



HAL
open science

Évaluation de l'impact psychologique de la projection des militaires sur leur conjoint et leur famille

Delphine Terrier

► **To cite this version:**

Delphine Terrier. Évaluation de l'impact psychologique de la projection des militaires sur leur conjoint et leur famille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03026228

HAL Id: dumas-03026228

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03026228>

Submitted on 26 Nov 2020

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.

**Evaluation de l'impact psychologique de la projection des militaires sur leur
conjoint et leur famille.**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 6 Novembre 2020

Par Madame Delphine TERRIER

Née le 8 mars 1993 à Villeurbanne (69)

Élève de l'Ecole du Val-de-Grâce – Paris

Ancienne élève de l'Ecole 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 POINSO François	Président
Monsieur le Professeur agrégé du Val-de-Grâce GHEORGHIEV Charles	Assesseur
Monsieur le Professeur agrégé du Val-de-Grâce PAUL Frédéric	Directeur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	Assesseur
Monsieur le Docteur ALIOTTI Jean-Paul	Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN



PROFESSEURS HONORAIRES

(MAJ 01.09.2019)

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

MM MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
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
RIDINGS Bernard
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 Jacques
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
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

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

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020



PROFESSEUR DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYSS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	KERBAUL François
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline



PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINIZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	



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 DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédéric	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARC'H Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		



MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure



PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)	ADALIAN Pascal (PR) DEGIOANNISALLE Anna (MCF) POUGET Benoît (MCF) VERNA Emeline (MCF)
GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
THOLLON Lionel (MCF) (80ème section)	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)
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	AHERFI Sarah (MCU-PH) ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018 DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)
CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)	CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJCHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MACAGNO Nicolas (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)	BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)
BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH)	
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
BRANDENBURGER Chantal (PRCE)	ROLL Patrice (PU-PH)
	GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-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 Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCIN Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (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) *Surnombre*
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO 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)
HOUVENAGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (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 VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (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)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)
BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
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)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

GENETIQUE 4704

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)



EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Sumombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEQUIER Noémie (MCU-PH)

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

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)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)

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

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
EBBO Mikael (MCU-PH)



MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (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)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (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) Disponibilité
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

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

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanie (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)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

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



PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

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)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (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)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (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)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-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)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)



**MINISTÈRE
DES ARMÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



ÉCOLE DU VAL DE GRACE

A Monsieur le médecin général Eric-Marie KAISER

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Officier de l'ordre national de la Légion d'honneur

Commandeur de l'ordre national du Mérite

Chevalier de l'ordre des Palmes académiques

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES ALPHONSE LAVERAN



A Monsieur le Médecin Général Inspecteur Alain DROUET

Médecin-chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

A Monsieur le Médecin chef des services Philippe SOCKEEL

Chef du Pôle Formation Enseignement Recherche

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

A notre Président de Jury de Thèse

Monsieur de Professeur POINSO François

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Nous vous remercions pour votre confiance et l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Nous vous prions d'accepter l'assurance de notre profond respect.

* * *

A notre Directeur de Thèse

Monsieur le Professeur agrégé du Val-de-Grâce PAUL Frédéric

Vous avez accepté de me guider dans cette tâche difficile qu'est la thèse d'exercice.

Je vous remercie pour votre extrême bienveillance, votre investissement et votre confiance tout au long de ce travail mais également tout au long de mon parcours d'interne.

Je suis très honorée de pouvoir poursuivre mon parcours au sein de votre service.

Avec toute ma gratitude et profonde sympathie.

* * *

Aux membres de notre Jury de Thèse

Monsieur le Professeur agrégé du Val-de-Grâce GHEORGHIEV Charles

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour votre soutien précieux dans la réalisation de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération.

Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant d'apporter vos compétences à la critique de ce travail.

Nous vous exprimons nos sincères remerciements pour votre bienveillance.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profonde estime.

Monsieur le Docteur ALIOTTI Jean-Paul

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury.

Nous vous remercions de nous avoir toujours hissée au rang de confrère et pour l'intérêt indéfectible ainsi que pour votre enthousiasme sans faille concernant notre travail.

Soyez assuré de notre profonde considération.

* * *

A toi, Pierre-Marie, qui a donné une nouvelle dimension à ma vie.

A toi, maman, sans qui ce travail n'aurait jamais pu voir le jour et qui a été d'un soutien sans faille.

A ma famille, sans qui je n'en serai pas là. Merci Cyril pour ta protection de grand frère, merci titi pour nos fous rire et merci papa pour ton humour et l'amour que tu nous donnes.

A mes amis de la boîte, sans qui ma vie serait bien triste... merci coth pour m'avoir fait découvrir la fête de Trime et ses pompiers... sans toi, mes années d'école auraient été bien ternes. Merci Yo pour ton sourire, ta spontanéité et ta joie de vivre. Merci Mymy pour ton sérieux, ton rire légendaire et le soutien que tu nous donnes à tous dans le groupe. Merci Laure pour ta bienveillance. Merci Miary pour ta capacité à faire abstraction. Merci Paupau pour nos fous rire. Merci Karim pour ton soutien et pour m'avoir réceptionnée en p1 dans le couloir quand la pression devenait trop forte. Merci Elora pour ton enthousiasme. Et à tous les autres, Tiff, Chloé, Charlene, Rose, Clem, Florent, Nono, Luc, et à tous ceux que je n'ai pas cités (j'espère qu'ils me pardonneront pour mon oubli)... . Et enfin à tous les +1, aux soirées et week end que nous avons partagé.

A mes amies du collège, Coco et Marie, Crystale et Doudou, et à nos prochaines rencontres et escapades à Paris, à Bayonne,

A mes amies du lycée, Laure, Céline, Chloé, Adeline, Claire-Anne, Clotilde, à nos prochaines réunions Messenger pour échanger quelques potins et à nos prochaines randonnées en montagne.

Aux amis de PM, merci pour votre accueil, votre folie et votre spontanéité.

A ma belle-famille, pour m'avoir tout de suite intégrée, pour votre dynamisme, votre complémentarité et l'importance que vous donnez à la famille.

A ma famille de l'école, à Laure pour ton incroyable force de vivre, à Julie pour ton optimisme, à Krystel pour ta détermination et pour ton aide, à ma marraine, à Guillaume, à Louis et à tous les autres.

A l'équipe de Laveran qui m'a vue grandir pendant ces quatre années d'internat. Merci pour votre accueil chaleureux, votre bienveillance, votre accompagnement, votre soutien et votre disponibilité.

A l'équipe de Sainte Anne, pour votre accueil et pour le savoir que vous m'avez transmis.

Aux équipes de Château Guis et de l'hôpital Salvator, pour leur accueil, leur gentillesse et leur intérêt pour la transmission.

Au Chef de corps du 1^{er} Spahis, aux CDU et à son Médecin chef, au Commandant de la BA d'Istres, à son Médecin chef et au CLC JUND Steve, ainsi qu'au vice-amiral d'escadre de la Force d'action naval, au Commandant du PACDG et à son Médecin chef Cobola Jacques pour avoir donné leurs accords et pour leur soutien dans la mise en œuvre de l'étude.

● ALLEZ OU LA PATRIE ET L'HUMANITE ●
VOUS APPELLENT SOYEZ Y TOUJOURS
PRETS A SERVIR L'UNE ET L'AUTRE ET S'IL
LE FAUT SACHEZ IMITER CEUX DE VOS
GENEREUX COMPAGNONS QUI AU MEME POSTE
SONT MORTS MARTYRS DE CE DEVOUEMENT
INTREPIDE ET MAGNANIME
QUI EST LE VERITABLE ACTE DE FOI
DES HOMMES DE NOTRE ETAT.

BARON PERCY
CHIRURGIEN EN CHEF DE LA GRANDE ARMEE
● AUX CHIRURGIENS SOUS-AIDES. 1811 ●

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Table des matières

TABLE DES MATIERES	25
LISTE DES ABREVIATIONS	27
TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES	28
A. TABLEAUX :	28
B. FIGURES :	28
RESUME	29
INTRODUCTION.....	29
METHODE.....	29
RESULTATS.....	29
CONCLUSION	29
MOTS CLES.....	29
ABSTRACT	30
INTRODUCTION.....	30
METHOD.....	30
RESULTS.....	30
CONCLUSION	30
KEY WORDS.....	30
I. INTRODUCTION	31
II. POINT DE SITUATION CONCERNANT LES MILITAIRES ET LEURS FAMILLES	32
A. ETAT DES LIEUX DANS NOS ARMEES :	32
1. Effectif militaire.....	32
2. Engagement opérationnel.....	32
3. Aspects socio-démographiques des militaires, de leurs conjoints et de leurs familles.....	34
4. Dispositifs d'aides d'accompagnement des familles	36
B. LE VECU DE LA FAMILLE : QUE DIT LA LITTERATURE ANGLOSAXONNE	38
1. Le vécu du couple et du conjoint :	38
2. L'impact psychologique sur les enfants.....	42
3. Dispositifs d'aide dans les armées étrangères.....	42
C. QU'EN EST-IL DE LA LITTERATURE FRANÇAISE ?	43
III. PRESENTATION DE L'ETUDE	45
A. MATERIEL ET METHODE.....	45
1. Matériel	45
2. Méthode	46
A. RESULTATS.....	51
1. Description de la population :	51
2. Résultats concernant l'objectif principal : Mesure de la prévalence des troubles anxieux et thymiques avant, pendant et au retour de la mission	55
3. Résultats concernant les objectifs secondaires :	57
4. Comparaison des résultats entre l'étude de Tchikaya Batchy K. menée en 2016 et la notre :	73
5. Synthèse des résultats	75
B. DISCUSSION	76
1. Limites et biais.....	76
2. Avant- après.....	77
3. Ici -ailleurs	78
4. Perspectives.....	80
IV. CONCLUSION	84
V. REFERENCES	85

VI.	ANNEXES	91
A.	ANNEXE 1. ARTICLE SOUMIS A LA REVUE MEDECINE ET ARMEES	91
B.	ANNEXE 2. ATTESTATION DE SOUMISSION A LA REVUE MEDECINE ET ARMEES	113
C.	ANNEXE 3. TABLEAUX REPRENANT LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	114
B.	ANNEXE 4. LA PAROLE DES CONJOINTS	120
1.	<i>Concernant le premier questionnaire :</i>	120
2.	<i>Concernant le deuxième questionnaire :</i>	123
6.	<i>Concernant le troisième questionnaire :</i>	124
C.	ANNEXE 5. QUESTIONNAIRES (AVANT, PENDANT ET AU RETOUR DE LA MISSION)	126

Liste des abréviations

AA : Armée de l'air

AT : Armée de terre

BA : Base aérienne

CAS : Compte d'affectation spéciale

CNMSS : Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale

FOT : Force opérationnelle terrestre

HA : Score d'anxiété de l'échelle HAD

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

HD : Score de dépression de l'échelle HAD

MdR : Militaire du rang

Off : Officier

ONU : Organisation des Nations Unies

OPEX : Opération extérieure

OPINT : Opération intérieure

OTAN : Organisation du traité de l'Atlantique nord

MCD : Mission de courte durée

MCS : Mental composite score

MN : Marine nationale

PACDG : Porte Avion Charles de Gaulle

PCS : Physical composite score psychique

PMI : Pension militaire d'invalidité

PSAD : Prestation de soutien en cas d'absence prolongée du domicile

RC : Retraite du combattant

SF-12 : Short Form 12

SF-36 : Short Form 36

SO : Sous-officier

SSA : Service de santé des armées

TOP : Techniques d'optimisation du potentiel

TSPT : Trouble de stress post traumatique

UE : Union européenne

Table des tableaux et figures

A. Tableaux :

Tableau 1. Données socio démographiques des conjoints	51
Tableau 2. Evaluation de l'impact de la mission sur les enfants, en fonction de leur classe d'âge à mi-mandat.	69
Tableau 3. Evaluation de l'impact de la mission sur les enfants, en fonction de leur classe d'âge à un mois du retour de mission.	70

B. Figures :

Figure 1. Déploiements opérationnels des forces armées françaises.....	33
Figure 2. Cycle émotionnel du déploiement.....	41
Figure 3. Types familiaux	53
Figure 4. Prévalence des sentiments liés à la décision de réalisation de la mission.....	54
Figure 5. Prévalence du score HAD au T1.....	55
Figure 6. Prévalence score HAD au T2.....	56
Figure 7. Prévalence score HAD au T3.....	56
Figure 8. Prévalence de la symptomatologie anxio dépressive certaine aux trois temps de la mission	57
Figure 9. Prévalence score HAD en fonction du type de mission au T1.....	58
Figure 10. Prévalence score HAD en fonction du type de mission au T2.....	58
Figure 11. Prévalence score HAD en fonction du type de mission au T3.....	59
Figure 12. Prévalence score HAD en fonction des armées au T1	61
Figure 13. Prévalence score HAD en fonction des armées au T2	61
Figure 14. Prévalence score HAD en fonction des armées au T3	61
Figure 15. Emotions liées au départ	65
Figure 16. Sentiments du conjoint au T2.....	65
Figure 17. Ressentis du conjoint au T2	66
Figure 18. Evaluation de la qualité des soutiens, par une échelle analogique.....	66
Figure 19. Evolution du comportement du conjoint vis-à-vis de son (de ses) enfant(s)	68

Résumé

Introduction

Des travaux réalisés dans les armées étrangères soulignent l'impact psychologique des missions sur les familles : dépression et anxiété dans l'avant déploiement, auxquels s'ajoutent des troubles du sommeil, de la frustration et une somatisation pendant le déploiement (1–12). En France, le contexte opérationnel est marqué par une intensification de l'activité depuis 2013 venant majorer l'imprévisibilité et les risques, donc l'impact sur les familles. C'est dans ce cadre-là qu'a été créé le plan d'accompagnement des familles et d'amélioration des conditions de vie des militaires 2018 – 2022, porté par la ministre des armées, Florence Parly plaçant la famille au centre des priorités. Malgré cet intérêt pour l'amélioration de l'accompagnement des familles, nous avons peu de données directes sur leur vécu. Ainsi, nous proposons de reprendre l'étude préliminaire menée par l'interne Tchikaya Batchy K, en 2016, d'en élargir la population aux trois principaux corps d'armées (terre, mer et air), à deux types de missions (opération extérieure et mission de courte durée) et de permettre une comparaison avant et à mi période du déploiement du plan d'accompagnement des familles.

Méthode

Il s'agit d'une étude de cohorte descriptive prospective multicentrique réalisée à partir de trois auto-questionnaires remplis par les conjoint(e)s, à trois temps différents de la mission (pré déploiement, mi-mandat et post déploiement), sur une période s'étendant de septembre 2019 à juillet 2020. L'objectif principal est de mesurer la prévalence des troubles anxieux et thymiques des conjoint(e)s de militaires déployés. Le critère de jugement principal repose sur la HAD. Ont été inclus les conjoint(e)s de militaire en activité devant partir en mission sur le temps de l'étude et appartenant au régiment, base ou bâtiment sélectionnés. Les données recueillies incluent les échelles HAD et SF12, les données socio démographiques, les informations sur la mission, le vécu du conjoint et des enfants par rapport à la mission, la consommation des soins, le ressenti concernant la relation de couple, la communication avec le militaire et les capacités de réajustement.

Résultats

La population analysée comprend 71 conjoint(e)s, dont 61 femmes et 10 hommes. Nous retrouvons une primauté de l'anxiété dans le pré déploiement, avec 29,6% de trouble anxieux, allant dans le sens d'une diminution au cours du cycle du déploiement. De plus, nous notons un rebond de la symptomatologie dépressive au cours du déploiement. L'étude pointe un effet spiral du déploiement, ainsi la répétition des projections apparaît plus délétère que le départ en tant que tel. De plus, nous observons une clinique de l'anxiété dans le cadre de l'opération extérieure et une clinique de la dépression dans le cadre de la mission de courte durée. L'impact sur les enfants est plus négatif dans la population des jeunes enfants (âge pré scolaire et maternelle). Enfin, nous ne retrouvons pas de différence significative avec l'étude menée par l'interne Tchikaya Batchy K. en 2016.

Conclusion

Ces résultats nous invitent à penser à de nouvelles aides visant à limiter l'impact psychologique des projections sur les conjoints des militaires. Nous présentons pour cela plusieurs perspectives d'évolution, comme la mise à disposition d'une application de soutien avec la création d'un réseau social par et pour les conjoint(e)s, le développement ou l'adaptation de programme d'accompagnement et d'aide à la résilience individuelle et familiale et la constitution d'un fond de pension en cas d'absence du militaire pour projection, pour assouplir le temps de travail des conjoints sans perte de salaire.

Mots clés

Déploiement, vécu des familles, trouble anxiodépressif

Abstract

Introduction

Work done in foreign armies underlines the psychological impact of missions on families: depression and anxiety in the pre-deployment phase, to which are added sleep disorders, frustration and somatization during deployment (1-12). In France, the operational context is marked by an intensification of activity since 2013, which increases unpredictability and risks, and therefore the impact on families. It is in this context that the plan to support families and improve the living conditions of military personnel for 2018 - 2022 has been created, led by the Minister of the Armed Forces, Florence Parly, who has placed the family at the center of her priorities. Despite this interest in improving family support, we have little direct data on their experiences. Thus, we propose to resume the preliminary study conducted by the intern Tchikaya Batchy K, in 2016, to extend the population to the three main army corps (land, sea and air), to two types of missions (external operations and short-term missions) and to allow a comparison before and midway through the deployment of the family support plan.

Method

This is a multicenter prospective descriptive cohort study based on three self-questionnaires completed by spouses at three different times of the mission (pre-deployment, mid-term and post-deployment), over a period from September 2019 to July 2020. The main objective is to measure the prevalence of anxiety and thymic disorders in the spouses of deployed soldiers. The primary endpoint is based on AHH. The spouses of serving military personnel who were deployed on missions during the study period and who belonged to the selected regiment, base or building were included. The data collected included AHH and SF12 scales, socio-demographic data, mission information, spousal and children's experience of the mission, care consumption, feelings about the relationship, communication with the soldier, and readjustment abilities.

Results

The population analyzed includes 71 spouses, 61 of whom are women and 10 men. Anxiety is the most prevalent anxiety disorder in the pre-deployment phase, with 29.6% of anxiety disorders decreasing during the deployment cycle. In addition, we note a rebound in depressive symptomatology during deployment. The study points to a spiral effect of deployment, so the repetition of projections appears more deleterious than the departure as such. In addition, we observe an anxiety clinic during the external operation and a depression clinic during the short-term mission. The impact on children is more negative in the young child population (pre-school and kindergarten age). Finally, we find no significant difference with the study conducted by the intern Tchikaya Batchy K. in 2016.

Conclusion

These results invite us to think of new aids to limit the psychological impact of projections on the spouses of military personnel. To this end, we present several perspectives of evolution, such as the provision of a support application with the creation of a social network by and for the spouses, the development or adaptation of support and assistance programs for individual and family resilience, and the constitution of a pension fund in case of absence of the military member for projection, to make the working time of the spouses more flexible without loss of salary.

Key words

Deployment, family experiences, anxiety and depression disorder

I. Introduction

Comme le souligne le Général Pierre de Villiers, ancien chef d'Etat major des armées de 2014 à 2017, dans son livre *Servir*, le contexte international se dégrade (1). Ainsi, nous assistons à une intensification de l'activité opérationnelle, une majoration de l'imprévisibilité et des risques. Cette suractivité ne semble pas être sans impact sur la cellule familiale, qui nécessite donc une attention particulière. C'est dans ce contexte qu'a été créé le plan d'accompagnement des familles et d'amélioration des conditions de vie des militaires 2018 – 2022, porté par la ministre des armées, Florence Parly.

Il s'agit ici de s'intéresser à l'impact qu'ont les projections sur le conjoint et la cellule familiale. Une meilleure connaissance des éprouvés des familles nous permettrait de nous ajuster au mieux à leurs besoins.

Ainsi, dans notre travail, nous proposons d'étudier l'impact psychologique de la projection des militaires sur les familles, en recueillant les données directement auprès des conjoints afin d'être au plus près de leur vécu. Nos objectifs sont d'étudier la dynamique des troubles anxiodépressifs chez le conjoint, l'impact psychologique du déploiement sur les enfants et la qualité de réajustement de la cellule familiale.

Dans un premier temps, nous présentons un point de situation concernant nos militaires et leurs familles. Puis nous déclinons un état des lieux de la littérature concernant le vécu des familles face au départ en mission du militaire. Dans un second temps, nous développerons notre étude dont nous discuterons les résultats. Enfin, nous présenterons des perspectives d'évolution.

II. Point de situation concernant les militaires et leurs familles

Nous proposons dans un premier temps de décrire l'armée française en quelques chiffres (nombre, déploiement, démographie).

A. Etat des lieux dans nos armées :

1. Effectif militaire

L'effectif militaire fin 2018, s'élève à **305 114 personnels**. La répartition est la suivante :

- 12,9% d'Officiers (Off),
- 56,2% de Sous-officiers (SO),
- 26% de Militaires du rang (MdR),
- 4,9% d'Engagés volontaires.

L'effectif militaire hors gendarmerie est de 203 774.

La répartition selon les trois principaux corps d'armée se décompose ainsi :

- 114 847 (37,6%) dans l'Armée de terre (AT),
- 40 531 (13,3%) dans l'Armée de l'air (AA),
- 35 113 (11,5%) dans la Marine nationale (MN).

L'effectif du personnel civil est de 65 597 (soit un taux de civilianisation des forces armées de 17,7%).

L'âge moyen dans le ministère des armées est de 33 ans, l'ancienneté moyenne est de 12,1 ans, la féminisation est de 15,5% (2).

2. Engagement opérationnel

Le contexte opérationnel est marqué par une **intensification de l'activité depuis 2013**.

Ainsi en 2013, l'ouverture de l'opération SERVAL a majoré l'effectif moyen mensuel engagé en opérations extérieures (OPEX) qui est passé en un an de 7 771 à 9 657 militaires (2).

En 2015, à la suite des attaques terroristes sur le territoire national, les effectifs dédiés à la mission SENTINELLE ont été multipliés par dix (742 militaires en 2014, contre 7 248 en 2015). Cette intensification de l'activité engendre une majoration de l'imprévisibilité du métier, des risques ainsi qu'une réduction du temps de préparation.

Les conséquences ont pu être objectivées avec le sondage réalisé par Le Haut Comité d'Évaluation de la Condition Militaire sur l'année 2015. Ainsi, le volume de militaires déployés en mission de protection a quadruplé en 2015 par rapport à 2014. Le nombre de jours moyen de projection (OPEX, opération intérieure (OPINT) et mission de courte durée (MCD)) des militaires de la force opérationnelle terrestre (FOT) a augmenté de 43% dans la même période. Le volume moyen de journées de préparation opérationnelle a baissé de 24 % entre 2014 et 2015 (3).

Sur le mois de juillet 2020, **plus de 30 000 militaires français étaient déployés**, soit 14,8% des effectifs militaires (hors gendarmerie).

Nous pouvons compter :

- 13 000 militaires sur le territoire national,
- 7 150 pour les Forces de Souveraineté (Antilles, Guyane, La Réunion, Nouvelle Calédonie, Polynésie française),
- 3 750 pour les Forces de Présence (Sénégal, Côte d'Ivoire, Gabon, Djibouti, Emirats Arabes Unis),
- 5 700 en opérations extérieures (opérations BARKHANE (5100) et CHAMMAL (600)), 500 pour les missions maritimes,
- 720 pour l'Organisation des Nations Unies (ONU) (opération DAMAN),
- 400 pour l'Organisation du traité de l'Atlantique nord (OTAN) (Pays baltes),
- 140 pour l'Union Européenne (UE) (République centrafricaine)(4).

Voici une carte reprenant les déploiements opérationnels des forces armées françaises (figure 1).

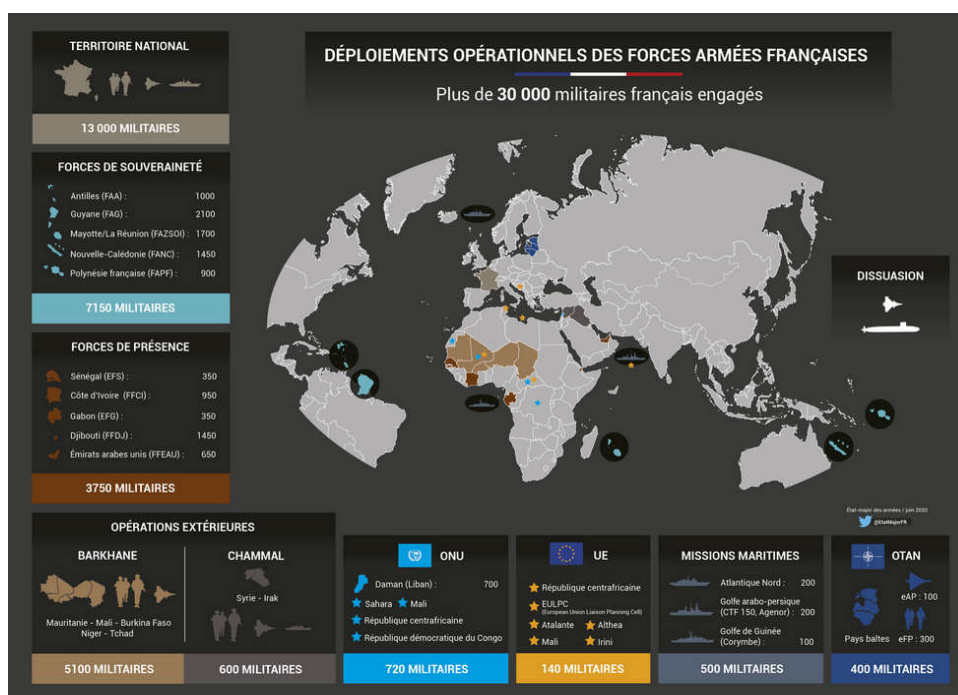


Figure 1. Déploiements opérationnels des forces armées françaises

3. Aspects socio-démographiques des militaires, de leurs conjoints et de leurs familles

Fin 2018, le **nombre moyen de jours d'absence par an** pour les militaires de la FOT (missions, préparation opérationnelle et temps de formation hors garnison) était de **137**. 23% des effectifs des armées (terre, mer et air) ont été absents plus de 100 jours sur l'année 2018 et 8,6% ont été absents plus de 150 jours.

S'agissant des contraintes de mutation, le nombre moyen au cours d'une carrière dans les trois principaux corps d'armée (terre, mer, air) est de 10 pour les officiers, de quatre pour les sous-officiers et d'un pour les militaires du rang. Le taux de célibat géographique est 17,7% dans l'AT, 13,0% dans la MN et 4,6% dans l'AA (2).

Il est estimé que :

- 72% des militaires sont en couple (65% mariage, 7% pacs, 7% concubinage déclaré et 21% union libre),
- 52% de nos militaires ont des enfants (35% en ont un, 42% deux, 16% trois, 4% quatre et 2% cinq et plus).

L'âge moyen du militaire au premier enfant est de 28 ans (5).

La typologie des structures familiales est :

- 91% de type nucléaire (couple avec enfant : 65%, couple sans enfant : 26%),
- 6% de type recomposé,
- 3% de type monoparental.

De plus, nous pouvons remarquer un équilibrage des rôles avec une implication de plus en plus importante du militaire au sein de son foyer. Il existe donc un risque de déséquilibre familial plus important pendant l'absence du militaire.

Le nombre de conjoints de militaires est estimé à 236 200 :

- 87% de femmes,
- 43% sont âgés de 25 à 34 ans,
- 84% d'entre eux sont civils.

D'un point de vue socio professionnel, 71% sont actifs occupés (93% conjoints / 68% conjointes). Les conjointes de militaires sont moins souvent actives que les femmes en couple dans la population française générale (77% / 82%). On entend par population active : la population active occupée (ayant un emploi ou en congé maternité) et la population active non occupée (chômeur à la recherche d'un emploi). Elles sont moins souvent en emploi (68% / 77%) et plus souvent au chômage (9% / 5%). La

situation des conjoints militaires est comparable à celle des hommes dans la population française générale, pour le taux d'emploi et de chômage (6).

Dans la population générale française, les chiffres publiés par l'INSEE montrent que :

- L'âge moyen des français est de 42 ans (en 2020),
- 41% des français sont célibataires, 43% sont mariés, les 16% restant sont veufs ou divorcés (en 2017), (7)
- Le type de ménage (en 2017),
 - o 25,4% de couples sans enfant,
 - o 25,0% de couples avec enfants,
 - o 9,0% de familles monoparentales. (8)
- Familles selon le nombre d'enfants (en 2012)
 - o 45,1% ont un enfant,
 - o 38,4% ont deux enfants,
 - o 12,8% ont trois enfants,
 - o 3,7% ont quatre ou plus d'enfants.
- Age moyen au premier enfant (en 2015)
 - o 30,5 ans pour les mères,
 - o 33,4 ans pour les pères. (9)

La population militaire n'est donc pas superposable en tout point par rapport à la population française générale mais présente certains points de similitude. Nous notons en effet des familles monoparentales moins fréquentes dans les armées, une plus grande proportion de militaires en couple et des différences socio professionnelles concernant les conjoints. Ces différences semblent tenir à la spécificité démographique des militaires (âge, sexe, niveau socio-économique) et à leur statut de militaire en tant que tel (mutations, absences).

Enfin ces données concernant l'armée française, nous permettent d'une part d'avoir une représentation de la cellule familiale du militaire et d'autre part de mieux appréhender les contraintes inhérentes à la vie de militaire pesant sur les militaires et leurs familles. C'est dans l'objectif d'aider à mieux concilier un engagement exigeant avec une vie familiale épanouie que certains dispositifs d'aide ont été mis en place. Nous allons en rapporter certains.

4. Dispositifs d'aides d'accompagnement des familles

Le Haut Comité d'Evaluation de la Condition Militaire a rappelé en 2016 « **l'impact profond de la suractivité sur la vie familiale**, la difficulté de programmer les permissions et les difficultés induites sur la garde et l'éducation des enfants constituent assurément un facteur majeur sinon le facteur majeur de fragilisation de notre système militaire. » (10)

C'est dans ce contexte qu'un large plan a été créé, il s'agit du **plan d'accompagnement des familles et d'amélioration des conditions de vie des militaires 2018 – 2022**. Florence Parly, ministre des armées, soutient ce plan et en fait l'une de ses priorités. Celui-ci a pour but d'apporter des réponses concrètes pour mieux compenser les difficultés auxquelles le militaire et sa famille font face. Les enjeux de ce plan ont été définis par le chef d'état-major des armées et les chefs d'état-major d'armées. L'objectif est de permettre une meilleure conciliation d'un engagement exigeant et d'une vie privée riche. Il se penche sur les questions principales de disponibilité, de mobilité et d'absence.

Il est structuré en cinq axes principaux :

- Mieux prendre en compte les absences opérationnelles,
- Mieux vivre la mobilité,
- Faciliter l'intégration des familles dans la communauté militaire et de défense,
- Améliorer les conditions de logement familial et favoriser l'accession à la propriété,
- Améliorer les conditions d'hébergement et de vie des célibataires et des célibataires géographiques.

En ce qui concerne l'accompagnement des familles en cas d'absence du militaire, le plan propose de porter une attention particulière au moral des familles. Il s'agit d'amplifier le soutien moral avant, pendant et après la mission et de faciliter l'accès aux soins psychologiques.

85% des mesures annoncées sont déjà mises en œuvre avec notamment :

- De **nouveaux berceaux** : 200 ouverts en 2018 et une augmentation prévue de 20 % d'ici à 2022,
- Des « **kit enfants** » : 20 00 exemplaires distribués. Le kit pour enfants a été créé en 2018, par des conjointes de militaires de l'AT. Cet outil ludique a pour but d'aider l'enfant à se repérer dans le temps pendant l'absence de son parent mais également de faciliter le dialogue au retour de celui-ci,
- Une augmentation de l'offre de logements en métropole,
- Une **meilleure visibilité sur les affectations** à venir avec un préavis de cinq mois avant une mutation (règle respectée à plus de 70 % par les trois armées) (11),

- Une création d'un portail en juin 2018 : « **e-social de nos armées** ». Il facilite l'accès à toute l'information sur l'accompagnement social, prestations sociales et services qui peuvent aider les militaires et leurs familles dans leur vie quotidienne.

D'autres aides pour accompagner les familles étaient déjà mises en place, que ce soient des aides financières, humaines ou matérielles :

- **Plan petite enfance 2015 – 2019** a qui a pour vocation d'aider à la garde d'enfants (avec le financement d'établissements, la réserve de places dans des structures adaptées, ...),
- **Prestation de soutien en cas d'absence prolongée du domicile (PSAD)** aide aux remboursements des services à la personne avec notamment le service à la famille (gardes d'enfants, cours à domicile, ...) et à la vie quotidienne (ménage, livraison de repas, ...),
- Dispositifs permettant l'accès à des aides familiales et des techniciens de l'intervention sociale et familiale mis en place par la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS). Cependant, ces dispositifs sont **sous-utilisés**, sûrement par manque d'information,
- **Guides pratiques**, tels que : « Mieux vivre le déploiement pour le militaire et sa famille » sur le site de la CNMSS, « Vie de marin, vie de famille », 2011 rédigé par le service de psychologie de la marine et le « Guide d'accompagnement des familles de militaires partant en OPEX ou en MCD » 2012 créé pour l'AT,
- **Séances de sensibilisation et de prévention avant départ et avant retour** du militaire sont proposées pour les familles : dispositif renforcé par le plan famille,
- **Numéro « Écoute Défense »**, mis à disposition depuis 2013, pour les militaires et leurs familles, en situation de souffrance psychologique. En 2018, 32% des appels (soit 227 appels sur 705) provenaient de familles de militaires. Celles-ci demandaient principalement des suivis (31,3%), des renseignements (30,8%) et des conseils (28,2%) (12). Le plan famille vise à pérenniser ce dispositif et à en faciliter l'accès en améliorant la communication.

Nous avons décrit les contraintes pesant sur nos militaires et notamment la contrainte opérationnelle ainsi que les dispositifs d'aide mis en place. Ainsi, il s'agit désormais de s'intéresser à l'impact psychologique de la projection du militaire sur leurs conjoints et leurs familles. Pour apporter une première réponse à cette problématique, nous proposons une revue de la littérature anglosaxonne et française.

B. Le vécu de la famille : que dit la littérature anglosaxonne

1. Le vécu du couple et du conjoint :

a. *Sentiments aux trois temps du déploiement*

Voici les principaux sentiments aux trois temps du déploiement :

- **L'avant déploiement** : On constate essentiellement des **sentiments de dépression et d'anxiété**. Les thèmes les plus fréquents sont : sécurité du militaire, solitude, santé et garde des enfants, problème de communication avec le militaire. Mais les conjoints expriment également un sentiment de fierté et de maîtrise, (13,14)
- **Pendant le déploiement** : le vécu se situe très souvent du côté de la **dépression, de l'anxiété**, sentiments auxquels s'ajoutent des troubles du sommeil, de la **frustration** et une somatisation (corrélés à la durée de la mission) (15–25). **La solitude**, l'impression d'impuissance et la crainte quant à la sécurité du militaire sont des sentiments très largement éprouvés lors du déploiement (20,26). Les sentiments positifs sont représentés par un sentiment d'autonomie, d'indépendance et d'efficacité personnelle,
- **L'après déploiement** : les études rapportent un impact modéré sur la relation de couple (27,28).

Si nous prenons le cycle global du déploiement, l'attitude positive (fierté, adaptation) augmente et les sentiments négatifs (tristesse, frustration, anxiété) diminuent (29). Cependant, les impacts négatifs ne sont pas universels ou aussi dévastateurs pour toutes les familles (30).

Ainsi, nous pouvons nous demander quels sont les facteurs de risque ou de protection pouvant influencer les familles face au déploiement du militaire.

b. *Facteurs de risque et de protection*

Les **facteurs de risque** de vivre négativement le déploiement sont nombreux :

- La **grossesse**,
- Les éventuels troubles psychiques du militaire,
- La **médiatisation** des opérations militaires,
- Le **manque de soutien**,
- **L'exposition du militaire** au combat,
- La durée de la mission et enfin les difficultés financières (27,30–35).

Les **facteurs de protection** sont :

- L'âge avancé du conjoint,
- Le fait d'être issu d'une famille militaire,
- Le grade élevé du militaire,
- La possibilité d'une **communication efficace** avec le conjoint durant le déploiement,
- Le **soutien social**,
- L'utilisation de stratégies d'adaptation positives,
- Le sentiment d'efficacité personnelle,
- Le fait d'être dans une relation stable depuis plus de cinq ans ou d'être marié (26,35,36).

Les femmes de militaires seraient autant à risque de développer des problèmes psychologiques que leurs conjoints déployés (22). Pour aller encore plus loin, des chercheurs ont décrit ce qu'ils nomment « l'épidémie silencieuse », phénomène selon lequel les femmes, dont le mari est déployé, sont plus à risque de développer les mêmes problèmes psychologiques que le militaire lui-même (21,22).

La présence de vulnérabilités ou de difficultés préexistantes au déploiement auraient comme impact d'accentuer la baisse de satisfaction maritale au retour de mission (30,38,39). Plus la satisfaction maritale est élevée, plus les femmes sont en mesure de vivre des émotions positives qui rendent leur expérience plus facile et aide à une meilleure adaptation (25).

Le soutien social aurait des impacts positifs sur le bien-être psychologique des conjoints mais n'aurait pas d'effet direct sur le stress lié au déploiement (26).

Le déploiement pourrait être caractérisé comme une crise développementale normale au sein des familles militaires (39).

Après avoir identifié les facteurs de risque et les facteurs de protection les plus fréquents, il s'agit de mettre en avant les stratégies d'adaptation que peuvent mettre en place les conjoints face à l'épreuve du déploiement.

c. Stratégies d'adaptation

Nous pouvons noter que :

- Les stratégies d'adaptation les plus adaptées (corrélées à une meilleure santé psychologique et physique) sont (29) :
 - o **Stratégies d'adaptation de style confrontation** (avoir une meilleure connaissance des ressources et du processus lié au déploiement),
 - o **Expression d'émotions positives** (25),

- Stratégies d'adaptation positives les plus souvent utilisées durant le déploiement sont : l'acceptation de la situation, la planification, la religion, la distraction, le soutien social et le recadrement positif de ses émotions, l'utilisation de stratégies actives (comme modifier son comportement).
- Les stratégies d'adaptation les moins adaptées sont :
 - **Adaptations du style émotif** (comme la colère),
 - **Evasif** (comme l'évitement). Evitement : stratégie de coping inadaptée la plus souvent utilisée par les femmes (19).

De plus, les femmes qui ont un sentiment positif envers leur capacité à faire face au déploiement (« Spouse's Sense Of Coherence » ou sens de cohérence des épouses, positif) seraient plus résilientes (40).

La recherche du soutien social facilite l'utilisation de stratégies positives. Une bonne **communication** est un élément clé de l'adaptation d'un couple face aux déploiements. Ainsi, le maintien d'une communication quotidienne avec le militaire permet une meilleure adaptation, cependant les études ne s'accordent pas toutes quant au contenu que doit avoir la communication (éviter ou non d'évoquer les problèmes) (41–42).

De plus, le sentiment de connexion avec l'unité d'appartenance et la communauté sont d'autres éléments primordiaux (30,37,42–44). Le moment de la réintégration est le plus crucial pour établir une communication saine et collaborative entre conjoints afin d'éviter des conséquences négatives (36).

Enfin, l'adaptation découle des stratégies utilisées et des habiletés liées à la résilience de chaque personne et de chaque famille (pouvoir endosser divers rôles, avoir une communication positive et une flexibilité au regard de ses responsabilités et l'habileté à avoir des attentes réalistes envers le déploiement et ses impacts) (45).

Malgré la diversité des stratégies d'adaptation et la nécessaire prise en compte de la singularité de chaque situation, une tentative de normalisation du cycle émotionnel du déploiement a été rédigée.

d. Le cycle émotionnel du déploiement :

L'américaine Logan K. V., diplômée en thérapie du couple et thérapie familiale a développé en 1987 le cycle émotionnel du déploiement (46). Ce cycle est une tentative de normalisation du vécu du conjoint de militaire, voir celui de la famille. Il permet de visualiser les périodes plus à risques.

Il se divise en sept étapes : (figure 2)

- La **phase 1 : anticipation de la perte**, environ quatre à six semaines avant le départ. Elle s'associe à un état d'alerte latent, à un besoin de passer du temps avec son conjoint, à de l'irritabilité, de la tristesse et de la tension.
- La **phase 2 : distanciation**, quelques jours avant le départ. Au cours de cette phase le conjoint ressent peur, incertitude et a tendance à prendre de la distance pour se protéger.
- La **phase 3 : désordre émotionnel**, après le départ et pendant quelques jours. Cette phase s'associe à une prise de conscience de la réalité de l'absence, du chagrin, de la solitude, de possibles symptômes dépressifs.
- La **phase 4 : stabilisation**, pendant la mission. Elle s'associe à un sentiment de reprise de contrôle, d'une routine, d'une sensation de pouvoir et d'autonomie.
- La **phase 5 : anticipation du retour**, deux ou trois semaines avant le retour. L'attente revient et le conjoint ressent un sentiment de crainte mêlé à de l'excitation.
- La **phase 6 : réunification**, au retour du militaire. Le conjoint a besoin et peur de communiquer. C'est une phase de renégociation des rôles, des tensions sont possibles.
- La **phase 7 : réintégration**, quelques semaines après le retour. C'est le retour du « nous » dans les échanges, le dialogue est rétabli, la cohésion et l'unité familiale sont retrouvées.



Figure 2. Cycle émotionnel du déploiement

Enfin, certains auteurs parlent plus volontiers de **spirale du déploiement** plutôt que de cycle du déploiement (en référence à l'accumulation des conséquences des déploiements précédents) (47).

Ces données clarifient l'impact que peut avoir la projection sur le conjoint. Mais qu'en est-il des enfants ?

2. L'impact psychologique sur les enfants

L'impact sur les enfants peut s'exprimer sous plusieurs formes. Les symptômes psychiques peuvent comprendre **l'anxiété, la dépression, les troubles du comportement alimentaire, les troubles du sommeil, l'agitation et les trouble des conduites** (48–50).

De 0 à 5 ans, ce sont essentiellement les troubles de l'attachement et les difficultés de réajustement qui sont notés (51–53). De 5 à 12 ans, ce sont les troubles anxieux qui sont majoritaires (54,55). Enfin, à l'adolescence, il s'agit surtout de troubles anxio-dépressifs (56,57).

Au niveau de la scolarité, les études montrent un fléchissement temporaire et un impact bénéfique d'un encadrement scolaire habitué au milieu militaire (55,57,58).

De plus l'absence du parent peut engendrer des troubles somatiques, une parentification, de la maltraitance (de la négligence à la violence physique ou psychologique) surtout décrite avec les plus jeunes (52,59–63). Enfin, le déploiement a été décrit comme l'une des expériences les plus stressantes de l'existence des enfants (29). Plus celui-ci est long, plus il est à risque d'avoir des impacts négatifs sur les enfants.

Devant un impact psychologique objectivé de la projection du militaire sur sa famille, des dispositifs d'aide ont été mis en place. Nous proposons d'en décrire certains.

3. Dispositifs d'aide dans les armées étrangères

Aux Etats Unis et au Canada, plusieurs programmes d'accompagnement ont été mis au point :

- **Programme Families Overcoming Under Stress (FOCUS)** : programme américain **d'aide à la résilience familiale** déployé depuis 2008. Son évaluation met en évidence une amélioration des troubles psychologiques pour les parents et les enfants restés sur le territoire national (64),

- **Programme d'ajustement parental dans l'après déploiement (ADAPT)** : programme américain conçu à la suite d'études menées auprès des familles de militaire. L'évaluation de cet outil en 2018 a révélé une amélioration significative des capacités d'adaptation des mères ayant suivi ce programme (65),
- **Formation « en route vers la préparation mentale » (RVPM)** : initiative canadienne. Ce dispositif est destiné aux militaires et à leurs familles pour favoriser la résilience,
- Centres de soutien au déploiement (ayant une ligne d'assistance téléphonique ouverte 24h sur 24 et sept jours sur sept) : proposés au Canada,
- Programmes autres : New Parent Support Program (aide aux familles attendant leur premier enfant ou ayant au moins un enfant âgé de moins de trois ans pendant le déploiement) et Parent Management Training - Oregon Model (PMTO) (aide aux familles avec des enfants âgés de 2 à 18 ans).

Ces données anglo-saxonnes sont reprises dans les tableaux 1 à 5 en annexe 3.

C. Qu'en est-il de la littérature française ?

L'étude prospective « Relations entre soutien familial et santé psychique chez les militaires en opération extérieure », réalisée dans le cadre d'un travail de thèse par Milla A. en 2014, a permis de recueillir certaines données à propos du vécu des familles (66). Concernant le pré-déploiement, il est noté moins de souffrance familiale chez les sujets en couple et les sujets plus âgés. **11,3% des sujets vivaient un conflit grave dans leur couple ou une séparation avant le départ.** Les temps de contacts étaient des moments privilégiés, rarement à l'origine de conflits. De plus même si un nombre important de militaires rapportait la survenue d'évènements importants ou graves pendant la mission, les familles faisaient finalement peu appel à la Cellule d'Aide aux Familles (seulement 4%). Cependant, cette étude ne recueille pas des données directement auprès des familles.

La **première étude recueillant des données directes** sur les répercussions des missions extérieures sur les familles de militaires **est l'enquête d'Octobre 2011**, intitulée « L'accompagnement des familles de militaires partis en missions extérieures ». Il s'agit d'une étude rétrospective. La population concernée concerne des conjoint(e)s de militaires partis en mission de deux mois minimum entre 2008 et 2010 et exerçant dans l'AT, la MN, l'AA et le service de santé de armées (SSA). Les questionnaires sont remplis par les conjoint(e)s. 7 790 questionnaires ont été envoyés, 2 812 réponses ont été obtenues. Les résultats montrent que **le plus difficile à supporter est : la solitude (73% - surtout le week end), la durée de la mission (64% - surtout quand supérieur à 6 mois) et l'inquiétude des enfants (60%)**. Les conjoint(e)s

déploient un **manque de contact institutionnel**. La **gestion de l'absence est d'abord individuelle** (85%), puis passe par l'entourage « affectif » (famille et amis) (70%) et enfin par le militaire (40%). Les éléments aidant sont la communication avec le conjoint (95%), l'occupation par une activité professionnelle (88%), la possibilité de se confier à un ami ou à un membre de sa famille (79%). Un effet sur le moral est noté pour plus de la moitié des conjoint(e)s avec seulement 18% de consultations. Les résultats sont similaires pour les enfants. En outre, **c'est plus la succession des missions qui pouvait « user » le couple, que l'absence liée à une mission ponctuelle** (67).

Une étude préliminaire est menée par l'interne Tchikaya Batchy K. en 2016, avant la mise en place du plan famille des armées. L'étude intègre 60 conjoint(e)s de militaires de l'AT partant en OPEX. Cette étude donne des résultats sur les deux premiers temps du cycle du déploiement (avant déploiement et à mi-mandat). Les résultats principaux concernant les conjoints montrent une **primauté de l'anxiété dans le pré-déploiement 26,3%, contre 20,0% pendant le déploiement et une augmentation modérée des taux de dépression en phase de déploiement 6,7%, contre 1,8% dans le pré déploiement**. La qualité de vie est stable. La relation de couple est stable. Des modifications psychologiques sont retrouvées pour 30% des enfants (68).

Une nouvelle étude semble s'imposer pour les raisons suivantes :

- Peu de données au sein des armées françaises sur le vécu des familles,
- Intensification de l'opérationnalité,
- Impact supposé des missions et des absences sur les familles,
- Prise en compte nécessaire de la souffrance des familles,
- Devoir de proposer un accompagnement à la hauteur de leurs besoins.

Sur la base de l'étude de 2016, nous proposons un nouveau travail intégrant les modifications suivantes :

- Elargissement de la population aux trois principaux corps d'armée (terre, air et mer) et aux militaires partant en OPEX ou MCD,
- Visualisation de l'impact psychologique au troisième temps du déploiement (à un mois du retour de mission),
- Comparaison après la mise en place de 85% des mesures avancées par le plan d'accompagnement des familles 2018-2022.

Dans la partie suivante nous présentons le protocole de notre étude et les données issues de notre recherche.

III. Présentation de l'étude

Dans cette partie, nous allons vous présenter notre étude proposant une évaluation de l'impact psychologique de la projection des militaires sur leur conjoint et leur famille. Notre objectif principal est d'évaluer la prévalence de troubles anxiodépressifs chez les conjoints aux trois temps de la mission.

A. Matériel et méthode

1. Matériel

a. *Cadre législatif de l'étude*

Cette étude a fait l'objet d'un petit projet de recherche clinique et a reçu un avis favorable de la Direction centrale du SSA (référence : 2015PPRC02). Le SSA est donc le promoteur de cette recherche. Notre étude est en conformité avec le Code de la Santé Publique (Titre II du livre premier relatif aux recherches biomédicales). Le projet de recherche est enregistré à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament en tant recherche biomédicale ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L.5311-1 du code de la Santé Publique (référence : 2015-A01641-48). L'étude a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud Méditerranée 1 en date du 14 Octobre 2015 (référence : 15101), comité auquel nous avons demandé une modification substantielle autorisant l'ajout de centres d'investigation clinique (référence : 15 101 MS 1). Enfin l'étude a reçu l'approbation de diffusion dans les structures du service de santé de la médecine des forces (référence : 2019-021).

b. *Population étudiée*

1) Régiment, base et bâtiment sélectionnés :

Le recrutement des conjoints a été effectué au sein du régiment du 1^{er} SPAHIS (AT), de la Base aérienne (BA) d'Istres (AA) et du Porte Avion Charles de Gaulle (PACDG) (MN). Ces centres ont été choisis du fait de leur localisation (autorisation pour mener l'étude dans le Sud-Est), de leur importante opérationnalité ainsi que sur la prévision d'un départ sur le temps de réalisation de l'étude.

2) Critères d'inclusion :

- Être conjoint d'un militaire en activité devant partir en mission sur le temps de l'étude et appartenant au régiment, base ou bâtiment sélectionnés, sans distinction de sexe,
- Être âgé de 18 ans ou plus,
- Savoir lire et écrire correctement le français,
- Avoir signé le consentement et accepté de participer à l'étude après présentation de la notice d'information.

3) Critères de non-inclusion :

Les personnes n'ayant pas signé le consentement éclairé n'étaient pas incluses dans l'étude.

4) Critères d'exclusion :

- Être conjoint d'un militaire non projeté pendant la durée de l'étude,
- Questionnaire comportant des données manquantes pour les échelles HAD et SF12.

c. *Analyses statistiques*

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R (version 3.3.6). Le test exact de Fisher (pour la comparaison de proportion) a été utilisé pour les variables qualitatives. Le test de Student a été utilisé pour la comparaison dans le temps des données quantitatives suivant une loi normale. Le test de Wilcoxon-Mann-Whitney a été utilisé pour les données ne suivant pas une loi normale. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

2. Méthode

a. *Type d'étude*

Il s'agit d'une étude de cohorte descriptive prospective multicentrique réalisée à partir de trois auto-questionnaires remplis par les conjoint(e)s, à trois temps différents de la mission, sur une période s'étendant de septembre 2019 à juillet 2020.

b. Objectifs de l'étude

1) Objectif principal

L'objectif principal est de mesurer la prévalence des troubles anxieux et thymiques des conjoint(e)s de militaires déployés avant, pendant et au retour de la mission du militaire.

Le critère de jugement principal repose sur l'évaluation de la symptomatologie anxiodépressive par l'échelle Hospital Anxiety and Depression scale (HAD).

Les caractéristiques de cette échelle sont :

- Auto-questionnaire validé par la Haute Autorité de Santé,
- Echelle ayant de bonnes caractéristiques psychométriques,
- Objectif : dépister les troubles anxieux et dépressifs et en évaluer la sévérité,
- Echelle semi-quantitative, validée en français par Ravazi en 1989 (69),
- Elle comporte deux échelles (échelle de l'anxiété : A et échelle de dépression : D) de sept questions chacune, dont les items sont cotés de 0 à 3. L'addition des scores pour chaque échelle (A et D) donne un résultat entre 0 et 21,
- Interprétation pour chaque échelle (A et D) : score inférieur strict à 8 correspond à une absence d'état anxieux ou dépressif, entre 8 et 10 correspond à un état anxieux ou dépressif douteux et supérieur strict à 10 correspond à un état anxieux ou dépressif certain.

2) Objectifs secondaires

Pour les conjoint(e)s :

- Etudier la dynamique des troubles anxieux et thymiques en fonction : de l'armée d'appartenance, du type de mission (OPEX/MCD), de l'ancienneté du couple et du nombre de missions déjà effectuées par le militaire,
- Evaluer la qualité de vie aux trois temps de la mission,
- Evaluer la consommation de soins pendant et au retour de la mission.

Pour les enfants :

- Evaluer la consommation de soins pendant et au retour de la mission,
- Mesurer l'impact psychologique de la mission sur leurs traits de caractère pendant et au retour de la mission.

Pour le couple :

- Evaluer la qualité de la relation conjugale avant, pendant et après la mission,
- Evaluer le réajustement du couple au retour de la mission du militaire.

Pour la famille :

- Retentissement de la mission sur l'équilibre familial pendant et au retour de la mission,
- Réajustement de la famille au retour.

Pour l'étude avant/après mise en place du plan famille 2018-2022 : comparaison des points marquants entre l'étude de 2016 et notre étude.

Pour évaluer ces objectifs secondaires, les critères de jugements secondaires sont :

- Echelle HAD pour évaluer la dynamique des troubles thymiques,
- Echelle Short Form 12 (SF-12) pour l'évaluation de la qualité de vie,
- Nombre de consultations pour évaluer la consommation de soins pour les conjoint(e)s et les enfants,
- Echelles subjectives analogiques pour l'évaluation de l'impact psychologique de la mission sur les enfants et le couple ainsi que pour l'évaluation du réajustement du couple et de la famille.

Les caractéristiques de l'échelle SF-12 sont :

- Outil d'auto-évaluation de la qualité de vie,
- Echelle ayant de bonnes caractéristiques psychométriques,
- Version courte du Medical Outcome Study Short Form – 36 (échelle SF-36),
- Créée par John E Ware Jr en 1996 (75) et validée en France en 1998 (70, 71),
- Score de qualité de vie multidimensionnel, générique, explorant la santé émotionnelle, physique et sociale, développé par Ware et Sherbourne en 1992,
- Items organisés en deux parties : le Physical Composite Summary à 12 items (PCS-12) qui est un score de qualité de vie physique et le Mental Composite Summary à 12 items (MCS-12) qui est un score de qualité de vie mental et social,
- Les scores moyens de PCS-12 et MCS-12 en population générale sont de 50. Après étalonnage le score MCS-12 varie de 5,89058 à 71,96825 et le PCS-12 varie de 9,94738 à 70,02246.

c. Description des questionnaires

Le premier questionnaire comprend les données socio démographiques, les échelles HAD et SF12, les informations sur la mission à venir (annonce de la mission, sentiment vis-à-vis de celle-ci). Le deuxième questionnaire comprend les données sur le vécu de la mission du conjoint et des enfants, la consommation des soins, les échelles HAD et SF12, le ressenti concernant la relation de couple et la description de la communication avec le militaire. Enfin, le dernier questionnaire, comprend les données sur le vécu du retour de la mission, les capacités de réajustement et les échelles HAD et SF12.

d. Déroulement de l'étude

Dans un premier temps, nous obtenons une modification substantielle auprès du Comité d'éthique et un accord de la Direction de la Médecine des Forces. Dans un deuxième temps, le Chef de corps du 1^{er} Spahis et son Médecin chef, le Commandant de la BA d'Istres et son Médecin chef, ainsi que le vice-amiral d'escadre de la Force d'action naval, le Commandant du PACDG et son Médecin chef donnent leurs accords.

Nous rencontrons les militaires et/ou leurs familles avant de débiter le recueil des données afin de délivrer une information sur l'étude et de donner les formulaires de consentement ainsi que les notices d'information. Au vu des différentes contraintes organisationnelles de chaque corps d'armée, nous devons adapter ce premier temps en fonction des possibilités et obligations de chacun. Ainsi, auprès du 1^{er} SPAHIS, nous rencontrons les militaires en escadron constitué, lors de leur préparation opérationnelle. L'organisation au sein du PACDG ne nous permet pas de rencontrer l'intégralité des militaires. Ainsi, avec l'accord du Commandant du PACDG et du Médecin chef du PACDG, nous voyons directement les familles lors de deux temps d'information qui leur sont dédiés. Enfin, concernant la BA d'Istres, les départs se font essentiellement en tant que personnel isolé et non en compagnie constituée, il n'est donc pas possible d'organiser une information groupée sur l'étude. Ainsi, nous profitons d'une journée d'information et de cohésion organisée par la BA au profit des familles pour présenter notre étude. De plus, nous nous sommes rapprochés de la section condition de l'aviateur et de l'accompagnement des familles, afin de relayer l'information concernant la réalisation de cette étude.

Puis l'étude se décline en trois temps :

- Temps T1 : temps du pré déploiement, un mois avant le départ en mission, recueil du premier questionnaire,
- Temps T2 : à mi-mandat, recueil du deuxième questionnaire,
- Temps T3 : temps du post déploiement, un mois après le retour, recueil du troisième questionnaire.

Le recueil des données débute au mois de septembre 2019, suivant les dates de projections prévues pour les lieux sélectionnés pour notre étude.

e. Recueil de l'information

Le recueil de l'information s'effectue à partir d'auto-questionnaires. Les participants ont la possibilité de répondre aux questionnaires en version électronique (lien du questionnaire envoyé par le biais de la plateforme sécurisée Wepi sur leur courriel) ou bien en version papier (questionnaire envoyé avec une enveloppe timbrée et pré identifiée à l'adresse de retour). Ils indiquent leur choix de mode de participation sur le formulaire de consentement, sur lequel ils renseignent leur adresse postale, leur courriel et/ou leur téléphone. L'anonymat des participants à l'étude est respecté. Il est réalisé manuellement par l'enquêtrice. Un code d'identification est établi pour chacun des participants.

A. Résultats

1. Description de la population :

160 questionnaires ont été distribués, **71 conjoints ont finalement répondu au premier questionnaire, 56 au deuxième et 42 au troisième.**

a. Les conjoints :

Le tableau suivant (tableau 1) résume les données socio démographiques des conjoints.

Tableau 1. Données socio démographiques des conjoints

Variables	Conjoints (n=130), n (%) ou âge en année (moyenne)
Sexe	
Femme	61 (85,9%)
Homme	10 (14,1%)
Age (en année)	32,8 (19 à 53)
Issu d'une famille militaire	
Oui	10 (14,1%)
Non	61 (85,9%)
Militaires	
Oui	15 (21,1%)
Non	56 (78,9%)
Activités professionnelles	
Oui	58 (81,7%)
Non	13 (18,3%)
Emploi (n=97)	
Plein	48 (82,8%)
Partiel	7 (12,1%)
Autre	3 (5,2%)
Depuis combien de temps (en année)	0,25 à 28 (8)
Réseau familial à proximité	
Oui	29 (40,1%)
Non	42 (59,9%)

Notre population concerne essentiellement des femmes jeunes ayant une activité professionnelle.

b. Les militaires

La population de militaire concernée par notre étude est caractérisée par les points suivants :

- Age : de 21 à 57 ans, l'âge moyen est de 33,7 ans,
- Grades :
 - o 29,6% d'Off (n=21),
 - o 40,7% de SO (n=36),
 - o 19,7% de MdR (n=14).
- Armée d'appartenance :
 - o 52,1% (n=37) sont de l'AT,
 - o 29,6% (n=21) de la MN,
 - o 18,3% (n=13) de l'AA.
- Missions réalisées :
 - o Au cours de leur carrière : une à 40 missions,
 - o Nombre moyen : de 9,2,
 - o Depuis qu'ils sont en couple, les militaires ont réalisé en moyenne : 6,6 missions,
 - o Les militaires ont réalisé en moyenne 4,4 OPEX, 2,2 MCD et 1,3 OPINT.
- Les missions effectuées au cours de l'étude sont dans 76% des cas une OPEX (n=54) et 24% des cas une MCD (n=17).

c. Le couple :

Les couples se définissent par :

- Durée : d'1 à 31 ans et en moyenne depuis neuf ans,
- 94,4% vivent ensemble (n=67),
- Sur les 5,6% (n=4) ne partageant pas une vie commune la raison était pour trois d'entre eux l'éloignement du travail du militaire et pour un autre d'entre eux l'éloignement du travail du conjoint.

d. La typologie familiale :

Les éléments essentiels sont :

- 13,1% des femmes sont enceintes (n=8, sur 61 femmes),

- 52,1% des couples ont des enfants (n=37). Le nombre d'enfants en commun varie d'un à trois (1,8 en moyenne). Les enfants sont âgés de 6 mois à 25 ans (moyenne d'âge : 7,8 ans).
- 11,3% (n=8) des conjoints ont des enfants issus d'unions précédentes, allant d'un à deux enfants et sont âgés de 2 à 18 ans (moyenne d'âge : 8 ans). Pour 50% (n=4) d'entre eux c'est le conjoint qui a la garde, 25% (n=2) bénéficient d'une garde alternée et pour 25% (n=2) d'entre eux c'est l'autre parent qui a la garde. 5,6% (n=4) des militaires ont des enfants issus d'unions précédentes, variant d'un à trois enfants et sont âgés de 6 à 27 ans (moyenne d'âge : 18,4 ans). Pour 50% (n=2) d'entre eux c'est l'autre parent qui a la garde et 50% (n=2) d'entre eux bénéficient d'une garde alternée.
- 10,0% (n=5) enfants ont des maladies chroniques (maladie neurologique, autisme et asthme principalement),
- Enfin, le style éducatif est évalué par le biais d'une échelle analogique allant d'un (souple) à dix (rigide). Il est noté de 2 à 9, avec une moyenne de 6,1.

En complément, le graphique suivant illustre les types familiaux de notre étude (figure 3).

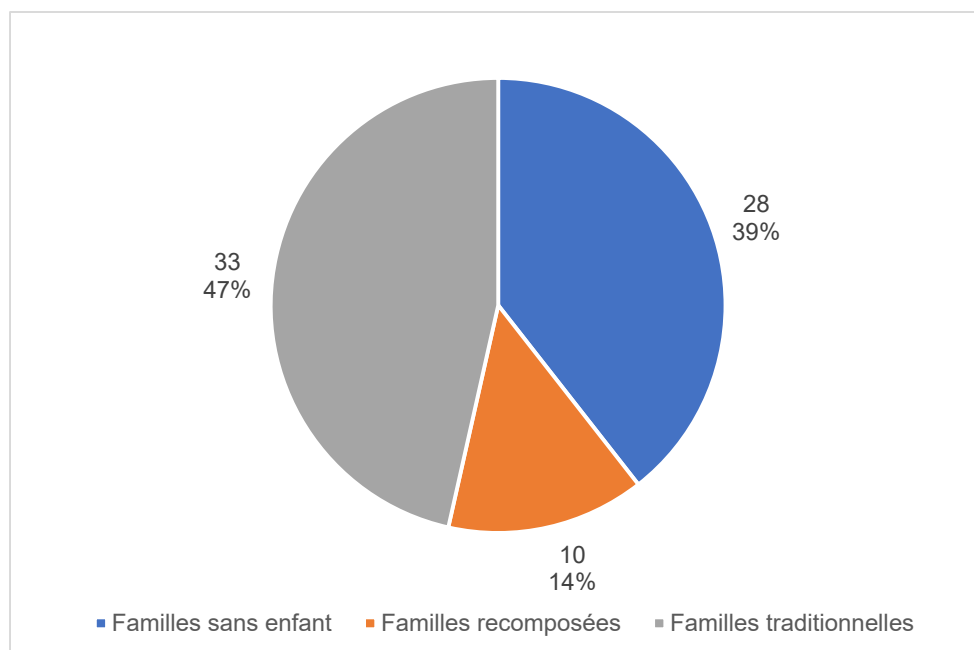


Figure 3. Types familiaux

e. La mission effectuée :

La figure suivante reflète le ressenti des conjoints vis-à-vis de la décision du départ en mission (figure 4).

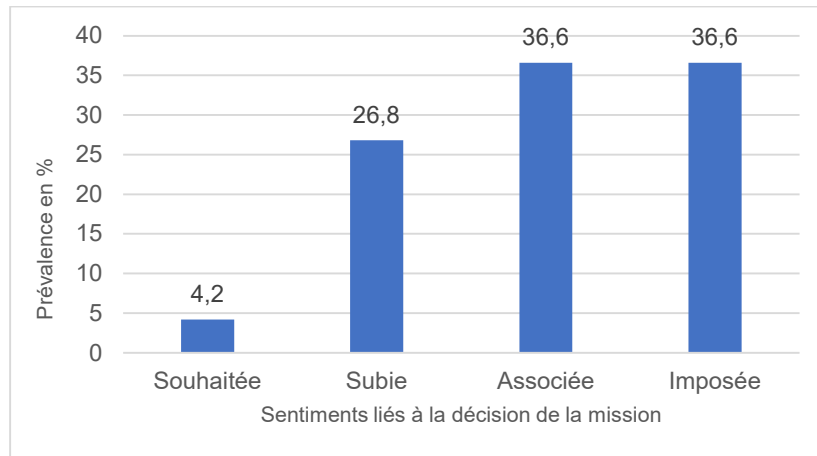


Figure 4. Prévalence des sentiments liés à la décision de réalisation de la mission

S'agissant de l'information reçue :

- 32,4% (n=23) des conjoints ont reçu une information concernant la mission :
 - o 2,8% (n=2) par l'association des conjoints,
 - o 9,8% (n=7) par le militaire,
 - o 14,0% (n=10) par la cellule familiale,
 - o 16,9% (n=12) par le commandement toutes armées confondues.
- L'information reçue en fonction de l'armée d'appartenance :
 - o AT : 45,9% (n=17),
 - o AA : 30,1% (n=4),
 - o MN : 19,0% (n=4).
- Délais d'information du départ :
 - o 1,4% (n=1) des cas moins d'un mois avant,
 - o 18,3% (n=13) d'un à trois mois,
 - o 29,6% (n=21) de trois à six mois,
 - o 50,7% (n=36) plus de six mois avant le départ.

Enfin, il est intéressant de noter que 76% (n=54) des militaires sont volontaires pour la mission.

2. Résultats concernant l'objectif principal : Mesure de la prévalence des troubles anxieux et thymiques avant, pendant et au retour de la mission

Pour mémoire, le critère de jugement principal est le score HAD. L'interprétation des résultats pour chaque échelle (A : anxiété et D : dépression) se fait de manière suivante : score inférieur strict à 8 correspond à une absence d'état anxieux ou dépressif, entre 8 et 10 correspond à un état anxieux ou dépressif douteux et supérieur strict à 10 correspond à un état anxieux ou dépressif certain.

a. Un mois avant départ :

Pour rappel, 71 conjoints ont répondu au premier questionnaire.

Nous proposons dans la figure (figure 5) et le tableau (tableau 2) suivants de reprendre la prévalence des troubles anxio-dépressifs présentés par les conjoints, évalués par l'échelle HAD.

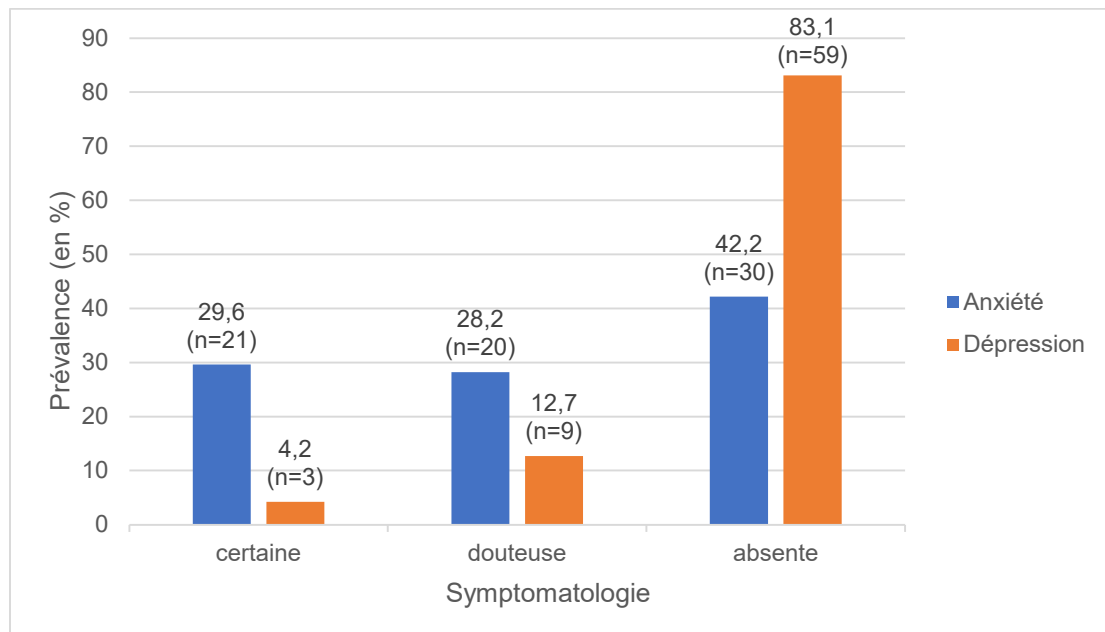


Figure 5. Prévalence du score HAD au T1

Si le trouble dépressif semble quasiment absent dans le pré départ, il n'en n'est pas de même pour le trouble anxieux. En effet près d'un tiers de la population étudiée présente une symptomatologie anxieuse certaine.

b. *Mi-mandat :*

Pour rappel, 56 conjoints ont répondu au deuxième questionnaire.

Nous proposons dans la figure (figure 6) et le tableau (tableau 3) suivants de reprendre la prévalence des troubles anxiodépressifs présentés par les conjoints, évalués par l'échelle HAD.

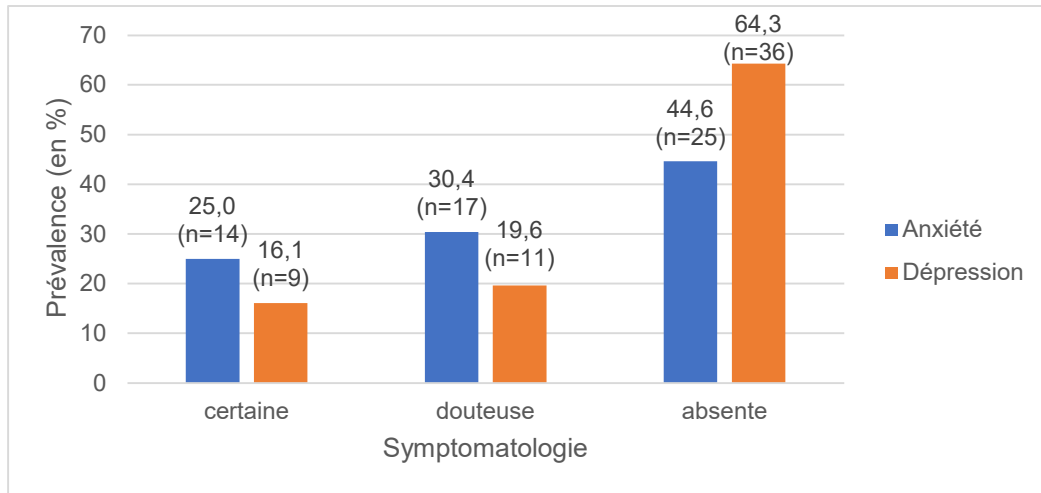


Figure 6. Prévalence score HAD au T2

Nous pouvons noter des troubles dépressifs plus importants et des troubles anxieux moins présents.

c. *Un mois après le retour de mission :*

Pour rappel, 42 conjoints ont répondu au troisième questionnaire.

Nous proposons dans la figure (figure 7) et le tableau (tableau 4) suivants de reprendre la prévalence des troubles anxio-dépressifs présentés par les conjoints, évalués par l'échelle HAD.

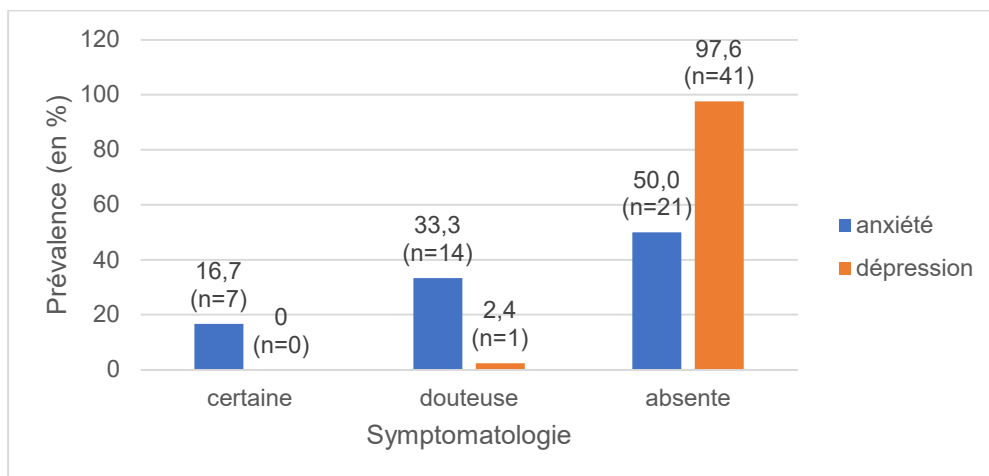


Figure 7. Prévalence score HAD au T3

Ces données pointent que la quasi-totalité des conjoints ne présente pas de symptomatologie dépressive. Enfin, la symptomatologie anxieuse s'atténue.

Nous proposons cette figure (figure 8) en guise de résumé.

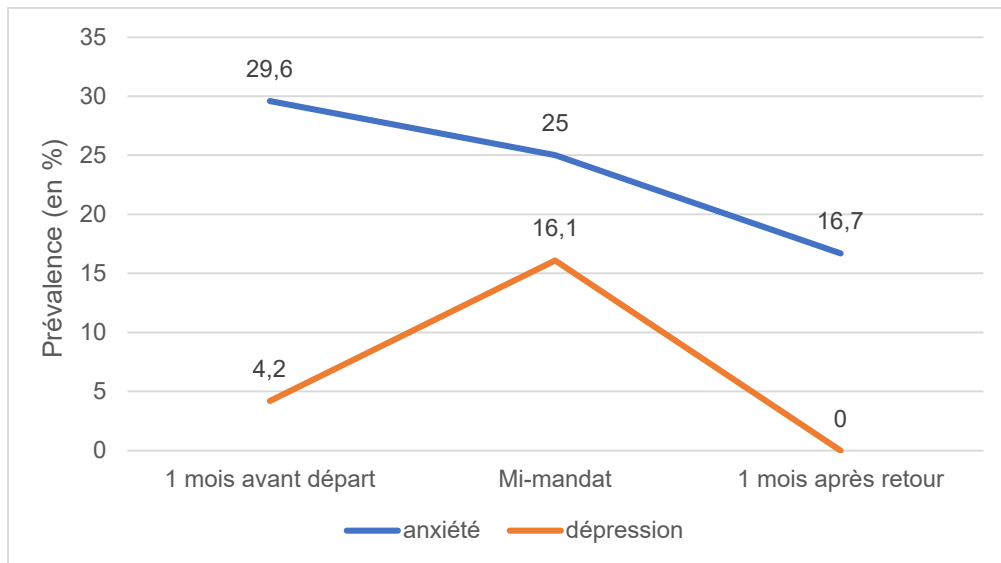


Figure 8. Prévalence de la symptomatologie anxio-dépressive certaine aux trois temps de la mission

La **symptomatologie anxieuse est plus élevée au T1 et au T2 par rapport au T3, de façon significative en comparaison du T1** et non significative du T2 ($p : 0,025$ et $p : 0,213$ respectivement).

La **symptomatologie dépressive est plus élevée au T2 par rapport au T1, de façon significative** ($p : 0,007$). La **symptomatologie dépressive est plus élevée au T1 et au T2 par rapport au T3, de façon significative** ($p : 0,0007$ et $p : 0,001$ respectivement).

3. Résultats concernant les objectifs secondaires :

a. Pour le conjoint :

1) Evaluation de la symptomatologie anxio-dépressive avec le score HAD :

i. Evaluation du score HAD en fonction du type de mission :

Nous proposons trois graphiques reprenant le score HAD en fonction du type de mission (OPEX ou MCD), avant le départ (T1), à mi-mandat (T2) et au retour (T3). HA correspond au score anxieux et HD au score dépressif (figures 9, 10 et 11).

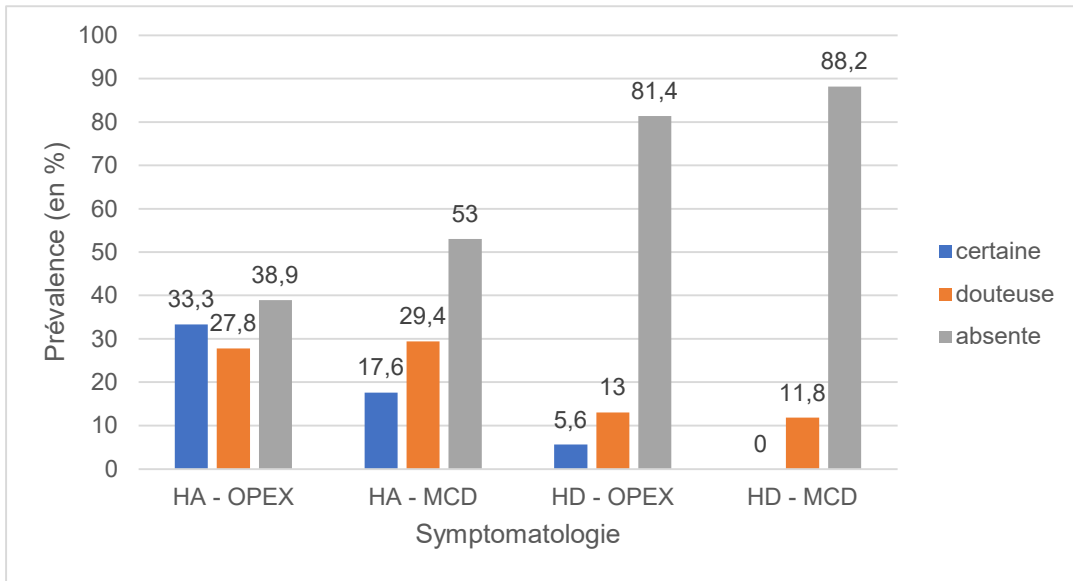


Figure 9. Prévalence score HAD en fonction du type de mission au T1

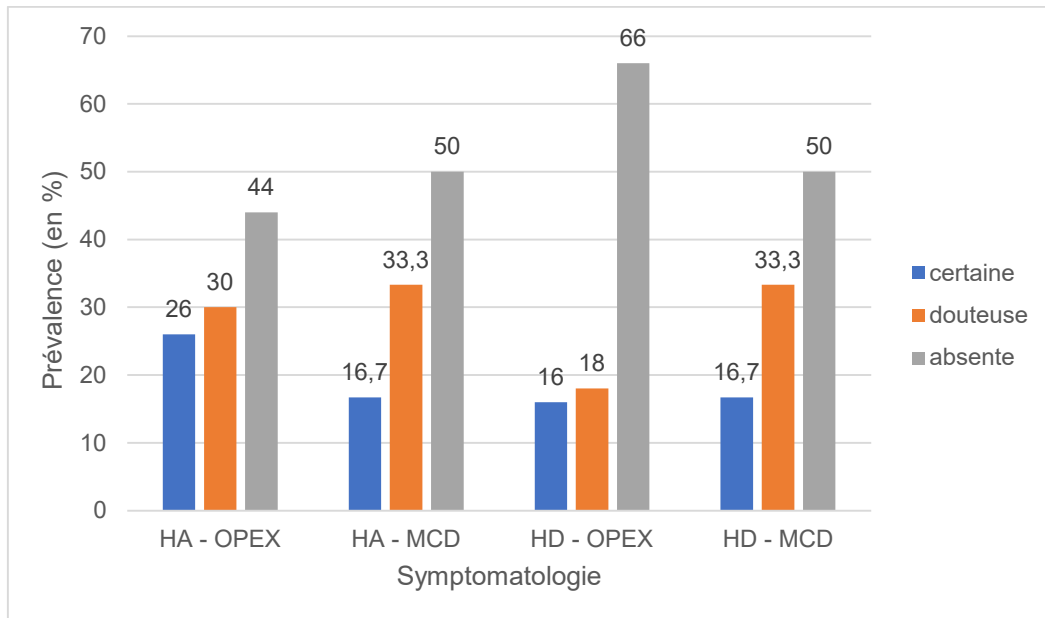


Figure 10. Prévalence score HAD en fonction du type de mission au T2

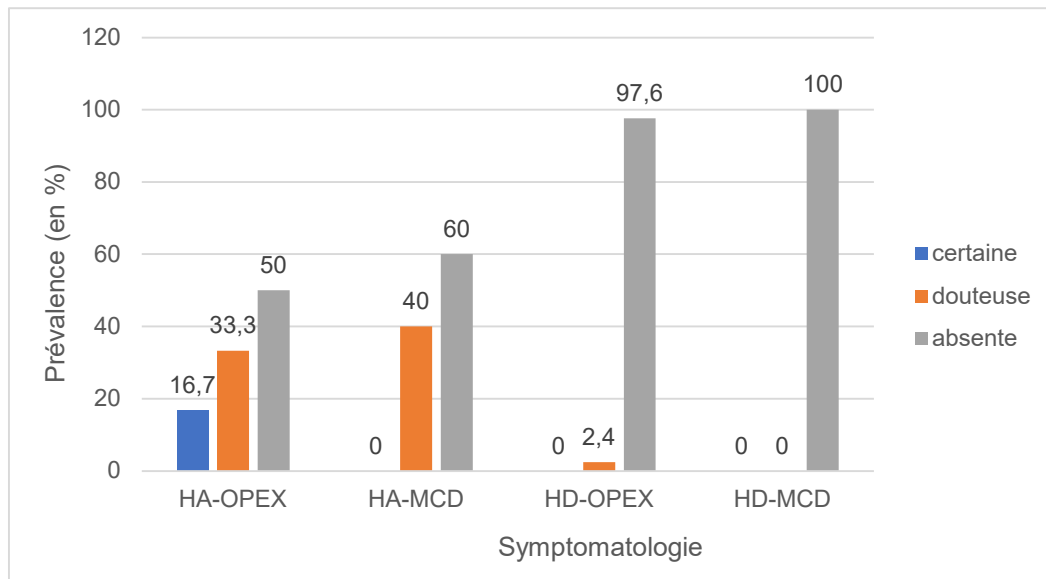


Figure 11. Prévalence score HAD en fonction du type de mission au T3

Ces graphiques montrent une tendance différente en fonction du type de mission. Ainsi, les OPEX apparaissent plus anxiogènes et semblent être plus associées à la clinique de l’anxiété. De plus, les MCD sont plus du côté de la symptomatologie dépressive et représentent plus une clinique de la perte et de la dépression.

ii. Evaluation du score HAD en fonction du nombre de missions déjà effectuées par le militaire :

Pour évaluer l’impact de la répétition des missions, nous avons évalué les scores HAD en répartissant les participants en deux groupes : moins de dix missions (dont dix inclus) et plus de dix missions.

A un mois du départ :

- Groupe de **moins de dix missions** :
 - o Symptomatologie absente : 51% (n=25) HA et 88% (n=44) HD,
 - o Symptomatologie douteuse : 24,5% (n=12) HA et 10% (n=5) HD,
 - o **Symptomatologie certaine : 24,5% (n=12) HA et 2% (n=1) HD.**
- Groupe de **plus de dix missions** :
 - o Symptomatologie absente : 23,8% (n=5) HA et 76,2% (n=16) HD,
 - o Symptomatologie douteuse : 33,3% (n=7) HA et 19% (n=4) HD,
 - o **Symptomatologie certaine : 42,9% (n=9) HA et 4,8% (n=1) HD.**

Ainsi, la symptomatologie anxiodépressive apparaît plus importante dans le groupe plus de dix missions.

A mi-mandat :

- Groupe de **moins de dix missions** :
 - o Symptomatologie absente : 50% (n=18) HA et 72,2% (n=26) HD,
 - o Symptomatologie douteuse : 30,5% (n=11) HA et 16,7% (n=6) HD,
 - o **Symptomatologie certaine : 19,5% (n=7) HA et 11,1% (n=4) HD.**
- Groupe de **plus de dix missions** :
 - o Symptomatologie absente : 29,4% (n=5) HA et 58,8% (n=10) HD,
 - o Symptomatologie douteuse : 29,4% (n=5) HA et 17,6% (n=3) HD,
 - o **Symptomatologie certaine : 41,2% (n=7) HA et 23,6% (n=4) HD.**

La symptomatologie anxiodépressive semble aussi plus importante dans le groupe plus de dix missions.

A un mois du retour :

- Groupe de **moins de dix missions** :
 - o Symptomatologie absente : 58,6% (n=17) HA et 96,6% (n=28) HD,
 - o Symptomatologie douteuse : 24,15% (n=7) HA et 3,4% (n=1) HD,
 - o **Symptomatologie certaine : 17,3% (n=5) HA et 0% (n=0) HD.**
- Groupe de **plus de dix missions** :
 - o Symptomatologie absente : 30,7% (n=4) HA et 100% (n=13) HD,
 - o Symptomatologie douteuse : 46,2% (n=6) HA et 0% (n=0) HD,
 - o **Symptomatologie certaine : 23,1% (n=3) HA et 0% (n=0) HD.**

Nous pouvons donc noter une symptomatologie anxiodépressive plus fréquente chez les conjoints de militaire ayant déjà effectué plus de dix missions.

Ainsi, bien que nos données ne retrouvent pas de différences significatives, nous observons une tendance allant dans le sens d'une symptomatologie anxiodépressive plus fréquente dans le groupe plus de dix missions.

iii. Evaluation du score HAD en fonction de l'armée d'appartenance :

Les graphiques suivants reprennent la prévalence du score HAD en fonction de l'armée d'appartenance aux trois temps de l'étude (figures 12, 13 et 14).

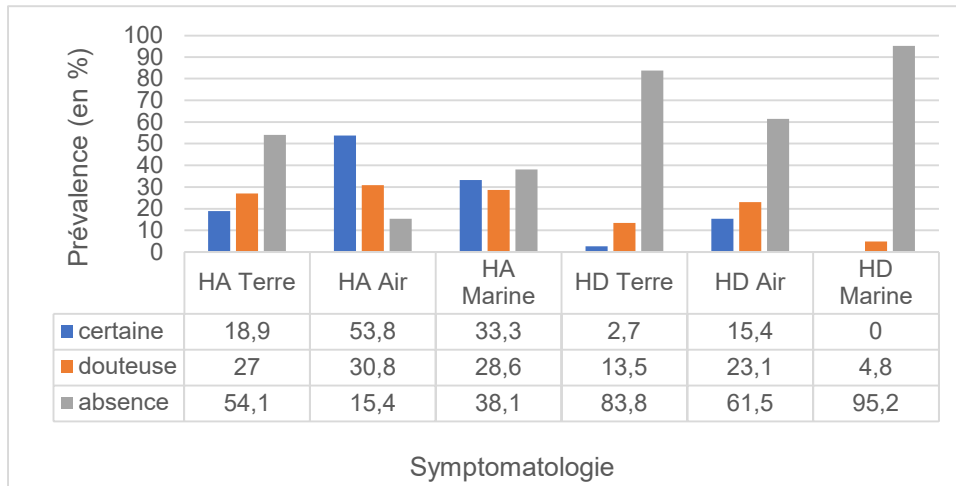


Figure 12. Prévalence score HAD en fonction des armées au T1

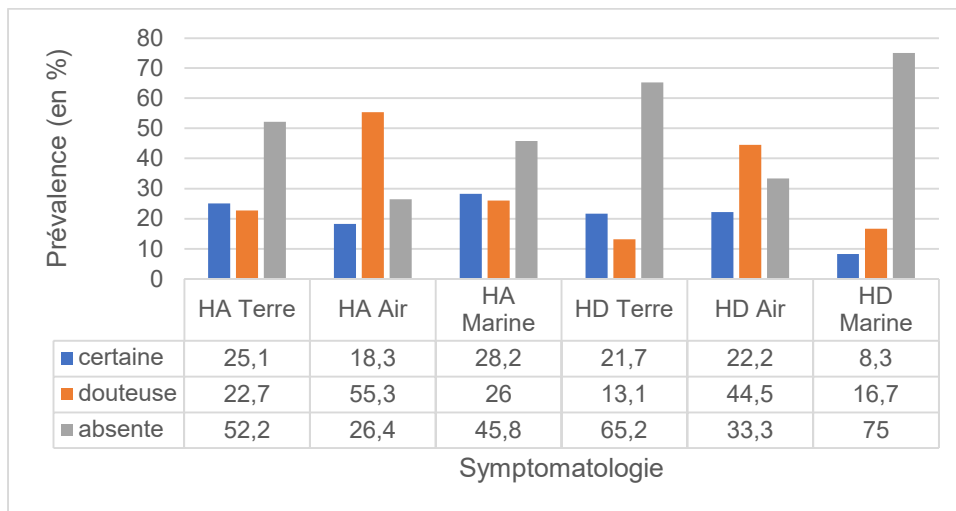


Figure 13. Prévalence score HAD en fonction des armées au T2

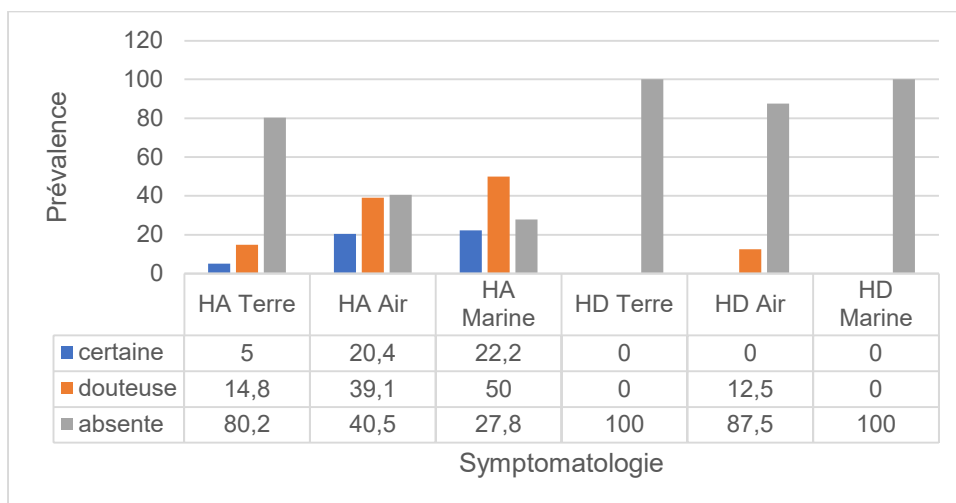


Figure 14. Prévalence score HAD en fonction des armées au T3

Ces graphiques montrent que la symptomatologie anxiodépressive est à prendre en compte dans les trois principaux corps d'armée.

iv. Evaluation du score HAD en fonction de l'ancienneté du couple :

Afin d'évaluer l'effet de l'ancienneté de la relation de couple sur le conjoint, nous avons divisé les conjoints en deux groupes (moins de 8 ans de relation (8 ans inclus) et plus de 8 ans de relation), puis comparé les scores de l'échelle HAD.

A un mois du départ, nous avons retrouvé que la **symptomatologie anxiodépressive est plus importante dans le groupe plus de 8 ans de relation et ce de façon significative** pour la symptomatologie dépressive ($p : 0,046$).

A mi-mandat, la symptomatologie anxiodépressive est similaire dans les deux groupes.

A un mois du retour, la symptomatologie anxieuse est similaire dans les deux groupes. La symptomatologie dépressive est similaire dans les deux groupes, puisque quasiment absente dans les deux groupes.

2) *Evaluation de la qualité de vie avec le score SF12*

Pour rappel, l'échelle SF-12 objective la qualité de vie. Elle se subdivise en deux parties : Physical Composite Summary à 12 items (PCS-12) qui est un score de qualité de vie physique et le Mental Composite Summary à 12 items (MCS-12) qui est un score de qualité de vie mentale et sociale. Les scores moyens de PCS-12 et MCS-12 en population générale sont de 50.

A un mois du départ, le score SF12, une fois étalonné, retrouve une qualité de vie physique variant de 19,9 à 63,9 avec une moyenne de 51,9, donc supérieur au score moyen en population générale. Le score de **qualité de vie mental** est de 8,54 à 53 avec une moyenne de 41,3, il est donc **inférieur au score moyen en population générale**.

A mi-mandat, le score SF12 retrouve un score PCS-12 variant de 25,39 à 64,07 avec une moyenne de 53,73, donc supérieur au score moyen en population générale. Le **score MCS-12** est de 14,3 à 53 avec une moyenne de 40,77, il est donc **inférieur au score moyen en population générale**.

A un mois du retour, le score SF12, retrouve un score PCS-12 variant de 23,78 à 57,42 et est en moyenne de 50,48, donc similaire au score moyen en population générale. Le **score MCS-12** est de 33,92 à 58 avec une moyenne de 46,91 et est donc **inférieur au score moyen** en population générale.

De plus, les scores PCS-12 sont plus élevés au T1 et T2 qu'au T3 de façon significative en comparaison du T1 (p : 0,036). A contrario, les **scores MCS-12 sont significativement plus élevés au T3 qu'au T1 et au T2** (p : 0,001 et p : 0,0004 respectivement).

Ainsi, nous retrouvons une **qualité de vie mentale inférieure au score moyen en population générale aux trois temps de la mission. Cependant, nous pouvons noter une amélioration de ce score au T3 comparativement au T1 et T2.**

3) Evaluation de la consommation des soins

A un mois du départ :

- Traitements psychotropes : les conjoints ne consommaient jamais de somnifère, d'anxiolytique ni d'antidépresseur pour 88,7% (n=63), 94,4% (n=67) et 97,2% (n=69) d'entre eux respectivement. Seuls 5,6% (n=4) consommaient des somnifères tous les jours, 1,5% (n=2) consommaient tous les jours des anxiolytiques, idem pour les antidépresseurs.

A mi-mandat :

- **Consultations** chez le médecin généraliste, psychiatre, psychologue, spécialiste et aux urgences ont été **principalement stables**. Elles n'ont augmenté que pour 7% (n=4) des conjoints concernant les consultations chez le médecin généraliste, 1,8% (n=1) chez le psychiatre et 7% (n=4) chez le spécialiste,
- Traitements **psychotropes : la consommation a peu évolué**, les conjoints ne consomment jamais de somnifère, d'anxiolytique ni d'antidépresseur pour 73,2% (n=41), 85,7% (n=48) et 98,2% (n=55) d'entre eux respectivement. Seuls 5,36% (n=3) consomment des somnifères ou des anxiolytiques tous les jours, 1,8% (n=1) consomment tous les jours des antidépresseurs.

A un mois du retour :

- **Consultations** chez le médecin généraliste, psychiatre, psychologue, spécialiste et aux urgences ont été **principalement stables**. Elles n'ont augmenté que pour 4,8% (n=2) des conjoints concernant les consultations chez le médecin généraliste et 2,4% (n=1) chez le psychiatre,
- Traitements **psychotropes : la consommation a peu évolué**, les conjoints ne consommant jamais de somnifère, d'anxiolytique ni d'antidépresseur pour 83,3% (n=35), 80,95% (n=34) et 95,24% (n=40) d'entre eux respectivement. Seuls 4,76% (n=2) consomment des somnifères tous les jours, 2,38% (n=1) consomment tous les jours des anxiolytiques et 4,76% (n=2) consommaient tous les jours des antidépresseurs.

4) *Autres données recueillies dans les questionnaires :*

Concernant les **toxiques** :

- A un mois du départ :
 - 98,6% (n=70) ne consommaient jamais de cannabis, 78,9% (n=56) ne consommaient jamais de tabac contre 11,26% (n=8) tous les jours et 31% (n=22) ne consommaient jamais d'alcool contre 9,8% (n=7) plusieurs fois par semaine.
- A mi-mandat :
 - 100% (n=56) ne consommaient jamais de cannabis, 73,2% (n=41) ne consommaient jamais de tabac contre 16% (n=9) tous les jours et 48,2% (n=27) ne consommaient jamais d'alcool contre 10,7% (n=6) plusieurs fois par semaine.
- A un mois du retour :
 - 100% (n=56) ne consomment jamais de cannabis, 85,7% (n=36) ne consomment jamais de tabac contre 12% (n=5) tous les jours et 35,7% (n=15) ne consomment jamais d'alcool contre 23,8% (n=10) plusieurs fois par semaine.

Concernant les **femmes enceintes** :

- **A un mois du départ** :
 - Femmes enceintes (n=8) : **75% (n=6) n'ont pas de symptomatologie anxieuse**, 12,5% (n=1) ont une symptomatologie anxieuse douteuse et 12,5% (n=1) ont une symptomatologie anxieuse certaine. **100% (n=8) d'entre elles n'ont pas de symptomatologie dépressive.**
- **A mi-mandat** :
 - Femmes enceintes (n=5), **80% (n=4) n'ont pas de symptomatologie anxieuse** et 20% (n=1) ont une symptomatologie anxieuse douteuse. **60% (n=3) n'ont pas de symptomatologie dépressive** et 40% (n=2) ont une symptomatologie dépressive douteuse.
- **A un mois du retour** :
 - Femmes enceintes (n=4), aucune d'entre elles n'a de symptomatologie dépressive et seule une femme enceinte sur les quatre ayant répondu a une symptomatologie anxieuse certaine.

Nous proposons trois graphiques reprenant les émotions et ressentis éprouvés par le conjoint à un mois du départ et à mi-mandat (figures 15, 16 et 17) :

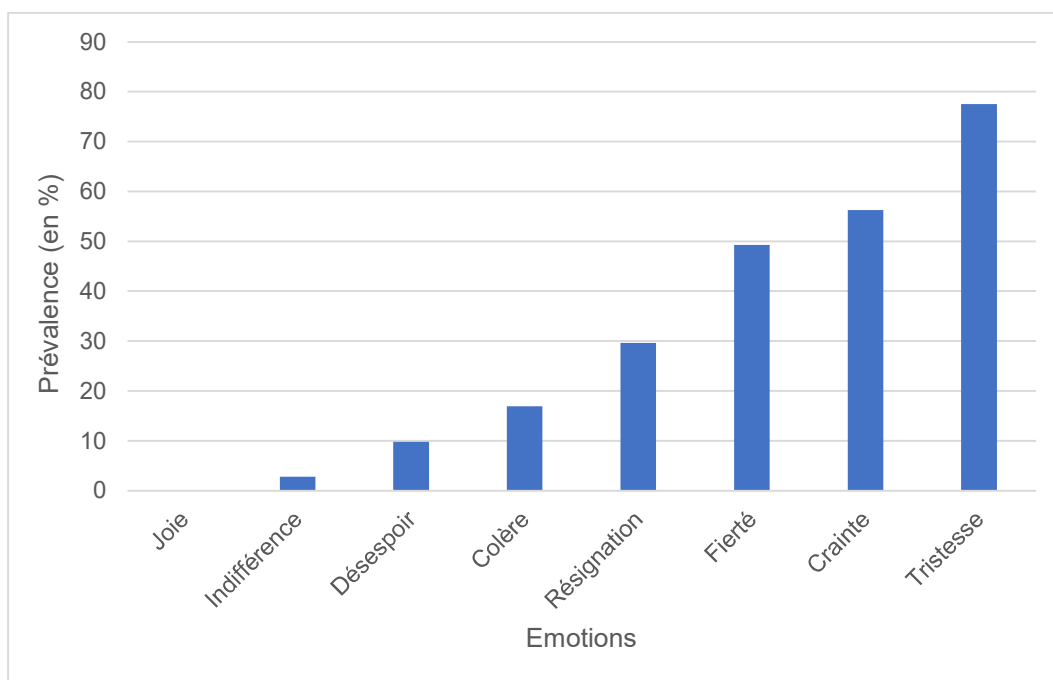


Figure 15. Emotions liées au départ

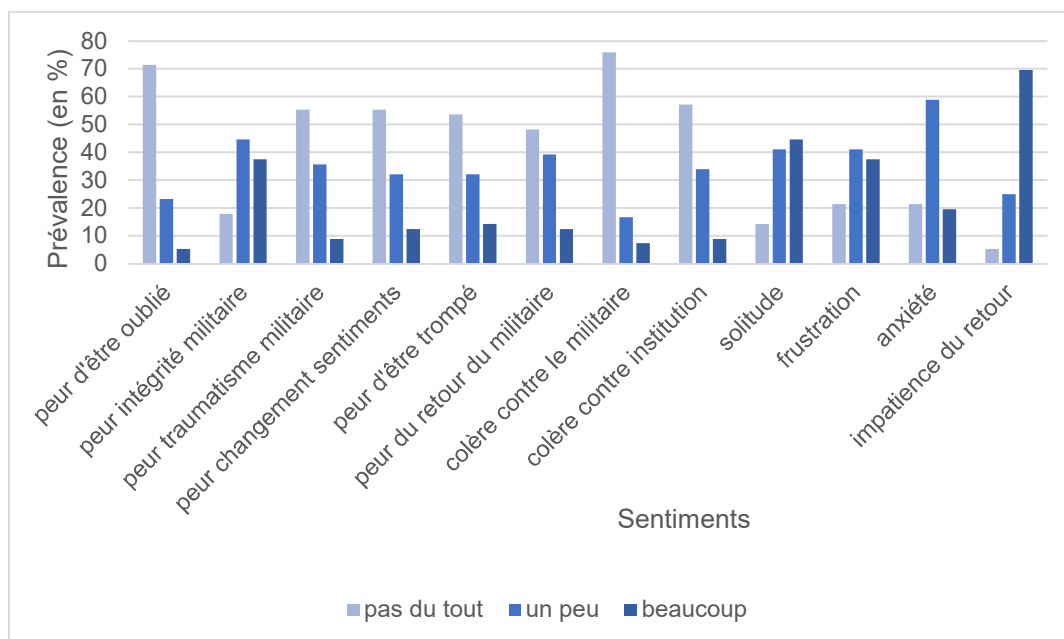


Figure 16. Sentiments du conjoint au T2

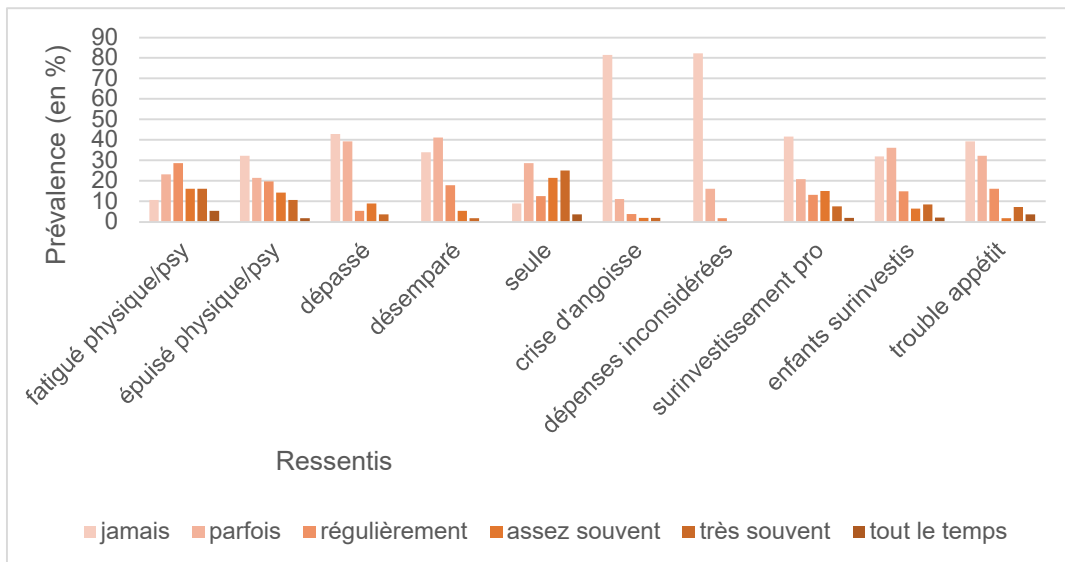


Figure 17. Ressentis du conjoint au T2

Concernant le **soutien** : les conjoints se soutiennent de :

- Leurs **amis 98,2%** (n=55),
- Leur **famille 93,0%** (n=52),
- Leur **conjoint 91,0%** (n=51),
- Leur belle-famille 75,0% (n=42),
- Leurs enfants 42,9% (n=24) sur les 31 conjoints avec enfants,
- La cellule d'aide aux familles 21,4% (n=12),
- Le **commandement 16,1%** (n=9),
- Les autres militaires 16,1% (n=9).

Voici un graphique reprenant la qualité des différents soutiens (figure 18) :

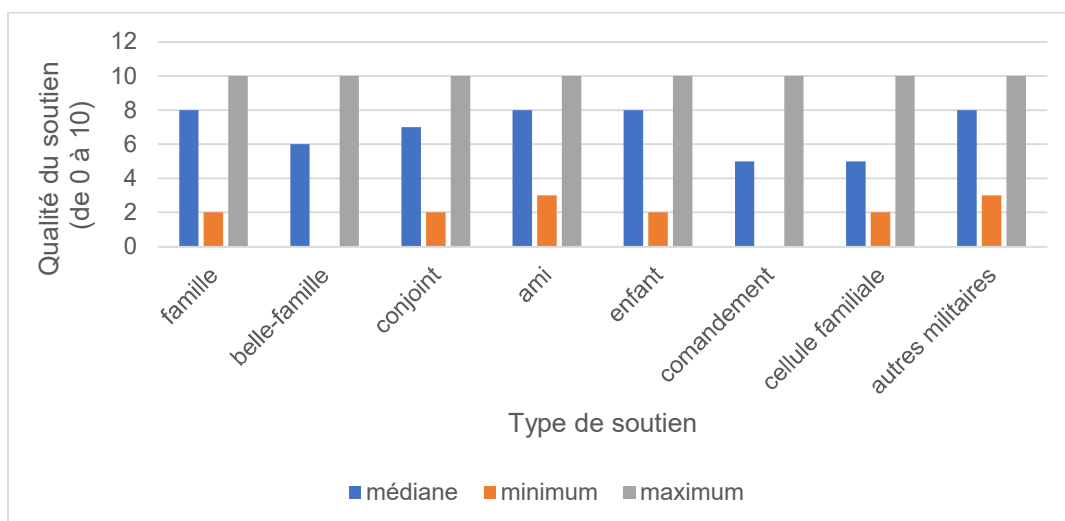


Figure 18. Evaluation de la qualité des soutiens, par une échelle analogique

Concernant **l'information, à mi-mandat : 39,3% (n=22) déclarent avoir eu une information du commandement.** Sur 32 conjoints n'ayant pas eu d'information, 19 auraient souhaité en avoir une.

Concernant la **couverture médiatique**, celle-ci est jugée angoissante pour 14,3% (n=8) d'entre eux, rassurante dans 23,2% (n=13) des cas et sans impact pour 37,5% (n=21) d'entre eux. Certains conjoints considèrent que la couverture médiatique est agaçante.

A un mois du départ, l'impact psychologique de la mission sur les conjoints a été évalué par une échelle analogique allant de zéro (pas d'impact) à dix (catastrophe individuelle) et est évalué en moyenne à 4,9.

Concernant **l'activité sociale** :

- A mi-mandat :
 - o Evolution : majorée dans 16,06% (n=9) des cas, stable dans 26,8% (n=15) des cas et **diminuée pour 57,14% (n=32) d'entre eux**,
 - o Elle est diminuée par une implication plus importante dans la cellule familiale (n=11), par manque de temps (n=12) ou par perte de motivation (n=14).
- A un mois du retour :
 - o Evolution : **stable pour 42,9% (n=18)**, augmente dans 35,7% (n=15) des cas et diminue dans 21,4% (n=9) des cas.

Concernant **le sommeil** :

- A mi-mandat :
 - o Le **temps de sommeil est stable 55,35% (n=31)**, diminué 42,86% (n=24) ou augmenté 1,8% (n=1). Il est jugé insuffisant dans 34% (n=19) des cas.
 - o La **qualité du sommeil** (évaluée sur une échelle analogique allant de 1 à 10) est en moyenne à **6**.
- A un mois du retour :
 - o Le temps de sommeil est **stable dans 52,4% (n=22)** des cas, augmenté dans 26,2% (n=11) des cas et diminué pour 21,4% (n=9) d'entre eux,
 - o La **qualité** de sommeil, évaluée par le biais d'une échelle subjective, elle varie de 1 à 10 et est en moyenne à **6,9**.

Enfin, 19 conjoints ont vécu des événements de vie particuliers pendant le mandat (maladie grave d'un proche (n=8), problème financier (n=4), décès d'un proche (n=2), dégâts matériels au domicile (n=7)). Il est à noter également que le deuxième questionnaire a été rempli pour certains des participants pendant la période de crise sanitaire de la pandémie au COVID 19.

b. Pour les enfants :

1) A mi mandat :

Nous proposons un graphique (figure 19) reprenant l'évolution du comportement du conjoint vis-à-vis de son (de ses) enfant(s).

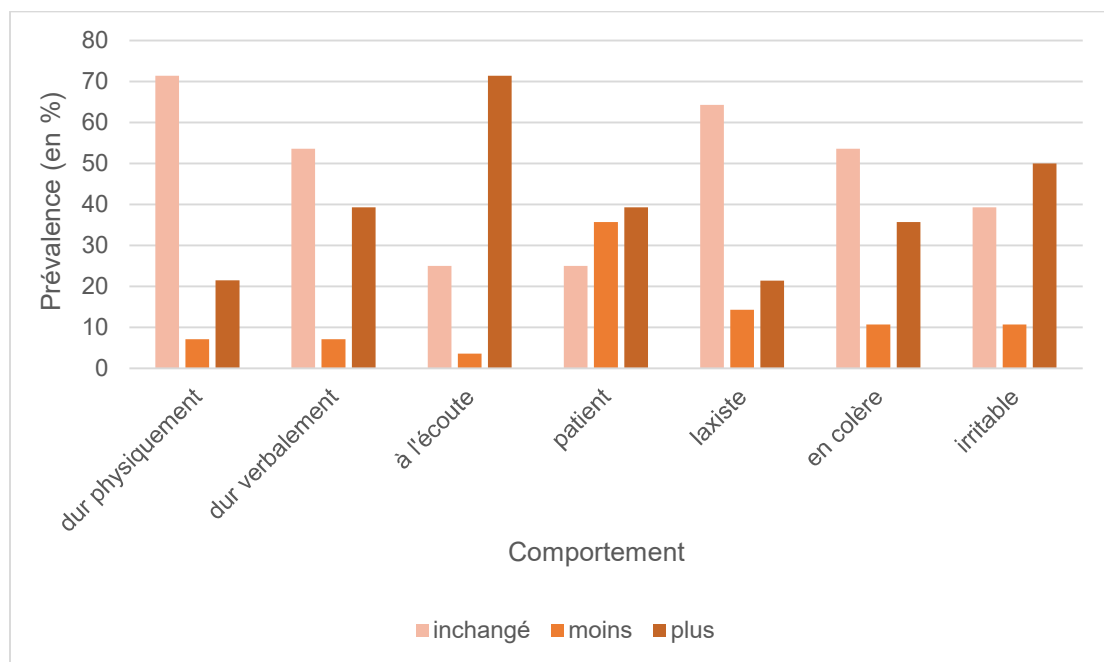


Figure 19. Evolution du comportement du conjoint vis-à-vis de son (de ses) enfant(s)

Nous pouvons donc noter une certaine ambivalence, le parent se présentant principalement plus à l'écoute tout en pouvant se montrer plus irritable qu'en temps habituel.

Nous reprenons l'ensemble des données recueillies concernant les enfants dans ce tableau (tableau 5).

Tableau 2. Evaluation de l'impact de la mission sur les enfants, en fonction de leur classe d'âge à mi-mandat.

Catégories	Pré scolaire (0 à 2 ans)	Maternelle (3 à 6 ans)	Primaire (7 à 11 ans)	Collège (12 à 15 ans)	Lycée et plus (16 ans et plus)
Nombre d'enfants	12	13	7	5	12
Communication					
Meilleure	8,3% (n=1)	23% (n=3)	28,6% (n=2)	0	25,0% (n=3)
Moins bonne	25% (n=3)	46,2% (n=6)	0	40,0% (n=2)	25,0% (n=3)
Etat habituel	66,7% (n=8)	30,8% (n=4)	71,4% (n=5)	60,0% (n=3)	50,0% (n=6)
Sommeil					
Plus	8,3% (n=1)	0	14,3% (n=1)	0	0
Moins	25,0% (n=3)	38,5% (n=5)	14,3% (n=1)	20,0% (n=1)	0
Habituel	66,7% (n=8)	61,5% (n=8)	71,4% (n=5)	80,0% (n=4)	100% (n=12)
Agressivité					
Plus	25,0% (n=3)	61,5% (n=8)	28,6% (n=2)	20,0% (n=1)	8,3% (n=1)
Moins	0	0	0	20,0% (n=1)	16,7% (n=2)
Habituel	75,0% (n=9)	38,5% (n=5)	71,4% (n=5)	60,0% (n=3)	75,0% (n=9)
Difficultés scolaires					
Plus	8,3% (n=1)	7,7% (n=1)	14,3% (n=1)	0	8,3% (n=1)
Moins	0	0	0	0	8,3% (n=1)
Habituel	91,7% (n=11)	92,3% (n=12)	85,7% (n=6)	100% (n=5)	83,3% (n=10)
Tristesse					
Plus	33,3% (n=4)	61,5% (n=8)	57,1% (n=4)	20,0% (n=1)	50,0% (n=6)
Moins	0	0	0	20,0% (n=1)	0
Habituel	66,7% (n=8)	38,5% (n=5)	42,9% (n=3)	60,0% (n=3)	50,0% (n=6)
Activité motrice					
Plus	33,3% (n=4)	23,0% (n=3)	0	0	8,3% (n=1)
Moins	0	7,7% (n=1)	14,3% (n=1)	20,0% (n=1)	8,3% (n=1)
Habituel	66,7% (n=8)	69,3% (n=9)	85,7% (n=6)	80,0% (n=4)	83,3% (n=10)
Maladie					
Plus	0	0	14,3% (n=1)	0	16,7% (n=2)
Moins	8,3% (n=1)	15,4% (n=2)	14,3% (n=1)	0	0
Habituel	91,7% (n=11)	84,6% (n=11)	71,4% (n=5)	100% (n=5)	83,3% (n=10)
Protecteur à votre égard					
Plus	16,7% (n=2)	53,8% (n=7)	85,7% (n=6)	60,0% (n=3)	58,4% (n=7)
Moins	0	7,7% (n=1)	0	0	8,3% (n=1)
Habituel	83,3% (n=10)	38,5% (n=5)	14,3% (n=1)	40,0% (n=2)	33,3% (n=4)
Consultation					
Plus	8,3% (n=1)	0	0	20,0% (n=1)	16,7% (n=2)
Moins	0	0	0	0	0
Habituel	91,7% (n=11)	100% (n=13)	100% (n=7)	80,0% (n=4)	83,3% (n=10)

Les enfants les plus impactés semblent être les enfants de 3 à 6 ans.

Certains enfants ont bénéficié de consultations auprès d'un pédopsychiatre ou psychologue. Nous pouvons noter les motifs de consultation suivants : anxiété, insomnie, difficulté de gestion des émotions et trouble du comportement à type d'opposition.

2) A un mois du retour :

L'effectif étant plus faible, nous avons choisi de regrouper les catégories, ainsi les analyses ont été faites en trois groupes distincts : enfants en âge pré scolaire (0 à 2 ans), enfants en maternelle et primaire (3 à 11 ans) et enfants au collège et lycée (12 ans et plus).

Nous proposons un tableau (tableau 3) reprenant les différents éléments recueillis par le biais des questionnaires.

Tableau 3. Evaluation de l'impact de la mission sur les enfants, en fonction de leur classe d'âge à un mois du retour de mission.

Catégories	Pré scolaire (0 à 2 ans)	Maternelle et primaire (3 à 11 ans)	Collège et lycée (12 ans et plus)
Nombre d'enfants	10	12	10
Consultation			
Plus	10% (n=1)	0%	0%
Moins	0%	0%	10% (n=1)
Habituel	90% (n=9)	100% (n=12)	90% (n=9)
Impact mission			
Positif	0%	0%	0%
Négatif	50% (n=10)	33,3% (n=4)	10% (n=1)
Neutre	50% (n=10)	66,7% (n=8)	90% (n=9)

Il est noté dans les commentaires, une peur de l'abandon exacerbée ainsi qu'une tristesse chez un enfant de 3 ans et demi et une majoration des angoisses chez une fillette de deux ans.

3) Pour le couple :

Concernant la **qualité de la relation de couple** :

- Évaluée par une échelle analogique allant de 1 (médiocre) à 10 (excellente)
- En temps habituel : évaluée de trois à dix, avec une moyenne de 8,7,

- A un mois du départ :
 - o De trois à dix et la moyenne est de 7,8,
 - o **Plus élevée en temps habituel qu'au T1** et de façon significative (p : 0,000001),
 - o Groupe moins de dix missions : entre 4 et 10 et la moyenne est de 8,
 - o Groupe plus de dix missions : entre 3 et 10 et la moyenne est de 7,4.
- A mi-mandat :
 - o De 2 à 10 et la moyenne est à 7,6,
 - o **Plus élevée en temps habituel qu'au T2** et de façon significative (p : 0,001),
 - o Groupe moins de dix missions : entre 2 et 10 et la moyenne est de 7,5,
 - o Groupe plus de dix missions, elle varie entre 4 et 10 et la moyenne est de 7,9,
 - o 25% (n=14) des conjoints jugent que l'éloignement est responsable d'une détérioration du lien, contre 32,1% (n=18) qui jugent que le lien est renforcé et 42,9% (n=24) qui jugent qu'il n'y a pas d'impact.
- A deux semaines du retour :
 - o De 3 à 10 et est en moyenne de 7,5.
- A un mois du retour :
 - o De 4 à 10 et est de 7,9 en moyenne,
 - o **De meilleure qualité à un mois qu'à deux semaines du retour**, de façon significative (p : 0,042),
 - o **Moins élevée à un mois du retour qu'en temps habituel** (p : 0,014),
 - o Plus élevée à un mois qu'au T1 et au T2 de façon non significative,
 - o Groupe moins de dix missions : entre 5 et 10 et la moyenne est de 7,9,
 - o Groupe plus de dix missions : entre 4 et 10 et la moyenne est de 7,85.

En sommes, nous observons un impact sur la relation de couple évoluant selon le temps du déploiement, avec une amélioration à un mois du retour laissant présager un retour progressif à la normale.

Concernant la **communication à mi-mandat** :

- Contacts avec le militaire : 100% des conjoints,
- Moyens de communication utilisés sont :
 - o **Téléphone 75,0%** (n=42),
 - o Réseaux sociaux 33,9% (n=19),
 - o Courriels 30,3% (n=17),
 - o Sites d'appels vidéo 28,6% (n=16),
 - o Courriers 12,5% (n=7).

- Fréquence des contacts :
 - o **Quotidiens 75,0%** (n=42),
 - o Hebdomadaires 14,3% (n=8),
 - o Rares ou aléatoires 10,7% (n=6).
- Temps de contact sont jugés : **suffisants** dans 51,8% (n=29) des cas,
- Effet de la communication est :
 - o **Bénéfique 75,0%** (n=42),
 - o Neutre 21,4% (n=12),
 - o Négatif 3,6% (n=2).

Concernant le réajustement du couple à un mois du retour :

- 38,0% (n=16) des conjoints trouvent que le militaire a changé, changement positif (« plus attentionné », « plus volontaire ») ou plutôt négatif (« fatigué », « indifférent », « plus tendu »),
- 21,4% (n=9) des militaires trouvent que le conjoint a changé, changement positif (« plus attentionné ») ou négatif (« fatigué », « énervé »),
- **70,0% (n=26) des conjoints ressentent que le militaire prend soin d'eux**, 12% (n=5) se sentent délaissés,
- **14,3% (n=6) des conjoints trouvent que le militaire est toujours dans sa mission**,
- **19% (n=8) des militaires ont du mal à retrouver leur place** et 23,8% (n=10) des conjoints ont du mal à redonner la place au militaire,
- L'investissement du militaire dans son couple est jugé :
 - o Totalement satisfaisant dans 23,8% (n=10) des cas,
 - o Assez satisfaisant pour 66,7% (n=28),
 - o Peu satisfaisant pour 9,5% (n=4).
- La mission est jugée comme ayant :
 - o Détérioré le lien dans 12,0% (n=5) des cas,
 - o **Renforcé le lien dans 45,2% (n=19)**,
 - o Sans impact dans 42,8% (n=18) des cas.
- **54,7% (n=23) des conjoints n'ont pas de crainte concernant l'avenir de leur couple**, contre 42,9% (n=18) qui ont un peu peur et 2,4 (n=1) qui ont beaucoup peur,
- **83,3% (n=35) des militaires ont retrouvé leur place auprès de leurs conjoints et 92,7% (n=38) des conjoints ont l'impression d'avoir retrouvé leur place dans le couple.**

4) Pour la famille :

A mi-mandat, l'équilibre familial est amélioré 1,8% (n=1), **conservé 73,2% (n=41)** ou bouleversé 25,0% (n=14).

A un mois du retour :

- **L'implication du militaire envers les enfants** est jugée :
 - o **Assez satisfaisante dans 56,5% (n=13)** des cas,
 - o **Totalement satisfaisante par les autres conjoints (43,5%, n=10).**
- La **qualité de la relation avec les enfants** est jugée :
 - o **Inchangée pour 58,3% (n=14)** des militaires,
 - o **Meilleure pour 29,2% (n=7)** des militaires,
 - o **Moins bonne dans 12,5% (n=3)** des cas.
- **Les conjoints jugent dans 31 cas sur 32, que les enfants fonctionnent comme habituellement.** S'il y a eu des difficultés avec un enfant pendant le mandat, elles sont réglées dans la quasi-totalité des cas. Dans sept fratries sur neuf, les enfants ont retrouvé leur place entre eux.
- L'équilibre de la cellule familiale est jugé :
 - o **Equivalent à l'équilibre habituel dans 61,9% (n=26)** des cas,
 - o **Meilleure qualité 26,2% (n=11)** des cas,
 - o **Moins bonne qualité dans 11,9% (n=5)** des cas.
- Concernant le réajustement familial, il est jugé que 20 militaires sur 21 ont retrouvé leur place auprès de leurs enfants et 19 conjoints sur 21 ont retrouvé leur place habituelle auprès de leurs enfants.

4. Comparaison des résultats entre l'étude de Tchikaya Batchy K. menée en 2016 et la notre :

a. A un mois du départ :

Concernant la **symptomatologie anxiodépressive** (échelle HAD), l'étude de 2016 retrouve :

- 23,3% (n=14) de symptomatologie anxieuse certaine, 25% (n=15) de symptomatologie anxieuse douteuse et 51,7% (n=31) d'absence de symptomatologie anxieuse,
- 1,7% (n=1) de symptomatologie dépressive certaine, 8,3% (n=5) de symptomatologie dépressive douteuse et 90% (n=54) d'absence de symptomatologie dépressive.

La symptomatologie anxieuse apparait plus élevée dans notre étude, mais de façon non significative. La symptomatologie dépressive est quant à elle significativement plus élevée dans notre étude (p : 0,023).

Concernant la **qualité de vie** (échelle SF-12) : les scores **MCS-12 et PCS-12 apparaissent plus élevés dans l'étude de 2016, mais de façon non significative.**

Concernant l'**information** délivrée aux militaires : l'étude de 2016 retrouve que 38,3% (n=23) des conjointes avaient reçu une information. Celle-ci avait été délivrée dans 52,2% (n=12) par le commandement, 34,8% (n=8) par la cellule d'aide aux familles, 8,7% (n=2) par l'association des conjoints et 4,3% (n=1) par un autre canal. Ainsi, **dans notre étude, les conjoints rapportent de façon significative (p : 0,048) avoir moins fréquemment reçu une information.**

b. A mi-mandat :

Concernant la **symptomatologie anxio dépressive** (score HAD), l'étude de 2016 retrouve :

- 17,8% (n=8) de symptomatologie anxieuse certaine, 17,8% (n=8) de symptomatologie anxieuse douteuse et 64,4% (n=29) d'absence de symptomatologie anxieuse,
- 4,4% (n=2) de symptomatologie dépressive certaine, 8,9% (n=4) de symptomatologie dépressive douteuse et 86,7% (n=39) d'absence de symptomatologie dépressive.

Les symptomatologies anxieuse et dépressive sont plus élevées dans notre étude, mais de façon non significative.

Concernant la **qualité de vie**, le score MCS-12 était plus élevé dans l'étude de 2016 et le score PCS-12 est plus élevé dans notre étude mais également de façon non significative.

c. A un mois du retour

L'étude préliminaire n'a pas recueilli de données au temps T3, nous ne pouvons donc pas réaliser d'analyses comparatives.

La comparaison des résultats de l'objectif principal de l'étude de 2016 et de notre étude est en faveur d'une même tendance concernant la prévalence et l'évolution des troubles anxiodépressifs au premier et deuxième temps de l'étude.

5. Synthèse des résultats

Les points marquants de cette étude sont :

- Evolution des troubles anxiodépressifs au cours du déploiement :
 - Une primauté de l'anxiété dans le pré déploiement, avec 29,6% de trouble anxieux, dont l'évolution va dans le sens d'une diminution de la symptomatologie anxieuse au cours du cycle du déploiement,
 - Un rebond de la symptomatologie dépressive au cours du déploiement.
- Spirale du déploiement :
 - Contrairement à des idées pré conçues que nous pourrions avoir, il n'y a pas d'accoutumance aux départs. En effet, la répétition des projections apparaît plus délétère que le départ en tant que tel.
- Distinction OPEX/MCD :
 - Nous observons une clinique de l'anxiété dans le cadre de l'OPEX, avec une symptomatologie anxieuse importante, inhérente à ce type de mission représentant une plus grande dangerosité et une plus grande imprévisibilité,
 - Nous constatons une clinique de la dépression dans le cadre de la MCD, étant donc plus du côté de la perte et de l'absence du militaire.
- Impact sur les enfants :
 - Plus négatif dans la population des jeunes enfants (âge pré scolaire et maternelle).
- Comparaison avec l'étude de Tchikaya Batchy, en 2016 :
 - Nous ne retrouvons pas de différence significative.

B. Discussion

1. Limites et biais

Nous pouvons noter plusieurs limites dans notre étude :

- Faible échantillon et faible pourcentage de participation :
 - o 33% dans l'AT (33 réponses sur 112 conjoints estimés sur les deux escadrons sollicités au 1er SPAHIS), 24,5% dans l'AA (13 réponses sur les 53 conjoints auxquels il a été proposé de participer à l'étude), 1,7% pour la MN (21 réponses, sur les 1 240 conjoints estimés sur le PACDG),
 - o Pouvant s'expliquer par :
 - La longueur et la complexité des questionnaires,
 - Le manque de temps que peuvent accorder les familles aux études proposées
 - La difficulté que nous avons eue à rencontrer les familles directement (peu de participation aux temps d'informations et de rencontres dédiés aux familles dans les trois corps d'armée)
- Evaluation de certaines données sont subjectives,
- Exclusion des familles monoparentales.

Il existe certains biais :

- Biais de sélection : participation à l'étude sur la base du volontariat,
- Biais de déclaration : pour les sujets plus « tabous » tel que la consommation de drogues, malgré l'anonymisation des questionnaires.

Il y a également des perdus de vue qui peuvent s'expliquer par :

- La durée de l'étude : sur six mois,
- La survenue d'événements de vie tels qu'une séparation, le confinement dans le cadre de la pandémie COVID 19.

Enfin malgré les biais constatés, notre échantillon se rapproche sensiblement des caractéristiques de la population étudiée :

- Les conjoints :
 - o Répartition des conjoints en fonction du sexe : notre échantillon comprend 61 femmes et 10 hommes et respecte donc la répartition des conjoint(e)s de militaires (sexe féminin 87% contre 13% de sexe masculin),

- Age moyen est de 32,8 ans : proche de l'estimation considérant que 43% des conjoints sont âgés de 25 à 34 ans,
 - Conjoints travaillant : 81,7%. Ils sont donc surreprésentés dans notre échantillon, puisqu'il est estimé que 71% des conjoints de militaires travaillent.
- Les militaires :
- Age moyen : de 33,7 ans, donc équivalent à l'âge moyen dans le ministère des armées qui est de 33 ans,
 - Répartition par corps d'armée : l'AT est surreprésentée
 - 52,1% sont rattachés à l'AT, 29,6% à la MN et 18,3% à l'AA : dans notre échantillon,
 - 37,6% appartiennent à l'AT, 13,3% à l'AA et 11,5% à la MN : en population militaire effective
 - Propositions d'explication : données difficilement comparables puisque notre étude ne concerne que les trois principaux corps d'armée et ne prend pas en compte d'autre corps ou service tels que la gendarmerie, représentant 33,2% des effectifs.
 - Répartition en fonction du grade du militaire : plus éloignée de la répartition effective :
 - Dans notre étude : 19,7% de MdR, 50,7% de SO et 29,6% d'Off
 - Population militaire effective : 26% de MdR, 56,2% de SO et 12,9% d'Off,
 - Proposition d'explication : on peut supposer que la moyenne d'âge des officiers étant supérieure à celle des MdR, ceux-ci sont plus souvent en couple ou plus souvent dans une relation de durée suffisamment longue pour permettre la participation à cette étude.
- Structure familiale :
- 52,1% des couples ont des enfants et il est estimé que 52% de nos militaires ont des enfants.

2. Avant- après

Dans cette partie, nous proposons une comparaison de notre étude à celle menée en 2016 par K. Tchikaya. Cette comparaison nous permet de mesurer les premiers impacts du plan famille.

Quelles similitudes pouvons-nous observer ?

Nous notons des troubles anxiodépressifs évoluant selon les mêmes tendances. Ainsi, nous retrouvons dans les deux études, une primauté de l'anxiété dans le pré déploiement, évoluant dans le sens d'une diminution à mi-mandat. Nos deux études rapportent une faible prévalence de la symptomatologie dépressive dans le pré déploiement et un rebond à mi-mandat. Nos résultats concernant l'évaluation de l'anxiété et la dépression, ainsi que la qualité de vie ne sont significativement pas différents. Seuls les résultats concernant le trouble dépressif au premier questionnaire sont significativement plus élevés dans notre étude.

Concernant les enfants, nos études ont également des points de similitude. Nous notons des modifications du caractère de type agressivité et une plus grande tristesse.

Quels points de différence pouvons-nous observer ?

Les conjoints déclarent dans notre étude, avoir significativement moins reçu d'information par le régiment.

Comme indiqué plus haut, le trouble dépressif au premier temps de l'étude est significativement plus élevé dans notre travail.

Enfin concernant les enfants, nous notons un aspect plus protecteur des enfants à l'égard du parent restant dans notre étude.

Comment pouvons-nous analyser ces points ?

Notre étude a été réalisée à partir de septembre 2019, donc à environ un tiers du développement du plan famille. Aussi ce plan n'a pas encore eu le temps de prendre toute sa dimension.

Malgré un plan de grande ampleur et prometteur, il existe sûrement une marge de progrès concernant l'information délivrée aux conjoints pour tendre vers une diminution des troubles anxiodépressifs.

3. Ici -ailleurs

Quelles similitudes observons-nous ?

Notre étude met en avant que l'épreuve du déploiement est pourvoyeuse d'une symptomatologie anxiodépressive, comme retrouvée dans la littérature anglo-saxonne même si nos taux sont inférieurs. Elle pointe une primauté de l'anxiété dans le pré déploiement et au retour, ainsi qu'une primauté de la

symptomatologie dépressive au cours du déploiement. Ces résultats sont l'illustration des phases du **cycle émotionnel du déploiement** décrit par Logan K. V., avec un état d'alerte latent dans le pré déploiement puis l'apparition possible d'une symptomatologie dépressive et une stabilisation clinique progressive au cours de l'absence et enfin des tensions possibles dans la phase de renégociation des rôles avec un apaisement progressif plus l'unité familiale retrouve son équilibre. De plus, un point fort reste : **l'effet spiral**. Celui-ci est retrouvé dans la littérature comme dans notre travail. Ceci vient déconstruire des idées préconçues selon lesquelles il pourrait exister une accoutumance aux départs.

Dans notre étude, les jeunes enfants et notamment les **enfants de 3 à 6 ans sont particulièrement impactés** par le départ du parent militaire avec des troubles du comportement et une tristesse au premier plan. Ces données sont également retrouvées dans la littérature anglosaxonne.

Concernant les ressentis, la solitude est un des facteurs stressants et un des sentiments les plus fréquemment mis en évidence dans notre étude comme dans la littérature. Dans notre étude, les sentiments en lien avec le départ futur étaient principalement la tristesse, la crainte et la fierté comme nous avons pu le retrouver dans la littérature.

Concernant le soutien du conjoint, celui-ci passe d'abord par l'entourage affectif de la famille et des amis, puis par le militaire, comme retrouvée dans l'étude de 2011 (67). L'effet de la communication est majoritairement considéré comme bénéfique.

Quelles différences observons-nous ?

Notre étude montre une qualité de relation de couple impactée par le départ en mission et évoluant au gré du cycle du déploiement, contrairement à ce que nous avons pu retrouver dans la littérature.

La consommation de soins (consultation et traitement) est stable dans le temps, contrairement à ce que nous avons pu lire dans la littérature, où le taux de consultations est majoré pendant le déploiement.

Comment pouvons-nous analyser ces points ?

Concernant l'évaluation de la qualité de la relation de couple, celle-ci évolue positivement entre deux semaines après le retour et un mois après le retour. Ainsi, la relation semble se normaliser dans le temps. L'impact apparaît donc essentiellement ponctuel et ne semble pas évoluer sur le long terme.

Le peu d'évolution de la consommation de soins peut s'expliquer par certains freins tels que le coût des soins, les difficultés pour prendre un rendez-vous, le manque de temps, ...

4. Perspectives

Comme nous avons pu le voir, l'impact des missions sur les conjoints et les enfants est encore conséquent, malgré les importants efforts faits par les armées dans la prise en compte et dans l'accompagnement des familles.

Aussi, dans cette partie nous proposons quelques ouvertures.

Une tentative de modernisation et de création de portail unique :

Nous avons pu remarquer que certains dispositifs sont sous utilisés, notamment par manque d'information et sûrement du fait d'un manque de centralisation de la multiplicité des aides disponibles et d'une multitude d'acteurs. Il s'agit donc de proposer un portail unique et moderne pour faciliter l'accès à l'information.

Ainsi, nous pourrions envisager de créer une application centrée sur l'accompagnement des familles. Celle-ci aurait pour but de centraliser les aides humaines, matérielles, sociales, financières et médico psychologiques en fonction des besoins et attentes des familles.

Il pourrait même être envisagé un volet réseau social destiné pour et animé par les familles, permettant de faciliter l'échange entre celles-ci. Elles pourraient ainsi partager leurs astuces, les ressources utilisées, les actions mises en place pendant le temps d'absence du militaire, afin de favoriser l'adaptation positive des familles les plus en difficulté. En somme, il s'agirait d'améliorer la communication entre conjoints afin de limiter le sentiment de solitude, de renforcer la cohésion entre familles de militaires et de s'appuyer sur un soutien local.

Pour aller plus loin, nous pourrions avoir une approche plus communautaire et moins verticale. Il s'agirait de favoriser l'implication de tous les acteurs concernés (conjoints, commandement, service social, service de santé, ...) dans une démarche de partenariat et de co-construction de projets d'aides et d'accompagnement, de valoriser et de mutualiser les ressources de la communauté des conjoints. Cette approche plus participative pourrait permettre une meilleure appropriation des aides mises en place et une plus large utilisation avec un effet plus significatif concernant l'impact des missions sur les familles.

Proposer des outils complémentaires

A l'image de ce qui est déjà proposé au Canada ou aux Etats-Unis, nous pourrions envisager de proposer des programmes de formation destinés aux conjoints pour aider à développer leur capacité d'adaptation positive et d'ajustement au sein du couple et en tant que parent.

L'idée serait donc de proposer une transmission de nos savoir-faire et de renforcer l'autonomisation des conjoints. Nous pouvons évoquer les techniques d'optimisation du potentiel (TOP) déjà largement déployées au sein des armées au profit des militaires. Les TOP sont un groupe de postures et de techniques mentales individuelles. Elles permettent, de manière autonome (après un temps d'apprentissage) de prendre conscience de son niveau de vigilance et de mobiliser au mieux ses capacités cognitives, physiologiques ou émotionnelles et comportementales dans un contexte difficile (stress, fatigue). Ces techniques pourraient désormais être adaptées et proposées aux conjoint(e)s dans la préparation au départ du militaire.

Enfin, certains programmes largement utilisés par d'autres armées et ayant fait leur preuve, tels que le programme FOCUS (présenté plus haut), pourraient être adaptés aux familles de nos militaires puis déployés à leur profit. L'objectif de ces programmes est de renforcer la cohésion familiale, les relations parents-enfants et conjugales, en créant un récit commun en développant une compréhension commune de l'expérience vécue.

Ces propositions de formations pourraient encore améliorer la gestion de l'absence des conjoints.

Favoriser l'adaptation professionnelle des conjoints

Il s'agirait de permettre au conjoint d'avoir une plus grande disponibilité, sans être confronté à une perte de ressource.

Il pourrait être envisagé d'octroyer un droit d'adaptation du temps de travail au conjoint du militaire projeté, sur la base du volontariat ; la perte financière induite serait prise en charge par un fond de pension militaire. Le temps libéré par cette mesure, permettrait à la fois d'accorder une plus grande disponibilité aux enfants et/ou à la famille et de limiter l'isolement géographique des conjoints. Cependant, il semble également important de maintenir une activité professionnelle *a minima* pour ne pas tomber dans l'isolement social. Le cadre plus précis de cette mesure serait à définir.

Nous proposons ici une évaluation des dépenses que représenterait cette mesure. Si cette mesure concerne dans un premier temps les militaires projetés en opérations extérieures (opérations BARKHANE (5 100) et CHAMMAL (600)), sachant que 72% des militaires sont en couple et 71% des conjoints sont actifs occupés, nous pouvons considérer que la mesure concernerait environ 2 910 conjoint(e)s. Le salaire mensuel brut moyen des Français est de 3 100 euros. Ainsi, si l'ensemble des conjoints travaillant prenait un congé total pendant le temps d'absence du militaire, l'effort financier serait alors de neuf millions d'euros pour un mois, donc 108 millions par année. Si cette mesure s'étendait à tous les types de projection (30 000 militaires) et à tous conjoints travaillant et arrêtant totalement de travailler, cela concernerait environ 15 336 conjoint(e)s, soit 47 millions d'euros par mois. La dépense maximale de cette mesure serait donc d'environ 570 millions d'euros par an.

Voici des propositions de financement :

- Diminution des dépenses dans le cadre de la retraite des militaires :
 - L'article 21 de la loi organique relative aux lois de finance regroupe l'ensemble des dépenses de pensions payées directement par l'Etat et les recettes concourant à leur financement au sein d'un compte d'affectation spéciale (CAS),
 - Le CAS « Pensions » comporte trois sections correspondant à trois programmes, l'ensemble devant être géré à l'équilibre, en recettes et en dépenses. Les trois programmes sont le programme 741 (pensions civiles et militaires de retraite et allocations temporaires d'invalidité), 742 (retraites et une partie des rentes d'accident du travail des ouvriers de l'Etat) et 743 (pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et autres allocations viagères telles que les retraites du combattant). Ainsi ce compte devant être géré à l'équilibre, nous pourrions envisager un réarrangement des dépenses,
 - Depuis le décret n° 2010-1741 du 30 décembre 2010, la durée minimum de services des militaires a été repoussée de deux ans du 1er juillet 2011 au 31 décembre 2014. Elle est donc passée de 15 à 17 ans pour les non-officiers et de 25 à 27 pour les officiers. Le Bulletin de l'observatoire économique de la Défense de décembre 2018, comptabilise près de 289 000 départs à la retraite (hors gendarme : 74 100) et la pension moyenne de droit direct est de 1696 euros pour les militaires (2176 euros pour les gendarmes). Ainsi, nous pouvons estimer que le montant annuel de pension militaire concernant les primo-liquidants s'élève à environ 490 millions d'euros. La durée minimum de service des militaires ayant été repoussée de deux ans, nous pouvons estimer que le CAS fait une économie d'environ un milliard d'euros, qui pourrait ainsi être utilisé pour un autre programme du CAS. Cette somme pourrait être utilisée pour financer la mesure proposée au titre d'une pension pour les familles.
- Diminution des dépenses concernant les anciens combattant (72) :
 - L'effort financier concernant les anciens combattants est porté par le programme 169. Il regroupe la plus grande part des dispositifs de réparation et de reconnaissance en faveur du monde combattant (ayants droit et ayants cause) dont la pension militaire d'invalidité (PMI) et la retraite du combattant (RC) (représentant les deux prestations majeures du programme),
 - Les crédits de paiement du programme 169 baissent de 5,8 % dans le projet de loi de finances pour 2020, ce qui représente une baisse de 126,2 millions d'euros (toute dépense comprise : fonctionnement et opération financière),
 - La baisse des bénéficiaires est continue depuis 2008 :
 - Bénéficiaires de PMI : sont passés de 400 000 en 2008 à 200 000 en 2020,

- Bénéficiaires de RC : sont passés de 1 500 000 en 2008 à 900 000 en 2020,
- Les dépenses sont également en perpétuelle diminution concernant la PMI :
 - Crédits PMI (en euros) : 2 200 000 en 2006 et 900 000 en 2020,
 - Crédits RC (en euros) : dépenses quasiment linéaires malgré une baisse de bénéficiaires : environ 700 000 de 2006 à 2020,
- Ainsi, la diminution des dépenses associées au programme 169 et notamment aux PMI pourrait permettre d'apporter un complément pour financer la pension que nous proposons.

IV. Conclusion

Il s'agit donc d'une étude de cohorte descriptive prospective multicentrique réalisée à partir de trois auto-questionnaires remplis directement par les conjoint(e)s, à trois temps différents de la mission (pré déploiement, mi-mandat et post déploiement). Les questionnaires intègrent des échelles d'évaluation largement validées (la HAD et la SF12). Elle concerne une population de 71 conjoint(e)s de l'Armée de terre, de l'Armée de l'air et de la Marine nationale.

Cette étude met l'accent sur la présence d'une symptomatologie anxiodépressive chez les conjoint(e)s de militaires projetés en opérations extérieures ou en missions de courte durée évoluant selon le cycle émotionnel du déploiement décrit par Logan K. V. en 1987. Elle pointe également un possible effet spiral sur le conjoint, dû à l'accumulation des missions. De plus, elle met en avant une clinique du stress dans le cas de la projection pour une opération extérieure et une clinique de la perte pour les missions de courtes durées. Cette étude retrouve un impact psychologique sur les enfants, ceux de 3 à 6 ans semblant être les plus impactés par le départ du parent militaire avec des troubles du comportement et une tristesse de l'humeur au premier plan. Nous retrouvons un effet sur la relation de couple évoluant en fonction du cycle du déploiement. Ce travail retrouve peu d'impact sur l'équilibre familial. Enfin, concernant l'évaluation du trouble anxiodépressif par le score HAD, nous ne retrouvons pas de différence significative avec l'étude menée par l'interne Tchikaya Batchy K. en 2016, malgré la mise en place de 85% des mesures annoncées du Plan d'accompagnement des familles et d'amélioration des conditions de vie des militaires 2018 – 2022.

Ces résultats nous invitent à imaginer de nouvelles aides visant à limiter l'impact psychologique des projections sur les conjoints des militaires. Nous avons pour cela présenté plusieurs perspectives d'évolution. Tout d'abord, nous suggérons la mise à disposition d'une application de soutien avec la création d'un réseau social destiné aux conjoint(e)s, le développement ou l'adaptation de programme d'accompagnement et d'aide à la résilience individuelle et familiale. Enfin, nous pouvons proposer la constitution d'un fond de pension ayant pour but d'assouplir le temps de travail des conjoints sans perte de salaire en cas d'absence du militaire pour projection.

Pour finir, sur la base de cette étude, il serait intéressant d'enrichir le recueil des données en élargissant la population aux opérations intérieures, aux autres corps et services non étudiés (comme le service de santé des armées, ...). Par ailleurs, il pourrait être enrichissant de réaliser à nouveau cette étude quelques mois après la mise en place définitive du plan famille.

V. Références

1. Pierre De Villiers. Servir. 2017.
2. 13ème Rapport, revue annuelle de la condition du militaire, Décembre 2019, Haut Comité d’Evaluation de la Condition Militaire.
3. 10ème Rapport, revue annuelle de la condition du militaire, Octobre 2016, Haut Comité d’Evaluation de la Condition Militaire.
4. État-major des armées. Carte des opérations et missions militaires. 2020.
5. Gosselin-Fleury G, Verpillière C de L, défense commission de la. Rapport d’information sur la protection sociale des militaires. Assemblée nationale; 2017. 119 p.
6. LEPAGE, Carine et Jérôme BENSOUSSAN. 2010. Les militaires et leurs familles, Ministère de la Défense, Service DRH.
7. État matrimonial légal des personnes selon le sexe | Insee [Internet]. [cité 12 sept 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381496#tableau-figure1_radio1
8. Ménages - Familles – Tableaux de l’Économie Française | Insee [Internet]. [cité 12 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906666?sommaire=1906743>
9. CHIFFRES CLEFS de la Famille 2016. 2012;20.
10. Lettre n°190/17/HCECM du 28 septembre 2017.
11. Les chiffres clés de la Défenses édition 2019, août 2019, Ministère des armées, p.24.
12. Bilan année 2018 du numéro écoute défense, ministère des armées, service de santé des armées, 2019.
13. Christopher H. Warner, George N. Psychological Effects of Deployments on Military Families. *Psychiatric Annals*. févr 2009; Volume 39.
14. Dursun, S and KSudom. 2009. Impacts of Military Life on Families: Results from the Perstempo Survey of Canadian Forces Spouses. Directeur général –Recherche et analyse (Personnel militaire). Recherche et développement pour la défense Canada. DGRAPM TR 2009-001.
15. Eaton KM, Hoge CW, Messer SC, Whitt AA, Cabrera OA, McGurk D, et al. Prevalence of mental health problems, treatment need, and barriers to care among primary care-seeking spouses of military service members involved in Iraq and Afghanistan deployments. *Mil Med*. nov 2008;173(11):1051-6.

16. Burton T, Farley D, Rhea A. Stress-induced somatization in spouses of deployed and nondeployed servicemen. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 1 juin 2009;21(6):332-9.
17. SteelFisher GK, Zaslavsky AM, Blendon RJ. Health-related impact of deployment extensions on spouses of active duty army personnel. *Mil Med*. mars 2008;173(3):221-9.
18. Mansfield AJ, Kaufman JS, Marshall SW, al. Deployment and the use of mental health services among U.S. Army wives. *N Engl J Med*. 14 janv 2010;362(2):101-9.
19. Dimiceli, E. E., Steinhardt, M. A., & Smith, S. E. (2010). Stressful experiences, coping strategies, and predictors of health-related outcomes among wives of deployed military servicemen. *Armed Forces & Society*, 36 (2), 351–373.
20. Services de bien-être et moral des Forces canadiennes. (2017, août). Évaluation des besoins de la communauté des Forces Armées Canadiennes : Résultats de 2016. Repéré à <https://www.cfmws.com/fr/aboutus/psp/recreation/pages/community-needsassessment.aspx>.
21. Gorman, L., Blow, A. J., Ames, B., & Reed, P. (2011). National Guard families after combat: Mental health, use of mental health services, and perceived treatment barriers. *Psychiatric Services*, 62 (1), 28–34.
22. Gorman L., Blow A., Kees M., Valenstein M., Jarman C., Spira J. (2014). The Effects of Wounds of War on Family Functioning in a National Guard Sample: An Exploratory Study. In: MacDermid Wadsworth S., Riggs D. (eds) *Military Deployment and its Consequences for Families. Risk and Resilience in Military and Veteran Families*. Springer, New York, NY, 241–257.
23. Kees, M., & Rosenblum, K. (2015). Evaluation of a psychological health and resilience intervention for military spouses: A pilot study. *Psychological services*, 12 (3), 222–230.
24. Borelli, J. L., Sbarra, D. A., Snavely, J. E., McMakin, D. L., Coffey, J. K., Ruiz, S. K., ... & Chung, S. Y. (2014). With or without you: Preliminary evidence that attachment avoidance predicts nondeployed spouses' reactions to relationship challenges during deployment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45 (6), 478–487.
25. Dolphin, K. E., Steinhardt, M. A., & Cance, J. D. (2015). The role of positive emotions in reducing depressive symptoms among Army wives. *Military Psychology*, 27 (1), 22–35.
26. Skomorovsky, A. (2014). Deployment stress and well-being among military spouses: The role of social support. *Military Psychology*, 26 (1), 44–54.
27. Schumm WR, Bell DB, Gade PA. Effects of a military overseas peacekeeping deployment on marital quality, satisfaction, and stability. *Psychological Reports*. 1 déc 2000;87(3):815-21.

28. Erbes CR, Kramer M, Arbisi PA, DeGarmo D, Polusny MA. Characterizing spouse/partner depression and alcohol problems over the course of military deployment. *J Consult Clin Psychol.* 2017;85(4):297–308. doi:10.1037/ccp0000190.
29. Sudom, K. 2010. Quality of Life among Military Families: Results from the 2008-2009 Survey of Canadian Forces Spouses. Directeur général –Recherche et analyse (Personnel militaire).Recherche et développement pour la défense Canada. DGRAPM TM2010-017.
30. Haas DM, Pazdernik LA. Partner deployment and stress in pregnant women. *The Journal of reproductive medicine.* 1 oct 2007;52(10):901-6.
31. Haas DM, Pazdernik LA, Olsen CH. A cross-sectional survey of the relationship between partner deployment and stress in pregnancy during wartime. *Womens Health Issues.* avr 2005;15(2):48-54.
32. Robrecht DT, Millegan J, Leventis LL, Crescitelli J-BA, McLay RN. Spousal military deployment as a risk factor for postpartum depression. *J Reprod Med.* nov 2008;53(11):860-4.
33. Goff BSN, Crow JR, Reisbig AMJ, Hamilton S. The impact of individual trauma symptoms of deployed soldiers on relationship satisfaction. *J Fam Psychol.* sept 2007;21(3):344-53.
34. Renshaw KD, Rodrigues CS, Jones DH. Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom veterans: relationships with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. *J Fam Psychol.* août 2008;22(4):586-94.
35. Padden, D. L., Connors, R. A., & Agazio, J. G. (2010). Stress, coping, and well-being in military spouses during deployment separation. *Western Journal of Nursing Research*, 33 (22), 247–267.
36. Cox, J. (2012). Relationship satisfaction and resilience: Military couples and deployment. *Human Communication*, 15 (1), 41–57.
37. Leifker, F. R., White, K. H., Blandon, A. Y. et Marshall, A. D. (2015). Posttraumatic stress disorder symptoms impact the emotional experience of intimacy during couple discussions. *Journal of anxiety disorders*,15, 119–127.
38. Blow, A. J., Curtis, A. F., Wittenborn, A. K., & Gorman, L. (2015). Relationship Problems and Military Related PTSD: The Case for Using Emotionally Focused Therapy for Couples. *Contemporary Family Therapy*, 37 (3), 261–270.
39. Chapin, M. (2011). Family resilience and the fortunes of war. *Social Work in Health Care*, 50 (7), 527–542.
40. Everson, R. B., Darling, C. A., & Herzog, J. R. (2013). Parenting stress among US Army spouses during combat-related deployments: the role of sense of coherence. *Child & Family Social Work*, 18 (2), 168–178.

41. Carter, S. P., Loew, B., Allen, E. S., Osborne, L., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2015). Distraction during deployment: Marital relationship associations with spillover for deployed army soldiers. *Military Psychology*, 27 (2), 108–114.
42. Greene, T., Buckman, J., Dandeker, C., & Greenberg, N. (2010). How communication with families can both help and hinder service members' mental health and occupational effectiveness on deployment. *Military Medicine*, 175 (10), 745–749.
43. Wilcox, S. L., Redmond, S. et Hassan, A. M. (2014). Sexual functioning in military personnel: Preliminary estimates and predictors. *The journal of sexual medicine*, 11 (10), 2537–2545.
44. Marini CM, MacDermid Wadsworth S, Franks MM, Wilson SR, Topp D, Christ SL. Military Spouses' Self- and Partner-Directed Minimization in the Context of Deployment. *Mil Behav Health*. 2019;7(3):245–256. doi:10.1080/21635781.2019.1580643.
45. Saltzman, W., Lester, P., Beardslee, W., Layne, C., Woodward, K., et Nash, W. (2011). Mechanisms of risk and resilience in military families: theoretical and empirical basis of a family-focused resilience enhancement program. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 14 (3), 213–230.
46. Eric De Soir, Lucien Lemal , « Impact de missions de longue durée sur les militaires et leurs proches », *Stress et Trauma*, 2013 ; 3(4) :235-239.
47. Paley, B., Lester, P., & Mogil, C. (2013). Family systems and ecological perspectives on the impact of deployment on military families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16 (3), 245–265.
48. Fairbank JA, Briggs EC, Lee RC, et al. Mental Health of Children of Deployed and Nondeployed US Military Service Members: The Millennium Cohort Family Study. *J Dev Behav Pediatr*. 2018;39(9):683–692. doi:10.1097/DBP.0000000000000606.
49. McGuire AC, Kanesarajah J, Runge CE, Ireland R, Waller M, Dobson AJ. Effect of Multiple Deployments on Military Families: A Cross-Sectional Study of Health and Well-Being of Partners and Children. *Mil Med*. 2016;181(4):319–327. doi:10.7205/MILMED-D-14-00310.
50. Bello-Utu CF, DeSocio JE. Military deployment and reintegration: a systematic review of child coping. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2015;28(1):23–34. doi:10.1111/jcap.12099.
51. Barker, L., & Berry, K. (2009). Developmental Issues Impacting Military Families With Young Children During Single and Multiple Deployments. *Military medicine*, 174(10), 1033-1040.
52. Gorman GH, Eide M, Hisle-Gorman E. Wartime military deployment and increased pediatric mental and behavioral health complaints. *Pediatrics*. déc 2010;126(6):1058-66.

53. Chartrand, M., Frank, D., White, L., & Shope, T. (2008). Effect of parents' wartime deployment on the behavior of young children in military families. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(11), 1009.
54. Lester, P., Peterson, K., Reeves, J., Knauss, L., Glover, D., Mogil, C., Wilt, K. (2010). The long war and parental combat deployment: effects on military children and at-home spouses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 310-320.
55. Davis, H., & Treiber, F. (2007). Perceived stress, heart rate, and blood pressure among adolescents with family members deployed in Operation Iraqi Freedom. *Military Medicine*, 172(1), 40-43.
56. Huebner, A., Mancini, J., Wilcox, R., Grass, S., & Grass, G. (2007). Parental deployment and youth in military families: Exploring uncertainty and ambiguous loss. *Family Relations*, 56(2), 112-122. doi: 10.1111/j.17413729.2007.00445.x.
57. Engel, R., Gallagher, L., & Lyle, D. S. (2010). Military deployments and children's. *American Journal of Educational achievement: Evidence from Department of Defense Education Activity Schools. Economics of Education Review*, 29(1), 73-82.
58. Mmari, K., Roche, K., Sudhinaraset, M., & Blum, R. (2009). When a parent goes off to war: Exploring the issues faced by adolescents and their families. *Youth & Society*, 40(4), 455-475. doi: 10.1177/0044118X08327873.
59. Larson MJ, Mohr BA, Adams RS, Ritter G, Perloff J, Williams TV, et al. Association of military deployment of a parent or spouse and changes in dependent use of health care services. *Medical Care*. sept 2012;50(9):821-8.
60. Pfefferbaum B, Jeon-Slaughter H, Jacobs AK, Houston JB. Children of National Guard troops: a pilot study of deployment, patriotism, and media coverage. *Int J Emerg Ment Health*. 2013;15(2):129-37.
61. Gibbs, D., Martin, S., Kupper, L., & Johnson, R. (2007). Child maltreatment in enlisted soldiers' families during combat-related deployments. *Journal of the American Medical Association*, 298(5), 528.
62. Rentz, E., Marshall, S., Loomis, D., Casteel, C., Martin, S., & Gibbs, D. (2007). Effect of deployment on the occurrence of child maltreatment in military and nonmilitary families. *epidemiology*, 165(10), 11991206. doi: 10.1093/aje/kwm008.
63. McCarroll, J., Fan, Z., Newby, J., & Ursano, R. (2008). Trends in US Army child maltreatment reports:1990-2004. *Child Abuse Review*, 17(2), 108118. doi: 10.1002/car.986.

64. Lester P, Mogil C, Saltzman W, Woodward K, Nash W, Leskin G, et al. Families overcoming under stress: implementing family-centered prevention for military families facing wartime deployments and combat operational stress. *Mil Med.* janv 2011;176(1):19-25.
65. *J Fam Psychol.* 2018 Dec;32(8):1046-1056. doi: 10.1037/fam0000461. Epub 2018 Aug 13. Improving parental emotion socialization in military families: Results of a randomized controlled trial.
66. Milla A. Relations entre soutien familial et santé psychique chez les militaires en opération extérieure - thèse de médecine générale. 2014.
67. L'accompagnement des familles de militaires partis en missions extérieures. ministère de la Défense et des anciens combattants, direction des ressources humaines du ministère de la Défense; 2011.
68. Evaluation de l'impact psychologique et du retentissement psychosocial des missions opérationnelles des militaires sur leur conjoint et leur famille : Résultats préliminaires, thèse présentée par madame Krystel TCHIKAYA-BATCHY. 2016.
69. RAZAVI D, DELVAUX N, FARVACQUES C, ROBAYE E -Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Rev Psychol Appl.* 1989 ; 39 (4) : 295-307.
70. Ware JE, Kosinski M, and Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 1996;34(3):220-233.
71. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol.* nov 1998;51(11):1171-8.
72. Projet de loi de finances pour 2020 : Anciens combattants, mémoire et liens avec la Nation [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/119-140-35/119-140-353.html>

VI. Annexes

A. Annexe 1. Article soumis à la revue Médecine et Armées

Evaluation de l'impact psychologique de la projection des militaires sur leur conjoint et leur famille :

Etude de cohorte descriptive prospective multicentrique

D. TERRIER, F. PAUL, A. MARTIN, C. IZABELLE, F. GIGNOUX FROMENT

D. TERRIER, Interne des hôpitaux des armées, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, service de psychiatrie, Marseille, France

F. PAUL, Médecin chef, Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, service de psychiatrie, Marseille, France

A. MARTIN, Assistante des hôpitaux des armées, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, service de psychiatrie, Marseille, France

C. IZABELLE, Interne, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, service de psychiatrie, Marseille, France

F. GIGNOUX FROMENT, Médecin chef, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, service de psychiatrie, Marseille, France

Auteur correspondant :

D. Terrier

HIA Laveran, service de psychiatrie

34 Boulevard Laveran

13013, Marseille, FRANCE

Téléphone : +336.34.64.93.97 - +334.91.61.79.17

Fax : +334.91.61.71.71

Courriel : delphine.terrier8@gmail.com

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

1 **Titre :** Evaluation de l'impact psychologique de la projection des militaires sur leur conjoint et
2 leur famille : étude de cohorte descriptive prospective multicentrique.

3 **Résumé :** Introduction : la littérature anglosaxonne pointe un impact psychologique des
4 missions sur les familles : dépression, anxiété, troubles du sommeil et somatisation. En France,
5 nous avons peu de données directes sur leur vécu. Nous proposons de reprendre l'étude menée
6 en 2016 par Tchikaya Batchy K. et d'en élargir la population aux trois principaux corps
7 d'armées (terre, mer et air), à deux types de missions (opération extérieure et mission de courte
8 durée) et de permettre une comparaison avant et à mi période du déploiement du plan
9 d'accompagnement des familles. Méthode : étude de cohorte descriptive prospective
10 multicentrique réalisée à partir de trois auto-questionnaires remplis par les conjoint(e)s, à trois
11 temps différents de la mission (pré déploiement, mi-mandat et post déploiement), de septembre
12 2019 à juillet 2020. Objectif principal : mesurer la prévalence des troubles anxieux et thymiques
13 des conjoint(e)s de militaires déployés, à l'aide de l'échelle HAD. Résultats : Primauté de
14 l'anxiété dans le pré déploiement, rebond de la symptomatologie dépressive à mi-mandat.
15 L'étude pointe un effet spiral du déploiement. L'impact sur les enfants est plus négatif chez les
16 moins de 6 ans. Il n'y a pas de différence significative avec l'étude de 2016. Conclusion : Ces
17 résultats nous invitent à penser à de nouvelles aides pour limiter l'impact des missions.

18 **Mots clés :** Déploiement. Familles de militaire. Impact psychologique. Trouble anxiodépressif.

19

20 **Title :** Evaluation of the psychological impact of the projection of military personnel on their
21 spouses and families: prospective multicentric descriptive cohort study.

22 **Summary :**

23 Summary : Introduction: The Anglo-Saxon literature points out a psychological impact of
24 missions on families: depression, anxiety, sleep disorders and somatization. In France, we have
25 little direct data on their experiences. We propose to take up the study conducted in 2016 by
26 Tchikaya Batchy K. and to enlarge its population to the three main army corps (land, sea and
27 air), to two types of missions (external operation and short-term mission) and to allow a
28 comparison before and midway through the deployment of the family support plan. Method:
29 prospective multicentric descriptive cohort study based on three self-questionnaires completed
30 by spouses at three different times of the mission (pre-deployment, mid-term and post-
31 deployment), from September 2019 to July 2020. Main objective: to measure the prevalence of
32 anxiety and thymic disorders in the spouses of deployed soldiers, using the AHH scale. Results:
33 Primacy of anxiety in pre-deployment, rebound of depressive symptomatology at mid-term.
34 The study points to a spiral effect of deployment. The impact on children is more negative in
35 children under 6 years of age. There is no significant difference with the 2016 study.
36 Conclusion: These results invite us to think about new aids to limit the impact of missions.

37 **Keywords:** Deployment. Military families. Psychological impact. Anxiodepressive disorder.

Liste des abréviations

AA : Armée de l'air

AT : Armée de terre

FOCUS : Families Overcoming Under Stress

HA : Score anxieux de l'échelle HAD

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

HD : Score dépressif de l'échelle HAD

MCD : Mission de courte durée

MCS-12 : Mental Composite Summary à 12 items

MdR : Militaire du rang

MN : Marine nationale

Off : Officier

OPEX : Opération extérieure

PACDG : Porte Avion Charles de Gaulle

PCS-12 : Physical Composite Summary à 12 items

SF-12 : Short Form 12

SO : Sous-officier

Introduction

Etat des lieux de nos armées

L'effectif militaire fin 2018, s'élève à 305 114 personnels (12,9% d'Officiers, 56,2% de Sous-officiers, 26% de Militaires du rang et 4,9% d'Engagés volontaires). La répartition selon les trois principaux corps d'armée se décompose ainsi : 114 847 (37,6%) dans l'Armée de terre (AT), 40 531 (13,3%) dans l'Armée de l'air (AA) et 35 113 (11,5%) dans la Marine nationale (MN). Le contexte opérationnel est marqué par une intensification de l'activité depuis 2013 avec l'ouverture de l'opération SERVAL (effectif moyen mensuel engagé en opération extérieure (OPEX) : passé de 7 771 à 9 657 militaires (2)). En 2015, les effectifs dédiés à la mission SENTINELLE ont été multipliés par dix (742 militaires en 2014, contre 7 248 en 2015). Cette intensification de l'activité engendre une majoration de l'imprévisibilité du métier, des risques ainsi qu'une réduction du temps de préparation. Sur le mois de juillet 2020, plus de 30 000 militaires français étaient déployés, soit 14,8% des effectifs militaires (hors gendarmerie) (1). 72% des militaires sont en couple et 52% ont des enfants. Les conjointes de militaires sont moins souvent actives que les femmes en couple dans la population française générale (77% / 82%) (2). C'est dans ce contexte qu'a été créé le plan d'accompagnement des familles et d'amélioration des conditions de vie des militaires 2018 – 2022, porté par Florence Parly, ministre des armées. Celui-ci a pour but d'apporter des réponses concrètes pour mieux compenser les difficultés auxquelles le militaire et sa famille font face. 85% des mesures annoncées sont déjà mises en œuvre.

Revue de la littérature anglosaxonne

Elle souligne l'impact psychologique des missions sur les familles : dépression et anxiété dans l'avant déploiement, auxquels s'ajoutent des troubles du sommeil, de la frustration et une somatisation pendant le déploiement (3-5).

Le cycle émotionnel du déploiement, développé par Logan K. V en 1987 (6) est une tentative de normalisation du vécu du conjoint de militaire, voir celui de la famille. Il se divise en sept étapes : phase 1 d'anticipation de la perte (quatre à six semaines avant le départ), phase 2 de distanciation (quelques jours avant le départ), phase 3 de désordre émotionnel (après le départ et pendant quelques jours), phase 4 de stabilisation (pendant la mission), phase 5 d'anticipation du retour (deux ou trois semaines avant le retour), phase 6 de réunification (au retour du militaire) et phase 7 de réintégration (quelques semaines après le retour). Enfin, certains auteurs parlent de spirale du déploiement (accumulation des conséquences des déploiements précédents) (7). La stratégie d'adaptation positive la plus souvent utilisée durant le déploiement est l'utilisation de stratégies actives (comme modifier son comportement) (8). L'impact sur les enfants peut s'exprimer sous forme d'anxiété, de dépression, de troubles du comportement alimentaire, de troubles du sommeil, d'agitation et de trouble des conduites (9). De 0 à 5 ans, ce sont essentiellement les troubles de l'attachement et les difficultés de réajustement qui sont notés (10). De 5 à 12 ans, ce sont les troubles anxieux qui sont majoritaires (11). Enfin, à l'adolescence, il s'agit surtout de troubles anxio-dépressifs (12). Aux Etats Unis et au Canada, plusieurs programmes d'accompagnement ont été mis au point, nous pouvons citer : le programme Families Overcoming Under Stress (programme américain d'aide à la résilience familiale déployé depuis 2008).

Revue de la littérature française

La principale étude recueillant des données directes sur les répercussions des missions extérieures sur les familles de militaires est l'enquête d'Octobre 2011 (13). Elle montre que le plus difficile à supporter est : la solitude (73% - surtout le week end), la durée de la mission (64% - surtout quand supérieur à 6 mois) et l'inquiétude des enfants (60%). Les conjoint(e)s déplorent un manque de contact institutionnel. La gestion de l'absence est d'abord individuelle (85%), puis passe par l'entourage « affectif » (famille et amis) (70%) et enfin par le militaire

(40%). Les éléments aidant sont la communication avec le conjoint (95%), l'occupation par une activité professionnelle (88%), la possibilité de se confier à un ami ou à un membre de sa famille (79%). Un effet sur le moral est noté pour plus de la moitié des conjoint(e)s avec seulement 18% de consultations. Les résultats sont similaires pour les enfants. En outre, c'est plus la succession des missions qui pouvait « user » le couple, que l'absence liée à une mission ponctuelle. Une étude préliminaire est menée par l'interne Tchikaya Batchy K. en 2016, avant la mise en place du plan famille des armées. L'étude intègre 60 conjoint(e)s de militaires de l'AT partant en OPEX. Elle donne des résultats sur les deux premiers temps du cycle du déploiement (avant déploiement et à mi-mandat). Les résultats montrent une primauté de l'anxiété dans le pré-déploiement, une augmentation modérée des taux de dépression en phase de déploiement et des modifications psychologiques sont retrouvées pour 30% des enfants (14).

Sur la base de l'étude de 2016, nous proposons un nouveau travail intégrant les modifications suivantes : élargissement de la population aux trois principaux corps d'armée (terre, air et mer) et aux militaires partant en OPEX ou MCD, visualisation de l'impact psychologique au troisième temps du déploiement (à un mois du retour de mission), comparaison à mi-parcours de l'application du plan d'accompagnement des familles 2018-2022.

Présentation de l'étude

Matériel et méthode

Cadre législatif :

L'étude a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud Méditerranée 1 en date du 14 Octobre 2015 (référence : 15 101 MS 1 avec modification substantielle pour ajout de centres d'investigation). Nous avons reçu l'approbation de diffusion dans les structures du service de santé de la médecine des forces (référence : 2019-021).

Population de l'étude :

Le recrutement des conjoints a été effectué au sein du régiment du 1er SPAHIS (AT), de la Base aérienne d'Istres (AA) et du Porte Avion Charles de Gaulle (PACDG) (MN). Les critères d'inclusion sont : être conjoint d'un militaire en activité devant partir en mission sur le temps de l'étude et appartenant au régiment, base ou bâtiment sélectionnés, sans distinction de sexe, être âgé de 18 ans ou plus, savoir lire et écrire correctement le français et avoir signé le consentement et accepté de participer à l'étude après présentation de la notice d'information.

Analyses statistiques :

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R (version 3.3.6). Le test exact de Fisher a été utilisé pour les variables qualitatives. Le test de Student a été utilisé pour la comparaison des données quantitatives suivant une loi normale. Le test de Wilcoxon-Mann-Whitney a été utilisé pour les données ne suivant pas une loi normale. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Type d'étude :

Il s'agit d'une étude de cohorte descriptive prospective multicentrique réalisée à partir de trois auto-questionnaires remplis par les conjoint(e)s, à trois temps différents de la mission, sur une période s'étendant de septembre 2019 à juillet 2020.

Objectifs de l'étude :

L'objectif principal est de mesurer la prévalence des troubles anxieux et thymiques des conjoint(e)s de militaires déployés avant, pendant et au retour de la mission du militaire et d'en évaluer la dynamique. Le critère de jugement principal repose sur l'échelle Hospital Anxiety and Depression (HAD). L'échelle HAD comprend deux sous échelles : A pour anxiété et D pour dépression de sept questions chacune et cotée de 0 à 21 (score de 0 à 7 : absence de symptomatologie, 8 à 10 : symptomatologie douteuse et 11 et plus : symptomatologie certaine).

Dans nos objectifs secondaires, nous cherchons à mettre en évidence la dynamique de ces troubles en fonction du type de mission réalisée, du nombre de missions déjà effectuées par le militaire, de l'ancienneté du couple et d'évaluer l'impact de la projection sur les enfants ainsi que sur la cellule familiale. Pour cela nous utilisons les échelles HAD et Short Form 12 (SF12) pour la qualité de vie, ainsi que des échelles subjectives analogiques. L'échelle SF-12 objective la qualité de vie. Elle se subdivise en deux parties : Physical Composite Summary à 12 items (PCS-12) : score de qualité de vie physique et le Mental Composite Summary à 12 items (MCS-12), score de qualité de vie mentale et sociale. Les scores moyens de PCS-12 et MCS-12 en population générale sont de 50.

Description des questionnaires :

Le premier questionnaire comprend les données socio démographiques, les échelles HAD et SF12, les informations sur la mission à venir (annonce de la mission, sentiment vis-à-vis de celle-ci). Le deuxième questionnaire comprend les données sur le vécu de la mission du conjoint et des enfants, la consommation des soins, les échelles HAD et SF12, le ressenti concernant la relation de couple et la description de la communication avec le militaire. Le dernier questionnaire, comprend les données sur le vécu du retour de la mission, les capacités de réajustement et les échelles HAD et SF12.

Déroulement de l'étude :

Nous avons rencontré les militaires et/ou leurs familles avant de débiter le recueil des données (délivrance des formulaires de consentement et des notices d'information). L'étude se décline en trois temps : T1 ou temps du pré déploiement (un mois avant le départ en mission, recueil du premier questionnaire), T2 ou temps à mi-mandat (recueil du deuxième questionnaire) et T3 ou temps du post déploiement (un mois après le retour, recueil du troisième questionnaire).

Le recueil des données a débuté au mois de septembre 2019, suivant les dates de projections prévues pour les lieux sélectionnés pour notre étude.

Résultats

Description de la population :

160 questionnaires ont été distribués, 71 conjoints ont finalement répondu au premier questionnaire, 56 au deuxième et 42 au troisième. La description de la population est décrite sous forme de tableau (tableau 1).

Tableau 1. Données socio démographiques des conjoints

Variables	Conjoints (n=130), n (%) ou âge en année (moyenne)
Sexe	
Femme	61 (85,9%)
Homme	10 (14,1%)
Age (en année)	32,8 (19 à 53)
Issu d'une famille militaire	
Oui	10 (14,1%)
Non	61 (85,9%)
Militaires	
Oui	15 (21,1%)
Non	56 (78,9%)
Activités professionnelles	
Oui	58 (81,7%)
Non	13 (18,3%)
Emploi (n=97)	
Plein	48 (82,8%)
Partiel	7 (12,1%)
Autre	3 (5,2%)
Depuis combien de temps (en année)	0,25 à 28 (8)
Réseau familial à proximité	
Oui	29 (40,1%)
Non	42 (59,9%)

La population de militaire concernée par notre étude est caractérisée par les points suivants :

- Age : de 21 à 57 ans (âge moyen : 33,7 ans),
- Grades : 29,6% d'Off (n=21), 40,7% de SO (n=36) et 19,7% de MdR (n=14),
- Armée d'appartenance : 52,1% (n=37) sont de l'AT, 29,6% (n=21) de la MN et 18,3% (n=13) de l'AA.

Typologie familiale : 3,1% des femmes sont enceintes (n=8, sur 61 femmes) et 52,1% des couples ont des enfants (n=37).

Résultats concernant l'objectif principal : Mesure de la prévalence des troubles anxieux et thymiques avant, pendant et au retour de la mission :

La symptomatologie anxiodépressive est reprise sous forme de tableaux aux trois temps différents (tableaux 2, 3 et 4).

Tableau 2. Répartition de la symptomatologie anxiodépressive au pré déploiement :

Symptomatologie	Certaine	Douteuse	Absence
Anxiété	29,6% (n=21)	28,2% (n=20)	42,2% (n=30)
Dépression	4,2% (n=3)	12,7% (n=9)	83,1% (n=59)

Ici, près d'un tiers de la population étudiée présente une symptomatologie anxieuse certaine.

Tableau 3. Répartition de la symptomatologie anxiodépressive au T2

Symptomatologie	Certaine	Douteuse	Absence
Anxiété	25,00% (n=14)	30,36% (n=17)	44,64% (n=25)
Dépression	16,07% (n=9)	19,64% (n=11)	64,29% (n=36)

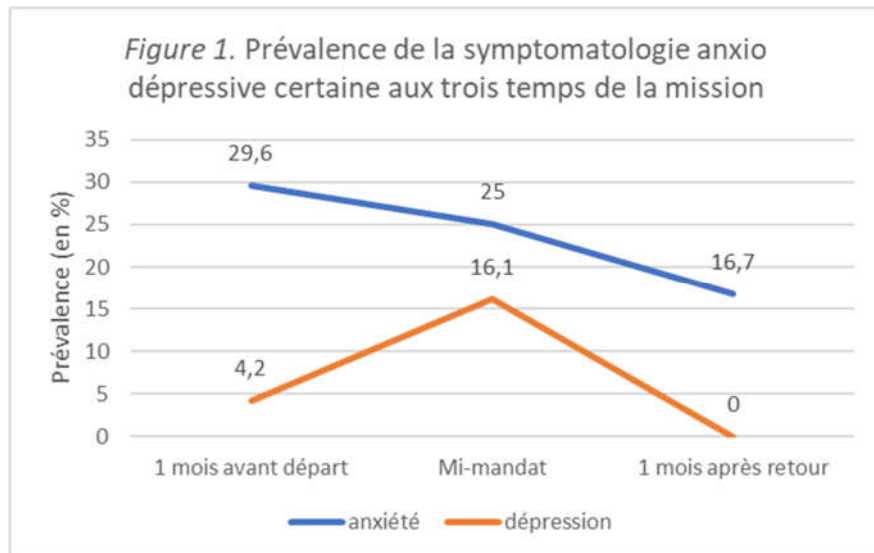
Les troubles dépressifs sont plus importants et les troubles anxieux moins présents.

Tableau 4. Répartition de la symptomatologie anxiodépressive au T3

Symptomatologie	Certaine	Douteuse	Absence
Anxiété	16,7% (n=7)	33,3% (n=14)	50% (n=21)
Dépression	0% (n=0)	2,4% (n=1)	97,6% (n=41)

Ces données pointent que la quasi-totalité des conjoints ne présente pas de symptomatologie dépressive. Enfin, la symptomatologie anxieuse s'atténue.

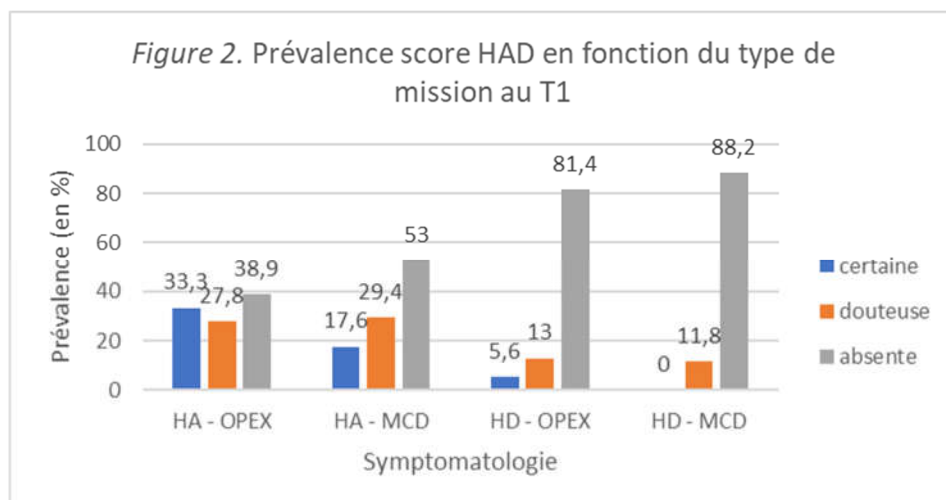
Nous proposons cette figure en guise de résumé (figure 1).

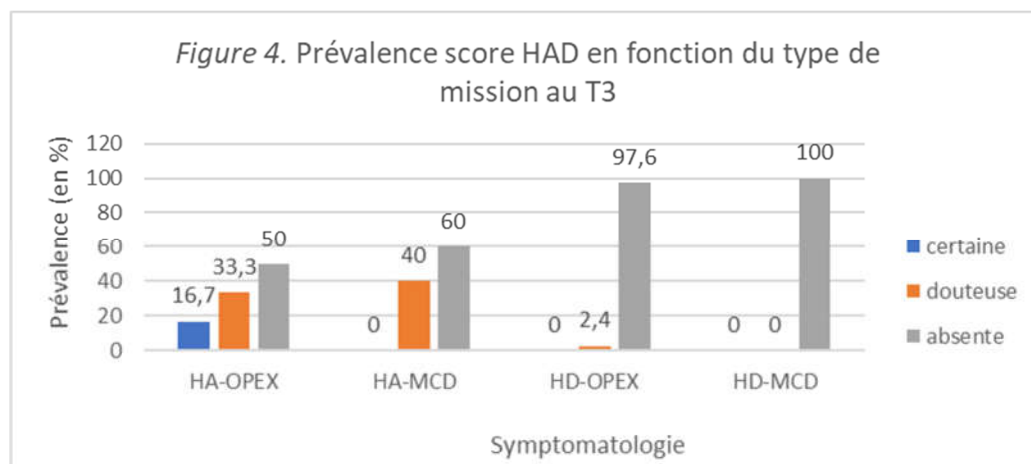
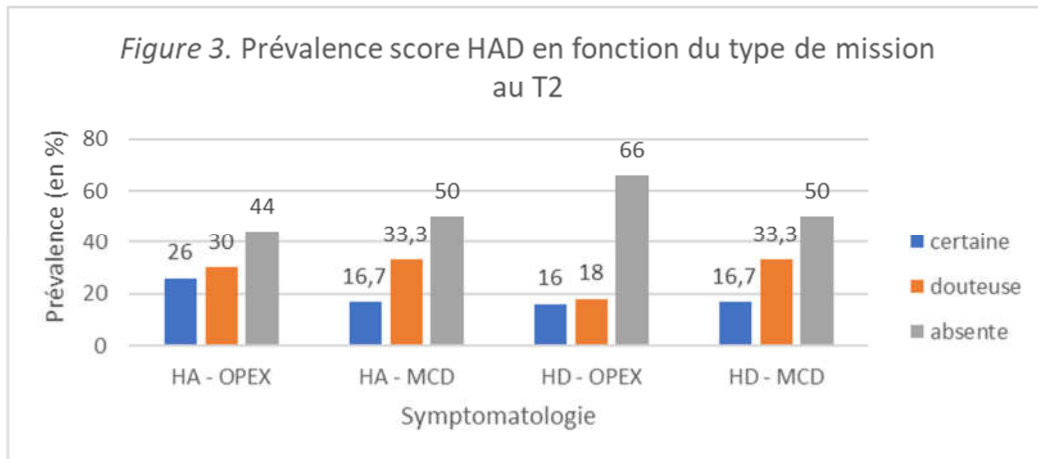


Résultats concernant les objectifs secondaires :

Evaluation du score HAD en fonction du type de mission :

La prévalence du score HAD en fonction du type de mission au T1, T2 et T3 est repris dans les figures suivantes (figures 2, 3 et 4), HA correspond au score anxieux et HD au score dépressif.





Sur ces graphiques, les OPEX sont plus associées à une clinique de l’anxiété, les MCD représentent plus une clinique de la perte et de la dépression.

Evaluation du score HAD en fonction du nombre de missions déjà effectuées par le militaire :

Nous avons évalué les scores HAD en répartissant les participants en deux groupes : moins de dix missions (dont dix inclus) et plus de dix missions.

A un mois du départ : le groupe de moins de dix missions a une symptomatologie certaine de 24,5% (n=12) HA et 2% (n=1) HD, le groupe de plus de dix missions a une symptomatologie certaine : 42,9% (n=9) HA et 4,8% (n=1) HD. A mi-mandat, le groupe de moins de dix missions a une symptomatologie certaine de 19,5% (n=7) HA et 11,1% (n=4) HD et le groupe de plus de dix missions a une symptomatologie certaine de 41,2% (n=7) HA et 23,6% (n=4) HD. A un mois du retour, le groupe de moins de dix missions a une symptomatologie

certaine de 17,3% (n=5) HA et 0% (n=0) HD et le groupe de plus de dix missions a une symptomatologie certaine de 15,4% (n=2) HA et 0% (n=0) HD. Ainsi, nous observons aux trois temps, une tendance allant dans le sens d'une symptomatologie anxiodépressive plus fréquente dans le groupe plus de dix missions.

Evaluation du score HAD en fonction de l'ancienneté du couple :

Nous avons divisé les conjoints en deux groupes (moins de 8 ans de relation (8 ans inclus) et plus de 8 ans de relation). A un mois du départ, la symptomatologie anxiodépressive est plus importante dans le groupe plus de 8 ans de relation, de façon significative pour la symptomatologie dépressive (p : 0,04637).

Evaluation de la qualité de vie avec le score SF12 :

A un mois du départ, le score SF12, retrouve un score PCS-12 variant de 19,9 à 63,9 avec une moyenne de 51,9, donc supérieur au score moyen en population générale. Le score MCS-12 est de 8,54 à 53 avec une moyenne de 41,3, donc inférieur au score moyen en population générale. A mi-mandat, le score SF12 retrouve un score PCS-12 variant de 25,39 à 64,07 avec une moyenne de 53,73, donc supérieur au score moyen en population générale. Le score MCS-12 est de 14,3 à 53 avec une moyenne de 40,77, il est donc inférieur au score moyen en population générale. A un mois du retour, le score SF12, retrouve un score PCS-12 variant de 23,78 à 57,42 et est en moyenne de 50,48, donc similaire au score moyen en population générale. Le score MCS-12 est de 33,92 à 58 avec une moyenne de 46,91 et est donc inférieur au score moyen en population générale. De plus, les scores PCS-12 sont plus élevés au T1 et T2 qu'au T3 de façon significative en comparaison du T1 (p : 0,03572). A contrario, les score MCS-12 sont significativement plus élevés au T3 qu'au T1 et au T2 (p : 0,001145 et p : 0,0003745 respectivement). Ainsi, nous retrouvons une qualité de vie mentale inférieure au score moyen en population générale aux trois temps de la mission. Cependant, nous pouvons noter une

amélioration de ce score au T3 comparativement au T1 et T2. Concernant le soutien : les conjoints se soutiennent principalement de : leurs amis 98,2% (n=55), leur famille 93,0% (n=52), et leur conjoint 91,0% (n=51). Concernant l'information, à mi-mandat : 39,3% (n=22) déclarent avoir eu une information du commandement.

Concernant l'impact de la mission sur les enfants : Nous proposons les tableaux suivant concernant l'impact de la mission sur les enfants (tableaux 5 et 6).

Tableau 5. Evaluation de l'impact de la mission sur les enfants, en fonction de leur classe d'âge à mi-mandat.

Catégories	Pré scolaire (0 à 2 ans)	Maternelle (3 à 6 ans)	Primaire (7 à 11 ans)	Collège (12 à 15 ans)	Lycée et plus (16 ans et plus)
Nombre d'enfants	12	13	7	5	12
Communication					
Meilleure	8,3% (n=1)	23% (n=3)	28,6% (n=2)	0	25,0% (n=3)
Moins bonne	25% (n=3)	46,2% (n=6)	0	40,0% (n=2)	25,0% (n=3)
Etat habituel	66,7% (n=8)	30,8% (n=4)	71,4% (n=5)	60,0% (n=3)	50,0% (n=6)
Agressivité					
Plus	25,0% (n=3)	61,5% (n=8)	28,6% (n=2)	20,0% (n=1)	8,3% (n=1)
Moins	0	0	0	20,0% (n=1)	16,7% (n=2)
Habituel	75,0% (n=9)	38,5% (n=5)	71,4% (n=5)	60,0% (n=3)	75,0% (n=9)
Difficultés scolaires					
Plus	8,3% (n=1)	7,7% (n=1)	14,3% (n=1)	0	8,3% (n=1)
Moins	0	0	0	0	8,3% (n=1)
Habituel	91,7% (n=11)	92,3% (n=12)	85,7% (n=6)	100% (n=5)	83,3% (n=10)
Tristesse					
Plus	33,3% (n=4)	61,5% (n=8)	57,1% (n=4)	20,0% (n=1)	50,0% (n=6)
Moins	0	0	0	20,0% (n=1)	0
Habituel	66,7% (n=8)	38,5% (n=5)	42,9% (n=3)	60,0% (n=3)	50,0% (n=6)
Protecteur à votre égard					
Plus	16,7% (n=2)	53,8% (n=7)	85,7% (n=6)	60,0% (n=3)	58,4% (n=7)
Moins	0	7,7% (n=1)	0	0	8,3% (n=1)
Habituel	83,3% (n=10)	38,5% (n=5)	14,3% (n=1)	40,0% (n=2)	33,3% (n=4)

Consultation					
Plus	8,3% (n=1)	0	0	20,0% (n=1)	16,7% (n=2)
Moins	0	0	0	0	0
Habituel	91,7% (n=11)	100% (n=13)	100% (n=7)	80,0% (n=4)	83,3% (n=10)

A un mois du retour : l'effectif étant plus faible, nous avons choisi de regrouper les catégories.

Tableau 6. Evaluation de l'impact de la mission sur les enfants, en fonction de leur classe d'âge à un mois du retour de mission.

Catégories	Pré scolaire (0 à 2 ans)	Maternelle et primaire (3 à 11 ans)	Collège et lycée (12 ans et plus)
Nombre d'enfants	10	12	10
Consultation			
Plus	10% (n=1)	0%	0%
Moins	0%	0%	10% (n=1)
Habituel	90% (n=9)	100% (n=12)	90% (n=9)
Impact mission			
Positif	0%	0%	0%
Négatif	50% (n=10)	33,3% (n=4)	10% (n=1)
Neutre	50% (n=10)	66,7% (n=8)	90% (n=9)

Pour le couple : la qualité de la relation de couple est évaluée par une échelle analogique allant de 1 (médiocre) à 10 (excellente). En temps habituel elle est évaluée de 3 à 10 (moyenne : 8,7), à un mois du départ aussi de 3 à 10 (moyenne : 7,8) et plus élevée en temps habituel qu'au T1 et de façon significative ($p : 0,000009928$). A mi-mandat elle est de 2 à 10 (moyenne : 7,6), plus élevée en temps habituel qu'au T2 et de façon significative ($p : 0,001098$). A deux semaines du retour elle est de 3 à 10 (moyenne : 7,48). A un mois du retour elle est de 4 à 10 (moyenne : 7,9), de meilleure qualité à un mois qu'à deux semaines du retour, de façon significative ($p : 0,04215$) et moins élevée à un mois du retour qu'en temps habituel ($p : 0,01459$). Concernant le réajustement du couple à un mois du retour : 70% (n=26) des conjoints ressentent que le militaire prend soin d'eux, 19% (n=8) des militaires ont du mal à retrouver

leur place et 23,8% (n=10) des conjoints ont du mal à redonner la place au militaire, l'investissement du militaire dans son couple est jugé assez satisfaisant dans la majorité des cas (66,7% (n=28)), 54,7% (n=23) des conjoints n'ont pas de crainte concernant l'avenir de leur couple et 83,3% (n=35) des militaires ont retrouvé leur place auprès de leurs conjoints et 92,7% (n=38) des conjoints ont l'impression d'avoir retrouvé leur place dans le couple.

Pour la famille : à mi-mandat, l'équilibre familial est conservé dans 73,21% (n=41) des cas. A un mois du retour : l'implication du militaire envers les enfants est jugée assez satisfaisante dans la majorité des cas (56,5% (n=13)). La qualité de la relation avec les enfants est jugée inchangée pour 58,3% (n=14) des militaires. Les conjoints jugent dans 31 cas sur 32, que les enfants fonctionnent comme habituellement. L'équilibre de la cellule familiale est jugé équivalent à l'équilibre habituel dans 61,9% (n=26) des cas.

Comparaison des résultats entre l'étude de Tchikaya Batchy K. menée en 2016 et la notre :

A un mois du départ : La symptomatologie dépressive est significativement plus élevée dans notre étude (p : 0,02263). Les scores MCS-12 et PCS-12 sont plus élevés dans l'étude de 2016, mais de façon non significative (p : 0,2416 et p : 0,6625, respectivement). Pour l'information délivrée aux militaires, l'étude de 2016 retrouve que 38,3% (n=23) des conjointes ont reçu une information. Dans notre étude, les conjoints rapportent de façon significative (p : 0,04842) avoir moins fréquemment reçu une information.

A mi-mandat : les symptomatologies anxieuse et dépressive sont plus élevées dans notre étude, mais de façon non significative (p : 0,4578 et p : 0,1348 respectivement). Le score MCS-12 était plus élevé dans l'étude de 2016, mais de façon non significative (p : 0,198), contrairement au score PCS-12 qui est plus élevé dans notre étude mais également de façon non significative (p : 0,5505).

Discussion

Limites et biais :

Nous avons un faible échantillon et un faible pourcentage de participation. Nous avons 33% de réponses dans l'AT (33 sur 112 conjoints estimés sur les deux escadrons sollicités), 24,5% dans l'AA (13 sur les 53 conjoints auxquels il a été proposé de participer), 1,7% pour la MN (21 réponses, sur les 1 240 conjoints estimés sur le PACDG). Cette faible participation peut s'expliquer par : longueur et complexité des questionnaires, manque de temps que peuvent accorder les familles aux études proposées, difficulté que nous avons eue à rencontrer les familles directement. L'évaluation de certaines données est subjective et cette étude exclut les familles monoparentales. Il existe un biais de sélection (participation à l'étude sur la base du volontariat) et de déclaration (pour les sujets « tabous » tel que la consommation de drogues, malgré l'anonymisation des questionnaires). Les perdus de vue s'expliquent par : durée de l'étude (sur six mois) et survenue d'évènements de vie (séparation, le confinement, ...).

Enfin malgré les biais constatés, notre échantillon se rapproche sensiblement des caractéristiques de la population étudiée. Les conjoints ont répartition en fonction du sexe identique à la répartition des conjoint(e)s de nos militaires, l'âge moyen est de 32,8 ans (proche de l'estimation considérant que 43% des conjoints sont âgés de 25 à 34 ans), mais il y a une surreprésentation des conjoints travaillant (81,7% contre 71% dans la population générale des conjoints). Les militaires ont un âge moyen de 33,7 ans (équivalent à l'âge moyen dans le ministère des armées qui est de 33 ans), l'AT est surreprésentée (52,1% sont rattachés à l'AT), tout comme les Off (29,6%). On peut supposer que la moyenne d'âge des Off étant supérieure à celle des MdR, ceux-ci sont plus souvent en couple ou plus souvent dans une relation de durée suffisamment longue pour permettre la participation à cette étude. Enfin, 52,1% des couples ont des enfants et il est estimé que 52% de nos militaires ont des enfants.

Avant- après :

En comparant notre étude à celle menée en 2016 par K. Tchikaya, nous notons des troubles anxiodépressifs évoluant selon les mêmes tendances : primauté de l'anxiété dans le pré déploiement, évoluant dans le sens d'une diminution à mi-mandat et faible prévalence de la symptomatologie dépressive dans le pré déploiement avec un rebond à mi-mandat. Concernant les enfants, nos études ont également des points de similitude avec des modifications du caractère de type agressivité et une plus grande tristesse. Enfin, notre étude a été réalisée à partir de septembre 2019, donc à environ un tiers du développement du plan famille. Aussi ce plan n'a pas encore eu le temps de prendre toute sa dimension. Malgré un plan de grande ampleur et prometteur, il existe peut-être une marge de progrès concernant l'information délivrée aux conjoints pour tendre vers une diminution des troubles anxiodépressifs.

Ici -ailleurs :

Notre étude met en avant que l'épreuve du déploiement est pourvoyeuse d'une symptomatologie anxiodépressive, comme retrouvée dans la littérature anglo-saxonne même si nos taux sont inférieurs. Elle pointe une primauté de l'anxiété dans le pré déploiement et au retour, ainsi qu'une primauté de la symptomatologie dépressive au cours du déploiement. Ces résultats sont l'illustration des phases du cycle émotionnel du déploiement décrit par Logan K. V. De plus, un point fort reste : l'effet spiral, retrouvé dans la littérature comme dans notre travail. Ceci vient déconstruire des idées préconçues selon lesquelles il pourrait exister une accoutumance aux départs. Dans notre étude, les jeunes enfants et notamment les enfants de 3 à 6 ans sont particulièrement impactés par le départ du parent militaire avec des troubles du comportement et une tristesse au premier plan. Ces données sont également retrouvées dans la littérature anglosaxonne. Concernant les ressentis, la solitude est un des facteurs stressants et un des sentiments les plus fréquemment mis en évidence dans notre étude comme dans la littérature. Dans notre étude, les sentiments en lien avec le départ futur étaient principalement

la tristesse, la crainte et la fierté comme nous avons pu le retrouver dans la littérature. Concernant le soutien du conjoint, celui-ci passe d'abord par l'entourage affectif de la famille et des amis, puis par le militaire, comme retrouvée dans l'étude de 2011 (15).

Perspectives :

L'impact des missions sur les conjoints et les enfants est encore conséquent, malgré les importants efforts faits par les armées dans la prise en compte et dans l'accompagnement des familles. Aussi, dans cette partie nous proposons quelques ouvertures.

Une tentative de modernisation et de création de portail unique : certains dispositifs sont sous utilisés, notamment par manque d'information et sûrement du fait d'un manque de centralisation de la multiplicité des aides disponibles. Il s'agit de créer un portail unique et moderne pour faciliter l'accès à l'information sous la forme d'une application centrée sur l'accompagnement des familles associée à un volet réseau social destiné et animé par les familles pour faciliter l'échange entre celles-ci et limiter le sentiment de solitude. Pour aller plus loin, nous pourrions avoir une approche plus communautaire en favorisant l'implication de tous les acteurs concernés dans une co-construction de projets d'aides et d'accompagnement. Cette approche plus participative pourrait permettre une meilleure appropriation des aides mises en place et une plus large utilisation avec un effet plus significatif concernant l'impact des missions sur les familles.

Proposer des outils complémentaires : les techniques d'optimisation du potentiel pourraient être adaptées et proposées aux conjoint(e)s dans la préparation au départ du militaire. Certains programmes largement utilisés par d'autres armées et ayant fait leur preuve, tels que le programme FOCUS, pourraient être adaptés aux familles de nos militaires.

Favoriser l'adaptation professionnelle des conjoints : il s'agirait de permettre au conjoint d'avoir une plus grande disponibilité, sans être confronté à une perte de ressource. Il pourrait

être envisagé d'octroyer un droit d'adaptation du temps de travail au conjoint du militaire projeté, sur la base du volontariat ; la perte financière induite serait prise en charge par un fond de pension militaire. Le temps libéré par cette mesure, permettrait à la fois d'accorder une plus grande disponibilité aux enfants et/ou à la famille et de limiter l'isolement géographique des conjoints.

Conclusion

Il s'agit d'une étude de cohorte descriptive prospective multicentrique réalisée à partir de trois auto-questionnaires remplis directement par les conjoint(e)s, à trois temps différents de la mission (pré déploiement, mi-mandat et post déploiement). Les questionnaires intègrent des échelles d'évaluation largement validées (la HAD et la SF12). Elle concerne une population de 71 conjoint(e)s de l'Armée de terre, de l'Armée de l'air et de la Marine nationale. Cette étude met l'accent sur la symptomatologie anxiodépressive chez les conjoint(e)s de militaires projetés en OPEX ou en MCD évoluant selon le cycle émotionnel du déploiement. Elle montre un effet spiral sur le conjoint. De plus, elle met en avant une clinique du stress dans le cas de la projection pour une opération extérieure et une clinique de la perte pour les missions de courtes durées. Cette étude retrouve un impact psychologique sur les enfants avec des troubles du comportement et une tristesse de l'humeur au premier plan. Nous retrouvons un effet sur la relation de couple évoluant en fonction du cycle du déploiement. Ce travail retrouve peu d'impact sur l'équilibre familial. Enfin, nous ne retrouvons pas de différence significative avec l'étude menée par l'interne Tchikaya Batchy K. en 2016, hormis une symptomatologie dépressive plus élevée au T1. Ces résultats nous invitent à imaginer de nouvelles aides visant à limiter l'impact psychologique des projections sur les conjoints des militaires, comme la création d'un portail unique ayant un abord plus participatif ou la constitution d'un fond de pension devant assouplir le temps de travail des conjoints sans perte de salaire.

Références :

1. 13ème Rapport, revue annuelle de la condition du militaire, Décembre 2019, Haut Comité d'Evaluation de la Condition Militaire.
2. CHIFFRES CLEFS de la Famille 2016. 2012;20.
3. Christopher H. Warner, George N. Psychological Effects of Deployments on Military Families. *Psychiatric Annals*. févr 2009; Volume 39.
4. SteelFisher GK, Zaslavsky AM, Blendon RJ. Health-related impact of deployment extensions on spouses of active duty army personnel. *Mil Med*. mars 2008;173(3):221-9.
5. Mansfield AJ, Kaufman JS, Marshall SW, al. Deployment and the use of mental health services among U.S. Army wives. *N Engl J Med*. 14 janv 2010;362(2):101-9.
6. Eric De Soir, Lucien Lemal , « Impact de missions de longue durée sur les militaires et leurs proches », *Stress et Trauma*, 2013 ; 3(4) :235-239.
7. Paley, B., Lester, P., & Mogil, C. (2013). Family systems and ecological perspectives on the impact of deployment on military families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16 (3), 245–265.
8. Carter, S. P., Loew, B., Allen, E. S., Osborne, L., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2015). Distraction during deployment: Marital relationship associations with spillover for deployed army soldiers. *Military Psychology*, 27 (2), 108–114.
9. Fairbank JA, Briggs EC, Lee RC, et al. Mental Health of Children of Deployed and Nondeployed US Military Service Members: The Millennium Cohort Family Study. *J Dev Behav Pediatr*. 2018;39(9):683–692. doi:10.1097/DBP.0000000000000606.
10. Barker, L., & Berry, K. (2009). Developmental Issues Impacting Military Families With Young Children During Single and Multiple Deployments. *Military medicine*, 174(10), 1033-1040.

11. Lester, P., Peterson, K., Reeves, J., Knauss, L., Glover, D., Mogil, C., Wilt, K. (2010). The long war and parental combat deployment: effects on military children and at-home spouses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 310-320.
12. Davis, H., & Treiber, F. (2007). Perceived stress, heart rate, and blood pressure among adolescents with family members deployed in Operation Iraqi Freedom. *Military Medicine*, 172(1), 40-43.
13. L'accompagnement des familles de militaires partis en missions extérieures. ministère de la Défense et des anciens combattants, direction des ressources humaines du ministère de la Défense; 2011.
14. Evaluation de l'impact psychologique et du retentissement psychosocial des missions opérationnelles des militaires sur leur conjoint et leur famille : Résultats préliminaires, thèse présentée par madame Krystel TCHIKAYA-BATCHY. 2016.

B. Annexe 2. Attestation de soumission à la revue Médecine et Armées



Service de santé des armées
École du Val-de-Grâce
Direction

Paris, le 14 octobre 2020
N° 105/EVDG/DIR/SEC/NP

ATTESTATION

Je soussigné, Monsieur le Médecin général Éric KAISER, Directeur de l'École du Val-de-Grâce, certifie par la présente que

l'Interne des hôpitaux des armées TERRIER Delphine

a soumis un article à la revue Médecine & Armées intitulé :

Évaluation de l'impact psychologique de la projection des militaires sur leur conjoint et leur famille : étude de cohorte descriptive prospective multicentrique

Cet article est issu de son travail de thèse.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Le Médecin général É. KAISER
Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Directeur

IHA Delphine TERRIER
Hôpital d'instruction des armées LAVERAN
Service de Psychiatrie
34, Boulevard Laveran
13013 MARSEILLE

1, Place Alphonse-Laveran
75230 PARIS CEDEX 05
evdg.cmi@intradef.gouv.fr
Dossier suivi par : SACN GUILLOU

1/2

C. Annexe 3. Tableaux reprenant les références bibliographiques

Tableau 1. Littérature anglosaxonne. Déploiement et conjoints.

Warner G.N., <i>et al</i> (2009) (13)	- 295 conjoints, - dépression : 43.7% avant le déploiement, - éléments stressants : la sécurité du militaire déployé 96.3%, solitude 89,8%, enfant en bas âge 63,1 %, problèmes de communication avec le militaire 61,4 %, maintenir l'équilibre entre travail et obligations-responsabilités familiales 52,9%.
Dursun S., <i>et al</i> (2009) (14)	- 1661 conjoints de militaires des Forces Canadiennes en 2005/06, - pré déploiement : sentiment de fierté, de contrôle et de maîtrise, - déploiement : dépression, anxiété, colère , utilisation importante des services d'aide, - 10% des conjoints ont pensé au suicide pendant la carrière de leur conjoint militaire.
Eaton K.M., <i>et al</i> (2008) (15)	- 940 conjoints, - prévalence de troubles mentaux : 12,2% de dépression sévère, 17,4% d'anxiété généralisée, 4,3% d'augmentation des consommations d'alcool, - barrières aux soins : 20,6% ne savent pas où trouver de l'aide, 26% ont des difficultés à planifier un rendez-vous, 43% ont des difficultés à se libérer suffisamment de temps par rapport au travail et aux enfants, 26% n'ont pas le budget nécessaire.
Burton T., <i>et al</i> (2009) (16)	- 130 participants : 68 conjoints de militaires non déployés (CND) et 62 conjoints de militaires déployés (CD), - CD : score de stress perçu significativement plus élevé que les CND. Les scores de somatisation sont également significativement plus élevés chez les CD que chez les CND.
SteelFisher G.K., <i>et al</i> , (2008)(17)	- 774 conjoints, - déploiement : solitude (78.2%) , anxiété (51.6%), dépression 42.6% et impact négatif sur la santé (20.9%).
Mansfield A.J., <i>et al</i> (2010) (18)	- dossiers médicaux entre 2003/2006, 250 626 épouses de militaires américains d'active - comparaison des diagnostics de santé mentale en fonction du nombre de mois de déploiement dans le cadre de l'opération Iraqi Free-dom et de l'opération Enduring Freedom en Afghanistan au cours de la même période, - déploiement pendant 1 à 11 mois : 18% dépression, 25% anxiété, 21% troubles du sommeil, 23% stress aigu et trouble de l'adaptation, - déploiement supérieur à 11 mois : 24% dépression, 29% anxiété, 40% troubles du sommeil, 39% stress aigu et trouble de l'adaptation.
Services de bien-être et moral des FC, (2017) (20)	- 11 600 participants, - les principaux besoins non satisfaits sont : conciliation travail-famille, difficultés financières et problèmes de couple. La vaste majorité des répondants a indiqué qu'ils n'avaient pas besoin des ressources de soutien, que les programmes et services ne répondaient pas à leurs besoins ou qu'ils n'étaient pas au courant des ressources de soutien à leur disposition.
Gorman L., <i>et al</i> (2011) (21)	- 544 participants (332 membres de la Garde Nationale (GN) et 212 proches), évaluation des symptômes de santé mentale, de l'utilisation des services et des obstacles au traitement, - 40 % des GN et 34 % des proches avaient un ou plusieurs problèmes de santé mentale. Parmi eux, 53 % avait demandé une aide (50 % des soldats et 61 % des proches), Les obstacles aux soins décrits sont les coûts des soins, les difficultés à fixer des rendez-vous, la difficulté à obtenir des congés et le fait de ne pas savoir où trouver de l'aide, - augmentation de 15 % du taux de consultation médicale pour cause psychologique et comportementale. Avec une diminution des autres motifs de consultations de 11%.
Borelli J.L., <i>et al</i> (2014) (24)	- trois temps (avant, pendant et après le déploiement), évalue l'attachement et la satisfaction relationnelle, - plus l'attachement est évitant, plus le conjoint est anxieux et ressent des émotions négatives. Le type d'attachement dans le pré déploiement est relié à la satisfaction relationnelle dans le post déploiement.

Skomorovsky A., <i>et al</i> (2014) (26)	<ul style="list-style-type: none"> - étude des rôles du stress lié au déploiement et du soutien social dans le bien-être psychologique des conjoints de militaires déployés (N = 639), - résultats : le stress lié au déploiement et le soutien social perçu de la part de la famille, des amis non militaires et du partenaire militaire jouent un rôle indépendant dans le bien-être psychologique des conjoints de militaires. Ces données suggèrent qu'il est important de prendre en compte le soutien social perçu pour expliquer la variation du bien-être psychologique des conjoints de militaires.
Schumm W.R., <i>et al</i> (2000) (27)	<ul style="list-style-type: none"> - évolution de la satisfaction et de la qualité du mariage des soldats avant, pendant et après le déploiement, - résultats : baisse modérée de la satisfaction conjugale pendant le déploiement mais pas de changement à long terme. La qualité conjugale n'a pas changé de manière significative au fil du temps. Les taux de stabilité conjugale étaient particulièrement bas pour les soldats qui ont déclaré que leur mariage était en difficulté avant le déploiement. Il semble que les mariages stables peuvent survivre à des déploiements de six mois sans que la satisfaction ou la qualité ne diminue à long terme.
Cox J., <i>et al</i> (2012) (36)	<ul style="list-style-type: none"> - 144 enquêtes-questionnaires ont été remplies par des membres des forces armées américaines (n = 33) et leurs partenaires relationnels (n = 111), - la résilience, la satisfaction relationnelle et l'accord ont tous fluctué au cours des étapes du déploiement (pré, pendant et post déploiement). Les partenaires étaient également plus résistants et éprouvaient une plus grande satisfaction relationnelle que les soldats déployés, tandis que les soldats éprouvaient des niveaux d'entente relationnelle plus élevés.

Tableau 2. Littérature anglosaxonne. Stratégie d'adaptation et communication.

Dimiceli E.E., <i>et al</i> (2010) (19)	<ul style="list-style-type: none"> - 77 conjoints, sur les stratégies d'adaptation : l'approche axée sur le problème (agir activement sur le problème ou sa source) ou l'approche émotionnelle (tend à réduire la détresse émotionnelle et se caractérise généralement par l'évitement), - les conjoints identifient le déploiement comme une des expériences le plus stressantes, utilisent majoritairement l'approche axée sur le problème, - l'approche émotionnelle est associée à une majoration de symptômes physiques, contrairement à l'approche axée sur le problème qui est associée à une diminution des symptômes physiques, - l'approche axée sur le problème est associée à une diminution des symptômes de dépression.
Dolphin K. E., <i>et al</i> (2015) (25)	<ul style="list-style-type: none"> - étude du lien entre ressources personnelles (adaptation, mésadaptation et résilience), émotions positives et symptômes dépressifs chez les épouses de militaires (N = 252) dans le post déploiement, - résultats : les émotions positives sont liées aux trois ressources personnelles (positivement à l'adaptation et à la résilience, négativement à la mésadaptation). La capacité d'adaptation et la résilience sont liées à une diminution des symptômes dépressifs et la mésadaptation à une augmentation des symptômes dépressifs. Les résultats confirment le rôle important que jouent les émotions positives dans la diminution des symptômes dépressifs.
Erbes C.R., <i>et al</i> (2017) (28)	<ul style="list-style-type: none"> - évaluations des facteurs de risque/protection et des mesures de base du fonctionnement de la santé mentale 2 à 5 mois avant les déploiements. Soldats de la Garde nationale (N = 1973) et conjoints (N = 1020). La santé mentale des partenaires a été réévaluée 4 mois (Temps 2) et 8 mois (Temps 3) après le déploiement des soldats, et les conjoints et les soldats ont été réévalués 2 à 3 mois après le déploiement (Temps 4), - résultats : évolution des symptômes de dépression du partenaire a révélé 4 groupes : résilience (79,9 %), détresse de déploiement (8,9 %), détresse d'anticipation (8,4 %) et détresse post-déploiement (2,7 %). Trois trajectoires d'abus d'alcool ont été identifiées : La résilience (91,3 %), le début du déploiement (5,4 %) et la résistance au déploiement (3,3 %),

	- délimiter et prévoir les trajectoires d'adaptation du partenaire peut permettre de mieux cibler les interventions sur les personnes les plus exposées à une détresse accrue ou à des problèmes d'alcool au cours du cycle de déploiement.
Padden D. L., <i>et al</i> (2010) (35)	- évaluation du lien entre stress, adaptation, bien-être général et caractéristiques sociodémographiques, épouses de militaires en service actif en cours de déploiement (N=105), -résultats : le stress perçu était le meilleur prédicteur du bien-être mental et physique, représentant respectivement 51,7 % et 25,4 % de la variance. Une adaptation évasive et optimiste a contribué à la variance du bien-être mental à hauteur de 1,9 % et 4,3 % respectivement. Différentes adaptations entre les groupes de grades, ceux qui ont grandi dans une famille de militaires et ceux qui ont déjà été séparés par un déploiement.
Everson R. B., <i>et al</i> (2013) (40)	- évaluation des effets du stress parental sur le contentement éprouvé par les conjoints des soldats déployés en Irak pendant de longues périodes (n = 200), - stress parental, durée du déploiement et origine ethnique du conjoint de l'armée sont des facteurs de stress contribuant à influencer la perception de la capacité d'adaptation de la famille et le sentiment de cohérence éprouvé par le conjoint lors de déploiements de longue durée (moyenne = 4,6 mois). L'âge moyen des enfants à la maison s'est avéré avoir un effet significatif sur le sentiment de cohérence dans cet échantillon particulier de femmes. L'influence des facteurs de stress sur la satisfaction de la vie est améliorée par le sentiment de cohérence (c'est-à-dire la perception de la compréhensibilité, de la capacité à gérer et de la signification dans la vie quotidienne). Les conjoints ayant un sens plus élevé de la cohérence éprouvaient une meilleure satisfaction de leur vie pendant les déploiements.
Carter S. P., <i>et al</i> (2015) (41)	- trois facteurs relationnels (satisfaction conjugale, communication conflictuelle et proportion de la conversation axée sur les problèmes) ont été testés en tant que modérateurs de la fréquence de communication et des retombées négatives du mariage sur le travail pour les soldats, - les résultats suggèrent que la satisfaction conjugale est moindre, l'accent mis sur les problèmes pendant la communication et la communication conflictuelle affectent négativement les soldats déployés , et que les couples de militaires peuvent s'auto-limiter dans la fréquence des communications pendant le déploiement lorsqu'ils éprouvent une satisfaction conjugale moindre et des taux plus élevés de communication négative.
Marini C.M., <i>et al</i> (2019) (44)	- étude concentrée sur deux comportements que les conjoints de militaires peuvent utiliser pour gérer la frontière émotionnelle lors des temps de communication : la minimisation de leurs propres préoccupations et minimisation des préoccupations des militaires, - échantillon de 154 couples de militaires mariés dont le mari était un soldat de la Garde nationale : les conjoints sont plus susceptibles de minimiser leurs propres préoccupations - et celles des militaires - lorsqu'ils signalent eux-mêmes des niveaux plus élevés de symptomatologie dépressive avant le déploiement. La minimisation par les conjoints des préoccupations des militaires pendant le déploiement a prédit des niveaux plus élevés de symptomatologie dépressive des militaires à la réintégration.

Tableau 3. Littérature anglosaxonne. Impact de la blessure ou souffrance du militaire.

Gorman L., <i>et al</i> (2014) (22)	- membres de la Garde nationale déployés en Irak et en Afghanistan entre 2006 et 2009, - influence des blessures physiques sur le fonctionnement familial et la phase de réintégration après le déploiement (ajustement des relations, stress parental et évolution des relations entre familles ayant déclaré une blessure et familles n'en ayant pas subi), - résultats préliminaires : une blessure liée au déploiement peut avoir un effet plus important sur la santé mentale et sur le stress parental des militaires que sur leur conjoint au stade précoce du pré déploiement.
Goff B.S.N., <i>et al</i>	- étude du post déploiement immédiat, sur 45 soldats masculins et leurs conjointes,

(2007) (33)	- résultats : symptômes de traumatisme chez le militaire (trouble du sommeil, dissociation et les problèmes sexuels graves) prédit une moindre satisfaction conjugale et relationnelle pour les soldats et leurs partenaires féminines.
Renshaw K.D., <i>et al</i> (2008) (34)	- conjoints de soldats de la Garde nationale post déploiement immédiat en Irak, - niveaux élevés de symptômes psychologiques chez ces conjoints. Les conjoints ressentent une plus grande gravité des symptômes lorsqu'ils perçoivent des niveaux élevés de symptômes chez les soldats. La satisfaction conjugale des conjoints n'était liée de manière négative à la gravité des symptômes signalés par les soldats que lorsque les conjoints percevaient que le soldat avait un faible niveau d'activité de combat lorsqu'il était déployé. Ces résultats soulignent l'importance des perceptions interpersonnelles dans les relations intimes.
Leifker, F. R., <i>et al</i> (2015) (37)	- parmi les militaires dont les symptômes de TSPT sont plus graves : bienveillance, compréhension et validation des conjoints sont associées à une augmentation des émotions négatives , en particulier la peur, - l'intimité prodiguée par le conjoint est associée à une augmentation des émotions négatives chez les personnes présentant des symptômes de TSPT élevés, tandis que lorsqu'ils sont à l'origine de cette intimité, on observe une diminution des émotions négatives.
Blow A. J., <i>et al</i> (2015) (38)	- des interventions efficaces auprès des couples sont importantes pour les militaires du fait de l'impact du TSPT lié au déploiement sur les relations de couple, - la thérapie axée sur les émotions serait un bon moyen de travailler avec ces couples qui sont confrontés au TSPT.

Tableau 4. Littérature anglosaxonne. Grossesse et déploiement.

Haas D.M., <i>et al</i> (2007) (30)	- étude transversale, mono centrique, de janvier à mai 2005, 525 questionnaires distribués, 463 (88,2 %) retournés, - résultats : le fait d'avoir un partenaire déployé, d'être en service actif, d'avoir un âge gestationnel avancé et d'avoir plus d'un enfant à la maison sont des facteurs prédictifs d'un niveau de stress plus élevé. La présence d'une personne de soutien est un facteur protecteur contre le stress.
Haas D.M., <i>et al</i> (2005) (31)	- étude transversale monocentrique, mai 2003, 279 questionnaires retournés (93,3% des questionnaires distribués), - résultats : femmes ayant un partenaire déployé signalent des niveaux de stress élevés, un impact important du déploiement sur leur stress, un changement de leurs habitudes alimentaires, l'aggravation de leur stress par la couverture médiatique. Le déploiement d'un partenaire, le fait d'avoir plus d'un enfant à la maison et le fait d'être en service actif sont associés à des niveaux de stress plus élevés.
Robrecht D.T., <i>et al</i> (2008) (32)	- comparaison des résultats de l'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS) chez les femmes dont le conjoint a été déployé pendant ou après la grossesse (CD) par rapport à celles dont le conjoint (CND) n'a pas été déployé. Etude réalisée sur 10 mois, - résultats : 415 scores analysés. Le score moyen d'EDPS des femmes CD était de 7,36 contre 4,81 pour les CND. Ainsi, le déploiement du conjoint pendant la grossesse peut être un facteur de risque de dépression.

Tableau 5. Littérature anglosaxonne. Enfant et déploiement.

Fairbank J.A., <i>et al</i> (2018) (48)	La plupart des enfants n'ont pas été signalés, par leurs parents, comme ayant des problèmes de santé mentale, émotionnels ou comportementaux. Cependant, pour une minorité importante d'enfants, les déploiements parentaux, par rapport à ceux sans déploiement, ont été associés à un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et de dépression. La probabilité que les enfants soient dépressifs selon les parents était nettement plus élevée dans les groupes de déploiement que dans le groupe sans déploiement
--	---

McGuire A.C., <i>et al</i> (2016) (49)	- 1 332 partenaires des forces de défense australiennes (taux de réponse de 36 %), avec 1 095 enfants âgés de 4 à 17 ans, - les enfants qui ont vécu deux déploiements ou plus présentent davantage de problèmes de comportement , ainsi les effets négatifs sur les enfants peuvent s'accroître avec l'augmentation des absences des parents en raison du déploiement.
Bello C.F., <i>et al</i> (2015) (50)	- revue systématique de la littérature de 2001 à 2014, pour examiner les effets du déploiement et de la réintégration familiale sur les enfants des familles militaires, - L'adaptation d'un enfant est influencée par l'âge et le développement de l'enfant, la santé mentale et l'adaptation du parent non déployé pendant le déploiement, la santé mentale des deux parents pendant la réintégration familiale, et la résilience/vulnérabilité préexistante, les risques cumulés et les ressources de l'enfant et de la famille.
Barker L., <i>et al</i> (2009) (51)	- évaluation de l'impact des multiples déploiements sur les familles avec enfants, - les jeunes enfants présentaient des troubles du comportement accrus pendant le déploiement et des troubles de l'attachement accrus en post déploiement , - troubles du comportement des enfants sont liés à différentes caractéristiques individuelles (âge, tempérament de l'enfant, nombre de facteurs de stress signalés) et extérieures (durée du déploiement, temps total d'absence et nombre de déménagements), - comportements d'attachement des enfants liés à : durée du déploiement, nombre de déploiements et nombre de facteurs de stress auxquels le parent était confronté.
Gorman G.H., <i>et al</i> (2010) (52)	- étude de cohorte rétrospective, 2006/07, 642 397 enfants âgés de 3 à 8 ans et 442 722 parents militaires ont été inclus, - les consultations en santé mentale ont augmenté de 11 % chez les enfants lorsqu'un parent militaire était déployé, troubles du comportement ont augmenté de 19 % et troubles liés au stress de 18 % . Les taux ont particulièrement augmenté chez les enfants plus âgés et les enfants de parents mariés et de militaires de sexe masculin.
Chartrand M., <i>et al</i> (2008) (53)	- étude transversale monocentrique, parents et éducateurs d'enfants âgés de 1 à 5 ans. 169 des 233 familles consentantes (73 %) ont participé, - enfants âgés de 3 ans ou plus ayant un parent déployé présentent des symptômes comportementaux plus importants que leurs pairs sans parent déployé , après avoir contrôlé le stress et les symptômes dépressifs du fournisseur de soins.
Lester P., <i>et al</i> (2010) (54)	- étude des difficultés d'adaptation comportementale et émotionnelle chez des enfants âgés de 6 à 12 ans (N = 272) de parents militaires déployés ou récemment rentrés. Les parents civils au foyer (AHC) (N = 163) et/ou leurs parents en service actif (AD) récemment rentrés (N = 65)) ont été interrogés. Les résultats de l'adaptation des enfants ont été examinés par rapport à la détresse psychologique des parents et aux mois de déploiement au combat, - la détresse parentale (AHC et AD) et la durée cumulative des déploiements parentaux au cours de la vie de l'enfant ont prédit indépendamment une augmentation de la dépression de l'enfant et des symptômes d'anxiété . L'anxiété était significativement élevée chez les enfants des deux groupes de déploiement.
Engel R., <i>et al</i> 2010 (57)	- enfant de 3 à 11 ans, - déploiement : résultats scolaires légèrement inférieurs . Retour du parent : augmentation modérée des résultats. Quatre ans plus tard : scores similaires.
Mmari K., <i>et al</i> (2009) (58)	- onze groupes de discussion ont été menés auprès d'adolescents de familles de militaires, de parents de militaires et de personnel scolaire dans des écoles touchées par l'armée sur cinq bases militaires, - résultats : l'une des principales sources de stress pour les familles est l'adaptation et la réadaptation aux nouveaux rôles et responsabilités . Stress surtout ressenti après le retour du parent déployé. Le personnel scolaire a également indiqué que de nombreux enseignants et conseillers ne sont pas préparés à traiter les questions de déploiement chez les élèves militaires. 71 % des enfants et adolescents disent que le plus grand changement pendant le déploiement était l'augmentation des responsabilités à la maison.

<p>Larson M.J., <i>et al</i> (2012) (59)</p>	<p>- étude pré-post déploiement, sur les modèles de soins de santé de plus de 55.000 conjoints et 137.000 enfants de parents déployés et d'un groupe de comparaison de personnes à charge, - résultats : le déploiement est associé à une augmentation nette du recours aux consultations de spécialistes (4,2 % des conjoints, 8,8 % des enfants), aux antidépresseurs (6,7 % des conjoints, 17,2 % des enfants) et aux anxiolytiques (14,2 % des conjoints, 10 % des enfants), - les problèmes émotionnels ou comportementaux semblent contribuer à l'augmentation des consultations chez les spécialistes et au recours aux médicaments lors du déploiement.</p>
<p>Gibbs D., <i>et al</i> (2007) (61)</p>	<p>- étude de l'association entre le déploiement et le taux de maltraitance des enfants, entre septembre 2001 et décembre 2004, - résultats : 1858 parents dans 1771 familles différentes ont maltraité leurs enfants. Dans ces familles, le taux global de maltraitance des enfants était plus élevé pendant les périodes de déploiement que pendant les périodes de non-déploiement. Pendant le déploiement, les taux de maltraitance modérée ou grave étaient élevés. Les taux de négligence des enfants étaient presque deux fois plus élevés pendant le déploiement. Le taux de violence physique était moindre pendant le déploiement.</p>
<p>McCarroll J., <i>et al</i> (2008) (63)</p>	<p>- revue du taux de victimes et la gravité de la maltraitance des enfants dans les familles de l'armée américaine selon le sexe de l'enfant et du parent de 1990 à 2004, - les taux de négligence : augmentation franche au cours de deux déploiements à grande échelle de l'armée américaine au Moyen-Orient (1991 et 2002-2004). Ceux-ci sont les plus élevés pour les plus jeunes enfants et diminuent avec l'âge, - taux de violence physique ont diminué entre 1990 et 2004, mais la baisse a été ralentie entre 2001 et 2004. La violence physique était plus grave chez les hommes, - taux de violence psychologique : importantes fluctuations, similaires pour les garçons et les filles jusqu'à l'âge de 11 ans, mais plus élevés pour les filles plus âgées, - abus sexuels : taux les plus faibles pendant toute la période couverte par ce rapport, - violence physique et de négligence : plus élevés pour les garçons que pour les filles jusqu'à l'adolescence.</p>

B. Annexe 4. La parole des conjoints

1. Concernant le premier questionnaire :

a. *A propos du conjoint :*

« Je fais du sport, je m'organise, je mets en place plusieurs projets ».

« A cause de la grossesse et de l'accouchement qui doit avoir lieu pendant la mission, je me sens moins tranquille que pour les autres départs en mission. Je redoute qu'il ne puisse pas être là pour la naissance et que le lien avec son bébé soit plus difficile à établir. »

« Dialogue avec les amis en commun, échanges postaux »

« Organisation de week end et de sortie pour s'occuper l'esprit, me mettre à fond dans le travail. »

« Je ressens également de la fatigue/lassitude. L'annonce de la grossesse est arrivée très peu de temps avant le départ, ce qui suscite, pour ce départ, des sensations très diverses (joie intense, tristesse, frustration, joie à nouveau, inquiétude, impatience du retour, ...). »

« J'ai développé un syndrome de planification (si on peut appeler ça comme ça). Dès qu'il part en mission opérationnelle, je compte le nombre de weekend à tenir et je mets en place une liste de tâche à effectuer dans la maison, une liste de chose à faire. Et surtout, j'essaye de planifier plein de rendez-vous avec copines et famille sur le samedi et dimanche pour que ça passe plus vite. Et j'ai repris le sport pour évacuer un peu. »

« J'ai très bien vécu le premier départ en OPEX de mon mari (Mali fév/juin 2018) malgré les difficultés. Je suis très indépendante, je bouge beaucoup. Mais cette année, je ne suis pas dans le même état d'esprit vis-à-vis de mon état de santé : je suis un traitement hormonal depuis octobre et par conséquent, je me sens beaucoup plus fragile et j'ai besoin de lui pour avoir le moral, ce qui explique que ce soit beaucoup plus dur pour moi qu'il parte malgré le fait que j'étais totalement à l'aise à l'idée qu'il reparte. »

« vie professionnelle, vie sociale, sport, j'envisage de prendre part à une vie associative (déjà fait par le passé) mais souhaite changer de domaine, développement ou culturel. »

« Enceinte de 8 mois, mon conjoint vient de partir pour 4 mois à Djiboutji donc il sera absent pour la naissance de son premier enfant. J'ai donc déménagé chez mes parents pour la durée de la mission afin de ne pas être seule. La solitude c'est ce qu'il y a de plus difficile à vivre à mon avis lorsque nos conjoints partent. Il est essentiel d'être entourée ! »

« J'aurais du mal à être aussi disponible pour mon service quotidien. »

« Je ressens beaucoup de fatigue. Le temps d'absence est très long, ... »

« J'ai programmé deux semaines de vacances dans ma famille. Cet objectif me donne un but, une attente. »

b. A propos du couple :

« Nous communiquons beaucoup, on parle, on s'appelle pour se tenir au courant. »

« Je suis lassée et je subis à ce jour les missions de mon conjoint. Il n'y a plus de plaisir et les retours sont compliqués. Les missions sont rapprochées les unes des autres et aucun projet n'est envisageable pour notre famille. Je n'attends rien des armées mais cependant je souhaiterais plus d'attention qu'une simple lettre à chaque mission. De plus lorsque mon conjoint est à terre je souhaiterais plus de présence de sa part, lorsqu'il rentre il est autant absent à cause de ses permanences et ses exercices ou ses horaires à rallonge. De plus je constate que son moral est en berne à cause de l'éloignement familial et cela me fait souffrir. »

« L'impact psychologique est diminué lorsque l'annonce de la mission (départ/retour) est donnée tôt. »

« J'ai pris contact avec d'autres épouses pour que nous puissions nous retrouver ensemble tout au long de l'absence de nos époux afin de créer un groupe d'entraide. »

« Je fais partie d'associations afin de m'occuper. »

« Toujours se quitter en bons termes, nous nous écrivons une lettre avant chaque mission, parler du retour, échanger ensemble sur les règles à suivre en mission pour le couple, faire des projets pour le temps de la mission et d'autres pour le retour, créer une routine" »

« Pas de problème particulier. Etant un couple de militaires, on connaît les contraintes du métier (chacun son tour). »

« Crainte de la séparation, de la fidélité du conjoint dans un autre pays avec des gens qu'il va côtoyer les mêmes personnes plusieurs semaines, de se retrouver seule, du manque de la personne. »

« Discuter des craintes avec le conjoint partant en mission, relativiser (la dernière mission s'est bien passée, ce n'est pas si long, ce n'est pas dangereux), concentrer mon énergie à accomplir des choses positives, ne pas rester seule (famille, ...) »

« En 19 ans de vie de couple, je ne sais plus le nombre exact de départs en mission. Je n'ai jamais eu de contact de la part du régiment. J'ai toujours dû compter que sur moi, sans jamais être informée. Je me suis toujours sentie à part. Même lors du décès d'un de mes parents, je n'ai pas pu contacter mon conjoint et j'ai dû gérer cela seule. Entre les erreurs sur la solde, le quotidien, ... pas évident. On nous met dans des situations compliquées (par exemple avec des erreurs de solde, de déclaration aux impôts). Pourtant

mes grands-pères étaient militaires et mon père policier, je n'ai que de la colère contre l'institution qui se fiche de leurs hommes pourtant investis dans leur métier. »

c. A propos des enfants :

« Pour notre fille, nous mettons en place une boîte à bisous comprenant un bout de papier avec un bisou pour chaque jour d'absence, quand il n'y a plus de bisou papa revient, une boîte avec des petits mots en cas de coup dur, une lettre, un album photo d'elle et de son papa. Nous essayons de beaucoup verbaliser avant le départ et de passer le maximum de temps ensemble. »

« Nous préparons beaucoup notre fils avant le départ et cela semble se manifester par un attachement plus marqué vis à vis de moi (la maman) ».

« Nous avons ressorti le tableau aimanté fabriqué par les enfants, peint en bleu avec un chemin de 150 cases que l'on adapte en fonction des missions. Les enfants déplacent le porte-avions aimanté chaque jour. Cependant, avant le départ, mon mari est déjà absent dans son comportement et son implication avec la famille... »

« En Mars 2019, il a été donné un calendrier permettant de créer des habitudes durant la mission. A ce jour, rien n'a été remis. »

« Je planifie, j'organise beaucoup les différentes étapes pour la famille (ex : cette année : vente de la maison, déménagement, vacances familiales, rencontre avec les enseignants avant le départ). Je dis aux enfants que ça va passer vite, je réfléchis à des projets de sorties sans papa. Je sors avec des amies. »

« On a pris une nourrice en cas de besoin pendant l'absence de mon conjoint et les enfants ont été ajouté à l'étude de l'école jusqu'à 18h. »

« J'ai prévu déjà depuis plusieurs semaines l'organisation avec ma fille de 13 mois pour les 4 mois de séparation. Ne travaillant pas (infirmière), car mes horaires et planning sont trop complexes à gérer avec un mari très absent et la famille sur qui compter trop loin, j'ai prévu d'aller voir la mienne et mes amies viendront en avril et en mai (environ 1800km). De la famille et des amis viendront en mars et juin. J'essaye de m'entourer au mieux pour faire passer plus rapidement la mission sinon je vais très vite me sentir seule et déprimée. De plus cela rassure mon mari. »

« Parents de jumeaux, nous travaillons tous les deux. A deux, c'est déjà compliqué de s'occuper des enfants, du travail, de la maison et du couple mais là, seule pendant 2 mois, ça va être l'horreur. Je sais que je vais tenir 3 semaines et après ça va être dur ».

2. Concernant le deuxième questionnaire :

a. A propos du conjoint :

« J'ai une grossesse pathologique. Être seule et isolée par les conditions sanitaires actuelles altère mon état émotionnel. A ce jour, je n'ai pas trouvé de solution à mettre en place pour mieux vivre la situation. »

« Les réponses à ce questionnaire sont particulières du fait du confinement. Les plus du confinement : moins de douleur et d'angoisse dû à mon travail. Les moins : le soutien habituel de mes amis et proches est moindre et cela rend la mission difficile d'une autre façon. »

« Je fais du sport et de la peinture pour m'aider à supporter l'absence. »

« Je prévois beaucoup d'activité les weekends avec les enfants. Je vois beaucoup les copines. Je prends du temps pour moi. »

« Il y a toujours un moment où l'absence est plus difficile à supporter qu'au début de l'opération. Son manque d'investissement dans les communications et dans le partage de son ressenti me fait avoir peur de le perdre et me frustre. »

« Normalement, je travaille plus, je sors plus chez mes amis et ma famille. Ce qui est impossible actuellement à cause du confinement. Je suis donc seule chez moi, enfermée quand je suis en repos. Je travaille car je suis dans le médical, heureusement ce qui me permet de voir du monde et de me changer les idées, mais mentalement très fatigant en cette période de virus présent. »

« Au fur et à mesure que les missions s'enchaînent, année après année, je les subis de plus en plus. Je sens que je me renferme sur moi-même décomptant les jours qui me rapprochent de son retour. J'appréhende énormément déjà les futures missions. Ses absences prolongées impactent directement et profondément mon moral, mon comportement et ma manière de vivre ma vie. »

b. A propos des enfants :

« Pour notre fille, nous mettons en place une boîte à bisous avec un bisou par soir d'absence et des petits mots de son papa, carte du monde avec l'endroit où il se trouve, livres, verbalisation, semainier... De plus, je m'organise en amont pour anticiper au maximum quand j'aurai besoin d'aide. »

« Nous venons d'apprendre le prolongement de la mission de mon mari d'au moins 5 semaines, ce qui complique les choses pour nos enfants. Mise en place d'une frise du temps mais qu'il va donc falloir agrandir... »

6. Concernant le troisième questionnaire :

a. A propos du militaire :

« Je lui laisse du temps seul avec sa fille. Je prépare notre fille à son retour. Je prévois des moments tous les 3 sans la pression du quotidien. »

« Mon époux est rentré à la maison seulement le 1er mai après sa quatorzaine à St Mandrier à la suite du COVID 19 à bord du PACDG. À son retour je lui laisse prendre ses marques, ranger ses affaires. Je ne lui demande rien, je le laisse reprendre son rythme et sortir de sa mission. C'est assez rapide en une semaine tout est comme avant. »

« Le plus compliqué a été d'organiser les mesures barrières (mon épouse étant infectée au COVID). Tout est rapidement rentré dans l'ordre. L'équipage étant déconnecté de la réalité du COVID à terre. »

b. A propos des enfants :

« Le retour s'est très bien passé vis-à-vis de notre fille depuis elle ne se réveille plus les nuits. A contrario les couchers sont compliqués avec des hurlements parfois pendant une heure. Mon mari s'occupe très bien d'elle. Il peut me proposer d'aller me reposer en s'occupant alors qu'à d'autres moments je vais devoir tout gérer sans répit. Les problèmes dans la famille de mon époux font qu'au retour, il a préféré s'en occuper me relayant totalement au second plan. Première soirée donc très difficile et inattendue pour ma part après 14 semaines seule. Il a souhaité également s'acheter une PS4, sur laquelle il joue souvent depuis, impactant notre vie de couple. C'est son échappatoire. Un IED a sauté 48h après son passage en convoi au Mali, les photos qui lui ont été fournies l'ont perturbé plus que je ne le pensais. Il me l'a évoqué lors d'une dispute. En somme, les permissions devraient nous aider à retrouver un équilibre. »

« Le plus dur a été de faire comprendre à notre fille que ce que disait et demandait papa était vrai et à faire... car elle continuait à s'adresser à moi à chaque fois où son père lui demandait quelque chose. Elle venait me voir afin de que je confirme ou non. Du coup, lorsqu'il a été en permission à la maison, je suis partie au travail (car télétravail du fait de la situation actuelle COVID 19) afin qu'ils se retrouvent tous les deux. Pour l'instant ça a fonctionné. »

« Les enfants ont été très perturbés par la contamination de leur papa par le COVID 19. Le grand (13 ans) a fait des insomnies (3 ou 4 h du matin !) quand il l'a su. La moyenne (9 ans) n'a été au courant que le jour du retour et a pleuré. La petite (2 ans) n'a pas compris pourquoi elle ne pouvait pas embrasser son papa quand il est rentré (1 semaine confinée à la maison en plus des 2 semaines d'isolement post

retour). De mon côté je dirais que le confinement en plus de l'absence était difficile à gérer et je devais cacher mon appréhension des soucis à bord à mes enfants pour les protéger. »

« Ma grossesse en cours nous a permis de mieux nous retrouver mais a suffisamment perturbé le retour pour que les premières semaines soient compliquées. Nous avons beaucoup discuté et aujourd'hui la situation va beaucoup mieux. »

C. Annexe 5. Questionnaires (avant, pendant et au retour de la mission)

Etude : Evaluation de l'impact psychologique de la projection des militaires sur leur conjoint et leur famille

Questionnaire numéro 1 : Evaluation avant le départ en mission

Madame, Monsieur, merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Ce questionnaire est le premier des trois questionnaires de l'étude à laquelle vous avez accepté de participer. Il va servir de base à l'évaluation de l'impact des missions de votre conjoint(e) sur la santé et la qualité de vie des personnes de votre foyer (vous-même et vos éventuels enfants). Ce questionnaire comporte plusieurs sous-parties avec des informations concernant votre conjoint(e), vos éventuel(s) enfant(s) et vous-même. Lisez bien les consignes relatives à chaque question avant de répondre. Pour la qualité de l'étude, merci de remplir ce questionnaire en toute franchise et d'aller jusqu'à la fin du questionnaire. Il vous faudra environ 25 minutes pour le remplir. Si vous rencontrez des difficultés, vous pouvez contacter les personnes dont les coordonnées se trouvent à la fin du questionnaire.

Les données d'identification ne serviront que pour lier les questionnaires entre eux. La saisie et l'analyse des réponses seront anonymes (un code anonyme sera attribué à chaque personne).

Code d'identification : (_ _ _ _ _)

Cochez le type de mission à laquelle participe votre conjoint(e)

- Mission opérationnelle
- Mission de courte durée (MCD)
- Mission SENTINELLE

Cochez l'arme à laquelle appartient votre conjoint(e)

- Terre
- Mer
- Air

A) Données socio-démographiques

1. Votre conjoint(e) et vous

1. Vous êtes ? Un homme Une femme

2. Quel est votre âge ? (_ _) ans

3. Êtes-vous issu(e) d'une famille de militaires ? Oui Non

4. Êtes-vous militaire ? Oui Non

5. Avez-vous une activité professionnelle ? Oui Non

Si oui, cette activité professionnelle est : A temps plein A temps partiel
 Autre :

Si oui, depuis combien de temps avez-vous cet emploi ? (_ _) ans / mois (indiquez le terme approprié)

Si oui, merci d'indiquer votre fonction :

6. Avez-vous de la famille (de votre côté ou de celui de votre conjoint(e)) à proximité ?

- Oui Non

7. Votre conjoint(e) est ? Un homme Une femme

8. Quel est son âge ? (_ _) ans

Questionnaire avant la mission

Page 1 | 7

9. A quelle catégorie de personnel militaire appartient votre conjoint(e) ?

- Officier Sous-officier / Officier-marinier Militaire du rang / Quartier-maître/Matélot

10. Combien de mission(s) votre conjoint(e) a-t-il (elle) effectué depuis son engagement ?

Indiquez le nombre correspondant :

11. Combien de mission votre conjoint(s) a-t-il (elle) effectué, depuis que vous êtes en couple ?

Indiquez le nombre correspondant :

12. Quel type de mission a-t-il (elle) effectué et le nombre ?

- Mission opérationnelle MCD SENTINELLE

2. Votre couple

13. Depuis combien d'années êtes-vous en couple ? ans,

Si cela fait moins d'un an, cochez cette case

14. Vivez-vous ensemble ? Oui Non

Si non, vous ne vivez pas ensemble pour :

- Choix personnel Eloignement lié au travail de votre conjoint(e)
 Eloignement lié à votre travail Autre :

15. Évaluez la qualité de votre relation de couple en la notant de 1 (médiocre) à 10 (excellente) :

a. Habituellement (avant l'annonce de la mission)

b. Actuellement (depuis l'annonce de la mission)

16. Une grossesse est-elle en cours chez vous ou chez votre conjoint ? Oui Non

Les questions suivantes concernent vos enfants et ceux de votre conjoint(e). Si vous ou votre conjoint(e) n'avez pas d'enfant, passez directement à la question 22.

3. Vos enfants en commun

17. Avez-vous des enfants ensemble ? Oui Non

Si oui, combien ?

Indiquez l'âge de chacun d'entre eux et entourez la lettre correspondant au sexe F (fille) / G (garçon) :

F / G ans - F / G ans - F / G ans - F / G ans - F / G ans - F / G ans - F / G ans

Si vous et votre conjoint(e) n'avez pas d'enfants issus d'unions précédentes passez à la question numéro 20.

4. Les enfants issus d'unions précédentes

18. Avez-vous des enfants issus d'une relation précédente ? Oui Non

Si oui, combien ?

Indiquez l'âge de chacun d'entre eux et entourez la lettre correspondant au sexe F (fille) / G (garçon) :

F / G ans - F / G ans - F / G ans - F / G ans - F / G ans - F / G ans - F / G ans

Quel est le mode de garde ? Garde alternée J'ai moi-même la garde L'autre parent a la garde

19. Votre conjoint(e) a-t-il (elle) des enfants issus d'une précédente union ? Oui Non

Si oui, combien ?

Indiquez l'âge de chacun d'entre eux et entourez la lettre correspondant au sexe F (fille) / G (garçon) :

F / G ans - F / G ans - F / G ans - F / G ans - F / G ans - F / G ans - F / G ans

Quel est le mode de garde ?

Garde alternée J'ai moi-même la garde L'autre parent a la garde

20. L'un de vos enfants ou un des enfants de votre conjoint(e) souffre-t-il d'une maladie chronique ?

Oui Non

Si oui, laquelle :

21. Comment qualifieriez-vous votre style éducatif sur une échelle allant de 1 (souple) à 10 (rigide) ?

B) Echelles d'évaluation de santé

Les questions suivantes font parties d'échelles de santé. Elles servent à calculer des scores. Pour que les calculs soient exacts, il est important de répondre à TOUTES LES QUESTIONS.

Les questions n°22 à n°35 correspondent à la première échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale). Cette échelle est un auto-questionnaire de 14 questions qui explorent votre état émotionnel et ce que vous avez ressenti au cours de la semaine passée.

Lisez chaque question et cochez la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas. Votre réponse ne doit pas être trop réfléchie mais spontanée. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

22. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

La plupart du temps Souvent
 De temps en temps Jamais

23. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

Oui, tout autant Pas autant
 Un peu seulement Presque plus

24. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

Oui, très nettement Oui, mais ce n'est pas trop grave
 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas Pas du tout

25. Je ris facilement et je vois le bon côté des choses :

Autant que par le passé Plus autant qu'avant
 Vraiment moins qu'avant Plus du tout

26. Je me fais du souci :

Très souvent Assez souvent
 Occasionnellement Très occasionnellement

27. Je suis de bonne humeur :

La plupart du temps Assez souvent
 Rarement Jamais

28. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

Jamais Rarement

- Oui, en général Oui, quoi qu'il arrive
29. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
- Presque toujours Très souvent
 Parfois Jamais
30. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
- Jamais Parfois
 Avec souvent Très souvent
31. Je m'intéresse à mon apparence :
- Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention J'y prête autant d'attention que par le passé
32. J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place :
- Pas du tout Pas tellement
 Un peu Oui, c'est tout à fait le cas
33. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
- Presque jamais Bien moins qu'avant
 Un peu moins qu'avant Autant qu'avant
34. J'éprouve des sensations soudaines de panique :
- Jamais Pas très souvent
 Avec souvent Vraiment très souvent
35. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision :
- Très rarement Rarement
 Parfois Souvent

Les questions n° 36 à n°47 correspondent à la deuxième échelle : la SF-12 (Short-Form 12). Celle-ci explore la qualité de vie. Les questions portent sur votre santé telle que vous la ressentez en ce moment. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à votre état. Si vous ne savez pas comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

36. Dans l'ensemble, pouvez-vous que votre santé est :
- Excellente Très bonne Bonne
 Médiocre Mauvaise

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes gêné(e) en raison de votre état de santé actuel. Cochez une réponse par question.

37. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules :
- Oui, beaucoup gêné(e) Oui, un peu gêné(e) Non, pas du tout gêné(e)
38. Monter plusieurs étages par l'escalier ?
- Oui, beaucoup gêné(e) Oui, un peu gêné(e) Non, pas du tout gêné(e)
39. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?
- Pas du tout Un petit peu Moyennement
 Beaucoup Enormément

	Toujours	La plupart du temps	Souvent	Parfois	Jamais
40. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique : avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique : avez-vous été limité(e) pour faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) : avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) : avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous avez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Au cours de ces 4 dernières semaines : y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Au cours de ces 4 dernières semaines : y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Au cours de ces 4 dernières semaines : y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Au cours de ces 4 dernières semaines : y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) Vos habitudes de consommation de produits psychoactifs

48. Actuellement à quel rythme consommez-vous les produits suivants? (Cochez la case correspondante, une par ligne)

	Jamais	Moins d'une fois par semaine	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Médicaments pour dormir : somnifères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments contre le stress et l'anxiété : anxiolytiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments pour stimuler l'humeur : antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres à préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Coordonnées des membres de l'équipe

Médecin Chef Frédéric PAUL
Hôpital d'Instruction des Armées Alphonse Laveran
Service de Psychiatrie
BP 60149-13384 MARSEILLE CEDEX 13
Tel : 04.91.61.72.82
Courriel : paul.hialeveran@csange.fr

Interne des Hôpitaux des Armées Delphine TERRIER
Hôpital d'Instruction des Armées Alphonse Laveran
Service de Psychiatrie
BP 60149-13384 MARSEILLE CEDEX 13
Tel : 04.91.61.72.82
Courriel : delphine.terrier@inradef.gouv.fr

2. Votre usage des soins et de substances psychoactives

6. Depuis le début de la mission comment a évolué le nombre de vos consultations auprès de ces différents spécialistes de la santé (par rapport à vos habitudes) ?

- Médecin généraliste : Diminution Stabilité Augmentation
- Service d'urgences : Diminution Stabilité Augmentation
- Psychiatre : Diminution Stabilité Augmentation
- Psychologue : Diminution Stabilité Augmentation
- Autres spécialistes : Diminution Stabilité Augmentation

7. Avez-vous été hospitalisé(e) depuis le début de la mission ?

- Oui, et oui combien de fois ? []
- Non

8. Actuellement à quel rythme consommez-vous les produits suivants ? (Cocher la case correspondante, une par ligne)

	Jamais	Moins d'une fois par semaine	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Médicaments pour dormir : somnifères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments contre le stress et l'anxiété : anxiolytiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments pour stimuler l'humeur : antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres à préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Echelles d'évaluation de santé

Les questions suivantes font parties d'échelles de santé. Elles servent à calculer des scores. Pour que les calculs soient exacts, il est important que vous répondiez à **TOUTES LES QUESTIONS**.

Les questions n° 8 à n° 21 correspondent à la première échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale). Cette échelle est un auto-questionnaire de 14 questions qui explorent votre état émotionnel et ce que vous avez ressenti au cours de la semaine passée.

Lisez chaque question et cocher la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas. Votre réponse ne doit pas être trop réfléchie mais spontanée. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

8. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps Souvent
- De temps en temps Jamais

9. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- Oui, tout autant Pas autant
- Un peu seulement Presque plus

10. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement Oui, mais ce n'est pas trop grave
 Un peu mais cela ne m'inquiète pas Pas du tout

11. Je ris facilement et je vois le bon côté des choses :

- Autant que par le passé Plus autant qu'avant
 Vraiment moins qu'avant Plus du tout

12. Je me fais du souci :

- Très souvent Assez souvent
 Occasionnellement Très occasionnellement

13. Je suis de bonne humeur :

- La plupart du temps Assez souvent
 Rarement Jamais

14. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Jamais Rarement
 Oui, en général Oui, quoi qu'il arrive

15. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours Très souvent
 Parfois Jamais

16. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais Parfois
 Assez souvent Très souvent

17. Je m'intéresse à mon apparence :

- Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention J'y prête autant d'attention que par le passé

18. J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place :

- Pas du tout Pas tellement
 Un peu Oui, c'est tout à fait le cas

19. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- Presque jamais Bien moins qu'avant
 Un peu moins qu'avant Autant qu'avant

20. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Jamais Pas très souvent
 Assez souvent Vraiment très souvent

21. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision :

- Très rarement Rarement
 Parfois Souvent

Les questions n° 22 à n°33 correspondent à la deuxième échelle : la SF-12 (Short-Form 12). Celle-ci explore la qualité de vie. Les questions portent sur votre santé telle que vous la ressentez en ce moment. Ces informations permettent de savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à votre état. Si vous ne savez pas comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

22. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- Excellente Très bonne Bonne Médiocre Mauvaise

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes gêné(e) en raison de votre état de santé actuel. Cochez une réponse par question.

23. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules :

Oui, beaucoup gêné(e) Oui, un peu gêné(e) Non, pas du tout gêné(e)

24. Monter plusieurs étages par l'escalier ?

Oui, beaucoup gêné(e) Oui, un peu gêné(e) Non, pas du tout gêné(e)

25. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Enormément

	Toujours	La plupart du temps	Souvent	Parfois	Jamais
26. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique : avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique : avez-vous été limité(e) pour faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) : avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) : avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Au cours de ces 4 dernières semaines : y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Au cours de ces 4 dernières semaines : y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Au cours de ces 4 dernières semaines : y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Au cours de ces 4 dernières semaines : y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Votre ressenti

34. Éprouvez-vous l'un de ces sentiments actuellement ?

	Un peu	Beaucoup	Pas du tout
Peur pour l'intégrité physique ou mentale de mon conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur que mon conjoint m'oublie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur que mon conjoint soit traumatisé par la mission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur que nos sentiments réciproques changent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur d'être trompé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur du retour de mon conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colère contre mon conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colère contre l'institution militaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solitude et isolement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impatience de retrouver mon conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Depuis le départ de votre conjoint(e) comment vous sentez-vous ? Cochez la case qui correspond à fréquence

	Jamais	Parfois	Régulièrement	Assez souvent	Très souvent	Tout le temps
Fatigué(e) physiquement ou émotionnellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epuisé(e) physiquement ou émotionnellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépassé(e) face aux responsabilités à assumer seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désemparé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crise d'anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat et dépense inconsidérés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surinvestissement de la relation avec vos enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surinvestissement professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de l'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Votre relation de couple

36. Évaluez la qualité de votre relation de couple actuellement en la notant de 1 (médiocre) à 10 (excellente) : []

37. Selon vous quel est l'impact de l'éloignement de votre conjoint(e) sur le lien qui vous unit ?

- Renforcement et amélioration de la qualité du lien
- Déterioration de la qualité du lien
- Pas d'impact particulier

38. Comment est votre équilibre familial en l'absence de votre conjoint(e) ?

- Bouleversé
- Conservé
- Amélioré

B) Concernant le vécu de vos enfants

1. Pour vos enfants en commun

39. Les tableaux suivants visent à caractériser le vécu de vos enfants en commun. Précisez si ces éléments sont habituels (parents qui ont la mission) ou différents.

Qualité de la communication	Meilleure	Moins Bonne	État habituel
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trouble du sommeil	Meilleure	Moins Bonne	État habituel
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agressivité	Plus	Moins	Etat habituel
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Difficultés scolaires	Plus	Moins	Etat habituel
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tristesse	Plus	Moins	Etat habituel
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activité motrice	Plus	Moins	Etat habituel
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Malade	Plus	Moins	Etat habituel
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protecteur à votre égard	Plus	Moins	Etat habituel
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age [] []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Comment a évolué le nombre des consultations médicales pour chacun de vos enfants depuis le départ de mission de votre conjoint(e) ?

Age	Diminué	Stable	Augmenté
E1 [] [] ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2 [] [] ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3 [] [] ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4 [] [] ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5 [] [] ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6 [] [] ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E7 [] [] ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Avez-vous eu besoin d'orienter un de vos enfants vers un psychiatre ou psychologue ?

Oui Non

Si oui, indiquez l'âge de l'enfant et pourquoi ?

42. **Vis-à-vis de vos enfants, depuis que votre conjoint(e) est en mission, vous diriez que vous êtes ?**

	Moins	Plus	Inchangé
Dur(e) Physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dur(e) verbalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patients(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laxiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si votre conjoint(e) ou vous n'avez pas d'enfants (sans de précédentes unions), passez directement à la question numéro 45.

2. **Concernant les enfants de votre conjoint(e) issus d'unions précédentes :**

43. **Quel est le mode de garde habituel des enfants de votre conjoint ? Cochez un des modes**

- Mon (ma) conjoint(e) a la garde exclusive
- Mon (ma) conjoint(e) a la garde alternée
- L'ancien conjoint a la garde exclusive

44. **Quel est l'impact de la mission sur le mode de garde des enfants de votre conjoint(e) pendant la mission ?**

- Je m'occupe des enfants selon le même mode de garde habituel
- Je les reçois occasionnellement
- Je ne les accueille pas
- Pendant la mission, mes enfants et/ou moi, n'avons pas de contact avec les enfants de mon/ma conjoint(e)
- Autre, à préciser :

Si pendant la mission vous n'avez pas de contact avec les enfants de votre conjoint(e), passez directement à la question numéro 47.

45. **Les tableaux suivants visent à caractériser le vécu des enfants de votre conjoint(e). Pratiquez si ces éléments sont habituels (avant qu'avant la mission) ou différents.**

Qualité de la communication	Mieux	Moins Bonne	Etat habituel
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trouble du Sommeil	Plus	Moins	Etat habituel
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agressivité	Plus	Moins	Etat habituel
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Difficultés scolaires	Plus	Moins	Etat habituel
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tristesse	Plus	Moins	Etat habituel
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activité motrice	Plus	Moins	Etat habituel
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Malade	Plus	Moins	Etat habituel
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protecteur à votre égard	Plus	Moins	Etat habituel
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) La communication

46. Êtes-vous en contact avec votre conjoint(e) ?

Oui Non

Si non, parce que :

Vous ne le souhaitez pas

Votre conjoint ne le souhaite pas

La mission ne le permet pas (isolement, pas de moyen de communication)

47. Par quel moyen communiquez-vous ?

Téléphone

Réseaux sociaux

Courriels (email)

Site d'appel vidéo

Courriers

48. Quelle est la fréquence moyenne de vos communications ?

Quotidienne

Hebdomadaire

Mensuelle

Aléatoire

Rare

49. Le temps de communication avec votre conjoint(e) vous semble ? Suffisant Insuffisant

50. Quel est le retentissement de ces communications ?

Neutre

Effet bénéfique

Effet négatif

Coordonnées des membres de l'équipe

Médecin Chef Frédéric PAUL
Hôpital d'Instruction des Armées Alphonse Laveran
Service de Psychiatrie
BP 60149-13384 MARSEILLE CEDEX 13
Tel : 04.91.61.72.82
Courriel : paul.hialavran@ceaape.fr

Interne des Hôpitaux des Armées Delphine TERRIER
Hôpital d'Instruction des Armées Alphonse Laveran
Service de Psychiatrie
BP 60149-13384 MARSEILLE CEDEX 13
Tel : 04.91.61.72.82
Courriel : delphine.terrier@intradef.gouv.fr

11. Je me fais du souci :

- Très souvent Assez souvent
 Occasionnellement Très occasionnellement

12. Je suis de bonne humeur :

- La plupart du temps Assez souvent
 Rarement Jamais

13. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Jamais Rarement
 Oui, en général Oui, quasi qu'il arrive

14. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours Très souvent
 Parfois Jamais

15. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais Parfois
 Assez souvent Très souvent

16. Je m'intéresse à mon apparence :

- Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je le faisais
 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention J'y prête autant d'attention que par le passé

17. J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place :

- Pas du tout Pas tellement
 Un peu Oui, c'est tout à fait le cas

18. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- Presque jamais Bien moins qu'avant
 Un peu moins qu'avant Autant qu'avant

19. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Jamais Pas très souvent
 Assez souvent Vraiment très souvent

20. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision :

- Très rarement Rarement
 Parfois Souvent

Les questions n° 21 à n°32 correspondent à la deuxième échelle : la SF-12 (Short-Form 12). Celle-ci explore la qualité de vie. Les questions portent sur votre santé telle que vous la ressentez en ce moment. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à votre état. Si vous ne savez pas comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

21. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- Excellente Très bonne Bonne Médiocre Mauvaise

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes gêné(e) en raison de votre état de santé actuel. Cochez une réponse par question.

22. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules :

- Oui, beaucoup gêné(e) Oui, un peu gêné(e) Non, pas du tout gêné(e)

23. Monter plusieurs étages par l'escalier ?

- Oui, beaucoup gêné(e) Oui, un peu gêné(e) Non, pas du tout gêné(e)

24. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Enormément

	Toujours	La plupart du temps	Souvent	Parfois	Jamais
25. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique : avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique : avez-vous été limité(e) pour faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) : avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) : avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Au cours de ces 4 dernières semaines : y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Au cours de ces 4 dernières semaines : y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Au cours de ces 4 dernières semaines : y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Au cours de ces 4 dernières semaines : y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) Réajustement de votre couple

33. Chaque ligne vise à apprécier la qualité de votre relation de couple, allant de 1 (médiocre) à 10 (excellente) et cela à deux moments différents.

- à 2 semaines du retour de la mission
- à 1 mois du retour de la mission

34. Comment trouvez-vous votre conjoint(e) 1 mois après son retour de mission ?

- Changé(e) par la mission. *Donnez 4 points de caractère qui ont changé en positif ou négatif*

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

- Inchangé(e)

35. Comment votre conjoint(e) vous trouve-t-il après cette mission ?

- Changé(e) par la mission. *Donnez 4 points de caractère qui ont changé en positif ou négatif*

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

Inchangé(e)

36. Quel est votre ressenti vis-à-vis de l'attitude de votre conjoint(e) à votre égard ?

- Il (elle) prend soin de moi J'ai l'impression qu'il (elle) est toujours dans la mission
 Je me sens délaissé(e) Il (elle) a du mal à retrouver sa place au sein de notre couple
 J'ai du mal à lui redonner sa place au sein de notre couple

37. L'investissement de votre conjoint(e) à 1 mois de la mission au sein de votre couple vous semble ?

- Totalement satisfaisant Assez satisfaisant Peu satisfaisant Pas de tout satisfaisant

38. Selon vous, quel est l'impact de cette mission sur le lien qui vous unissait avant le départ ?

- Renforcement et amélioration de la qualité du lien
 Détérioration de la qualité du lien
 Pas d'impact particulier

39. Avez-vous des craintes quant à l'avenir de votre couple ?

- Un peu Beaucoup Pas du tout

C) Réajustement de la vie familiale

40. Comment a évolué le nombre des consultations médicales pour chacun de vos enfants en commun depuis le retour de mission de votre conjoint par rapport au temps de la mission ? Quel impact global a eu cette mission sur eux ?

Age	Diminuée	Stable	Augmentée	Impact neutre	Impact positif	Impact négatif
E1 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E7 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Comment vous semble l'implication de votre conjoint(e) vis-à-vis de vos enfants en commun ?

- Totalement satisfaisant Assez satisfaisant
 Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

42. Que diriez-vous de la qualité de votre relation avec vos enfants en comparaison à la situation avant la mission ?

- Qualité inchangée Meilleure qualité Moins bonne qualité

43. Vos enfants ont-ils retrouvé leur fonctionnement habituel ?

- Oui
 Non
 Si non : Changement négatif
 Changement positif

44. Si vous avez rencontré des difficultés avec vos enfants pendant la mission, aujourd'hui vous diriez que ces problèmes sont :

- Réglés Amplifiés Inchangés

45. Que diriez-vous de l'équilibre de votre cellule familiale à 1 mois du retour de la mission ?

- Meilleur qu'avant la mission
 Pareil qu'avant la mission

Coordonnées des membres de l'équipe

Médecin Chef Frédéric PAUL
Hôpital d'Instruction des Armées Alphonse Laveran
Service de Psychiatrie
BP 60149-13384 MARSEILLE CEDEX 13
Tel : 04.91.61.72.82
Courriel : paul.hialaveran@orange.fr

Interne des Hôpitaux des Armées Delphine TERRIER
Hôpital d'Instruction des Armées Alphonse Laveran
Service de Psychiatrie
BP 60149-13384 MARSEILLE CEDEX 13
Tel : 04.91.61.72.82
Courriel : delphine.terrier@intradef.gouv.fr