



**HAL**  
open science

# Parcours de soins psychiatriques au sein des Hôpitaux d'Instruction des Armées des militaires souffrant de trouble de stress post-traumatique lié au service

Laurine Ostermann

## ► To cite this version:

Laurine Ostermann. Parcours de soins psychiatriques au sein des Hôpitaux d'Instruction des Armées des militaires souffrant de trouble de stress post-traumatique lié au service. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02089202

**HAL Id: dumas-02089202**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02089202>**

Submitted on 3 Apr 2019

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

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



Faculté  
de Médecine

Aix-Marseille Université

**Parcours de soins psychiatriques au sein des Hôpitaux d'Instruction  
des Armées des militaires souffrant de trouble de  
stress post-traumatique lié au service**

## **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant  
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 26 Octobre 2018**

**Par Madame Laurine OSTERMANN**

**Née le 18 décembre 1990 à Mulhouse (68)**

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

**Ancien élève de l'École de Santé des Armées – Lyon-Bron**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de PSYCHIATRIE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur NAUDIN Jean**

**Président**

**Monsieur le Professeur POINSO François**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur DAFONSECA David**

**Assesseur**

**Madame le Docteur GORIN Cécile**

**Directeur**

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DE MEDECINE

**Doyen** : Georges LEONETTI

**Vice-Doyen aux Affaires Générales** : Patrick DESSI  
**Vice-Doyen aux Professions Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Asseseurs :**

- \* aux Etudes : Jean-Michel VITON
- \* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- \* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- \* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- \* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- \* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- \* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission :**

- \* 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- \* 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- \* 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- \* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- \* DU-DIU : Véronique VITTON
- \* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- \* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- \* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- \* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- \* Relations Internationales : Philippe PAROLA
- \* Etudiants : Arthur ESQUER

**Chef des services généraux** : \* Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service :**

- \* Communication : Laetitia DELOUIS
- \* Examens : Caroline MOUTTET
- \* Logistique : Joëlle FRAVEGA
- \* Maintenance : Philippe KOCK
- \* Scolarité : Christine GAUTHIER

### DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUBE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jean-Claude  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les Professeurs  
DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les Professeurs  
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les Professeurs  
O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

### 1976

MM. les Professeurs  
P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les Professeurs  
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président  
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les Professeurs  
A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les Professeurs  
H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur  
W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les Professeurs  
S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les Professeurs  
E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

### 1987

M. le Professeur  
P.J. DYCK (U.S.A.)

### 1988

MM. les Professeurs  
R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

### 1989

M. le Professeur  
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

<b>1990</b> MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b> MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b> MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b> MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b> MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b> MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b> MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b> MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
<b>2000</b> MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
<b>2001</b> MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
<b>2002</b> MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
<b>2003</b> M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
<b>2004</b> M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
<b>2005</b> M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
<b>2006</b> M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
<b>2007</b> M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

## EMERITAT

### 2008

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

### 2009

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

### 2010

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

### 2011

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

### 2012

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

### 2013

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

### 2014

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

### 2015

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

**2016**

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

**2017**

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

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine  
PAGANELLI Franck  
PANUEL Michel  
PAPAZIAN Laurent  
PAROLA Philippe  
PARRATTE Sébastien  
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure  
PELLETIER Jean  
PETIT Philippe  
PHAM Thao  
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique  
PIQUET Philippe  
PIRRO Nicolas  
POINSO François  
RACCAH Denis  
RAOULT Didier  
REGIS Jean  
REYNAUD/GAUBERT Martine  
REYNAUD Rachel  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth  
*RIDINGS Bernard Surnombre*

ROCHE Pierre-Hugues  
ROCH Antoine  
ROCHWERGER Richard  
ROLL Patrice  
ROSSI Dominique  
ROSSI Pascal  
ROUDIER Jean  
SALAS Sébastien  
*SAMBUC Roland Surnombre*  
SARLES Jacques  
SARLES/PHILIP Nicole  
SCAVARDA Didier  
SCHLEINITZ Nicolas  
SEBAG Frédéric  
SEITZ Jean-François  
SIELEZNEFF Igor  
SIMON Nicolas  
STEIN Andréas  
TAIEB David  
THIRION Xavier  
THOMAS Pascal

THUNY Franck  
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès  
TRIGLIA Jean-Michel  
TROPIANO Patrick  
TSIMARATOS Michel  
TURRINI Olivier  
VALERO René  
VAROQUAUX Arthur Damien  
VELLY Lionel  
VEY Norbert  
VIDAL Vincent  
VIENS Patrice  
VILLANI Patrick  
VITON Jean-Michel  
VITTON Véronique  
VIEHWEGER Heide Elke  
VIVIER Eric  
XERRI Luc

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

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

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
FILIPPI Simon

### **PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL**

BURKHART Gary

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent ( <i>disponibilité</i> )	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud ( <i>Disponibilité</i> )	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

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

**ANATOMIE 4201**

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

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

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

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

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
KERBAUL François (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
*MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre*  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
MICHELET Pierre (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

*CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)

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

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

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

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

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

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

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

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

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

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

**CARDIOLOGIE 5102**

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

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
*LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre*  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)  
MANCINI Julien (MCU-PH)

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

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
CURVALE Georges (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH)  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony (PU-PH)  
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
DODDOLI Christophe (PU-PH)  
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
MACE Loïc (PU-PH)  
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
AMABILE Philippe (PU-PH)  
BARTOLI Michel (PU-PH)  
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*  
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*  
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
BOYER Laurent (PU-PH)  
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)  
GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*  
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYS Jean-Michel (PU-PH)  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERRROT Thierry (PU-PH)  
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,**

**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)  
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
SEITZ Jean-François (PU-PH)  
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
KRAHN Martin (PU-PH)  
LEVY Nicolas (PU-PH)  
MONCLA Anne (PU-PH)  
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

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

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

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

BERBIS Julie (MCU-PH)  
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

#### **IMMUNOLOGIE 4703**

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

#### **MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

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

MILLION Matthieu (MCU-PH)

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

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
DISDIER Patrick (PU-PH)  
DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
*FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre*  
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
ROSSI Pascal (PU-PH)  
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)  
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

#### **NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)  
RACCAH Denis (PU-PH)  
VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*  
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

#### **ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

#### **OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
HOFFART Louis (PU-PH)  
MATONTI Frédéric (PU-PH)  
*RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre*

#### **HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

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

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

#### **MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

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

BARTOLI Christophe (MCU-PH)  
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

#### **MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

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

#### **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

#### **NEPHROLOGIE 5203**

*BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre*  
BRUNET Philippe (PU-PH)  
BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
MOAL Valérie (PU-PH)

#### **NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
FUENTES Stéphane (PU-PH)  
REGIS Jean (PU-PH)  
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
GRAILLON Thomas (MCU PH)

#### **NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
FELICIAN Olivier (PU-PH)  
PELLETIER Jean (PU-PH)

#### **PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
 NICOLLAS Richard (PU-PH)  
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

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

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
 MARY Charles (MCU-PH)  
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)  
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
 MICHEL Gérard (PU-PH)  
 MILH Mathieu (PU-PH)  
 REYNAUD Rachel (PU-PH)  
 SARLES Jacques (PU-PH)  
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
 FABRE Alexandre (MCU-PH)  
 OUDIN Claire (MCU-PH)  
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
 LANCON Christophe (PU-PH)  
 NAUDIN Jean (PU-PH)

**CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
 GIRARD Nadine (PU-PH)  
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
 JACQUIER Alexis (PU-PH)  
 MOULIN Guy (PU-PH)  
 PANUEL Michel (PU-PH)  
 PETIT Philippe (PU-PH)  
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
 VIDAL Vincent (PU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
 PHAM Thao (PU-PH)  
 ROUDIER Jean (PU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)  
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre  
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)  
 VALLI Marc (MCU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
 BREGEON Fabienne (PU-PH)  
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
 BONINI Francesca (MCU-PH)  
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
 DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)  
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)  
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)  
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018  
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)  
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
 BARLESI Fabrice (PU-PH)  
 CHANEZ Pascal (PU-PH)  
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre  
 GREILLIER Laurent (PU-PH)  
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre  
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**UROLOGIE 5204**

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

## **ÉCOLE DU VAL DE GRACE**

---

**À Monsieur le Médecin Général Humbert BOISSEAUX**

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'honneur

Officier dans l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des Palmes académiques

**À Madame le Médecin Chef des Services Hors Classe Catherine CRÉACH**  
**nom d'usage THIOLET**

Directrice-adjointe de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'honneur

Officier dans l'Ordre National du Mérite

# HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES SAINTE-ANNE

---

## **À Monsieur le Médecin Général Inspecteur Yves AUROY**

Médecin-chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne

Professeur agrégé du Val de Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Médaille de la Défense Nationale – OR

## **À Monsieur le Médecin en Chef (TA) Mehdi OULD-AHMED**

Médecin chef adjoint de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des palmes académiques

## **À Monsieur le Médecin Chef des Services de Classe Normale (TA) Philippe REY**

Coordinateur pédagogique de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chef du service de pathologie digestive

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des palmes académiques

## **À NOTRE PRÉSIDENT DE JURY**

---

### **À Monsieur le Professeur Jean NAUDIN**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce sujet.

Soyez assuré de nos sentiments respectueux et dévoués.

## **À NOS ASSESSEURS**

---

### **À Monsieur le Professeur François POINSO**

Vous nous faites l'honneur de votre présence au sein de notre jury de thèse

Nous vous remercions d'avoir accepté d'évaluer notre travail.

Soyez assuré de notre sincère gratitude et de notre profonde reconnaissance.

### **À Monsieur le Professeur David DA FONSECA**

Vous nous faites l'honneur de siéger parmi ce jury.

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.

Soyez assuré de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

## **À NOTRE DIRECTEUR DE THESE**

---

### **Au Médecin Principal Cécile GORIN**

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, merci pour ta patience et tes relectures avisées, merci pour ton soutien tout au long de ce travail et surtout dans le sprint final. J'ai de la chance de travailler à tes côtés.

## REMERCIEMENTS

---

### À ma famille :

Merci à **mes parents**, d'avoir toujours été là, tout le temps, et de m'avoir soutenue. Plus particulièrement pendant ces derniers mois où j'étais, peut-être, un peu insupportable. à Momé pour m'avoir aidé à vaincre la « malédiction », et à Popé pour tes encouragements (et ton aide dans mes déménagements ^^).

À **Violaine**, ma sœur et mon coach, pour ta sensibilité, ton soutien indéfectible et ton légendaire sens de l'humour. Tu es toujours là pour moi et je ferais de même pour toi.

À **Thibault**, mon frère et binôme lyonnais puis canadien. La perspective d'un nouveau voyage avec toi m'a motivée à travailler ! ;)

À **Cloumy**, ma sista toujours en vadrouille, pour tes bons petits plats et tes conseils sur tout qui me permettent d'être au courant de toutes les dernières tendances ^^ . J'ai hâte de venir te voir au Danemark !

À **Calie**, ma filleule, pour son soutien sans faille à Owine, et à **Drouet**.

**Et merci à tous les autres membres de ma famille**, Pacha, Mava, Laurence, Christine, François, Anne-Catherine, etc, c'est toujours un plaisir de vous revoir.

### À mes amis :

À **Lucille**, ça fait maintenant plus de 10 ans que tu me supportes, je ne sais pas comment tu fais mais j'espère que ça va durer encore longtemps !

À **Wissam**, le sang de la veine. Trop de souvenirs partagés, trop de love, absolument impossible d'envisager la suite sans toi à mes côtés.

À **Clairus**, ma coloc rêvée pendant l'externat. J'ai hâte que tu te rapproches du Sud ;)

## REMERCIEMENTS

---

À tous les membres de La Charrette, **Gwen, Larbou, Boubi, Marion**, dispatchées aux quatre coins de la France. J'espère qu'on continuera encore et encore de se retrouver.

À **Carole**, le nec plus ultra de la médecine interne, « basheuse » hors-pair, la seule à oser refuser mes soupes. J'espère t'avoir encore longtemps à mes côtés.

À **Candou**, best dancer in town, qui peut-être acceptera un jour de m'apprendre ses moves. En attendant j'ai hâte que tu reviennes dans nos murs !

À **Francky**, « valet » de la rue Breteuil et influenceur musical, j'espère qu'on fera encore longtemps saigner les oreilles de Candou ^^,

À **Lorene**, pour le dramaaaaaa, pour nos soirées, pour l'immuable pointu et pour nos intervisions indispensables.

À **Caro**, la italiana vera, comparse des Baumettes, de pédopsy et de piscine, hâte que tu reviennes en France.

À **Trega**, pour ta folie et le Japon, merci de si bien prendre soin de mon espace vital, c'est le cœur !

À **Samir**, le frérot, qui parle toujours trop mais que j'adore quand même écouter !

À **Maxime**, mon coloc marseillais et co-victime de « la proprio »,

À **Florian**, binôme d'internat et maintenant voisin de bureau, heureusement que tu es là, j'espère pouvoir continuer à passer mes nerfs dans ton bureau encore longtemps !

**À tous ceux avec qui j'ai eu la chance de travailler pendant mon cursus :**

**Au Médecin en Chef Charles GHEORGHIEV**, merci pour votre soutien et votre enseignement.

À **Carole et Virginie**, vous m'avez beaucoup appris pendant mon internat, j'ai hâte de continuer à travailler avec vous.

## REMERCIEMENTS

---

**Au Dr BAT et au Dr JOVER**, j'ai beaucoup aimé mon semestre en pédopsy et c'est sûrement grâce à vous,

À toute l'équipe du SMPR pour ce semestre très enrichissant.

Aux toqués du Château Guis, **Laura, Laurie, Anne, Sophie et F-E** pour ce semestre « intense ».

À mes cointernes de l'Espace Arthur, **Sheldon, Eugénie, Joanne**, pour tous les dubble partagés.

À mes co-internes de Sainte Anne, **Pauline, Marie, AV, JB, Gégé, Clément, Tanneguy, Paul, Aurore, Mathieu, Julia, Pierre-Luc, et tous les autres**, pour tous les bons moments partagés ensemble pendant l'internat.

À **Aline**, pour ta sincérité et ta confiance, et aussi pour toutes les pauses clopes partagées ^^.

À **Fadhila et Laetitia**, sas de décompression officiel, merci de faire semblant de rire à mes conneries !

À **Sandie**, à toute l'équipe infirmière et aux aides-soignants du service, c'est un plaisir de travailler avec vous.

À la promotion Guénon.

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	4
<b>1. LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE</b> .....	6
<b>1.1. Epidémiologie</b> .....	6
<b>1.2. Clinique du trouble en milieu militaire</b> .....	7
1.2.1. L'évènement traumatique.....	7
1.2.2. Les missions du militaire.....	8
1.2.3. Tableau clinique .....	10
<b>1.3. Evolution du TSPT</b> .....	12
1.3.1. Complications et comorbidités.....	12
1.3.2. Retentissement social et familial.....	14
1.3.3. Retentissement professionnel .....	15
<b>1.4. Principes de prise en charge</b> .....	15
1.4.1. Recommandations .....	15
1.4.2. Prise en charge médicamenteuse.....	16
1.4.3. Psychothérapies .....	17
1.4.4. Place de l'hospitalisation.....	18
<b>2. PARCOURS DE SOINS EN MILIEU MILITAIRE</b> .....	19
<b>2.1. Définition</b> .....	19
<b>2.2. La chaîne santé sur le territoire</b> .....	19
<b>2.3. Le contexte opérationnel</b> .....	20
<b>2.4. Articulation de la chaîne santé</b> .....	22
<b>2.5. Prévention et dépistage du TSPT</b> .....	23
<b>2.6. Le suivi en HIA : soins ambulatoires et hospitaliers</b> .....	23
<b>2.7. Aspects médico-sociaux</b> .....	24
2.7.1. Reconnaissance du lien au service.....	24
2.7.2. Congés statutaires .....	27

2.7.3. Cellule d'aide aux blessés .....	27
2.7.4. Aides à la réinsertion .....	28
<b>3. PROTOCOLE D'ETUDE .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1. Objectifs.....</b>	<b>29</b>
<b>3.2. Matériel et méthodes .....</b>	<b>29</b>
3.2.1. Type d'étude.....	29
3.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	29
3.2.3. Phase 1 : étude qualitative .....	30
3.2.3.1. Échantillonnage.....	30
3.2.3.2. Nombre de sujets nécessaires.....	30
3.2.3.3. Recueil des données .....	30
3.2.3.4. Analyse des données .....	31
3.2.4. Phase 2 : questionnaires .....	32
3.2.4.1. Echantillonnage.....	32
3.2.4.2. Elaboration des questionnaires .....	32
3.2.4.3. Recueil et analyse des données .....	33
3.2.5. Aspects réglementaires.....	33
<b>3.3. Résultats .....</b>	<b>34</b>
3.3.1. Analyse qualitative .....	34
3.3.1.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	34
3.3.1.2. Analyse thématique.....	37
3.3.2. Analyse des questionnaires .....	64
3.3.2.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	64
3.3.2.2. Analyse des résultats .....	66
<b>3.4. Discussion .....</b>	<b>74</b>
3.4.1. Intérêts d'une approche mixte .....	74
3.4.2. Validité de la méthode et des résultats .....	74

3.4.3.	Limites de l'étude .....	76
3.4.3.1.	Biais de sélection .....	76
3.4.3.2.	Biais d'intervention.....	76
3.4.3.3.	Biais de recueil.....	77
3.4.3.4.	Biais lié à la méthode d'analyse et d'interprétation.....	78
3.4.3.5.	Puissance de l'étude .....	78
3.4.3.6.	Généralisation des résultats.....	79
3.4.4.	Synthèse des résultats et mise en perspective .....	79
<b>4.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>85</b>
<b>5.</b>	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>86</b>
<b>6.</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>92</b>
	<b>Annexe 1 : Grille d'entretien semi-dirigé .....</b>	<b>92</b>
	<b>Annexe 2 : Fiche de consentement .....</b>	<b>94</b>
	<b>Annexe 3 : Verbatim d'un entretien.....</b>	<b>95</b>
	<b>Annexe 4 : Questionnaire.....</b>	<b>104</b>

# INTRODUCTION

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est une affection psychiatrique fréquente et souvent invalidante, qui survient après confrontation à un évènement traumatique. Un évènement est dit « traumatique » lorsque la personne qui le vit se trouve confrontée à la mort, à la peur de mourir ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne a été menacée. L'évènement traumatique provoque une peur intense, un sentiment d'impuissance ou un sentiment d'horreur. Le taux d'exposition à un évènement traumatique en population générale française est de 30% d'après l'enquête « Santé mentale en population générale » datant de 2003 (1). Parmi cette population exposée, 10 à 18% développeront un TSPT (2) tandis que la prévalence du TSPT en population générale française est de 4,6% avec des taux de 5% chez les femmes et 4% chez les hommes (1).

En population militaire, de par les spécificités liées aux missions, le risque d'exposition à un évènement traumatique est accru. L'apparition des troubles est ainsi corrélée à l'intensité et à la répétition des combats, aux blessures physiques et à la fréquence des morts auxquels est confronté le militaire. La prévalence en milieu militaire varie selon les études entre 1 et 20%. Les données recueillies au titre de la surveillance épidémiologique des armées retrouvent 1737 cas de troubles psychiques post-traumatiques déclarés entre 2010 et 2016, avec une incidence annuelle de 360 cas déclarés en 2016 (3).

Le constat d'une progression constante de ces chiffres au sein de nos armées a rendu la lutte contre le TSPT prioritaire sur le plan politique. La prise en charge du TSPT a ainsi fait l'objet d'un premier plan d'action national établi par le ministère de la Défense en 2011 pour la période 2011-2013 (4). Les objectifs étaient d'améliorer la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) et la reconnaissance des troubles psychiques post-traumatiques liés au service, et de réaffirmer l'importance de cette problématique pour les armées. Ce plan d'action a été suivi d'un deuxième pour la période 2013-2015 qui a mis l'accent sur le soutien psychologique des forces armées et la coordination du soutien des familles et des proches (5). Au sein du service de santé des armées (SSA), un troisième plan d'action « *Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées* » a été rédigé pour la période 2015-2018 mettant l'accent sur la recherche clinique (6).

Le TSPT est une pathologie d'évolution chronique, dont le diagnostic peut parfois être posé plusieurs années après l'évènement traumatique. Ce diagnostic est rendu complexe du fait de

l'association à d'autres troubles psychiatriques dans 80% des cas, principalement troubles dépressifs, addictions et troubles anxieux (7). Le retentissement social, professionnel et familial est particulièrement élevé dans cette pathologie avec des risques de désinsertion, d'isolement voire de délitement de la cellule sociale et familiale. La prise en charge de cette pathologie représente ainsi un enjeu majeur pour les armées du fait également de l'impact sur la capacité opérationnelle des combattants (5).

A l'heure actuelle, peu d'études ont été faites sur la prise en charge et le parcours de soins de ces patients au sein du SSA. De même, il n'existe pas de recommandations spécifiques à la prise en charge du TSPT en milieu militaire alors que les recommandations internationales sont bien définies (8).

L'objectif principal de ce travail de thèse est d'explorer les parcours de soins psychiatriques en Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) des militaires souffrant de TSPT lié au service et de déterminer les potentiels facteurs influençant la prise en charge.

Dans un premier temps nous nous intéresserons au trouble de stress post-traumatique puis au contexte des soins en milieu militaire. Enfin, nous étudierons les parcours de soins psychiatriques d'un échantillon de militaires suivis pour TSPT au sein de deux HIA. Pour cela nous réaliserons une étude mixte, qualitative et quantitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés et d'un questionnaire établi d'après l'analyse de ces entretiens.

# 1. LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

## 1.1. Epidémiologie

Les études épidémiologiques consacrées au TSPT sont pour la grande majorité nord-américaines. En population générale, l'étude la plus connue et la plus représentative est l'étude *National Comorbidity Survey* de Kessler en 1995, menée sur 5877 sujets de 15 à 54 ans. Cette étude retrouvait une prévalence vie entière du TSPT égale à 7,8%. La prévalence chez les femmes était de 10,4% contre 5% chez les hommes. Le taux d'exposition à un événement traumatique est de 60% selon l'étude de Kessler et ses collègues mais d'autres études ont pu montrer des taux allant jusqu'à 80,4%, ces variations pouvant être expliquées par les différences de définition « d'évènement traumatique » selon les études. (2)

En Europe, l'*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey* (ESEMED), menée entre 2000 et 2003 en population générale dans six pays, retrouve une prévalence vie entière du TSPT de 1,9% et 3,9% en France, 2,4% en Italie, 2,2% en Espagne et 8,8% en Irlande du Nord. (9)

En France, l'enquête *Santé Mentale en Population Générale* (SMPG) menée sur 36000 personnes de 18 ans et plus retrouve une prévalence actuelle, c'est-à-dire au cours du mois écoulé, de 0,7% pour le TSPT selon les critères de la CIM-10 et après passation d'un questionnaire standardisé type MINI. (10)

En milieu militaire, les études épidémiologiques menées au sein des armées américaines et britanniques retrouvent des prévalences de TSPT allant respectivement de 4 à 17% et de 3% à 6% chez les militaires vétérans de la guerre en Irak (11). Une étude canadienne menée sur 8441 militaires (actifs et réservistes) retrouvait un taux d'exposition à un événement traumatique de 85,6% et une prévalence vie entière du TSPT de 6,6% (12).

Au sein des armées françaises, les données épidémiologiques sur le TSPT sont principalement recueillies via la fiche F5 remplie par les médecins des antennes médicales et les psychiatres des HIA permettant de recenser les patients souffrant de trouble psychique post-traumatique (TPPT). Entre 2010 et 2016, 1737 cas de TPPT ont été déclarés à la surveillance épidémiologique des armées, 326 en 2014, 385 en 2015 et 360 en 2016 (3). Sur les 360 cas de 2016, un peu moins de 300 provenaient de l'armée de terre, les autres armées (air, marine,

gendarmerie et services communs) représentant à parts quasiment égales le reste des cas. Ceci s'explique en partie par le déploiement beaucoup plus important des militaires de l'armée de terre sur les théâtres opérationnels que ceux des autres corps d'armée. En 2016, 34,2% des TSPT étaient liés aux opérations en Afghanistan, 21,4% à l'opération Barkhane au Sahel. (3)

Enfin, une étude de 2005 menée sur 1500 militaires de deux unités opérationnelles de l'armée de Terre retrouvait une prévalence du TSPT à 1,7%, selon les critères diagnostiques de l'échelle *Post-Traumatic Checklist Scale - Specific* (PCL-S). Dans cette même étude, sur les 15,3% des militaires qui déclaraient avoir été exposés à un évènement traumatique, 64,5% de ces évènements étaient en lien avec la vie professionnelle (13).

## **1.2. Clinique du trouble en milieu militaire**

### **1.2.1. L'évènement traumatique**

L'évènement traumatique est défini comme un évènement inattendu et soudain, désorganisateur voire destructeur qui implique de la peur et de l'impuissance face à une menace de mort ou une menace à l'intégrité physique de soi ou d'autrui (14). En milieu militaire, l'évènement traumatique associe les dimensions suivantes : brutalité de l'évènement, sentiment de danger intense et confrontation à la mort. L'évènement provoque une effraction dans le psychisme du sujet qui vient bouleverser et faire rupture dans le vécu du patient (15).

L'évènement traumatique peut être ponctuel et limité ou bien s'inscrire dans la durée. C'est particulièrement le cas en milieu militaire où les évènements tels que des explosions d'IED<sup>1</sup>, des tirs ennemis (TICs<sup>2</sup>) ou encore la vision de corps mutilés peuvent être répétés au cours d'une même mission. Il peut être direct (menaçant le sujet lui-même) ou indirect (menace de l'intégrité physique partielle ou totale chez un tiers).

On distingue deux catégories d'évènement traumatique (ET), les ET intentionnels tels que le viol, l'attentat, les actes de guerre, la torture, les agressions ; et les ET non intentionnels tels que les accidents, les catastrophes naturelles ou technologiques.

---

<sup>1</sup> IED : de l'anglais *Improvised Explosive Device* (Engin Explosif Improvisé), désigne les bombes artisanales.

<sup>2</sup> TIC : de l'anglais *Troops In Contact*, être sous le feu de tirs ennemis.

Les ET intentionnels ont tendance à être davantage pourvoyeurs de TSPT que les ET non-intentionnels.

En milieu militaire, le risque de d'exposition à un évènement traumatique est majoré du fait des missions effectuées dans des pays en guerre où la violence peut être quotidienne et souvent intentionnelle avec la volonté de blesser ou donner la mort aux militaires déployés sur le théâtre d'opération. Le risque est ainsi celui d'un cumul des évènements traumatiques au cours d'une même mission, cumul associé à un rejet et une indésirabilité de la part de la population locale ou ennemie pouvant renforcer la vulnérabilité psychique du militaire déployé.

### 1.2.2. Les missions du militaire

Les opérations font partie des missions essentielles du militaire engagé. Elles peuvent prendre différentes formes : les opérations extérieures (OPEX), d'une durée de 2 mois à 1 an, en dehors du territoire français ; les MCD (Missions de Courte Durée), qui peuvent durer d'1 à 4 mois, et qui peuvent se faire hors-territoire français ou bien dans les DOM-COM ; les missions intérieures, généralement plus courtes que les autres opérations, et qui se font sur le territoire français (16).

En 2016, on comptait plus de 30000 militaires français en opérations, en missions ou en alerte. 13 000 l'étaient sur le territoire national (Sentinelle, sauvegarde maritime, sûreté aérienne) et plus de 27 000 répartis sur les théâtres des opérations Barkhane (Mali, Niger, Tchad, Burkina Faso, Mauritanie), Chammal (Syrie, Irak) et Daman (Liban) pour les plus importants (17).

Ces missions extérieures (MCD et OPEX) d'une durée de 2 mois à 1 an, mettent le militaire à rude épreuve, tant sur le plan physique que psychique. En effet, le militaire en opération extérieure doit, par définition, être opérationnel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, ce qui engendre un état de vigilance, de fatigue et de stress quasi permanent. D'un point de vue physiologique, le sommeil peut être altéré en opération extérieure, tant sur la qualité (qui peut s'expliquer par un confort moindre, des températures parfois extrêmes, une exposition au bruit, ...) que sur le rythme veille-sommeil en lui-même qui va être modifié du fait du fonctionnement en quart (fractionnement de la journée de travail en quarts de 6 heures, selon

les opérations) ou encore la répétition de gardes et du travail de nuit (18). Ces différentes contraintes varient selon la spécialité dont relève le militaire, les conditions de vie sur le terrain n'étant pas les mêmes entre un combattant et un logisticien.

Par ailleurs, l'omniprésence des armes sur le théâtre comme moyens de défense ou d'attaque, vient mettre en tension la position particulière à laquelle est assujéti tout militaire, à savoir la possibilité à la fois de donner la mort et de mourir au combat. La réalité et parfois la crudité de ce à quoi le militaire est sensé faire face peut renforcer le sentiment d'adhésion à la mission chez le combattant comme il peut, à l'inverse, le faire basculer vers un sentiment de perte de sens, avec un risque de perte de ses capacités d'adaptation au terrain.

Pendant ces missions, le militaire est de plus isolé de son cercle familial et affectif, avec selon les endroits, des capacités de communication parfois limitées. Toutefois, du fait de l'évolution des outils technologiques, la quasi-totalité des militaires déployés en opération peut aujourd'hui avoir une connexion internet et téléphonique de qualité. Cela peut paradoxalement constituer un facteur de désintégration du groupe de combat auquel il appartient sur le terrain, le militaire étant en permanence connecté avec son entourage en métropole.

Les dates exactes de départ et d'arrivée ne sont pas toujours connues à l'avance et changent fréquemment, parfois au dernier moment, ce qui nécessite des capacités adaptatives et une certaine flexibilité chez le militaire qui doit ainsi s'en remettre totalement à l'institution pour les questions relatives à son devenir.

Toutes ces contraintes peuvent jouer sur la condition psychique du militaire déployé et mettre en tension l'équilibre du sujet.

### 1.2.3. Tableau clinique

La clinique du TSPT s'articule classiquement autour de quatre éléments : **le syndrome de répétition traumatique, l'évitement, l'hyperactivation neuro-végétative et l'émoussement affectif**. Les symptômes doivent être présents depuis plus d'un mois pour que l'on parle de TSPT.

Le syndrome de répétition traumatique est le symptôme « clé » du TSPT. Il s'agit de la ré-expérimentation pour le patient du traumatisme, comme s'il le vivait à nouveau. Ces répétitions traumatiques peuvent survenir la journée, on parle alors de reviviscences diurnes, mais aussi la nuit et ce sont alors les cauchemars traumatiques. Ces reviviscences ont un caractère intrusif et surviennent généralement après confrontation, consciente ou non, à un « déclencheur » qui vient rappeler l'évènement traumatique. Ces déclencheurs peuvent être un son (bruit sec rappelant une détonation, ...), une image (journal télévisé, film rappelant des scènes d'horreur, ...) voire une odeur (odeur de grillé rappelant la chair brûlée, ...). Les reviviscences peuvent également survenir de manière spontanée. Les cauchemars traumatiques sont sources de troubles du sommeil caractéristiques du TSPT avec notamment des réveils en sursaut. Ils viennent rappeler sous une forme plus ou moins fidèle l'exposition à des scènes de mort ou encore le vécu de peur intense ou de danger. Chez le militaire, le syndrome de répétition traumatique est particulièrement marqué du fait du lien fort entre l'activité professionnelle et l'évènement traumatique. La simple vue d'un uniforme, le retour sur base, la manipulation d'une arme, les rassemblements et autres scènes quotidiennes de la vie militaire peuvent ainsi déclencher des reviviscences.

L'évitement est un symptôme important à prendre en compte dans la prise en charge au long cours du TSPT car c'est un des facteurs de retard à la prise en charge et à la guérison du trouble. Il s'agit de stratégies de fuite et de prise de distance avec toutes les situations qui rappellent l'évènement ou qui pourraient déclencher des reviviscences ou une forte anxiété. Chez le militaire, cela peut se manifester par une impossibilité à se rendre sur base ou à se confronter de nouveau à une arme. Dans les formes extrêmes cela peut conduire à une désertion brutale et inexplicquée, ce sont les « perdus de vue ».

L'hyperactivation neuro-végétative entraîne, chez le patient souffrant de TSPT, le maintien pathologique d'un état corporel d'alerte. Le corps est ainsi quasi constamment en état de « stress » ce qui se traduit par une fréquence cardiaque élevée, une hypervigilance à l'origine

de sursauts au moindre bruit, des troubles du sommeil et une irritabilité, souvent vectrice de troubles relationnels en unité et d'insubordination. L'hypervigilance positive et nécessaire en opération extérieure car liée à l'adrénaline et au maintien en posture « opérationnelle », devient négative et handicapante dans le TSPT car elle est alors inadaptée (absence de danger réel). Le patient ne parvient ainsi pas à réadapter son niveau d'alerte à l'environnement.

L'émoussement affectif retrouvé chez les patients souffrant de TSPT correspond à la baisse de leurs capacités à éprouver de l'empathie ou à ressentir des émotions, qu'elles soient positives ou négatives. Le militaire émoussé va parfois réitérer les missions et, de fait, l'exposition aux évènements traumatiques, aggravant ainsi son trouble tout en déniait sa pathologie jusqu'à une franche décompensation qui peut conduire au suicide ou à l'acte hétéro-agressif. Cette répétition dans la prise de risque illustre l'inadéquation dans la vie « normale » du niveau de mise en alerte du sujet qui se sent davantage en concordance avec le contexte environnemental de la mission qu'avec celui de son domicile familial par exemple.

Sur le plan international, c'est la classification du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) qui est la plus répandue. Dans sa 5<sup>ème</sup> version, la plus récente, le TSPT est classé dans la catégorie des « troubles liés à l'exposition au stress et au trauma » alors qu'il était auparavant affilié aux troubles anxieux dans les précédentes éditions (14) (*Tableau 1*). La volonté de l'APA, *American Psychiatric Association*, en charge de la rédaction du DSM, était de marquer la différence entre les troubles anxieux et les troubles psychiques post-traumatiques pour lesquels on retrouve obligatoirement l'exposition à un évènement traumatique et du fait des particularités cliniques propres au TSPT (notamment symptômes dissociatifs, syndrome de répétition traumatique).

**Tableau 1** : Critères diagnostics du TSPT selon le DSM-5

<b>A : évènement traumatique</b> <i>Obligatoire</i>	Exposition directe ou indirecte à la mort ou à la menace de mort, à des blessures graves ou à de la violence sexuelle
<b>B : syndrome de répétition traumatique</b> <i>Au moins 1 critère parmi :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- souvenirs répétitifs</li> <li>- cauchemars</li> <li>- symptômes dissociatifs (cf flashbacks)</li> <li>- détresse émotionnelle dans les situations rappelant le traumatisme</li> <li>- réactions physiologiques</li> </ul>
<b>C : évitement</b> <i>Au moins 1 critère parmi :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- évitement des pensées ou sentiments associés au traumatisme</li> <li>- évitement des situations rappelant le traumatisme</li> </ul>
<b>D : altérations négatives persistantes des cognitions et de l'humeur</b> <i>Au moins 2 critères parmi :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- amnésie partielle de l'évènement traumatique (dissociation péri-traumatique)</li> <li>- cognitions négatives persistantes sur soi ou le monde</li> <li>- culpabilité persistante</li> <li>- émotions négatives persistantes</li> <li>- perte d'intérêt dans les activités</li> <li>- sentiment d'étrangeté ou de décalage par rapport à autrui</li> <li>- incapacité à ressentir des émotions positives</li> </ul>
<b>E : altération de l'éveil et de la réactivité</b> <i>Au moins 2 critères parmi :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- irritabilité</li> <li>- comportements d'autodestruction</li> <li>- hypervigilance</li> <li>- sursauts</li> <li>- troubles de la concentration</li> <li>- troubles du sommeil</li> </ul>
<b>F</b>	Durée > 1 mois
<b>G</b>	Détresse ou altération cliniquement significative
<b>H</b>	Troubles non liés à une substance ou une affection somatique

### 1.3. Evolution du TSPT

#### 1.3.1. Complications et comorbidités

Le TSPT peut évoluer favorablement vers la rémission ou la guérison. Une étude menée au sein d'une population de militaires et vétérans de l'armée américaine souffrant de TSPT retrouvait ainsi une rémission des symptômes chez 53% des patients à 3 ans (19). Toutefois, l'évolution du trouble est souvent marquée par des complications ou comorbidités, présentes dans 80% des cas (7). Les principales complications sont les troubles liés à l'usage d'une substance (souvent alcool ou benzodiazépines), les troubles anxieux, la dépression ou encore les troubles des conduites.

Les addictions, à l'alcool principalement, sont fortement associées au TSPT. Plusieurs hypothèses ont été développées pour expliquer cette forte association entre alcoolodépendance et TSPT. La première hypothèse voit le mésusage comme une complication du TSPT, où l'alcool est pris en « automédication » par le patient pour diminuer les symptômes (anxiété, troubles du sommeil, ...) (20). Il a pu être montré également que les cravings, c'est-à-dire les envies impérieuses de consommer, sont majorés lorsque les symptômes du TSPT sont exacerbés (21,22).

Des études ont également montré que cette association pouvait parfois être expliquée par une vulnérabilité commune entre les deux troubles, du fait de facteurs génétiques et environnementaux.

Enfin, une dernière hypothèse voit le TSPT comme une complication de l'alcoolodépendance. Plusieurs études ont pu montrer une augmentation du risque d'exposition à un évènement traumatique et, en cas de TSPT, un risque majoré de trouble sévère chez les patients souffrant d'alcoolodépendance. Même si les causes restent mal expliquées, il ressort de la littérature que le risque de TSPT est majoré en cas d'alcoolodépendance et réciproquement, le risque d'alcoolodépendance est majoré en cas de TSPT (23).

L'évolution du TSPT peut se compliquer de troubles de l'humeur et plus particulièrement de dépression. Le risque suicidaire est majoré chez les patients souffrant de TSPT par rapport à des personnes non exposées à un évènement traumatique (7).

Concernant les troubles anxieux, il s'agit principalement du trouble panique avec ou sans agoraphobie et des phobies simples.

Les troubles des conduites sont une des complications du trouble de stress post-traumatique, parfois liés aux troubles du caractère qui font directement partie du tableau clinique du TSPT et potentiellement majoré en cas de toxicomanie associée. On peut observer ainsi des comportements hétéro-agressifs voire des conduites délinquantes, qui, en milieu militaire, peuvent se traduire par des actes d'insubordination voire de rébellion avec un retentissement disciplinaire important.

### 1.3.2. Retentissement social et familial

L'impact du TSPT sur le fonctionnement social et familial est important, et souvent sur un versant négatif.

Du fait même des symptômes tels que l'évitement et l'émoussement affectif, les patients souffrant de TSPT ont rapidement tendance à s'isoler sur le plan social.

Au sein de la cellule familiale, les difficultés sont plurifactorielles. Tout d'abord, le militaire blessé psychique peut se retrouver en « décalage » avec ses proches, qui n'ont pas vécu les horreurs auxquelles il a été exposé. Dans l'idée de les « protéger », il n'est pas rare que le militaire ne leur raconte pas ce qu'il a vécu, ce qui, à long terme, peut avoir tendance à renforcer ce sentiment de « décalage ». De plus, il est fréquent dans la clinique du TSPT de constater des troubles du caractère telles qu'une irritabilité, une impulsivité voire une agressivité qui participent au délitement de la cellule familiale.

L'impact négatif du trouble ressort dans les études plus sur la qualité ressentie par le militaire blessé de sa vie conjugale que sur le statut conjugal en lui-même. Les études ne retrouvent pas plus de divorces dans la population souffrant de TSPT que dans la population générale militaire (24).

Les proches du militaire blessé ne connaissent pas forcément la maladie et les symptômes même si l'institution a mis particulièrement l'accent sur cette problématique depuis plusieurs années avec des outils d'information ou d'écoute à l'attention des familles. Or, la qualité du soutien affectif est un facteur pronostique dans les troubles psychiques post-traumatiques. Il a été ainsi montré dans plusieurs études que l'absence de soutien dans les suites d'une exposition à un évènement traumatique favorise le développement d'un TSPT.

En ce sens, et en raison de l'importance d'un soutien social et affectif fort sur le pronostic du trouble de stress post-traumatique, le soutien aux familles fait partie intégrante de la prise en charge du TSPT.

### 1.3.3. Retentissement professionnel

Sur le plan professionnel, l'évolution du TSPT non pris en charge peut entraîner rapidement ou progressivement une désadaptation à l'emploi. On retrouve ainsi souvent chez les patients souffrant de TSPT soit une colère vis-à-vis de l'institution soit une symptomatologie anxieuse.

La poursuite de l'activité professionnelle sans aménagements fait également craindre un risque de ré-exposition traumatique ou bien de réactivation d'un TSPT, soit dans des circonstances semblables au premier soit par la « simple » plongée en ambiance militaire.

Les conséquences sur les aptitudes sont importantes, avec souvent une inaptitude aux opérations extérieures et au port d'arme afin de protéger le patient de toute majoration des troubles ou d'un potentiel risque auto voire hétéro-agressif.

En début de prise en charge, il est donc fréquent que le militaire blessé psychique soit placé en arrêt maladie. Ce temps d'arrêt maladie permet également de mieux évaluer et prendre en compte les capacités de réadaptation voire de « résilience » du sujet et de questionner la perspective d'une reprise du service.

## 1.4. Principes de prise en charge

### 1.4.1. Recommandations

Les recommandations de prise en charge sont celles de la *Haute Autorité de Santé* (HAS) datant de 2007 portant sur la prise en charge des troubles anxieux (catégorie d'appartenance du TSPT selon les classifications alors en cours) (25). Ces recommandations sont adressées à tout type de TSPT sans distinction selon le type d'évènement traumatique. Sur le plan national, ce sont les recommandations les plus récentes à ce jour.

Elles préconisent trois types de psychothérapies : les thérapies cognitives et comportementales adaptées au TSPT, l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) et l'hypnose pour certains aspects du trouble.

Concernant l'aspect médicamenteux, le traitement de première intention est la Paroxétine, antidépresseur ISRS ayant l'AMM dans cette indication, pour une durée de 12 mois minimum.

Les recommandations de la HAS préconisent un suivi psychiatrique régulier, à une fréquence de consultation d'une à deux fois par mois (25).

La littérature internationale sur la prise en charge du trouble de stress post-traumatique en milieu militaire est pour la grande majorité nord-américaine.

Dès les années 2000 des recommandations pour la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques dans la population spécifique des vétérans de l'armée américaine ont été créées. Ces *guidelines* sont régulièrement mises à jour, la dernière datant de 2017 (26). Elles précisent les différentes psychothérapies et pharmacothérapies validées dans la prise en charge du TSPT mais également du trouble de stress aigu d'après l'état de la science.

#### 1.4.2. Prise en charge médicamenteuse

La littérature internationale sur la prise en charge médicamenteuse du TSPT est riche.

Les antidépresseurs de type ISRS sont les traitements recommandés en première intention dans le traitement du TSPT et ont montré une efficacité sur les symptômes de répétition traumatique, l'anxiété et la qualité de vie. (27–30)

L'utilisation des antipsychotiques tels que l'aripiprazole et la quétiapine a fait l'objet de quelques études et a pu montrer une efficacité sur la réduction des symptômes (31,32). Des études ont toutefois montré un risque majoré de démence à long terme chez les patients souffrant de TSPT traités par antipsychotiques (33).

Les benzodiazépines et apparentés ne sont pas recommandés dans la prise en charge du TSPT du fait des risques d'addiction et de dépression, de majoration des troubles du caractère et de moins bonne réponse aux psychothérapies, et car ils n'ont pas montré d'efficacité sur la prévention et le traitement des troubles (34).

En pratique, en milieu militaire, l'hydroxyzine et la loxapine sont utilisées en alternative aux benzodiazépines notamment dans le trouble de stress aigu ou la réactivation du TSPT, à visée

sédative et anxiolytique, hors-AMM. L'hydroxyzine constitue en effet une alternative anxiolytique efficace en aigu, et la loxapine, à faibles doses, a pu montrer en pratique clinique une efficacité sur les cauchemars traumatiques.

La prazosine, médicament de la classe des antihypertenseurs, a fait l'objet de plusieurs études montrant une efficacité sur les troubles du sommeil dans le TSPT en diminuant les cauchemars traumatiques (35–37). Ce traitement n'a pas d'AMM en France pour cette indication.

### 1.4.3. Psychothérapies

La psychothérapie a une part essentielle dans la prise en charge du TSPT et est indiquée en première intention. Différentes techniques ont montré leur efficacité en termes de diminution des symptômes et amélioration de la qualité de vie.

La littérature internationale a montré que les plus efficaces sont l'EMDR et les TCC centrées sur le traumatisme (TCC-CT) (26,38).

Les TCC-CT incluent deux thérapies ayant prouvé leur efficacité avec un haut niveau de preuve : la thérapie comportementale d'exposition et la thérapie cognitive.

L'exposition peut se faire par différentes techniques : l'exposition au script traumatique (en imagination), l'exposition en réalité virtuelle ou encore l'exposition *in vivo* aux situations évitées ou génératrices d'anxiété. La thérapie cognitive utilise les techniques de restructuration cognitive et permet de travailler sur les pensées automatiques et les croyances dysfonctionnelles présentes dans le TSPT.

Les protocoles incluent l'apprentissage de techniques de gestion du stress permettant de diminuer l'hyperactivation neurovégétative.

La psychoéducation au trouble fait également partie intégrante des TCC-CT et des autres techniques de prise en charge du TSPT.

Dans le cas spécifique du TSPT chez les victimes de guerre ou de torture, des variantes ont été développées telles que la *Narrative Exposure Therapy* (NET) à destination des réfugiés de guerre ou *l'Interapy* (Internet-Based TCC) montrant également une efficacité en terme de

diminution des symptômes et d'amélioration de la qualité de vie (39–41). Les protocoles thérapeutiques de ces deux variantes s'appuient sur les mêmes principes théoriques que les TCC-CT.

L'efficacité de l'EMDR a également un haut niveau de preuve dans la prise en charge du TSPT simple ou complexe (26,42,43). La thérapie EMDR permet une désensibilisation au souvenir traumatique via des stimulations bilatérales alternées (mouvement oculaire ou stimulation tactile). De nombreuses études ont montré son efficacité sur la diminution du syndrome de répétition traumatique chez les patients répondeurs.

D'autres psychothérapies sont également utilisées dans la prise en charge du TSPT notamment les thérapies de gestion du stress, les thérapies familiales et/ou conjugales, les thérapies de groupe et les thérapies d'inspiration analytique. Ces thérapies peuvent éventuellement être complémentaires les unes des autres.

#### 1.4.4. Place de l'hospitalisation

Les modalités de prise en charge des patients souffrant de TSPT ne font pas l'objet de recommandations particulières. La prise en charge peut ainsi se faire en ambulatoire uniquement ce qui est le plus fréquent, mais il n'est pas rare que le patient souffrant de TSPT soit hospitalisé.

Les hospitalisations peuvent survenir dans différentes situations : suite à une tentative de suicide ou en cas de crise suicidaire, pour la prise en charge d'une comorbidité addictologique, pour la prise en charge d'un état dépressif sévère, ou encore pour la prise en charge d'une acutisation du TSPT afin d'apaiser l'anxiété, les troubles du sommeil et l'hypervigilance.

Plusieurs services de psychiatrie ont également créé des dispositifs de soin adaptés aux troubles post-traumatiques tels que des hospitalisations de jour au cours desquelles les patients bénéficient de soins spécifiques (méditation, relaxation, sophrologie, TOP), de psychoéducation, et d'une prise en charge psychiatrique et psychologique renforcée. Ces alternatives sont intéressantes pour faciliter l'accès aux soins des patients souffrant de TSPT chez qui l'hospitalisation dans un service de « psychiatrie » peut être vécue comme stigmatisante.

## **2. PARCOURS DE SOINS EN MILIEU MILITAIRE**

### **2.1. Définition**

D'après la *Haute Autorité de Santé*, on entend par parcours de soin le « *juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)* ».

Le parcours de soin n'est pas un cadre figé et strict, il doit pouvoir s'adapter à chaque patient.

En milieu militaire, le parcours de soin est influencé par l'organisation de la chaîne de santé du Service de Santé des Armées que nous allons détailler.

### **2.2. La chaîne santé sur le territoire**

La chaîne de santé sur le territoire s'articule autour de différents maillons.

Le premier maillon est le CMA ou Centre Médical des Armées. La répartition des CMA fait l'objet d'un maillage territorial déterminé par la localisation et l'effectif des régiments à soutenir.

Au sein des CMA exercent un ou plusieurs médecin(s) des forces, plusieurs infirmiers des forces et des auxiliaires sanitaires (combattants formés au secourisme de combat). Le médecin des forces ou médecin d'unité assure des missions de soin et d'expertise. Il est en effet responsable des aptitudes du militaire, mais il peut s'appuyer sur un avis spécialisé dit sapiteur en cas de besoin. La plupart des CMA ont une activité ambulatoire exclusivement.

En deuxième maillon on retrouve les Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA), qui sont au nombre de huit. Parmi ces huit hôpitaux, les hôpitaux parisiens (HIA Bégin et HIA Percy) constituent la plateforme Nord tandis que l'HIA Laveran et l'HIA Sainte-Anne constituent la

plateforme Sud. Les 4 autres HIA (Lyon, Metz, Brest et Bordeaux) sont des HIA dits « périphériques ». Les HIA de plateforme ont pour mission d'assurer le déploiement opérationnel ainsi que d'accueillir les rapatriements sanitaires depuis les théâtres opérationnels. Ils assurent également des missions de consultation, d'hospitalisation et d'expertise en chirurgie, médecine spécialisée et psychiatrie.

Les consultations en psychiatrie au sein des HIA peuvent être de différentes natures :

- Consultation libre, à la demande du patient pour des soins psychiatriques et en coordination avec le médecin d'unité.
- Consultation obligatoire, en coordination également avec le médecin d'unité : tout patient dépassant les 90 jours d'arrêt maladie sur l'année glissante est convoqué par le médecin des forces qui sollicitera un avis spécialisé en HIA, qui devra avoir lieu autour de 120 jours de congés maladie pour statuer sur la suite, à savoir reprise du travail, congé de longue durée pour maladie ou réforme.
- Consultation d'expertise : avis psychiatrique sapiteur afin de déterminer l'aptitude au service, au début ou en cours d'engagement, à la demande du médecin des forces, ou au cours du suivi médical d'un militaire.

### **2.3. Le contexte opérationnel**

La prise en charge des blessés sur le terrain est une des principales missions du Service de Santé et s'effectue grâce à une chaîne de santé qui s'articule autour de quatre niveaux appelés « rôle ». Cette chaîne a pour objectif de garantir une prise en charge optimale et une continuité des soins du terrain opérationnel jusqu'à l'hospitalisation en métropole. (44)

Le rôle 1 est un poste médical au sein des unités de combat composé d'une équipe réduite comportant un ou plusieurs médecin(s) militaire(s) généraliste(s) nommés médecins d'unité, de personnels paramédicaux et d'auxiliaires sanitaires. Il permet la médicalisation de l'avant. Les équipes sanitaires sont formées et entraînées à une médecine militaire qui prend en compte les blessures de guerre, le triage de l'avant et le contexte opérationnel. L'équipe du rôle 1 assure également les missions d'hygiène en santé, de prévention et de conseil au commandement.

Le rôle 2 est un groupement médico-chirurgical avancé, placé à distance des zones de combat. Il permet la réanimation et la chirurgie de l'avant. Il peut être doté d'un plateau technique minimal avec laboratoire et service d'imagerie médicale. Un psychiatre peut également être présent au sein du rôle 2, assurant les consultations à la demande des médecins des forces et les interventions après un évènement grave : defusing et debriefing, de manière individuelle ou collective.

Le rôle 3 est un hôpital médico-chirurgical permettant une prise en charge hospitalière spécialisée en contexte opérationnel. Le rôle 3 comprend notamment un service d'imagerie, un laboratoire et des services de médecine spécialisée tels que la neurologie, l'ophtalmologie ainsi qu'une unité de réanimation autonome plus équipée que celle du rôle 2.

Le rôle 4 correspond aux hôpitaux d'instruction des armées existants en métropole. Ils ont pour mission d'assurer le traitement définitif du blessé et les soins de suite, rééducation fonctionnelle ou réadaptation.

Chaque rôle est autonome et autosuffisant, et la chaîne de santé en opération extérieure fonctionne grâce à la bonne articulation de ces différents maillons (*image 1*).



**Image 1 :** Chaîne de soutien médical en opération (45)

## 2.4. Articulation de la chaîne santé

L'articulation entre les différents rôles se fait au moyen d'évacuations médicales (MEDEVAC).

On en distingue deux types :

- la MEDEVAC tactique, qui permet une extraction du blessé de la zone d'intervention du rôle 1 vers les rôles 2 ou 3 sur le théâtre opérationnel. La MEDEVAC peut aboutir à un retour sur le terrain après avis spécialisé. Elle n'est pas systématiquement suivie d'une STRATEVAC.

- la MEDEVAC stratégique ou STRATEVAC (anciennement RAPASAN), qui permet le rapatriement du ou des blessés depuis le théâtre opérationnel vers la France en rôle 4 lorsque l'état du patient ne permet pas d'envisager un retour au combat à court ou moyen terme.

Sur l'année 2016, les évacuations médicales pour cause psychiatrique représentaient 29% des STRATEVAC (3). Les principales causes des rapatriements étaient : syndrome dépressif dans 29% des cas, syndrome anxieux dans 27% des cas, troubles psychiques post-traumatiques dans 25% des cas et troubles de l'adaptation dans 8% des cas.

Après évacuation, le blessé psychique est hospitalisé au sein d'un service de psychiatrie en HIA dans 100% des cas (3), où il est réévalué sur le plan clinique et expertal. Souvent le patient est placé quelques temps en congé maladie avant d'être réévalué sur ses capacités de travail, ses aptitudes militaires ordinaires et opérationnelles.

La prise en charge psychiatrique en milieu opérationnel, s'appuie sur cette chaîne de santé selon les « *Principes de Salmon* » décrits pendant la première guerre mondiale. (46)

Ces principes sont au nombre de 4 : **proximité** (au plus près de la zone de combat mais en espace sécurisé), **espérance de guérison** (insuffler au patient blessé l'idée d'un soin temporaire), **simplicité** (moyens d'action adaptés au contexte précaire d'une zone de guerre) et **immédiateté** (le plus rapidement possible après l'évènement) (47). Ils sont toujours d'actualité et sont à la base du concept de « psychiatrie de l'avant ».

## **2.5. Prévention et dépistage du TSPT**

Depuis 2013, un plan de dépistage systématique du TSPT a été mis en place dans les armées à la suite des opérations en Afghanistan.

Des opérations de sensibilisation et d'information à l'attention des blessés psychiques, de leurs familles mais aussi de l'ensemble des militaires ont été menées.

Sur le plan médical, l'accent a été mis sur la prévention et le dépistage du TSPT au retour d'OPEX. Ainsi, depuis 2013, des « sas de décompression » ont été mis en place pour les militaires déployés en opération extérieure. Ces « sas » se font en territoire neutre (Crète, Chypre, ...), durent 1 à 3 jours et ont pour objectifs de créer un temps de transition avant le retour en milieu ordinaire et faciliter ainsi la ré-acclimatation mais également de sensibiliser les militaires aux troubles psychiques post-traumatiques.

Dans ces sas sont déployés un ou plusieurs psychologues cliniciens et parfois un psychiatre selon le contexte. Des débriefings collectifs ou individuels peuvent être réalisés selon les besoins.

En plus des sas, un dépistage systématique du TSPT a été mis en place dans les CMA au moyen de la PCL-S (*Post-traumatic CheckList Scale – Spécialisée*). Cette échelle permet d'explorer l'ensemble des symptômes du TSPT et a une validité diagnostique par rapport aux critères du DSM 4, y compris en milieu militaire (48). La dernière version de cette échelle est la PCL-5, qui a été conçue et validée par rapport aux critères diagnostiques du DSM-5 (49).

En CMA, les militaires passent systématiquement une PCL-S 3 mois et 6 mois après le retour d'opération extérieure ce qui permet un dépistage du TSPT le plus efficient possible.

## **2.6. Le suivi en HIA : soins ambulatoires et hospitaliers**

La prise en charge en HIA permet d'offrir au militaire souffrant de TSPT des offres de soins variées et adaptées à la clinique du patient.

Chaque service de psychiatrie des 8 HIA a une activité mixte, à la fois hospitalière et ambulatoire. Le nombre de lits d'hospitalisation varie selon les HIA, de même que le nombre

de psychiatres et psychologues au sein des services. Ces lits d'hospitalisation sont accessibles aux patients civils également.

L'activité de consultation est à destination des militaires, dans le cadre du soin psychiatrique ou bien de l'expertise.

Concernant la prise en charge du TSPT, plusieurs services ont mis en place des dispositifs innovants visant à faciliter l'accès au soin des militaires blessés. A Laveran, il existe ainsi deux « studios thérapeutiques » à destination des militaires suivis pour TSPT. Ces studios permettent au patient de bénéficier d'une prise en charge renforcée sans être hospitalisé dans le service de psychiatrie. Le patient effectue ses soins la journée comme dans un hôpital de jour puis dort dans le studio aménagé en dehors de l'hôpital.

## **2.7. Aspects médico-sociaux**

### **2.7.1. Reconnaissance du lien au service**

Est reconnue comme imputable au service, toute blessure ou maladie survenue par le fait ou à l'occasion du service. L'imputabilité est présumée initialement par le médecin d'unité qui établit une DAPIAS (Déclaration d'Affection Présumée Imputable au Service) à laquelle le patient ajoutera le « rapport circonstancier » établi par son commandement qui apporte la preuve de son exposition à l'évènement traumatique au cours du service.

Le psychiatre consulté par le patient mentionnera cette présomption d'imputabilité au service mais c'est la commission de la Sous-Direction des Pensions de la Rochelle, rattachée à la Direction des Ressources Humaines du ministère de la Défense, qui organisera les expertises et attestera de l'imputabilité. La SDP réunit alors la Commission de Réforme des Pensions Militaires d'Invalidité (CRPMI) qui statuera sur le droit à pension et dressera le compte-rendu de cette commission, transmis ensuite au militaire et à la SDP (50).

En l'absence de rapport circonstancié, la DAPIAS peut tout de même être instaurée par le médecin et le psychiatre peut présumer du lien au service, l'avis final sera alors donné par l'Inspection du Service de Santé des Armées (ISSA).

Les différents plans d'action pour la prise en charge des blessés psychiques menés depuis 2011 ont permis de réaffirmer et clarifier la reconnaissance de la blessure psychique liée au

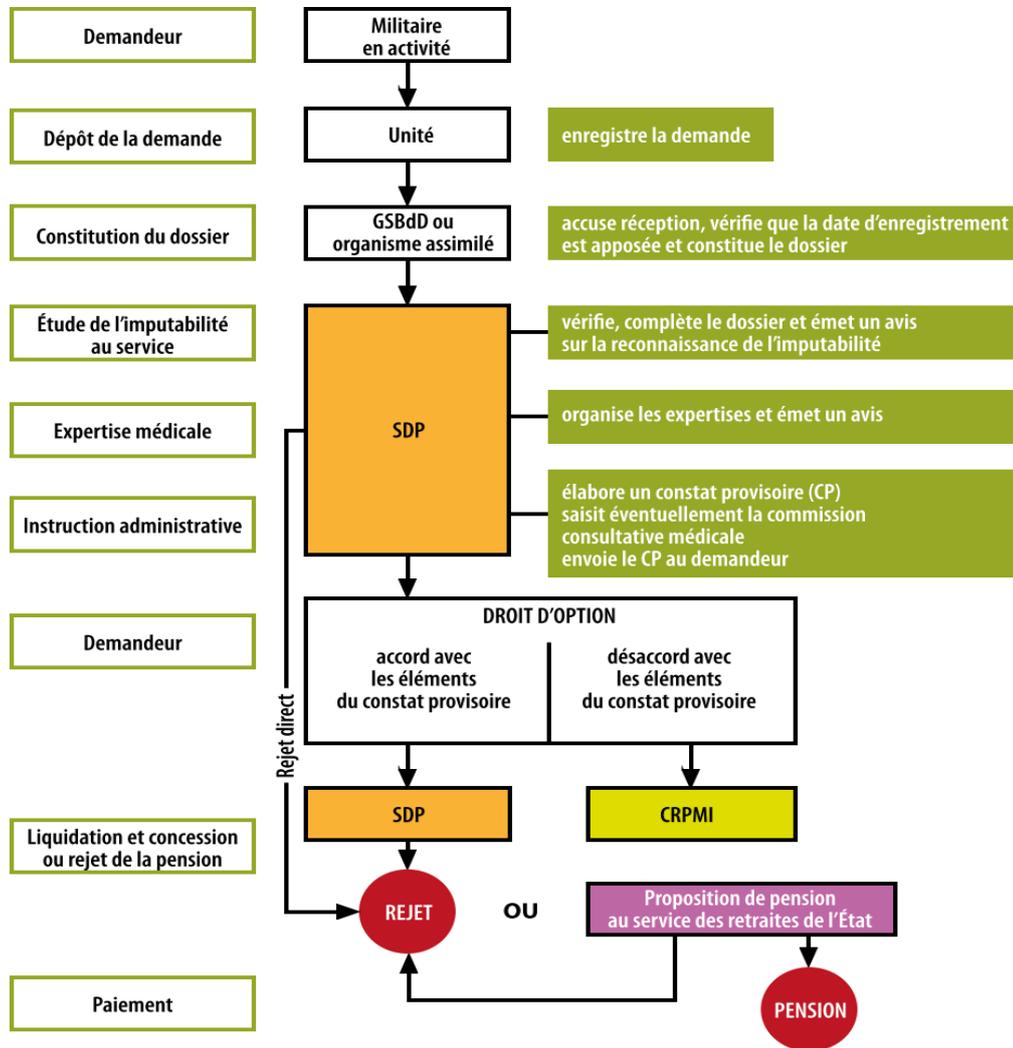
service. L'imputabilité au service de la blessure psychique ouvre ainsi droit à compensation via les pensions militaires d'invalidité (PMI) et la jurisprudence « Brugnot ».

Ainsi, le TSPT lié au service, dès lors qu'il entraîne un pourcentage d'invalidité minimum de 10% donne droit à une indemnisation statutaire via la PMI. Ce pourcentage d'invalidité est déterminé au cours d'une expertise psychiatrique qui évaluera l'ampleur des troubles mais également l'imputabilité au service.

La jurisprudence Brugnot permet l'indemnisation complémentaire des préjudices non couverts par la PMI (préjudice esthétique, préjudice d'agrément, altération de la qualité de vie, préjudice financier, ...).

Afin de faciliter ce parcours administratif et dans le cadre des plans d'action successifs, un « guide du militaire blessé » a été conçu qui permet de présenter de manière détaillée et simplifiée ses droits au militaire blessé. (51) (*Image 2*)

**Image 2 :** Parcours de reconnaissance de l'imputabilité (50)



SDP : Sous-direction des pensions

GSBdD : Groupe De Soutien de Base de Défense

CRPMI : Commission de Réforme des Pensions Militaires d'Invalidité

### 2.7.2. Congés statutaires

Le militaire blessé bénéficie de droits à congé maladie qui varient selon l'ancienneté du patient dans l'institution, du type d'engagement (de carrière ou sous contrat) mais également selon l'imputabilité ou non de la maladie.

Pour tout militaire arrivant au terme de ses droits à congé maladie ordinaire (6 mois), se pose la question de la reprise, le passage en congé de longue durée ou la réforme pour raison médicale en cas d'inaptitude définitive au service.

En cas de blessure imputable au service, le militaire peut bénéficier du « congé du blessé » (3 périodes de 6 mois au maximum). Ce congé maintient le blessé en position d'activité, permettant ainsi de faciliter sa transition vers le retour à l'emploi en milieu militaire. Pour toute affection psychiatrique durable, nécessitant des soins et ne permettant pas une reprise immédiate du travail, le militaire peut bénéficier du « Congé de Longue Durée pour Maladie » (CLDM) soit indirectement après la fin du congé au blessé, soit directement en l'absence de droit au congé du blessé si l'affection n'est pas reconnue imputable au service.

Dans le cadre du TSPT, si le lien au service est avéré, le patient nécessitant des soins prolongés a droit à 8 ans de Congé de Longue Durée pour Maladie (CLDM) dont 5 ans à pleine solde et 3 ans à demi-solde quel que soit son statut, de carrière ou sous contrat.

### 2.7.3. Cellule d'aide aux blessés

L'accompagnement médico-social du blessé, physique ou psychique, est facilité au sein des armées par les cellules d'aide aux blessés. Ces cellules ont pour mission de soutenir tout militaire blessé par le fait ou à l'occasion du service, depuis son hospitalisation jusqu'à la réinsertion, dans l'institution militaire, ou la reconversion en milieu civil.

Ces cellules existent dans les différentes armées. La plus ancienne et avancée dans les démarches proposées est la Cellule d'Aide aux Blessés de l'Armée de Terre (CABAT), créée en 1993. A ensuite été créée la CABMF pour l'Armée de l'Air en 2007 puis la Cellule d'Aide aux Blessés et d'Assistance aux familles de la Marine (CABAM) en 2011. Pour la Gendarmerie, la cellule d'aide aux blessés (BASG) a été fondée en 2015.

Les cellules d'aide aux blessés offrent une aide dans les démarches administratives du militaire blessé mais également des programmes d'écoute, des programmes sportifs et des aides à la reconversion ou à la réinsertion.

Elles contactent et viennent à la rencontre des militaires blessés physiquement en opération et des militaires souffrant de trouble de stress post-traumatique lié au service placés en Congé de Longue Durée pour Maladie (CLDM).

#### 2.7.4. Aides à la réinsertion

L'aide à la réinsertion du blessé psychique se fait essentiellement via les cellules d'aide aux blessés des régiments (pour les militaires en congé du blessé) et les cellules d'aide aux blessés de chaque armée (pour les patients en CLDM).

La CABAT notamment, grâce à des partenariats avec des entreprises civiles peut proposer des postes aménagés aux militaires blessés qui ne peuvent reprendre au sein de l'institution, ou bien des « postes blessés » au sein de l'institution. Ces postes blessés ont été spécifiquement créés pour les blessés psychiques.

La réinsertion peut également se faire via *Défense mobilité* qui est l'organisme officiel de l'armée, toutes armées confondues, chargé de la reconversion des militaires vers le milieu civil.

## **3. PROTOCOLE D'ETUDE**

### **3.1. Objectifs**

L'objectif principal de l'étude est d'explorer les différentes modalités du parcours de soins des militaires suivis en HIA pour TSPT lié au service.

Les objectifs secondaires sont de déterminer les différents facteurs influençant le parcours de soins des patients mais également d'étudier les représentations et le ressenti subjectif des patients sur leur prise en charge.

### **3.2. Matériel et méthodes**

#### **3.2.1. Type d'étude**

Pour explorer au mieux les parcours de soins des patients suivis pour TSPT dans les HIA, nous avons retenu une méthodologie mixte, qualitative et quantitative. Une étude observationnelle rétrospective et multicentrique a été réalisée, au sein des deux HIA de la plateforme Sud (Marseille et Toulon).

L'étude s'est faite en deux temps, selon un protocole exploratoire séquentiel, où la phase qualitative précède et sert de base à la phase quantitative. Pour la première phase, le recueil de données qualitatives s'est fait par le biais d'entretiens semi-dirigés. Pour la deuxième phase, le recueil de données quantitatives s'est fait par le biais d'un questionnaire conçu d'après les résultats de la première phase de travail.

#### **3.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion**

La population étudiée était constituée par des militaires suivis pour trouble de stress post-traumatique en lien avec le service, suivis en psychiatrie au sein d'un ou plusieurs HIA

Ont été exclus, les patients suivis pour un TSPT sans lien avec le service. Ce lien était déterminé par la reconnaissance d'une imputabilité au service par l'office des pensions de la Rochelle ou par le psychiatre qui suivait le patient si ces démarches étaient en cours.

Ont été exclus de la deuxième phase de l'étude les patients déjà inclus lors de la première phase de l'étude.

### 3.2.3. Phase 1 : étude qualitative

#### 3.2.3.1. *Échantillonnage*

Les patients inclus dans l'étude ont été recrutés au sein des hôpitaux d'instruction des armées Sainte-Anne à Toulon et Laveran à Marseille entre septembre et novembre 2017.

Les patients répondant aux critères d'inclusion se sont vus proposer de participer à l'étude par leur psychiatre référent. S'ils acceptaient de participer, ils étaient recontactés par téléphone pour convenir d'une date d'entretien.

#### 3.2.3.2. *Nombre de sujets nécessaires*

Le nombre de sujets nécessaires correspond au nombre de patients permettant d'arriver à saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'aucun thème nouveau n'apparaissait dans l'analyse des entretiens. En se basant sur les données de la littérature, nous avons anticipé un nombre de sujets nécessaires compris entre 15 et 20.

#### 3.2.3.3. *Recueil des données*

Les entretiens semi-dirigés ont été effectués sur la base d'un guide d'entretien composé de 9 questions (*Annexe 1*).

Il a été expliqué aux patients les objectifs et le protocole de l'étude, une première fois au téléphone puis une deuxième fois lors du rendez-vous. Il leur était garanti également l'assurance du maintien de l'anonymat ainsi que leur droit de se rétracter à n'importe quel

moment. Une fiche de consentement éclairé a été signée par chaque patient et consignée dans le protocole de l'étude (*Annexe 2*).

Les entretiens ont tous été enregistrés au moyen d'un dictaphone pour faciliter la retranscription des données, avec l'accord des patients.

Les 10 premiers entretiens ainsi que le 12<sup>ème</sup> ont été effectués dans le service de psychiatrie de l'HIA Sainte-Anne, dans un bureau dédié aux entretiens familiaux. Les autres entretiens ont été effectués dans un bureau de consultation au sein du service de psychiatrie de l'HIA Laveran. Les lieux des entretiens ont été choisis de manière à favoriser la libre expression par les patients, dans des lieux calmes et les plus neutres possible.

Le guide d'entretien a été remanié après les deux premiers entretiens, la formulation de la question 3 a été changée car elle était difficilement comprise par les patients. Cette question interrogeait les patients sur leur vision du trouble de stress post-traumatique mais les premiers patients ont eu des difficultés à en comprendre le sens (*Annexe 1*).

#### *3.2.3.4. Analyse des données*

Chaque entretien a été retranscrit intégralement sous forme de verbatims au moyen d'un logiciel de traitement de texte (*Annexe 3*).

Les thèmes évoqués ont été mis en évidence par lectures successives des verbatims.

Une analyse thématique a été réalisée, d'abord individuelle permettant de mettre en évidence les thèmes et les sous-thèmes abordés ; puis une analyse transversale a été réalisée pour regrouper les données. Les résultats ont été exposés sous forme de graphiques afin d'en faciliter la lecture.

Une relecture intégrale des verbatims a été effectuée à la fin de l'étude pour s'assurer de l'exhaustivité de l'analyse thématique, c'est-à-dire vérifier qu'aucune autre thématique n'ait pu être négligée.

L'analyse thématique a servi de base à la rédaction du questionnaire de la deuxième phase de l'étude.

### 3.2.4. Phase 2 : questionnaires

#### 3.2.4.1. *Echantillonnage*

Les questionnaires ont été soumis aux patients suivis pour un trouble de stress post-traumatique en lien avec le service au sein des HIA Sainte Anne et Laveran. Les patients ne devaient pas avoir été reçus en entretien semi-dirigé préalablement afin d'augmenter la diversité des données recueillies.

#### 3.2.4.2. *Elaboration des questionnaires*

L'élaboration des questionnaires s'est faite d'après l'analyse thématique effectuée en phase 1. Les différents thèmes et sous-thèmes évoqués ainsi que les différents parcours de soins décrits par les patients ont permis de cibler précisément le questionnaire.

Une première partie était consacrée aux données socio-démographiques, était ensuite exploré le parcours opérationnel des patients puis les différents champs du parcours de soins : suivi médical, psychothérapies, pharmacothérapie et accompagnement social.

La dernière partie du questionnaire interrogeait les patients sur leur ressenti par rapport aux soins en termes de satisfaction.

Une tribune libre a été laissée pour d'éventuels commentaires ou pistes d'amélioration. Les questions étaient majoritairement fermées pour limiter les risques de biaiser l'étude.

Le questionnaire a été modifié après la passation du premier patient de l'étude, certaines questions ont ainsi été reformulées et précisées.

La durée de passation du questionnaire était inférieure à 10 minutes.

En se basant sur le nombre de sujets suivis pour TSPT dans les services de psychiatrie de Sainte-Anne et Laveran et sur le nombre de patients déjà rencontrés lors de la phase 1, nous avons fixé un objectif de recueil de 20 questionnaires par HIA.

Le questionnaire est consultable en annexe (*Annexe 4*).

### 3.2.4.3. *Recueil et analyse des données*

Les questionnaires ont été soumis aux patients par leur psychiatre traitant ou par les secrétaires des services de psychiatrie. L'éligibilité des patients était déterminée par la cotation diagnostique sur le dossier médical informatisé pour l'HIA Sainte-Anne (code CIM-10 : F43.3<sup>3</sup>), secondairement validée par les psychiatres référents. Pour l'HIA Laveran, le recrutement s'est fait directement par le biais des psychiatres du service.

Le principe de l'étude était expliqué à chaque patient par le psychiatre référent et précisé au patient sur la première page du questionnaire. Le questionnaire était rempli par le patient, sans intervention du médecin ou autre tiers, en salle d'attente la plupart du temps.

Les patients étaient assurés de l'anonymisation des données recueillies.

Quelques patients ont rempli le questionnaire chez eux puis l'ont ramené lors d'une consultation ultérieure. D'autres patients étaient hospitalisés au moment de la passation du questionnaire.

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel®. Les résultats concernant des variables quantitatives sont exprimées sous forme de moyenne +/- écart-type ou sous forme de médiane avec l'étendue [valeur minimale – valeur maximale]. Les variables qualitatives sont exprimées en termes d'effectifs et de fréquences en pourcentages.

### 3.2.5. Aspects réglementaires

Le protocole d'étude a été présenté et validé au cours du comité d'éthique de l'Hôpital Sainte-Anne à Toulon, au mois mai 2017.

L'étude était non-interventionnelle et rétrospective, et les résultats des questionnaires ne modifiaient pas la prise en charge des patients. Le protocole de recherche ne rentrant pas dans le cadre de la loi Jardé, il n'a pas été nécessaire de valider le protocole par un Comité de Protection des Personnes (CPP).

---

<sup>3</sup> CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, classification européenne utilisée au sein de l'HIA pour la cotation diagnostique des pathologies.

### 3.3. Résultats

#### 3.3.1. Analyse qualitative

##### 3.3.1.1. Caractéristiques de l'échantillon

16 patients ont été inclus dans la première phase de l'étude afin d'arriver à saturation des données. Aucun concept nouveau n'a été abordé après le 13<sup>ème</sup> entretien, ce qui a été confirmé par les 3 derniers entretiens permettant de s'assurer de la saturation des données.

L'échantillon était constitué de 15 hommes et d'une femme. 50% des patients étaient en couple ou mariés et 50% étaient célibataires. L'âge moyen de l'échantillon était de 41 ans.

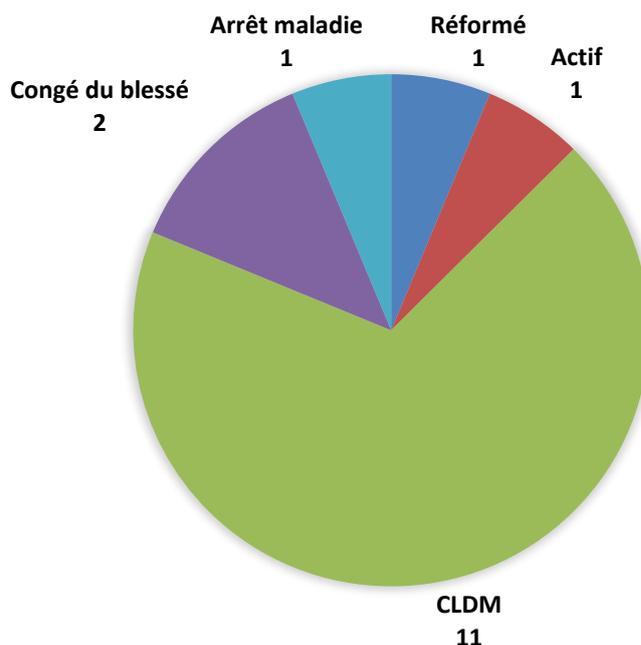
Les patients venaient de l'armée de l'Air (1 patient), de l'armée de Terre (13 patients) ou de la gendarmerie (2 patients).

L'échantillon était composé de 8 militaires du rang, 7 sous-officiers et 1 officier.

La durée moyenne d'engagement à l'armée était de 19,8 ans avec une durée minimale de 5 ans et un engagement maximal de 42 ans.

Parmi ces patients, 1 était actif, 1 était tout juste réformé, 1 était en arrêt maladie, 11 étaient en Congé de Longue Durée pour Maladie (CLDM) et 2 étaient en congé du blessé (*figure 1*).

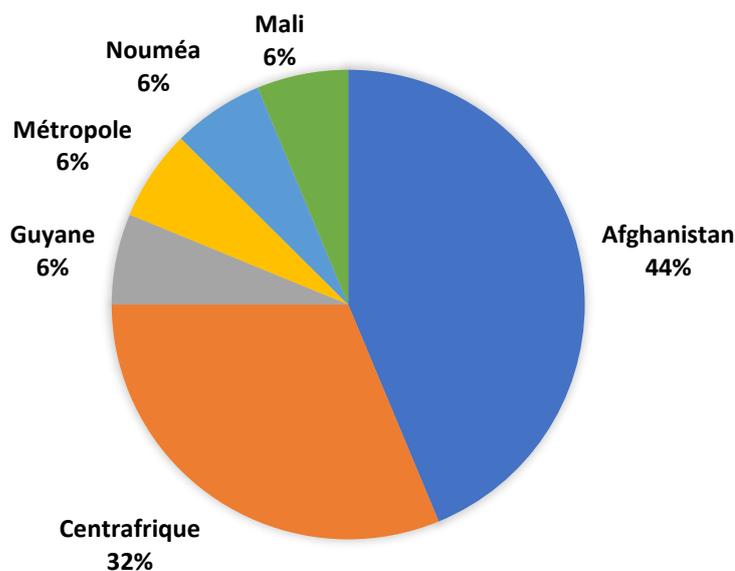
**Figure 1 :** Statut des patients interrogés



10 patients étaient suivis au sein de l'HIA Sainte-Anne et 6 étaient suivis au sein de l'HIA Laveran.

Les événements traumatiques principaux des patients interrogés étaient en grande majorité en lien avec une opération extérieure, soit dans 81% des cas. L'opération Pamir en Afghanistan était retrouvée dans 44% des cas, théâtre le plus représenté devant l'opération Sangaris en Centrafrique (32% des cas) (*Figure 2*). Ces éléments corroborent ce que nous observons en clinique, ces deux OPEX étant particulièrement pourvoyeuses de TSPT, possiblement du fait de la confrontation récurrente à des scènes à risque traumatique (charniers, exactions à l'arme blanche, ...) et du risque d'attaques imprévisibles en Afghanistan caractérisé par la menace IED.

**Figure 2 :** *Lieu de l'évènement traumatique principal*



Les entretiens ont été réalisés entre septembre et novembre 2017. La durée moyenne des entretiens était de 31 minutes avec des valeurs extrêmes de 12 et 64 minutes.

L'ensemble des caractéristiques de l'échantillon est résumé dans le tableau ci-dessous (*tableau 2*).

**Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon**

N°	Age	Lien au service	Sexe	HIA de suivi	Armée	Grade	Statut médico-militaire	Durée de l'entretien	Nombre de psychiatres	Nombre d'HIA	OPEX	lieu de l'évènement traumatique
1	45	29 ans	H	Sainte-Anne	Armée de l'air	ADC	CLDM	59 minutes	5	1	6	Guyane
2	27	9 ans	H	Sainte-Anne	Armée de Terre	Caporal	CLDM	15 minutes	1	1	4	Centrafrique
3	52	31 ans	H	Sainte-Anne	Gendarmerie	ADJ	CLDM	41 minutes	4	2	7	Nouméa
4	41	20 ans	H	Sainte-Anne	Armée de Terre	Caporal-chef	CLDM	23 minutes	2	1	5	Afghanistan
5	40	23 ans	H	Sainte-Anne	Armée de Terre	Caporal-chef	CLDM	64 minutes	3	1	5	Afghanistan
6	45	22 ans	H	Sainte-Anne	Armée de Terre	Capitaine	Congé du blessé	48 minutes	3	2	4	Afghanistan
7	54	36 ans	H	Sainte-Anne	Gendarmerie	ADC	CLDM	35 minutes	2	1	0	Métropole
8	28	5 ans	H	Sainte-Anne	Armée de Terre	Caporal	congé maladie	12 minutes	1	1	3	Centrafrique
9	27	9 ans	H	Sainte-Anne	Armée de Terre	Caporal	CLDM	17 minutes	2	3	3	Centrafrique
10	38	17 ans	H	Laveran	Armée de Terre	ADC	CLDM	24 minutes	1	1	11	Centrafrique
11	58	42 ans	H	Sainte-Anne	Armée de Terre	ADC	réformé	24 minutes	3	1	22	Ex-Yougoslavie, Rwanda, Afghanistan
12	47	26 ans	H	Laveran	Armée de Terre	Caporal-chef	CLDM	36 minutes	1	1	6	Afghanistan
13	33	11 ans	H	Laveran	Armée de Terre	Sergent	Actif	16 minutes	1	1	1	Centrafrique
14	38	8 ans	H	Laveran	Armée de Terre	MDR	CLDM	31 minutes	2	2	3	Mali
15	45	23 ans	H	Laveran	Armée de Terre	Caporal-chef	congé du blessé	39 minutes	2	1	9	Afghanistan
16	41	5 ans	F	Laveran	Armée de Terre	sous-officier	CLDM	16 minutes	2	1	6	Afghanistan

ADJ : Adjudant    ADC : Adjudant-chef    MDR : militaire du rang

### 3.3.1.2. Analyse thématique

#### a. Circonstances d'entrée dans les soins psychiatriques en HIA

Les circonstances d'entrée dans les soins en HIA sont variées. Pour quasiment tous les patients, sauf 2 directement rapatriés en HIA, le suivi hospitalier a été coordonné par le médecin d'unité. Mais, les circonstances de cette orientation par le médecin des forces sont multiples.

Certains patients ont commencé le suivi psychiatrique en HIA dans les suites d'une **convocation**, soit au CMA, soit directement en HIA. Pour un patient il s'agissait d'une expertise obligatoire avant une éventuelle reprise :

- (N1) « *J'étais obligé de passer par ici (...) obligatoirement selon le délai d'arrêt qu'on a, on est obligé de voir un spécialiste pour revoir l'aptitude aéronautique, (...) donc j'avais été obligé de refaire un CLDM et... de repasser voir un spécialiste [en HIA] ».*

Pour ce même patient, il n'y avait pas eu de suivi après cette expertise, le suivi a réellement commencé quelques années plus tard suite à une consultation au CMA en vue du départ à la retraite :

- (N1) « *Donc j'ai déposé ma mise à la retraite (...) j'avais mon CLDM qui finissait en octobre (...) donc je pose ma demande de mise à la retraite, et après justement je devais voir ce médecin. Et là je lui ai dit, « c'est bon j'arrête ». Et là il m'a dit que non, ça ne va pas se passer comme ça. Et c'est lui qui m'a dit y a plein de gens qui sont arrêtés pour rien du tout, il est hors de question que tu partes comme ça. Voilà. Donc il a bloqué la demande de mise à la retraite et m'a dit voilà, maintenant tu vas partir dans ce système-là, même si ça me plaisait pas. (sourit). En fait après ils ont réuni tous les médecins qui étaient à Solenzara, ils se sont mis en face de moi et ils m'ont dit « voilà, faut pas que tu partes comme ça, et ils m'ont adressé en psychiatrie sur l'HIA ».*

Un autre mode d'entrée dans les soins est le **rapatriement sanitaire**, soit au cours d'une **OPEX** soit lors d'une mission en outre-mer :

- (N14) « *On était un groupe de 7 (...) et on est parti dans le VAB et là ça a secoué le VAB très fort, ça a fait un bruit énorme et tout le monde s'est jeté partout. (...) Sur le moment j'me suis pas rendu qu'est ce que j'ai dans le cou, sur l'effet d'adrénaline, et après, une fois que j'ai vu qu'il y avait l'hélico le tigre qui était sur place... (...) Et, j'ai vu ma main droite était gonflée énormément, je sentais une sensation de douleur qui s'avancait depuis mes pieds, le bas des pieds bien vers mes jambes, et ça monte, et c'est une douleur qui était trop forte, j'étais obligé de crier, j'ai pas pu supporter ça. (...) Et là, l'antenne médicale nous a reçu là-bas et tout, ils nous ont fait des radios et là le médecin il a dit que je devais être évacué en premier, au plus vite, parce que comme j'avais la douleur derrière le cou ils ont dit que les cervicales étaient touchées. Le lendemain ils m'ont ramené au Niger, escale, là y avait l'avion Falcon qui m'attendait là-bas pour m'emmener directement à Paris, Percy. Là je suis resté 11 jours à Percy, dans le service de chirurgie. (...) C'est à partir du moment où j'ai été à Percy pour la première fois, y a un médecin psychiatre qui est venu me voir, quand j'étais hospitalisé. Et il m'a dit voilà, il faut que parle de ce que je ressens et il m'a dit c'était une maladie qui s'appelait stress post-traumatique. »,*

- (N3) « *Euh... après c'est donc en 2003 je fais un séjour en Nouvelle-Calédonie, je fais une forte consommation d'alcool et ça a été constaté. J'ai été rapatrié à Nouméa, j'étais sur les îles loyautés, et là le médecin, bon c'était pas un médecin gendarmerie spécialement parce que c'était un peu interarmes là à Nouméa, lui a établi les... enfin il constatait les symptômes de ça. Enfin lui c'était pas un spécialiste donc après j'ai été rapatrié à Percy et c'est à l'hôpital de Percy qu'il a été demandé, par je ne sais plus quel médecin militaire, l'ouverture d'un dossier de pension d'invalidité et que j'ai vu un psychiatre pour la première fois ».*

Pour 3 patients, la prise en charge psychiatrique a débuté suite à un **épisode psychiatrique aigu**. Pour un patient, c'est une tentative de suicide, lors d'un exercice militaire faisant réactiver le TSPT, qui a provoqué le début des soins :

- (N6) « *au mois de novembre 2010 (1 an après l'OPEX en Afghanistan) on a fait un exercice régimentaire à La Courtine dont le thème était l'Afghanistan et qui reprenait les dynamiques que j'avais connu là-bas. Moi j'étais à la conduite des opérations, bon ça se passait bien 2-3 jours. (...) On était dans une tente, on voyait pas le paysage, alors qu'il neigeait dehors. Et*

*moi sans m'en rendre compte ben en fait j'étais en Afghanistan. Et quand j'entendais qu'il y avait dans l'exercice des blessés des truc comme ça, et j'voyais que ça se passait pas comme, c'était beaucoup de théorie, le régiment l'avait pas fait donc ils tâtonnaient, ça commençait à m'horripiler, j leur disais « écoutez-moi, moi je sais, c'est pas comme ça qu'on fait ». Et puis là tout d'un coup j'ai commencé à faire des cauchemars. Mais alors des cauchemars, c'est-à-dire que les 2 nuits suivantes j'en ai pas dormi. Et à tel point qu'une nuit j'ai pris mon arme et je l'ai mis dans ma bouche mais y avait mon camarade qui était à côté qui dormait pas, il m'a vu et il m'en a empêché. Donc là, il a discuté avec moi jusqu'au matin, au matin il a prévenu le chef de corps et le médecin capitaine du régiment, on m'a tout de suite évacué ».*

La réactivation violente et brutale du TSPT est retrouvée dans plusieurs entretiens, lors d'un « simple » examen médical où les bruits de l'IRM font revivre des coups de feu :

- (N5) *«Et un jour, étant ancien parachutiste j'ai eu des problèmes de cervicales (...) et j'ai dû passer un IRM. Et en fin de compte j'ai eu une reviviscence dans le tube. Dans l'IRM en question où j'ai eu une vision, c'est vous qui le dites les professionnels de santé, c'qu'on appelle une « reviviscence diurne » où j'ai revécu une scène en blindé blanc à l'intérieur du VAB en fait. On avait été un peu TIC<sup>4</sup>, on s'était fait tirer dessus. Ma réaction a été de sortir de l'IRM, de m'coucher au sol et voilà. Et du fait que j'étais dans un hôpital militaire, on m'a fait comprendre que c'était pas anodin cette chose-là. »* ; ou encore par le déclenchement d'attaques de panique sur le lieu de travail :

- (N12) *« après mon retour, en octobre 2012, 3 mois après j'ai eu des cauchemars à répétition, des crises d'angoisse. Je savais pas ce que c'était des crises d'angoisse je savais juste que j'étais très très mal. Et pendant longtemps, pendant au moins 1 an je ne disais rien, jusqu'au jour où j'ai fait une grosse crise d'angoisse sur mon lieu de travail (...) et là on m'a amené à l'infirmerie de régiment où a été décelé un stress post-traumatique, (précise) enfin une grosse crise d'angoisse et après j'ai vu un psychiatre militaire en HIA qui me suit depuis ».*

**L'entourage** a également une place importante et peut servir de déclencheur aux soins :

- (N5) *« Mon entourage sentait que j'avais changé. M'a dit écoute t'as l'opportunité de te soigner (...) donc prends soin de toi et vas-y quoi. Donc de là j'ai lâché prise et j'suis venu consulter »,*

---

<sup>4</sup> TIC : de l'anglais *Troops In Contact*, être la cible de tirs ennemis

- (N15) « *Quand je suis revenu à la maison, j'ai emmené mon épouse j'étais en permission ça faisait même pas 4-5 jours, (...) j'étais dans la rue et j'ai ressenti une oppression terrible. Je voyais du mal partout, hypervigilance mais décuplée quoi. J'ai failli partir ! Après j'ai commencé à être pas bien, mon épouse a commencé à le voir, avec des comportements et des réactions un peu... Elle m'a dit tu devrais en parler. (...) J'ai pris rendez-vous mais y avait pas mal de délai et j'y suis allé donc début avril 2015. J'avais vu mon médecin d'unité qui m'avait fait passer le test, la PCLS, et le médecin de CMA m'a dit qu'il fallait que je consulte en psy ».*

Pour 2 patients de l'échantillon, c'est un **supérieur hiérarchique** qui a précipité les soins :

- (N9) « *après ma mission en Centrafrique voilà y a eu un changement dans mon comportement. Moi j'm'en suis pas rendu compte mais ça s'est vu sur les gens qui m'connaissaient et... même dans les comment dire... j'étais plus autant patient qu'avant en fait. J'm'emportais assez vite et j'm'énervais beaucoup. Donc du coup mon Commandant d'unité il m'a fait prendre rendez-vous à l'infirmerie et c'est eux qui m'ont envoyé en fait à Metz, voir une psy et c'est elle qui m'a diagnostiqué on va dire ».*

- (N13) « *ben pour moi ça a commencé par un cauchemar, deux cauchemars, trois cauchemars, j'me suis dit ça va passer parce que c'est quand même normal de faire des cauchemars. (...) Et à un moment ça a tellement pris d'ampleur que ça s'est vu par l'extérieur, et ça, même physiquement je suivais pas, ça se voyait vraiment et du coup, à un moment, c'est vraiment allé un petit peu trop loin donc mon chef de section m'a appelé en disant que j'allais vraiment pas bien et il m'a un peu forcé la main pour aller voir le médecin sans pour autant que quelqu'un sache ce que j'avais. Mais comme j'ai vu le médecin j'me suis dit c'est bon, on est arrivé à un stade où j'dois en parler. Et c'est comme ça que j'ai commencé à parler au médecin d'unité qui lui m'a envoyé voir le spécialiste ».*

Enfin, **près de la moitié des patients ont consulté d'eux-mêmes un médecin**. Sur les 7 patients en question, 3 d'entre eux ont consulté prioritairement le médecin d'unité :

- (N8) « *dans un premier temps j'me suis rendu compte que j'buvais pas mal d'alcool, que j'avais toujours ben, tout ça en tête. J'm'en suis rendu compte du coup ben j'ai préféré prendre du recul. J'me suis mis en arrêt avec un médecin civil, j'lui ai expliqué c'qu'il se*

*passait. Il m'a conseillé d'appeler les hôpitaux pour être pris en charge par des psychiatre ou psychologue. Donc j'ai fait ça, j'ai appelé les hôpitaux mais il fallait passer par un médecin militaire du coup j'ai appelé directement la psychologue du régiment, j'ai pris rendez-vous avec elle. On a eu notre rendez-vous, j'ai tout expliqué, du coup le lendemain j'ai eu rendez-vous avec un médecin qui m'a donné des médicaments pour pouvoir dormir un peu, enfin, soulager un peu les choses. Et de là après eux le régiment ont appelé directement l'HIA pour que j'sois pris en charge »,*

*- (N11) « en fait un matin j'me suis dit « il faut que j'aille voir le médecin militaire » parce que je dormais plus. J'avais dû dormir 2-3heures. C'était en 2013. Et là c'était un jeune capitaine, il m'a dit déjà il faut que vous alliez faire une cure sommeil et alcool et après on verra. Et là après il m'a dirigé vers le premier psychiatre militaire, on a débuté une thérapie » ;*

*- (N16) « Il y a quelque chose en moi qui s'est passé et donc des crises d'angoisse, la peur, pas envie de partir, pas envie de toucher une arme, parce qu'à ce moment-là je devais partir en mission et je m'en sentais incapable. J'étais complètement submergée par mes émotions et je n'arrivais plus à rien. Donc il fallait bien que je parle de ça mais parler de ça c'est pas évident, parce que pour moi je le voyais comme une faiblesse. Donc je suis allée voir mon médecin d'unité, (...) j'ai prétexté d'une boule sous le bras (...) il a fini par me présenter à un psychiatre militaire, qui me suit maintenant depuis le début ».*

Les 4 autres patients avaient commencé une **prise en charge dans le civil** avant d'être suivis en HIA.

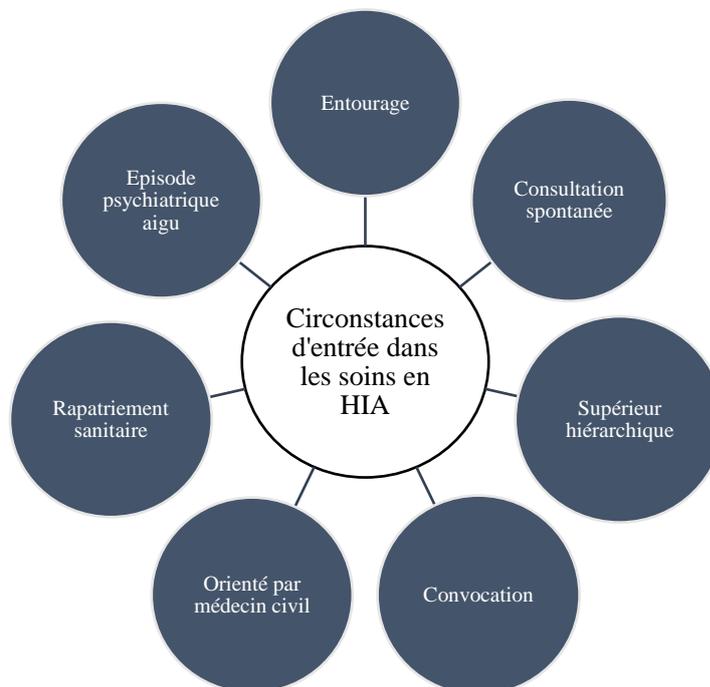
Cette prise en charge en milieu civil a eu lieu soit avec un psychiatre ou un médecin généraliste, qui ont souvent rapidement réorienté le patient vers le milieu militaire.

*- (N4) « J'ai atterri à Cogolin dans une clinique psychiatrique. Là y a un médecin, qui apparemment est un professeur là-bas, j'me rappelle plus de son nom, c'est lui qui a écrit le courrier qui a fait que le régiment m'a orienté ici dans le service [en HIA]. (...) Au début j'comprenais pas trop de quoi il me parlait, ... et on va dire qu'à la deuxième séance j'ai commencé à écouter un peu ce qu'il me racontait. Et il m'a demandé si j'connaisais l'EMDR. Alors pour moi le MDR c'est militaire du rang quoi. Voilà ça s'arrête là quoi. (...) Et bon il a été honnête hein, il m'a dit " vaut mieux que votre boulot soit au courant " »,*

- (N7) « ben en fait c'est après quand les troubles sont réapparus à partir de mars 2015. (...) Là les troubles sont réapparus, troubles du sommeil, encore plus. Donc là j'ai consulté au mois de juin mon médecin d'unité, à Antibes, à l'escadron de gendarmerie. Et il a demandé à ce que je consulte immédiatement en psychiatrie à Nice, chez un psychiatre civil en hôpital qui m'a suivi jusqu'en septembre. En février on remet mes capacités en doute, puis en juin 2015 je vois le médecin militaire qui m'arrête et m'envoie chez un psychiatre civil. Et après les premières entrevues, le psychiatre civil a envoyé une espèce de compte-rendu au médecin militaire qui m'a envoyé après en expertise en HIA auprès d'un psychiatre militaire. »

- (N10) « Le médecin civil c'était rapidement en rentrant, en 2016. Je venais d'arriver dans la région donc j'ai pris le premier médecin que je trouvais en fait. C'est lui qui m'a mis en arrêt de travail. Et après j'ai vu le médecin d'unité deux fois et après j'suis venu en HIA. »

**Figure 3** : Circonstances d'entrée dans les soins



b. Expériences antérieures avec la psychiatrie

9 patients sur 16 n'avaient **jamais** rencontré de psychiatre ou psychologue, civil ou militaire, avant le déclenchement du TSPT et des soins en HIA.

Pour 3 patients, le premier contact avec un psychiatre a eu lieu au cours d'un **SAS post-OPEX** :

- (N9) « En 2012, après l'Afghanistan. Les médecins ben les psys qu'on a vu au sas de décompression ils nous ont parlé de cet état-là. Que ça arrivait souvent après les missions etc. (...) J'en ai eu un au retour de la Centrafrique. Mais bon il était pas aussi bien que celui après l'Afga. (...) Ben en fait sur l'Afghanistan on était passé en groupe une première fois et ensuite ça s'est passé ben chacun son tour on est passé devant »,

- (N10) : « Après l'Afghanistan oui, dans les sas de décompression. A Paphos pour l'Afghanistan et... je sais plus où pour la Centrafrique. C'est une partie que j'ai vraiment occultée. Je sais que je suis allé en sas mais je ne sais même plus où. Ça devait être en Crète »,

- (N12) : « A Paphos, (...) on avait le stage de décompression au retour d'Afghanistan. C'était des prises en charge de groupe. (...) Et j'avais vu un psychiatre juste après une mission en Afghanistan qui s'était très très mal passée. Et une semaine après on avait eu un psychiatre qui était revenu directement nous voir sur le terrain. Ça c'était en 2012, et il nous avait vu individuellement ».

Un patient avait entamé un **suivi psychologique** après le premier évènement traumatique subi, plus de dix ans avant la prise en charge en HIA :

- (N7) « Je l'ai vu en 1999 en fait, juste après le téléphérique du pic de Bure (...) donc il y a 15 ans, (...) c'était gratuit, anonyme, moi j'lui avais expliqué que j'étais gendarme. J'lui ai beaucoup parlé, j'lui ai raconté que j'arrivais plus à dormir, que je faisais beaucoup de cauchemars de gens qui étaient morts dans les cercueils et dont on fermait la boîte. C'était quelque chose d'effroyable quoi. (...) J'crois que c'était une association (...) y avait d'autres psychologues aussi. C'était le premier spécialiste en « santé mentale » que j'ai rencontré ».

Un patient de l'échantillon avait eu une première expérience de la psychiatrie du fait d'une **hospitalisation pour un sevrage addictologique** :

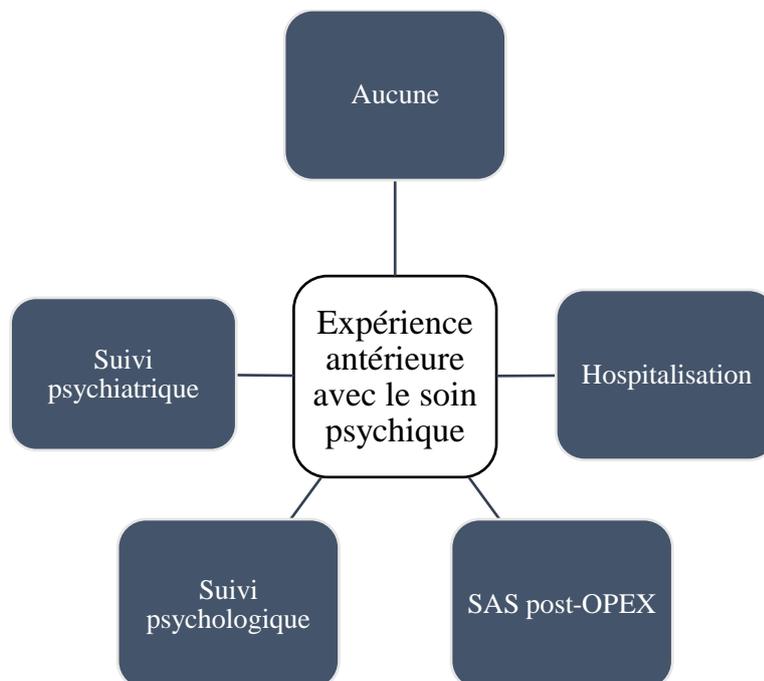
- (N4) : « *J'ai atterri à Cogolin dans une clinique psychiatrique. (...) C'était une hospitalisation libre. J'avais pas trop envie d'y aller ni d'atterrir là-bas* ».

Enfin, deux patients avaient initié un **suivi psychiatrique avec un psychiatre civil**, pour le TSPT, plusieurs années avant la prise en charge en HIA :

- (N2) : « *j'ai dû le voir 4 mois, 6 mois, peut-être même un an. Au moins un an, en complément d'ici. Enfin, au début c'était lui tout seul et après c'était les deux en même temps, en complément. Et après j'ai arrêté* »,

- (N3) : « *Mais j'étais déjà suivi depuis 2001... De 2001 à 2003 j'avais été déjà pris en charge, par un médecin psychiatre qui était spécialisé dans ça, de ma propre initiative* ».

**Figure 4** : *Expérience antérieure avec la psychiatrie*



c. Facteurs influençant le lieu des soins

L'analyse des circonstances d'entrée dans les soins et des antécédents a permis de mettre en évidence qu'un nombre important de patients était suivi en milieu civil avant ou en parallèle de la prise en charge en HIA. On retrouve dans les entretiens différentes raisons à cela.

Dans certains cas, le suivi en milieu civil était justifié par des **raisons pratiques et organisationnelles**. En effet, les HIA soutiennent des régions vastes et les patients sont parfois à plusieurs heures de route voire de bateau de leur HIA de rattachement. C'est le cas notamment pour un patient résidant en Corse, qui a un double suivi civil et militaire depuis le début de la prise en charge :

- (N1) « *C'est la galère ça c'est clair. (...) Ben là j'ai pris le bateau. Là j'suis allé sur Porto-Vecchio, d'habitude je vais à Bastia. J'ai pris le bateau de nuit, hier soir à 18h, je dors sur le bateau je prends une cabine et je repars le soir* »,

- (N7) « *j'ai consulté au mois de juin mon médecin d'unité, à Antibes, à l'escadron de gendarmerie. Et il a demandé à ce que je consulte immédiatement en psychiatrie à Nice, chez un psychiatre civil en hôpital qui m'a suivi jusqu'en septembre* »

Pour plusieurs patients, ayant consulté d'eux-mêmes en milieu civil, la raison est à trouver dans leurs représentations du Service de Santé des armées. En effet, on retrouve dans plusieurs entretiens la crainte d'un **impact négatif sur les aptitudes et sur la carrière** :

- (N3) « *Sachant qu'en principe il faut passer voir le médecin militaire, bon moi je pensais que ça allait être rapidement réglé du coup j'y suis pas passé. Donc j'avais un peu shunté le service de santé des armées puisqu'obligatoirement il y a des restrictions d'emploi. Ce qui fait qu'au niveau carrière avancement en général on met un coup d'arrêt et c'est d'ailleurs au final ce qu'il s'est passé dans les faits* »,

- (N4) « *Parce que moi j'avais... comme tout bon militaire on n'a pas trop envie que notre carrière s'arrête sur un truc pareil. Et il m'a orienté vers un collègue à lui qui est à Ramatuelle et qui fait du « MDR » [EMDR]* »,

- (N7) « *Je verrais par moi-même un psychologue civil mais je le dirai pas à la gendarmerie pour éviter d'avoir des problèmes. (...) A l'époque j'pouvais pas risquer de perdre mon*

*travail, j'avais que 6 ans de service, on avait 2 enfants déjà. Et puis bon la maladie on la connaissait pas. Et puis quand vous passez en visite annuelle, d'aptitude, si vous racontez ça vous risquez de perdre votre boulot. ».*

Pour un patient, le suivi en milieu civil, en plus du problème de la distance, était également lié à un « **rejet de l'institution** » depuis le déclenchement des symptômes, avec le sentiment d'un **manque de neutralité** dans la prise en charge médicale :

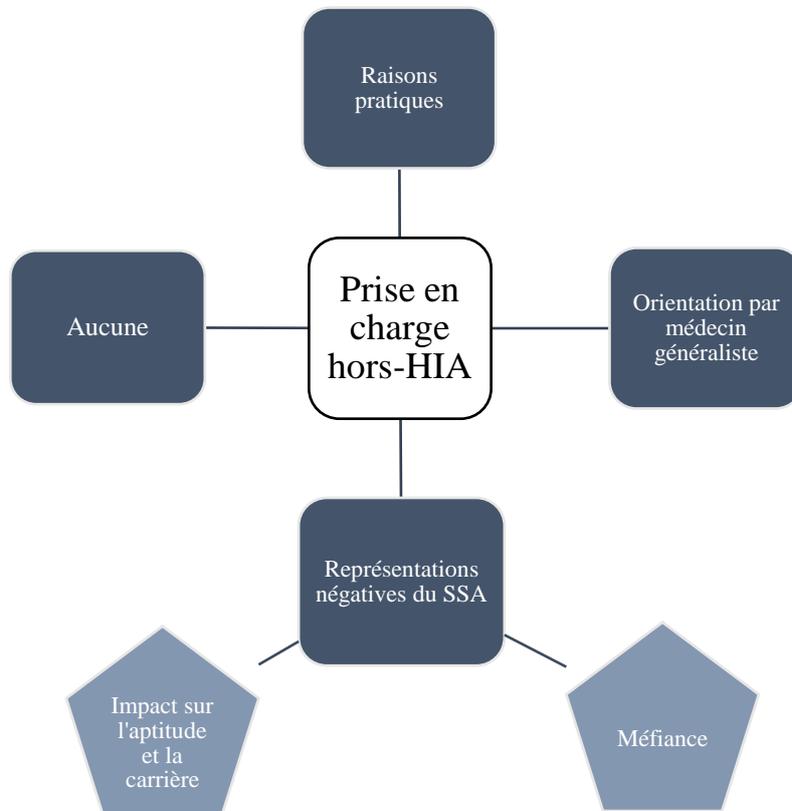
- (N1) « *Euh, déjà une première chose c'est que, c'est vrai que je refusais un peu le système militaire. Donc déjà d'être pris en compte par les civils ça me rassurait. C'est vrai, faut dire c'qu'y est. (...) Et c'est que les médecins militaires, (précise) ils volent avec nous, hein. (...) Ce qui a été triste c'est que le médecin quand il m'a contacté, parce que j'étais arrêté donc le médecin m'a contacté, il m'a demandé ce qu'il y avait donc je lui ai expliqué. Il m'a dit « je l'avais vu ». Ça ça m'a choqué, parce que je me dis que lui il aurait pu m'arrêter avant, me prendre entre quatre yeux et me dire « là ça va pas ». C'est c'qui a conforté ma méfiance envers tous les médecins militaires et je suis persuadé qu'ils sont pas neutres dans leur façon de faire ».*

Enfin, dans plusieurs cas, le suivi en milieu civil s'est fait sur les **conseils du médecin généraliste** vu en premier (militaire ou civil) :

- (N2) « *j'suis allé voir un psychiatre civil avant. (...) c'est le généraliste qui m'a envoyé là-bas. Au début c'était lui tout seul et après c'était les deux en même temps, en complément. Et après j'ai arrêté ».*

- (N3) « *Ben j'avais vu le médecin de famille à qui j'avais raconté un peu les problèmes que j'avais, et il m'a orienté dans un premier temps vers un psychiatre qu'il connaissait, qui n'était pas spécialisé dans ce domaine. Il m'a vu pendant à peu près 6 mois, voir s'il y avait rien eu pendant l'enfance etc. Bon lui il s'orientait plutôt vers un état de stress post-traumatique et il m'a envoyé à ce moment-là voir un confrère qui me suit depuis ».*

**Figure 5 :** Facteurs influençant le lieu de soin



Beaucoup de patients étaient tout de même suivis exclusivement en HIA et n'avaient jamais consulté de psychologue ou psychiatre en dehors de l'institution. Nous avons exploré les différentes raisons qui ont motivé ce choix.

Plusieurs patients décrivent ainsi une confiance envers les praticiens du SSA du fait de leur **connaissance du milieu militaire** :

- (N5) « dans un premier temps j'ai fait la connaissance d'un psychiatre militaire, c'était difficile pour moi d'exprimer tout ce que j'avais pu vivre dans mes années de service, dans mes missions extérieures, vraiment. Bon j'étais quand même content de tomber face à lui qui était un ancien médecin chef (...) j'étais mis en confiance pour expliquer un peu tout ça. (...) Déjà qu'on a l'impression d'être pas compris, relater ça à quelqu'un qui n'est pas du milieu... Et lui il avait fait l'Afghanistan, donc c'était plus facile. Parler de ça à quelqu'un qui n'a jamais foutu les pieds là-bas c'est pas possible »,

- (N6) « (...) j'ai toujours fait confiance aux médecins militaires »,

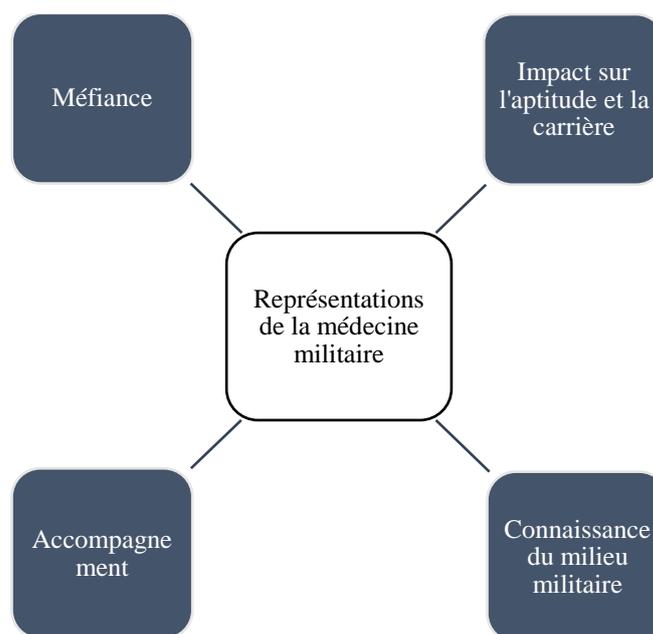
- (N10) « j'étais allé voir une psychologue civile en même temps que le médecin. J'suis allé voir une psychologue pour savoir si j'étais malade, pour parler. J'me suis rendu compte que c'était pas la personne qui me convenait parce qu'elle était civile et que moi c'était un problème militaire donc je pense qu'elle ne savait pas faire »,

- (N15) « j'ai vu des psychiatres pour les expertises, pour la PMI, pour la pension tout ça mais bon c'est pas la même chose. En plus c'est des psychiatres civils donc ils ont pas l'expérience de la blessure au combat ».

Un autre patient justifie le suivi en HIA par le soutien apporté par l'institution dans l'**accompagnement** et l'aide à la reconnaissance :

- (N3) « Donc voilà, moi ça a été, avec le soutien de l'institution naturellement, qui m'a permis de faire reconnaître le truc. Ça aurait été impossible sans l'institution. (...) Moi j'ai eu la chance dans tout ça de tomber sur le premier psychiatre militaire qui était un peu à la pointe ».

**Figure 6 :** Synthèse des représentations vis-à-vis de la médecine militaire



d. Représentations du TSPT

Nous avons pu explorer au fil des entretiens les représentations des patients par rapport au trouble de stress post-traumatique.

Certains patients ignoraient totalement cette maladie avant que le diagnostic ne soit posé. D'autres patients avaient été sensibilisés à cette problématique grâce à leur spécialité professionnelle, à des campagnes d'information ou encore lors du sas de décompression au retour d'OPEX.

Les thématiques abordées par les patients concernant leurs troubles étaient variées.

Il ressort chez la plupart des patients **l'aspect irréversible** du trouble, marquant une rupture nette avec l'état antérieur :

- (N5) « *Et à l'heure d'aujourd'hui ce mec-là ben on est plus les mêmes. Le caporal-chef qui était en moi, ben y a plus de caporal-chef, il est mort cette personne-là, j'suis quelqu'un d'autre aujourd'hui, vous comprenez ? Si on veut s'sortir de tout ça il faut vraiment l'accepter, l'avalier, en parler, le digérer et s'reconstruire pour passer à autre chose. (...) Y a l'ancien moi et le nouveau. Je regrette rien, j'ai rien contre l'armée mais j'suis obligé de passer à autre chose pour m'en sortir* »,

- (N10) « *C'est compliqué. J'ai essayé une ou deux fois de retourner en régiment pour donner des papiers mais c'était compliqué. J'ai envie de dire que ça va mieux quand même maintenant. Je vois ce qui s'est passé, je vois ce qui se passe maintenant ça va mieux. Mais militairement, le métier que j'adorais, devient... j'en ai presque la hantise. Je ne suis pas devenu antimilitariste loin de là, c'est juste que ce que j'affectionnais maintenant ça me fait du mal c'est compliqué* »,

- (N14) « *Mon battement de cœur c'est jamais normal comme c'était avant par exemple. De rien j'commence à trembler, le cœur il commence à battre, le sang je sens il se chauffe. Y a la sensation des nerfs qui viennent trop forts, j'avais pas l'habitude que j'ai... j'suis calme quoi, j'suis une personne qui était calme avant* »,

Pour d'autres patients, ce qui les marque dans la maladie c'est l'**installation insidieuse des troubles**, avec l'impression de devenir fou :

- (N4) « *Au début on se voit en fait en train de devenir fou. On devient une autre personne finalement. On se sent changer mais pas dans le bon sens* »,

- (N6) « *c'est une saleté. C'est une espèce de comment dire, c'est insidieux, très insidieux. Comme bestiole ça pourrait être un ver rampant. Et c'est une saleté parce qu'on s'isole, et puis on vit plus qu'au jour le jour en fait* »,

- (N7) « *C'est comme une effraction, une intrusion dans notre esprit en fait, et on se retrouve j'dirais dans un état second. J'sais pas comment l'expliquer en fait. A chaque fois, moi l'impression que j'ai, c'était que j'avais un sentiment de me retrouver comme dans une bulle avec un sentiment de chaleur très intense et d'avoir l'impression que quelque chose coulait le long de mon dos, quelque chose qui rentrait et j'arrivais pas à faire face. (...) Et j'pense on pourrait dire, une effraction du psychisme, comme s'il y avait quelque chose qui pénétrait à l'intérieur quoi. C'est quelque chose de pas réel quoi. On essaye de pas y penser mais c'est un truc de fou quand on y pense* ».

Un thème souvent évoqué est celui du « **poids** » **de la maladie**, décrite comme un véritable **fardeau**, lourd à porter, dont les patients aimeraient pouvoir se débarrasser :

- (N2) « *Quelque chose à oublier. C'est, une situation à oublier. C'est difficile à développer* »,

- (N4) « *j'veux dire pour moi j'aurais aimé qu'tout ça n'existe pas, c'est tout* »,

- (N15) « *Mais j'pense que la blessure post-traumatique c'est comme un trop plein dans le sac à dos, c'est des cailloux qu'on rajoute, chaque caillou c'est un problème et en fait quand le sac à dos arrive à ras bord ben on peut plus le porter*».

La maladie est vue chez la grande majorité des patients comme un **signe de faiblesse** voire un **tabou** :

- (N5) « *en fait j'ai eu peur, vous savez quand on exprime une certaine faiblesse dans le milieu militaire c'est pas bon. Parce qu'on doit se montrer toujours « un homme » ou « un*

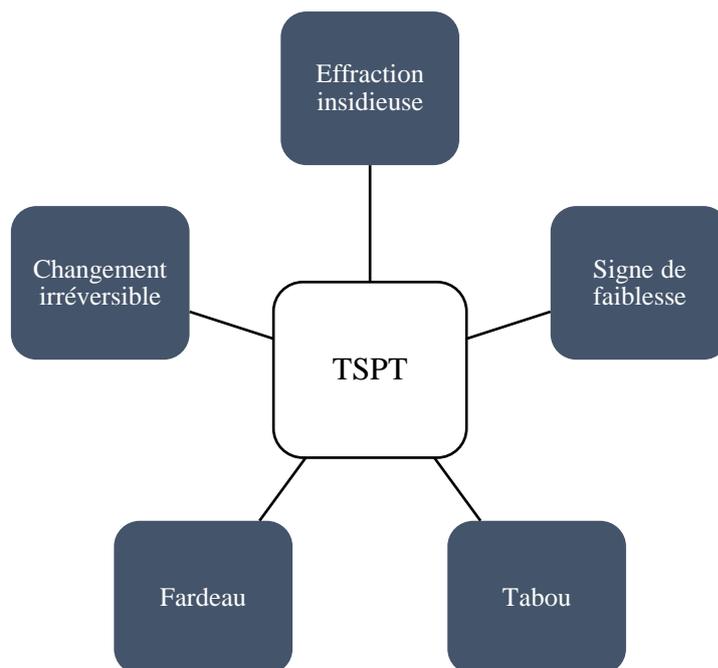
*bon militaire » et un bon soldat, un bon combattant n'a pas le droit de relater ses faiblesses, c'est perçu comme quelque chose de négatif, on passe pour un faible aux yeux des autres donc si vous voulez j'ai eu peur aussi de m'faire réformer. (...) Mais disons que moi de ma génération, quand ça s'est présenté c'était vraiment quelque chose de tabou, vraiment tabou. Et encore plus dans un monde d'hommes d'unité combattante, ben on ferme sa gueule »,*

- (N6) « *Parce que le syndrome post-traumatique c'est un autre nom pour dire dépression et forcément on passe pour des faibles. Moi j'en parle librement que quand j'étais « sain d'esprit » quand on me disait 'y a tel soldat qui pète un plomb parce qu'il est fatigué, il en a marre', j'disais « quel blaireau » quoi »,*

- (N12) « *Moi j'suis pas quelqu'un qui consulte souvent, et le fait d'en parler j'pense que c'était quand même un signe de « faiblesse » de ma part »,*

- (N15) « *Et j'pense qu'il faut pas hésiter quoi, y en a qui veulent pas parce qu'ils ont peur que leur chef de section le prenne mal, ou bien ils ont peur d'être traité de cassos, ... Après les autres on n'en a rien à foutre, le plus important c'est la santé quoi. Pour les plus jeunes et pour les plus anciens des fois c'est de l'orgueil mal placé »,*

**Figure 7 :** Représentations de la maladie



e. Prise en charge médico-psychologique en HIA

On retrouve en analysant les entretiens que la nature du suivi en HIA est variable d'un patient à l'autre.

Certains patients sont suivis en HIA pour les questions **d'aptitude, d'expertise** ou de renouvellement de CLDM tandis que les soins psychiatriques se font ailleurs :

- (N3) « *Là depuis que je suis en CLDM c'est tous les 3 mois. (...) Moi quand je viens c'est surtout pour faire le résumé des 3 mois qui se sont écoulés, et faire le point et savoir où j'en suis* »,

Dans la plupart des cas cependant, le suivi en HIA est pluriel, avec la gestion au même endroit des différentes fonctions d'aptitude et de **soin** :

- (N10) « *ben je vois le psychiatre militaire. Quand ça allait mal au début c'était toutes les 3 semaines, et après on est passé à 1 mois et demi. C'est lui qui gère les soins et aussi les questions d'aptitudes* ».

Les patients voient également chez le psychiatre militaire un **rôle de coordination** médico-sociale, informant sur les démarches de reconnaissance, articulant les différents intervenants (cellule d'aide aux blessés, ...)

- (N1) « *C'est des consultations, une fois tous les six mois. En fait c'est pour la prolongation, mais à chaque fois ça a un bénéfice. Déjà pour tout ce qui est administratif et tout parce que j'y connaissais rien. Donc il a fallu qu'on m'explique. C'était pas prévu que je tombe dans ce cercle-là. Y en a beaucoup qui avant même de rentrer dans l'armée connaissent déjà ces droits, ce qui est quand même... impressionnant. Qui savent déjà qu'ils vont être en arrêt, combien de temps, etc etc. Mais moi quand j'ai mis le nez dedans j'y connaissais absolument rien. Donc c'est vrai que déjà de passer ici ça a permis qu'on m'explique ce qu'il y avait à faire. Ça a permis aussi de mettre un lien avec l'aide militaire, (précise) la cellule d'aide aux blessés. Donc ça c'est pas mal aussi* ».

- (N9) « *Moi par exemple si j viens pas voir le psychiatre militaire j'ai aucune information de c'qu'il s'passe au niveau de mon dossier, au niveau d'ma mutation, au niveau de... Si c'est pas elle que j viens voir... En gros elle est ma psy mais, j viens j me plains, dans son bureau.*

*Alors qu'elle y est pour rien. J viens la voir c'est elle qui passe les coups d'fil par exemple. Moi quand j'envoie des mails ou que j'appelle on m'repond pas quoi ».*

Près de la moitié des patients interrogés ont un **double suivi psychiatrique et psychothérapeutique** (psychologue ou psychiatre).

- (N4) « [je viens] *en moyenne une fois par mois pour le psychiatre classique, et une fois par mois pour l'EMDR »*

- (N8) « *moi je suis suivi par un psychiatre et un psychologue »*

- (N13) « *J'ai vu un psychiatre et une psychologue. Au début je les voyais deux fois par semaine voire trois quatre fois par semaine. Ça a duré 4 mois à peu près. (...) Et au fur et à mesure, une fois que tout est sorti, tout est dit, on a diminué un peu les rendez-vous et quand ça va pas on augmente. Avec le psychiatre militaire c'est des rendez-vous toutes les 3-4 semaines, surtout pour voir comment j me sens et pour les médicaments tout ça. Avec la psychologue c'est plus pour tout en fait. Pour la psychothérapie »,*

- (N14) « *Je vois le psychiatre militaire tous les 15j, des fois y a un décalage d'un mois. A part le psychiatre militaire, je vois aussi le psychologue de l'HIA. Je les vois le même jour en général »,*

- (N15) « *là je viens tous les 15 jours. Je vois soit le psychiatre, soit la psychologue. En alternance. Des fois je les voyais tous les deux mais c'était un peu dur »,*

- (N16) « *moi je venais tous les 15 jours dans un premier temps (...) mais je suis toujours suivie actuellement par mon psychiatre militaire et par un deuxième psychologue parce qu'il a changé entre temps. Maintenant c'est beaucoup plus espacé les rendez-vous ».*

Concernant la psychothérapie, 7 patients avaient bénéficié d'une **thérapie EMDR** au sein de leur HIA de rattachement, 2 devaient débiter prochainement. Plusieurs patients ont bénéficié au cours du suivi d'une **thérapie familiale ou conjugale**. Un patient a bénéficié d'une **thérapie d'inspiration analytique**. A noter qu'un seul patient a bénéficié d'une psychothérapie cognitivo-comportementale, mais hors-HIA, en parallèle du suivi en HIA.

On constate également que dans les deux HIA explorés, des **dispositifs de soin spécifiques** au TSPT ont été mis en place (équithérapie, HDJ, studio thérapeutique), avec à chaque fois un ressenti très positif des patients :

- (N3) « *ils ont organisé une hospitalisation de militaires spécifiquement pour les personnes souffrant d'état de stress post-traumatique imputables au service, on était 5, on a été hospitalisé pendant 15 jours. Il y avait différentes techniques, pour faire un peu le point, pour échanger. (...) C'était pour mettre des gens qui se retrouvent souvent isolés du fait de l'incompréhension du milieu médical ou psychiatrique. (...) Donc c'était pour présenter les difficultés, les techniques de relaxation, les TOP. Ensuite ça parlait des médicaments, les inconvénients, les indications, voilà. Il y avait une réflexion sur l'ensemble du spectre, sur les conséquences de l'état de stress post-traumatique, au niveau familial, etc etc. Ça a duré 15 jours. Et c'était très bien* »,

- (N13) « *Entre temps j'ai eu aussi des hospitalisations d'une semaine-deux semaines, quand je faisais des grosses crises, quand ça allait vraiment pas j'faisais des hospitalisations, mais c'était des hospitalisations de jour. (...) Je viens ici, je suis dans un studio, et pendant mon hospitalisation j'ai des soins réguliers, j'ai des séances TOP<sup>5</sup>, de la relaxation, des activités qu'ils organisent, ça se passe très bien. Sans vraiment avoir les contraintes d'être dans un hôpital, d'être enfermé tout ça. C'est plus du soin intensif où on se concentre vraiment sur ça en étant mis à l'écart de tout ce qui est extérieur, les facteurs qui... Ça m'a fait vraiment du bien ces hospitalisations* »,

- (N12) « *Oui, alors maintenant je suis l'équithérapie. (...) je trouve ça très très bien (...) ça nous redonne confiance en nous et ça nous ouvre des portes sur l'échange, sur le fait de voir d'autres personnes. (...) C'est tous les 15 jours, (...) c'est des séances de travaux avec les chevaux. Apprendre à conduire un cheval, enfin des poneys, apprendre à le conduire, à lui faire confiance. (...) On est 5 ou 6 par séances. Y a un psychiatre, 2 infirmières spécialisées en psychiatrie et 2 personnels du monde équestre. En gros y a un patient pour un personnel qui nous accompagne* ».

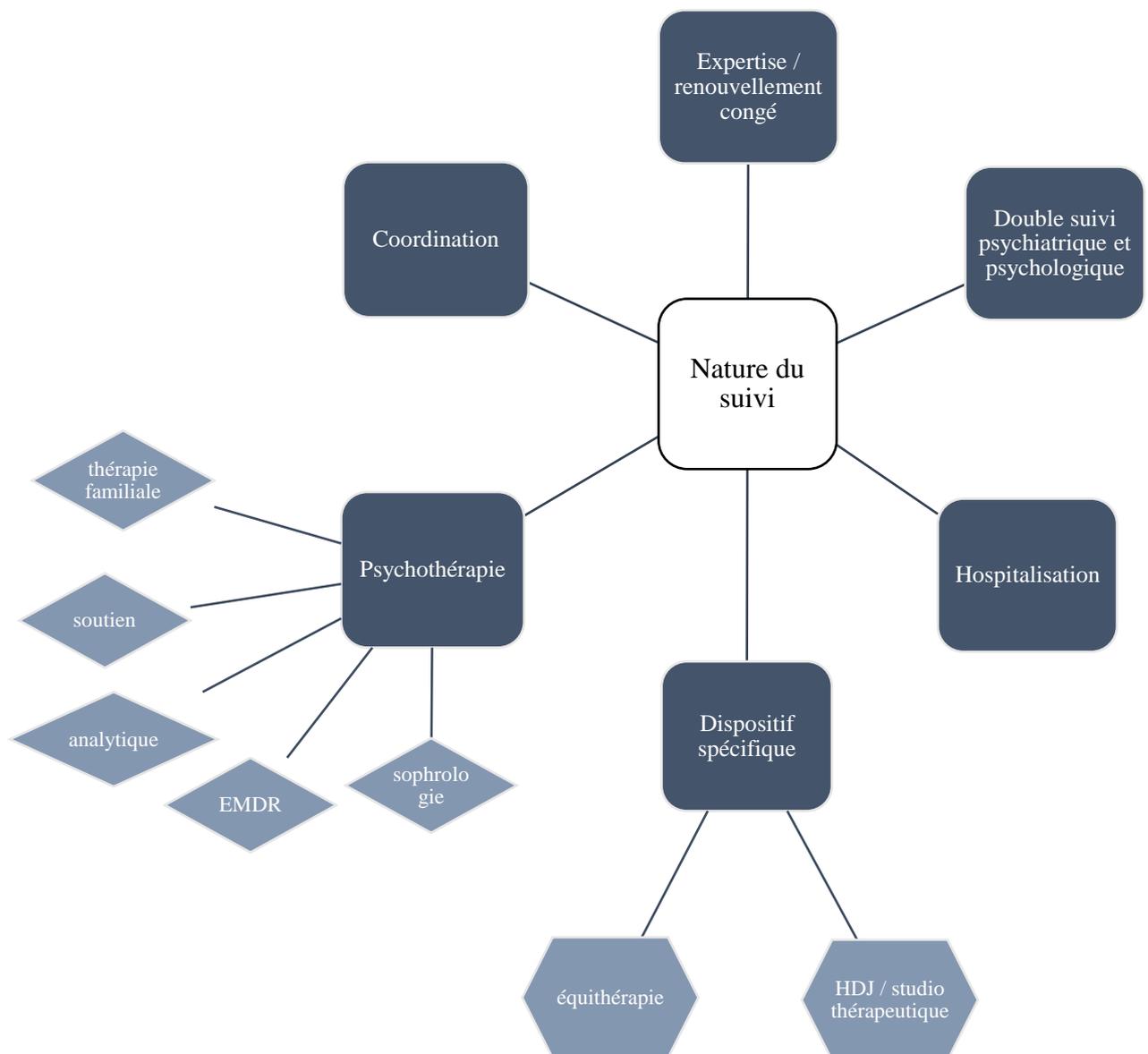
Enfin, l'HIA est également un **lieu d'hospitalisation temps plein**. Les hospitalisations se font soit pour le TSPT en lui-même, soit pour la prise en charge de comorbidités (sevrage, épisode dépressif, ...). Ces hospitalisations peuvent avoir lieu dans les suites immédiates d'un rapatriement sanitaire mais également au cours du suivi du patient :

---

<sup>5</sup> TOP : Techniques d'Optimisation du Potentiel

- (N3) « Alors après le rapatriement j'avais été pris en charge à Bégin, (...) et comme j'étais suivi ici ils m'ont fait un transport sanitaire jusqu'ici. Et là j'ai été hospitalisé vers la mi-décembre 2011 pendant 6 semaines »,

- (N5) « Donc j'me suis dit « j'vais en crever ». J'vais en crever ou j'avais même des idées noires personnelles, donc là j'me suis dit que j'avais plus d'autres possibilités. J'suis retourné auprès du psychiatre militaire et il m'a fait hospitaliser direct ».



**Figure 8** : Nature du suivi en HIA

f. Accompagnement social

Les patients interrogés pouvaient être à différents stades en termes d'accompagnement social. Plus de la moitié des patients, 11 sur 16, étaient pris en charge par une cellule d'aide aux blessés, soit nationale (CABAT, CABAM, ...) soit locale (en régiment).

Les patients estimaient dans la grande majorité des cas que cet accompagnement était **important** et offrait une **aide précieuse sur le plan administratif** :

- (N6) « [les gens de la CABAT] ils m'ont direct pris en compte et ça ça a été une super aide parce que ça soulage au point de vue administratif. Parce que quand on a ce syndrome on est complètement handicapé, c'est-à-dire que tout ce qui me plaît pas, enfin j'parle pour moi, j'le fais pas ».

Plusieurs patients estimaient toutefois que cette aide était **insuffisante**, et le côté lointain de cet accompagnement a été mis en avant à plusieurs reprises :

- (N9) « Au niveau de l'administratif, on va dire pendant la période de CLDM ou d'arrêt maladie. J'pense que moi pour ma part par exemple, ma référente que j'ai à la CABAT, c'est ma référente sur les papiers mais bon elle fait pas grand-chose pour moi. Pas assez d'informations au niveau de l'administratif, la suite du CLDM, sur comment s'passe la reprise, comment... tout plein d'informations qui pourraient aider le patient on va dire. Après voilà j'me doute qu'ils ont pas mal de patients à gérer, mais voilà, le patient il y est pour rien lui dans cette histoire ».

Les **avis négatifs** sur l'accompagnement social sont majoritaires chez les patients n'ayant pas bénéficié d'une prise en charge par une cellule d'aide aux blessés, soit car cela n'existait pas soit car ils n'étaient pas éligibles pour (patients non en CLDM). Dans notre échantillon, cela ressort beaucoup chez les patients issus de la gendarmerie où la cellule d'aide aux blessés est très récente :

- (N3) « A mon époque ça n'existait pas. [Actuellement] il y en a une mais qui ne sert à rien en gendarmerie »,

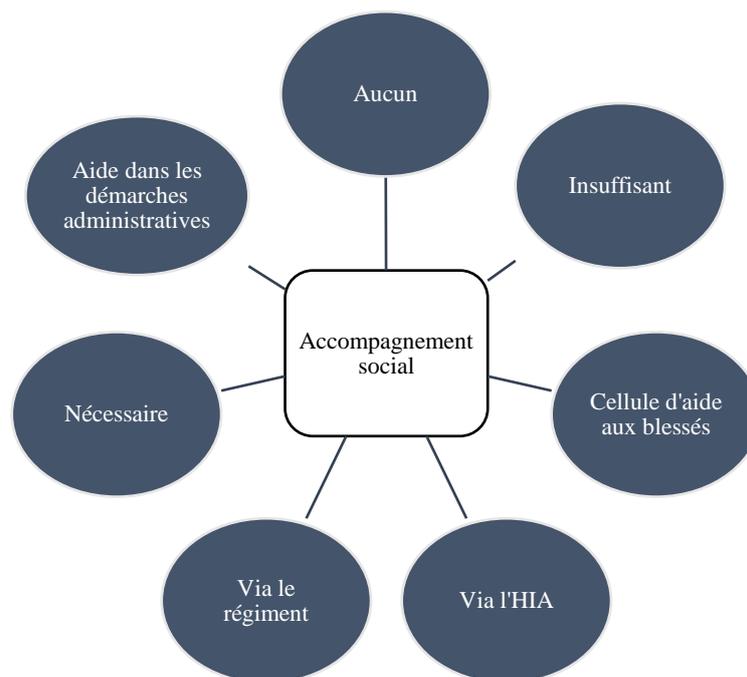
- (N7) « Assistante sociale non. Parce que depuis le temps que je suis en maladie l'assistante sociale de la gendarmerie ils m'ont jamais contacté, donc c'est pas compliqué. Normalement ça devrait faire parti du processus de guérison parce que bon, ça fait du bien à la tête, et euh... c'est ce que je dis à chaque fois à mon psychiatre militaire, c'est qu'ils sont absents »,

- (N5) « et au bout d'un moment le troisième psychiatre m'a dit là c'est plus bon pour vous, j'vous repropose le CLDM et là je l'ai accepté. Et de là ben, c'est que de l'administratif hein, mais là tout s'est décanté, là la CABAT m'a appelé. Mais avant rien, que dalle, les deniers du culte, wallouh »,

- (N12) « Alors nous la légion on n'est pas suivi par la CABAT. Quand on est détecté ESPT, dès qu'on est mis en arrêt après on est mis dans une section qui s'appelle le SAI, je sais plus ce que ça veut dire. On n'est pas trop aidés quoi. En dehors des fois où on nous appelle pour un rendez-vous obligatoire, sinon c'est surtout la psychologue qui m'a aidé à connaître tous mes droits. Elle m'a pas aidé à monter les dossiers mais elle m'a dit où je pouvais trouver des informations pour monter un dossier. Sinon sur mon lieu de travail... ».

Dans quelques cas également, un accompagnement social a pu se mettre en place **via l'HIA**, pour les patients qui ont été hospitalisés au moins une fois (de jour ou à temps plein).

**Figure 7** : Thèmes abordés autour de la prise en charge sociale



g. Attentes des patients et pistes d'amélioration

L'analyse thématique permet de mettre en évidence plusieurs pistes d'amélioration du parcours de soin évoquées par les patients.

Un des points noirs abordé dans les entretiens est l'**accompagnement social** que nous avons détaillé plus haut, et plus précisément le manque d'informations sur les démarches à faire et les difficultés à se mettre en rapport avec cette cellule et suivre l'évolution de leur dossier.

Dans la même thématique, on retrouve dans plusieurs entretiens la question du **coût des soins** et notamment l'**avance des frais** qui doit être faite par le patient :

- (N3) « *On a tenu à bout de bras la cellule familiale je n'ai eu aucune aide financière, j'aurais pu ne plus être en service hein* »,
- (N5) « *Mais justement ça a été un peu compliqué concernant mon parcours de soin parce qu'il a fallu que j'avance tous les frais. Vous voyez, un blessé, qui décide de se soigner, qui avoue en fin de compte à la hiérarchie ses faiblesses, dans un monde d'hommes, de militaires, vous voyez, comment c'est perçu tout ça ? Et puis quand vous voulez vous soigner ben faut que vous sortiez vos propres deniers* »,
- (N12) « *Dernier gros souci que j'ai eu ça a été avec la caisse de sécu, où pour avoir le carnet de soins gratuits ça a été hyper compliqué. (...) Pour avoir la carte ça a été rapide mais que ce soit reconnu et inscrit sur ma carte vitale ça a pris du coup 3 ou 4 mois de grand n'importe quoi. Est-ce que c'est fait exprès pour qu'on laisse tomber ? Je sais pas ...* ».

L'**accès aux soins** d'un point de vue pratique ressort également dans les entretiens, nous avons pu le voir précédemment car cela peut parfois motiver une prise en charge hors-HIA. Dans ces aspects pratiques c'est principalement la distance avec l'HIA de rattachement qui est évoquée :

- (N2) « *Après y a qu'il faut faire 1 heure et demi pour venir. Pour tous les gens de Nice, Menton, Grasse, ils ont aucun endroit où aller sauf ici [dans l'HIA de rattachement]. C'est le seul point négatif* »,

- (N15) « Avant c'était un peu plus souvent, mais avant j'habitais dans les bouches du Rhône alors que là je suis revenu dans ma région d'origine dans l'Hérault. Donc j'mets plus de 3 heures, plus le métro, mais c'est un mal pour un bien ».

Sur le plan médical, il ressort que le **dépistage du trouble** est encore à améliorer, ce point est surtout évoqué dans les témoignages des patients dont le suivi est le plus ancien. Il est à noter également que ce retard dans le dépistage n'est pas reproché par les patients qu'au seul corps médical mais aussi à l'encadrement institutionnel qui ne semble pas être suffisamment sensibilisé malgré des initiatives locales (journée des blessés) :

- (N1) « oui oui c'est clair, de toute façon j'étais décelable largement avant, c'est sûr et certain, ça pouvait pas être autrement, on ne pouvait pas passer à côté, c'est pas possible »,

- (N3) « parce que nous en 2009 faut dire ce qui est hein. On n'a pas eu le sas de décompression, on a eu plein de fiches de suivi mais tout l'monde s'en foutait, on a pris des roquettes sur la gueule bon voilà... On a vécu des trucs pas catholiques des trucs assez glauques, on a perdu des copains on les a portés dans des sacs qui font floc floc en plastique et qui se vidaient en même temps qu'on marchait... Et puis en fin de compte le commandement il a dit, " voilà y a un nouveau truc à Chypre c'est tout nouveau mais bon, il nous tarde de retourner dans nos familles donc on va vous envoyer près d'un mec qui a été dépêché là, il a un grade de colonel mais bon c'est un psy." (...) Et en fait ben du jour au lendemain j'suis passé d'un climat d'insécurité totale avec des suicide bombers, avec des IED, plein de trucs comme ça, à l'aéroport Roissy-Charles de Gaulle, en uniforme avec ma tenue guérilla, à reprendre le train et à repartir dans ma famille. Voilà, cherchez l'erreur. Avec aucun suivi après »,

- (N12) « Après si, il faudrait qu'il y ait des gens dans les régiments qui soient un peu plus vigilants, pour détecter ce genre de problèmes. Parce que bon les gens voyaient bien que j'avais changé. C'était pas anodin le fait qu'ils m'envoient plus en mission à l'étranger... ils avaient vu que j'avais changé, mais y a pas eu de prise en charge faite dans l'immédiat. Il a fallu que je fasse une grosse crise d'angoisse pour que les choses se mettent en place »,

- (N15) « Je pense que comme il y a eu pendant la journée du blessé où un psychiatre et la psychologue ont fait une intervention, ils ont parlé d'autres cas, de contacts qui étaient du bassin autour de Marseille. J pense que ce serait bien de pouvoir en refaire de ces

*informations parce qu'il y a une cellule de blessé dans certaines formations mais apparemment en état-major j'vois que c'est pas pareil qu'en régiment ».*

La **prise en charge des familles** est un point à améliorer selon les patients, notamment la sensibilisation des proches au trouble et aux symptômes qui y sont liés :

- (N6) « *La prise en charge de la famille. Mais vraiment. Ils ont commencé à la faire là, ils ont édité un petit livret pour les familles, moi c'est arrivé la semaine où ma femme m'a mis dehors donc c'était trop tard pour moi. (...) La grosse amélioration ouais ce serait les familles, les enfants aussi ».*

Enfin, la question de **l'attitude de l'institution** par rapport au TSPT et au fait d'être « malade psychologiquement » est évoquée par plusieurs patients. Ils reprochent à l'institution de ne pas être assez présente et soutenante, avec parfois une différence de traitement et de considération entre les blessés physiques et psychiques.

- (N3) « *les méthodes qui existent maintenant (...) des équipes sur place, les sas de décompression, la fiche des blessés, tout ça n'existait absolument pas à mon époque ! C'est la prise en charge qui est importante, c'est la reconnaissance qui est importante, ce sont les indemnisations qui sont importantes ».*

- (N5) « *Juste une reconnaissance verbale de mes chefs, à savoir de mon colonel du régiment, un vieux de la vieille, dur mais réglo. C'est le seul intervenant, qui m'a mis en relation avec un BEH, un adjudant-chef, qui a compris tout ça parce qu'il avait des formations de CFH [conseiller facteur humain]. Et bon lui il m'appelait de temps en temps pour savoir comment j'allais. Mais c'est le seul soutien que j'ai eu de la part de l'institution ».*

- (N6) « *Ben ouais l'autre amélioration ce serait de continuer à sensibiliser les gens en régiments. (...) Quoi qu'on dise, quoi qu'on fasse, quoi qu'en disent nos chefs, on est très bien pris en compte c'est pas le problème, mais un blessé psychologique ce sera jamais l'égal d'un blessé physique. C'est pas... au niveau du traitement de la maladie, au niveau de la reconnaissance, c'est pas du tout la même chose. Dans les unités, il y a le blessé de première catégorie puis y a le sous-blessé. Le blessé physique quoi qu'il arrive il aura sa VM (médaille de la valeur militaire), on lui donne, et après les ordres nationaux. (...) [Pour les blessés psychiques] la médaille du blessé et c'est tout. Donc ouais tant qu'ils auront pas le même*

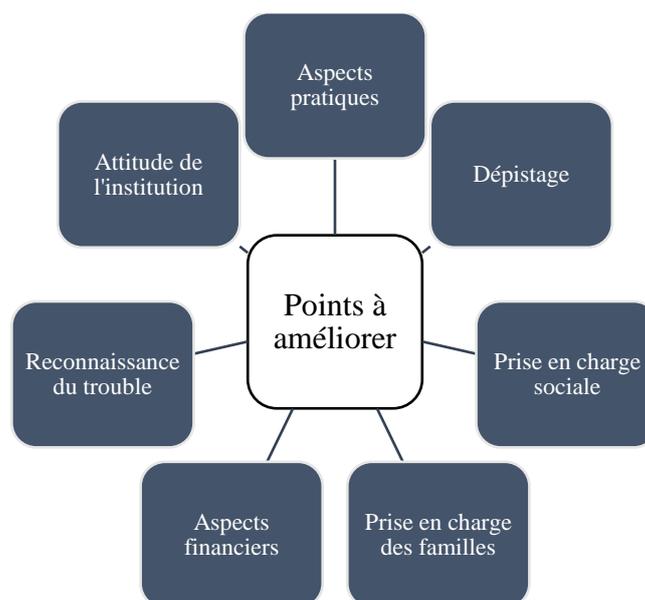
*traitement, c'est con, ça s'appelle la reconnaissance, une simple cérémonie, un truc tout bête, mais là les gens comprendraient. C'est ce que j'expliquais à mon ancien chef, j'lui disais « faut que j'me coupe un bras pour que vous compreniez que ça va pas ? ». Parce qu'à des moments je sortais de mon bureau en trombe parce que j'avais une subite envie de pleurer, alors que ça allait bien 2 secondes avant. Alors qu'un blessé physique qui marche amputé et qui se casse la gueule, là y a 20 personnes pour l'aider à se relever »,*

- (N14) « *Moi ce que je pense oui que l'armée ou la légion ils nous oublient rapidement mais ils devraient pas le faire quoi. Parce qu'ils nous parlent du code d'honneur, la légion c'est elle qui l'a créé mais bon c'est la première qui le respecte pas ».*

Certains patients évoquent également les **difficultés pour faire reconnaître l'imputabilité** au service.

- (N12) « *Alors oui l'autre point c'est pendant le suivi, pour obtenir d'être indemnisé par les assurances, on est obligé de voir un autre psychiatre et, là ça s'était très très mal passé parce qu'à peine on se dit bonjour on nous demande pourquoi « on veut de l'argent ». Alors que bon, j'ai quand même mis longtemps avant de commencer mes démarches, parce que bon pour moi c'était pas ce que je cherchais. (...) Et puis après ouais c'est tout l'accompagnement pour monter des dossiers tout ça, on a déjà du mal à lire une page et là on nous demande de faire des dossiers tout ça, c'est pas évident quoi ».*

**Figure 10** : Pistes d'amélioration évoquées par les patients



#### *h. Ressenti par rapport aux soins*

L'analyse des points négatifs du parcours de soin a permis de mettre en évidence des pistes d'amélioration. On a vu plus haut que ces points négatifs ne concernent pas la part médicale de la prise en charge sauf pour la question du dépistage. De manière générale, le ressenti des patients par rapport au suivi en HIA reste ainsi globalement positif.

Plusieurs patients expriment que le soin en HIA apporte un **soutien administratif** et une **aide à la reconnaissance du trouble**.

Sur un aspect plus médical, près de la moitié des patients trouvent que le suivi est **une aide à la guérison**.

- (N4) « *Franchement, au début j'avais l'appréhension parce qu'en tant que militaire atterrir dans un hôpital militaire, ça y est pour nous c'est fini quoi. (...) Chaque fois pour moi c'est, une recharge peut-être je sais pas comment vous expliquer* »,

- (N6) « *Ben moi dès le départ, pour moi ça a été essentiel. C'est con ce que je dis mais si j'avais pas été pris en charge je serais mort. C'est idiot mais bon...* »,

- (N15) « *Mais j pense que la blessure post-traumatique c'est comme un trop plein dans le sac à dos, c'est des cailloux qu'on rajoute, chaque caillou c'est un problème et en fait quand le sac à dos arrive à ras bord ben on peut plus le porter. Et j pouvais plus porter, j pouvais plus rien faire. Et là depuis un peu plus d'un an, de mon gros sac à dos j'ai enlevé 4 gros cailloux. Il est toujours aussi lourd mais j'ai réussi à l'enlever. J pense que le psychiatre et la psychologue m'ont donné des clés. Moi ici dans l'HIA, j'ai vraiment remercié mon circuit médical une fois qu'il a été mis en place. Moi j suis pas là pour passer de la pommade. J'ai vraiment été pris en charge et j disais au psychiatre militaire si un jour j suis pas bien j demanderais à être hospitalisé parce que je préfère être ici dans un cadre qui me permet de me recharger et de vider mes ballastes, c'est surtout ça* »,

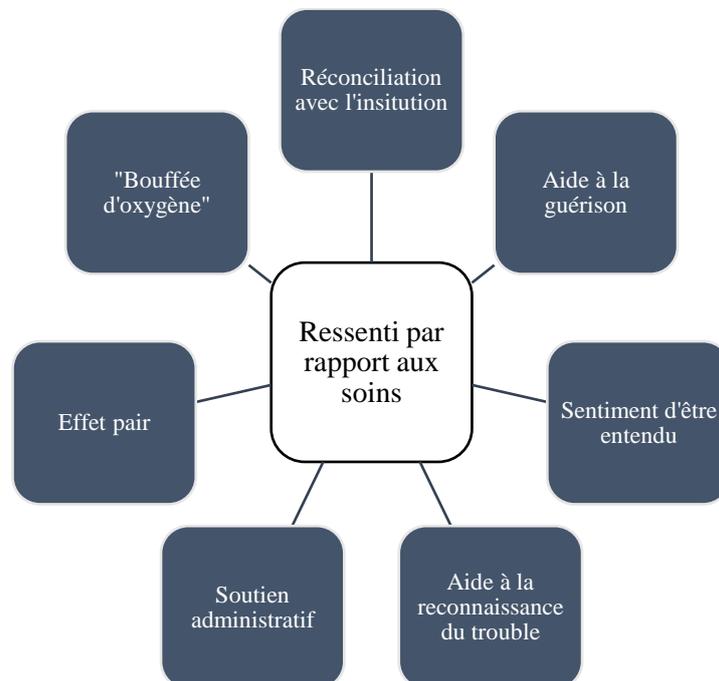
Pour certains patients, la prise en charge en HIA a permis une certaine **réconciliation avec l'institution** :

- (N1) « *Alors déjà je le ressens mieux, j'ai l'impression de pas être trop mal suivi. Déjà j'suis moins récalcitrant moins réfractaire à tout ce qui est militaire, j'veux bien remettre un peu le pied dedans* ».

La prise en charge en hôpital permet aux patients bénéficiant de soins en groupe de rencontrer d'autres patients souffrant des mêmes troubles et donc un **effet de pairs**.

- (N6) « *Dans l'HIA, le groupe de parole qu'avait créé mon deuxième psychiatre, ça c'était un truc fabuleux* ».

**Figure 11** : Ressenti des patients par rapport aux soins en HIA



### 3.3.2. Analyse des questionnaires

#### 3.3.2.1. *Caractéristiques de l'échantillon*

Les résultats présentés sont des résultats préliminaires d'après les questionnaires recueillis au sein de 2 HIA, Sainte Anne et Laveran (*Tableau 3*).

21 questionnaires ont été recueillis. Sur les 21 questionnaires, 19 provenaient de patients suivis au sein de l'HIA Sainte-Anne à Toulon, 2 de patients suivis à l'HIA Laveran à Marseille.

L'échantillon était constitué de 3 femmes, soit 14%, et 18 hommes. 7 patients étaient célibataires (divorcés, veufs ou célibataires), 14 étaient en couple au moment de la passation du questionnaire.

L'âge moyen était de 37 ans avec des valeurs extrêmes de 28 et 54 ans.

Les patients venaient de toutes les armées sauf les services des armées (service de santé et service des essences), l'Armée de Terre était la plus représentée (76% des patients). La durée moyenne d'engagement dans l'armée était de 14,5 ans avec des valeurs extrêmes de 6 et 36 ans.

Les patients étaient majoritairement en CLDM (11 sur 21), 3 patients étaient en congé du blessé, 4 étaient en position d'activité.

**Tableau 3 : Caractéristiques de l'échantillon**

	n	%
Total	21	
<b>Sexe</b>		
homme	18	85,7
femme	3	14,3
<b>Statut marital</b>		
célibataire	7	33,3
en couple	14	66,7
<b>Parentalité</b>		
oui	9	42,9
non	12	57,1
<b>HIA de rattachement</b>		
HIA Sainte-Anne	19	90,5
HIA Laveran	2	9,5
<b>Statut médico-administratif</b>		
CLDM	11	52,4
Congé du Blessé	3	14,3
position d'activité	4	19,0
CLM	1	4,8
Retraité	1	4,8
Réformé	1	4,8
<b>Armée d'appartenance</b>		
Armée de terre	16	76,2
Marine Nationale	2	9,5
Gendarmerie	2	9,5
Armée de l'Air	1	4,8
<b>OPEX</b>		
oui	19	90,5
non	2	9,5

### 3.3.2.2. Analyse des résultats

Les résultats présentés sont des résultats préliminaires, l'étude étant encore en cours de diffusion dans les autres HIA.

Nous n'avons pas opté pour la réalisation de tests statistiques à ce stade privilégiant la prolongation du recueil plutôt que des analyses intermédiaires qui n'auraient pas été significatives et représentatives de la population ciblée.

#### a. Prise en charge médicale

L'analyse préliminaire des questionnaires permet d'explorer plus précisément la nature du suivi en HIA des patients suivis pour TSPT (*Tableau 4*).

Dans notre échantillon, 52% des patients étaient suivis dans 1 HIA uniquement tandis que 43% ont été suivis dans 2 HIA différents au cours de leur prise en charge (du fait de mutations, de rapatriements sanitaires, ...).

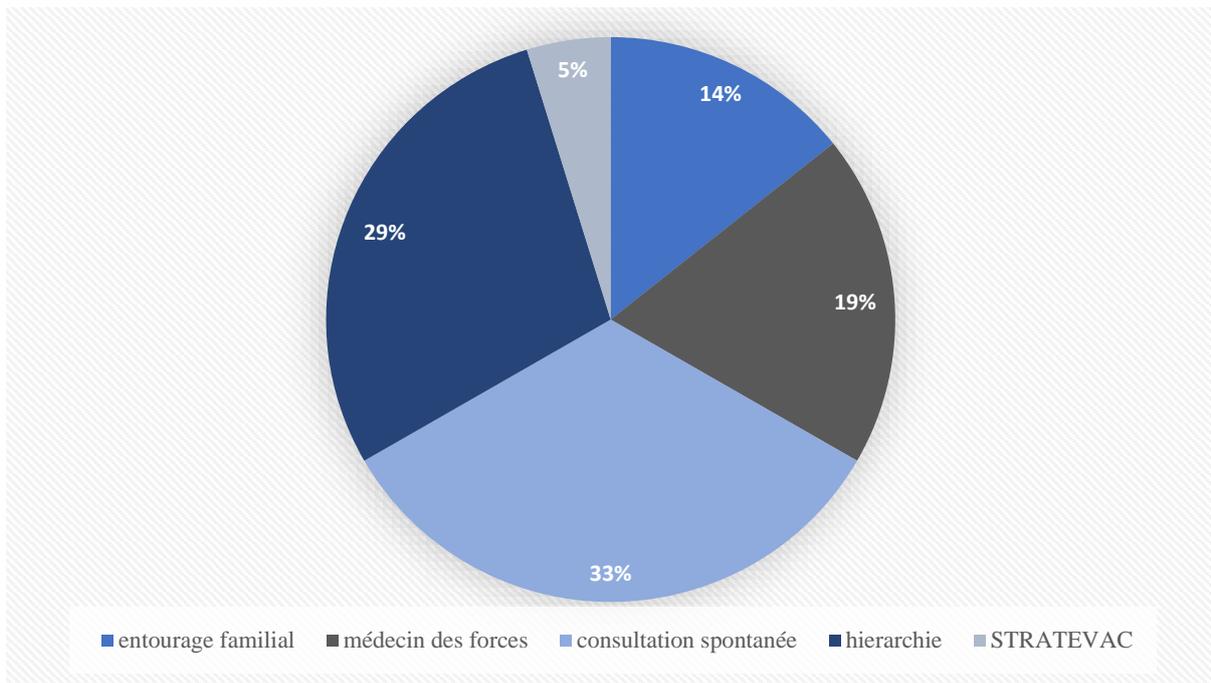
On constate que 81% des patients n'avaient pas d'antécédent psychiatrique avant le TSPT, ce qui correspond aux résultats retrouvés dans les entretiens semi-dirigés.

La grande majorité des patients étaient suivis en HIA depuis moins de 5 ans (76,2%), la durée moyenne du suivi étant de 4,6 ans, et plus de 75% avaient été suivis par au moins 2 psychiatres différents.

Les questionnaires permettaient d'interroger le **mode d'entrée dans les soins**, les propositions faites au patient étaient basées sur ce qui a été retrouvé dans les entretiens.

On retrouve qu'environ un tiers des patients ont consulté ou demandé à consulter en psychiatrie de manière spontanée. Comme retrouvé dans les entretiens, la famille et la hiérarchie (collègues ou supérieurs hiérarchiques) sont très souvent cités comme étant des personnes provoquant l'accès aux soins (*Figure 12*). Les médecins des forces sont responsables des soins spécialisés dans moins de 20% des cas.

**Figure 12 :** Circonstances d'entrée dans les soins



Une donnée intéressante retrouvée dans l'analyse qualitative était la question du **délai de consultation** en HIA après l'évènement traumatique. Il semblait émerger de l'enquête que beaucoup de patients avaient mis du temps avant de consulter. Cette tendance semble se confirmer vu que 52,3% des patients ont consulté pour la première fois plus de 2 ans après l'évènement traumatique.

Enfin, concernant le soin en lui-même, l'analyse quantitative va également dans le sens de l'enquête qualitative et semble confirmer la grande **variété des suivis**. Plus de 90% des patients disent bénéficier d'une psychothérapie, au sein ou non de l'HIA. Parmi ces 90%, 84% bénéficiaient d'une psychothérapie par EMDR et 73% d'une psychothérapie de soutien, laquelle est souvent associée à d'autres psychothérapies (EMDR, TFS ou d'inspiration analytique).

Les soins se font dans 52,4% des cas de manière exclusivement ambulatoire, le reste des patients ayant été hospitalisé au moins une fois dans un service de psychiatrie au sein d'un HIA. 19% des patients rapportent avoir bénéficié d'une prise en charge en groupe pour le TSPT.

**Tableau 4 : Caractéristiques de la prise en charge**

	n	%
<b>Antécédents psychiatriques</b>		
Non	17	81,0
Oui	4	19,0
<i>Troubles du développement</i>	1	25,0 <sup>a</sup>
<i>TDAH (trouble déficit de l'attention avec hyper</i>	1	25,0 <sup>a</sup>
<i>EDM</i>	1	25,0 <sup>a</sup>
<i>autres</i>	1	25,0 <sup>a</sup>
<b>Durée du suivi en HIA</b>		
1 à 5 ans	16	76,2
de 5 à 10 ans	3	14,3
plus de 10 ans	1	4,8
<b>Nombre de psychiatres rencontrés</b>		
1	3	14,3
2	10	47,6
3	7	33,3
4	1	4,8
<b>Délai de consultation (après évènement traumatique)</b>		
< 1 mois	1	4,8
1 à 6 mois	3	14,3
6 mois à 1 an	2	9,5
1 à 2 ans	4	19,0
2 à 4 ans	5	23,8
4 à 10 ans	4	19,0
> 10 ans	2	9,5
<b>Orientation dans les soins en HIA</b>		
entourage familial	3	14,3
médecin des forces	4	19,0
consultation spontanée	7	33,3
hiérarchie	6	28,6
STRATEVAC	1	4,8
<b>Nature du suivi</b>		
Exclusivement ambulatoire	11	52,4
Ambulatoire + autre prise en charge	10	47,6
<i>Hospitalisations temps plein</i>	10	100,0 <sup>a</sup>
<i>HDJ</i>	2	20,0 <sup>a</sup>
<i>Groupe</i>	4	40,0 <sup>a</sup>
<i>Autres</i>	2	20,0 <sup>a</sup>
<b>Psychothérapies (possibilités de prise en charge multiples)</b>		
Non	2	2
Oui	19	90,5
<i>EMDR</i>	16	84,2 <sup>a</sup>
<i>TCC</i>	2	10,5 <sup>a</sup>
<i>Soutien</i>	14	73,7 <sup>a</sup>
<i>D'inspiration analytique</i>	2	10,5 <sup>a</sup>
<i>TFS</i>	7	36,8 <sup>a</sup>

a : pourcentage parmi le sous-groupe

TFS : thérapies familiales et systémiques

## b. Prise en charge sociale

L'analyse préliminaire des questionnaires recueillis va dans le sens de l'analyse qualitative (*Tableau 5*).

Plus précisément, on retrouve que 57% des patients ne bénéficient d'aucun accompagnement social, mais surtout que 67% d'entre eux auraient été intéressés par ce type de prise en charge. Cela va dans le sens des thèmes relevés en première phase où les ressentis concernant l'accompagnement social étaient souvent négatifs, avec le sentiment d'une prise en charge et d'un accompagnement insuffisants par les patients.

Les patients qui bénéficient d'un accompagnement social l'ont été, dans la moitié des cas, via la Cellule d'Aide aux Blessés de l'Armée de Terre.

Les trois-quarts des patients bénéficiaient d'une mesure de reconnaissance de l'imputabilité par rapport à leur TSPT, soit une Pension Militaire d'Invalidité (PMI), soit la jurisprudence Brugnot, soit les deux. Parmi les 3 patients qui ne bénéficiaient pas de mesure de reconnaissance de l'imputabilité, 2 étaient en position d'activité.

**Tableau 5 : Nature de la prise en charge sociale**

	n	%
<b>Accompagnement social</b>		
Absence d'accompagnement social	12	57,1
<i>aurait été intéressé</i>	8	66,7 <sup>a</sup>
<i>n'aurait pas été intéressé</i>	2	16,7 <sup>a</sup>
Présence d'accompagnement social	8	38,1
<i>via la CABAT</i>	4	50,0 <sup>a</sup>
<i>via l'HIA</i>	2	25,0 <sup>a</sup>
<i>via le psychiatre militaire</i>	2	25,0 <sup>a</sup>
NR	1	4,8
<b>Mesure de reconnaissance de l'imputabilité</b>		
PMI	16	76,2
Jurisprudence Brugnot	7	33,3
Aucune	3	14,3
NR	2	9,5

a : pourcentage parmi le sous-groupe    NR : non répondu

### c. Prise en charge médicamenteuse

La question de la prise en charge médicamenteuse était intéressante à interroger dans les questionnaires car c'était un aspect difficilement analysable dans les entretiens (*Tableau 6*). En effet, les patients avaient beaucoup de difficultés à se souvenir rapidement du nom des différents médicaments pris.

Dans l'échantillon de patients, seuls 19% n'avaient pas de traitement psychotrope, au moment de la passation ou au cours de la prise en charge, les patients étant invités à renseigner tous les traitements qu'ils avaient pu avoir au cours du suivi. Parmi ceux qui prenaient des médicaments psychotropes, plus de la moitié (65%) en avait eu au moins 2, soit en même temps, soit à différents moments du suivi.

Les médicaments les plus utilisés sont les antidépresseurs ISRS, que l'on retrouve chez 59% des patients. Les antipsychotiques sont également utilisés fréquemment, les molécules retrouvées le plus souvent étant la Loxapine et la Cyamémazine, à des posologies moyennes journalières de, respectivement, 12,5mg et 25mg.

14% des patients rapportent des consommations de benzodiazépines et apparentés (anxiolytiques, somnifères, ...), souvent associés à d'autres psychotropes.

La durée moyenne de traitement par psychotrope était de 19,7 mois, avec des valeurs extrêmes de 1 mois et 6 ans.

**Tableau 6 : Prise en charge médicamenteuse**

	n	%
Aucun traitement	4	19,0
Au moins 1 psychotrope	17	81,0
<i>1 médicament psychotrope</i>	4	19,0
<i>2 psychotropes</i>	6	28,6
<i>3 psychotropes</i>	3	14,3
<i>Plus de 3 médicaments</i>	2	9,5
<i>Nombre de médicaments non renseigné</i>	2	9,5
<b>Type de médicaments prescrits</b>		
Antidépresseur ISRS	10	58,8 <sup>a</sup>
Anxiolytique benzodiazépinique	2	11,8 <sup>a</sup>
Hydroxyzyne	1	5,9 <sup>a</sup>
Antipsychotique	8	47,1 <sup>a</sup>
Addictolytique	1	5,9 <sup>a</sup>
Hypnotique	2	11,8 <sup>a</sup>
Prazosine	1	5,9 <sup>a</sup>
<b>Indications</b>		
Troubles du sommeil	17	100,0 <sup>a</sup>
Cauchemars	14	82,4 <sup>a</sup>
Tristesse	9	52,9 <sup>a</sup>
Anxiété	15	88,2 <sup>a</sup>
Reviviscences traumatiques	14	82,4 <sup>a</sup>
Addictions	3	17,6 <sup>a</sup>
<b>Durée moyenne de traitement</b>		<b>19,7 mois</b>
durée minimale		1 mois
durée maximale		72 mois

a : pourcentage parmi les patients prenant un traitement

#### d. Satisfaction

Le ressenti par rapport au parcours de soin était interrogé en fin de questionnaire. Les patients étaient invités à renseigner leur degré de satisfaction ou insatisfaction par rapport à différents aspects de la prise en charge (*Figure 13*).

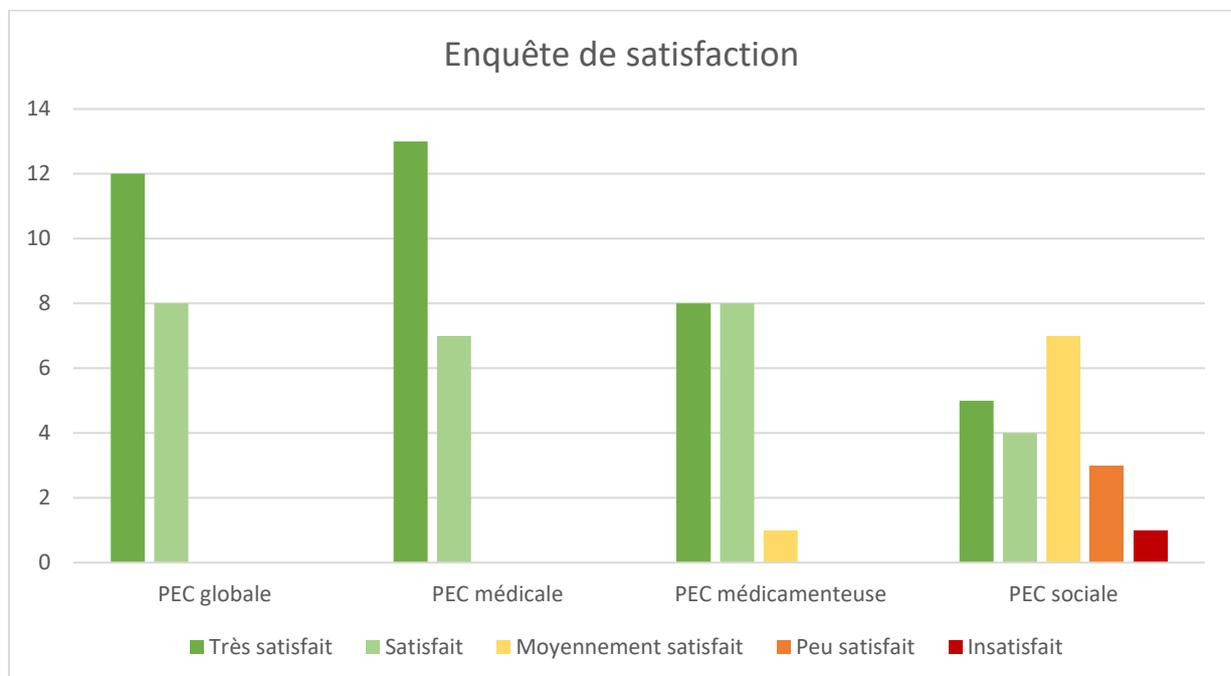
Sur l'ensemble des questionnaires recueillis, 95% des patients étaient satisfaits de la prise en charge globale au sein des services de psychiatrie des deux HIA.

Plus en détail, la prise en charge médicale était fortement valorisée, avec près de 62% des patients qui se déclaraient très satisfaits.

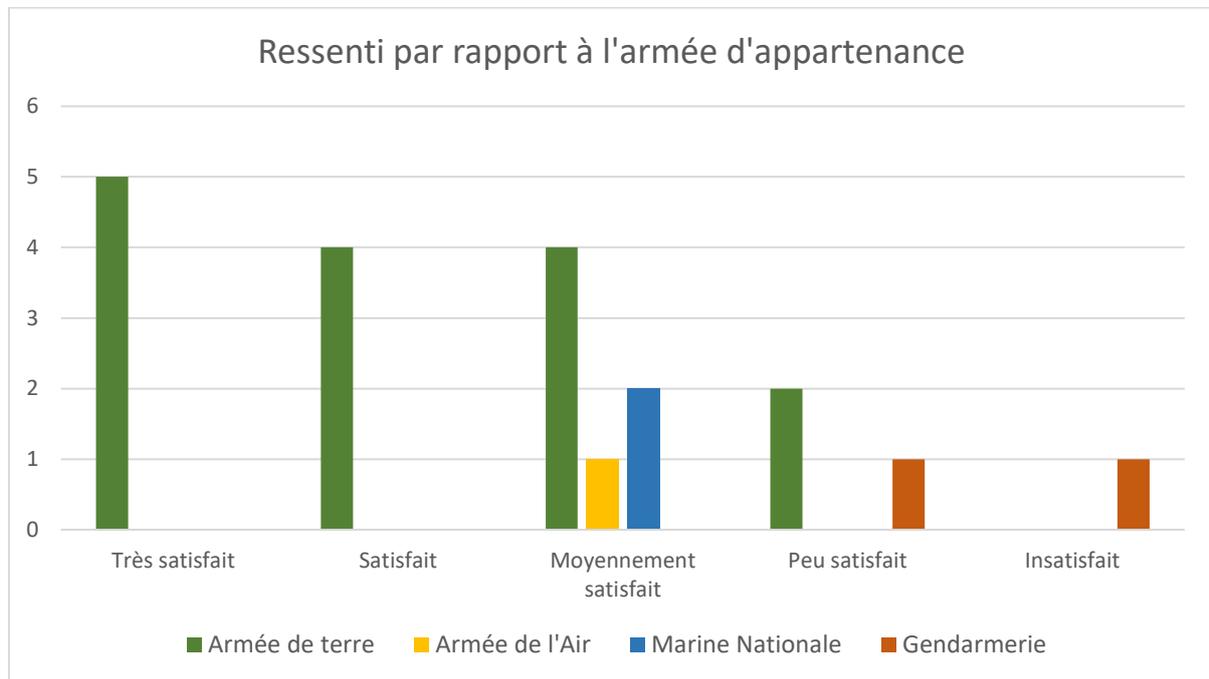
La prise en charge sociale reste, comme exprimée dans les entretiens, globalement peu appréciée avec plus de la moitié des patients se déclarant au mieux moyennement satisfaits. L'effectif ne permet pas d'analyse significative des déterminants de ce ressenti négatif mais plusieurs pistes ont été explorées.

On constate ainsi que l'on retrouve dans ce sous-groupe 75% des patients qui sont en position d'activité contre 63% des patients qui sont en CLDM. La durée moyenne de lien au service était de 21,8 ans dans le sous-groupe de patients qui étaient au mieux peu satisfaits de la prise en charge sociale, contre 13 ans pour les patients qui se déclaraient satisfaits ou très satisfaits. Une autre variable intéressante est celle de l'armée d'appartenance. On retrouve ainsi dans le sous-groupe moyennement à insatisfait 100% des patients n'appartenant pas à l'armée de terre (2 gendarmes, 2 patients de la Marine nationale et 1 de l'armée de l'air) (Figure 14).

**Figure 13 :** *Ressenti des patients par rapport au parcours de soin*



**Figure 14 :** *Satisfaction de la prise en charge sociale en fonction de l'armée d'appartenance*



## **3.4. Discussion**

### **3.4.1. Intérêts d'une approche mixte**

Les études à méthodologie mixte sont des techniques récentes, qui présentent plusieurs avantages selon le protocole choisi (52).

Nous avons choisi ici un protocole exploratoire séquentiel, c'est-à-dire qu'une première phase qualitative précède une deuxième phase quantitative. La deuxième phase est déterminée par les résultats de la première et permet de compléter et approfondir les premiers résultats. Dans ce type de protocole, c'est l'aspect qualitatif qui prime par rapport au quantitatif (53).

Dans le cas d'un protocole exploratoire séquentiel, où une phase d'étude qualitative précède une phase quantitative, cela permet d'amener de la généralisabilité là où une étude qualitative seule est insuffisante (53). De plus, dans ce contexte précis, le thème abordé du stress post-traumatique, même s'il n'est pas l'objet principal de l'étude, peut se révéler sensible pour certains patients. En effet, même si les questions, dans les deux phases, ne demandaient pas de retracer l'évènement traumatique, parler du trouble, des symptômes et se replonger dans l'histoire de la maladie peut être difficile pour certains patients. L'approche mixte permet d'avoir une vision plus nuancée et élaborée des thèmes sensibles (54) mais aussi de mieux identifier les pistes éventuelles d'amélioration (55,56).

Ce type de design est également intéressant pour des études à petit effectif où une étude quantitative seule peut être insuffisante pour obtenir des résultats généralisables.

### **3.4.2. Validité de la méthode et des résultats**

L'utilisation d'une méthodologie d'étude mixte, qualitative et quantitative, se justifie au regard de l'objectif principal de cette étude qui était d'explorer les parcours de soins de patients suivis en HIA pour un TSPT en lien avec le service.

En l'absence d'étude à ce sujet dans la littérature francophone militaire, il était intéressant de pouvoir mieux explorer le vécu et le ressenti des patients, ce qui ne peut se faire que par une

enquête qualitative, avant de mieux quantifier et déterminer les éventuels déterminants des parcours de soin, au moyen d'une enquête quantitative (57,58).

Cette méthodologie permettait ainsi d'explorer des champs variés autour du soin et de la représentation de ce dernier.

L'utilisation d'entretiens semi-dirigés, sans limitation de durée et avec des questions ouvertes a permis d'explorer les attentes des patients ainsi que les points à améliorer.

Les entretiens ont été réalisés de manière individuelle plutôt qu'en groupe afin de favoriser l'expression des patients sur des sujets qui restaient pour beaucoup encore sensibles. De même, du fait du caractère potentiellement perturbant pour les patients, il a été choisi de ne faire qu'un entretien par patient.

L'échantillon de patients de la première phase a été construit de manière à avoir un panel le plus illustratif possible des patients suivis au sein des HIA. Il était constitué d'une femme et 15 hommes, ce qui est toutefois en-deçà du pourcentage de femmes dans les armées (15,3% en 2016) (17). Les femmes sont cependant moins employées dans les postes les plus exposés au risque traumatique tels que les unités d'élite ou les combattants.

Nous n'avons pas eu, dans ce premier échantillon, de patient issu de la marine nationale, ce qui peut s'expliquer par la faible proportion de patients marins souffrant de TSPT par rapport aux autres armées. Les dernières données de surveillance épidémiologique montrent ainsi que la Marine Nationale est l'armée où le nombre de TSPT est le moins important, derrière, par ordre décroissant, l'Armée de Terre, la gendarmerie nationale et l'Armée de l'Air.(3)

Le nombre d'entretiens a été déterminé selon le principe de saturation des données qui a été atteint dès le 13<sup>ème</sup> entretien. Les 3 derniers entretiens ont permis de confirmer cela, aucun concept nouveau n'y ayant été abordé.

Les questionnaires ont été remplis par les patients en salle d'attente ou bien à leur domicile. Il n'a pas été fixé de limite maximale dans le nombre de questionnaires recueillis mais un nombre minimal de 20 par HIA, soit un total de 160, était visé. Ce nombre n'a pas pu être atteint dans les temps impartis ce qui nous a amené à prolonger le temps de recueil.

### 3.4.3. Limites de l'étude

#### 3.4.3.1. *Biais de sélection*

L'inclusion des patients s'est faite via les psychiatres des deux HIA où a été réalisée l'étude.

Concernant l'HIA Sainte-Anne à Toulon, les patients étaient proposés par leur psychiatre référent puis rappelés pour l'étude. Nous n'avions donc pas d'influence sur cette « présélection » et les patients choisis pouvaient donc avoir tendance à être plus positifs sur la prise en charge en HIA que d'autres patients non « sélectionnés » par leur psychiatre référent.

Concernant l'HIA Laveran à Marseille, pour des raisons organisationnelles, les entretiens ont été réalisés sur deux journées, dont une en marge d'une session d'équithérapie ce qui permettait de regrouper un nombre important de patients souffrant de TSPT. Cela a pu influencer l'étude avec une sur-représentation de cette activité dans les parcours de soins parmi les témoignages des patients interrogés.

Concernant les questionnaires, le recueil s'est fait au fil des consultations des praticiens, de façon étalée sur plusieurs mois. A Sainte-Anne, les patients étaient « pré-identifiés » le matin par les secrétaires en fonction de la cotation diagnostique sur le logiciel médical de l'hôpital, puis l'éligibilité était confirmée par le psychiatre référent qui soumettait le questionnaire au patient. Il n'y a donc eu que peu de biais de sélection pour cette phase de l'étude.

#### 3.4.3.2. *Biais d'intervention*

Le biais d'intervention peut se retrouver dans les enquêtes qualitatives lorsque l'enquêteur intervient de manière trop importante dans l'entretien, pouvant alors influencer le discours du patient. Ce biais diminue classiquement avec l'expérience de l'enquêteur et a pu ainsi s'atténuer au fil des entretiens.

Un autre biais d'intervention qui peut être retrouvé est lié au statut même de l'enquêteur, interne en médecine militaire et détenant le grade de lieutenant. Cette particularité peut influencer le discours des patients du fait de la différence hiérarchique et d'une possible

confusion entre le statut de soignant et celui, pour l'étude, de chercheur. Afin de limiter cet effet, les entretiens ont été réalisés dans les lieux les plus neutres possibles des services de psychiatrie des deux HIA. L'enquêteur était en tenue civile, sans blouse. Il était rappelé avant chaque entretien le cadre et les objectifs de l'étude. L'enquêteur n'était pas connu des patients interrogés ce qui a également pu limiter ce biais.

#### 3.4.3.3. *Biais de recueil*

Les entretiens ont tous été enregistrés au moyen d'un dictaphone. Cela peut influencer le discours et a pu engendrer une certaine réticence chez certains patients. Tous ont toutefois accepté cette contrainte et passées les premières minutes il n'a pas été ressenti de gêne ni de censure dans les propos des patients. Au contraire, la grande majorité s'est montrée enthousiaste par rapport au projet, enthousiasme confirmé par la longueur des entretiens qui ont parfois duré plus d'une heure ce qui renseigne sur la confiance accordée à l'enquêteur par les patients, et justifie d'une méthodologie sans limitation de durée.

L'enregistrement audio permet une retranscription fidèle du contenu de l'entretien mais ne permet pas l'analyse des comportements non-verbaux du patient. L'enregistrement vidéo permet de limiter le biais de recueil mais nécessite une certaine expertise pour l'analyse des données, c'est pourquoi nous n'avons pas choisi cette technique.

Concernant les questionnaires, le recueil des données pouvait être potentiellement biaisé par des difficultés de compréhension des questions. En effet, les patients remplissaient seuls les questionnaires et n'avaient donc pas de possibilité de se faire préciser certaines questions. Pour diminuer au maximum cet aspect, le questionnaire a été relu et réévalué après une première « passation-test » qui n'a pas mis en évidence de difficultés de compréhension dans les questions. Nous avons seulement rajouté après cette première passation le statut « retraité » dans les données socio-démographiques.

De plus, certaines questions ont été posées plusieurs fois mais de différentes manières dans le questionnaire pour être ainsi vérifiées.

Enfin, pour certains questionnaires, une lecture complémentaire du dossier médical informatisé a permis de compléter certaines données, notamment pour les questions sur les

médicaments où les patients pouvaient avoir des difficultés à se souvenir des noms des molécules.

#### 3.4.3.4. *Biais lié à la méthode d'analyse et d'interprétation*

Concernant la phase qualitative, le biais d'analyse peut être atténué dans ce type d'étude par la « triangulation des données ». Cette technique permet d'augmenter la validité des études qualitatives (59). Elle consiste à, soit utiliser des intervenants différents pour chacune des étapes de l'étude (recueil, retranscription, analyse), soit à diversifier les modes de recueil des données (entretiens de groupe, entretiens semi-dirigés, ...).

Pour des raisons pratiques et organisationnelles il n'a pas pu être réalisée de triangulation pour cette étude, l'enquêteur est resté le même ce qui peut diminuer la validité interne de l'étude. Une rigueur importante a été observée dans l'analyse des résultats afin de diminuer au maximum ce biais d'interprétation.

La rétroaction des données auprès des patients interrogés, c'est-à-dire la soumission aux patients interrogés des résultats une fois l'analyse terminée, permet de diminuer le biais d'interprétation. Cette rétroaction n'a pas pu être faite pour des raisons organisationnelles et temporelles.

#### 3.4.3.5. *Puissance de l'étude*

Le nombre de questionnaires recueillis est de 21 à ce stade de l'étude ce qui n'a pas permis d'analyse statistique significative.

La faiblesse de ce nombre a pu être favorisée par la nécessité d'une grande implication et disponibilité des psychiatres des HIA. L'investigateur principal étant au sein de l'HIA Sainte-Anne cela peut expliquer le nombre plus conséquent de questionnaires recueillis comparativement à Laveran (19 contre 2). En effet, il est montré que pour avoir un taux de réponse suffisant il est important de pouvoir relancer très régulièrement les services concernés, ce qui a pu être réalisé à l'HIA Sainte-Anne mais plus difficilement à l'HIA Laveran.

Le caractère multicentrique de l'étude a pu également jouer un rôle sur la faiblesse du nombre de questionnaires recueillis.

#### 3.4.3.6. *Généralisation des résultats*

Ce type d'étude ne permet pas de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population militaire suivie en HIA pour TSPT, à la fois car l'échantillon est trop faible mais aussi car ce n'est pas le but de ce type d'étude. Elle permet cependant de mieux connaître et comprendre les ressentis des patients vis-à-vis de leur parcours de soins.

#### 3.4.4. Synthèse des résultats et mise en perspective

L'analyse des données a permis de mettre en évidence plusieurs points importants concernant le parcours de soins des militaires.

Tout d'abord, nous pouvons constater dans les entretiens que la **coordination entre le médecin des forces et l'HIA** est globalement efficiente, la grande majorité des patients de l'étude adressés en HIA l'ont été via leur médecin d'unité. Les patients ayant bénéficié d'une prise en charge initiale en milieu civil sont rapidement revenus dans le système de soins militaire, soit sur les conseils de leurs thérapeutes civils, soit pour des raisons médico-administratives (convocation au CMA). Les patients consultent souvent sur conseil de l'entourage, familial ou professionnel, ce qui a été également décrit dans la littérature (60) et dans les questionnaires où ce mode d'entrée dans les soins était prioritaire. Le fait que l'entourage professionnel et les consultations spontanées soient majoritaires concernant les modes d'entrée dans les soins peut s'expliquer par une information et une sensibilisation des militaires aux troubles psychiques post-traumatiques de plus en plus importantes dans les armées.

Plusieurs patients ont pu bénéficier ou bénéficient d'une prise en charge en milieu civil, la principale raison retrouvée étant l'aspect pratique (distance par rapport à l'HIA de rattachement).

Cette prise en charge hors du système de santé militaire a également pu trouver son lit dans l'existence d'une certaine méfiance vis-à-vis de l'institution mais surtout par la crainte, réaliste, que cela impacte la carrière et l'aptitude à servir.

La double fonction du praticien militaire qui est à la fois soignant et expert peut souvent limiter les consultations spontanées des patients. Dans le cas du TSPT, du fait de la durée souvent longue des troubles et de l'impossibilité à servir dans les premiers temps, le système de convocation après un certain nombre de jours d'arrêt maladie permet de réinsérer assez rapidement les patients dans le soin militaire.

On retrouve lors des entretiens une différence notable dans le ressenti des patients, entre les « anciens » et ceux dont la prise en charge est plus récente. Globalement, les différents points de crispation retrouvés chez les « patients les plus anciens » sont moins saillants chez les « jeune patients ». Ainsi, les principales pistes d'amélioration évoquées étaient la question du **dépistage du trouble** et de la **reconnaissance par l'institution**.

Sur le premier point, les nombreuses études menées sur le TSPT et la diffusion de l'échelle PCLS (49) dans les CMA, avec des passations systématiques en retour d'OPEX pour tous les combattants, ont grandement amélioré la qualité du dépistage des troubles.

De plus, le deuxième plan d'action (2013-2015) a abouti à la création, au sein de chaque CMA, d'un poste de psychologue clinicien permettant une meilleure prise en compte du fait psychique (5). Plusieurs patients ont ainsi vu dans un premier temps le psychologue militaire en unité avant d'entamer les soins en HIA. D'autres patients poursuivent un suivi psychologique au CMA en plus du suivi psychiatrique en HIA. Cette initiative pourrait permettre également de diminuer l'impact de la distance entre les régiments et les HIA, avec la possibilité d'un soin de proximité nécessaire à certains patients.

La question de la **reconnaissance par l'institution** reste compliquée. La reconnaissance souhaitée par les patients revêt plusieurs formes : reconnaissance « humaine » (par les pairs et le commandement) et la reconnaissance « financière » (indemnisation). Pour ce qui est de l'indemnisation, les entretiens montrent une certaine amélioration mais la complexité des démarches à réaliser par le patient reste encore un frein. Le temps de l'expertise psychiatrique est en ce sens un moment important dans le parcours de soins du patient (61).

La réalisation de supports tels que le « guide du parcours du militaire blessé » (51) semble aider les patients, mais ce sont principalement les cellules d'aide aux blessés qui constituent les acteurs les plus aidants pour cet aspect-là.

Certains patients reprochent toutefois à ce système de n'aider que les patients placés en CLDM ou en congé du blessé. Les patients actifs ou en congé maladie simple bénéficient plus difficilement d'un accompagnement social. L'enquête quantitative effectuée dans un deuxième temps ne semble pas confirmer ce ressenti par les patients. En effet, 50% des patients en position d'activité bénéficiaient d'un accompagnement social contre seulement 36% des patients placés en CLDM.

Le ressenti globalement négatif concernant **l'accompagnement social** est un élément important qui ressort de cette étude, tant dans les entretiens que dans les questionnaires. Les questionnaires semblent mettre en évidence que la prise en charge sociale serait plus efficiente pour les patients de l'armée de Terre que ceux des autres armées, avec un ressenti des patients globalement plus positif (cf *Figure 14*). Cela pourrait s'expliquer par l'aspect précurseur de l'armée de Terre concernant la prise en charge des blessés psychiques. En effet, c'est la CABAT qui a été la première cellule d'aide aux blessés fondée, bien avant les autres armées. Les moyens dévolus sont bien plus importants que dans les autres armées, en adéquation avec la forte population de militaires concernés. En gendarmerie notamment, la cellule d'aide aux blessés est récente, et le sentiment d'un manque d'accompagnement ressort autant dans les entretiens avec les patients gendarmes que dans leurs réponses aux questionnaires, avec une évaluation de la prise en charge sociale peu à non-satisfaisante.

Par ailleurs, en considérant la clinique même du TSPT, il est fréquent de retrouver chez les patients qui en souffrent une altération de la vision du monde et, en milieu militaire, souvent un sentiment de colère et de désillusion par rapport à l'institution. Cet aspect-là peut expliquer les attentes fortes par rapport à l'institution et donc l'évaluation plus négative que dans les autres champs du parcours de soin.

Cette importance de l'accompagnement social fait consensus dans les autres pays. En effet, aux Etats-Unis, la nécessité d'un accompagnement social pour les militaires et plus particulièrement les vétérans s'est imposée dans les suites de la guerre du Vietnam du fait d'un fort taux de marginalisation. Cette marginalisation sociale est toutefois plurifactorielle et davantage liée à des facteurs de vulnérabilité qu'au TSPT mais a permis d'imposer l'idée d'une prise en considération de cet aspect-là (62).

C'est ainsi le *Department of Veterans Affairs* (équivalent en France à un Ministère) qui est entièrement en charge des soins de santé, des pensions mais également des programmes d'éducation et de réadaptation professionnelle des anciens combattants (63).

Au Canada, des initiatives ont également été développées pour améliorer cet aspect du parcours de soins avec notamment la création d'un programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel par les pairs (64).

Pour ce qui est de la **reconnaissance humaine**, les choses semblent également avoir évolué positivement depuis plusieurs années grâce à la multiplication des campagnes de sensibilisation.

Un patient évoquait en ce sens une initiative locale au sein du régiment, « la journée des blessés », au cours de laquelle des praticiens (psychiatre et psychologue) sont intervenus pour sensibiliser les militaires aux troubles psychiques post-traumatiques.

Sur le plan national et international, le développement d'actions visant les blessés de guerre, physiques ou psychiques, telles que les « *Invictus Games* » permet de déstigmatiser l'image du blessé (65).

Il reste encore du chemin à faire, de nombreux patients décrivant une différence de considération par les pairs entre blessés physiques et psychiques. Le blessé psychique a parfois l'impression d'être un « sous-blessé ».

La **prise en charge des familles** a également pu être évoquée à plusieurs reprises par les patients.

La rencontre par les thérapeutes des conjoints des patients n'est pas systématique mais semble se décider au cas par cas. Un tiers des patients a ainsi pu bénéficier soit de consultations de couple soit de thérapie familiale systémique. Dans 100% des cas cette prise en charge a été proposée au patient par le psychiatre référent.

L'impact du TSPT sur la cellule familiale est décrit par les patients au sens d'une altération de la qualité de la vie conjugale, ce qui correspond également à la littérature internationale à ce sujet (24). La prise en considération et en charge des familles est également un nouvel axe d'action prioritaire du SSA.

Des guides à l'attention des conjoints et enfants de patients souffrant de TSPT ont été développés à l'initiative des cellules d'aide aux blessés.

Concernant la **prise en charge médicale**, le ressenti des patients par rapport aux soins est globalement très positif. Ce ressenti semble trouver sa place autant dans la capacité d'accompagnement et de soutien que dans la modalité des soins prodigués en tant que tels sur laquelle les patients ont, dans notre étude, peu d'attentes précises. Les différences de courant théorique entre les praticiens ainsi que les changements de thérapeutes ne semblent pas impacter le ressenti des patients. Dans notre étude, 100% des patients se disaient satisfaits ou très satisfaits de la prise en charge médicale. Le développement et la diffusion des thérapies brèves type EMDR dans les HIA ressort dans les entretiens comme une avancée très positive. L'aspect novateur et le caractère spécifique de cette psychothérapie peuvent expliquer les fortes attentes qu'en ont les patients. La forte représentation de l'EMDR dans l'étude (près de 80% des patients) peut être nuancée par la présence, dans les deux HIA testés, de thérapeutes formés à l'EMDR (un psychiatre et une psychologue militaires), ce qui n'est pas forcément le cas dans tous les services de psychiatrie des HIA.

Toutefois, mise à part l'EMDR, peu de patients ont accès aux autres psychothérapies recommandées (TCC-CT, thérapies de gestion du stress). Il est à noter cependant que, dans les entretiens, il ressortait que les patients pouvaient avoir des difficultés à savoir exactement quel type de soins leur étaient prodigués, tandis que l'EMDR était plus facilement identifiée.

**Sur le plan médicamenteux**, l'étude illustre les habitudes de prescription en milieu militaire avec notamment un usage fréquent des neuroleptiques (47% des patients sous traitement). Les posologies journalières retrouvées, en moyenne 12,5mg pour la Loxapine et 25mg pour la cyamémazine, vont dans le sens d'une prescription à usage anxiolytique et non antipsychotique. La prescription la plus fréquente reste celle d'antidépresseurs de type ISRS, en accord avec les recommandations et la littérature scientifique (25,27).

Il est intéressant de noter que plusieurs patients bénéficient ou ont bénéficié de prescriptions de benzodiazépines ou apparentés alors que ce traitement n'est pas recommandé voire déconseillé pour la prise en charge du TSPT. Ces prescriptions peuvent s'expliquer, pour un des patients, par la présence d'une comorbidité addictologique à type d'alcoolodépendance. Pour un autre patient, il s'agissait d'un blessé physique et psychique, avec une prise en charge en parallèle en MPR (médecine physique et réadaptation). Cela peut également refléter la

complexité de prise en charge du TSPT et notamment des troubles du sommeil parfois résistants aux autres lignes thérapeutiques. La littérature riche sur la pharmacothérapie reflète ces difficultés, avec la recherche d'une alternative aux antidépresseurs tels que les antipsychotiques en traitement de fond ou encore la prazosine pour les cauchemars en cas d'échec des ISRS (66–69). D'autres alternatives ont pu être étudiées comme l'usage de dérivés cannabinoïdes ou encore d'antiépileptiques tel que le levetiracetam (70,71).

L'utilisation de l'hydroxyzine semble être privilégiée en aigu et est moins utilisée dans la prise en charge du TSPT constitué (72).

Il ressort également dans cette étude que les **initiatives locales** nombreuses sont valorisées par les patients. C'est le cas, dans les deux HIA étudiés, des « hôpitaux de jour ESPT » ou encore de « l'équithérapie ».

Dans les autres HIA également des dispositifs spécifiques ont été mis en place. À Paris notamment, la Cellule de Rééducation et de Réadaptation du Blessé en Opération (C2RBO) a été créée il y a quelques années avec pour objectif une meilleure coordination entre les différents acteurs du parcours de soin des militaires blessés (médecin rééducateur, cellule d'aide aux blessés, psychiatre, ...) (73). Ces cellules pluridisciplinaires ont été déclinées dans les autres HIA sous la forme des CMBS (Comités Multidisciplinaires des Blessés en Service), au cours desquels se réunissent les différents acteurs du parcours de soins des patients, tous les 3 mois environ.

Enfin, on constate que le **ressenti général** des patients concernant le parcours de soin est globalement positif voire très positif, ce qui a pu ressortir tant dans les entretiens que dans les questionnaires, et ce malgré d'importantes différences dans les prises en charge des patients.

## 4. CONCLUSION

La prise en charge du TSPT lié au service est au cœur des préoccupations du Service de Santé des Armées (SSA) et du ministère de la Défense (44).

Cette problématique reste un problème d'actualité dans les armées, notamment par la poursuite des opérations extérieures en cours, qui ont un potentiel traumatique semblable aux théâtres opérationnels initialement décrits dans la genèse de ces troubles tels que l'Afghanistan, mais aussi la multiplication des opérations dites intérieures depuis les attentats de 2015.

Les différents plans d'action menés par le SSA semblent avoir permis des améliorations notables dans la prise en charge du militaire blessé même s'il reste encore des points perfectibles et notamment la question de l'accompagnement social et du parcours de réinsertion du sujet, qui ne relèvent pas exclusivement du SSA.

Le dernier plan d'action 2015-2018 a mis l'accent sur la recherche clinique et confirmé l'importance de la prise en charge du blessé psychique pour les armées.

Cette première étude sur le parcours de soin des militaires suivis pour TSPT au sein de deux HIA a permis d'explorer dans un premier temps les représentations des patients ainsi que leurs attentes concernant leurs soins, et dans un deuxième temps le détail des facteurs influençant leurs prises en charge.

Le constat se fait que les parcours de soins sont extrêmement variés, entre les HIA mais aussi entre les patients. Cette variété des soins ne ressort pas comme un point négatif chez les patients, mais une certaine harmonisation des pratiques, ou tout du moins des dispositifs proposés, pourrait probablement apporter un certain bénéfice aux patients et une équité des soins, face à un trouble complexe et difficile à soigner.

Cette étude est insuffisante pour dresser un état des lieux significatif de la situation dans les HIA mais a permis de mettre en évidence des initiatives locales et un ressenti global des patients très positif sur la question du soin en milieu militaire.

Les premiers résultats confirment l'intérêt de poursuivre cette étude dans les autres HIA afin de mieux explorer les parcours de soins et d'avoir une vision plus globale sur la prise en charge des patients souffrant de TSPT en lien avec le service.

## 5. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique, Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale. Santé mentale en population générale : images et réalités. Ministère de la Santé; 2003.
2. Breslau, N., Kessler R., Chilcoat H., Schultz L., Davis G., Andresky P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. The 1996 Detroit area survey of trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;626–32.
3. Service de Santé des Armées, plan d'amélioration de la prise en charge des blessés. 2017.
4. Direction centrale du Service de Santé des Armées. Plan d'action 2011-2013 "Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées." Ministère de la Défense; 2011.
5. Plan d'action 2013-2015 "troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées" n°517996/DEF/DCSSA/PC/CN.SMPA. Direction centrale du Service de Santé des Armées; 2013.
6. Plan d'action 2015-2018 "prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées" n°527740/DEF/DCSSA/AAD-EMP. Direction centrale du Service de Santé des Armées; 2015.
7. A. Jolly. Evènements traumatiques et état de stress post-traumatique : une revue de la littérature épidémiologique. *Ann Méd-Psychol*. 2000;370–8.
8. Auxéméry Y., Favodon B., Colas M.-D. Les psychothérapies individuelles indiquées dans les troubles psychiques post-traumatiques de guerre : analyse des recommandations françaises et américaines. *Médecine Armées*. 2018;46(1):091–6.
9. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, 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*. 2004;(420):21–7.
10. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. [Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: Santé mentale en population générale (SMPG)]. *L'Encephale*. 2008 Dec;34(6):577–83.
11. Hines L., Sundin J., Rona R., Wessely S., Fear N. Posttraumatic Stress Disorder Post Iraq and Afghanistan: Prevalence among Military Subgroups. *Rev Can Psychiatr*. 2014;59(9):468–79.
12. Brunet A, Monson E, Liu A, Fikretoglu D. Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in the Canadian Military. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2015 Nov;60(11):488–96.

13. Vallet D., Arvers P. Etude exploratoire sur l'état de stress post-traumatique dans deux unités opérationnelles de l'armée de terre. Defense Technical Information Center -DTIC ADA472827; 2006.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Vol. 5. 2013.
15. Lebigot F. Le traumatisme psychique. *Stress Trauma*. 2009;9(4):201–4.
16. Haut Comité. Haut comité d'évaluation de la condition militaire. Ministère de la Défense; 2011 p. 1–232. Report No.: 5.
17. Chiffres clés de la Défense - 2017 [Internet]. [cited 2018 Aug 25]. Available from: <https://www.defense.gouv.fr/actualites/articles/chiffres-cles-de-la-defense-2017>
18. Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale. Le sommeil en OPEX - guide mieux vivre le déploiement [Internet]. Site Internet du Guide du déploiement - Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale. 2015 [cited 2018 Sep 26]. Available from: <https://deploiement.cnms.fr/hygiene-de-vie/le-sommeil-en-opex-243.html>
19. Armenta RF, Rush T, LeardMann CA, Millegan J, Cooper A, Hoge CW, et al. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry*. 2018 17;18(1):48.
20. O'Hare T, Sherrer M. Drinking motives as mediators between PTSD symptom severity and alcohol consumption in persons with severe mental illnesses. *Addict Behav*. 2011 May;36(5):465–9.
21. Browne KC, Wray TB, Stappenbeck CA, Krenek M, Simpson TL. Alcohol Consumption, Craving, and Craving Control Efforts Assessed Daily in the Context of Readiness to Change Among Individuals with Alcohol Dependence and PTSD. *J Subst Abuse Treat*. 2016 Feb;61:34–41.
22. Simpson TL, Stappenbeck CA, Varra AA, Moore SA, Kaysen D. Symptoms of posttraumatic stress predict craving among alcohol treatment seekers: results of a daily monitoring study. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. 2012 Dec;26(4):724–33.
23. Berenz EC, Roberson-Nay R, Latendresse SJ, Mezuk B, Gardner CO, Amstadter AB, et al. Posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Epidemiology and order of onset. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2017 Jul;9(4):485–92.
24. Vogt D, Smith BN, Fox AB, Amoroso T, Taverna E, Schnurr PP. Consequences of PTSD for the work and family quality of life of female and male U.S. Afghanistan and Iraq War veterans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(3):341–52.
25. Haute Autorité de Santé. Guide médecin - Affections Psychiatriques de longue durée : troubles anxieux graves. 2007.
26. Susskind O, Ruzek JI, Friedman MJ. The VA/DOD Clinical Practice Guideline for Management of Post-Traumatic Stress (update 2010): development and methodology. *J Rehabil Res Dev*. 2012;49(5):xvii – xxviii.

27. Gu W, Wang C, Li Z, Wang Z, Zhang X. Pharmacotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *J Nerv Ment Dis.* 2016 May;204(5):331–8.
28. Kobayashi TM, Patel M, Lotito M. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder at a Veterans Affairs facility. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm.* 2015 Jun 1;72(11 Suppl 1):S11–5.
29. Stein DJ, Bandelow B, Hollander E, Nutt DJ, Okasha A, Pollack MH, et al. WCA Recommendations for the long-term treatment of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr.* 2003 Aug;8(8 Suppl 1):31–9.
30. Ursano RJ, Bell C, Eth S, Friedman M, Norwood A, Pfefferbaum B, et al. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 2004 Nov;161(11 Suppl):3–31.
31. Britnell SR, Jackson AD, Brown JN, Capehart BP. Aripiprazole for Post-traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Clin Neuropharmacol.* 2017 Dec;40(6):273–8.
32. Villarreal G, Hamner MB, Cañive JM, Robert S, Calais LA, Durklaski V, et al. Efficacy of Quetiapine Monotherapy in Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry.* 2016 Dec 1;173(12):1205–12.
33. Roughead EE, Pratt NL, Kalisch Ellett LM, Ramsay EN, Barratt JD, Morris P, et al. Posttraumatic Stress Disorder, Antipsychotic Use and Risk of Dementia in Veterans. *J Am Geriatr Soc.* 2017 Jul;65(7):1521–6.
34. Guina J, Rossetter SR, DeRHODES BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatr Pract.* 2015 Jul;21(4):281–303.
35. Singh B, Hughes AJ, Mehta G, Erwin PJ, Parsaik AK. Efficacy of Prazosin in Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2016 Jul 28;18(4).
36. Anghelescu I, Moschner C. Prazosin for Post-Traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med.* 2018 26;378(17):1648–9.
37. Raskind MA, Peskind ER, Chow B, Harris C, Davis-Karim A, Holmes HA, et al. Trial of Prazosin for Post-Traumatic Stress Disorder in Military Veterans. *N Engl J Med.* 2018 Feb 8;378(6):507–17.
38. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Dec 13;(12):CD003388.
39. Adenauer H, Catani C, Gola H, Keil J, Ruf M, Schauer M, et al. Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli--evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neurosci.* 2011 Dec 19;12:127.
40. Hensel-Dittmann D, Schauer M, Ruf M, Catani C, Odenwald M, Elbert T, et al. Treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled

- comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. *Psychother Psychosom.* 2011;80(6):345–52.
41. De Fouchier C, Blanchet A, Jehel L. La thérapie comportementale et cognitive auprès des populations réfugiées victimes de torture et de guerre : revue de la littérature. *J Thérapie Cogn Comport.* 2015 Mar;25(1):12–20.
  42. Köhler K, Eggert P, Lorenz S, Herr K, Willmund G, Zimmermann P, et al. Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in German Armed Forces Soldiers With Post-Traumatic Stress Disorder Under Routine Inpatient Care Conditions. *Mil Med.* 2017;182(5):e1672–80.
  43. Goodson J, Helstrom A, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Powers MB. Treatment of posttraumatic stress disorder in U.S. combat veterans: a meta-analytic review. *Psychol Rep.* 2011 Oct;109(2):573–99.
  44. Audibert-Troin O., Poumirol E. Rapport d’information par la commission de la défense nationale et des forces armées en conclusion de travaux d’une mission d’information sur la prise en charge des blessés. Assemblée Nationale; 2014 Jun p. 1–146. Report No.: 2470.
  45. chaîne de soutien médical en opération [Internet]. *defense.gouv.fr*. Available from: <http://www.defense.gouv.fr/var/dicod/storage/images/base-de-medias/images/sante/soutien-medical-en-operation/infographie-chaine-de-soutien-medical-en-operation/2429586-2-fre-FR/infographie-chaine-de-soutien-medical-en-operation.jpg>
  46. Salmon TW (Thomas W. The care and treatment of mental diseases and war neuroses (“shell shock”) in the British army [Internet]. New York City, War Work Committee of the National Committee for Mental Hygiene, Inc.; 1917. 120 p. Available from: <http://archive.org/details/caretreatmentofm00salmrich>
  47. Guillemain H, Tison S. Thomas Salmon, les traumatismes de guerre et la société américaine. Press Univ Rennes [Internet]. 2012 [cited 2018 Sep 12]; Available from: [http://www.academia.edu/2323349/Thomas\\_Salmon\\_les\\_traumatismes\\_de\\_guerre\\_et\\_la\\_soci%C3%A9t%C3%A9\\_am%C3%A9ricaine](http://www.academia.edu/2323349/Thomas_Salmon_les_traumatismes_de_guerre_et_la_soci%C3%A9t%C3%A9_am%C3%A9ricaine)
  48. Berry X., Marimoutou C., Pommier de Santi V., Rabatel E., Deparis X., Paul F. Etats de stress post-traumatique au retour d’Afghanistan. *Stress Trauma.* 2011;11(2):75–84.
  49. Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PloS One.* 2016;11(10):e0161645.
  50. Direction des ressources humaines du ministère de la Défense. Le guide pratique d’une Pension militaire d’invalidité pour un militaire en activité de service - version n°3. 2016.
  51. Ministère de la Défense. Guide du parcours du militaire blessé. 2015. 44 p.
  52. Guével MR., Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique.* 2012;24(1):23–38.

53. Halcomb E, Hickman L. Mixed methods research. *Nurs Stand R Coll Nurs G B* 1987. 2015 Apr 8;29(32):41–7.
54. Scott S.B., Bergeman C.S., Verney A., Longenbaker S., Markey M.A., Bisconti T.L. Social support in widowhood: a mixed methods study. *J Mix Methods Res.* 2007;3(1):242–66.
55. Collins C., Dressler W. Cultural consensus and cultural diversity. *J Mix Methods Res.* 2008;4(2):362–87.
56. Condomines B., Hennequin E. Etudier des sujets sensibles : les apports d'une approche mixte. *Rev Interdiscip Manag Homme Entrep.* 2013;1(5):12–27.
57. Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. *BMJ.* 1998 Apr 18;316(7139):1230–2.
58. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ.* 1995 Jul 1;311(6996):42–5.
59. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Rev Médicale Assur Mal.* 2001 avril-juin;32(2):117–21.
60. Currier JM, Deiss J, McDermott RC. From Whom Do Student Veterans Seek Help?: Understanding the Roles of Professional, Informal, and Religious Sources. *J Nerv Ment Dis.* 2017 Jun;205(6):491–4.
61. Boisseaux H, de Montleau F, Nicolas J-D, Vallet D. [Medico-legal aspects of post traumatic disorders and their after-effects]. *Rev Prat.* 2003 Apr 15;53(8):863–7.
62. Rosenheck R, Fontana A. A model of homelessness among male veterans of the Vietnam War generation. *Am J Psychiatry.* 1994 Mar;151(3):421–7.
63. Office VPA. U.S. Department of Veterans Affairs [Internet]. [cited 2018 Sep 27]. Available from: <https://www.va.gov/>
64. Don Richardson J., Darté K., Grenier S., English A., Sharpe J. Le soutien social aux victimes de stress opérationnel : une innovation canadienne en matière de soutien professionnel par les pairs. *Rev Mil Can.* 2008;9(1):57–64.
65. Invictus Games Foundation [Internet]. Available from: <https://invictusgamesfoundation.org/>
66. Koek RJ, Schwartz HN, Scully S, Langevin J-P, Spangler S, Korotinsky A, et al. Treatment-refractory posttraumatic stress disorder (TRPTSD): a review and framework for the future. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2016 03;70:170–218.
67. Ammar G, Naja WJ, Pelissolo A. [Treatment-resistant anxiety disorders: A literature review of drug therapy strategies]. *L'Encephale.* 2015 Jun;41(3):260–5.

68. Krystal JH, Rosenheck RA, Cramer JA, Vessicchio JC, Jones KM, Vertrees JE, et al. Adjunctive risperidone treatment for antidepressant-resistant symptoms of chronic military service-related PTSD: a randomized trial. *JAMA*. 2011 Aug 3;306(5):493–502.
69. Richardson JD, Fikretoglu D, Liu A, McIntosh D. Aripiprazole augmentation in the treatment of military-related PTSD with major depression: a retrospective chart review. *BMC Psychiatry*. 2011 May 17;11:86.
70. Fraser GA. The use of a synthetic cannabinoid in the management of treatment-resistant nightmares in posttraumatic stress disorder (PTSD). *CNS Neurosci Ther*. 2009;15(1):84–8.
71. Kinrys G, Wygant LE, Pardo TB, Melo M. Levetiracetam for treatment-refractory posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006 Feb;67(2):211–4.
72. Vautier V., Gorin C., Andruéтан Y., Clervoy P. Les psychotropes en situation de stress aigu prévention de l'état de stress post-traumatique. *Med Armées*. 2011;39(2):133–6.
73. Montleau F de, Boussaud M, Dascalescu D, Granier C, Allagil C, Daudin M. Réadaptation et réinsertion des militaires blessés en opération. <https://www-em-premium-com.bibliopam-evdg.org/data/revues/02416972v36i297S0241697214001856> [Internet]. 2015 Jun 3 [cited 2018 Aug 25]; Available from: <https://www-em-premium-com.bibliopam-evdg.org/article/960031>

## 6. ANNEXES

### **Annexe 1** : Grille d'entretien semi-dirigé

#### **Introduction :**

Madame, Monsieur,

Je suis interne des Hôpitaux des armées, et je réalise une thèse sur le parcours de soins en psychiatrie des militaires souffrant d'un état de stress post-traumatique survenu en opération ou à l'occasion de l'exercice du service.

L'entretien « semi-dirigé » auquel vous avez accepté de participer a pour objectif de recueillir le plus d'informations possibles sur votre parcours de soin, depuis le diagnostic jusqu'à aujourd'hui. Il durera entre 45 minutes et 1 heure et sera enregistré afin de faciliter la transcription et l'analyse des données.

L'objectif de mon étude est d'établir un état des lieux représentatif des parcours de soins des patients militaires suivis dans les différents services de psychiatrie des HIA pour un état de stress post-traumatique.

Les résultats seront anonymisés et utilisés uniquement dans le cadre de mon travail de thèse.

Vous pourrez être tenus informés des résultats de l'étude si vous le souhaitez.

**Avez-vous des questions avant de commencer l'entretien ?**

#### **Questions de présentation :**

Tout d'abord, pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

*Faire préciser :*

- *Age, date de naissance*
- *Statut marital, parentalité*

**A partir de votre date d'engagement, quel a été votre parcours militaire en termes d'affectations, d'opérations ?**

*Faire préciser :*

- *Date et mode d'engagement*
- *Régiment et armée d'affectation*
- *Catégorie de grade*
- *Statut (active, réforme, réserve, CLD) et période de CLD*
- *Antécédents d'OPEX, faire préciser :*
  - o *Nombre, durées, lieux et dates*

**Comment avez-vous entendu parler de l'état de stress post-traumatique ? Comment ce diagnostic a-t-il été posé chez vous ?**

**Comment décririez-vous votre prise en charge actuelle au sein de l'HIA (en termes de soins proposés et non de qualité) ?**

Faire préciser :

- Nombre et nature des intervenants
- Nature du suivi (ambulatoire, HDJ, HDN, HTP,...), lieu, fréquence

Relances : comment cette prise en charge a-t-elle débuté ?

- Origine du suivi (MG,...)
- Début du suivi, lieu de soins

**Avez-vous déjà vu un psychologue ou psychiatre en dehors de votre HIA de rattachement ? Pourriez vous me parler de cette prise en charge ?**

Faire préciser :

- Dates et périodes de suivi
- Nature du suivi
- Origine du suivi (démarche personnelle ou autre)

Quelles étaient les raisons qui vous ont amené à consulter à l'extérieur ?

Comment décririez vous votre situation à cette période ?

Pouvez-vous décrire une consultation-type ?

**Au cours de votre prise en charge, quels autres intervenant ont pu vous aider ?**

Faire préciser :

- Dates et périodes de prise en charge, nature du suivi, origine

**Pourriez vous me donner les noms ou classes de médicaments qui vous ont été prescrits depuis le début de votre prise en charge ?**

- Durée de ttt, efficacité ressentie

**Selon vous, quelles améliorations seraient envisageables ?**

**Y a-t-il d'autres points que vous souhaiteriez aborder ?**

## Annexe 2 : Fiche de consentement

Dans le cadre de la thèse doctorale de psychiatrie de l'interne des hôpitaux des armées Laurine OSTERMANN, dont l'objectif est d'étudier les parcours de soin des militaires souffrant de trouble de stress post-traumatique, je soussigné(e) M.... certifie avoir parfaitement pris connaissance du contenu du présent formulaire.

La nature et les objectifs de cette étude m'ont été expliqués par Laurine OSTERMANN. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et ai obtenu des réponses satisfaisantes.

J'atteste avoir compris les conditions de ma participation, en particulier que j'avais la possibilité de ne pas participer à cet entretien et que, malgré mon accord à participer, j'avais le droit de refuser de répondre à certaines des questions qui me sont posées lors de l'entretien sans avoir à fournir d'explication.

Je peux interrompre à tout moment cet entretien sans justifier ma décision.

J'atteste avoir été informé que les personnes qui réalisent cette étude sont tenues au respect du secret professionnel. Mon identité ne sera jamais mentionnée dans les publications qui en découleront.

Fait à ....., le .....

Signature :

Je soussignée IHA OSTERMANN Laurine, investigateur de l'étude, certifie avoir communiqué à ..... toutes les informations utiles sur les objectifs et les modalités de cette étude.

Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement afin de mener cette étude dans les meilleures conditions, conciliant le respect des droits et libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique.

Fait à ....., le .....

Signature :

### **Annexe 3 : Verbatim d'un entretien**

Entretien n°7

Date : Le 13/10/2017

Lieu : salle de thérapie familiale, HIA Sainte Anne.

Durée enregistrement : 35'

Patient : homme, 54 ans, gendarmerie, marié, 3 enfants, CLDM 4<sup>ème</sup> période

#### **Tout d'abord est-ce que vous pourriez vous présenter en quelques mots ?**

Alors j'suis Mr L, j'suis né en 1963, j'suis issu de la gendarmerie nationale, marié, 3 enfants, je suis suivi en HIA depuis septembre 2015 et je suis en CLDM depuis décembre 2015.

#### **A partir de votre date d'engagement, est ce que vous arriveriez à retracer votre parcours en termes d'affectations et d'opérations extérieures ?**

Ouais, alors j'ai fait l'armée à la Sécurité Civile de Brignoles en 1982, de février 82 à février 83. Après j'ai travaillé 2 ans dans le civil. Après en décembre 85 j'suis rentré à l'école de gendarmerie de Montluçon, j'ai été affecté en septembre 86 à Versailles, Versailles-Satory, au sein de l'escadron 3/1 jusqu'en 91. En 91 j'étais en brigade territoriale à Donzères, à côté de Montélimar. Puis après j'ai été muté en 96 à Moustiers-Ste- Marie, euh, en brigade territoriale mais c'était dans les Alpes de Haute-Provence. Puis après 6 mois après, parce que l'appartement était trop petit et on avait 3 enfants, j'ai été muté à Rillez, juste à côté à 10km. Puis après Rillez en 1999 j'ai été muté à la brigade de recherche de Gap, et en 2002 j'ai été muté ensuite à Nice où j'suis resté de 2002 à 2015, date à laquelle la maladie s'est déclarée, enfin est réapparue. Et j'ai été placé ensuite donc en CLDM en décembre 2015.

#### **D'accord. Et est-ce que vous avez fait des opérations extérieures, intérieures ou bien des missions ?**

Non, jamais d'OPEX, j'suis toujours resté en métropole.

#### **Ok. Pour vous, comment vous définiriez l'état de stress post-traumatique ?**

En fait euh... Comment dire... C'est comme une effraction, une intrusion dans notre esprit en fait, et on se retrouve j'dirais dans un état second. J'sais pas comment l'expliquer en fait. A chaque fois, moi l'impression que j'ai, c'était que j'avais un sentiment de me retrouver comme dans une bulle avec un sentiment de chaleur très intense et d'avoir l'impression que

quelque chose coulait le long de mon dos, quelque chose qui rentrait et j'arrivais pas à faire face.

### **Comment le diagnostic a été posé chez vous ?**

En fait il n'a pas été posé tout de suite. Parce que moi le premier cas c'est un enfant qui est mort dans mes bras dans un accident de la circulation. En fait j'arrive sur les lieux, une voiture qui passait devant un stade de football, voilà, le gars il tourne la tête à gauche il regarde son gamin qui était à l'entraînement de foot, et y avait un petit garçon qui s'appelait G. qui avait 10 ans et qui sortait du catéchisme qui traverse la route à ce moment-là et le gars a la tête tournée il renverse le gamin en fait... Le gamin est projeté contre un arbre, et nous on n'est pas loin, on était à Donzères en 1992-1993, donc nous on arrive les premiers sur les lieux avant les secours, donc moi j'porte secours au gamin et il va mourir dans mes bras en fait... Et ce gamin-là, il me regardait, il parlait plus mais il avait les yeux grands ouverts, il me regardait comme ça et il me demandait sauve-moi en fait. Et j'suis resté complètement pétrifié, j'avais l'impression... enfin j'étais tellement impuissant devant ça que voilà ça m'a énormément perturbé. Donc à l'époque, en 1992, moi j'étais rentré en 85 donc j'avais déjà 7 ans de service, j'ai commencé à faire des cauchemars, j'voulais plus en parler. Rien que le prénom, pendant 10 ans j'pouvais même pas le prononcer. Donc, c'était une maladie dont on n'entendait jamais parler, donc j'ai vécu avec et j'avais cette impression d'effraction, d'avoir l'impression que mon cerveau, j'sais pas, qu'il y avait quelque chose... j'pouvais pas m'attendre à ça en fait. Après c'est quelque chose même maintenant j'ai extrêmement de mal avec ça, j'fais encore des cauchemars de ça.

Et j'pense on pourrait dire, une effraction du psychisme, comme s'il y avait quelque chose qui pénétrait à l'intérieur quoi. C'est quelque chose de pas réel quoi. On essaye de pas y penser mais c'est un truc de fou quand on y pense.

### **Et là à l'époque en 1992, vous n'aviez pas consulté pour ça ?**

Non non, parce qu'à l'époque j'pouvais pas risquer de perdre mon travail, j'avais que 6 ans de service, on avait 2 enfants déjà. Et puis bon la maladie on la connaissait pas. Et puis quand vous passez en visite annuelle, d'aptitude, si vous racontez ça vous risquez de perdre votre boulot.

Mais à partir de cette date-là je n'ai plus jamais dormi comme il faut. J'ai toujours pris, j'ai essayé toutes sortes de trucs pour dormir.

Et après j'avais être confronté quand j'suis à Gap, donc en 1999, le 1<sup>er</sup> juillet 1999, j'suis appelé en premier intervenant sur la catastrophe du téléphérique du Pic de Bure. En fait il y a un téléphérique qui amène les astrophysiciens à une station en hauteur et quand il arrive au dernier pilier la cabine stoppe et repart en arrière. Donc elle est partie sur plus d'un kilomètre en arrière et quand elle touche le sol en bas, aussi bien la cabine que les gens sont complètement explosés par l'impact. Donc nous quand on y a été, on a été chargé de reconstituer les corps, de prendre des photos des corps, de faire l'inventaire etc. Y avait quand même 20 personnes quoi. On a ramassé des têtes décapitées, des trucs... Mais ça encore, quand on y va c'est le boulot. Le plus dur ça a été quand il a fallu rendre les corps à la famille. Confrontés au chagrin des gens... Ça me rappelle le petit G., parce que sa mère au petit G. elle allait tous les jours sur le cercueil, sur la pierre tombale et... là c'est pareil y avait des gens qui s'allongeaient sur les personnes qui étaient mises en bière, on ne pouvait pas montrer les corps c'était tellement, tellement explosé, tellement mal en point. J'me souviens même plus comment j'suis rentré ce jour-là à mon domicile. La dernière chose dont je me souviens, c'est que je suis prostré à l'extérieur de la gare de départ du téléphérique, où là y a le SAMU, les pompiers. Et que là y a un médecin du SAMU qui me dit « mais j'comprends pas en gendarmerie vous n'avez pas de soutien psychologique ? ». Parce qu'ils avaient amené eux des psychologues pour les pompiers et pour eux-mêmes. Mais non nous on n'a absolument aucun soutien.

Et donc c'est à ce moment-là que, exactement 122 jours après, j'avais passer devant le médecin militaire à Marseille. J'ai vu un premier médecin en 1999 donc, qui va constater, bon j'ai repris à fumer depuis, beaucoup de perte de poids, des troubles du sommeil, donc là il va demander une inscription au registre des constatations pour traumatisme psychologique. Après ça on ne me questionnera plus jamais, c'est la seule fois où j'verrais un médecin militaire là-dessus. Je verrais par moi-même un psychologue civil mais je le dirai pas à la gendarmerie pour éviter d'avoir des problèmes. Après lors des VSA annuelles on ne me posera jamais la question. Jamais on me posera est-ce que vous dormez mieux, etc.

Après 2 ans plus tard, toujours à Gap, j'suis intervenu sur un bébé qui est mort étouffé dans son lit. Il avait été opéré d'un pied bot et en fait avec le plâtre, quand il s'est retourné dans son lit, sa tétine était restée coincée dans sa bouche et il s'était vomi en fait à l'intérieur de sa bouche. C'était pas sorti en fait, et il s'était étouffé. Donc ça pareil ça m'avait encore chamboulé par rapport au bébé, à G., et au téléphérique. Les parents quand on était arrivé ils

avaient pris le gosse et ils l'avaient mis sur le canapé on aurait dit un poupon, c'était très étrange en fait.

Et donc après j'suis parti à Nice et là pareil, ça a été le sommeil perturbé, les faut pas que j'y pense etc. Donc là j'ai pris des cachets, beaucoup de Lexomil, c'est ce qui me permettait de bien dormir.

**Le Lexomil vous en preniez depuis combien de temps ?**

Oh ça faisait longtemps que j'en prenais. En fait j'allais voir le toubib, j'disais que j'étais un peu stressé, que j'arrivais pas à dormir et du coup ben ils me filaient du Lexomil.

**C'était votre médecin militaire ?**

Non non, c'était mon médecin traitant civil. Et puis comme ma femme ça n'allait pas non plus parce que j'allais pas bien donc elle s'en faisait prescrire aussi mais du coup des fois j'lui en prenais. C'était pas quelque chose de très cadré.

**D'accord. Et vous me disiez que vous aviez vu un psychologue à Gap, vous vous souvenez dans quelles circonstances c'était ?**

Je l'ai vu en 1999 en fait, juste après le téléphérique du pic de Bure en fait. Ça c'était le 1<sup>er</sup> juillet, donc je l'ai vu à peu près en Aout, pendant 2-3 mois je dirais.

C'était des consultations anonymes en fait, c'était un monsieur j'me souviens, et euh... j'ai essayé de retrouver sa trace. J'ai envoyé des mails à l'ordre des médecins mais je savais pas qu'ils avaient pas d'ordre eux en fait. Parce qu'on m'a demandé de prouver que j'étais allé voir un psychologue dans le cadre de la PMI mais j'ai pas pu le prouver puisque j'ai pas pu le retrouver. En 1999 c'était, donc il y a 15 ans, le gars je l'appelais le Père Noël donc il devait avoir déjà plus de 50 ans. Donc c'était gratuit, anonyme, moi j'lui avais expliqué que j'étais gendarme. J'lui ai beaucoup parlé, j'lui ai raconté que j'arrivais plus à dormir, que je faisais beaucoup de cauchemars de gens qui étaient morts dans les cercueils et dont on fermait la boîte. C'était quelque chose d'effroyable quoi.

**Et vous vous souvenez dans quel cadre exerçait le psychologue ? Si c'était en CMP ou autre ?**

Ah non je sais plus du tout. C'était dans une maison, j'crois que c'était une association parce qu'il y avait d'autres gens qui venaient qui avaient des problèmes de couple. Y avait d'autres psychologues aussi. Ouais j'crois que c'était une association, un truc un peu gratos quoi. Peut-

être qu'il n'était même pas psychologue en fait, mais je crois que oui ! ça a permis que j'puisse parler en fait.

**C'était la première fois que vous rencontriez un psychologue ou un soignant en santé mentale ?**

Oui, c'était le premier spécialiste en « santé mentale » que j'ai rencontré.

**D'accord. Et après ce psychologue en 1999, il s'est passé combien de temps avant que vous reconsultiez pour les troubles ?**

Ben en fait c'est après quand les troubles sont réapparus à partir de mars 2015.

En fait après donc j'suis parti à Nice. Entre temps j'ai fait un ulcère. En fait déjà après G., j'ai fait un ulcère. Après en 99 y a eu le téléphérique du pic de Bure, après y a eu le bébé en 2000 ou 2001. Et 2002 j'arrive à Nice. Et en fait en septembre 2013 on nous annonce que ma fille, notre plus jeune enfant, a un cancer du cerveau. On nous l'annonce brutalement. Donc ça ça a rajouté de l'angoisse à mon épouse comme à mois par rapport à tout ce que j'avais connu. Après en 2014 j'fais un infarctus du myocarde. Après en septembre 2014 j'fais une pleurésie. Et fin 2014 la gendarmerie sort une nouvelle note, qui s'appelle la 85000, c'est pour la gestion des inaptitudes. Donc suite à mes problèmes de santé j'avais été inapte pendant un certain temps et j'pouvais plus faire de travail de nuit. Et donc là ils m'ont demandé de faire une dérogation pour demander l'autorisation de poursuivre ma carrière. En fait ils mettaient en doute ma capacité à poursuivre ma carrière. Et ça m'a vraiment chamboulé en fait. Là j'ai été convoqué à Marseille par la hiérarchie de la gendarmerie et où on a commencé un peu à me mettre la pression par rapport à ça. Et donc en fait après 30 ans de service j'ai été reçu comme un chien en fait. Et là ça a... en fait je l'ai vécu je pense comme un véritable traumatisme.

Et en fait tout ce que j'avais essayé de cacher pendant des années, tout ce que j'avais fait en sorte pour continuer de travailler pour subvenir à ma famille, en fait tout ça ça a ouvert les portes quoi.

Donc là les troubles sont réapparus, troubles du sommeil, encore plus. Donc là j'ai consulté au mois de juin mon médecin d'unité, à Antibes, à l'escadron de gendarmerie. Et il a demandé à ce que je consulte immédiatement en psychiatrie à Nice, chez un psychiatre civil en hôpital qui m'a suivi jusqu'en septembre. En février on remet mes capacités en doute, puis en juin 2015 je vois le médecin militaire qui m'arrête et m'envoie chez un psychiatre civil. Et après

les premières entrevues, le psychiatre civil a envoyé un espèce de compte-rendu au médecin militaire qui m'a envoyé après en expertise en HIA auprès d'un psychiatre militaire.

Moi ce que j'avais demandé au médecin d'unité c'était d'être réformé, j'avais voulu être réformé pour pouvoir m'occuper de mes problèmes de santé, j'savais même pas ce que c'était un CLDM ni quoi que ce soit. Moi quand j'arrive en HIA j'ai expliqué au psychiatre militaire que j'allais pas bien tout ça, j'étais encore plus mal que maintenant, et lui fait son expertise et me dit qu'il n'était pas question que je sois réformé, que j'avais des droits en temps que militaire, et qu'il me plaçait en CLDM.

Donc là il me place en CLDM, au mois de décembre j'arrive à la fin de mes jours d'arrêt maladie et je bascule en CLDM. Et du coup j'ai fait tous mes soins par la suite dans l'HIA.

**D'accord. Et le psychiatre civil vous l'avez revu par la suite ?**

Je l'ai vu le laps de temps entre le mois de juin et le mois de septembre avant que je rencontre le psychiatre militaire qui a proposé de me suivre au sein de l'HIA. Et après il m'a proposé d'intégrer le programme de soins collectifs qui allait débiter, au mois de septembre 2015. Ça a duré 3-4 mois.

**C'était l'hôpital de jour état de stress post-traumatique c'est ça ?**

Oui voilà.

**Et est ce qu'il y a d'autres types de prises en charge dont vous avez pu bénéficier ? hospitalisations temps plein, etc ?**

J'ai eu l'addictologie. Parce que j'avais un peu sombré dans l'alcool comme j'arrivais plus du tout à dormir. J'prenais du lexomil mais j'arrivais pas. En plus j'buvais un peu trop pour m'assommer quoi, donc j'étais devenu un petit peu, pas alcoolique, mais disons que je pouvais pas me passer de mes verres d'alcool. Donc le psychiatre militaire a demandé, après le programme de soins collectifs, que j'intègre l'addictologie avec un autre psychiatre militaire. Ça ça devait être en 2016.

C'est tout. Après j'entame ma première séance d'EMDR le mois prochain avec un troisième psychiatre militaire.

**D'accord. Et pour l'EMDR, comment vous avez été orienté vers cette prise en charge ?**

En fait c'est lors de la dernière consultation avec mon psychiatre militaire, j'ai dit que malgré le traitement important que j'ai je fais toujours des cauchemars. Là par exemple la semaine dernière c'était un truc de fou, je n'arrivais pas à dormir. Je prenais mes 2 NORSET, je fermais les yeux, j'étais fatigué mais j'arrivais pas à dormir. Comme si mon cerveau me dit « il faut pas dormir ». Donc il m'a demandé si je faisais toujours des cauchemars et si on m'avait déjà proposé de l'EMDR. Je lui ai dit que non et il m'a dit du coup que si j'étais ok ça pourrait être bien d'essayer.

**A part les différents psychiatres militaires, est ce que vous avez vu d'autres intervenants ?**

J'ai vu la psychologue aussi, on a fait une thérapie de couple ça devait être en février ou mars 2017. Ça a duré 1h-1h30, juste une fois. Et là on en voit une autre parce que la première est partie à la retraite, parce que mon épouse a du mal à le vivre aussi. Là elle a vu mon épouse toute seule, et comme c'est moi qui avait demandé, elle a demandé si elle pouvait nous voir ensemble pour le prochain rendez-vous parce qu'a priori mon comportement a des incidences importantes sur ce que vit mon épouse en fait au quotidien.

**Ok. Vous n'avez jamais été hospitalisé à part en HDJ ?**

Non non jamais.

**Là le psychiatre militaire vous le voyez à quelle fréquence à peu près ?**

Tous les 2 mois. Enfin ça dépend, quand c'est l'été en général c'est 3 mois et le reste de l'année c'est tous les 2 mois.

**Et il vous suit pour l'aptitude mais aussi pour le soin du coup ?**

Oui. C'est lui qui me prescrit mes médicaments et qui coordonne un peu tout.

**Ok. Justement pour les médicaments, est-ce que vous arriveriez à retracer ce que vous avez eu depuis le début de la prise en charge ?**

Donc d'abord il y a eu le Lexomil en automédication pendant plusieurs années. Après, pour le reste j'ai tout noté (*regarde dans ses fiches*).

Alors quand le médecin d'unité m'a arrêté le 15 juin 2015 il m'a prescrit en même temps du XANAX, 2 comprimés par jour. Mais ça ça m'a donné de très fortes migraines.

Après le 7 juillet, le psychiatre civil m'a prescrit du ZOLOFT 1 le soir et 1 IMOVANE. Et donc ces médicaments-là vont pas du tout m'aller, vont me donner des migraines,... Mal tolérés. Et donc après c'est le psychiatre militaire qui va me donner du ZOLOFT, 1 le matin 50 mg et 2 NORSET le soir.

Après ça va évoluer. Maintenant c'est 2 ZOLOFT 50mg le matin, 1 ZOLOFT 25mg le soir et 2 NORSET au coucher. Donc quand j'suis passé devant le médecin d'unité et de l'ALAT, parce qu'une fois sur deux je vois le médecin de l'ALAT, il m'a dit que j'avais un remède de cheval.

Et de temps en temps, quand vraiment j'arrive pas à dormir, je remplace les 2 NORSET, sur mon initiative, par NOCTAMIDE. Ça quand j'en prends 1, un quart d'heure après il faut que je sois au lit parce que j'ai l'impression que je vais tomber. Mais ça j'en prends un de temps en temps, vraiment quand j'ai passé de mauvaises nuits.

**Et le lexiomil vous n'en prenez plus ?**

Non.

**Est-ce que pendant votre prise en charge, est ce que vous avez rencontré d'autres intervenants ? moniteurs TOP, assistantes sociales, ... ?**

Moniteurs TOP oui, dans le cadre du groupe de soins collectifs à chaque fois il y avait deux infirmiers qui nous faisait une séance. Mais j'ai pas adhéré.

Assistante sociale non. Parce que depuis le temps que je suis en maladie l'assistante sociale de la gendarmerie ils m'ont jamais contacté, donc c'est pas compliqué. Normalement ça devrait faire parti du processus de guérison parce que bon, ça fait du bien à la tête, et euh... c'est ce que je dis à chaque fois à mon psychiatre militaire, c'est qu'ils sont absents.

**Il n'y a pas une cellule d'aide aux blessés dans la gendarmerie ?**

Si il y en a une, je les ai contactés une fois pour savoir si j'avais la possibilité de récupérer mes fiches de paye. Parce qu'en gendarmerie on a le logement, donc au bout de 6 mois on vous dit il faut libérer le logement. Donc j'suis parti de Nice j'suis venu dans le Var, et j'ai contacté cette cellule d'aide aux blessés, qui a été créée il y a 2 ans je crois, pour leur demander s'ils pouvaient m'envoyer mes fiches de paye et ils m'ont dit que c'était pas possible. Donc j'ai envoyé moi un recommandé à l'organisme qui gère la paye et je les ai reçues directement à la maison quoi. Et je leur avais demandé un autre truc une fois, je sais

plus. Mais il n'y a aucune prise de contact de leur part, même pas un mail pour la bonne année, est ce que vous allez bien, rien. Nan il n'y a aucun soutien. Le seul soutien que j'ai eu c'est en HIA. Tous les gens que j'y ai rencontré sont des gens formidables. Après ça peut être que mieux qu'en gendarmerie vu qu'il y a rien du tout.

**Dehors à part le psychologue vous n'avez jamais rencontré d'autres thérapeutes ? sophrologues, etc ?**

Non.

**Pour vous concernant votre prise en charge donc depuis 2015, quelles améliorations on pourrait apporter ?**

J'aurais par rapport au médecin d'unité. J'ai eu un rdv il y a 15j, donc on m'a fixé un rendez-vous et là quand j'suis arrivé, moi c'que j'ai j'considère que c'est grave mais pas très grave par rapport à des cancers etc ; mais quand j'suis passé devant le médecin d'unité, le gars n'avait jamais ouvert mon dossier. Mais bon blessure psychique on n'a pas très envie d'en parler. Au moins CLDM il devrait savoir ce que c'est quoi, au moins regarder un petit peu le dossier. Après il a été très correct mais il a mis un quart d'heure à remettre tout en ordre.

Mais bon, je sais que ça ne changera pas.

**Est-ce qu'il y a d'autres points que vous souhaiteriez aborder ?**

A part avoir un référent au niveau des médecins d'unité mais sinon non je ne vois pas.

Ou si, peut-être avoir une assistante sociale. Par exemple pendant le groupe de soins collectifs peut-être rencontrer à un moment une assistante sociale. Parce que je dois pas être le seul dans cette situation. Par exemple la PMI moi j'ai déposé le dossier il y a deux ans pas de nouvelles. J'ai rien, c'est en cours. Mais je crois que les dossiers des attentats sont gérés au même endroit donc j'me dis que c'est pour ça... Moi l'impression que j'ai c'est que s'il n'y avait pas le suivi en HIA je serais vraiment tout seul dans mon coin.

## Annexe 4 : Questionnaire

- 1) DATE DU JOUR : .....
- 2) HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES (HIA) DE REFERENCE (lieu de remise du questionnaire) : .....
- 3) DATE DE NAISSANCE : .....
- 4) SEXE :
  - a. Homme
  - b. Femme
- 5) STATUT MARITAL :
  - a. Célibataire / séparé / veuf
  - b. En concubinage/marié/pacsé
- 6) PARENTALITE :
  - a. Oui
  - b. Non
- 7) DATE D'ENGAGEMENT : .....
- 8) ARMEE :
  - a. Armée de terre
  - b. Marine Nationale
  - c. Armée de l'Air
  - d. Gendarmerie
  - e. Service de santé des armées
  - f. Autre : .....
- 9) STATUT :
  - a. Actif
  - b. Congé longue durée pour maladie (CLDM)
  - c. Réformé
  - d. Congé du blessé
  - e. Retraité
- 10) Si vous êtes en CLDM ou en congé du blessé, précisez la date de début de la première période du congé (elle fait suite à la fin des 6 mois de congés maladie règlementaires) et/ou le numéro de la période en cours :  
.....
- 11) Quel est votre régiment/ unité d'affectation (le dernier avant le passage en CLDM) :  
.....
- 12) Avez-vous réalisé des opérations extérieures au cours de votre carrière ?
  - a. OUI



- f. Psychologue civil
- g. Autre (précisez) : .....

18) Depuis quand êtes-vous suivi sur le plan psychiatrique en hôpital d'instruction des armées (HIA) ? (Précisez le mois et l'année)

.....

19) Dans combien d'HIA différents avez-vous consulté au cours de votre suit  
psychiatrique ?

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. 5
- f. 6
- g. 7
- h. 8
- i. 9

20) Dans quel HIA êtes-vous suivi actuellement ?

- a. PERCY
- b. BEGIN (Saint Mandé)
- c. VAL DE GRACE (avant fermeture)
- d. CLERMONT TONNERRE
- e. ROBERT PICQUE
- f. DESGENETTES
- g. LAVERAN
- h. SAINTE ANNE
- i. LEGOUEST

21) Quelle est la date de début de votre prise en charge psychiatrique dans votre HIA  
actuel ? .....

22) Aviez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ou psychologique  
auparavant ?

- a. Oui
- b. Non

23) Si oui, pour quel(s) motif(s) ?

- a. ....
- b. ....
- c. ....
- d. ....

24) Avant de consulter un psychiatre en HIA, aviez-vous rencontré un psychiatre ou  
psychologue civil pour votre ESPT ?

- a. Oui
- b. Non

25) Concernant votre suivi psychiatrique en HIA, quelle était la fréquence initiale des  
consultations avec votre psychiatre militaire (en moyenne) ?

- a. 1 fois par semaine
- b. 1 fois tous les 15 jours
- c. 1 fois par mois
- d. 1 fois tous les 2 mois
- e. 1 fois tous les 3 à 5 mois
- f. 1 fois tous les 6 à 11 mois
- g. 1 fois par an
- h. Autre : .....

26) Concernant votre suivi psychiatrique en HIA, quelle est la fréquence actuelle des consultations avec votre psychiatre militaire (en moyenne) ?

- a. 1 fois par semaine
- b. 1 fois tous les 15 jours
- c. 1 fois par mois
- d. 1 fois tous les 2 mois
- e. 1 fois tous les 3 à 5 mois
- f. 1 fois tous les 6 à 11 mois
- g. 1 fois par an
- h. Autre : .....

27) Avez-vous été suivi par des psychiatres différents ?

- a. Oui
- b. Non

28) Si oui, combien de psychiatres différents avez-vous rencontré au cours de votre suivi ?

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. 5
- f. 6
- g. Plus de 6

29) Quelle est la nature de votre suivi psychiatrique en consultation au sein de l'HIA ?  
(plusieurs réponses possibles)

- a. Psychothérapie de soutien
- b. Psychothérapie d'inspiration analytique
- c. Thérapie cognitive et comportementale
- d. EMDR (thérapie basée sur le mouvement des yeux)
- e. Coordination des soins
- f. Expertise/aptitudes
- g. Autres :

.....

30) Avez-vous eu des consultations au sein de l'HIA avec d'autres intervenants qu'un psychiatre (ou interne en psychiatrie) ?

- a. Oui
- b. Non

31) Si oui, quel(s) intervenant(s) rencontriez-vous pendant ces consultations ? (Plusieurs réponses possibles)

- a. Psychologue ou psychothérapeute
- b. Ergothérapeute
- c. Psychomotricien
- d. Moniteur TOP
- e. Infirmier
- f. Sophrologue
- g. Art-thérapeute
- h. Autre :

.....  
 .....

32) Si vous avez bénéficié d'un suivi avec un(e) psychologue en HIA, quelle était la fréquence des consultations ?

- a. 1 fois par semaine
- b. 1 fois tous les 15 jours
- c. 1 fois par mois
- d. 1 fois tous les 2 mois
- e. 1 fois tous les 3 à 5 mois
- f. 1 fois tous les 6 à 11 mois
- g. 1 fois par an
- h. Autre : .....

33) Si vous avez eu des consultations avec un psychiatre uniquement, avez-vous été orienté par votre psychiatre vers une prise en charge complémentaire hors de l'HIA ?

- a. Oui
- b. Non

34) Si oui, précisez :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

35) **En plus de votre suivi ambulatoire en HIA pour votre ESPT, avez-vous bénéficié d'une prise en charge complémentaire et quelle était la nature des soins proposés ? (Plusieurs réponses possibles)**

- a. **Non, je n'ai été suivi qu'en consultation**
- b. **Hospitalisation temps plein (jour et nuit)**
- c. **Hospitalisation de nuit**
- d. **Hospitalisation de jour**
- e. **Autre(s) (précisez) :**

.....  
 .....

**SI VOUS AVEZ ETE HOSPITALISE DANS UN SERVICE DE PSYCHIATRIE, REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES. SINON, ALLEZ DIRECTEMENT A LA QUESTION 41.**

36) Combien de fois avez-vous été hospitalisé ?

- a. 1 fois
- b. 2 fois
- c. 3 fois
- d. 4 fois
- e. Plus de 4 fois

37) Où avez-vous été hospitalisé ? (plusieurs réponses possibles) :

- a. HIA Clermont-Tonnerre
- b. HIA Percy
- c. HIA Val de Grâce
- d. HIA Bégin
- e. HIA Legouest
- f. HIA Robert Picqué
- g. HIA Desgenettes
- h. HIA Laveran
- i. HIA Sainte-Anne
- j. Clinique psychiatrique
- k. Hôpital psychiatrique public

38) Combien de temps **au total** avez-vous été hospitalisé (toutes hospitalisations confondues s'il y en a eu plusieurs) ?

- a. Moins de 2 semaines
- b. 3 à 4 semaines
- c. 4 à 8 semaines
- d. 2 à 6 mois
- e. Plus de 6 mois

39) Quel(s) intervenant(s) avez-vous rencontré au cours de cette ou ces hospitalisations ? (plusieurs réponses possibles) :

- a. Psychologue
- b. Psychiatre ou interne en psychiatrie
- c. Ergothérapeute
- d. Art-thérapeute
- e. Moniteur TOP (technique d'optimisation du potentiel)
- f. Psychomotricien
- g. Infirmiers
- h. Sophrologue
- i. Autre(s), précisez : .....

40) Qui vous a orienté vers cette ou ces hospitalisations ?

- a. Médecin d'unité
- b. Rapatriement sanitaire
- c. Psychiatre militaire
- d. Médecin civil
- e. Psychiatre civil
- f. Entourage
- g. Autre, précisez : .....

**SI VOUS AVEZ BENEFCIE D'UNE HOSPITALISATION DE JOUR DANS UN SERVICE DE PSYCHIATRIE, REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES. SINON, ALLEZ DIRECTEMENT A LA QUESTION 46.**

- 41) Où a ou ont eu lieu la ou les hospitalisation(s) de jour ?
- HIA Clermont-Tonnerre
  - HIA Percy
  - HIA Val de Grâce
  - HIA Bégin
  - HIA Legouest
  - HIA Robert Picqué
  - HIA Desgenettes
  - HIA Laveran
  - HIA Sainte-Anne
  - Clinique psychiatrique
  - Hôpital psychiatrique public
- 42) De quel type d'hospitalisation de jour s'agissait-il ?
- Hôpital de jour dédié au stress post-traumatique
  - Hôpital de jour addictologique
  - Hôpital de jour psychiatrique sans spécificité
  - Autre, précisez : .....
- 43) Quelle est ou a été la durée totale de prise en charge en hôpital de jour ?
- Moins de 2 semaines
  - 2 à 4 semaines
  - 4 à 8 semaines
  - 2 à 6 mois
  - Plus de 6 mois
- 44) Quel(s) intervenant(s) avez-vous rencontré au cours de cette ou ces hospitalisations ?  
(plusieurs réponses possibles) :
- Psychologue
  - Psychiatre ou interne en psychiatrie
  - Ergothérapeute
  - Art-thérapeute
  - Moniteur TOP (technique d'optimisation du potentiel)
  - Psychomotricien
  - Infirmiers
  - Sophrologue
  - Autre(s), précisez : .....
- 45) Qui vous a orienté vers cette ou ces hospitalisations ?
- Médecin d'unité
  - Rapatriement sanitaire
  - Psychiatre militaire
  - Médecin civil
  - Psychiatre civil
  - Entourage
  - Autre, précisez : .....

## LES QUESTIONS SUIVANTES S'ADRESSENT A TOUT LE MONDE.

46) Au cours de votre suivi, avez-vous bénéficié d'une prise en charge en groupe ?

- a. Oui
- b. Non

47) Si oui, où a ou ont eu lieu la ou les prises en charge en groupe ?

- a. HIA Clermont-Tonnerre
- b. HIA Percy
- c. HIA Val de Grâce
- d. HIA Bégin
- e. HIA Legouest
- f. HIA Robert Picqué
- g. HIA Desgenettes
- h. HIA Laveran
- i. HIA Sainte-Anne
- j. Clinique psychiatrique
- a. Hôpital psychiatrique public

48) De quel type de groupe s'agissait-il (groupe de parole axé sur les addictions, le stress post-traumatique, etc)?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

49) Au cours de votre suivi, avez-vous bénéficié d'une autre prise en charge parmi les suivantes :

- a. Equithérapie
- b. Studio thérapeutique
- c. Stage avec la cellule d'aide aux blessés
- d. Autre(s), précisez : .....

## THERAPIES

50) Concernant les soins, avez-vous lors de votre suivi (quel qu'en soit le mode) bénéficié d'une thérapie type EMDR (thérapie basée sur le mouvement des yeux) ?

- a. Oui
- b. Non

51) Si oui, où avez-vous réalisé les séances ?

- a. En HIA
- b. En CMA (Centre Médical des Armées)

- c. Dans une clinique psychiatrique
- d. Dans le cabinet d'un thérapeute libéral
- e. Autre : .....

52) Qui vous a orienté vers cette prise en charge ?

- a. Médecin d'unité
- b. Médecin civil
- c. Psychiatre militaire
- d. Psychiatre civil
- e. Psychologue militaire
- f. Psychologue civil
- g. Entourage
- h. Autre : .....

53) Si non, auriez-vous été intéressé par ce type de prise en charge ?

- a. Oui
- b. Non

**54) Concernant les soins, avez-vous lors de votre suivi bénéficié d'une thérapie type TCC (thérapies cognitives et comportementales) ?**

- a. Oui
- b. Non

55) Si oui, où avez-vous réalisé les séances ?

- a. HIA
- b. CMA
- c. Clinique ou hôpital psychiatrique autre
- d. Cabinet d'un thérapeute libéral
- e. Autre : .....

56) Qui vous a orienté vers cette prise en charge ?

- a. Médecin d'unité
- b. Médecin civil
- c. Psychiatre militaire
- d. Psychiatre civil
- e. Psychologue militaire
- f. Psychologue civil
- g. Entourage
- h. Autre : .....

57) Si non, auriez-vous été intéressé par ce type de prise en charge ?

- a. Oui
- b. Non

**58) Concernant les soins, avez-vous bénéficié d'une thérapie familiale ou conjugale (dispositif de co-thérapie avec séances enregistrées) ?**

- a. Oui
- b. Non

- 59) Si oui, où avez-vous réalisé ces séances ?
- a. HIA
  - b. CMA
  - c. Clinique ou hôpital psychiatrique autre
  - d. Cabinet d'un thérapeute libéral
  - e. Autre : .....

- 60) Qui vous a orienté vers cette prise en charge ?
- a. Médecin d'unité
  - b. Médecin civil
  - c. Psychiatre militaire
  - d. Psychiatre civil
  - e. Psychologue militaire
  - f. Psychologue civil
  - g. Entourage
  - h. Autre : .....

- 61) Si non, auriez-vous été intéressé par ce type de prise en charge ?
- a. Oui
  - b. Non

- 62) Tout au long de votre suivi, votre famille a-t-elle rencontré votre psychiatre ou votre psychologue (hors thérapie familiale) ?**
- a. Oui
  - b. Non

- 63) Si oui, dans quelles circonstances ?
- a. Lors d'une hospitalisation
  - b. Lors d'une consultation
  - c. Lors d'une consultation spécialement prévue pour cette rencontre
  - d. Autre : .....

- 64) Si non, auriez-vous été intéressé par ce type de consultations ?
- a. Oui
  - b. Non

## **PRISE EN CHARGE SOCIALE**

- 65) Avez-vous bénéficié au cours de votre suivi d'une prise en charge sociale spécialisée (par assistante sociale ou autre) ?
- a. Oui
  - b. Non

- 66) Si oui, dans quelles circonstances cela vous a-t-il été proposé ? (Plusieurs réponses possibles)
- a. Via votre psychiatre militaire
  - b. Via votre médecin d'unité



- d. Reviviscences traumatiques (flashbacks, ...)
- e. Anxiété
- f. Addictions
- g. Autre (précisez) : .....

## PERCEPTION DE LA PRISE EN CHARGE

73) Concernant la prise en charge, **de manière générale**, en HIA de votre pathologie, vous considérez vous :

- a. Très satisfait
- b. Satisfait
- c. Moyennement satisfait
- d. Peu satisfait
- e. Insatisfait

74) Concernant la prise en charge médicale en HIA de votre pathologie, vous considérez-vous :

- a. Très satisfait
- b. Satisfait
- c. Moyennement satisfait
- d. Peu satisfait
- e. Insatisfait

75) Concernant la prise en charge médicamenteuse de votre pathologie, vous considérez-vous :

- a. Très satisfait
- b. Satisfait
- c. Moyennement satisfait
- d. Peu satisfait
- e. Insatisfait

76) Concernant la prise en charge sociale de votre pathologie, vous considérez-vous :

- a. Très satisfait
- b. Satisfait
- c. Moyennement satisfait
- d. Peu satisfait
- e. Insatisfait

**77) Commentaires libres (voies d'améliorations, critiques, ...) :**

.....  
.....  
.....  
.....

## SERMENT D'HIPPOCRATE

**Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

**J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.**

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

**Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera**. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

**Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés**. **Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.**