d'unité dans l'approche et la prise en compte des Etats de stress post-traumatique*. Thèse d'exercice, Médecine générale (Créteil (Paris XII), 2011).

5. Hippocrate *Traites d'Hippocrate : Du Régime Dans Les Maladies Aigues : Des Airs, Des Eaux Et Des Lieux ; Tr. Sur Le Texte Grec, D'Après La Collation Des M.* (Nabu Press: 2010).

6. De Clercq, M. & Lebigot, F. *Les Traumatismes psychiques*. (Masson : 2001).

7. Micale, M.S. & Lerner, P.F. *Traumatic pasts: history, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930*. (Cambridge University Press: 2001).

8. Chidiac, N. & Crocq, L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Ann Méd Psychol, revue psychiatrique* 168, 311-319 (2010).

9. Oppenheim, H. *Die Traumatischen Neurosen*. (Kessinger Publishing: 2009).

10. Charcot, J.-M. *Leçons du mardi à la Salpétrière : Tome 1, Polycliniques 1887-1888*. (Bibliothèque des Introuvables : 2006).

11. Freud, S. *Au-delà du principe de plaisir*. (Presses universitaires de France : 2010).

12. Roussy, G. & Lhermitte, J. J. *Les psychonévroses de guerre*. (Masson: 1917).

13. Mayes, R. & Horwitz, A. V. DSM-III and the revolution in the classification of mental illlness. *J Hist Behav Sci* 41, 249-267 (2005).

14. Wilson, M. DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. *Am J Psychiatry* 150, 399-410 (1993).

15. Organisation Mondiale de la Santé *Classification internationale des maladies, dixième révision.* (OMS : 1993).

16. Crocq, L. *Les traumatismes psychiques de guerre*. (O. Jacob : 1999).

17. Clervoy, P., Mele, E., Corcos, M. Evènement, stress et traumatisme. *Rev Prat*. 53, 829-831 (2003).

18. American Psychiatric Association, *DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5e edition*. (Washington D.C., 2013)

19. Minvielle, S. & Clervoy, P. Syndrome de répétition de traumatisme psychique : masquage et répétition. *Rev Prat* 53, 841-845 (2003).

20. Chidiac, N. & Crocq, L., Le psychotrauma. II. La réaction immédiate et la période post-immédiate. *Ann Méd Psychol, rev psychiatr* 168, 639-644 (2010).

21. Vallet, D. & *al*. Psychiatrie et armées. *Encycl Méd-Chir, Psychiatr* 37, 882, A, 10, 11 (2006).

22. Marmar, C. R. et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry* 151, 902-907 (1994).

23. Sivadon, P. & Markich, H. Latency period in post-emotional neuroses. *Ann Med Psychol* 111, 244-246 (1953).

24. Barrois, C. *Les névroses traumatiques : le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques.* (Dunod : 1998).

25. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (92 ; 1994 ; Toulouse) *Le traumatisme psychique : rencontre et devenir.* (Masson : 1994)

26. Cremniter, D. & Laurent, A. Syndrome de stress post-traumatique : clinique et thérapie. *Encycl Méd-Chir, Toxicol-Pathol* 2, 178-184 (2005).

27. Fenichel, O. *La Théorie psychanalytique des névroses, tome 1 : le Développement mental, Les Névroses traumatiques et les Psychonévroses.* (Presses Universitaires de France – PUF: 1987).

28. Kessler, R.C. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry* 61, 4-12 & 13-14 (2000).

29. Kessler, R.C. et *al*. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 52, 1048-1060 (1995).

30. Alonso, J. et *al*. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 28-37 (2004).

31. Selye, H. *Le stress de la vie : le problème de l'adaptation.* (Gallimard : 1975)

32. Crocq, L. Pourquoi l'appellation « syndromes psychotraumatiques » ? *Neuropsy News* numéro spécial « les syndromes psychotraumatiques », 6-9 (2003).

33. Galinowski, A. & Lôo, H. Biologie du stress. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 161, 797-803 (2003).

34. Charney, D. S., Grillon, C. & Bremner, J. D. Review: The Neurobiological Basis of Anxiety and Fear: Circuits, Mechanisms, and Neurochemical Interactions. *Neuroscientist* 4, 35-44 (1998).

35. Boisseaux, H. Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique. *Méd Armées* 38, 29-36 (2010).

36. Freud, S. *Actuelles sur la guerre et la mort.* (Presses Universitaires de France -PUF: 2012).

37. Brewin, CR. Risk factor effect sizes in PTSD: what this means for intervention. *J Trauma Dissociation* 123-130 (2005).

38. Schneiderman, A., Braver, E. & Kang, H.K. Understanding sequelae of injury mechanisms and mild traumatic brain injury incurred during the conflicts in Iraq and

Afghanistan: persistent postconcussive symptoms and posttraumatic stress disorder. *Am J Epidemiol* 167, 1446 (2008).

39. Koch, L. *Intérêt de la résilience dans la prise en charge du traumatisme psychique.* Thèse d'exercice, Médecine générale (Paris V Descartes, 2013).

40. Alonso, J. et *al*. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 21-27 (2004).

41. Samuelian, J. & Belaubre-Sarra-Gallet, J. De l'histoire d'une définition du traumatisme psychique. *Ann Med Psychol* 548-551 (1998).

42. Thurin, J.-M., Baumann, N. & Kordon, C. *Stress, pathologies et immunité.* (Médecine-sciences Flammarion: 2003).

43. Yehuda, R. Neuroendocrine aspects of PTSD *in* Steckler, T., Kalin, N.H. & Reul J.M.H.M. *Handbook of Stress and the Brain. Part 2 Stress: Integrative and Clinical Aspects* 251-272 (Elsevier: 2005).

44. Vaiva, G. et *al*. Neurobiologie des états de stress post-traumatiques in Vaiva, G. et *al*. *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements* 24-33 (Masson : 2005).

45. Bremner, J.D. Functional neuroanatomical correlates of traumatic stress revisited 7 years later, this time with data. *Psychopharmacol Bull* 37, 6-25 (2003).

46. Ledoux, J.E. Emotional memory: in search of systems and synapses. *Ann N Y Acad Sci* 702, 149-157 (1993).

47. Breslau, N. et *al*. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 48, 216-222 (1991).

48. Breslau, N. et *al*. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 55, 626-632 (1998).

49. Vaiva, G. et *al*. Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: Santé Mentale en Population Générale (SMPG). *Encephale* 34, 577-583 (2008).

50. Creamer, M. et *al*. PTSD among military personnel. *Int Rev Psychiatry* 23, 160-165 (2011).

51. De Girolamo, G. & McFarlane A.C. Epidemiology of victims of intentional Violence: A Review of the Literature. *Int Rev Psychiatry* 2, 93-119 (1996).

52. Koren, D. et *al*. Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiatry* 162, 276-278 (2005).

53. Hoge, C.W. et *al*. Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. *N Engl J Med* 351, 13-22 (2004).

54. Fear, N. et al. What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK armed forces? A cohort study. *Lancet* 375, 1783-1797 (2010).

55. Ismail, W. Troubles psychiques en relation avec un évènement traumatisant dans les armées : facteurs associés aux conduites addictives et à la prise en charge psychiatrique avant la déclaration. *Bull Epidémio Arm* 26, 2-7 (2014).

56. Vallet, D. et *al*. Etude exploratoire sur l'état de stress post-traumatique dans deux unités opérationnelles de l'armée de Terre. *Med Armées* 33, 441-445 (2005).

57. Vaiva, G. Psychotrauma et fonctionnement cérébral. *Stress et trauma* 9, 201-213 (2009).

58. Berry, X. *Etats de stress post-traumatique au retour d'Afghanistan : comparaison de deux auto-questionnaires de dépistage et intérêt pour le médecin d'unité*. Thèse d'exercice, Médecine générale (Marseille, 2010).

59. Lebigot, F. & Daligand, L. *Traiter les traumatismes psychiques : clinique et prise en charge.* (Dunod: 2005).

60. Ballenger, J. C. et al. Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 65 Suppl 1, 55-62 (2004).

61. Ferreri F. Psychotraumatismes majeurs : état de stress aigu et état de stress post-traumatique. *EM consult* 37, (2011).

62. Louville, P. & Ducrocq, F. AFORCUMP-SFP1. Les cellules d'urgence médico-psychologique *in* Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française (2005 ; Nice) *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Vaiva, G. et al. 127-132 (Masson : 2005).

63. Mitchell, J.T. When disaster strikes… the critical incident stress debriefing process. *JEMS* 8, 36-39 (1983).

64. Wesseley, S. Risk, psychiatry and the military. *Br J Psychiatry* 186, 459-466 (2005).

65. Vauthier, V. et *al*. Les psychotropes en situation de stress aigu : prévention de l'état de stress post-traumatique. *Med Armées* 39, 133-136 (2009).

66. Ducrocq, F. & Vaiva, G. From the biology of trauma to secondary preventive pharmalogical measures for post-traumatic stress disorders. *Encephale* 31, 212-226 (2005).

67. Bisson, J. & Andrew, M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews* issue 2, art no: CD003388 (2005).

68. Karatzias, T. et *al*. A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. *J. Nerv. Ment. Dis.* 199, 372-378 (2011).

69. Dranovsky, A. & Hen, R. Hippocampal neurogenesis: regulation by stress and antidepressants. *Biol Psychiatry* 59, 1136-1143 (2006).

70. Foa, E.B., Davidson, J.R.T. & Frances, A. The expert recommandation guideline series: treatment of PTSD. *J Clin Psychiatry* 60, 3-76 (1999).

71. Clervoy, P. & Briole, G. Actualités du traumatisme. *Rev Prat* 53, 827-828 (2003).

72. Lebigot, F. & Colas-Benayoun, M.D. Reconnaissance et réparation des blessures psychiques de guerre. *Stress et Trauma* 4, 103-111 (2004).

73. Faure, J. Le service de santé des armées : les défis de la professionnalisation. Rapport d'information n°458, fait au nom de la commission des Affaires étrangères, de la défense et des forces armées 23/06/99. Site du Sénat, [en ligne]. http://www.senat.fr/rap/r98-458/r98-458_mono.html (page consultée le 29 octobre 2014).

74. Barre, R. & Galley, R. Décret n°81-60 du 16 janvier 1981 fixant les règles de déontologie applicables aux médecins et aux pharmaciens chimistes des armées. Site Legifrance.gouv.fr, [en ligne]. http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F05238A9E7F8EB821A60951AA86EF2A5.tpdila23v_3?cidTexte=JORFTEXT000000338638&dateTexte=20150303 (page consultée le 29 octobre 2014).

75. Colas-Benayoun, M.D. et *al*. Action du psychiatre militaire en opération. Une articulation nécessaire avec le médecin d'unité. Expériences récentes en Côte d'Ivoire. *Med Armées* 33, 395-399 (2005).

76. Code de déontologie médicale, figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112 (mise à jour du 14 décembre 2006).

77. Décret n°81-60 du 16 janvier 1981 fixant les règles de déontologie applicables aux médecins et aux pharmaciens chimistes des armées. *JORF du 28 janvier 1981*.

78. Delerue, M. *Le médecin d'unité et la prise en charge des états de stress post-traumatique « Etude à propos de douze militaires blessés au combat »*. Thèse d'exercice, Médecine générale (Créteil (Paris XII), 2008).

79. Ministère de la défense *Chapitre 4 – Les effectifs de la défense* in. *Annuaire statistique de la défense 2013-2014* Ministère de la défense. Site Defense.gouv.fr, [en ligne]. http://www.defense.gouv.fr/sga/le-sga-en-action/economie-et-statistiques/annuaire-statistique-de-la-defense (page consultée le 29 octobre 2014).

80. Munro, C.G., Freeman, C.P. & Law, R. General practitioners' knowledge of post-traumatic stress disorder: a controlled study. *Br J Gen Prat* 54, 843-847 (2004).

81. Fidele, G. & Durand, G. Drames de la mer : le naufrage de la Fidèle. Aspects cliniques et réflexions psychologiques. *Med Armées* 27, 565-571 (1999).

82. Wilson, J.M.G. & Jungner G. *Principes et pratique du dépistage des maladies* (OMS : 1970).

83. Harvey, A.G. & Bryant, R.A. A two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatr* 157, 626-628 (2000).

84. Pommier de Santi, V. *Rapport sur la validation d'un outil de dépistage des états de stress post traumatiques dans l'armée de Terre au retour d'Afghanistan*. N°83/IMTSSA/DESP/US2E du 01/03/2010.

85. Bierens de Haan, B. et *al*. Le programme de soutien psychologique des intervenants humanitaires du Comité International de la Croix-Rouge (CICR). Communication aux Journées de l'Association Francophone d'Etudes et de Recherche sur les Urgences Psychiatriques (AFERUP, Lyon, 2000). *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 6, 27-33 (2002).

Annexes

I. Annexe 1 : Modifications des critères diagnostiques du PTSD dans le DSM-V (en anglais)

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) will be included in a new chapter in DSM-5 on Trauma- and Stress- or-Related Disorders. This move from DSM-IV, wich addressed PTSD as an anxiety disorder, is among several changes approved for this condition that is increasingly at the center of public as well as professional discussion.

The diagnostic criteria for the manual's next edition identify the trigger to PTSD as exposure to actual or threatened death, serious injury or sexual violation. The exposure must result from one or more of the following scenarios, in which the individual:

- ✓ Directly experiences the traumatic event;
- ✓ Witnesses the traumatic event in person;
- ✓ Learns that the traumatic event occurred to a close family member or close friend (with the actual or threatened death being either violent or accidental); or
- ✓ Experiences first-hand repeated or extreme exposure to aversive details of the traumatic event (not through media, pictures, television or movies unless work-related).

The disturbance, regardless of its trigger, causes clinically significant distress or impairment in the individual's social interactions, capacity to work or other important areas of functioning. It is not the physiological result of another medical condition, medication, drugs or alcohol.

Changes in PTSD Criteria

Compared to DSM-IV, the diagnostic criteria for DSM-5 draw a clearer line when detailing what constitutes a traumatic event. Sexual assault is specifically included, for example, as is a recurring exposure that could apply to police officers or first responders. Language stipulating an individual's response to the event-intense fear, helplessness or horror, according to DSM-IV-has been deleted because that criterion proved to have no utility in predicting the onset of PTSD.

DSM-5 pays more attention to the behavioral symptoms that accompany PTSD and proposes four distinct diagnostic clusters instead of three. They are described as re-experiencing, avoidance, negative cognitions and mood, and arousal.

Re-experiencing covers spontaneous memories of the traumatic event, recurrent dreams related to it, flashbacks or other intense or prolonged psychological distress. Avoidance refers to distressing memories, thoughts, feelings or external reminders of the event.

Negative cognitions and mood represents myriad feelings, from a persistent and distorted sense of blame of self or others, to estrangement from others or markedly diminished interest in activities, to an inability to remember key aspects of the event.

Finally, arousal is marked by aggressive, reckless or self-destructive behavior, sleep disturbances, hyper-vigilance or related-problems. The current manual emphasizes the "flight" aspect associated with PTSD; the criteria of DSM-5 also account for the "fight" reaction often seen.

The number of symptoms that must be identified depends on the cluster. DSM-5 would only require that a disturbance continue for more than a month and would eliminate the distinction between acute and chronic phases of PTSD.

PTSD Preschool Subtype and PTSD Dissociative Subtype

DSM-5 will include the addition of two subtypes: PTSD in children younger than 6 years and PTSD with prominent dissociative symptoms (either experiences of feeling detached from one's own mind or body, or experiences in which the world seems unreal, dreamlike or distorted).

PTSD Debate within the Military

Certain military leaders, both active and retired, believe the word "disorder" makes many soldiers who are experiencing PTSD symptoms reluctant to ask for help. They have urged a change to rename the disorder posttraumatic stress injury, a description that they say is more in line with the language of troops and would reduce stigma.

But others believe it is the military environment that needs to change, not the name of the disorder, so that mental health care is more accessible and soldiers are encouraged to seek it in a timely fashion. Some attendees at the 2012 APA Annual Meeting, where this was a discussed in a session, also questioned whether injury is too imprecise a word for a medical diagnosis.

In DSM-5, PTSD will continue to be indentified as a disorder.

II. Annexe 2 : Critères diagnostiques de la CIM-10

F43-0 Réaction aiguë à un facteur de stress

Trouble transitoire, survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. La survenue et la gravité d'une réaction aigue à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme. La symptomatologie est typiquement mixte et variable et comporte initialement un état d' « hébétude » caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut-être suivi d'un retrait croissant vis-à-vis de l'environnement (pouvant aller jusqu'à une peur dissociative – voir F44-2) ou d'une agitation avec hyperréactivité (réaction de fuite ou de fugue). Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, bouffées de chaleur). Les symptômes se manifestent habituellement dans les minutes suivant la survenue du stimulus ou de l'évènement stressant et disparaissent en l'espace de deux à trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète (F44-0) de l'épisode. Quand les symptômes persistent, il convient d'envisager un changement de diagnostic.

Incluant : choc psychique, état de crise, fatigue au combat, réaction aigue de crise, réaction aigue de stress.

F43-1 Etat de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un évènement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son

évolution ; ces facteurs ne sont toutefois pas nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les syndromes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'évènement traumatique, dans ses souvenirs envahissants (« flashbacks »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d' « anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neurovégétatif avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois.L'évolution est fluctuante, mais se afit vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entrainer une modification durable de la personnalité (F62-0).

Incluant : Névrose traumatique.

F62-0 Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe

Modification durable de la personnalité, persistant au moins deux ans, à la suite de l'exposition à un facteur de stress catastrophique. Le facteur de stress doit être d'une intensité telle qu'il n'est pas nécessaire de se référer à une vulnérabilité personnelle pour expliquer son effet profond sur la personnalité. Le trouble se caractérise par une attitude hostile ou méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, par l'impression permanente d'être sous « sous tension » comme si on était constamment menacé et par un détachement. Un état de stress post traumatique (F43-1) peut précéder ce type de modification de la personnalité.

Incluant : Modification de la personnalité après captivité prolongée avec risque d'être tué à tout moment, modification de la personnalité après désastres, modification de la personnalité après expériences de camp de concentration, modification de la personnalité après exposition prolongée à des situations représentant un danger

vital, comme le fait d'être victime du terrorisme, modification de la personnalité après torture.

A l'exclusion de : Etat de stress post-traumatique (F43-1).

III. Annexe 3 : *Posttraumatic Checklist Scale (PCL-S)*

Nom : Prénom : Âge : Sexe : Date : / / .

Instructions

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

L'événement stressant que vous avez vécu était (décrivez-le en une phrase) :_____

Date de l'événement : _____/_____/_____

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

Score total |__|__|__|

IV. Annexe 4 : Fiche F5 « Trouble psychique en relation avec un évènement traumatisant »

F 5 Trouble psychique en relation avec un évènement traumatisant

Fiche 2010 S.S.A. Secteur DESP ☐☐☐☐ N° ☐☐☐

Critères de déclaration Tout trouble psychique (anxiété, dépression, trouble des conduites, reviviscence de l'évènement...) dans les suites proches ou lointaines d'un évènement traumatique (confrontation soudaine ou répétée avec la mort, la sienne ou celle d'un autre, associée à un vécu d'impuissance ou d'horreur)

Caractéristiques du patient N° Semaine de déclaration au MEH ☐☐

Date de naissance ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ **Sexe** M ☐ F ☐

Statut Militaire d'active ☐ Autre (VSN, VSMA, Réserviste...) ☐ précisez ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Armée Terre ☐ Air ☐ Mer ☐ Gendarmerie ☐ Services communs ☐

Unité ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Département unité** ☐☐☐
(si personnel en opex ou en MCD : unité en métropole)

Chronologie

Date d'engagement dans l'armée ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Nombre total d'OPEX réalisées ☐☐

Date de l'évènement traumatisant ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Lieu précis ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Pays ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Date de début des symptômes ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Date de premier recours au soin pour ce motif ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Circonstances de la consultation VSA ☐ Initiative personnelle ☐ Dépistage ☐ Demande commandement ☐ Demande entourage ☐

Circonstances du traumatisme

Le sujet a cru qu'il allait mourir, être tué	Oui ☐	Non ☐
Quelqu'un a été grièvement blessé ou est mort brutalement sous ses yeux	Oui ☐	Non ☐
Vision d'horreur : charnier, cadavres mutilés, blessés incarcérés (AVP)...	Oui ☐	Non ☐
Sujet pris en otage	Oui ☐	Non ☐

En service ☐ **Hors service** ☐

Nombre d'évènements traumatiques ☐☐ (évènements traumatisants répétés par exemple, plusieurs embuscades)

Tableau clinique

Syndrome dépressif	Oui ☐	Non ☐	Troubles du caractère	Oui ☐	Non ☐
Conduites suicidaires	Oui ☐	Non ☐	Cauchemars, reviviscence traumatique	Oui ☐	Non ☐
Troubles anxieux	Oui ☐	Non ☐	Réaction de sursaut	Oui ☐	Non ☐
Conduites addictives	Oui ☐	Non ☐			

Retentissement social

Conflits familiaux	Oui ☐	Non ☐
Divorce ou séparation	Oui ☐	Non ☐
Altération des relations sociales	Oui ☐	Non ☐

Retentissement professionnel

Inaptitude temporaire (<1 an) OPEX	Oui ☐	Non ☐
Inaptitude définitive OPEX	Oui ☐	Non ☐
Arrêt maladie	Oui ☐	Non ☐
Trouble de l'adaptation en milieu militaire	Oui ☐	Non ☐
Sanction disciplinaire	Oui ☐	Non ☐

Prise en charge psychiatrique

Déjà suivi par un médecin psychiatre Oui ☐ Non ☐ Si oui : En milieu militaire ☐ En milieu civil ☐

Orientation en consultation psychiatrique Oui ☐ Non ☐ Si oui : En milieu militaire ☐ En milieu civil ☐

Diagnostic posé par un psychiatre Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel diagnostic ?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

V. Annexe 5 : Lettre explicative

Interne des Hôpitaux des Armées GRALL Benoît
Hôpital d'Instruction des Armées Val-de-Grâce
Téléphone : *[données personnelles retirées]*
Mèl : *[données personnelles retirées]*
Sous la direction de :
Médecin en Chef LAHUTTE Bertrand
Service de Psychiatrie
Hôpital d'Instruction des Armées Val-de-Grâce

A Paris, le lundi 14 septembre 2015

Objet : travail de recherche dans le cadre d'une thèse de Médecine Générale

Madame, Monsieur le Médecin des armées

Nous venons solliciter votre aide en vous demandant de répondre au questionnaire ci-joint dans le cadre de notre travail de recherche sur les traumatismes psychiques.

Comme vous le savez déjà, la population militaire est exposée au risque de traumatismes psychiques (liés ou non à un fait de guerre). Le parcours de soin des patients atteints s'inscrit dans la durée et fait intervenir une multiplicité d'intervenants dans la structure très hiérarchisée du milieu militaire. Le médecin généraliste est naturellement l'élément central de cette prise en charge.

La prise en charge de ces pathologies pose toutefois question. Si des connaissances et une expérience existent, la conduite à tenir n'est à ce jour pas standardisée. Les praticiens sont ainsi confrontés tout au long du parcours de soin à des choix aux enjeux à la fois individuels, collectifs et institutionnels.

Nous avons donc voulu savoir quelle est l'attitude pratique des médecins des armées face à ces questions complexes au carrefour de la science, de l'éthique et de la réalité de terrain.

Vous avez peut-être déjà été sollicité sur ce thème mais la démarche est ici un peu différente. Le questionnaire se présente sous forme de 3 vignettes cliniques. Pour chacune d'entre elles, vous aurez à donner votre avis sur plusieurs étapes de la prise en charge, des soins immédiats au suivi à long terme.

Ces données seront traitées de façon statistique et anonyme. Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me retourner ce questionnaire le plus rapidement possible et avant fin avril.

En vous remerciant d'avance pour votre investissement et pour votre contribution à ma thèse qu'apportera votre réponse,

IHA GRALL Benoît

VI. Annexe 6 : Questionnaire

Place du médecin des forces dans le dépistage et la prise en charge des traumatismes psychiques

L'objectif de cette étude est de décrire et d'analyser l'expérience, les pratiques et les motivations des médecins des forces concernant le **dépistage et la prise en charge des patients exposés à un traumatisme psychique**.
Il comprend plusieurs parties :
- Une première série de questions concerne des données vous concernant, votre expérience et vos connaissances sur le sujet.
- Nous vous présentons ensuite 3 cas cliniques portant sur les principales problématiques de ces traumatismes.
Votre contribution est précieuse pour obtenir une représentation la plus juste possible du parcours des militaires exposés. Ce sont donc **vos pratiques et vos motivations qui nous intéressent, quelque soit votre expérience** de cette prise en charge.
S'agissant d'une étude réalisée sur un échantillon séléctionné aléatoirement, **nous vous demandons de répondre à ce questionnaire une seule fois et uniquement si vous avez reçu un mail transmis par le CESPA.**
Le temps nécessaire pour compléter ce questionnaire est de 15 minutes environ. Les données receuillies seront traitées de façon strictement **anonyme** (conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978).
Nous vous remercions par avance de votre participation.

A propos de vous

Quel est votre âge ? ☐ ans

Etes-vous ?
○ Un homme ○ Une femme

Quelle est votre année de soutenance de thèse ?
○ Avant 1990 ○ 1990-1999 ○ 2000-2009 ○ Après 2009

Quelle population militaire soutenez-vous principalement ?
○ Air ○ Marine ○ Terre ○ Gendarmerie

Etes-vous déjà parti en Opération extérieure (OPEX) ?
○ Oui ○ Non

Combien de missions en OPEX avez-vous effectuées au total ? ☐ missions au total

Combien d'OPEX avez-vous effectuées dans ces territoires ?

	Une fois	Deux fois ou plus
Afghanistan	○	○
Centrafrique	○	○
Côte d'Ivoire	○	○
Golfe	○	○
Kosovo	○	○
Liban	○	○
Mali	○	○
Rwanda	○	○
Tchad	○	○
Autre OPEX	○	○

Ne cocher les cases que pour les pays où vous avez déjà effectué une OPEX

Quel est l'éloignement de votre HIA de référence (par voie routière) ?

○ Moins d'une heure ○ 1 à 2 heures ○ Plus de 2 heures

Utilisez-vous le dossier médical LUMM ou le dossier médical papier?

○ Le dossier papier exclusivement ○ Le dossier LUMM exclusivement ○ Le logiciel LUMM et le dossier papier

Concernant votre expérience à propos des traumatismes psychiques

Avez-vous déjà établi un diagnostic initial de pathologie psychotraumatique ?

○ Oui ○ Non

Combien de diagnostic initiaux avez-vous déjà posés ?

○ De 1 à 3 ○ De 3 à 5 ○ Plus de 5

Pour le dernier cas que vous avez diagnostiqué, la confrontation à un évènement traumatique était-elle mentionnée dans le dossier médical ?

○ Oui ○ Non

Si oui, cette information était-elle facile à receuillir dans le dossier médical?

○ Oui ○ Non

Avez-vous déjà complété une fiche de déclaration épidémiologique concernant les troubles psychiques en relation avec un évènement traumatisant (Fiche F5)?

○ Oui ○ Non

Avez-vous déjà suivi des militaires présentant une pathologie psychotraumatique ?

○ Oui ○ Non

Au cours du dernier trimestre, combien de militaires présentant un psychotraumatisme avez-vous suivi ?

☐ militaires

Avez-vous déjà été impliqué lors d'une situation à risque traumatique ?

○ Oui ○ Non

Avec quels professionnels de santé êtes-vous habituellement en lien pour les patients présentant un traumatisme psychique ?

☐ Un psychologue des armées
☐ Un psychiatre des armées
☐ Un psychologue civil
☐ Un psychiatre civil
☐ Le centre médico psychologique de secteur
☐ Non concerné
☐ Autre

Plusieurs réponses possibles

Si autre, précisez: ☐

Avec quels professionnels de santé êtes-vous en lien pour les traumatismes psychiques ?

	Jamais	Peu souvent	Assez souvent	Très souvent
Un psychologue civil	○	○	○	○
Un psychologue du SSA	○	○	○	○
Un psychiatre du SSA	○	○	○	○
Un psychologue des armées	○	○	○	○
Un psychiatre civil	○	○	○	○

Si vous êtes en lien avec un psychiatre du SSA, dans quel cadre le sollicitez vous le plus souvent?

○ Assurer le suivi d'un patient
○ Faire intervenir une personne extérieure à la prise en charge lors de difficultés dans la relation médecin-patient
○ Obtenir un avis sur une question clinique ou thérapeutique
○ Dans les cas graves nécessitant d'emblée une prise en charge spécialisée
○ Répondre à une question sur l'aptitude d'un patient

Une seule réponse possible

Si vous êtes en lien avec un psychiatre civil, dans quel cadre le sollicitez vous le plus souvent?

- ○ Assurer le suivi d'un patient
- ○ Faire intervenir une personne extérieure à la prise en charge lors de difficultés dans la relation médecin-patient
- ○ Obtenir un avis sur une question clinique ou thérapeutique
- ○ Dans les cas graves nécessitant d'emblée une prise en charge spécialisée
- ○ Répondre à une question sur l'aptitude d'un patient

Une seule réponse possible

Si vous êtes en lien avec un psychologue civil, dans quel cadre le sollicitez vous le plus souvent?

- ○ Assurer le suivi d'un patient
- ○ Faire intervenir une personne extérieure à la prise en charge lors de difficultés dans la relation médecin-patient
- ○ Obtenir un avis sur une question clinique ou thérapeutique
- ○ Dans les cas graves nécessitant d'emblée une prise en charge spécialisée
- ○ Répondre à une question sur l'aptitude d'un patient

Une seule réponse possible

Si vous êtes en lien avec un psychologue des armées, dans quel cadre le sollicitez vous le plus souvent?

- ○ Assurer le suivi d'un patient
- ○ Faire intervenir une personne extérieure à la prise en charge lors de difficultés dans la relation médecin-patient
- ○ Obtenir un avis sur une question clinique ou thérapeutique
- ○ Dans les cas graves nécessitant d'emblée une prise en charge spécialisée
- ○ Répondre à une question sur l'aptitude d'un patient

Une seule réponse possible

Si vous êtes en lien avec un psychologue du SSA, dans quel cadre le sollicitez vous le plus souvent?

- ○ Assurer le suivi d'un patient
- ○ Faire intervenir une personne extérieure à la prise en charge lors de difficultés dans la relation médecin-patient
- ○ Obtenir un avis sur une question clinique ou thérapeutique
- ○ Dans les cas graves nécessitant d'emblée une prise en charge spécialisée
- ○ Répondre à une question sur l'aptitude d'un patient

Une seule réponse possible

Connaissez-vous l'existence des auto-questionnaires de type PCLS ?

○ Oui ○ Non

Si oui, utilisez-vous un questionnaire de type PCLS?

Jamais ○ Peu souvent ○ Assez souvent ○ Très souvent ○

Dans votre pratique, vous utilisez habituellement le questionnaire PCLS ?

- ☐ En tant qu'outils pour établir un diagnostic
- ☐ Evaluer de façon quantitative la gravité d'un traumatisme psychique
- ☐ Avoir un repère chiffré dans le cadre d'un suivi
- ☐ En tant qu'élément d'information sur les symptômes du traumatisme psychique
- ☐ Dans le cadre de dépistages systématiques (VMP, visites de reprise, etc...)
- ☐ Comme moyen de préparer l'interrogatoire sur les traumatismes psychiques

Cocher 3 réponses par ordre de préférence. Pour afficher votre ordre de préférence, cliquer d'abord sur la réponse la plus importante (1) jusqu'à la réponse la moins importante (3). Vous pouvez modifier l'ordre de vos réponses en recliquant sur tous les items déjà selectionnés.

Concernant les conséquences socio-professionnelles des traumatismes psychiques

Lorsqu'une restriction d'aptitude vous parait nécessaire, quel sont pour vous les enjeux principaux ?

- ☐ Non concerné
- ☐ Adapter au mieux le poste occupé par le patient à ses capacités
- ☐ Protéger le patient d'une nouvelle exposition à une situation traumatique
- ☐ Limiter les interactions de la pathologie du patient avec le vécu de ses camarades
- ☐ Retirer le patient d'un poste opérationnel

Cocher 3 réponses par ordre de préférence. Pour afficher votre ordre de préférence, cliquer d'abord sur la réponse la plus importante (1) jusqu'à la réponse la moins importante (3). Vous pouvez modifier l'ordre de vos réponses en recliquant sur tous les items déjà selectionnés.

Dans votre pratique courante, à quel moment ouvrez-vous un dossier de pension ?

- ○ Lorsque le patient le demande
- ○ Après avis du psychiatre référent de votre HIA de rattachement
- ○ Dès le diagnostic confirmé
- ○ Non concerné

Une seule réponse possible

Cas clinique 1 : concernant le repérage

Une compagnie d'un régiment que vous soutenez revient d'une mission au Mali. Elle a été engagée dans de nombreuses opérations de combat et plusieurs personnels ont été blessés.

Vous vous préoccupez d'éventuels personnels atteints de traumatismes psychiques au sein de la compagnie. A quels personnels vous adressez-vous ?

- ○ Aux personnels désignés "à risque" par vos contacts
- ○ Aux personnels blessés pendant la mission
- ○ A tous les personnels revenant de mission
- ○ Aux personnels en faisant la demande

Une seule réponse possible

Quelles sont vos approches pour les rencontrer ?

- ☐ Par une information sur les traumatismes psychiques et le rôle des personnels de santé
- ☐ Par des entretiens collectifs en petits groupes
- ☐ Par des rencontres informelles lors des repas ou des moments de détente
- ☐ En rencontrant les cadres de contact pour repérer les sujets à risque
- ☐ Par des entretiens individuels
- ☐ Par un auto-questionnaire de dépistage de type PCLS

Cocher les 3 réponses qui correspondent le plus à votre pratique par ordre de préférence. Pour afficher votre ordre de préférence, cliquer d'abord sur la réponse la plus importante (1) jusqu'à la réponse la moins importante (3). Vous pouvez modifier l'ordre de vos réponses en recliquant sur tous les items déjà selectionnés.

A quel moment menez-vous cette ou ces action(s) ?

	Le plus tôt possible	Dans les premiers mois qui suivent le retour	A distance des évènements
Par une information sur les traumatismes psychiques et le rôle des personnels de santé	○	○	○
Par des entretiens collectifs en petits groupes	○	○	○
Par des rencontres informelles lors des repas ou des moments de détente	○	○	○
En rencontrant les cadres de contact pour repérer les sujets à risque	○	○	○
Par des entretiens individuels	○	○	○
Par un auto-questionnaire de dépistage de type PCLS	○	○	○

Cocher une case par ligne

Cas clinique 2 : Concernant la prise en charge immédiate

Vous êtes médecin en poste en métropole, soutenant une unité d'infanterie. Une explosion vient d'avoir lieu à l'armurerie. Par chance, il n'y a que 2 blessés légers : l'adjudant-chef Jérôme L. et le sergent Nicolas D. Tous deux ne présentent que des brûlures minimes au 2ème degré. Toutefois, le sergent Nicolas D. semble ailleurs, les yeux dans le vague et n'a pas encore prononcé un mot. Vingt et un personnels, tous issus de la même compagnie, étaient présents près de l'explosion.

En plus des 2 personnels blessés, à qui allez-vous proposer une prise en charge immédiate des traumatismes psychiques ?

- ○ A tous les témoins directs
- ○ A tous les personnels de la compagnie, témoins ou non de l'explosion
- ○ Aux témoins directs (les personnels ayant vu ou entendu l'explosion) ainsi qu'aux témoins indirects (les secouristes ayant pris en charge les blessés)
- ○ Seulement aux personnels en faisant la demande

Une seule réponse possible

Quelles sont vos motivations principales ?

- ☐ Répondre aux interrogations des personnels indemnes
- ☐ Dépister d'éventuels traumatismes psychiques
- ☐ Diagnostiquer d'éventuels états de stress aigu
- ☐ Susciter des consultations spontanées
- ☐ Repérer les personnels touchés à reconvoquer ultérieurement

Cocher 3 réponses par ordre de préférence. Pour afficher votre ordre de préférence, cliquer d'abord sur la réponse la plus importante (1) jusqu'à la réponse la moins importante (5). Vous pouvez modifier l'ordre de vos réponses en recliquant sur tous les items déjà selectionnés.

Quelles prises en charge immédiates réalisez-vous ?

- ☐ Pas de prise en charge immédiate
- ☐ Faire remplir un auto-questionnaire de dépistage de type PCLS
- ☐ Réaliser des entretiens individuels
- ☐ Donner une information collective sur les traumatismes psychiques
- ☐ Réaliser des entretiens collectifs en petits groupes

Cocher 3 réponses par ordre de préférence. Pour afficher votre ordre de préférence, cliquer d'abord sur la réponse la plus importante (1) jusqu'à la réponse la moins importante (5). Vous pouvez modifier l'ordre de vos réponses en recliquant sur tous les items déjà selectionnés.

Pensez-vous que la prise en charge immédiate ait un intérêt sur le développement ultérieur de troubles psychiques ?

○ Oui ○ Non

Deux personnels se plaignent de cauchemars, de réveils en sursaut et d'hypervigilance à l'éveil.
Quelle thérapeutique médicamenteuse leur prescrivez-vous ?

☐ Un traitement sédatif, par exemple ATARAX (Hydroxyzine)
☐ Un traitement hypnotique, par exemple STILNOX (Zolpidem)
☐ Un traitement par béta-bloquants pour lutter contre les manifestations neurovégétatives, par exemple AVLOCARDYL (Propranolol)
☐ Un traitement neuroleptique, par exemple LOXAPAC (Loxapine)
☐ Un traitement anxiolytique de type benzodiazépine, par exemple SERESTA (Oxazépam)
☐ Pas de traitement médicamenteux

Plusieurs réponses possibles

Quels sont vos motifs d'inscription de cet évènement dans le dossier médical ?

☐ Un intérêt pronostic dans le cas d'un diagnostic de traumatisme psychique ultérieur
☐ Faire figurer une trace de l'évènement traumatique en vue d'une démarche d'expertise à venir
☐ Assurer le patient choqué de la prise en considération de son trouble dans l'espoir de l'apaiser

Cocher par ordre de préférence. Pour afficher votre ordre de préférence, cliquer d'abord sur la réponse la plus importante (1) jusqu'à la réponse la moins importante (3). Vous pouvez modifier l'ordre de vos réponses en recliquant sur tous les items déjà selectionnés.

Quel endroit vous semble le plus approprié pour retranscrire l'exposition à cet évènement ?

○ Autre
○ Dans le dossier papier, sur une feuille à part retraçant les évènements traumatisant
○ Dans le dossier informatisé LUMM, dans un encadré à part
○ Dans le dossier papier, dans les pages consacrées aux consultations
○ Dans le dossier informatisé LUMM, dans le dossier des consultations

Une seule réponse possible

Si 'Autre' précisez :

Cas clinique 3 : concernant le suivi

Six mois après l'explosion, l'adjudant-chef Jérôme L. présente un syndrome de répétition et d'évitement. Il témoigne aussi d'un fort sentiment de culpabilité envers son subordonné qu'il a cru voir mourir par sa faute. Des symptômes dépressifs, de retrait affectif ainsi que des insomnies par cauchemars le gênent dans sa vie militaire et sociale.
Le diagnostic d'état de stress post-traumatique a été confirmé la semaine dernière par le psychiatre de votre HIA de rattachement.

Le patient vient vous voir régulièrement en consultation. A cours de l'une de celles-ci, il vous demande comment vont évoluer ses troubles.
En prenant exemple sur vos propres entretiens et en adaptant vos propos à son état, dans quelle optique répondez-vous à cette demande d'information ?

- ○ Soutenir positivement l'évolution de ses symptômes
- ○ Renforcer son adhésion au soin
- ○ Lui donner une projection éclairée dans l'avenir

Une seule réponse possible

Quel type d'information lui donnez-vous ?

- ○ Une information rassurante
- ○ Une information focalisée sur la nécessité de prise en charge
- ○ Une information complète et détaillée

Une seule réponse possible

Il vous confie de grandes difficultés familiales en rapport avec ses symptômes.
Dans vos contacts avec ses proches, quelle est votre conduite habituelle ?

- ☐ Ne pas communiquer avec les proches dans le but de préserver la relation médecin-patient des interactions avec l'entourage
- ☐ Intégrer les proches dans la prise en charge dans l'espoir qu'ils soutiennent le patient dans ses soins
- ☐ Proposer au patient de contacter ses proches pour les prendre en charge en tant qu'impliqués indirects

Cocher par ordre de préférence. Pour afficher votre ordre de préférence, cliquer d'abord sur la réponse la plus importante (1) jusqu'à la réponse la moins importante (3). Vous pouvez modifier l'ordre de vos réponses en recliquant sur tous les items déjà selectionnés.

Le patient fait une demande de pension d'invalidité. Plusieurs mois après, il est convoqué à une consultation d'expertise. Il vient vous voir pour en savoir plus sur ce rendez-vous.
A quoi allez-vous être le plus attentif dans votre réponse ?

- ☐ A l'aspect officiel de cette évaluation, ouvrant la voie à la reconnaissance des séquelles de son trauma
- ☐ Aux avantages matériels qui résultent de la détermination du taux d'invalidité
- ☐ A informer le patient de la fonction et de la valeur de l'expertise afin qu'il puisse parler plus librement de ses symptômes

Cocher par ordre de préférence. Pour afficher votre ordre de préférence, cliquer d'abord sur la réponse la plus importante (1) jusqu'à la réponse la moins importante (3). Vous pouvez modifier l'ordre de vos réponses en recliquant sur tous les items déjà selectionnés.

Remarques et commentaires

Cette partie vous est réservée pour nous faire part de vos remarques et de vos commentaires sur ce questionnaire ou sur le thème abordé dans cette étude

VII. Annexe 7 : Commentaires libres en fin de questionnaire

« Merci de me transmettre les résultats de cette étude. Nous concernant, nous fonctionnons quasiment exclusivement avec l'HIA de rattachement. »

« Dans LUMM il n'y a pas d'"encadré à part" ou de "dossier de consultation". Il n'y a que des épisodes de consultation en lien ou non avec le service et des épisodes de médecine d'expertise. »

« Je trouve quelques réponses inadaptées et lorsqu'il faut cocher jusqu'à 5 réponses (dans l'ordre) on ne peut le faire que jusqu'à 3... »

« il s'agit bien d'un thème de notre quotidien en unité. Dans cette étude j'ai parfois été gênée de devoir absolument cocher une seule réponse quand plusieurs me convenait et inversement parfois en cocher trois alors que seules une ou deux me convenait. je pense par exemple à la prise en charge immédiate. »

« Modalités du questionnaire excellente »

« Bonjour, A propos de la question: où notifier dans le dossier médical, les données de l'évènement traumatisant: la question est au présent: c'est à dire: par rapport à notre pratique: je n'ai pas LUMM donc notification surligné dans le dossier + au cours des VMP si idéal (verbe au conditionnel): support informatique efficace avec page à part mais avec rappel dans les ATCD du patient. »

« Ayant quitté l'Armée de Terre, je suis peu en contact avec des Compagnies projetées (sauf si je suis projetée moi-même). A noter que c'est quand même un sujet intéressant pour mes 3500 marins, en particulier les plongeurs et manœuvriers qui sont exposés à repêcher des cadavres et pour lesquels aucun suivi n'est proposé à l'heure actuelle. le dépistage se limite à un entretien informel pendant la VMP (tous les 2 ans pour les Maneu, tous les ans pour les plongeurs). Il était question d'inclure l'auto-questionnaire sur la VMP, ce pourrait être intéressant. Pour mes 1500 gendarmes, une interne a déjà planché sur le sujet avec un taux intéressant de sujets atteints de stress post traumatique. Bonne chance pour l'interprétation de vos résultats »

« La prise en charge des personnels militaires ayant subi un événement grave n'est pas uniquement médicale un débriefing de groupe peut être proposé, fait par un infirmier ou un médecin, dans les suites immédiates de l'évènement l'intervention "médicale" peut se faire en décalé auprès de l'unité dans les jours qui viennent cette solution n'est pas évoquée dans vos questionnaires de même, le dépistage des personnels à risque peut se faire en contactant directement le commandement (commandant d'unité), pas seulement le cadre de contact »

« Pour ma part, il me semblerait que suite à la question "avez-vous été exposé à un évènement traumatisant" il pourrait y avoir une ou deux question pour savoir ce qui a été fait. Bon courage pour ce sujet très intéressant. »

« J'ai personnellement peu d'expérience dans la prise en charge des tsppt. à souligner la grande aide et la grande disponibilité des psychiatres du SSA et des psychologues des armées »

« En tant que commandant de CMA, je suis de plus en plus rarement amené à prendre en charge des patients. Mes réponses s'appuient sur une expérience vieille de 5 ans. Durant mes dernières Opex, j'étais sur des postes d'état-major, donc plus sur un conseil au commandement et à la rédaction de directives et NDS pour mes adjoints. »

« Les ESPT sont de plus en plus fréquents du fait de la multiplication des théâtres en zones de conflit. Les militaires de l'armée de Terre sont souvent très jeunes (parfois immatures), il convient d'être particulièrement vigilant. Certains des soldats consultent spontanément en milieu civil pendant leurs permissions, la prise en charge est malheureusement souvent inadéquate. Grâce au "bouche-à-oreille" et aux visites réglementaires pendant les congés maladies (convocations pour mise en demeure à 90 jours de congé maladie, etc.), nous réussissons finalement à "récupérer" tous les ESPT qui sont systématiquement adressés en HIA (avec l'accord du patient, d'ailleurs toujours très satisfait d'être pris en charge par une équipe militaire) où la prise en charge est parfaitement adaptée. Pour cette problématique en particulier, un réseau de soins militaire est indispensable. »

« Questionnaire très complet Théme primordial J'attends avec impatience les résultats. Bon courage pour ce travail »

« C est une réelle satisfaction de savoir que les spécialistes psychiatres du service de santé soutiennent très rapidement et avec une grande écoute les médecins des forces pour la prise en charge des militaires "blessés". »

« Le diagnostique des ESPT est souvent posé par les spécialistes hospitaliers; à l'issue le patient est mis en arrêt de travail voir en PLD. Se pose alors la question des démarches administratives qui doivent être initiées : patient non retourné à l'unité donc pas initié par l'unité et souvent non initié par l'hôpital ... Il me semble qu'un parcours simplifié ou une meilleure lisibilité de ce parcours administratif est nécessaire. D'autre part, la PCL-S est très intéressante comme outil mais l'état de sub ESPT est problématique : apte ou pas à l'OpEx? D'autre part, les patients ne font pas toujours la distinction entre les troubles liés à l'événement traumatique (en lien ou pas avec le service) et les éléments intercurrents de la vie quotidienne. C'est pourquoi, je ne l'utilise que peu et pas en dépistage systématique. »

« 2 remarques: - Certaines question demandent un choix hiérarchique dans les réponses (de 1 à 3), alors que celles proposées ne sont pas forcément celles que l'on effectuerait, voir on en ferait qu'une parmi celles exposées. - Les réponses sont pour moi du théorique, n'ayant jamais eu à être confronté à des retours d'escadron ayant vécu un évènement traumatisant, et donc de diag de PTSD en rapport avec une mission. Bon courage pour la thèse! »

« Bon courage pour ce travail et curieux de recevoir les résultats de cette étude. Confraternellement. »

« Il est très difficile d'utiliser le questionnaire PCLS dans la pratique d'une antenne en gendarmerie : les patients étant quotidiennement soumis à des évènements potentiellement traumatisants. Il paraît peu licite de proposer de façon systématique ce questionnaire... De plus, même en interrogeant de façon "policière" les gendarmes, ils nient très longtemps leurs troubles de peur de perdre leur aptitude au port d'arme. Cependant, l'action conjointe des médecins de l'antenne et des psychologues de la gendarmerie en régions est assez fructueuse, notamment pour la réalisation des séances de débriefing collectives, pour lesquelles le psychologue a une formation plus adéquate. »

« Certaines réponses sont presque similaires voire liées. Ce genre d'étude commence à être vraiment redondant... »

« Sujet de thèse très intéressant »

« J'ai hâte de pouvoir lire un beau travail de thèse en perspective. Bon courage à notre jeune camarade. Sujet à mon sens essentiel vu l'intensité des conflits actuels. Je n'y ai pour autant pas encore été confronté dans le cadre de ma pratique. Désireux de bénéficier d'une information ou formation afin d'être mieux préparé à ce type de prise en charge. Merci »

« Il manque la particularité des personnels projetés en isolé (hors régiment de combat). La prise en charge par petit groupe collectif n'est pas possible et le dialogue avec le commandement est également inexistant. On ne peut pas compter sur le "phénomène de groupe" ou sur le dialogue avec le commandement ou l'entourage. C'est alors parfois plus difficile de repérer les traumatismes psychiques. »

« Je regrette le peu d'intérêt que montrent certains psychiatres militaires pour les médecins d'unité (absence systématique de compte-rendu d'hospitalisation ou consultation par exemple). De fait, je suis ravie de ce travail de thèse. Je manque d'informations sur le PCLS et surtout sur le moment où le militaire doit le remplir: lors de la visite de retour OPEX, à 3 mois du retour, lors de la VMP? Nous ne devons pas oublier que des faits traumatisants surviennent parfois hors contexte opérationnel ou militaire et donc élargir notre questionnement lors des VMP. Concernant la question sur l'aide à apporter à la famille du militaire, je l'inviterais à être suivie par un psychiatre ou un psychologue mais sans assurer moi-même le suivi. »

« Pour les questions papier ou lumm : uniquement dossier papier car pas d accès lumm efficace, donc aucune trace lumm de mes consultations. Mais si lumm fonctionnait : notification lumm + papier si utilisation des deux (ce qui est le cas de beaucoup d'antennes) je pense (peut-être à tort) qu'une utilisation trop banalisée de l'échelle PCLS peut lui faire perdre de sa valeur et de son efficacité, je ne l'ai pas utilisée sous forme "papier" auprès des intéressés lors de ma participation autour de la prise en charge d'un évènement traumatisant en mission, privilégiant les

différentes formes de contact formel et informel communicationnel que ce soit en prise en charge à moyen ou long terme. »

« J'exerce depuis ma sortie d'école sur des bâtiments de la marine nationale. Les cas cliniques ont été très déroutants pour moi car ils ne correspondent pas du tout à ma pratique médicale. Sur les bateaux, les SSPT sont le plus souvent en rapport avec des repêchages de cadavres en mer, des suicides sur les lieux de travail, ou dans un contexte de prise d'otages à mains armées. Le milieu confiné du bateau et l'implication du personnel médical en même temps que le reste de l'équipage sont des caractéristiques particulières de ces situations. »

« Le questionnaire est trop normé. Chaque situation est différente. En général j'applique les démarches suivantes: donner l'info à tous les impliqués (directs et indirects) sur les TPPT et susciter des entretiens individuels (j'insiste sur les symptomes et sur la vigilance de chacun envers les autres); Et prise en charge spécifique systématique des impliqués directs. »

« Depuis septembre 2013, je ne suis plus affecté dans les forces. Les personnels que je vois sont vus en expertise dans le cadre d'un engagement initial. Ayant été à plusieurs reprises (plus de 7 ans) président d'une CRPMI, les patients qui s'y présentent viennent pour une reconnaissance d'une blessure ou maladie (considéré par les intéressés conne survenue dans le cadre du service, mais non tojours par les AC). Le fait de notifier "n'a pas droit à pension" est toujours très mal vécu par les demandeurs : pour les AC, cela peut signifier entre autres (soit pas de preuve, soit taux minimal indemnisable non atteint). Dans ce dernier cas, le demandeur considère qu'il n'y a pas de reconnaissance. Mais il ne peut y avoir de reconnaisannce sans pension associée, car taux minimal non atteint, le lien au service n'est pas recherché! »

« Il est bien difficile de hiérarchiser entre des propositions importantes. Les leviers des patients ne sont pas tous les mêmes et l'objectif à atteindre de l'acceptation et de la prise en charge peuvent nécessiter des priorités différentes en fonction des patients notamment en ce qui concerne l'implication de la famille. Bon courage pour ce travail qui, j'en suis sur, nous apportera beaucoup. »

« Je n'ai pas fait de diagnostic proprement dit d'ESPT. Chaque personnel qui revient de mission (Afgha, Mali, RCA,..) doit remplir le questionnaire. Par contre lors de ma mission au Mali avec l'ALAT, j'ai du prendre en charge un groupe de l'ALAT avec le psychiatre. Un PUMA et une Gazelle s'étaient fait tirer, et le chef de bord avait été blessé. Du coup, on a vu (le psychiatre et moi-même), tous les personnels impliqués de façon direct (pilotes, mécaniciens naviguant...) ou indirect (transmetteur, chef de l'opération, mécanicien ayant laver l'hélicoptère plein de sang...) en entretien collectif. A l'issu de cet entretien de groupe, et après avoir discuté avec les militaires de l'ALAT de façon informel, nous avons désigné des personnels à risque qui ont été reçus par le psychiatre en entretien individuel. Bien sûr en tant que médecin d'unité vivant avec les forces, je dialoguais très souvent avec les différents personnels impliqués de façon informelle. Ce qui facilite grandement, le repérage des sujets à risque. »

« dans les quelques cas que j'ai pu voir, il existe un point particulier que je voulais souligner. Pour les actions s'étant dérouler en OPEX, la connaissance de la participation du médecin aux OPEX est un facteur favorisant la consultation. Depuis que je suis parti en Afghanistan, les personnels parlent plus volontier de ces sujets et le disent. Ils ont l'impression d'être mieux compris... Mais c'est aussi au moment où la situation "craque" de toute part (familialement, professionnellement, parfois judiciairement au moment d'un retrait de permis de conduire pour alcoolisation par exemple ou violence familiale...) que le patient, poussé par la famille, le cadre de contact, l'assistante sociale ou le juge, vient consulter. »

« Intérêt de cette étude afin de renforcer la sensibilisation des professionnels de santé et des cadres de proximité afin de ne pas banaliser des situations potentiellement traumatisantes , laissant parfois des patients totalement démunis. On attend avec intérêt le résultat de cette étude, ses conclusions et les actions qui en découleront. Bonne continuation. »

« Pas de question ouverte :-(et comment puis-je m'exprimer, moi ? Je propose systématiquement loxapine à faible dose immédiatement après l'accident/l'événement potentiellement traumatisant. L'objectif (après... on fait au mieux, hein?) : 1. BOUM. Ou équivalent 2. Prise en charge des blessés, malades... s'il y a lieu 3. Rencontre immédiate informelle associant les impliqués directs ou non,

les potentiels traumatisés psychiques, le commandement, présidents de catégorie, autour d'un verre, le soir même (exemple de retour de mission en Afghanistan) ==> discussion en petits groupes spontanés 4. Proposition -appuyée mais pas obligatoire- de TTT préventif par loxapine 3 jours, dès le soir-même 5. Consignes de vigilance bienveillante aux cadres de contact... 6. Dès le lendemain, demande au commandement de travailler la version officielle de l'événement : "voilà ce qui s'est passé" 7. Convocation de tout sujet impliqué direct, tout personnel symptomatique, tout personnel signalé par les différentes chaines de surveillance dans la première semaine 8. PCLS systématique au retour de mission puis 3 mois et 1 an après. Ca c'est ce que j'ai proposé ==> mais adhésion moyenne »

« Les dernières questions sont un peu difficiles. Je me suis demandé s'il y avait des bonnes et des mauvaises réponses... »

« Première fois que je vois une étude qui évoque la possibilité de dépistage en "activités informelle". J'ai en effet dépisté plusieurs cas en suscitant la confiance des patients en discutant avec eux en sport ou lors des séances de sauts. Par ailleurs, j'ai également remarqué que les patients sont venus me voir pour ces troubles beaucoup plus spontanément une fois que j'étais parti en Afgha, que je faisais "partie du groupe". J'ai récemment changé d'armée, je travaille maintenant dans la Marine Nationale. Je trouve que le soutien psychologiques proposé par les SLPA (service locaux de psychologie appliquée) est d'une très grande qualité. Je n'avais pas ce soutien dans l'armée de Terre. »

« Population soutenue: moitié gendarme moitié services communs. »

« Nous avons mis en place un dispositif particulier sur Pamiers qui permet de suivre les patients sur site et donc de les réintégrer dans leur environnement de travail plus vite. Ce qui semble être stabilisateur dans la prise en charge. »

Discipline : Médecine générale

Année : 2013

Auteur : Benoît GRALL

Directeur de Thèse : Pr Bertrand LAHUTTE

Titre : Perception des médecins des forces de leur rôle dans la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques

RESUME

Mots-clefs : traumatismes psychiques, état de stress post-traumatique, médecine militaire, médecine générale, évaluation des pratiques, évaluation des pré-requis, cas cliniques

Introduction : Les troubles psychiques post-traumatiques sont une préoccupation majeure du Service de Santé des Armées qui a fait du médecin des forces le pivot du parcours de soin et des actions de terrain. Les travaux précédents ont montré que, malgré une bonne connaissance théorique des pathologies, des difficultés persistent dans la prise en charge. Nous avons donc voulu connaître les motivations et les pratiques des médecins généralistes militaires concernant les TPPT en faisant abstraction des possibilités locales. Matériels et méthodes : Un questionnaire par cas cliniques a été adressé par voie électronique à un échantillon de 400 médecins des forces métropolitains. Résultats : 151 médecins ont répondu à notre étude. 66,1% avaient déjà établi un diagnostic initial de traumatisme psychique. Ils étaient en lien principalement avec un psychiatre des armées (93%). Une restriction d'aptitude visait surtout à protéger le patient d'une nouvelle rencontre traumatique (44,5% en 1ère modalité). Le repérage des patients traumatisés devait s'adresser à tous les personnels revenant de mission (88,1%) et ce par un auto-questionnaire de type PCL-S (23,9% en 1ère modalité) ou une information collective (21,8% en 1ère modalité). Les répondeurs prenaient en charge les témoins directs et indirects d'un évènement à risque traumatique (71,9%) en majorité pour diagnostiquer les états de stress aigu (54,4% en 1ère modalité) en utilisant une information collective sur les traumatismes psychiques (25,7% en 1ère modalité). L'information apportée au patient sur l'évolution des troubles étaient principalement focalisée sur la nécessité de prise en charge (36,3% en 1ère modalité) afin de soutenir positivement l'évolution des symptômes (46,8% en 1ère modalité). Discussion : Malgré la diversité des expériences et des pratiques locales, de nombreux principes d'action sont partagés par les médecins des forces. Le repérage et la prise en charge précoces des troubles sont approuvés par une large majorité de répondants. Notre étude montre également l'exposition élevée des professionnels de santé aux situations traumatiques.

Title: Perception by general practitioner about their role in the care of the stress disorders

ABSTRACT

Keywords: Stress Disorders, Traumatic, Professional Practice, Military Medicine, General Practitioner

Introduction: Post-traumatic stress disorder is a major concern of the French Army Health Service who made military GPs the pivot of care courses and field actions. Previous works have shown that despite a good theoretical understanding of pathologies, difficulties remain in the care. We wanted to understand the motivations and the practices of military GPs about TPPT disregarding local opportunities. Patients and methods: A questionnaire by clinical cases was sent electronically to a sample of 400 metropolitan GPs. Results: 151 physicians answered our study. 66.1% had already established an initial diagnosis of traumatic mental disorder. They were related mainly with a military psychiatrist (93%). A restriction of fitness searched mainly to protect the patient from further traumatic encounter (44.5% in 1st choice). The identification of trauma patients had to apply to all personnel returning from foreign countries (88.1%) and by a self-administered questionnaire like PCL-S (23.9% in 1st choice) or collective information (21.8% in 1st choice). Responders were taking care of the direct and indirect witness of a traumatic event risk (71.9%) mainly to diagnose acute stress disorders (54.4% in 1st choice) using a collective information on psychological trauma (25.7% in 1st choice). The information provided to the patient on the evolution of disturbances was mainly focused on the need to support (36.3% in 1st choice) to positively support the evolution of symptoms (46.8% in 1st choice). Discussion: Despite the diversity of experiences and local practices, many principles of action are shared by military GPs. Early identifying and treat is approved by a large proportion of responders. Our study also shows the high exposure of healthcare professionals to traumatic situations.

INTITULÉS ET ADRESSE DE L'UFR : UNIVERSITÉ PARIS V RENÉ DESCARTES15 rue de l'école de médecine 75270 Paris cedex 06