

Étude des pratiques sur la détermination de l'aptitude au port de l'arme en gendarmerie

Acanthe Jaffrennou

▶ **To cite this version:**

Acanthe Jaffrennou. Étude des pratiques sur la détermination de l'aptitude au port de l'arme en gendarmerie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03279254

HAL Id: dumas-03279254

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03279254

Submitted on 6 Jul 2021

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

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

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Étude des pratiques sur la détermination de l'aptitude au port de l'arme en gendarmerie.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 30 Juin 2021

Par Madame Acanthe JAFFRENNOU

Née le 21 décembre 1994 à Lyon 04ème (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 MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur DAUDIN Marianne	**Président**
Monsieur le Professeur GHEORGHIEV Charles	**Assesseur**
Monsieur le Docteur MICHEL François	**Assesseur**
Monsieur le Docteur BILLOT Damien	**Assesseur**
Madame le Docteur TOUMINET Diane	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Étude des pratiques sur la détermination de l'aptitude au port de l'arme en gendarmerie.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 30 Juin 2021

Par Madame Acanthe JAFFRENNOU

Née le 21 décembre 1994 à Lyon 04ème (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 MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur DAUDIN Marianne	**Président**
Monsieur le Professeur GHEORGHIEV Charles	**Assesseur**
Monsieur le Docteur MICHEL François	**Assesseur**
Monsieur le Docteur BILLOT Damien	**Assesseur**
Madame le Docteur TOUMINET Diane	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

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

Assesseurs :

➢ 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. Marie-Aleth RICHARD
▪ 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

Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème 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

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Jean-Paul
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOTTA-FRIDLUND Danielle
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel

MM DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
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

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

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

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
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	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967

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

1974

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

1975

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

1976

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

1977

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

1978

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

1980

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

1981

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

1982

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

1985

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

1986

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

1987

M. le Professeur — P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

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

1989

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

1990

MM. les Professeurs — J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs — J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs — H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs — G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs — D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs — C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs — O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs — J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique)
	S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.)
	C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.)
	G. HUGUES (Grande Bretagne)
	J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada)
	K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur	T. MARRIE (Canada)
Sir	G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
CALVET-MONTREDON Céline
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

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*

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

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

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

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

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

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

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

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

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

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

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

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

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI 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)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE : RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-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)
CUISSET 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)
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)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (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) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

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)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
TROUSSE Delphine (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)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (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)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

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

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

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

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

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)

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

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)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

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

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)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

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

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

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

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 Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2(

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
FORTE Jenny (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)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/

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*

DAVID Thierry (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH)

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 (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-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)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
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)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (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)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

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

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE *16*

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

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) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (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)

PHILOSOPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

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)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-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)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

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

REMERCIEMENTS

ÉCOLE DU VAL DE GRACE - Paris

A Monsieur le Médecin Chef des Services Jean-François GALLET

Directeur de l'École du Val-de-Grâce par intérim

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

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre du Mérite maritime

HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES SAINTE ANNE

******

Monsieur le Médecin Général Inspecteur Yves AUROY

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

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Médaille de la Défense Nationale – OR

******

Monsieur le Médecin Chef des Services de classe normale Mehdi OULDAHMED

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

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des palmes académiques

******

Monsieur le Médecin Chef des Services Hors classe Philippe REY

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

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chef du service de pathologie digestive

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des palmes académiques

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES DE LYON-BRON

******

À la Promotion Médecin Général Inspecteur Raoul CHAVIALLE



******

À NOTRE PRÉSIDENT DE JURY

******

Madame la Médecin Chef Marianne DAUDIN

Chef de service de Psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes

Professeure agrégée du Val-de-Grâce

Madame la Médecin Chef, vous nous faites l'honneur d'assurer la présidence de notre jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez souhaité porter à ce travail,
ainsi que de votre disponibilité.

Veuillez recevoir l'expression de notre respectueux dévouement.

******

À NOS ASSESSEURS

******

Monsieur le Médecin Principal Damien BILLOT

Médecin responsable de la 143ème Antenne médicale – Dignes Les Bains

9ème Centre Médical des Armées - Toulon

Monsieur le médecin principal, vous nous accordez l'honneur d'analyser et d'évaluer notre travail.

Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect.

******

Monsieur le Médecin Inspecteur zonal Sud François MICHEL

Secrétariat général pour l'administration du ministère de l'intérieur

Direction des Ressources Humaines / Service Médical Statutaire

Vous nous octroyez le privilège de siéger à ce jury de thèse. Nous vous remercions de l'intérêt que vous témoignez à ce travail.

Soyez assuré de l'expression de notre respectueuse considération.

******

À NOS DIRECTEURS DE THÈSE

******

Monsieur le Médecin en chef Charles GHEORGHIEV

Chef de Service de Psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Au lien que vous avez su créer entre mon travail, la médecine des forces et la psychiatrie hospitalière,

et à vos nombreux conseils m'ayant poussé dans mes retranchements.

Je vous remercie de votre accompagnement confraternel.

******

Madame le Médecin en chef Diane TOUMINET

Médecin responsable de la 136ème Antenne médicale – Borgo

Médecin adjoint du 10ème CMA

A ce travail débuté en Corse par des discussions informelles en footing,

jusqu'à la réalisation de ce volumineux travail de recherche.

Tu as été une véritable mentor,

en me partageant ton savoir aussi bien professionnel que de vie en tant que femme médecin des forces.

Je te suis infiniment reconnaissante pour ta bienveillance.

******

À NOS COLLABORATEURS

******

Monsieur le Médecin Chef des Services Jean-Baptiste MEYNARD, Directeur du Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées, Titulaire de la Chaire d'épidémiologie et de prévention appliquées aux armées, Professeur Agrégé du Val-de-Grâce.

Mon Général, vous nous avez accordé votre appui au sein du Centre d'Epidémiologie et de santé publique des armées. Nous vous adressons nos sincères remerciements.

Madame Chrystel LAVAGNA-SEVENIER, Adjointe au chef d'unité fonctionnelle « Étude en population militaire », Coordinatrice et chargée de recherche en santé publique, au Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées.

Actrice de l'ombre pourtant indispensable. Merci de ton investissement considérable dans la méthodologie de ma thèse, merci d'avoir répondu à mes nombreuses questions et d'avoir supporté tous mes moments de panique. Au-delà d'un soutien méthodologique, tu as été un véritable soutien moral notamment durant ces derniers mois.

******

Médecin Général Dominique LECHEVALIER, Directeur de la formation, de la recherche et de l'innovation, Ilot du Val-de-Grâce.

Mon Général, pour la confiance que vous nous avez témoignée, veuillez recevoir nos remerciements les plus sincères.

******

REMERCIEMENTS PERSONNELS

******

Merci au soutien de mes parents qui m'incitent chaque jour à aller plus loin et plus haut.
Merci à ma sœur, mon pilier, mon binôme, sans qui je ne serais rien à ce jour.
Merci à mon petit frère, toujours partant pour me suivre dans de folles aventures.

Merci à ma famille : mon parrain et sa femme, Marc et Valérie, ayant toujours une pensée positive à apporter ; ma marraine, Agnès apportant la force du sagittaire ; ma mamie ayant toujours une écoute attentive ; enfin mes tantes et oncles ainsi que mes incroyables cousins.

******

<u>Je dédie tout particulièrement cette thèse :</u>

A ma famille mytho de la boate, notamment :
- *A cette pépite en or de bizuthe, devenue comme une petite sœur : Anaëlle.*
- *A cette affinité inexplicable franchissant les années : Clara ;*
- *Au proverbe qui aime bien châtie bien : Arnaud ;*
- *A tous les autres membres qui soudent par leurs joies et leurs bonnes humeurs les liens de cette atypique famille.*

A mes enjaillators et leurs kiwis fous : Valentin, Marius, Charles, Benjamin, Yannis, Alexandre, Thomas.

A la mémoire de ces incroyables fous rires entre volleyeuses : Claire, Marie, Julie et Elsa.

A toutes les futures folies restantes pour les loutres que nous sommes : Clara, Manon, Camille. N'oublions jamais : « Dans la vie, y a des hauts, y a des bas, mais y a surtout du positif ».

Aux joies d'un destin pleins de surprises : Alexia.

A l'amitié impérissable : Anna.

A mon époustouflante sportive, prête pour les acaventures : Noémie.

Aux sudistes :
- *Qui sont plutôt 51 que 83 : Alexandre, Maxime, Sarah et Romain.*
- *Et à ceux qui savent associer les deux : Manon.*

A la famille mourillonaise qui s'agrandit : Anthony, Florie et Pierre-Luc.

A l'amitié franco-suisse créée par la souffrance de nos pieds : Miguel.

A l'épaule bienveillante de ma tutrice : Anne-Claire.

A mes confrères toulonnais et aux différentes équipes médicales et paramédicales de l'HIA Sainte Anne qui ont contribué à rendre mes journées hospitalières plus légères.

Sommaire

I. INTRODUCTION 3

II. L'ARME ET LA GENDARMERIE 4
II.1. Généralités : les armes et leurs cadres légaux 4
II.1.1. Définition des armes et classification des armes 4
II.1.2. Notion d'acquisition, de détention, de port d'arme et de transport d'arme 5
II.1.2.1. Acquisition d'une arme 5
II.1.2.2. Détention d'une arme 5
II.1.2.3. Le port et le transport d'arme 5
II.2. L'arme de dotation en gendarmerie : historique du cadre légal entre port d'arme et utilisation de celle-ci. 7
II.2.1. L'arme de dotation : le Sig Sauer SP 2022 7
II.2.2. Cadre juridique encadrant l'arme de dotation 7
II.2.2.1. L'historique du port de l'arme en gendarmerie : en service et hors service. 7
II.2.2.2. Cadre légal de l'utilisation de l'arme en gendarmerie 9
II.2.2.3. Un cadre légal élargi : entre bénéfices et risques 11

III. LA PLACE DES DIFFERENTS ACTEURS DANS L'ACQUISITION DE L'ARME DE DOTATION ET LE MAINTIEN DU PORT DE L'ARME LE LONG DU PARCOURS DU GENDARME 12
III.1. La responsabilité institutionnelle 12
III.1.1. Le recrutement en gendarmerie 12
III.1.1.1. Les différentes voies de recrutement 12
III.1.1.2. Les tests de personnalité 13
III.1.1.3. Les entretiens de sélection 14
III.1.1.4. Les limites du recrutement 14
III.1.2. La formation initiale à l'arme de dotation 15
III.1.3. La formation continue à l'arme de dotation 16
III.2. Responsabilité médicale 17
II.2.1. Rôle du médecin d'unité en gendarmerie 17
II.2.2. Textes réglementaires encadrant l'aptitude en gendarmerie 18
II.2.3. Importance du contrôle médicale lors du recrutement : l'Expertise Médicale Initiale 19
II.2.4. Importance du contrôle médical en cours de carrière : la Visite Médicale Périodique 21
II.2.5. L'aptitude au port d'arme : entre théorie et pratique 22

IV. L'EVALUATION PSYCHIQUE EN GENDARMERIE : ELEMENTS ET OUTILS METHODOLOGIQUES A PRENDRE EN COMPTE SELON LES DONNEES DE LA LITTERATURE 24
IV.1. L'examen clinique en psychiatrie 24
IV.2. Comprendre la place de l'arme dans l'identité du gendarme 25
IV.3. Les facteurs de risques de troubles psychiques au sein de la gendarmerie 26
IV.3.1. Un rythme de travail générateur de stress 27
IV.3.2. Des contraintes liées à la disponibilité et la mobilité inhérentes au métier de gendarme 27
IV.3.3. Imbrication de la vie professionnelle et personnelle 28
IV.3.4. Confrontation quotidienne à la violence et à la mort 28
IV.3.5. Une nouvelle logique économique entraînant la fin d'un idéal de valeurs 28
IV.4. Les différents troubles psychiques en gendarmerie 29
IV.5. Le risque auto-agressif en gendarmerie 30
IV.5.1. Epidémiologie 30
IV.5.2. Méthode d'évaluation du risque suicidaire selon l'HAS : reconnaître la crise et apprécier la dangerosité 31
IV.5.2.1. Reconnaître la crise suicidaire 31
IV.5.2.2. Apprécier sa dangerosité et son urgence 31

V. OBJECTIFS DE L'ETUDE 33
V.1. Justification de l'étude et objectif principal 33
V.2. Intérêts de répondre à la question posée 34
V.3. Objectifs secondaires 34

VI. METHODOLOGIE 35
VI.1. Type de recherche 35
VI.2. Schéma de l'étude 35
VI.2.1. Recrutement de la population 35
VI.2.2. Préparation du guide d'entretien et étude de faisabilité 36
VI.2.3. Recueil des données 38
VI.2.4. Retranscription des données 38
VI.2.5. Analyse des données 39
VI.2.5.1. Analyse de contenu 39
VI.2.5.2. Traitement des données par logiciel : Classification hiérarchique descendante et analyse factorielle des correspondances 40
VI.3. Temporalité 41
VI.4. Considérations éthiques 42

VII. RESULTATS DE L'ETUDE 43
VII.1. Caractéristiques des entretiens et de la population étudiée 43
VII.1.1. Caractéristiques de la population étudiée 43
VII.1.2. Caractéristiques des entretiens 44
VII.2. L'analyse de contenu 45
VII.2.1. Rapport et ressenti du médecin d'unité quant à l'aptitude au port de l'arme 45
VII.2.2. Environnement et gestion des troubles psychiques en gendarmerie 47
VII.2.3. La détermination de l'aptitude ou inaptitude au port de l'arme 49
VII.2.3.1. L'aptitude/ l'inaptitude au port de l'arme 49
VII.2.3.2. Les freins possibles à la prise de décision d'une inaptitude 53
VII.2.3.3. La réévaluation après une exemption de port de l'arme 54
VII.2.4. Les relations interprofessionnelles autour de cette aptitude 56
VII.2.4.1. Interaction avec le monde civil 56
VII.2.4.2. Interaction avec le psychiatre militaire 57
VII.2.4.3. Interaction avec le commandement 58
VII.2.5. Approfondissement et axes d'améliorations proposés 59
VII.3. Compléments d'analyse lexicale à l'aide du logiciel Iramuteq 60
VII.3.1. Analyse par CHD 60
VII.3.2. Interprétation du dendrogramme de la CHD 62
VII.3.3. Complément d'analyse par AFC 67
VII.3.3.1. Représentations graphiques des AFC obtenues 67
VII.3.3.2. Interprétation des axes et des différents quadrants 70
VII.3.3.3. Description des résultats obtenus 72
VII.3.3.4. Interprétation des résultats 74
VII.3.4. Conclusion de l'analyse lexicale 75

VIII. DISCUSSION 76
VIII.1. Validité de l'étude 76
VIII.1.1. Limites de l'étude 76
VIII.1.2. Forces de l'étude 77
VIII.2. Discussion des résultats 78
VIII.3. Pistes de réflexion 80

IX. CONCLUSION 83

X. BIBLIOGRAPHIE 86

XI. ANNEXES 91

XII. GLOSSAIRE 108

XIII. SERMENT D'HIPPOCRATE 109

I. Introduction

Comme son étymologie l'indique, l'arme est au cœur du métier de « gens-d'-armes » et consubstantiel son exercice. Cet outil de travail apparaît comme un symbole majeur d'appartenance à l'institution de la gendarmerie, représentant l'identité du gendarme aussi bien visuellement sur le ceinturon qu'éthiquement à travers une morale professionnelle commune. Cette notion de symbole identitaire est d'autant plus majorée dans le contexte sécuritaire actuel. En effet, pour lutter efficacement contre la menace terroriste et la prise à partie des forces de l'ordre, l'accès à l'arme en tout temps et tout lieu a été généralisé et légalisé. Deux acteurs sont impliqués dans les modalités de cet accès : le commandement et le Service de Santé des Armées, chacun ayant une responsabilité qui leur est propre dans l'acquisition et le maintien de l'arme de dotation chez le gendarme. Le commandement confie l'arme de service au gendarme, en s'assurant de sa formation et de sa compétence en la matière tandis que le médecin s'attarde à rechercher l'absence de contre-indication au port de l'arme. Le rôle de chacun s'articule de manière dynamique à chaque moment de la vie professionnelle du gendarme. Ainsi, le médecin des forces évalue, lors de la sélection puis de manière continue lors des visites médicales périodiques et plus globalement à chaque consultation, l'absence de non-contre-indication, physique comme psychique, au port de l'arme. Or, il s'avère que les conditions médicales concernant le port de l'arme ne sont pas explicites pour cause d'absence de texte réglementaire recouvrant cette décision complexe et multi-dimensionnelle (vulnérabilité individuelle, facteurs conjoncturels, évènement de vie, contexte professionnel etc.). La décision d'aptitude ou d'inaptitude doit donc se baser sur un entretien rigoureux prenant en compte de manière systématique le caractère précipitant d'une arme à proximité d'un geste hétéro ou auto-agressif. Même s'il existe des situations cliniques évidentes justifiant d'une inaptitude au port de l'arme, d'autres situations à bas bruits sont parfois plus difficiles à cerner pour les médecins des forces. L'évaluation psychique du gendarme doit donc être minutieuse et s'attarder à rechercher une possible vulnérabilité psychique potentialisée par l'ensemble des facteurs de stress auquel le gendarme est soumis dans l'exercice quotidien de son métier. L'intensité de cette vulnérabilité ainsi que son pronostic sont à corréler au risque du maintien de l'arme chez le patient sans certitude de l'absence de passage à l'acte, tout comme à contrario, en cas de retrait de l'arme trop précautionneux, au risque de stigmatisation et de perte de son emploi sur le terrain. Il s'agit alors pour le médecin des forces de définir le « risque acceptable » au maintien ou au retrait de l'arme. Cette décision ne peut être prise qu'au cas par cas et il s'agira alors d'interroger la

subjectivité à l'œuvre dans cette décision, en analysant la façon de faire des médecins rompus à la pratique en gendarmerie, pour peut-être dégager des lignes de forces communes afin de guider la démarche aboutissant à la prise de décision médico-militaire. Nous tacherons au préalable de contextualiser cette étude en situant quelques notions sur l'arme et sa place en gendarmerie, les différents protagonistes impliqués, les facteurs de stress inhérents au milieu d'exercice et l'évaluation médicale d'une problématique psychique.

II. L'arme et la gendarmerie

II.1. Généralités : les armes et leurs cadres légaux

II.1.1. Définition des armes et classification des armes

Avant de commencer cette étude, il est nécessaire de s'intéresser à la définition d'une « arme ». Selon le Code pénal - Article 132-75 (1), *« est une arme tout objet conçu pour tuer ou blesser. Tout autre objet susceptible de présenter un danger pour les personnes est assimilé à une arme dès lors qu'il est utilisé pour tuer, blesser ou menacer ou qu'il est destiné, par celui qui en est porteur, à tuer, blesser ou menacer. (…) ».*

La loi n°2012-034 du 6 mars 2012 (2) classe les différentes armes en fonction de leur dangerosité. Il existe actuellement 4 catégories d'armes. A chaque catégorie d'arme et sous-catégorie correspond un mode d'acquisition et de détention différent résumé selon le schéma ci-dessous.



Figure 1 : Classification des armes à feu et modes d'acquisition

Nous voyons donc que la dangerosité d'une arme conditionne le cadre légal d'acquisition et de détention de celle-ci. Pour comprendre l'ensemble du cadre légal des armes, intéressons-nous à présent aux différences entre les notions d'acquisition, de détention et port d'arme d'un point de vue juridique.

II.1.2. Notion d'acquisition, de détention, de port d'arme et de transport d'arme

II.1.2.1. Acquisition d'une arme

Selon le dictionnaire Larousse (3), l'acquisition d'une arme correspond au fait « d'obtenir » une arme et d'en « devenir propriétaire ».

II.1.2.2. Détention d'une arme

Selon le dictionnaire Larousse (3), la détention correspond au fait « d'avoir en sa possession » une arme. De manière plus précise, certains avocats, spécialistes du droit pénal, définissent (4) la « détention d'armes » comme le fait d'avoir « une arme chez soi ».
Le Code de la sécurité Intérieure, au sein des articles L311-2 à L317-12 (5) cite pour chaque catégorie d'arme les personnes autorisées à détenir une arme et les différentes exceptions (catégorie A : uniquement les militaires en mission ; catégorie B : pratiquants licenciés du tir sportif, fonctionnaires et agents des administrations publiques exposés par leurs fonctions à des risques d'agression ; catégorie C : personnes ayant un permis de chasser, pratiquants licenciés du biathlon ou ball-trap, collectionneur).

II.1.2.3. Le port et le transport d'arme

Il faut considérer le « port d'arme » non pas comme le simple fait *« d'avoir une arme sur soi » mais plutôt comme le « fait d'avoir une arme sur soi utilisable immédiatement »*, comme nous le précise Maître LIENARD, avocat spécialisé dans la défense des forces de l'ordre et auteur du livre « Force à la Loi » (4). C'est cette définition que nous retiendrons en effet pour la suite de notre analyse. Le transport d'arme quant à lui peut se définir (4) par le *« fait de déplacer une arme en l'ayant auprès de soi et inutilisable immédiatement »* soit par dispositif technique dédié soit par démontage d'une des pièces de sécurité.

La législation du Code de la Sécurité Intérieure se base sur un principe général d'interdiction concernant le port d'arme et le transport d'arme. En effet, l'article L 315-1 (6) précise que : *« Sont interdits, sans motif légitime, le port et le transport des matériels de guerre, armes, munitions et de leurs éléments des catégories A, B et C, ainsi que des armes, munitions et de leurs éléments de la catégorie D figurant sur une liste fixée par un décret en Conseil d'Etat. ».* Les exceptions à ce principe d'interdiction sont bien réglementées dans le même texte de loi (6) et concernent le cadre du loisir (permis de chasse, licenciés de tir, reconstruction historique) et le cadre professionnel.

Les exceptions dans le cadre professionnel, concernent *« les fonctionnaires et agents des administrations publiques exposés par leurs fonctions à des risques d'agression ; ainsi que les personnels auxquels est confié une mission de gardiennage (...) peuvent être autorisés à s'armer pendant l'exercice de leurs fonctions, dans les conditions définies par décret en Conseil d'Etat. ».*

Ainsi, les professions ayant le droit au port de l'arme sont nombreuses :

- Les militaires ;
- Les militaires de la Gendarmerie ;
- Les fonctionnaires de Police ;
- Les fonctionnaires des Douanes ;
- Les convoyeurs de fonds et de valeurs ;
- Les fonctionnaires des services pénitenciers ;
- Les personnels de sécurité particuliers (RATP, SNCF) ;
- Et les membres de certains offices nationaux.

Toutes ces professions sont rattachées à différents ministères : Ministère des Armées pour les militaires, Ministère de l'Intérieur pour les policiers et gendarmes (bien que ces derniers soient militaires), Ministère de l'Action et des Comptes publics, Ministère de la Justice, Ministère des Transports et Ministère de l'Environnement. Bien évidemment, cette liste n'est pas exhaustive mais montre la complexité de rédiger des textes réglementaires concernant le port de l'arme alors même que le rattachement ministériel de ces professions est distinct. Pour ces professions, le droit au port d'arme n'est qu'un outil pour assurer leur mission commune à savoir la sécurité de la population. Elles sont parfois dotées, dans le cadre de leurs fonctions, d'une arme personnelle de service comme nous allons le voir pour le cas de la gendarmerie ci-après.

II.2. L'arme de dotation en gendarmerie : historique du cadre légal entre port d'arme et utilisation de celle-ci.

II.2.1. L'arme de dotation : le Sig Sauer SP 2022

En 2002, le Ministre de l'Intérieur lance un appel d'offres (7) pour une nouvelle arme de dotation commune au sein des forces de l'ordre alors qu'il existait jusque-là de nombreuses armes de poing différentes. C'est ainsi que les forces de l'ordre (policiers et gendarmes notamment) ont été dotés du pistolet semi-automatique Sig Sauer SP 2022. Ce pistolet semi-automatique, de catégorie B, a été retenu notamment pour ses nombreux dispositifs de sécurité : cran de sécurité du marteau, au verrouillage, à la percussion et la culasse « sécurité ».

Même si policiers et gendarmes sont dotés depuis 2002 de la même arme de service, le cadre juridique encadrant le port de l'arme de la service et son utilisation n'a cependant été harmonisé que tardivement comme nous allons le voir dans la suite.

II.2.2. Cadre juridique encadrant l'arme de dotation

II.2.2.1. L'historique du port de l'arme en gendarmerie : en service et hors service.

L'article L 315-1 du code de la Sécurité Intérieure (6) émet une exception concernant le port de l'arme de catégorie B pour *« les fonctionnaires et agents des administrations publiques exposées par leurs fonctions à des risques d'agression »* et autorisent ainsi les forces de l'ordre (policiers et gendarmes) à *« s'armer pendant l'exercice de leurs fonctions »* et assurer ainsi leurs missions au mieux. Si la question du port de l'arme en service pour les forces de l'ordre parait évidente et pleinement justifiée pour l'exercice de leurs métiers, la problématique du port de l'arme hors-service quant à elle**,** a été longtemps source de confusion.

Avant 2015, les textes de lois concernant le port de l'arme hors-service différaient selon la police ou la gendarmerie.

- Concernant la police nationale, l'arrêté du 6 juin 2006 (8) notifiait concernant l'arme hors-service : *« lorsqu'il n'est pas en service, le fonctionnaire de police n'est autorisé à porter son arme que dans le ressort territorial où il exerce ses fonctions ou sur le trajet entre son domicile et son lieu de travail. ».*

- Les textes en gendarmerie avant 2015, élaborés sur des circulaires internes, ne précisaient pas la question du port de l'arme hors-service (4).

Cette notion d'habilitation du port de l'arme hors-service chez les forces du ministère de l'Intérieur a été marquée et brusquement revisitée dans les suites des attentats de 2015.
En effet, les professionnels de la défense du territoire national, du fait de la nature particulière de leurs missions et les hautes responsabilités de celles-ci, s'engagent à être disponibles en tout temps et tout lieu (9) et sont donc en permanence susceptibles d'intervenir pour empêcher un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle de la personne. Ainsi, le 14 novembre 2015, dans le contexte de l'état d'urgence, il a été décidé de la mise en place temporaire d'un régime dérogatoire (10) permettant d'autoriser les forces de l'ordre à porter leur arme individuelle en dehors de leur service afin de leur permettre de faire face, à tout moment, à des individus armés.

Cette mesure énoncée comme « temporaire » a finalement été prolongée (11) au vu de l'intensification de la menace terroriste mais surtout dans les suites de multiples attaques dirigées spécifiquement envers les forces de l'ordre (12). Les policiers, gendarmes, militaires constituent des cibles privilégiées pour ceux qui chercheraient malheureusement à s'attaquer aux symboles de la France et aux hommes veillant à la défense de celle-ci.



Figure 2 : Rappel non exhaustif des attaques envers les forces de l'ordre depuis 2012 @ AFP

Au-delà du port de l'arme, il était alors aussi essentiel de faire évoluer le cadre légal d'utilisation de l'arme des forces de l'ordre selon la même logique.

II.2.2.2. Cadre légal de l'utilisation de l'arme en gendarmerie

Avant 2016, les règles relatives à l'usage des armes étaient différentes entre gendarmes et policiers avec un cadre d'utilisation restrictif notamment pour les policiers.

- Les officiers et sous-officiers de gendarmerie pouvaient faire usage de leurs armes, en l'absence de l'autorité judiciaire ou administrative, selon les conditions qui étaient définies par l'ancien article L. 2338-3 du code de la défense (13) élargissant le cadre de la légitime défense ;

- Quant aux fonctionnaires de police, ils étaient soumis aux règles de la légitime défense et de l'état de nécessité au même titre que n'importe quel citoyen basé sur l'article 122-5 du code pénal (14). A partir de 2015 (15), à la suite des attentats parisiens et en réponse solidaire de la part de la Police Nationale à des agressions marquantes envers ses hommes, notamment l'agression du 8 octobre 2019 à Viry-Châtillon (16) où 2 policiers ont été grièvement brûlés, de nombreux mouvements contestataires de policiers ont vu le jour. Les policiers jugeaient être en manque de moyen pour riposter face à une agression (15), considérant les conditions de la légitime défense comme étant inadaptées à l'action de ces derniers et notamment à leurs missions de sécurité publique.

La loi n° 2017-258 du 28 février 2017 (17) relative à la sécurité publique permet d'élargir le nouveau cadre de l'usage des armes et répond ainsi aux attentes de la police nationale ainsi qu'aux nouvelles problématiques de sécurité intérieure. Cette modification de février 2017 a ainsi permis l'harmonisation et l'unification des règles s'appliquant aux agents du ministère de l'intérieur en prenant pour modèle principal le dernier cadre juridique de l'usage des armes en gendarmerie. Ces nouvelles règles communes se retrouvent dans l'article L. 435-1 (18) et se résument selon l'illustration de la page 10.



Figure 3 : Cadre légal d'usage des armes des agents du ministère de l'Intérieur depuis 2017 (19)

II.2.2.3. Un cadre légal élargi : entre bénéfices et risques

Aujourd'hui, on ne peut pas prétendre savoir quel sera le devenir de ces lois concernant l'habilitation et l'usage de l'arme en dehors des heures de service mais il semblerait qu'elles s'inscrivent dans la durée. Même s'il ne s'agit pas d'une réponse parfaite dans la lutte anti-terroriste, l'on peut retenir quelques interventions médiatisées, comme l'arrestation de deux braqueurs par des membres du GIGN en civil dans un restaurant, à Besançon, en juin 2016 (20) ou encore ce policier hors service qui s'est tiré d'un guet-apens en tirant au sol (21).

Cependant, cet élargissement du cadre légal de l'arme de dotation chez les forces de l'ordre n'est pas sans risque. Nous rappelons un fait divers tragique : l'événement du samedi 18 novembre 2017, à Sarcelles (22), où un policier de 31 ans a tué trois personnes et blessé trois autres avec son arme de service avant de se suicider. Un tel drame, s'ajoute aux chiffres préoccupants que nous verrons par la suite du nombre de suicides de policiers et gendarmes. Ces actes hétéro-agressifs et auto-agressifs justifient d'une grande attention à chaque temps professionnel du gendarme : du recrutement jusqu'à la fin de carrière.

En gendarmerie, la sécurité autour de l'arme est assurée par deux entités : d'une part l'institution de Gendarmerie qui est responsable du personnel à qui elle remet une arme et d'autre part le Service de Santé des Armées (SSA) qui s'assure de la santé physique et psychique du personnel armé. Chacune des deux entités, institutionnelle ou médicale, ont un rôle et une responsabilité qui leur sont propres et ce dès le recrutement des jeunes candidats jusqu'à la fin de carrière du gendarme. Cela nécessite un cadre strict de sélection, de formation, d'évaluation et de prévention pour l'évaluation dynamique du rapport entre l'agent et son arme. Ainsi, nous nous intéresserons dans la troisième partie de cette introduction aux rôles des différents acteurs dans l'acquisition de l'arme de dotation et le maintien du port de l'arme le long du parcours professionnel du gendarme.

III. La place des différents acteurs dans l'acquisition de l'arme de dotation et le maintien du port de l'arme le long du parcours du gendarme

III.1. La responsabilité institutionnelle

III.1.1. Le recrutement en gendarmerie

Les formateurs ont l'habitude de dire que ce n'est pas l'arme le danger**,** mais le tireur. Il s'agit alors de sélectionner attentivement les futurs gendarmes opérationnels afin d'obtenir des personnes capables de manipuler une arme mais aussi de gérer le stress que celle-ci est susceptible de créer. Il est alors intéressant de s'interroger sur les modalités de recrutement en gendarmerie.

III.1.1.1. Les différentes voies de recrutement

Actuellement, il existe plusieurs voies d'accès pour s'engager dans la gendarmerie, fonction du niveau d'études initial du postulant, avec des conditions et des épreuves spécifiques pour chacune. Bien entendu, pour accéder à ces voies d'engagement, le candidat doit être jugé apte médicalement au service militaire, partie que nous verrons dans un second temps. Voici ci-dessous les modalités de sélection des différentes voies d'accès au métier de gendarme opérationnel (23) :

- La voie GAV (Gendarme Adjoint Volontaire) :

  Elle est accessible à toute personne de moins de 26 ans après avoir réussi les tests de sélection (test de culture générale, un test de compréhension de texte, un test de personnalité et une lettre de motivation). Le contrat est de deux ans, renouvelable jusqu'à 6 ans.

- Concours SOG (Sous-Officier de Gendarmerie) :

  Il y existe un concours SOG externe accessible aux titulaires du baccalauréat ainsi qu'un concours SOG en interne, accessible au GAV. Quel que soit le type de recrutement, les épreuves d'admissibilité comprennent : un test de personnalité, un entretien avec une psychologue et un entretien individuel avec le jury.

- Officier de Gendarmerie :

  Le recrutement par voie externe est réservé à des personnes ayant un bagage universitaire (concours). Mais, il est également possible d'y accéder par voie interne pour les sous-officiers d'active. Quel que soit le type de recrutement, les épreuves d'admissibilité

comprennent : un test de personnalité, un entretien avec une psychologue et un entretien individuel avec le jury.

- La voie de la réserve :

Pour accéder à la réserve opérationnelle (sans être un ancien militaire), il suffit d'être de nationalité française, d'être âgé de 17 ans au moins et 40 ans au plus et d'avoir satisfait aux obligations du service national (JDC).

Il n'existe aucune autre épreuve que la réalisation d'un test de personnalité.

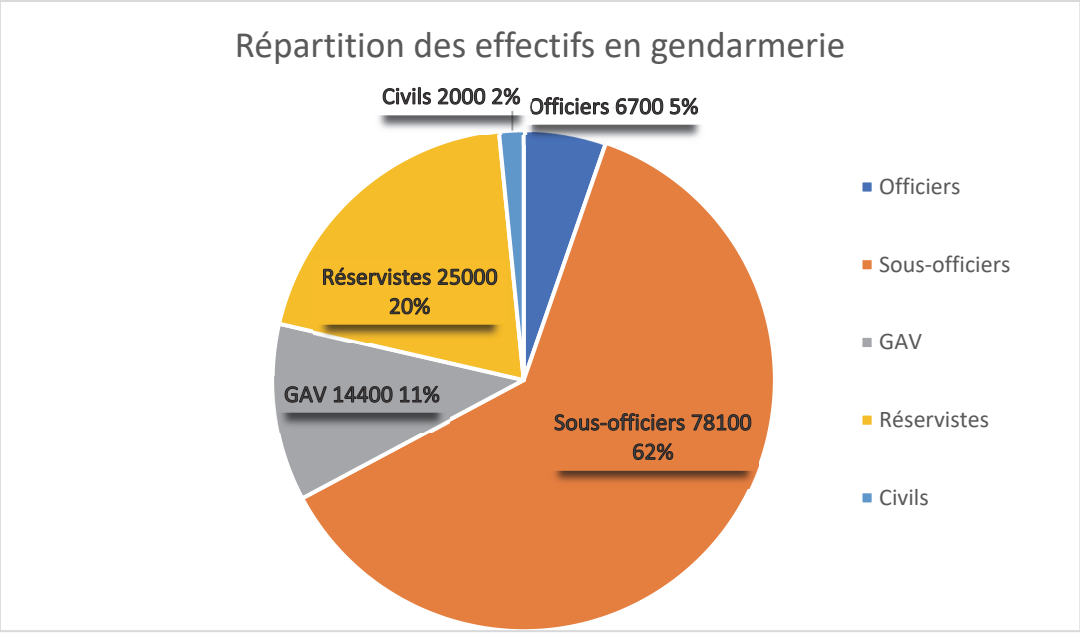


Figure 4 : Répartition des effectifs en Gendarmerie selon le rapport du Sénat de 2008 (24)

III.1.1.2. Les tests de personnalité

Ainsi, nous nous apercevons que pour chacune des voies d'accès au métier de gendarme, le test de personnalité, aussi dit « test psychométrique » est une épreuve essentielle, voire parfois l'unique épreuve comme pour le recrutement des réservistes.

Ces tests de personnalité se déroulent généralement sur une demi-journée. Le candidat doit répondre dans un temps délimité à une longue série de questions semi-ouvertes portant sur différents traits de sa personnalité : gestion du stress, sociabilité, impulsivité etc. Par exemple, on pourrait retrouver ce type de question : *« Un ordre me pose un problème quand il ne concerne que moi, alors que les autres font ce qu'ils veulent. »*

En effet, la carrière militaire nécessite de posséder des qualités qui permettent de gérer au mieux les contraintes du métier : vivre en collectivité, accepter l'éloignement familial, ou encore assumer le poids de la hiérarchie (25). Toutes les réponses sont ensuite analysées informatiquement créant des « catégories de personnalité » permettant d'écarter les profils jugés trop peu stables émotionnellement.

III.1.1.3. Les entretiens de sélection

L'entretien avec un/une psychologue vient compléter les tests de personnalité qui servent de support pour analyser le profil du candidat. Cet entretien est à dissocier du parcours médical et s'apparente à un outil de recrutement et de ressources humaines. L'entretien dure une trentaine de minutes et est constitué de questions d'ordre général sur la vie professionnelle et personnelle du candidat (situation familiale, loisirs etc.). Ces évaluations permettent de vérifier si le postulant a sa place dans l'institution et d'éliminer les profils jugés « extrêmes ».

L'entretien auprès d'un jury permet d'aborder les questions relatives à un sujet d'actualité ainsi que les motivations du candidat (23). L'examinateur doit mettre en valeur la capacité du candidat à être sous-officier ou officier de gendarmerie au regard de sa personnalité, de sa motivation, de sa culture générale, de ses facultés d'expression et de raisonnement, de sa vivacité d'esprit et de son équilibre émotionnel.

III.1.1.4. Les limites du recrutement

Au regard de ce qui a été décrit ci-dessus, le recrutement des sous-officiers et officiers semblent à première vue plutôt sélectif. De plus, le caractère « émotionnellement stable » est évalué à 3 reprises par les tests de personnalité, l'entretien avec la psychologue puis l'entretien avec le jury permettant de limiter les biais de sélection.

En revanche, on constate que l'évaluation du caractère « stable » du postulant GAV s'effectue uniquement sur les tests de personnalité. Il n'existe pas d'entretien systématique avec la psychologue ni d'entretien avec un jury pour ces jeunes recrues qui auront pourtant à manipuler une arme dans les quelques jours suivant leur engagement.

Enfin, il est troublant de constater que la sélectivité des réservistes est minimaliste alors que cette population représente tout de même 20% des gendarmes opérationnels (24), et qu'ils sont amenés, comme n'importe quel gendarme, à porter une arme lors de leurs services.

III.1.2. La formation initiale à l'arme de dotation

La qualité du recrutement est essentielle pour sélectionner les futurs gendarmes capables de suivre une formation assidue pour leur futur métier. Le contenu de cette formation ainsi que sa durée diffèrent selon les voies d'engagement (23) :

- 13 semaines pour les GAV APJA Agent de Police Judicaire Adjoint (APJA) et 6 semaines pour les GAV Emploi Particulier (EP).
- 12 mois pour les sous-officiers de gendarmerie, dont 7 mois dans une des six écoles dédiées.
- Deux ans à l'école des officiers de la gendarmerie nationale à Melun ainsi que des stages en unité pour les engagés Officiers de gendarmerie.
- Et seulement 15 jours pour les réservistes.

Une instruction spécifique au maniement et aux règles d'utilisation des armes est réalisée. Tout gendarme souhaitant être habilité à l'emploi de son arme de dotation doit détenir un certificat initial d'aptitude à la pratique du tir (CIAPT) (26). L'obtention de ce certificat est conditionnée par la validation de trois modules de formation portant sur :

- La réglementation (cadre légal d'usage des armes) ;
- La connaissance de l'arme (caractéristiques, conditions d'emploi spécifiques, manipulations) ;
- L'emploi de l'arme (séances de tir, mises en situation).

Le réserviste en gendarmerie effectue quant à lui une formation (23) appelée PMG (Préparation Militaire Gendarmerie) sur un total de 15 jours dont 10 heures de maîtrise des armes et 12 heures d'exécution des tirs.

III.1.3. La formation continue à l'arme de dotation

En complément des séances dédiées à l'obtention des CIAPT ou à l'entretien des acquis, les militaires suivent un entraînement complémentaire pouvant comprendre des séances de tir avec des munitions réelles ou à effet réduit. Il existe également des séances d'entraînement sans munition visant à favoriser, par la répétition de mouvements, une meilleure maîtrise de l'arme, et ainsi, une plus forte concentration du militaire sur l'analyse de la situation rencontrée en intervention.

Un rapport de la Cour des comptes publié en 2018 (27) révèle que les gendarmes étaient pour la quasi-totalité à jour de leur formation à l'arme de poing en 2017 avec un pourcentage de 97 % des effectifs. Cependant, la formation et l'évaluation du maniement concernant les armes intermédiaires (pistolet à impulsions électriques, lanceur de balles de défense etc.) ne semblent pas se réaliser de manière aussi assidue alors qu'elles semblent être la première source de blessures lors des différents conflits avec la population (27). Il existe aussi un manque de formation pour les armes au caractère létale avec seulement 20% des agents susceptibles de manier un HK G36 ayant reçus les formations requises dans les délais réglementaires (27). Ce manque de régularité dans la formation continue soulève la problématique d'une maitrise imparfaite de l'arme et d'une possible hausse des tirs accidentels (28) (28).

C'est l'institution qui a la responsabilité de délivrer une formation irréprochable concernant les aspects juridiques et pratiques de l'usage de l'arme et de réaliser régulièrement des évaluations. Cette mission est principalement déléguée au commandant d'unité, qui comme spécifié dans *« l'instruction N° 207000 du 19 janvier 2018 relative aux mesures de sécurité à appliquer à l'instruction et à l'entraînement au tir »* (29), a pour mission *« d'organiser l'instruction du tir des personnels de l'unité ».* Ce même document implique, de manière implicite, le service médical dans la sécurité vis-à-vis de l'arme par le biais du commandant d'unité désigné comme relai entre le service médical et ses hommes, dont le rôle est de s'assurer *« que les personnels n'ont pas de restriction au tir, notamment d'ordre médical (obligation de double protection auditive, port de l'arme, entraînement au tir...) ».* Le commandement et le SSA ont donc respectivement une responsabilité vis-à-vis de l'arme selon des modalités qui leurs sont propres. Mais quelle est la nature exacte de cette responsabilité, et par quels biais le SSA peut-il intervenir dans la relation entre un gendarme et son arme ? Nous tâcherons de préciser dans un deuxième temps le rôle du service médical, notamment le rôle du médecin militaire, ainsi que sa responsabilité dans l'attribution d'une arme de dotation à un personnel et dans le maintien de celle-ci le long de sa carrière.

III.2. Responsabilité médicale

II.2.1. Rôle du médecin d'unité en gendarmerie

Le Service de santé des armées (SSA) est un service interarmées de l'Armée française, dont le rôle est d'assurer, en toute circonstance, le soutien médical des forces armées (Terre, Air, Marine) et de la Gendarmerie en métropole comme sur les théâtres d'opérations.

En gendarmerie, comme dans les autres forces, il existe des structures médicales, organisées en 16 Centre Médicaux des Armées (CMA), subdivisés en Antennes Médicales (AM) composées de médecins généralistes militaires et situées au plus près des casernes. Ces médecins dits « d'unité » sont donc les pivots du parcours de soins des gendarmes. Ils sont à la fois médecin traitant et médecin du travail selon un code de déontologie qui leur est propre (30).

Le métier de médecin généraliste militaire est exigeant. Il implique différentes responsabilités et différents champs de compétences, notamment (31) :

- Assurer la détermination et le suivi de l'aptitude à servir dans les armées françaises pour le personnel militaire ;
- Assurer les soins aux personnels militaires et civils de la Défense ;
- Assurer la médecine d'expertise (accident de service, maladie professionnelle, congés maladie), prescrire les mesures d'hygiène et de prévention et participer à leur exécution et leur contrôle.

Le médecin d'unité a un regard privilégié sur le patient du fait de sa proximité avec lui et d'un savoir sur son environnement et ses différentes contraintes. Il est l'expert médical du milieu dans lequel le militaire travaille. Il est présent à proximité du gendarme, du recrutement jusqu'à sa fin de carrière pour déterminer et veiller au suivi des aptitudes nécessaires au métier de gendarme. Mais quelles sont donc ces différentes aptitudes ?

II.2.2. Textes réglementaires encadrant l'aptitude en gendarmerie

Toutes les aptitudes militaires se basent sur la notion de « SIGYCOP ». Le SIGYCOP correspond à une « cartographie » de l'état de santé du militaire, selon sept sigles équivalent chacun à une fonction essentielle motrice, psychique ou sensorielle. Ils correspondent respectivement (32) :

S : à la ceinture scapulaire et aux membres supérieurs. (De 1 à 6)
I : à la ceinture pelvienne et aux membres inférieurs. (De 1 à 6)
G : à l'état général. (De 1 à 6)
Y : aux yeux et à la vision (sens chromatique exclu). (De 1 à 6)
C : au sens chromatique. (De 1 à 5)
O : aux oreilles et à l'audition. (De 1 à 6)
P : au psychisme. (De 0 à 5).

Le numéro 1 équivaut à l'absence de pathologie. Les chiffres suivants correspondent à une affection du sigle correspondant, voire un handicap grave, pour lequel la cotation est proportionnellement croissante. Les affections et leurs séquelles sont cotées sur une liste exhaustive fixée par le Service de Santé des Armées (32).

En Gendarmerie, c'est l'arrêté du 12 septembre 2016 (33) qui fixe les conditions physiques et médicales d'aptitude exigées pour les personnels de la gendarmerie nationale et les candidats à l'admission en gendarmerie et l'annexe IV pour les conditions en cours de carrière. Ainsi, le médecin doit s'assurer que l'état de santé du gendarme soit compatible avec le SIGYCOP minimal requis (33) lors de l'engagement ou en cours de carrière à et à sa spécialité.

De façon commune pour un gendarme à l'engagement, le SYGICOP minimal requis pour l'engagement correspond à cette cotation :

S	I	G	Y	C	O	P
2	2	2	4	3	2	0

Ce SYGICOP est moins restrictif pour un gendarme en cours de carrière :

S	I	G	Y	C	O	P
2	2	3	5	4	3	1

En supplément de ce profil minimal, le gendarme, aussi bien pour son engagement que lors de sa carrière opérationnelle, doit répondre à certaines conditions supplémentaires obligatoires. Ces conditions (33) exigent *« l'absence de contre-indication :*

- *Au port et à l'usage de l'arme de dotation individuelle ;*
- *À la conduite de véhicules légers ;*
- *Au service externe de jour comme de nuit ;*
- *Coefficient de mastication au moins égale à 30 p 100 ;*
- *Absence de bégaiement prononcé ;*
- *Absence de contre-indication à la pratique de l'entraînement physique militaire et sportif (EPMS). »*

Ces sigles et ces différentes conditions sont évalués de manière dynamique lors des différents temps : au recrutement lors d'une expertise médicale initiale, puis lors de l'incorporation, mais aussi le long de la carrière avec une réévaluation tous les 2 ans dans le cadre de la visite médicale périodique, obligatoire pour tous les militaires. Chaque moment d'évaluation doit prendre en compte certaines exigences particulières, détaillées ci-dessous.

II.2.3. Importance du contrôle médicale lors du recrutement : l'Expertise Médicale Initiale

Un des premiers rôles du SSA est de déterminer les personnes « aptes » médicalement à l'engagement militaire. En gendarmerie, comme nous l'avons vu précédemment, aucun engagement ne peut aboutir sans avoir réalisé au préalable une expertise médicale initiale jugeant de la capacité physique et psychique à exercer en tout temps et tous lieux.

Les exigences physiques et psychiques attendues d'un militaire conduisent à écarter pour inaptitude médicale un certain nombre de candidats. Si l'examen clinique permet de déceler aisément des pathologies locomotrices ou altération de certains sens, l'évaluation du psychisme quant à elle n'est pas toujours évidente. Bien souvent, l'existence de troubles psychiques ne sera pas évoquée spontanément par les candidats et parfois même cachés selon le degré de leurs motivations à l'engagement pour des raisons économiques ou personnelles. Pour aider dans sa

démarche, le médecin peut se baser sur un questionnaire de santé (31) dont certaines questions touchent au registre psychiatrique, comme par exemple : *« Avez-vous eu une maladie nerveuse ou une dépression ? », « Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide ? ».* Ce questionnaire ne permet pas de réaliser un diagnostic mais il est un guide pour l'entretien psychiatrique. L'analyse du fonctionnement psychique d'un candidat durant l'entretien peut s'avérer difficile, il convient d'être pertinent dans sa démarche clinique afin de repérer des éléments de fragilité qui peuvent faire craindre une adaptation de mauvaise qualité au milieu militaire.

Dans son article intitulé *« L'aptitude psychiatrique en milieu militaire »* (34), le médecin chef des services hors classe, Dominique Vallet, professeur agrégé du Val-de-Grâce, nous donne des pistes sur ce qui justifiera d'une inaptitude initiale :

- La constatation d'un trouble mental avéré ou de troubles importants de la personnalité ;
- La découverte d'antécédents de troubles psychotiques, même s'ils sont stabilisés au moment de la sélection ;
- La notion d'antécédent d'épisode maniaque : le risque étant trop grand de faire décompenser ces sujets lors de la mise en situation militaire ou même à distance.

Certains cas de figure nécessitent une fine investigation clinique comme la notion d'antécédents de troubles dépressifs où la sévérité de l'épisode, le contexte de sa survenue, le recul de la période de guérison, les conditions de la prise en charge de l'état dépressif et son évolution doivent être prises en compte avec si besoin un recours au spécialiste militaire (34). Il en va de même pour l'appréciation du retentissement de troubles anxieux et le mésusage des substances psychoactives.

Cette visite d'expertise initiale permet d'écarter les troubles psychiatriques et de la personnalité évidents. Mais pour nombre de candidats, la détermination de leur profil psychique se fera après la mise à l'épreuve du service et sera réévaluée de manière globale après la période probatoire (35). D'où l'existence particulière de la cotation « zéro » pour le sigle correspondant au psychisme. Cette cotation zéro correspond à un état psychologique jugé non pathologique lors d'une expertise médicale initiale. Elle sera systématiquement réévaluée avant la fin de la période probatoire (32) pour obtenir une cotation P=1 si le patient n'a pas présenté de trouble de l'adaptation invalidant durant sa période probatoire, ou une autre pathologie psychiatrique intercurrente.

A noter qu'il existe un « double contrôle » effectué lors des premiers jours d'arrivée en unité des engagés, délégué depuis 2020 au personnel paramédical. Cette seconde visite, anciennement appelée visite médicale d'incorporation (31), permet de s'assurer de l'absence d'une *« affection psychiatrique intercurrente survenue dans l'intervalle ou une pathologie sous-estimée lors de l'expertise médicale initiale ».*

II.2.4. Importance du contrôle médical en cours de carrière : la Visite Médicale Périodique

En cours de carrière, les gendarmes sont réévalués régulièrement par le médecin militaire au cours de différentes consultations : la Visite Médicale Périodique (VMP), la visite médicale d'aptitude particulière à des spécialités ou formations d'emploi, la visite médicale d'ordre statutaire ou encore lors d'une visite de reprise du travail après un congé de maladie. La seule consultation restant systématique et commune à l'ensemble des militaires est la VMP, visite obligatoire tous les deux ans, durée parfois écourtée selon décision du médecin pour une surveillance médicale rapprochée.

Cette VMP permet de surveiller l'état de santé du personnel et d'assurer le maintien de la capacité opérationnelle des forces (31). Elle est basée essentiellement sur un entretien, un examen clinique, et est parfois complétée d'examens complémentaires à charge du SSA (31) qui aideront le praticien dans sa prise de décision. Il s'agit lors de cette visite de prendre en compte les contraintes physiques et psychologiques inhérentes au métier de gendarme, mais aussi les éventuelles problématiques personnelles. A noter qu'en cas de doute, le médecin peut demander un avis spécialisé complémentaire.

Toute consultation ou visite d'expertise auprès d'un médecin militaire est donc l'occasion de statuer sur l'aptitude et de formuler, selon les données de l'examen, d'éventuelles restrictions d'emploi telle qu'une inaptitude temporaire au port d'armes.
Si la théorie concernant « l'aptitude à servir » peut sembler très protocolisée via notamment l'arrêté relatif (32), publié par la Direction centrale du service de santé des armées (DCSSA), les données cliniques et paracliniques peuvent parfois être insuffisantes pour la prise de décision concernant le port d'armes, laissant place à la subjectivité du médecin dans la prise de décision. Existe-t-il des bases concrètes sur lesquelles le médecin peut s'appuyer pour étayer son argumentation ?

II.2.5. L'aptitude au port d'arme : entre théorie et pratique

Comme déjà vu précédemment, l'aptitude au port de l'arme n'existe pas en tant que telle. C'est l'absence de contre-indication au port et à l'usage de l'arme de dotation individuelle qui est une condition nécessaire au service. Il est intéressant de noter qu'il n'existe aucun texte spécifique précisant les différentes contre-indications au port et à l'usage de l'arme de dotation individuelle pour aider la prise de décision du médecin.

Cette « absence de contre-indication au port et à l'usage de l'arme de dotation individuelle » peut s'envisager selon deux versants : la contre-indication physique et la contre-indication psychique.

La contre-indication physique à cette aptitude est rarement problématique, comme lors des situations traumatiques (par exemple : un bras dans une attelle plâtrée) ou lors d'une atteinte importante des sens (par exemple : un trouble sévère de l'acuité visuelle). Parfois, celle-ci est moins évidente, par exemple, une entorse du poignet droit chez un droitier entraînant un trouble fonctionnel peu invalidant du membre supérieur mais potentiellement gênant pour diminuer la précision d'un tir lors d'un usage des armes. Les textes (32) cotant les sigles sont une base de travail efficiente pour le médecin.

En théorie, il en est de même pour le psychisme puisque seul le signe P=1 est autorisé (32) : *« P 1 : le coefficient 1 indique un niveau intellectuel satisfaisant, l'absence de troubles psychopathologiques cliniquement décelables, ainsi que les bonnes conditions de l'adaptation à la vie militaire, en particulier au cours de la période probatoire. Il confirme l'aptitude sans restriction à tous types d'emploi. ».*
Or, il est évident que les données d'une seule consultation, la mieux menée soit-elle, ne peuvent donner de certitude quant à l'état psychologique du patient sur les deux ans à venir, et ne peuvent affirmer que celui-ci ne présentera pas à un instant « T » des difficultés d'ordre psycho-social s'il est soumis à l'existence notamment d'une contrainte professionnelle ou personnelle.
L'évaluation psychiatrique consiste alors en *« une rigueur sémiologique, une réflexion pathogénique et une hypothèse pronostique qui se conjuguent alors pour étayer une décision rationnelle d'aptitude »* (32).
En cas d'existence de troubles psycho-affectifs de gravité légère à modérée, la prise de décision apparait d'autant plus délicate pour le médecin qui, s'il se fiait de façon stricte aux textes, ne

pourrait alors pas autoriser le port de l'arme. Pourtant, la décision d'inaptitude au port de l'arme n'est pas anodine et implique des conséquences à trois niveaux :

- Premièrement une conséquence pour le patient en le confinant à une activité exclusivement « hors terrain » et sans « services externes » avec un risque de stigmatisation par ses camarades comme personne potentiellement fragile ;
- Secondairement, une conséquence institutionnelle engendrant une réorganisation des services pour remplacer le militaire dans ses missions où l'arme est nécessaire et lui trouver un poste adapté ;
- Et enfin, une conséquence pour le médecin avec une possible rupture du lien de confiance entre le médecin et le patient en cas de désaccord avec la décision.

Il convient alors de bien peser le pour et le contre à cette inaptitude par l'utilisation *« d'une démarche clinique concrète, globale, fondée sur la richesse d'une relation intersubjective et dépassant une simple évaluation nosologique »* (32).

Pour aider le médecin militaire dans sa démarche et sa prise de décision la plus juste possible, un mémento nommé *« L'expertise médico-psychologique en milieu militaire »* a été publié par la DCSSA (36) et écrit en collaboration avec le service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy. Ce mémento stipule que l'inaptitude doit être considérée lors de *« situations de crise psychique d'urgence psychiatrique, de décompensation d'une pathologie psychiatrique qui imposent alors le retrait rapide de l'arme ».* Il est recommandé (36) aux médecins militaires d'être spécifiquement attentifs aux situations entraînant une dangerosité potentielle du fait du risque de passage à l'acte (PAL) auto-hétéro-agressif. Parmi ces situations, on retient surtout :

- La crise suicidaire dont le risque évolutif majeur est le passage à l'acte suicidaire ;
- L'épisode dépressif caractérisé, dont l'intensité et le risque suicidaire doivent être évalués ;
- Une décompensation psychotique aigue ;
- Une décompensation d'un trouble de la personnalité.

Cependant, il n'est pas mentionné sur ce document les faisceaux d'arguments issus de l'interrogatoire ou de la clinique pouvant aider à la prise de décision. De plus, seules les situations « d'urgence » sont mentionnées, mais qu'en est-il pour les situations évoluant à bas bruit ? Il est important de rappeler que le médecin militaire dans son bureau est parfois démuni pour repérer d'éventuels troubles qui surgissent indépendamment des visites médicales programmées, ou face à un militaire qui minimise ses difficultés ou les occulte volontairement. Existe-t-il dans la littérature des éléments sur lesquels s'appuyer pour la mise en place d'une méthode fiable d'évaluation psychique en gendarmerie. Une évaluation exhaustive est-elle possible pour rechercher des contre-indications au port de l'arme ?

IV. L'évaluation psychique en gendarmerie : éléments et outils méthodologiques à prendre en compte selon les données de la littérature

IV.1. L'examen clinique en psychiatrie

De manière générale, l'examen clinique ne s'appréhende pas de la même façon que l'examen physique, même si leur but commun est de recueillir des signes cliniques pour établir un diagnostic, d'évaluer le pronostic et d'orienter une thérapeutique. Comme le souligne le chapitre 8 de la 3ème édition du manuel de psychiatrie d'Elsevier Masson (37), les signes cliniques obtenus dans l'examen psychiatrique seront essentiellement issus de l'entretien et donc du matériel « verbal », même si la part « non-verbale » peut-être un outil supplémentaire (mimique, tonalité de la voix, ralentissement gestuel, comportements etc.). Le manuel (37) souligne que l'interprétation des symptômes dans la démarche diagnostique doit se faire en prenant en compte l'histoire personnelle du sujet, car les symptômes sont souvent subjectifs et polysémiques selon le vécu de la personne. De plus, l'interprétation des symptômes doit être effectuée de manière globale et confrontée au reste de la symptomatologie. Toute décision doit prendre en compte la personnalité du patient, sa culture, son passé personnel, son entourage familial et son milieu social. Cela implique pour le médecin examinateur une connaissance et une compréhension large sur la vie du patient pour intégrer l'expérience subjective qu'il traverse, et tirer ainsi de son examen des données le plus objectives possibles. Ainsi, l'examen clinique et la démarche diagnostique en psychiatrie sont modulés selon la singularité du patient, et toute donnée doit être interprétée dans la globalité de la personne.

Même si la systématisation « rigide » de l'examen clinique psychiatrique semble pour ces différentes raisons impossible, les experts (37) proposent de respecter quelques règles pour le meilleur déroulement possible de la consultation, notamment :

- Différencier les circonstances de l'examen qui influent sur la coopération du patient (en gendarmerie : demande de soins émanant du sujet lui-même, demande du sujet influencé par un tiers, demande par le commandement non acceptée par le patient, situations d'expertise lors des VMP par exemple) ;
- Un modèle reproductif de conduite de l'examen :
    - Environnement de l'examen : privilégier un endroit calme et un temps suffisamment long (une durée d'une heure est préconisée) ;
    - Une attitude du praticien à moduler selon l'attitude du patient ;

- Respecter les silences ;
- Laisser s'exprimer le plus largement possible la spontanéité du patient, en accompagnant son discours ;
- Une écoute dite « active » permettant d'apprécier l'état psychologique, l'anamnèse des difficultés récentes, l'histoire de vie du patient et ses éventuels antécédents somatiques comme psychiatriques.

IV.2. <u>Comprendre la place de l'arme dans l'identité du gendarme</u>

Comme nous l'avons vu ci-dessus, la clé de l'examen clinique en psychiatrie réside notamment dans le fait de connaître son patient dans sa globalité. En médecine d'unité, le médecin militaire n'est pas toujours le médecin traitant, impliquant des difficultés pour connaître son patient s'il consulte une unique fois tous les deux ans. Cependant, le médecin des forces a l'avantage de bien appréhender le milieu dans lequel exerce son patient, et comprendre ainsi « l'identité de groupe » en gendarmerie, dont l'arme apparait comme le symbole.
« L'identité » d'un groupe de personnes selon le Larousse (3) est décrite comme un *« caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité ».* Les résultats d'un colloque organisé par le Centre de Recherche de l'Ecole des Officiers de la Gendarmerie Nationale (CREOGN) publiés dans le livre intitulé *« L'identité du gendarme »* (38) considère que celle-ci se construit autour de valeurs communes militaires telles que : discipline, légalisme, civisme, disponibilité, austérité, courage et solidarité. Le rapport de proximité à la population civile explique également l'identité commune en gendarmerie. Cette dernière est forgée lors de la formation initiale où elle en est un des objectifs (39), mais aussi de manière continue lors de la carrière selon l'expérience de chacun et la qualité de l'encadrement de contact.

Au-delà des valeurs communes militaires et sociales du gendarme, « l'arme » plus qu'un outil professionnel nécessaire à son métier, s'apparente comme l'objet symbolisant l'appartenance à la Gendarmerie. Il existe donc une identité très particulière du gendarme autour de cette arme à ne pas négliger notamment lors d'interrogations pour lui en retirer l'aptitude. Comme le dit un officier supérieur de Gendarmerie, interviewé lors d'une enquête (40) s'intéressant spécifiquement à ce sujet: *"Etymologiquement, l'arme figure dans le mot 'gen-d'-arme', c'est dans l'ADN du métier".* Ainsi, la relation qu'il existe entre l'arme de dotation et le personnel

armé est de nature très intimiste parfois même viscérale. Pourtant, il peut parfois être source de malaise (40) confrontant à *"la responsabilité individuelle de donner la mort ou blesser quelqu'un*". Porter une arme 24 heures sur 24 entraîne une relation ambivalente, à la fois rassurante mais tout autant anxiogène. Un autre personnel de la sécurité intérieure explique (40) que depuis le 13 juin 2016, jour où le couple de policiers a été tué à Magnanville, il n'a pas quitté son pistolet, *« J'ai ramené mon arme à la maison pour protéger ma famille »*, raconte-t-il. Cependant, ramener son arme au domicile peut s'avérer complexe à gérer d'un point de vue familial, imbriquant dès lors le milieu personnel et professionnel.
L'implication émotionnelle autour de l'arme fait donc appel à plusieurs paramètres distincts : le symbole qu'elle représente pour le personnel et dans l'institution, la notion de protection des autres, de soi-même et de sa famille et la létalité possible d'autrui. Tous ces facteurs sont à prendre en considération lors de l'évaluation de l'aptitude au port de l'arme.

IV.3. Les facteurs de risques de troubles psychiques au sein de la gendarmerie

L'environnement du patient (personnel ou professionnel) est un déterminant à ne pas méconnaître par le praticien en charge de l'évaluation psychique. En effet, de nombreux facteurs de risques environnementaux communs en Gendarmerie peuvent venir catalyser un état de vulnérabilité préexistant selon des facteurs de risques individuels. Il s'agit alors d'identifier ces différents facteurs pour apprécier, au plus juste, le niveau de dangerosité d'un individu en situation de stress dépassé avec la question sous-jacente du risque de passage à l'acte. La crise suicidaire telle qu'elle est définie selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (41) fait d'ailleurs référence à *« une rupture d'équilibre entre le sujet lui-même et son environnement ».*

Si l'on cherche à analyser l'environnement de travail du militaire, il faut forcément s'intéresser de plus près aux risques relatifs à ce cadre. On qualifie de *« risques psychosociaux »* (ou RPS) (42) les éléments qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés au sein de leur environnement professionnel. Leurs causes sont à rechercher à la fois dans les conditions d'emploi, les facteurs liés à l'organisation du travail et aux relations de travail. Nous avons retenu à la lecture de la littérature différents risques psycho-sociaux du métier de gendarme.

IV.3.1. Un rythme de travail générateur de stress

Ce n'est pas tant la quantité de travail qui pèse sur les gendarmes mais plutôt l'organisation des heures de travail. Une grande réforme (43) sur l'organisation du temps de travail a été réalisée en Gendarmerie, afin de créer une parité globale avec la Police Nationale. Les gendarmes disposent à présent de 11 heures de repos physiologique par tranche de 24 heures. Il découle de cette réforme un temps de travail très irrégulier pouvant créer de la fatigue. A ce jour, les dernières données de la Direction de la Gendarmerie Nationale (44) retrouvent en 2018 un temps d'activité moyen pour le gendarme (gendarme départementale, spécialisé, mobile et garde républicaine) effectué de 41.3h/semaine auxquelles il faut ajouter les astreintes équivalentes à 54.9h/semaine. Le temps d'astreinte est un élément majeur à prendre en compte car pourvoyeur potentiel de fatigue nerveuse importante du fait de la gestion de l'imprévisible (45). Il est dommageable que le travail de nuit ne soit pas notifié sur ce document car il peut être pourvoyeur de troubles de sommeil et de stress, voire aggraver à certaines addictions.

IV.3.2. Des contraintes liées à la disponibilité et la mobilité inhérentes au métier de gendarme

La gendarmerie est présente sur 95 % du territoire français (46) et propose la plus grande diversité d'affectations. En 2018, l'organisation de la Gendarmerie repose sur un maillage de 3100 brigades territoriales en métropole et outre-mer dont 1 970 ont un effectif inférieur ou égal à 10 gendarmes (46). La notion de mobilité faisant partie intégrante du métier, les gendarmes n'ont pas toujours le choix dans leurs affectations et peuvent ainsi être postés dans des zones rurales peu attractives sur des unités à effectifs réduits, augmentant alors sensiblement le rythme des astreintes. On relève que le 12ème rapport du Haut Comité d'Evaluation de la Condition Militaire (HCECM) intitulé *« La vie des militaires et de leur famille selon le lieu d'affectation »* (46) a mis en évidence que ces lieux d'affectation dit « reculés » peuvent être source d'une gêne familiale (difficultés de scolarité pour les enfants, faible offre d'emplois pour le ou la conjoint(e)).

De plus, le gendarme est disponible en tout temps et en tout lieu (9), entraînant certaines contraintes notamment pour les gendarmes mobiles qui peuvent être détachés plusieurs fois dans l'année en métropole ou Outre-Mer. Pour rappel en 2018, les escadrons de gendarmes mobiles ont été absents de leur lieu de résidence, en moyenne, 175 jours (44) soit plus de la moitié de l'année.

IV.3.3. Imbrication de la vie professionnelle et personnelle

Il existe une forte promiscuité entre le milieu professionnel et personnel (47) qui naît de l'obligation pour les officiers et sous-officiers de Gendarmerie de vivre dans des logements militaires, concédés par nécessité absolue de service. Cette vie en caserne est un élément ambivalent pour les gendarmes : à la fois protectrice lorsque les choses y sont sereines mais défavorables si les relations professionnelles sont délicates. La vie familiale est intimement liée à la vie professionnelle. Les gendarmes ressentent un manque de « sas de décompression » et la vie en caserne est parfois vécue comme un enfermement. Un gendarme interviewé sur une étude concernant le logement en gendarmerie disait (47): *« Quand vous êtes par exemple de repos, si vous restez chez vous, vous êtes toujours à proximité du bureau. Vous ne vous changez pas les idées. ».*

IV.3.4. Confrontation quotidienne à la violence et à la mort

Les gendarmes doivent s'adapter et faire face à une tension nerveuse souvent importante du fait des caractéristiques de leurs missions. Ils sont confrontés régulièrement à des violences physiques et verbales. On dénombrait 4 486 agressions verbales envers des gendarmes dans l'exécution du service en 2018 contre 5 152 en 2017 et 2 306 blessés à la suite d'agressions physiques en service en 2018 alors qu'ils étaient 1 926 en 2017 (44). Nous pouvons nous attendre à un chiffre de violences accentué pour l'année 2019 suite aux mobilisations dans le cadre du mouvement « gilets jaunes ».

De plus, le particularisme du métier de gendarme réside en une confrontation à la mort possible durant toute sa carrière. Ils peuvent être témoins répétés de scènes de crimes, cibles de tirs ou être eux-mêmes amener à ouvrir le feu et tuer quelqu'un lors d'une intervention. Dans l'exercice quotidien, ces notions de violences et de mort sont souvent relativisées voir banalisées, pourtant sur le long terme, elles peuvent être source de mal-être.

IV.3.5. Une nouvelle logique économique entraînant la fin d'un idéal de valeurs

Le Général Bertrand SOUBELET, ancien numéro trois de la Gendarmerie Nationale s'exprime dans son livre (48) sur l'existence d'une nouvelle logique économique au sein de l'Armée. Pour lui, celle-ci s'inscrit dans un souci de rentabilité et devient génératrice d'un stress de nature bureaucratique. Ce stress semble s'amplifier en lien avec la lourdeur des procédures administratives auxquelles les gendarmes sont soumis. Ce fonctionnement, progressivement rattachable à celui de la fonction publique, peut être la source d'une désillusion concernant le

cœur de métier du gendarme avec la sensation d'être un « bureaucrate » plutôt qu'un véritable « héros » dans un système judiciaire jugé en manque de moyens.

Cette liste, non exhaustive, de facteurs de risques inhérents au métier de gendarme, montre que la nature même du métier implique une exposition à une multitude de facteurs de stress et ce de manière régulière voir quotidienne. Cette multiplicité de facteurs fragilise les personnes qui y sont confrontés, diminuant ainsi leurs mécanismes de défense et augmentant ainsi le risque d'une possible maladie psychiatrique débutante. D'ailleurs, quelles sont les différentes pathologies psychiatriques rencontrées chez le gendarme ?

IV.4. Les différents troubles psychiques en gendarmerie

L'ensemble de la nosographie psychiatrique existe en Gendarmerie (32), avec une prévalence des troubles, comme dans les autres armées, proche de la population générale hormis un biais de recrutement initial éliminant les profils psychotiques souvent repérés lors de l'expertise médicale initiale. La nosographie psychiatrique militaire est abordée d'un point de vue expertal selon une classification offrant une grande latitude d'appréciation adaptée à la forte variabilité individuelle dans les modalités d'expression des différentes pathologies rencontrées. L'éventail des cotations est ainsi très large (exemple de 2 à 5 pour les troubles de l'humeur). Cependant, aucune des maladies psychiatriques répertoriées (32) n'est compatible avec le minimal requis pour un gendarme, c'est-à-dire P=1.

Si la nosographie des pathologies psychiatriques militaires rejoint celle du domaine civil, le mode d'expression de la souffrance psychique militaire est quant à lui différent (32). En effet, certains préfèrent taire leurs symptômes par peur du regard des autres sur cette blessure aux aspects bien différents d'une blessure physique. Cette problématique de sous-déclaration en consultation est présente pour l'ensemble des pathologies psychiatriques, soit par peur d'une stigmatisation vis-à-vis de la « maladie mentale » soit par peur d'une perte d'aptitude. En effet, le médecin ne rencontrant parfois un gendarme qu'une unique fois en deux ans, il peut se retrouver dans l'incapacité de diagnostiquer une pathologie psychiatrique latente, et ce malgré un interrogatoire bien tenu. Ce retard diagnostique, induit inévitablement un retard de prise en charge. En cas d'évènement surajouté, on peut ainsi voir apparaître, dans les situations les plus extrêmes, une décompensation psychiatrique, autrement dit, une rupture d'équilibre psychique dont le risque est le passage à l'acte suicidaire. Notre prochaine partie s'intéressera donc à l'épidémiologie du risque auto-agressif en gendarmerie et aux recommandations actuelles concernant sa détection et sa méthode d'évaluation.

IV.5. Le risque auto-agressif en gendarmerie

IV.5.1. Epidémiologie

Selon la définition de l'OMS (49) le suicide se définit comme une action, celle de *« mettre fin à ses jours. »*. Ce phénomène d'auto-agressivité est à présent devenu une préoccupation mondiale et n'épargne malheureusement pas les armées françaises. Le dernier rapport de surveillance épidémiologique des armées (50) dénombre 65 conduites auto-agressives déclarées en 2017 et 32 suicides au total. Les suicides se révèlent être responsables de 21 % des décès dans les armées en 2017 (51).

Dans ce même rapport (50), la population Gendarmerie est considérée comme la population militaire la plus à risque de conduites auto-agressives. Par exemple, une étude a relevé une augmentation significative des conduites auto-agressives en Gendarmerie sur les cinq premiers mois de 2018 où l'arme à feu était le moyen létal le plus employé dans 47% des cas, plus particulièrement de l'arme de service dans 63% des cas. Sur cette période de 5 mois, les gendarmes représentaient 66,6% des passages à l'acte suicidaire au sein des armées. Le 13ème rapport de l'HCEM (44) fait lui aussi le même constat alarmant : 33 suicides en Gendarmerie en 2018 (et 35 dans la Police Nationale tout corps confondu). Des chiffres qui restent significativement élevés chez les forces de l'ordre de l'intérieur comparativement au reste des corps de l'armée, comme le montre le graphique ci-dessous.

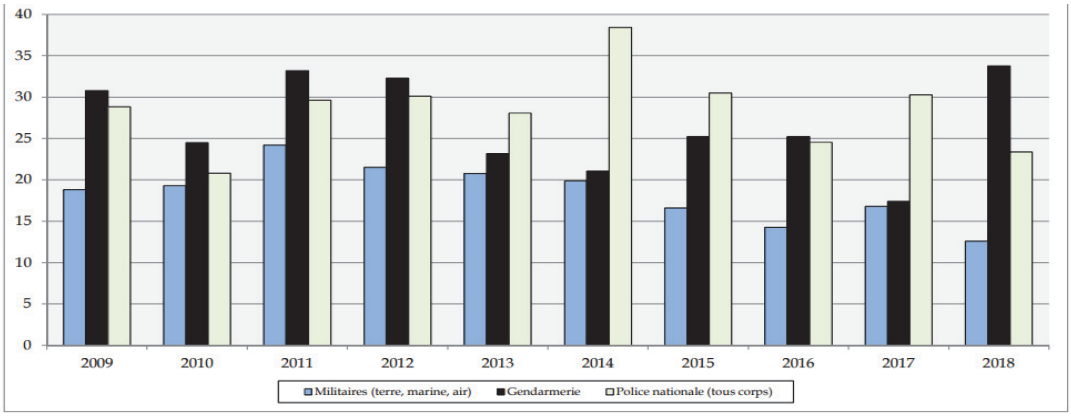


Figure 5 : Evolution du taux de suicide pour les militaires des armées, les gendarmes et les policiers (ratio 100 000 agents) de 2009 à 2018 (44)

Cette augmentation du nombre de suicides en Gendarmerie, comparativement aux autres corps d'armée pourrait s'expliquer aisément par la facilité d'accès au moyen létal : la disponibilité d'une arme chargée multipliant par 9 le risque suicidaire (41).

A la lecture de ces résultats, il est donc évident que l'évaluation du risque auto-agressif dans la population des gendarmes doit être rigoureuse et se baser sur une méthode reconnue scientifiquement, comme la méthode produite par l'HAS.

IV.5.2. Méthode d'évaluation du risque suicidaire selon l'HAS : reconnaître la crise et apprécier la dangerosité

Selon la conférence de consensus sur la crise suicidaire d'octobre 2000, disponible sur le site de la HAS (41)**,** la méthode de prise en charge de la crise suicidaire réside en 2 étapes : reconnaître la crise et apprécier la dangerosité et l'urgence de celle-ci.

IV.5.2.1. Reconnaître la crise suicidaire

Ainsi, selon la HAS, le diagnostic de crise suicidaire, chez une personne indemne jusque-là de troubles psychiatriques s'appuie sur (41):

- Le contexte suicidaire : la présence d'idées et leur fréquence, l'intention communiquée au praticien ou à des tiers (directement ou indirectement), le sentiment de désespoir, des conduites de préparation de l'acte ;
- Des signes de vulnérabilité psychique, comme des troubles de l'image de soi, des signes d'impulsivité et l'agressivité qui facilite le passage à l'acte, une instabilité comportementale, une tendance à l'anxiété, notamment des attaques de panique ;
- Des changements de comportements récents, une modification de la vie relationnelle, des conduites à risque.

Chez un patient connu et ayant des troubles, une aggravation récente des troubles, perçue par le patient ou son entourage est un signe devant alarmer l'équipe médicale.

IV.5.2.2. Apprécier sa dangerosité et son urgence

Une fois la crise suicidaire, si elle existe, reconnue par le médecin, il faut alors apprécier le degré de dangerosité et l'urgence de la crise suicidaire via six éléments essentiels à explorer lors d'une consultation (41):

- Le niveau de souffrance : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité ;

- Le degré d'intentionnalité : idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario) ;
- Les éléments d'impulsivité : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents ;
- Un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte … ;
- La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments … ;
- La qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de certaines familles.

L'appréciation du risque chez le gendarme implique un principe de précaution élevé du fait de l'accès immédiat aux moyens létaux. Il implique également une relation de confiance avec le médecin pour qu'il puisse se confier librement. Cela demande de la part du médecin d'unité, proximité, patience et écoute active. Cependant, le rôle de l'environnement professionnel, que ce soient des collègues ou des référents hiérarchiques, est également essentiel dans le repérage d'une crise suicidaire. Les gendarmes doivent être sensibilisés à détecter les situations à risque (divorce, deuil, sanction…) et avoir le réflexe d'en référer à l'équipe médicale.

V. Objectifs de l'étude

V.1. Justification de l'étude et objectif principal

Comme nous avons pu le constater le long de notre introduction, le gendarme, dans le cadre du devoir de disponibilité inhérent à son métier, a un accès direct à son arme de dotation. Cependant, l'accès à l'arme apparait comme le premier moyen de létalité en Gendarmerie. De plus, sa capacité d'usage nécessite d'être en pleine possession de ses moyens physiques et psychiques pour pouvoir résister à d'importants facteurs de stress. C'est pourquoi, le médecin peut être amené, en vue de protéger un gendarme présentant un trouble psychique, mais aussi son entourage personnel ou professionnel, à demander le retrait de l'arme et ainsi poser une inaptitude temporaire.

Néanmoins, prendre la décision de retirer l'arme à un personnel n'est pas anodin. L'impression de sanction de cette décision et la stigmatisation de cette mesure peut constituer un frein à venir se confier au médecin militaire. L'équilibre est donc fragile pour allier soins et prévention. Le médecin doit réfléchir sur le « risque acceptable » de maintenir l'arme à un patient présentant des troubles psychiques. Il doit mesurer la dangerosité de la situation qui se base sur deux principaux déterminants : la probabilité de survenue de l'évènement indésirable et sa potentielle gravité. Cette gestion des risques, consiste à rechercher des compromis et des seuils acceptables pour celui-ci. Or, les textes d'aptitude en Gendarmerie ne laissent que peu de marges de manœuvre en théorie puisque seul le P=1 autorise le port de l'arme.

Notre étude s'est intéressée à la pratique des médecins des forces quant à la détermination de l'aptitude au port d'arme ainsi qu'à leurs méthodes de gestion du risque. La question de recherche pourrait se formuler sous cette forme :

« Quels sont les différents faisceaux d'arguments participant à la décision du médecin des forces d'un maintien ou d'un retrait d'une aptitude au port d'arme chez un gendarme présentant des troubles psychiques ? ».

V.2. Intérêts de répondre à la question posée

Il s'agit de s'interroger sur l'existence ou non d'une pratique commune des médecins d'unité concernant l'évaluation de l'aptitude au port d'arme chez un patient gendarme atteint de troubles psychiques, avec la question sous-jacente de l'évaluation du risque du passage auto-agressif. L'intérêt de cette étude étant d'essayer d'harmoniser les pratiques professionnelles du médecin militaire vis-à-vis de la détermination de l'aptitude au port d'armes à la suite d'une mise en lumière des arguments conscients et inconscients qu'il utilise lors de sa consultation. Il s'agira d'essayer d'évaluer l'ensemble des situations pouvant conduire à dépister ce risque, et de tenter d'identifier un processus reconductible d'évaluation. Selon la pertinence de ce travail, on pourrait s'interroger sur l'intérêt d'enrichir les textes réglementaires dans le SSA concernant l'aptitude au port d'arme, et limiter ainsi au maximum la subjectivité du médecin comme critère décisionnel.

Enfin, ce sujet d'étude peut donner des pistes de réflexion dans l'exercice des médecins généralistes libéraux, qui sont amenés à avoir dans leur patientèle des personnes dont la profession les expose aux armes. De plus, pour les disciplines sportives incluant une arme (tir sportif, biathlon etc.), la délivrance ou le renouvellement de la licence sont soumis à la production d'un certificat médical par un docteur en médecine, dont le lien comme médecin traitant n'est pas exigé. Ce dernier peut avoir besoin de références pour mener sa stratégie décisionnaire.

V.3. Objectifs secondaires

Nous étudierons ici le ressenti des médecins vis-à-vis de cette aptitude, et si celle-ci crée une différence d'interaction dans la relation patient (gendarme)/médecin. Ensuite, nous nous intéresserons à la perception des médecins concernant l'environnement socio-professionnel et comment celui-ci pourrait influencer de potentiels troubles psychiques, ainsi que les différentes mesures de prévention proposées. Enfin, il paraît nécessaire d'étudier les relations interprofessionnelles créées autour de cette aptitude et notamment : le lien avec la médecine de ville civile, avec les psychiatres militaires ainsi qu'avec le commandement.

VI. Méthodologie

VI.1. Type de recherche

Afin de répondre au mieux à la question posée, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative sous forme d'étude des pratiques des médecins des forces. Comme le souligne l'article d'Isabelle Aubin-Auber *« Introduction à la recherche qualitative »* (52), cette méthode est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs ou difficiles à mesurer. L'application de cette recherche est très utile notamment pour l'étude des aspects relationnels, car les émotions, sentiments, comportements et expériences personnelles des sujets étudiés sont explorés.

VI.2. Schéma de l'étude

Voici le résumé du schéma de l'étude :

Sélection et recrutement de la population sélectionnée → Création du guide d'entretien et étude de faisabilité du guide d'entretien → Recueil des données via les entretiens semi-dirigés → Retranscription Word → Analyse des données par analyse de contenu thématique et analyse lexicale aidée par un logiciel adapté → Relecture des résultats par le CESPA → Fin de l'étude.

VI.2.1. Recrutement de la population

La population que nous avons choisi d'étudier est composée de médecins exerçant auprès de gendarmes depuis plusieurs années (que ce soit au sein d'une gendarmerie ou au sein d'un régiment d'armée de terre) leur permettant ainsi d'avoir une bonne connaissance du milieu gendarmerie et d'avoir déjà été confrontés à la problématique étudiée au cours de visites d'expertises ou de consultations.

Ainsi les critères d'inclusions étaient :

- Donner son accord écrit à être interviewé et enregistré ;
- Être ou avoir été médecin généraliste militaire d'active exerçant auprès de personnels gendarmes et ce depuis plus de 5 ans ou en cours de leur 5ème année de pratique.

Le seul critère d'exclusion était :

- Personne en état de donner son accord mais présentant une incapacité de lecture/d'écriture de la langue française, ne permettant pas une lecture complète de la fiche d'informations remise par mail.

Concernant le recrutement de la population, un mail via la messagerie sécurisée de la défense « Intradef » a été initialement envoyé aux différents praticiens des antennes médicales de gendarmerie retrouvées sur l'annuaire au grade minimal de « Commandant » (ou Médecin Principal), afin de répondre au premier critère d'inclusion ci-dessus (soit un minimum de 5 ans d'expérience). Une fiche d'information était jointe à ce mail (annexe N°1) précisant l'intérêt de l'étude, le déroulé de celle-ci, l'utilisation des données verbales, l'anonymisation des entretiens et les droits des interviewés. Cette fiche d'information a bénéficié d'une relecture par le Département formation, recherche et innovation (DFRI).
Cette première prise de contact a permis une deuxième vague de recrutement via le réseau des différents praticiens, et un recrutement dit « boule de neige ». Ainsi, de nombreuses coordonnées non présentes sur l'annuaire nous ont été données, notamment des médecins réservistes, des retraités ainsi que des médecins ayant changé de corps d'arme au fil de leur carrière.
Au total, 22 médecins ont été retenus initialement, tous concernés par la question de recherche et répondant aux critères d'inclusions de l'étude.

VI.2.2. Préparation du guide d'entretien et étude de faisabilité

Un guide d'entretien (annexe N° 2) a été préparé afin que l'enquêteur puisse avoir un « pense-bête » répertoriant les thèmes qui devront être abordés au cours de la discussion ainsi que les différents sous-thèmes. Ces thèmes ont été choisis dans le but de vérifier des hypothèses de travail émises après une courte expérience médicale auprès des gendarmes pour l'investigateur principal, de mai 2019 à octobre 2019, et après lecture de données de la littérature présentées ci-dessus.

Les différentes hypothèses et thèmes retenus étaient les suivantes :

- Hypothèse 1 :

  « L'aptitude au port d'arme est une aptitude considérée comme « spécifique » par les médecins militaires. »

  Le thème s'intéressait au rapport et au ressenti du médecin d'unité quant à l'aptitude au port de l'arme.

- Hypothèse 2 :

  « Il est nécessaire que la gestion des troubles psychiques en gendarmerie soit adaptée à l'environnement socio-professionnel qui leur est propre, et que cette gestion se fasse dans la globalité. »

Le thème s'intéressait donc à l'environnement et la gestion des troubles psychiques en gendarmerie.

- Hypothèse 3 :

« Certains arguments sont utilisés inconsciemment de manière commune entre les médecins militaires en gendarmerie pour la prise de décision de maintien ou retrait de l'arme. »

Le thème s'intéressait à la notion de risque acceptable dans la détermination du port de l'arme.

- Hypothèse 4 :

« La détermination de l'aptitude du port de l'arme est une décision collégiale. »

Le thème s'intéressait aux relations interprofessionnelles concernant l'aptitude au port de l'arme.

- Enfin, un 5ème thème était présent, sans hypothèse spécifique, offrant la possibilité d'un approfondissement libre sur le sujet du port de l'arme par le praticien interrogé.

Avant chaque début d'entretien, un recueil de variables caractérisant la population étudiée était effectué faisant préciser :

- Le sexe de l'interviewé ;
- Le nombre d'années d'expériences auprès des gendarmes ;
- La région actuelle d'exercice selon les 4 quadrants de la France Nord-Ouest (NO), Nord-Est (NE), Sud-Ouest (SO) et Sud-Est (SE) selon ce schéma représentatif :



Figure 6 : La France découpée en 4 régions

- La présence d'une distance entre le lieu d'exercice et l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) le plus proche supérieur à 150 kilomètres ou supérieur à un trajet d'une heure ;
- L'exercice au moment de l'interview en antenne gendarmerie ou non (régiment d'armée de terre, retraité, etc.).

Afin de garantir la bonne cohérence et l'absence d'oubli de thèmes primordiaux dans le guide d'entretien, une triple relecture a été réalisé par le Médecin en Chef Diane TOUMINET, médecin exerçant en gendarmerie, le Professeur Charles GHEORGHIEV, chef du service de psychiatrie de l'HIA Sainte Anne ainsi que par le Docteur Chrystel LAVAGNA de l'équipe spécialisée en études qualitatives du CESPA (Centre Epidémiologique et de Santé Publique des Armées).
Ce canevas d'entretien a ensuite été testé préalablement auprès de 2 médecins répondant aux critères d'inclusion de l'étude afin de modifier quelques points et de garantir au mieux sa pertinence.

VI.2.3. Recueil des données

Le recueil des données a consisté en plusieurs entretiens semi-dirigés, d'une durée prévue initialement de 45 minutes à 1 heure pour chaque participant. Les médecins ont été interrogés selon un arrangement préalable entre les disponibilités de l'enquêteur et les volontaires, sans ordre prédéfini.

Avant l'enregistrement, l'investigatrice informait de façon claire, loyale et appropriée sur l'utilisation des données verbales de l'entretien sous couvert d'anonymat, et rappelait la possibilité, à tout moment, de se retirer de l'étude. Un accord oral était demandé avant de débuter l'entretien. L'enregistrement vocal était réalisé à partir du microphone de l'ordinateur de l'investigatrice. Des données du non verbales étaient également recueillies par l'investigatrice durant les entretiens. Aucun enregistrement vidéo n'a été réalisé.

Le recueil des données s'est arrêté lors de la saturation des données, c'est-à-dire lorsque deux nouveaux entretiens n'amenaient plus d'information complémentaire, pour un total de 12 entretiens effectués.

VI.2.4. Retranscription des données

Les enregistrements audio étaient anonymisés et conservés dans un dossier sécurisé par mot de passe sur l'ordinateur détenue par l'investigateur principal. Après chaque enregistrement, l'entretien était retranscrit mot à mot, « à l'état brut » sous la forme d'un français parlé et non écrit, avec respect de la ponctuation, dans un fichier Word anonymisé et intitulé « entretien n°X ». Les données non verbales recueillies durant l'entretien ont été annotées en commentaire

dans les fichiers Word afin de conserver la spontanéité et le sens premier des paroles. Cette retranscription durait entre 4 et 8h en fonction des entretiens.

Tous les fichiers audio retranscrits été au fur et à mesure détruits, et les fichiers Word le seront après la soutenance de thèse.

VI.2.5. Analyse des données

Afin de répondre à notre objectif principal, nous avons choisi de réaliser une double analyse : une analyse de contenu selon une méthode manuelle de traitement des données et une analyse lexicale à l'aide d'un logiciel. L'utilisation combinée de ces deux démarches permet une complémentarité dans l'étude (53) des entretiens.

VI.2.5.1. Analyse de contenu

L'analyse de contenu manuelle consistait en une analyse thématique fondée sur la déduction et l'inférence (53). Elle se déroulait selon trois phases chronologiques (53) :

- La préanalyse : permet de formuler des hypothèses et objectifs via notamment une lecture flottante des entretiens. Il s'agit de lire et relire les entretiens et de les « décontextualiser », c'est-à-dire de découper les corpus en unités regroupées par thèmes. Une grille d'analyse est alors réalisée regroupant pour chaque corpus des thématiques mises en évidence par le chercheur.
- L'exploitation des données dans une deuxième phase consiste en une catégorisation plus fine via un système de codage des éléments (54). Les éléments de la grille d'analyse sont de nouveau modulés et articulés selon leurs fréquences d'apparition, leurs locuteurs, leurs contextes et selon leurs interdépendances.
- L'interprétation des résultats consiste enfin à avancer des interprétations selon les objectifs prévus, ou à effectuer d'autres découvertes imprévues en se basant sur les données de la grille d'analyse.

VI.2.5.2. Traitement des données par logiciel : Classification hiérarchique descendante et analyse factorielle des correspondances

A la suite de cette analyse, un complément d'analyse basée sur le champ lexical a été réalisé à l'aide d'un logiciel nommé « Iramuteq ». L'analyse lexicale est fondée sur la redondance lexicale (54) et la proximité entre les mots employés. Cette seconde analyse a été uniquement réalisée sur le corpus 3 et 5 des entretiens, réunis en un unique corpus étant donné leurs complémentarités de réponses vis-à-vis de l'objectif principal de l'étude. Une préparation du corpus était ensuite effectuée en respectant la ponctuation, en retirant le discours de l'intervieweur et en anonymisant le corpus. Ensuite, les mots ont été automatiquement « lemmatisés » par le logiciel, c'est-à-dire mis sous forme grammatical neutre, puis le corpus était ensuite découpé automatiquement en unité de textes. Deux analyses étaient ensuite réalisées : une classification hiérarchique descendante (CHD) et une analyse factorielle des correspondances (AFC).

Une première analyse de type classification hiérarchique descendante (CHD) selon la méthode de Reinert (55) a été réalisée. Cette analyse a l'avantage d'être interprétable visuellement à l'aide de graphes, aussi appelés dendrogrammes. L'analyse consiste à réaliser un regroupement hiérarchique dit « descendant » des formes du corpus, en les divisant à chaque étape selon la méthode du Chi-deux (test statistique conçu pour déterminer si la différence entre deux distributions de fréquence est statistiquement significative), afin de regrouper les formes les plus homogènes selon différentes classes terminales, représentant chacune un monde lexical différent. Ainsi, dans chaque classe, il est attribué à chaque forme un Chi-deux correspondant à la force du lien entre la forme et la classe : plus celui est grand et plus la force du lien entre la forme et la classe est grande.

Il convient ensuite d'expliquer les résultats, le logiciel ne se substituant pas à l'interprétation par l'investigateur.

Par la suite, une analyse factorielle des correspondances a été réalisée sur les formes, les classes et les variables sociodémographiques des interlocuteurs. L'AFC est une méthode factorielle de statistique descriptive multidimensionnelle, dont l'objectif est d'analyser la liaison existante entre deux variables qualitatives. Cette méthode se base sur le test du Chi-deux d'indépendance et les résultats sont produits sous la forme de graphiques de type nuage de points dans lesquels sont réunies les variables considérées. L'étude de la correspondance entre ces variables est ensuite à interpréter selon la distance Chi-deux.

Voici un rapide exemple illustratif d'une démarche méthodologique d'analyse lexicale (56), effectuée dans cet exemple sur un corpus textuel des calendriers des Scouts et Guides de France :

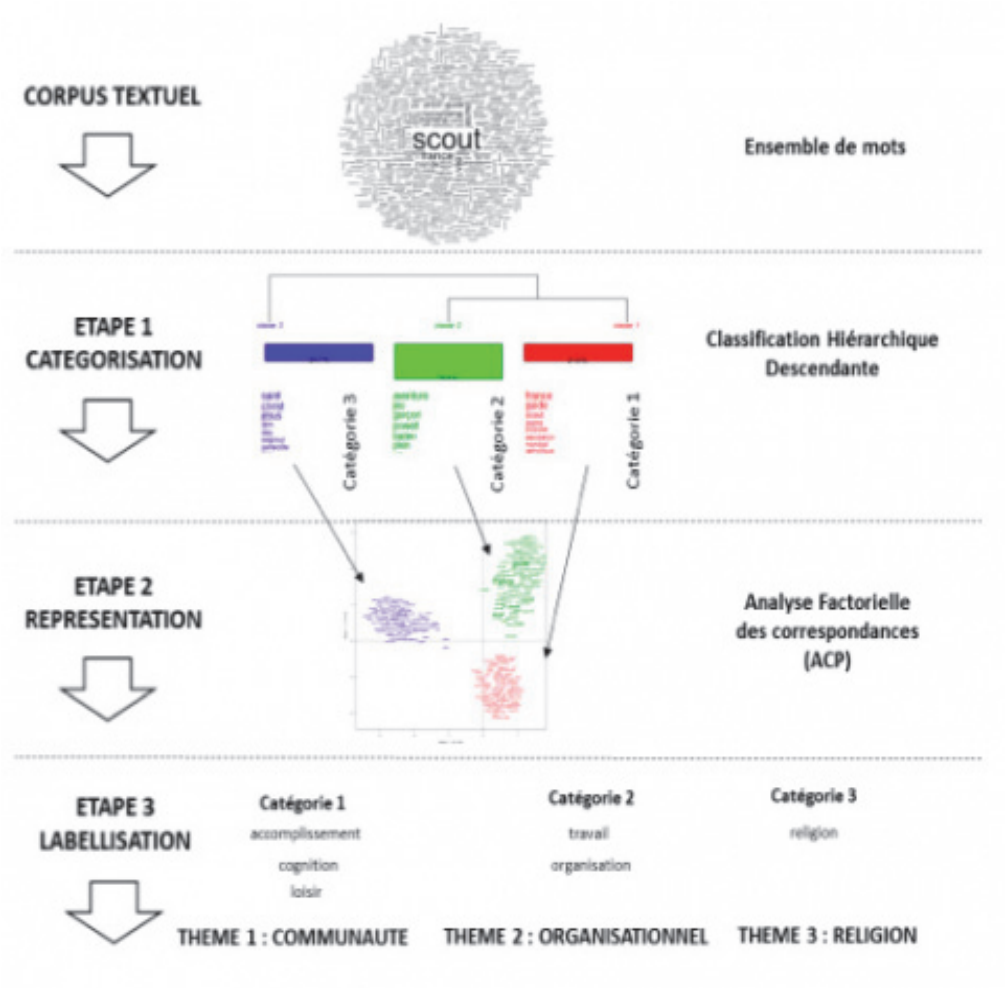


Figure 7 : Exemple récapitulatif d'une démarche méthodologique d'analyse lexicale via la méthode CHD et AFC

VI.3. Temporalité

Le premier entretien a débuté en septembre 2019 et le recueil des données s'est arrêté lors de la saturation des données soit en mai 2020. Les données de ces entretiens ont été retranscrites au fur et à mesure de septembre 2019 à l'été 2020. La préanalyse a été réalisée au fil des entretiens, et l'analyse complète s'est déroulée d'octobre 2020 à avril 2021.

VI.4. Considérations éthiques

Nous déclarons n'avoir aucun lien d'intérêt à effectuer cette étude. Ce projet de recherche s'effectuant hors loi Jardé, aucune demande au Comité de Protection des Personnes n'a été nécessaire. Aucune déclaration à la CNIL n'a été faite car aucune donnée nominative n'a été conservée.

Pour la réalisation de cette étude, nous avons eu préalablement le soutien et l'accord :

- De la direction de la médecine des forces (DMF) ;
- De la direction de la formation de la recherche et de l'innovation (DFRI) du SSA ;
- Du coordinateur de la recherche clinique de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Sainte Anne en date du 12 août 2019 ;
- Du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) ;
- Du Médecin en Chef Marie-Dominique COLAS titulaire de la chaire de psychiatrie et psychologie attribuée aux Armées pour effectuer cette étude.

La demande d'accord du conseiller technique de la gendarmerie est restée sans réponse.

VII. Résultats de l'étude

VII.1. Caractéristiques des entretiens et de la population étudiée

VII.1.1. Caractéristiques de la population étudiée

	Femme ou Homme	Nombres d'années d'expériences auprès des gendarmes	Région d'exercice actuelle selon les 4 quadrants	Existence d'un HIA situé à plus de 150 km du lieu d'exercice	Exercice actuel en gendarmerie
Ent 1	F	5	SE	OUI	OUI
Ent 2	F	6	SE	OUI	OUI
Ent 3	H	10	SO	OUI	OUI
Ent 4	H	8	SO	OUI	OUI
Ent 5	F	16	SO	OUI	OUI
Ent 6	F	9	SE	NON	NON
Ent 7	F	5	SE	NON	NON
Ent 8	H	18	NO	NON	NON
Ent 9	F	12	NE	NON	OUI
Ent 10	F	7	NE	NON	OUI
Ent 11	H	9	SE	NON	NON
Ent 12	F	7	NO	OUI	OUI

Tableau 1 : Résumé des caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Au total, parmi nos 12 médecins participants, il y avait 8 femmes soit 66.7 % de la population interrogée et 4 hommes (33.3%), avec une moyenne d'expérience auprès des gendarmes estimée à 9.3 ans et une médiane à 8.5 ans. On dénombrait 66.7% de la population interrogée exerçant au moment de l'entretien au sein d'une antenne gendarmerie tandis que 33.3% de la population exerçait hors antenne gendarmerie (dans un régiment d'armée de terre ou participant retraité).

Nos participants exerçaient au moment de l'entretien à 41.6% dans la région Sud-Est, 25% dans le Sud-ouest et 16.7% respectivement dans le Nord-Est et Nord-Ouest. Pour les retraités, la dernière région d'exercice en tant que médecin d'active était prise en compte.

Il existait, à part égale, le même nombre de participants dont l'exercice actuel était situé à une distance de plus de 150 kilomètres d'un HIA qu'à une distance inférieure à ce seuil.

VII.1.2. Caractéristiques des entretiens

Entretiens N° X	Temps (minutes)
Ent 1	40,42
Ent 2	25,43
Ent 3	52,44
Ent 4	48,42
Ent 5	68,27
Ent 6	69,11
Ent 7	50,52
Ent 8	85,23
Ent 9	66,14
Ent 10	38,18
Ent 11	57,25
Ent 12	47,15

Tableau 2 : Résumé des différents temps pour chaque entretien

Le temps moyen d'entretien était de 54 minutes et le temps médian de 51 minutes. L'entretien le plus long durait 85 minutes (entretien 8) et le plus court 25 minutes (entretien 2).
Les entretiens se sont initialement déroulés soit au sein de l'antenne médicale dans laquelle exerçait l'interviewé, soit dans un lieu calme et isolé du bruit extérieur. Ainsi, 7 entretiens ont été réalisés selon ces conditions initiales. Puis en mars 2020, à la suite des mesures sanitaires et des restrictions de transport liées à l'épidémie mondiale, la suite des entretiens a dû se dérouler en distanciel via l'interface Skype, sur le réseau sécurisé de l'HIA Sainte Anne. Au total, 5 entretiens ont été fait par visioconférence.

VII.2. L'analyse de contenu

L'analyse de contenu a été scindée en 5 corpus, chacun visant à répondre aux hypothèses de travail abordées lors du guide d'entretien. Le détail de cette analyse se présente sous forme de tableaux de mise à plat, consultables en annexe N°3. Ces tableaux sont découpés en thématiques, elles-mêmes redivisées en sous-thématiques abordant plusieurs idées retranscrites à chaque fois dans un ordre décroissant d'importance, avec en rouge les idées majeures retenues. Dans la dernière colonne du tableau se trouvent les verbatims illustrant les différentes idées retenues.

Concernant les verbatim, nous rappelons que :

Les verbatim en italique et entre guillemets correspondent à des citations « mot pour mot » des sujets interrogés en entretien individuel et non à l'interprétation des auteurs. Ainsi, chaque idée forte suggérée par l'analyse de contenu est illustrée par un ou plusieurs verbatim.

Voici ci-dessous les résultats de l'analyse de contenu, abordés chronologiquement selon les 5 thèmes du guide d'entretien :

- Le rapport et ressenti du médecin d'unité quant à l'aptitude au port de l'arme ;
- L'environnement et la gestion des troubles psychiques en gendarmerie ;
- La détermination de l'aptitude ou inaptitude au port de l'arme ;
- Les différentes relations interprofessionnelles autour de cette aptitude ;
- Approfondissement et axes d'améliorations proposés concernant l'aptitude à l'arme.

VII.2.1. Rapport et ressenti du médecin d'unité quant à l'aptitude au port de l'arme

Dans ce premier corpus, nous souhaitions vérifier l'hypothèse de travail ci-dessous :

« L'aptitude au port d'arme est une aptitude considérée comme « spécifique » par les médecins militaires. »

Nos entretiens révèlent, qu'en effet, cette aptitude apparait comme à part entière des autres aptitudes à cause des conséquences qu'elle implique à 3 différents niveaux : le gendarme, l'institution et la société.

Pour le gendarme, cette aptitude conditionne son aptitude au travail dans le sens où *« s'il n'a pas son aptitude et en fonction du poste qu'il occupe, il peut perdre toute aptitude au travail ».* Pour certains médecins, cette aptitude apparait comme une équivalence à « *l'aptitude générale à servir en général »* voir à *« l'aptitude mentale »* du gendarme. De plus, cette aptitude implique des conséquences de vie et de mort pour le patient avec un risque auto-agressif mais aussi des conséquences *« tournées vers les autres »* avec un risque hétéro-agressif. Enfin, cette aptitude semble *« spécifique à la gendarmerie »* car elle occupe une place centrale dans l'identité et le statut du gendarme, *« si on leur enlève l'aptitude au port d'arme, pour eux c'est la fin du monde »* entraînant jusqu'à une *« réelle déchéance de leur statut »*. L'institution présente un constant besoin de réponses vis-à-vis de cette aptitude pour gérer au mieux ses effectifs, obligeant le médecin des forces à envisager cette problématique de manière dynamique avec le commandement.

Même si la majorité des médecins militaires interrogés s'accorde à signaler l'absence de formation sur cette aptitude, leurs ressentis vis-à-vis de cette aptitude n'est cependant pas homogènes. Pour certains, elle apparait comme une réelle source de tension avec l'impression de *« joue[r] avec le feu »* d'autant plus qu'il n'existe *« pas de guide (…) donc c'est très compliqué »* aboutissant parfois à un sentiment d'incompétence pour les médecins. Un médecin nous raconte : *« J'ai souvent l'impression qu'on me demande de faire quelque chose [pour lequel] je ne suis absolument pas compétente. ».* A contrario, une minorité de médecins ne ressentent pas de malaise dans la détermination de cette aptitude. Les principaux facteurs explicatifs de cette discordance semblent être le poids de l'expérience du médecin auprès des gendarmes ainsi que l'existence d'un aiguillage par un médecin averti. Ainsi, un jeune médecin inexpérimenté aura plutôt tendance à appliquer un principe de précaution en décidant d'une inaptitude *« un peu trop facilement »* malgré les conséquences néfastes que celle-ci pourrait avoir.

Enfin, pour les médecins interrogés, cette aptitude est particulière étant donné sa profonde implication dans l'interaction gendarme/médecin. Elle est au cœur de la problématique de la « *double casquette* » du médecin militaire dont la gestion semble très délicate. Comme nous l'explique un des interviewés : *« C'est toute la schizophrénie du médecin militaire, c'est à dire qu'on est à la fois dans une logique de soin de médecin et de médecin militaire comme un médecin du travail et un médecin d'aptitude où [on prend] la décision. »*. Cependant, les deux casquettes, soin et expertise, ne sont pas indépendantes l'une de l'autre, elles semblent interagir ensemble et s'enrichir mutuellement. D'ailleurs, l'inaptitude au port de l'arme apparait d'abord comme une mesure de protection de l'intéressé, *« on le protège contre lui »,* et s'inscrit avant tout dans une logique de soin.

VII.2.2. Environnement et gestion des troubles psychiques en gendarmerie

Pour rappel, dans ce deuxième corpus, nous souhaitions vérifier l'hypothèse de travail ci-dessous :

« Il est nécessaire que la gestion des troubles psychiques en gendarmerie soit adaptée à leur environnement socio-professionnel, qui leur est propre, et que cette gestion se fasse dans sa globalité. »

Dans notre étude, il apparait évident que l'environnement socio-professionnel des gendarmes est un environnement considéré comme à risque à cause des nombreux facteurs de stress quotidiens auxquels le gendarme est soumis. Premièrement, ces facteurs sont liés au devoir de disponibilité du gendarme avec notamment cette nécessité de vivre en caserne impliquant *« une notion de regard de l'autre, d'un jugement encore plus grand. »*. Cet aspect apparait comme amplifié dans les petites brigades isolées où la vie est dite comme *« infernal[e], vous ne pouvez pas vous échappez, vous êtes complètement, le soir, le matin, au boulot, à la maison, vous êtes dedans ».* Deuxièmement, il y existe des facteurs de stress liés aux lourdes attentes de rendement de l'institution impliquant pour le gendarme *« des hautes responsabilités et […] des pressions hiérarchiques ou judiciaires »* et entraînant parfois une incompréhension entre le gendarme et sa hiérarchie avec une sensation que *« la hiérarchie s'est complétement détachée de la base »* laissant les gendarmes *« noyés »* par les procédures administratives. D'autres contraintes inhérentes au métier de gendarme sont retrouvées parmi elles : un rythme de travail *« décousu »* voire *« anarchique »*, une fréquente confrontation *« à la misère du monde, […], à la violence, […] qui petit à petit peuvent les fragiliser »* et une confrontation à la mort. Ceci est d'autant plus stressant que cette exposition est imprévisible, comme l'illustre un médecin en relatant le discours qu'a tenu un de ses patients : *« Quand je pose mes enfants à l'école, je ne leur dis pas «à ce soir » car je ne suis pas sûr de revenir vivant. »*. De plus, les gendarmes semblent souffrir d'une absence de reconnaissance face à cette prise de risque et d'une vision très réductrice de leurs métiers par la population. Enfin, quelques médecins évoquent une vulnérabilité du gendarme due à des facteurs individuels tel que *« la psychorigidité du gendarme »* expliquée par les besoins de la profession ainsi que l'existence d'un idéal et du *« mythe de la toute-puissance du gendarme »*, infaillible et œuvrant à *« améliorer le monde »*, qui pourrait se déconstruire brutalement en cours de carrière, entraînant un lourd impact psychologique. A noter que la population des GAV est perçue comme une population plus à risque car *« moins aguerrie »*.

Face à ces facteurs de vulnérabilité, il semble exister une réelle prise en compte et une évolution dans la gestion des troubles psychiques en gendarmerie. Cette évolution positive s'explique notamment par l'existence d'acteurs tels que les *« psychologues gendarmeries »* et les *« conseillers de concertation »* ainsi que la création de « *réunions pluridisciplinaires* » impliquant médecins, assistances sociales, psychologues, ressources humaines et commandement. Cependant, il persiste encore certaines difficultés liées essentiellement à des soucis de communication entre le médecin et le commandement. Celles-ci sont de fréquence variable selon les *« échelons intermédiaires », « c'est-à-dire que cela dépend vraiment de l'individu qui commande le gendarme ».* Enfin, même si les médecins notent le bénéfice d'un retrait de l'arme par le commandement en situation aigue, certains dénoncent un retrait de l'arme et un envoi en consultation d'urgence *« à outrance »*, perçu plutôt comme un *« transfert de responsabilité »* que comme une attitude préventive.

Concernant le repérage des troubles psychiques par le SSA, celui se déroule selon 3 modes principaux : le repérage dit « organisé », celui « non programmé » et celui via l'environnement. La VMP apparait comme le premier mode de repérage malgré un frein lié à la réticence du patient à discuter de ses troubles par peur de l'inaptitude. Ensuite, le parcours de soin est un bon outil pour repérer les troubles psychiques que ce soit lors des visites de reprise, des visites des *« 90 jours »* en lien avec les Congés Longue Durée pour Maladie (CLDM) et a minima la supervision des arrêts de travail jugés peu optimisés. Certains troubles psychiques sont repérés à l'occasion de consultations demandées spontanément par le patient dont le motif de visite est souvent psychosomatique. Enfin, l'environnement socio-professionnel du gendarme contribue au repérage des patients à risque par l'intermédiaire notamment du commandement et ses *« rapports du comportement »* visant à signaler un comportement inhabituel au travail. Dans une moindre mesure, le rôle des conseillers de concertations, des collègues, de la psychologue, de la famille est mis en avant, à l'unique condition de garder un regard critique sur les *« on-dit de la gendarmerie ».* Parmi les freins à ce repérage, on retrouve en premier lieu un souci de temps et de charge supplémentaire de travail pour le médecin des forces, *« c'est pour cela qu'une VMP expédiée en 15 minutes ce ne sera jamais ça. […] On n'y arrivera jamais, ce n'est pas comme ça qu'il faut faire. ».* De plus, les médecins n'ont pas tous ce *« lien privilégié géographique »* avec les gendarmes, amenant les patients à consulter préférentiellement un médecin civil à proximité, créant un biais de repérage.

Les principaux troubles psychiques observés sont les syndromes anxiodépressifs et les syndromes réactionnels transitoires liés à un événement spécifique ou à l'accumulation d'une tension psychique. Nombre de ces troubles semblent liés au travail, parfois directement secondaires à des dysfonctions de communications managériales. Beaucoup de médecins s'accordent à dire que *« ce n'est pas de la vraie pathologie psychiatrique, c'est plus un mal être au travail »* entraînant des troubles du comportement dits *« paranoïdes »* et de *« complainte ».* Ces troubles liés au travail apparaissent comme *« cyclique[s] en fonction du commandement qui arrive ».* Un axe d'amélioration proposé serait de définir au sein de l'antenne médicale un *« référent médecin »* afin de faciliter la communication avec le patient et la hiérarchie. Dans une moindre mesure, on note l'existence des pathologies liées à l'alcool et l'ESPT.

VII.2.3. La détermination de l'aptitude ou inaptitude au port de l'arme

Ce troisième corpus répond à l'objectif principal de l'étude et est ainsi développé de manière plus conséquente selon 3 parties :

- L'aptitude/l'inaptitude au port de l'arme et les difficultés communes ;
- Les freins possibles à la prise de décision ;
- La réévaluation après une exemption de port d'arme.

Pour rappel, nous souhaitions vérifier l'hypothèse de travail ci-dessous :

« Certains arguments sont utilisés consciemment et inconsciemment de manière commune entre les médecins des forces pour la prise de décision d'un maintien/retrait de l'arme. »

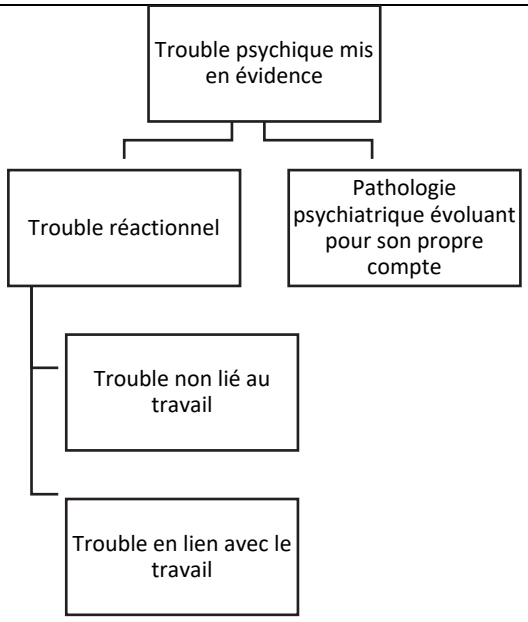
VII.2.3.1. L'aptitude/ l'inaptitude au port de l'arme

Avant toute chose, soulignons que pour de nombreux médecins des forces, les démarches d'évaluation ne consistent pas à vérifier l'existence d'une aptitude au port de l'arme mais plutôt à s'assurer de l'absence d'inaptitude à celle-ci. La logique d'évaluation d'aptitude s'envisage alors non pas comme une réponse figée mais plutôt comme une évaluation de la *« stabilité du patient »* au sein d'une balance bénéfices/risques du maintien de l'arme.

Deux situations distinctes sont à différencier : l'inaptitude évidente au service plus qu'à l'arme en elle-même, comme dans les troubles psychiatriques avérés (crise suicidaire aigue, mélancolie, idée délirante, troubles hétéro-agressif exprimés, psychose etc.) et les situations évoluant à bas bruit, plus compliquées à repérer, et qui soulèvent la question d'une inaptitude dite « temporaire » à l'arme le temps d'une prise en charge thérapeutique.

L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence un guide d'évaluation des troubles psychiques, retrouvé comme commun aux médecins des forces et découpé selon différents temps de la consultation. Ce guide est résumé ci-dessous sous forme de tableau chronologique, en développant pour chaque temps les points importants à mettre en exergue.

Le premier contact	➢ Importance de la qualité du contact et du ressenti du praticien. ➢ Le visuel : le paraître dit « *adapté »,* la mimique et la posture.
Un entretien attentif : un moment clé	➢ Les antécédents : somatiques comme psychiatriques, notamment troubles des conduites à type de prise de toxiques ou de tentative de suicide. ➢ L'humeur et le risque auto-hétéro-agressif : poser explicitement la question de l'existence d'idées suicidaires (souvent un soulagement pour le patient), d'un possible projet et la question de l'humeur. ➢ La personnalité du gendarme et ses facteurs de risques personnels : environnement personnel, mode de fonctionnement, élément d'impulsivité, troubles caractériels, intolérance à la frustration. ➢ L'environnement professionnel : interroger sur le bien-être dans le poste, les rapports hiérarchiques, l'adhésion à l'institution, le rôle décisionnaire ou pas. ➢ Les projets du patient : projet professionnel (mutation, reconversion, concours …) et personnel. <u>A noter :</u> Toujours s'attarder à rechercher l'existence de situations à risque comme : un divorce récent, un rapport à l'arme modifié (peur d'utilisation ou fascination rapportée par le commandement), des remontrances ou humiliations récentes, un célibat géographique, une implication judiciaire en cours.

L'examen somatique : un temps à ne pas négliger à la recherche de contre-indication physique	➢ Rechercher une contre-indication physique à l'arme (détérioration des fonctions supérieures, épilepsie, troubles locomoteurs, troubles du rythme cardiaque, trouble visuel). ➢ Rechercher des signes psychosomatiques révélant une pathologie psychique : perte de poids, fatigue chronique, signes d'alcoolisme chronique. ➢ Vérifier la capacité « d'utilisation de l'arme » : évaluer la vivacité du patient. A noter : Existence de nombreuses difficultés pour cette évaluation physique, comme dit un médecin *« Moi je n'ai pas l'arme en permanence, […] je ne sais pas exactement au niveau physique ce que cela requiert »* ainsi qu'une difficulté pour juger de la capacité à utiliser une arme sans être témoin de la qualité du tir du patient. Le rôle du commandement dans cette évaluation d'usage de l'arme apparaitrait alors primordial.
Le raisonnement étio-pathogénique des troubles	 *Figure 8 : Schéma du raisonnement étio-pathogénique des troubles initiaux.*

Evaluation de la sévérité du trouble	➢ Rechercher l'existence d'une rupture d'équilibre.
La prise de décision	Une décision qui doit se faire : ➢ Au cas par cas ; ➢ Avant tout dans une logique de soins centrée sur le patient ; ➢ Avec la prise en compte des risques pour le sujet, le groupe et la collectivité. A noter : Importance de tracer cette décision (et ses facteurs contributifs) dans le dossier médical pour un possible relais de soins avec un autre praticien et dans un but médico-légal.
La gestion du doute dans la prise de décision	➢ Se donner du temps avant une prise de décision définitive : importance du suivi et d'une deuxième consultation, privilégier l'arrêt de travail à l'inaptitude devant une souffrance caractérisée et exprimer sa disponibilité. ➢ Se concerter avec d'autres interlocuteurs pour apprécier la complexité de la situation rencontrée (commandement, assistante sociale, psychologue ou psychiatre). A noter : La décision opportune réside en un équilibre entre un principe de précaution (utilisé plutôt par excès par les jeunes médecins malgré de possibles conséquences préjudiciables pour le patient) et une prise de risque mesurée. Cela nécessite d'accepter une part d'incalculable propre à toute hypothèse pronostique.
L'acceptation de la prise en charge par le patient et l'implication de celui-ci dans ses soins	➢ Toujours expliquer les raisons de l'inaptitude via le dialogue, d'autant plus lorsque le patient est en phase de déni de la pathologie. ➢ Faire « adhérer » le patient aux soins et le rendre acteur de sa prise en charge afin qu'il mette *« en place des facteurs de protection, des bouées de sauvetage ».* A noter : Cette étape nécessite une relation de confiance avec le patient impliquant une bonne connaissance de son patient et de son milieu d'exercice (utilité des visites de brigades ou d'un « référent gendarmerie » pour les antennes médicales autre que gendarmerie).

Certaines difficultés communes ont été mises en évidence durant notre analyse, dans l'ordre de fréquence suivant : l'alcool, la problématique de la prise des traitements psychotropes et les patients mutiques.

L'alcool reste la première pathologie pourvoyeuse de difficultés pour les médecins, que ce soit dans le repérage par déni du patient, la *« frilosité »* du médecin à réaliser des tests invasifs, dans l'estimation de la sévérité du trouble et dans la prise en charge thérapeutique. Cette difficulté s'explique par le manque de formation des médecins des forces, la coexistence chez ces patients d'autres pathologies et de personnalités complexes.

La problématique de la prise des traitements psychotropes entraîne des difficultés de repérage d'autant plus quand les thérapeutiques sont instaurées dans le milieu civil. De plus, de nombreux médecins des forces ont la sensation d'être insuffisamment formés aux modalités de mise en place et de suivi des psychotropes. Ils s'accordent cependant à dire qu'il est préférable, lors de la phase d'initiation d'un traitement, d'instaurer une mise à distance temporaire avec les armes, le service de nuit et la conduite de véhicule, afin de prendre le temps d'évaluer les possibles effets secondaires (baisse de la vigilance). Enfin, la thérapeutique médicamenteuse apparait comme indissociable d'un suivi par psychothérapie, *« s'il y a un traitement c'est juste pour masquer les symptômes et la psychothérapie va permettre de guérir »* nous signale un médecin.

Le patient mutique ou dans le déni doit amener à la plus grande prudence. Face à cette situation, lorsque le patient est *« imperméable »*, il apparait préférable de laisser la main aux spécialistes.

VII.2.3.2. Les freins possibles à la prise de décision d'une inaptitude

Trois classes de freins à la décision d'inaptitude sont mises en évidence : ceux liés au patient, ceux liés à l'institution et ceux liés au médecin.
En effet pour le gendarme, un retrait d'arme peut engendrer une stigmatisation avec un risque qu'il soit *« discrédité par rapport à ses camarades, [pouvant] aggraver la situation et que lui se sente en porte à faux. »*. Comme le cite un médecin : *« pas de port d'arme, pas de planton »*, c'est-à-dire que le gendarme sans arme n'est plus en mesure d'interagir avec le public et se voit donc confiner dans un bureau pourvoyeur d'une sensation de *« double sanction »* qu'il faut prendre en compte comme l'illustre ce médecin : *« Si je lui interdis le port de l'arme et qu'il*

va se pendre derrière en se disant qu'il n'est plus gendarme (…), est-ce que vraiment j'aurais été clairvoyant ? ». Enfin, il faut noter qu'en cas de retrait de l'arme, le secret médical est compromis *« parce que visuellement [sur le ceinturon] on voit qu'il y a un problème et donc ce n'est pas évident ».*

Par ailleurs, même si le commandement en lui-même ne doit jamais apparaître comme un frein à la décision, des freins impliquant l'institution sont à prendre en considération, et notamment la question de gestion du groupe, avec un souci de manque de postes dédiés aux inaptes et une peur *« d'effet domino »* sur l'ensemble de la brigade qui compense la charge de travail du personnel inapte.

Enfin, pour le médecin, prononcer une inaptitude est aussi prendre le risque de casser la relation de soin et de confiance avec son patient. A noter que certains médecins ont aussi évoqué cette appréhension d'une réaction agressive à l'annonce de l'inaptitude chez un personnel potentiellement armé en consultation, avec cette interrogation sous-jacente : *« Qu'est-ce qu'il se passe entre le moment où il est dans notre bureau et [le moment où] il rentre à la brigade rendre son arme ? ».*

VII.2.3.3. La réévaluation après une exemption de port de l'arme

La méthode de réévaluation d'une aptitude au port d'arme après une période d'exemption est basée selon le même guide d'évaluation des troubles psychiques citée ci-dessus. L'objectif étant de juger de la *« stabilité »* du patient et de l'évolution de la situation ayant motivé l'exemption. Certains facteurs sont explorés plus spécifiquement, notamment les doléances du patient sur son projet professionnel et personnel, le suivi du patient, son traitement (psychotropes et psychothérapie) et la tolérance de celui-ci. Comme nous dit un médecin : *« Ce qui est clair c'est d'évaluer le traitement : s'il est pris, pas pris et est-ce qu'il est toujours en cours ? ; le suivi psychologique ou psychiatrique, l'adhésion ou pas, s'il est toujours en cours ou interrompu, les doléances et le ressenti du patient ; vous devez juger de tout. On reprend un peu l'idée de l'élan vital et de la projection. ».* Cette réévaluation doit donc être la plus globale possible, et nombreux sont ceux qui préfèrent avoir quelques consultations de recul avant de remettre l'arme à un individu. En cas d'arrêt prolongé, il apparait préférable de favoriser une reprise *« progressive par palier »* en privilégiant un emploi sans port d'arme et sans service externe dans un premier temps.

Pour une minorité de médecins des forces, l'avis psychiatrique après une exemption de port d'arme est *« quasi-systématique »* et ce peu importe la situation. En effet, pour la majorité des médecins, l'avis psychiatrique se discute au cas par cas. De façon commune, les médecins se sentent à l'aise pour redonner une arme sans l'avis d'un expert lors d'une pathologie réactionnelle ou lorsqu'ils sont également médecin traitant du patient. Comme le dit un médecin : *« Une dépression réactionnelle avec des facteurs bienveillants ; ou des facteurs socles à côté ; ou un patient qui sollicite un soin, qui adhère aux soins, qui prend un traitement anti-dépresseur, après un arrêt de travail, s'il va beaucoup mieux il peut reprendre avec une arme. »*.

Le schéma ci-dessous résume les principales raisons motivant un recours au spécialiste lors de la réévaluation à l'aptitude à l'arme :

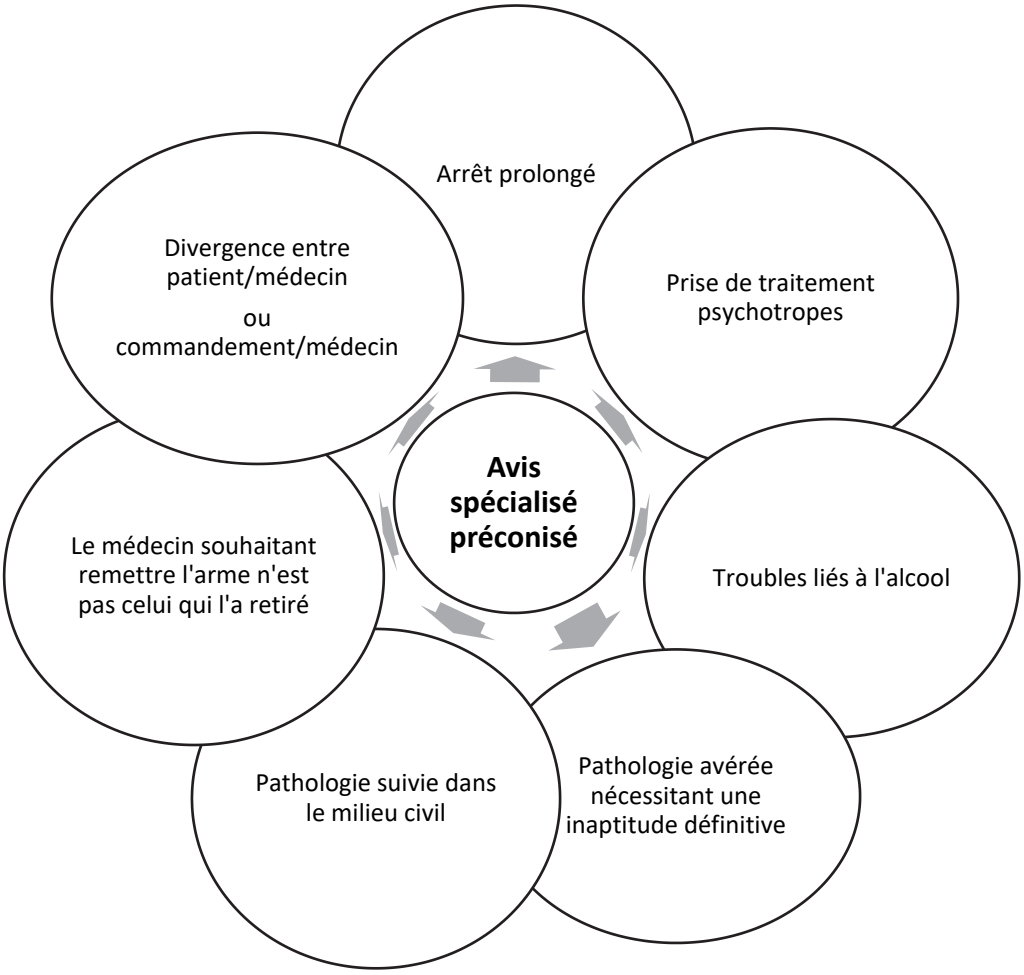


Figure 9 : Les principales raisons motivant un recours au spécialiste lors de la réévaluation de l'aptitude

VII.2.4. Les relations interprofessionnelles autour de cette aptitude

Pour rappel, il s'agissait d'étudier dans ce quatrième corpus trois interactions interprofessionnelles : le monde civil, la psychiatrie militaire et le commandement, afin de vérifier l'hypothèse de travail ci-dessous :

« La détermination de l'aptitude au port de l'arme est une décision collégiale. »

VII.2.4.1. Interaction avec le monde civil

Le service médical civil apparait comme un outil essentiel mais uniquement dans le cadre du soin et non pas de l'expertise. On note l'importance pour le médecin de développer son propre réseau de soin civil afin de connaître au mieux *« tous les autres types de structures qui peuvent donner du lien pour les gens »* notamment dans les régions d'exercice isolées et à distance des hôpitaux militaires. Quelques médecins considèrent le monde médical civil comme un outil confortable pour se positionner uniquement sur le versant expertise de leurs métiers et *« différencier les deux parcours de façon aussi [à ce] que le patient puisse se sentir bien dans chacun »*. Les acteurs de l'interaction médecin des forces/monde civil sont en priorité les psychiatres civils, qui peuvent même être une aide décisionnaire à l'expertise comme en témoigne un interviewé : *« Je garderais ma décision pour moi mais je ne m'interdirais pas de m'appuyer sur eux. »*. Les autres acteurs sont les psychologues civils et le médecin traitant, dont le rôle semble limité lorsque la pathologie est liée au travail car *« bien souvent on devient soignant traitant dans le cadre du travail »* précise un médecin. Enfin, les structures de soins tels que les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou encore les Centres Médico-Psychologiques (CMP) peuvent être utiles.

L'interaction entre le monde civil et le médecin se heurte tout de même à de nombreuses difficultés, comme l'existence d'obstacles lors de la mise en relation entre les différents praticiens. La première barrière est souvent liée au patient lui-même qui doit donner son accord au préalable, car *« sans accord du patient on ne peut rien faire. » ;* la deuxième étant un dialogue compliqué avec parfois des *« médecins civils [qui] jouent le jeu du secret médical et [donc] on n'a pas les informations de confrère à confrère »* ainsi qu'un retour compliqué notamment *« pour avoir un compte rendu écrit. »*. Dans une moindre mesure, *« l'autre chose que vous signale les patients, c'est que ce sont des gens qui travaillent hors secteur, en honoraires libres. »).*

VII.2.4.2. Interaction avec le psychiatre militaire

L'interaction entre le psychiatre militaire et le médecin des forces semble primordiale notamment pour l'obtention de réponse d'expertise, *« leur rôle premier »* nous dit un médecin. Une minorité de médecins considère cet avis sapiteur comme confortable pour *« se couvrir »* et pour *« rebasculer dans un rôle de soignant »* en déléguant le rôle d'expertise au psychiatre. La force de l'interaction entre le médecin et le psychiatre militaire semble résider dans l'existence d'*« un langage commun »* et d'une culture militaire identique entraînant un relationnel de qualité entre les praticiens et ceci d'autant plus lorsqu'ils se connaissent.

Cependant, certaines difficultés se ressentent au sein de cette interaction. La source première de ces difficultés semble intrinsèque à certains spécialistes qui, comme le médecin des forces, peuvent être embarrassés de gérer leurs *« doubles casquettes »* avec une sensation que certains spécialistes *« bottent en touche [pour le soin] sur le milieu civil »*. Certains médecins s'interrogent sur l'éventuel bénéfice de *« dédoubler »* les spécialistes pour *« qu'il y en [est] un dans l'aptitude et l'autre (...) dans les soins. »*. De plus, il semble exister chez les psychiatres militaires une variabilité de connaissance du milieu de gendarmerie ainsi que de son SYGICOP, majorant une difficulté à *« bien faire prendre conscience du métier de gendarme aux psychiatres, de la réalité du terrain »* pour éviter les *« incohérences qu'il peut y avoir »* dans certaines décisions d'expertise. Enfin, la qualité de l'échange apparait perfectible, les médecins des forces se sentant peu écoutés alors qu'ils sont pourtant *« le lien entre le personnel, le commandement et le spécialiste »* avec un retour incomplet ou non systématique. Un médecin témoigne : *« pour avoir un compte rendu et un avis clair et précis, c'est assez compliqué. Ils sont assez réservés sur leur diagnostic et sur la prise en charge. »*. On note également des soucis de disponibilité avec cet *« embouteillage des consultations »* ainsi qu'un souci d'éloignement géographique pour certains patients. Un axe d'amélioration proposé serait celui d'un renfort par des psychologues réservistes du SSA à proximité des unités pour enrichir l'offre de soins.

VII.2.4.3. Interaction avec le commandement

Le commandement apparait comme un allié précieux pour le repérage des patients à risque et le retrait de l'arme dans les situations d'urgence (voir en excès), mais aussi un allié dans la prise de décision à la condition qu'il y existe un lien de confiance entre le médecin et le commandement. Cependant, ce lien est très variable selon les individus aux commandes, *« c'est chef dépendant »*. Si l'échelon intermédiaire est non facilitant, nombreux médecins préfèrent s'adresser directement en haut de la hiérarchie, manœuvre parfois plus limitée quand l'équivalence des grades n'est pas atteinte. La rencontre améliorerait la qualité des rapports entre commandement et médecin des forces que ce soit lors des *« réunions pluridisciplinaires »* ou lors de visites spontanées pour *« montrer qu'on est présent et qu'on en fait partie. »*. Cette rencontre reste difficile lorsque que l'antenne médicale est éloignée du centre de commandement. Enfin, il est souligné l'importance d'être disponible et accessible envers l'équipe des ressources humaines afin de faciliter le travail d'équipe lors d'une réinsertion en poste adapté d'un gendarme inapte.

Parmi les obstacles au lien de confiance entre le commandement et le médecin des forces, on retrouve en premier lieu le souci du secret médical *« partagé ».* Comme le raconte un médecin : *« Ils savent très bien qu'on a le secret médical mais si on se cache trop derrière ça, le relationnel n'est pas bon donc il faut être quand même capable de délivrer certains messages sans pour autant divulguer l'état de santé du personnel. ».* De plus, les médecins semblent se rejoindre dans la grande variabilité de savoir-faire managérial en gendarmerie. En effet, de nombreux médecins expriment un malaise avec la sensation d'être uniquement *« là pour dire attention il y a un tel qui ne communique pas bien avec ses subordonnées »* et d'effectuer ainsi un travail de ressources humaines très éloigné de leur rôle de soignant. Dans une moindre mesure, cela provoque un sentiment de *« décharge »* de responsabilité sur le milieu médical plutôt qu'un partage équitable de responsabilité.

Enfin, le rôle des psychologues gendarmerie apparait comme un outil essentiel dans le cadre du soin à condition d'un bon échange et d'une *« proximité relationnelle »*. Malheureusement, *« le seul point noir (...) c'est qu'il n'y en a pas assez* » comparativement à la demande. Enfin, l'appartenance de ces psychologues à l'institution gendarmerie plutôt qu'au SSA permet une meilleure connaissance du milieu mais interroge cependant sur la nature de l'interaction avec le commandement et l'existence d'une possible frilosité des psychologues à communiquer avec le médecin des forces, comme l'illustre le discours d'un médecin au sujet d'une psychologue gendarmerie : *« On se demande si elle sert le commandement ou si elle sert le patient. ».*

VII.2.5. Approfondissement et axes d'améliorations proposés

Dans ce dernier thème, aucune hypothèse n'était formulée à l'avance, le but étant de laisser libre cours aux médecins pour apporter des compléments d'informations ou des axes d'améliorations concernant la problématique de l'aptitude au port de l'arme. Finalement, trois nouveaux éléments se sont dégagés dans ce dernier corpus : le caractère complexe de cette problématique pour un jeune médecin mais dont les conséquences sont toutefois à dédramatiser, la nécessité de prendre en compte le particularisme lié au métier de gendarme, et communiquer à l'institution certains axes d'amélioration.

Pour les médecins interrogés, cette problématique du port de l'arme reste une question difficile à appréhender et l'était d'autant plus lorsqu'ils étaient jeunes médecins non aguerris. Comme l'un d'entre eux le raconte : *« C'est une lourde responsabilité à faire porter à un jeune médecin qui n'a aucune expérience. »*. Cette difficulté semble amplifiée dans les postes isolés où le manque d'effectifs médicaux conduit à une diminution du temps dédié à chaque patient et une perte de chance dans le repérage des patients à risque. Comme l'explique un médecin : *« Si en plus le médecin est tout seul et qu'il est débordé, il fera une VMP en un quart d'heure, il y a encore moins de chances que [le trouble psychique] soit dépisté. »*. Malgré le caractère complexe de cette problématique, il apparait essentiel de dédramatiser la situation car même s'il existe de nombreux troubles anxiodépressifs, finalement très peu d'évènements graves y sont associés, et *« dans les faits réels ([il existe]) peu d'indications à enlever le port d'arme. »*. De plus, nombreux médecins se rejoignent à dire qu'il y a nécessairement une part d'imprévisibilité liée aux *« aléas du métier »* et que malheureusement l'*« on ne sauvera pas tout le monde ».*

Le deuxième point évoqué est le particularisme du métier de gendarme à prendre systématiquement en compte dans son évaluation. La décision d'aptitude du port de l'arme en gendarmerie est une décision plurifactorielle basée sur une *« logique de groupe »*, un groupe qui se veut très différent des autres armées, notamment de l'armée de terre, pour cause d'un profil des gendarmes jugé à part entière, *« ce ne [sont] pas les mêmes gens, (…) pas le même profil psychologique, (…) pas le même âge, pas le même niveau d'études et pas du tout le même cadre d'emploi. »*. De plus, le rapport à l'arme en gendarmerie est très différent des autres armées, *« l'arme est le prolongement du corps du gendarme ».* La pratique du médecin des forces nécessite de considérer le patient dans sa *« globalité »* et d'adapter sa pratique au profil du gendarme parfois dit *« procédurier ».* La réponse à la problématique au port de l'arme ne s'appréhende pas sous la simple équation : *« trouble psychique + arme = zéro »* mais s'inscrit

dans un raisonnement *« juste »* pour le personnel concerné mais aussi pour l'institution et le SSA, chacune de ces 3 entités ayant une responsabilité dans le port de l'arme.

Enfin, les axes d'amélioration proposés seraient d'améliorer de manière globale la qualité de la communication, que ce soit entre le commandement et le médecin ou entre la hiérarchie et ses subordonnées ; d'améliorer la gestion des emplois des inaptes au port d'armes en adaptant certains postes en gendarmerie, et éventuellement en rediscutant les critères d'aptitude au service externe afin qu'un personnel non armé puisse effectuer autre chose qu'un travail sédentaire strict, comme le dit un médecin : *« La plus grosse problématique c'est l'aptitude au service externe (...) ; le commandement pourrait peut-être un peu préciser les choses. »;* et enfin être rigoureux dans le recrutement des GAV et des réservistes.

VII.3. Compléments d'analyse lexicale à l'aide du logiciel Iramuteq

En complément de l'analyse ci-dessus, nous avons réalisé une analyse lexicale à l'aide du logiciel Iramuteq selon 2 différentes méthodes explicitées précédemment dans la partie méthodologie : la classification hiérarchique descendante (CHD) et l'analyse factorielle des correspondances (AFC).

VII.3.1. Analyse par CHD

L'analyse statistique simple sur le corpus retrouvait 12 textes (correspondant aux 12 entretiens), 37 336 occurrences (soit une moyenne de 3111 occurrences par textes) et 2371 formes actives. La première forme active retrouvée était « *arme* » qui se répétait 308 fois dans le corpus, suivi dans l'ordre des formes « *aller* », « *voir* », « *port* », « *mettre* », « *patient* », « *prendre* » et « *penser* » qui se répétaient toutes à une fréquence supérieure à 100.

Les réglages retenus lors de notre analyse par classification hiérarchique descendante (CHD) étaient :

- Simple sur segments de textes (équivalent aux unités de textes dans le corpus) ;
- Un nombre maximal de 23 classes terminales ;
- 38 segments de textes par classe ;
- 3000 formes analysées au maximum.

L'analyse retrouvait 12 classes lexicales différentes, représentant ainsi 12 mondes lexicaux pour 830 segments de textes classés sur 1034 segments de textes. Ainsi, 80,2 % des formes étaient analysées lorsque la littérature considère une qualité d'analyse satisfaisante pour plus de 70% de formes analysées.

Voici ci-dessous le dendrogramme obtenu avec l'annotation du Chi-deux des 1ères formes les plus représentatives de la classe correspondante :

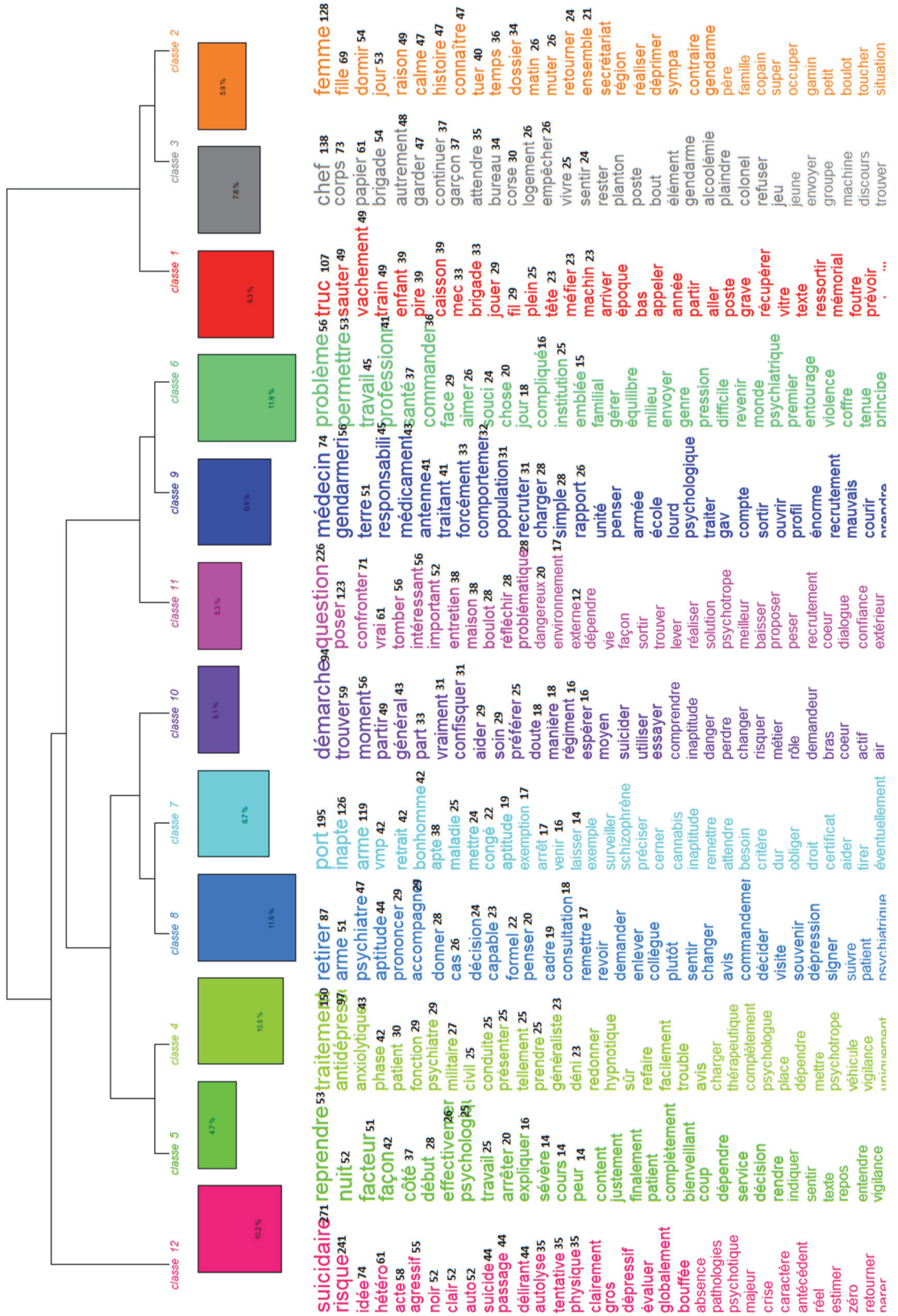


Figure 10 : Dendrogramme obtenu après analyse par CHD

Les classes obtenues étaient relativement homogènes comprenant entre 4.7 % du total des formes analysées (classe 5) jusqu'à 11.9 % (classe 6 et 8). Le chi-deux des formes de chaque classe, témoin de la force du lien entre la forme et la classe était cependant plutôt hétérogène avec une valeur de chi-deux maximale égale à 53 pour la forme *« reprendre »* de la classe 5 contre une valeur de 271 pour la forme *« suicidaire »* de la classe 12. Pour autant, les 11 premières formes de chaque classe avaient toutes un chi-deux représentatif à 0.0001.

VII.3.2. Interprétation du dendrogramme de la CHD

Rapidement, nous nous apercevions de l'existence de deux premiers blocs en opposition nommés : bloc 1 (comprenant les classes 1, 2 et 3) et bloc 2 (comprenant l'ensemble des autres classes).

Le bloc 1 semblait lié au particularisme du métier de gendarme ainsi que son environnement imbriquant vie professionnelle et vie privée. Il représentait 23% des formes analysées, soit presque ¼ de celles-ci en comportant uniquement 3 classes sur les 12 obtenues. Il était lui-même redivisé en deux groupes, nommés 1.1 et 1.2

Le bloc 1.1 comprenait uniquement la classe 1. Parmi les formes les plus représentatives de cette classe (leurs chi-deux respectifs entre parenthèses) on notait : *truc (107) ; sauter (49)* cité dans le corpus comme *« se faire sauter le caisson » ; vachement (49) ; train (49)* exprimé dans le corpus comme *« en train » ; pire (39) ; caisson (39)* pour *« se faire sauter le caisson » ; mec (33) ; brigade (33) ; jouer (29) ; fil (29) ; tête (23) ; méfier (23) ; machin (23) ; arriver (22) ; époque (19) ; année (15)*. Ces formes révélaient une forme d'incertitude (*truc, « sauter le caisson », pire, mec, jouer, méfier, machin*) liée au temps (*en train, fil, époque, année*). Ainsi, cette classe semblait faire référence à l'évolution incertaine du métier de gendarme.

Le bloc 1.2 comprenait la classe 3 et 2, soit 13.7% des formes totales analysées. Ce bloc semblait représenté l'imbrication de la vie professionnelle et personnelle du gendarme.
La classe 3 comprenait parmi ses formes les plus représentatives : *chef (138) ; corps (73)* pour *« chef de corps » ; papier (61) ; brigade (54) ; bureau (34) ; logement (26) ; planton (19) ; poste (17) ; gendarme (15) ; colonel (14)*. Cette classe semblait s'apparenter à l'environnement professionnel du gendarme.

La classe 2 comprenait parmi ses formes les plus représentatives : *femme (128)* utilisée dans le corpus en tant que *« conjointe du gendarme » ; fille (69) ; dormir (54) ; jour (53) ; calme (47) ; histoire (47) ; connaître (47) ; tuer (40) ; temps (36) ; dossier (34)* pour *« dossier médical » ; matin (26) ; muter (26) ; région (20) ; déprimer (20) ; famille (14) ; copain (14) ; boulot (12) ; situation (8)*. Cette classe semblait s'apparenter aux facteurs environnementaux personnels du gendarme notamment la situation familiale, la personnalité du gendarme, le vécu du gendarme et l'évaluation de son sommeil.

Le bloc 2 comparativement au bloc 1, semblait s'intéresser plus spécifiquement aux risques du métier de gendarme et la prise en compte de ce risque. Il était initialement subdivisé en deux parties distinctes dites 2.1 et 2.2.

Le bloc 2.1 était constitué d'une unique classe (classe 12) apparaissant comme à part entière et représentant tout de même 10.2% du total des formes analysées. Les formes de cette classe avaient un chi-deux relativement élevé, on notait parmi elles : *suicidaire (*avec le plus fort chi-deux du dendrogramme égale à 271*) ; risque (241) ; idée (74)* pour *« idée suicidaire »* ou *« idée noire » ; hétéro (61)* pour *« acte hétéro-agressif » ; acte (58) ; agressif (55) ; noir (52) ; auto (52)* pour *« acte auto-agressif » ; suicide (44) ; passage (44) ; délirant (44) ; dépressif (32) ; bouffée (26)* pour *« bouffée délirante » ; psychotique (20) ; crise (20) ; antécédent (18)*. Avec un lien fort, cette classe semblait appartenir au champ lexical du risque et notamment aux facteurs de risque augmentant le risque suicidaire.

Le bloc 2.2 comportait la majorité des formes analysées avec 67% du total et 8 classes sur les 12 obtenues. Il semblait s'intéresser aux différents éléments de réponse face au risque du métier de gendarme. Il était lui- subdivisé en 2 autres blocs dit 2.2.1 et 2.2.2.

Le bloc 2.2.1 comportait les classes 11, 9 et 6 (soit 26.1 % des formes totales analysées) et semblait s'intéresser au questionnement face aux risques du métier de gendarme.
La classe 11, formant un unique bloc dit 2.2.1.2, comportait peu de formes totales analysées 5.3% mais des formes dont le lien avec la classe était très fort. Parmi ses formes les plus représentatives on retrouvait : *question (226) ; poser (123)* pour *« poser la question » ; confronter (71) ; vrai (60) ; intéressant (55) ; important (52) ; entretien (37) ; réfléchir (27) ; problématique (27) ; boulot (27) ; dangereux (19) ; environnement (16) ; trouver (5)*. Cette classe s'attardait sur l'importance de ce questionnement et la difficulté de celui-ci.

Les classes 9 et 6 étaient regroupées ensemble en un bloc nommé 2.2.1.1 qui regroupait les principaux facteurs explicatifs de ce questionnement.

Le principal facteur explicatif face à ce questionnement était représenté par la classe 6, classe qui représentait 11.9 % des formes totales analysées soit la plus grande classe du dendrogramme (à égalité avec la classe 8) correspondant ainsi à une idée centrale. Pourtant, le chi-deux des formes de cette classe restait relativement faible en comparaison aux formes des autres classes indiquant une force de lien plus faible entre les formes et la classe. Parmi les formes les plus représentatives de la classe on notait : *problème (56) ; permettre (53) ; travail (45) ; professionnel (41) ; santé (37) ; commandement (36) ; face (29) ; souci (23) ; compliqué (15) ; institution (15) ; gérer (13)*. Cette classe semblait souligner la nécessité d'appréhender ce questionnement en lien direct avec la capacité de travail du gendarme au sein de la gendarmerie et la difficulté de gestion que cela entraîne pour l'institution en cas d'inaptitude.

La classe 9, soit 8.9% du total des formes analysées, comprenait des formes pour lesquelles le chi-deux restait relativement faible comparativement aux autres classes, indiquant une force de lien plus faible entre les formes et la classe. Cette classe semblait s'intéresser à l'implication de différents acteurs dans ce questionnement selon les différents temps de vie professionnel du gendarme. En effet, parmi les formes les plus représentatives on notait de nombreuses formes liées aux différents acteurs impliqués : *médecin (73) ; gendarmerie (56) ; terre (51)* pour *« armée de terre » ; responsabilité (45) ; antenne (41)* pour *« antenne médicale » ; traitant (41)* pour *« médecin traitant » ; population (31) ; psychologique (16) ;* ainsi que des formes liées au cursus du gendarme du recrutement jusqu'à sa fin de carrière : *recruter (30) ; unité (25) ; armée (21) ; école (20) ; GAV (14)*.

Le bloc 2.2.2 représentait 40.9 % des formes totales analysées et était sous-divisé en deux blocs relativement homogènes nommés ici 2.2.2.1 comportant les classes 10, 8 et 7 (soit 25.7 % des formes totales analysées) et le bloc 2.2.2.2 comportant les classes 4 et 5 (15.2% des formes totales analysées). Ce bloc semblait s'intéresser aux pratiques professionnelles des médecins des forces face au risque du métier de gendarme.

Le bloc 2.2.2.1 comportait 2 groupes inhomogènes : la classe 10 (soit 5.1% des formes totales analysées) et les classes 8 et 7 regroupés en un groupe commun (soit 20.6% des formes totales analysées). Ce bloc semblait s'intéresser à la démarche des médecins exerçant en gendarmerie allant de l'évaluation à la prise de décision.

La classe 10 comprenait parmi ses formes les plus représentatives : *démarche (94) ; trouver (59) ; moment (56) ; partir (49)* pour *« à partir du moment » ; confisquer (31) ; soin (29) ; aider (29) ; préférer (25) ; doute (18) ; espérer (16) ; utiliser (10) ; essayer (9) ; comprendre (9).* Ces formes semblaient se référer au caractère dynamique de la démarche d'évaluation d'où les nombreux verbes d'action et de mouvements retrouvés dans cette classe.
Les classes 8 et 7 formaient un seul groupe s'intéressant plutôt à la prise de décision ainsi que ses conséquences.
La classe 7 comprenait parmi ses formes les plus représentatives : *port (195)* pour *« port d'arme » ; inapte (126) ; arme (119) ; VMP (42) ; retrait (42) ; bonhomme (42) ; apte (38) ; maladie (25) ; congé (22) ; aptitude (19) ; exemption (17) ; arrêt (17) ; surveiller (13).* Cette classe semblait lister les différentes prises de décision possibles pour le médecin pour faire face au risque. La principale réponse contre ce risque apparaissait sous la forme de réponses expertales d'aptitude ou d'inaptitude au port de l'arme avec un lien du chi-deux retrouvé comme très fort comparativement aux autres formes de la classe.
La classe 8 correspondait à l'ensemble des actions accompagnants le retrait d'une arme. On retrouvait les formes : *retirer (87) ; arme (51) ; aptitude (44) ; prononcer (29) ; donner (28) ; décision (24) ; enlever (17)* en lien avec l'action de retirer l'arme mais aussi des formes en lien avec le suivi et le soin : *penser (20) ; remettre (17) ; revoir (17) ; demander (17)* ; *psychiatre (47), accompagner (29), consultation (18).* A noter que cette classe est la classe du dendrogramme comprenant le plus de formes analysées (avec la classe 6) pour un total de 11.9 % de formes analysées, soulignant ainsi l'importance de mettre en place d'autres mesures s'associant à la décision de retrait du port de l'arme.

Le bloc 2.2.2.2 comportait les classes 5 et 4, soit 15.2% des formes totales analysées et s'intéressait à la méthode de prise en charge des gendarmes face à ce risque.
La classe 4 correspondait aux différents outils de prise en charge thérapeutique mis à disposition du médecin des forces impliquant des thérapeutiques médicamenteuses (*traitement (150) ; antidépresseur (97) ; anxiolytique (43) ; hypnotique (20) ; thérapeutique (13)*) mais aussi le recours à d'autres spécialistes tournés vers le soin (*psychiatre (29) ; présenter (25) ; avis (16) ; psychologue (11)*) et notamment le rôle du monde civil (*civil (25) ; généraliste (23)*). A noter que cette classe comportait 10.5% des formes analysées totales apparaissant donc comme la 2ème classe avec le plus de formes analysées, soulignant ainsi une fois de plus l'importance d'associer le soin à notre décision d'expertise.

Le chi-deux pour les formes de la classe 5 restait relativement faible et la classe représentait un faible pourcentage (4.7 %) des formes totales analysées. Elle semblait s'intéresser à la réévaluation à différents niveaux : premièrement la réévaluation de l'aptitude au travail avec les formes : *reprendre (53), travail 25), arrêter (25), service (10), dépendre (9), décision (9), rendre (8), réévaluation (5)* ; puis la réévaluation de la tolérance du traitement (*nuit (52), façon (42), début (28), psychologique (25), cours (14)* pour *« en cours »*) ainsi que la réévaluation du ressenti du patient (*peur (14), content (14), patient (12), bienveillant (11), entendre (5)*).

Classe 1	***Evolution incertaine du métier de gendarme ;***
Classe 2	***Environnement personnel du gendarme ;***
Classe 3	***Environnement professionnel du gendarme ;***
Classe 4	***Différents outils de prise en charge thérapeutique mis à disposition du médecin des forces ;***
Classe 5	***La réévaluation ;***
Classe 6	***Questionnement en lien direct avec la capacité de travail du gendarme au sein de la gendarmerie ;***
Classe 7	***Différentes prises de décision possibles pour le médecin pour faire face au risque ;***
Classe 8	***Ensemble des actions accompagnants le retrait d'une arme ;***
Classe 9	***Implication de différents acteurs dans ce questionnement selon les différents temps de vie professionnelle du gendarme ;***
Classe 10	***Caractère dynamique de la démarche d'évaluation des médecins des forces ;***
Classe 11	***Importance du questionnement face aux risques du métier de gendarme et difficultés de celui-ci ;***
Classe 12	***Facteurs augmentant le risque suicidaire.***

Tableau 3 : Interprétation lexicale des différentes classes de la CHD

Le résumé de cette analyse est disponible sous forme de tableau en annexe N°4.

VII.3.3. Complément d'analyse par AFC

VII.3.3.1. Représentations graphiques des AFC obtenues

L'analyse factorielle des correspondances (AFC) réalisée à partir de la classification précédente, rend compte des relations d'opposition et d'attraction qu'entretiennent entre elles, dans le corpus, les classes, les formes et les classes. L'étude de ces relations est rendue possible grâce à la projection graphique des résultats de l'AFC, dans laquelle les positions des classes et leur lexique varient selon leur lien avec les facteurs. L'axe principal de l'AFC explique le pourcentage de dispersion totale et rend compte du degré d'opposition des classes entre elles.

Voici les 3 différentes représentations graphiques d'AFC obtenues selon les classes, les formes et les variables étoilées sociodémographiques :

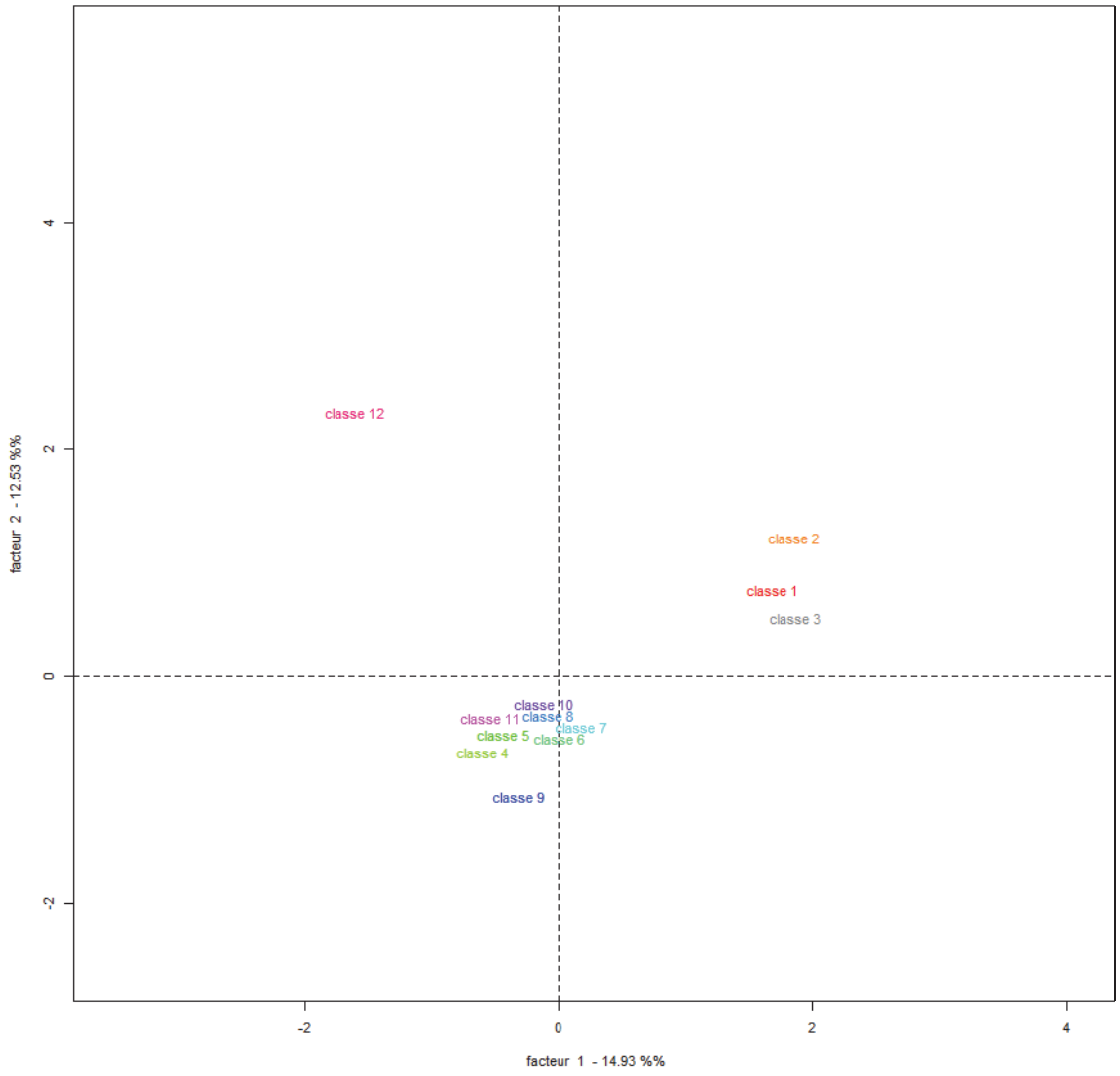
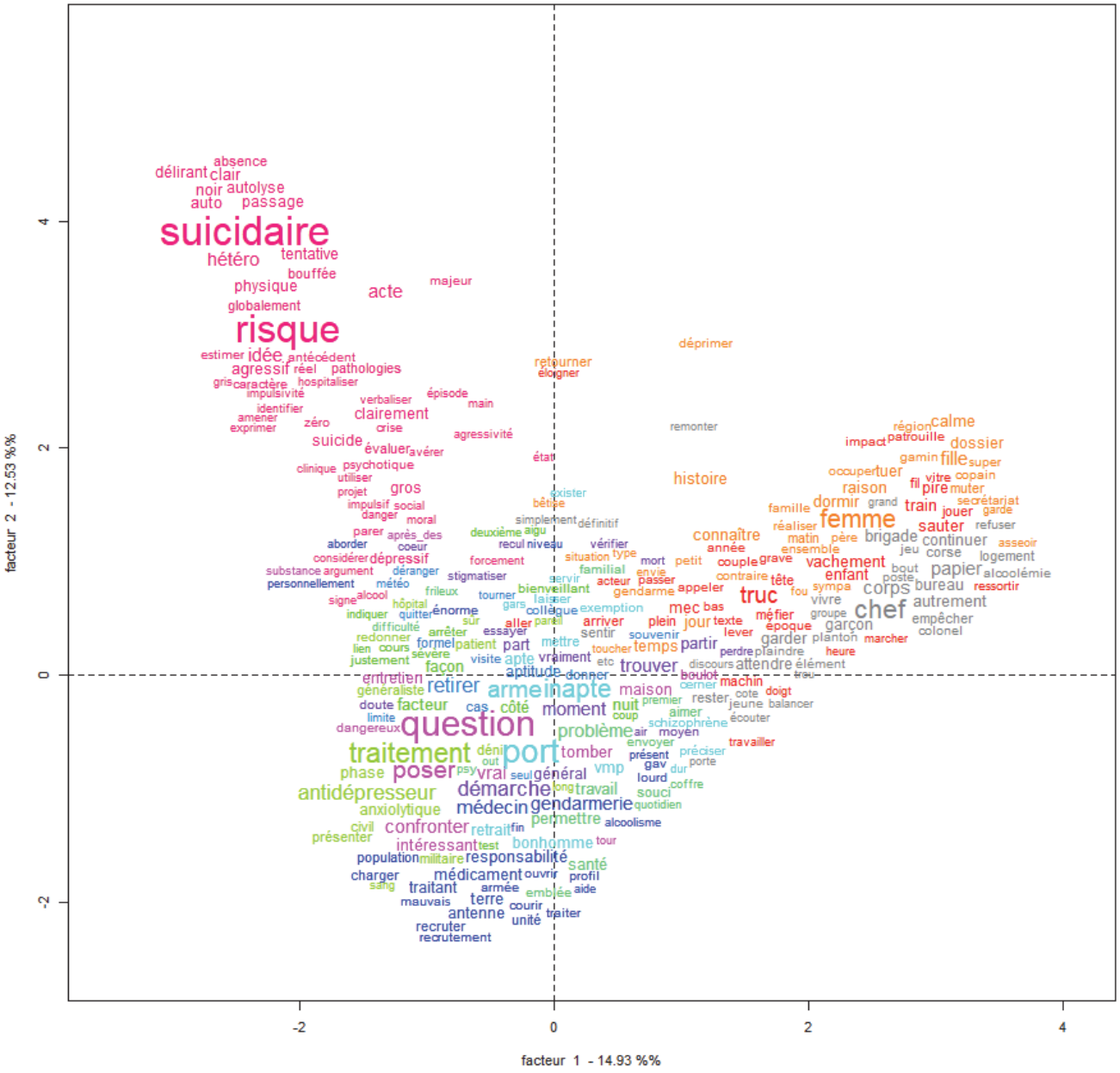


Figure 11 : Représentation graphique de l'AFC sur les classes


facteur 2 - 12.53 %%
facteur 1 - 14.93 %%
-2
0
2
4
suicidaire
risque
question
traitement
port
armeinapte
femme
chef
truc
vachement
papier
corps
bureau
histoire
dormir
train
sauter
jouer
fille
dossier
calme
connaître
trouver
partir
temps
problème
maison
moment
démarche
médecin
gendarmerie
médicament
responsabilité
santé
bonhomme
permettre
confronter
antidépresseur
poser
phase
suicide
clairement
gros
dépressif
déprimer
retourner
remonter
absence
délirant
clair
noir
autolyse
auto
passage
hétéro
tentative
bouffée
physique
globalement
acte
majeur
estimer
idée
antécédent
agressif
réel
pathologies
gris
caractère
hospitaliser
impulsivité
identifier
amener
exprimer
zéro
verbaliser
épisode
main
crise
agressivité
évaluer
avérer
clinique
psychotique
utiliser
projet
impulsif
social
danger
moral
parer
après_des
aborder
coeur
considérer
substance
argument
déranger
personnellement
météo
stigmatiser
signe
alcool
hôpital
quitter
indiquer
énorme
difficulté
arrêter
essayer
redonner
lien
cours
sévère
justement
formel
patient
part
visite
apte
aptitude
façon
entretien
retirer
généraliste
doute
facteur
cas
côté
limite
dangereux
traitant
mauvais
terre
antenne
recruter
recrutement
charger
sang
population
militaire
intéressant
test
civil
présenter
anxiolytique
armée
unité
courir
traiter
emblée
aide
profil
ouvrir
long
travail
général
vmp
seul
vrai
psy
out
déni
tomber
moyen
air
envoyer
présent
préciser
gav
dur
porte
lourd
coffre
souci
quotidien
alcoolisme
tour
fin
retrait
test
exister
bêtise
simplement
définitif
vérifier
situation
type
mort
petit
couple
grave
année
ensemble
matin
père
brigade
continuer
jeu
corse
logement
asseoir
famille
grand
réaliser
refuser
garde
secrétarjat
fil
pire
vitre
muter
copain
occuper
tuer
raison
impact
patrouille
région
gamin
super
enfant
bout
poste
papier
alcoolémie
sympa
vivre
fou
ressortir
autrement
empêcher
colonel
groupe
garçon
époque
méfier
texte
jour
plein
arriver
lever
perdre
plaindre
heure
marcher
planton
garder
attendre
élément
discours
etc
toucher
vraiment
sentir
souvenir
mec
bas
exemption
collègue
laisser
gars
bienveillant
familial
envie
servir
acteur
passer
appeler
gendarme
contraire
tête
machin
boulot
cerner
coup
premier
rester
côte
doigt
jeune
balancer
aimer
écouter
schizophrène
travailler
dangereux
limite
doute
généraliste
maison
nuit
coup
aimer
moyen
air
envoyer
présent
préciser
gav
dur
porte
lourd
coffre
souci
quotidien
alcoolisme
tour
fin
retrait
test
exister
bêtise
simplement
définitif
vérifier
situation
type
mort
petit
couple
grave
année
ensemble
matin
père
brigade
continuer
jeu
corse
logement
asseoir
famille
grand
réaliser
refuser
garde
secrétarjat
fil
pire
vitre
muter
copain
occuper
tuer
raison
impact
patrouille
région
gamin
super
fille
dossier
calme
histoire
dormir
train
sauter
jouer
femme
chef
truc
vachement
papier
corps
bureau

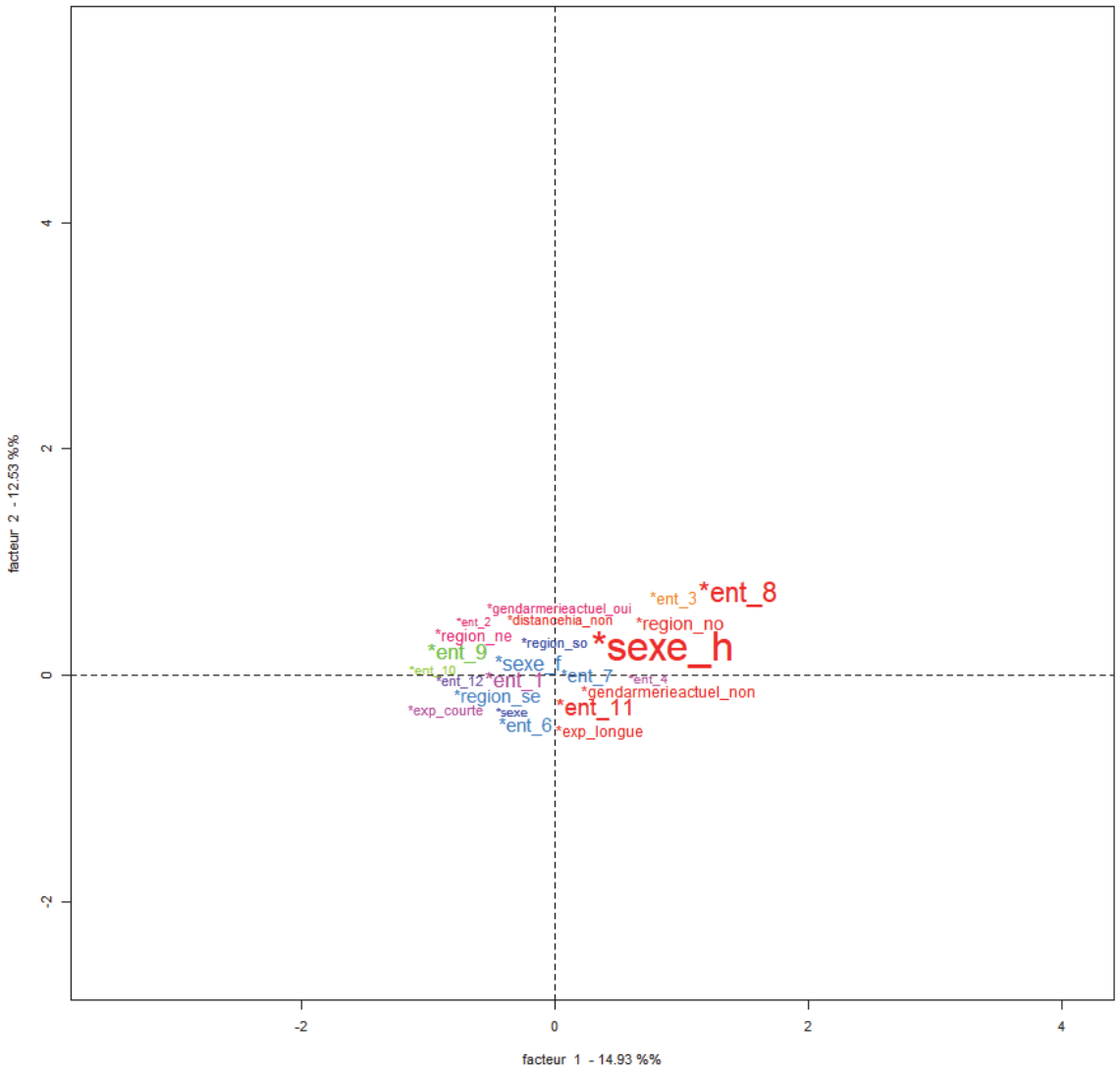


Figure 13 : Représentation graphique de l'AFC sur les variables sociodémographiques

Les valeurs propres correspondent à la quantité d'informations retenue par chaque axe et dans quelle mesure chaque axe explique une part de l'inertie totale (égale à la somme de ces valeurs propres). Des valeurs proches de 1 indiquent d'intéressants liens entre modalités de variables différentes et ainsi une qualité globale de l'étude. Dans notre étude, l'axe horizontal, aussi appelé axe 1, était l'axe le plus contributif avec une valeur propre égale à 0.35 tandis que l'axe vertical, dit axe 2, a une valeur propre de 0.29. L'inertie totale représentée par ces graphes est de 27.4 %. Le premier axe résume 14.9% de l'information et le deuxième 12.5%, soit des proportions relativement faibles. L'interprétation des résultats de cette AFC seront donc à réaliser prudemment par manque de fiabilité.

VII.3.3.2. Interprétation des axes et des différents quadrants

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à la signification des axes ainsi que le sens donné à leurs directions.

L'axe horizontal, axe 1, semble séparer verticalement la démarche et l'action du médecin. L'orientation vers le haut correspondrait plutôt à une démarche inductive, basée sur l'intuition et l'observation, dite aussi « non analytique » car rapide et presque automatique, mais entraînant une capacité d'action très réduite pour le médecin. L'orientation vers le bas correspondrait quant à elle plutôt à une démarche déductive dite aussi « hypothético-déductif » ou encore « analytique » reposant sur une analyse dont le raisonnement permet de répondre à des hypothèses préalablement formulées. Cette démarche conduirait à une liberté d'action pour le médecin beaucoup plus importante.

L'axe vertical, axe 2, semble séparer horizontalement les risques auxquels sont confrontés les gendarmes. L'orientation vers la gauche correspondrait plutôt aux risques dits intrinsèques à l'individu exerçant en gendarmerie tandis que l'orientation vers la droite correspondrait aux risques dits extrinsèques à l'individu, liés essentiellement à la nature du métier ainsi qu'à son environnement, s'intéressant ainsi plutôt à une notion de groupe.

Dans un second temps, nous nous sommes intéressés à la signification de chaque cadrant du graphique.

Les discours se situant dans le quadrant supérieur gauche correspondraient à des discours relatant l'observation par les médecins de l'existence d'un risque suicidaire chez un individu mais pour laquelle l'action possible face à ce risque semblerait limitée.

De façon opposée, les discours se situant dans le quadrant supérieur droit correspondraient à l'observation d'un risque commun à tous les gendarmes liés à la nature de leurs métiers mais pour lequel l'action possible face à ce risque semblerait limitée.

Les discours situés dans le quadrant inférieur droit semblent être des discours explicitant la capacité du médecin à réduire le risque propre à chaque individu par le biais notamment d'une démarche analytique et d'un raisonnement hypothético-déductif.

De façon opposée, les discours situés dans le quadrant inférieur gauche correspondraient à des discours relatant la capacité du médecin à réduire un risque dit « collectif » en gendarmerie par le biais notamment d'une démarche analytique et d'un raisonnement hypothético-déductif.

L’interprétation des axes et quadrants pourrait se résumer sous la forme du schéma ci-dessous :

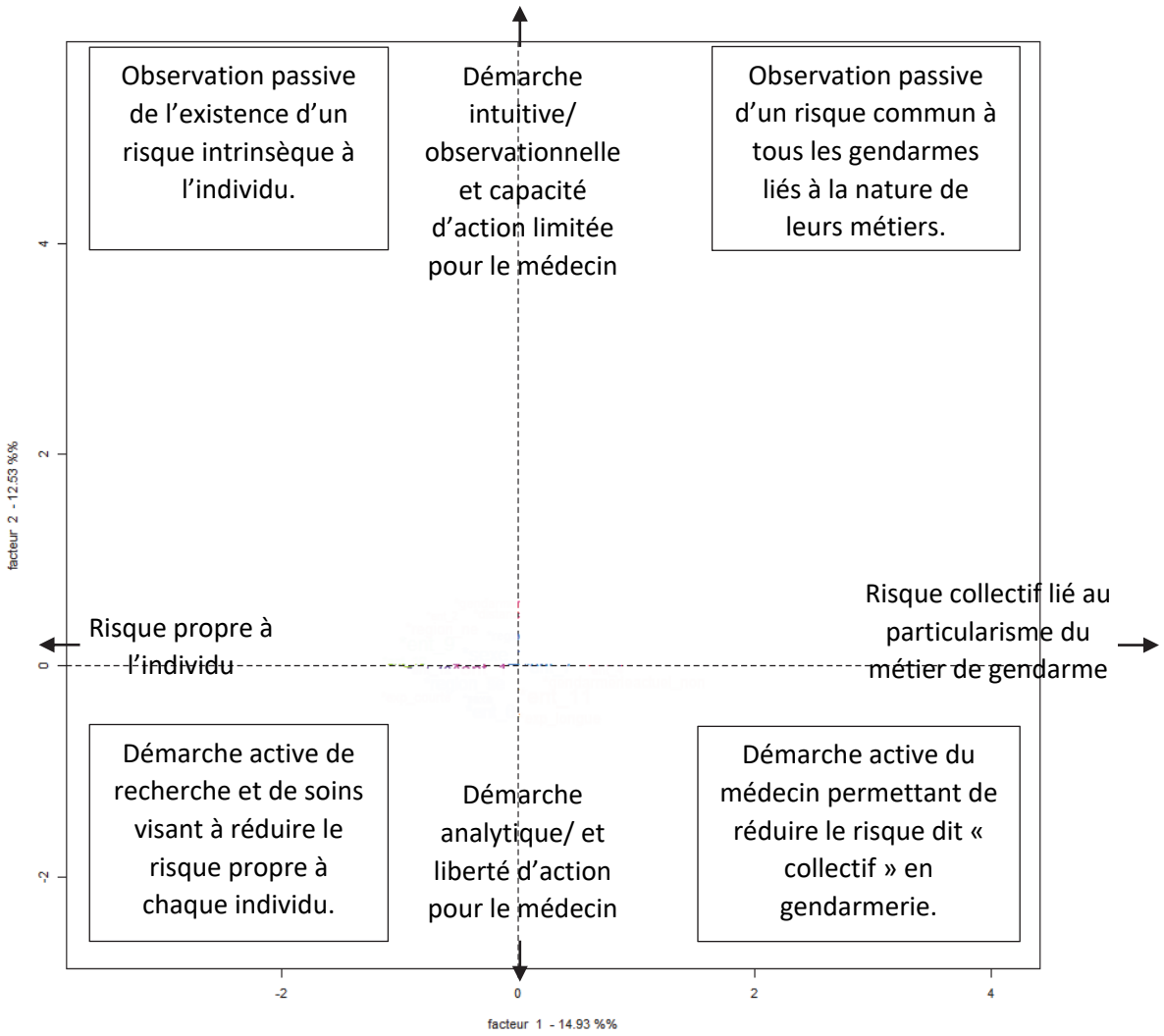


Figure 14 : Représentation graphique de l’Interprétation des axes et des différents quadrants de l’AFC.

VII.3.3.3. Description des résultats obtenus

Premièrement, nous nous apercevons que la représentation graphique de l'AFC des classes apparait selon 3 blocs distincts, que nous nommerons A, B et C selon le schéma ci-dessous :

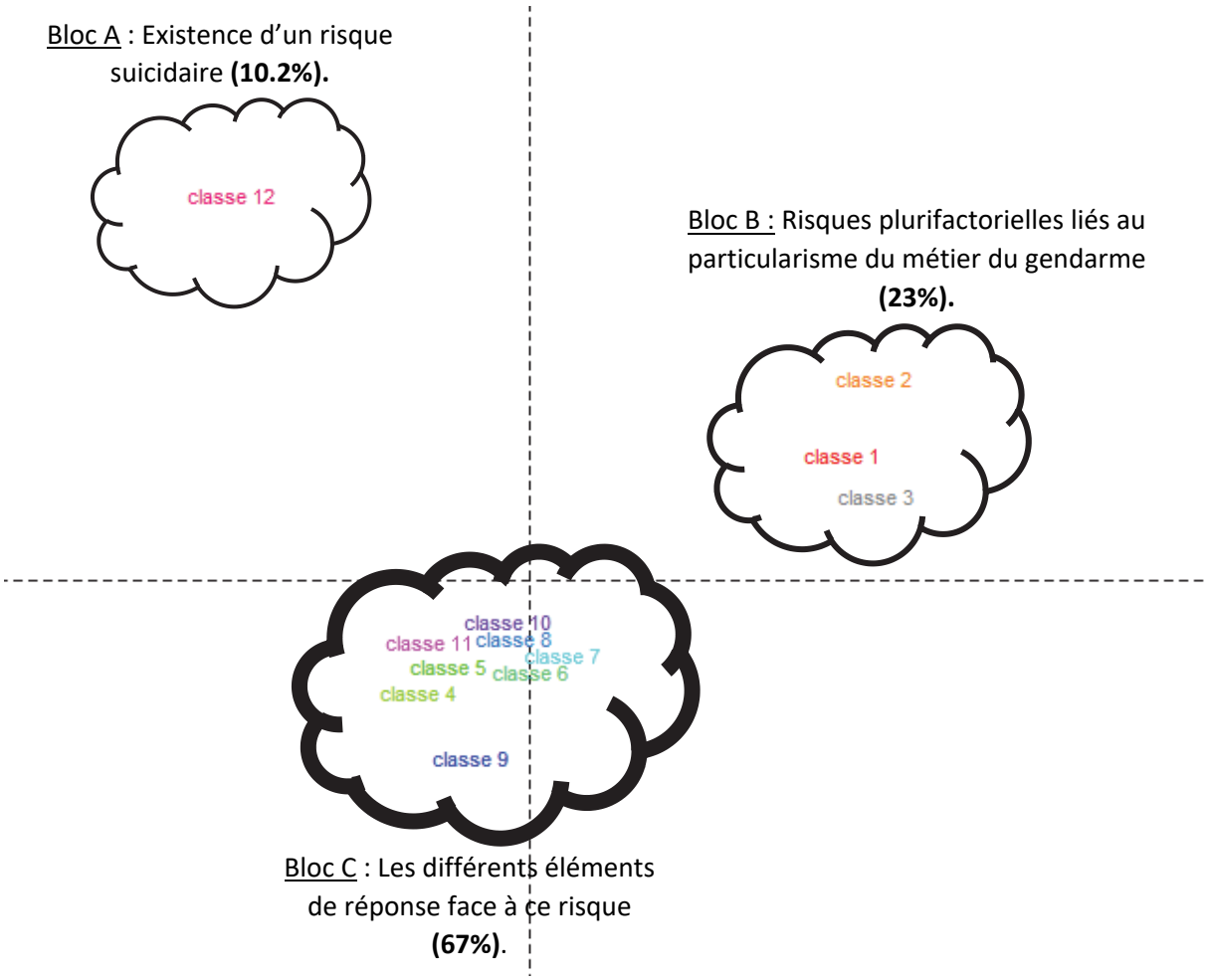


Figure 15 : Zoom sur la représentation graphique de l'AFC sur les classes et schématisation selon 3 blocs : A, B et C.

Le bloc A est constitué uniquement par la classe 12, qui apparaissait également comme un bloc à part entière dans notre CHD (bloc nommé 2.1) faisant référence au monde lexical du « risque suicidaire ». Ce bloc A comprend 10.2 % des formes totales analysées, soit le bloc ayant le nombre le plus faible de formes analysées mais dont le discours est le plus contributif dans notre analyse car le plus éloigné du centre du graphe. Ce bloc est en opposition vis-à-vis des deux autres et se positionne dans le haut du quadrant supérieur-gauche.

La représentation de l'AFC se positionne selon la même logique. Les formes « *suicidaire* » et « *risque* » apparaissent comme les plus fréquentes et les plus éloignées du centre soulignant ainsi leurs fortes contributions dans le discours. On note ensuite d'autres formes se situant

également dans le haut du quadrant supérieur gauche, de fréquence moindre mais tout aussi contributives notamment les formes : « *pathologies* », « *délirant* », « *agressif* », « *impulsivité* » relatives aux différents facteurs personnels pouvant aggraver un potentiel risque suicidaire.

Le bloc B est constitué des classes 1, 2 et 3, correspondant dans notre CHD au bloc 1 représentant le particularisme du métier de gendarme ainsi que son environnement imbriquant vie professionnelle et vie privée. Ce bloc comprend 23% des formes totales analysées, soit presque ¼ de celles-ci avec uniquement 3 classes sur les 12. Ce bloc, bien que de façon moindre comparativement au bloc A, apparait comme éloigné du centre du graphique et semble être le deuxième le bloc le plus contributif à l'analyse. Il est en nette opposition avec le bloc A selon l'axe vertical et s'oppose également au bloc B selon l'axe horizontal. Ainsi, ce bloc se positionne sur les axes à droite de l'axe horizontal et modérément en haut sur l'axe vertical dans le tiers moyen du quadrant supérieur droit.
Les 2 formes les plus représentées au sein de ce bloc sont « *femme* » exprimé dans le discours en tant que « *conjointe* » et « *chef* » exprimé fréquemment sous la forme « *chef de corps* ». Ces deux formes sont très proches montrant ainsi l'imbrication de la sphère professionnelle et personnelle dans le métier de gendarme. Selon la même logique mais retrouvé à des fréquences moindres dans le discours, on retrouve l'imbrication de multiples formes relatives à la vie personnelle du gendarme *(« enfant », « dormir », « histoire », connaître », « famille »*) et à la vie professionnelle du gendarme *(« brigade », « bureau », « papier », « corps », « colonel »*). De manière diffuse au sein de ses formes, on retrouve des verbes d'action tels que : « *muter* », « *occuper* », « *tuer* », « *connaître* », « *réaliser* », « *prévoir* », « *continuer* », « *risquer* », « *vivre* » associés à des formes relatives au temps (« année », « époque », « *fil* », « passé ») faisant référence à l'évolution dans le temps du métier de gendarme et la nécessité pour les gendarmes de s'adapter constamment face à cette évolution.

Le bloc C est constitué de l'ensemble des classes restantes, il correspond au bloc 2.2 de notre CHD dont l'interprétation correspondait aux « différents éléments de réponse face au risque du métier de gendarme ». Il est le bloc représentant le plus de formes analysées, soit 67 % des formes totales analysées mais apparait pourtant comme le moins contributif dans notre analyse factorielle des correspondances. En effet, ce bloc apparait comme très proche de l'intersection des 2 axes supposant un discours commun des différents professionnels de santé interrogés. Ce bloc apparait comme en opposition avec les deux autres blocs. Il s'étale sur l'axe vertical sur une direction basse et légèrement à gauche sur l'axe horizontal. La classe 9 apparait comme la classe du bloc la plus différenciée en se positionnant de manière plus bas sur l'axe vertical. Pour rappel, la classe 9 dans notre CHD ne s'intéressait pas spécifiquement au savoir-faire du

médecin des forces mais plutôt à l'implication des différents acteurs dans le questionnement relatif à l'aptitude au port de l'arme selon les différents temps de vie professionnel du gendarme. La forme « *question* » apparait comme la plus représentée au sein de ce bloc et se positionne relativement au centre du graphique. Rapidement, les formes suivantes les plus fréquemment rencontrées sont « *poser* » pour « *poser la question* », « *port* », « *arme* », « *inapte* », « *démarche* », « *gendarmerie* », « *médecin* » retrouvées elles-aussi de manière relativement centrale dans le graphique.

Enfin, la représentation de l'AFC en fonction des variables sociodémographiques ne sera pas détaillée par la suite du fait de sa très faible contribution dans l'analyse. En effet, l'intégralité des discours selon les différentes variables étoilées retenues se regroupent de façon homogène autour de l'intersection des deux axes, correspondant à une homogénéité des discours malgré les différences sociodémographiques des interviewés.

VII.3.3.4. Interprétation des résultats

Après ce descriptif graphique, il apparait en premier lieu que le métier de gendarme est un perçu comme pourvoyeur de risques par les médecins les côtoyant. Ce risque est identifié sous 2 formes : le risque intrinsèque à l'individu, à sa personnalité/ses antécédents/sa pathologie (soignée ou pas), s'opposant aux risques socio-professionnels communs à l'ensemble des individus exerçant en gendarmerie. Les médecins attachent une grande importance à l'environnement personnel et professionnel du gendarme et à l'impact non négligeable que celui-ci peut avoir. On note l'imbrication des éléments de vie personnelle et professionnelle, inhérente au métier de gendarme. De plus, il semble exister au sein de cet environnement si particulier une forme d'incertitude et d'imprévisibilité pour lequel l'action du médecin semble très limitée.

La crainte du passage à l'acte suicidaire occupe une place centrale dans le discours des médecins et apparait comme la principale problématique du métier de gendarme. Il apparait comme un risque à part entière et nécessite une évaluation centrée sur l'individu plutôt que sur la logique de groupe. De plus, la perception des médecins vis-à-vis de leurs rôles dans la prise en charge et la lutte face à ce risque semble très limitée. Il existerait une dichotomie entre la perception du risque et la perception des médecins sur les moyens pour lutter contre celui-ci. Cette perception est partagée par l'ensemble des médecins avec un discours commun entre les différents médecins interviewés. La possible réponse face à ce risque se construit finalement

autour de la forme « *question* » et non pas autour d'une forme lexicale appartenant à l'action proprement dit. L'offensive des médecins des forces face à la problématique du risque en gendarmerie se limiterait à effectuer une démarche hypothético-déductive afin de répondre à des questions d'aptitude ou d'inaptitude du port de l'arme. On pourrait même penser que l'opposition des blocs relative au passage à l'acte et à l'action des médecins découle d'une anticipation protectrice par les médecins vis-à-vis de la confrontation à l'échec de prévention du passage à l'acte suicidaire.

VII.3.4. Conclusion de l'analyse lexicale

Pour conclure, les résultats de cette analyse lexicale se superposent à ceux de l'analyse de contenu, venant renforcer la validité des concepts mis en évidence sans apporter d'éléments nouveaux conséquents hormis la mise en évidence de l'homogénéité des discours malgré les différences sociodémographiques des interviewés. Cette étude réaffirme que le métier de gendarme est un métier considéré comme à risque du fait de son environnement imbriquant vie personnelle et vie professionnelle pouvant venir aggraver le principal risque, au cœur des préoccupations des médecins : le risque suicidaire en Gendarmerie. Cette problématique implique une démarche d'évaluation permanente et dynamique semblant finalement assez commune entre les praticiens. Pour gérer au mieux ce risque, les médecins s'appuient en priorité sur des décisions d'aptitude en décidant d'un retrait d'arme malgré les conséquences directes sur la capacité de travail du gendarme. Cette décision est généralement source de difficultés, elle repose non pas sur des faits mais sur une démarche dite hypothético-déductive.
De nombreuses mesures viennent compléter ces mesures d'expertises avec notamment la mise en place d'un soin via des thérapeutiques médicamenteuses et d'autres acteurs de celui-ci.

Cependant, les médecins semblent avoir une vision très humble de leurs capacités dans la lutte contre le risque suicidaire impliquant ainsi la possible confrontation à un passage à l'acte d'un de leurs patients. Cette acceptation « d'aléas » conduirait, par l'expérience, à adopter une philosophie d'obligation de moyens mis en œuvre pour repérer et diminuer les risques auxquels sont soumis les gendarmes, et non pas une obligation de résultat.

VIII. Discussion

VIII.1. Validité de l'étude

VIII.1.1. Limites de l'étude

Au sein de notre étude, nous pouvons mettre en évidence quelques limites se heurtant à la validité de l'étude. La première limite étant l'existence d'un biais de recrutement. En effet, les médecins ayant répondus favorablement à la réalisation des entretiens étaient des médecins des forces susceptibles d'être plus intéressés par l'étude et portant un intérêt sur le sujet de l'aptitude au port de l'arme plus marqué que ceux n'ayant pas répondu à notre démarche de recrutement.

De plus, l'extrapolation et la généralisation de nos résultats d'études à l'ensemble des médecins exerçant auprès des gendarmes est limitée. En effet, seuls des médecins expérimentés, en cours de leur 5ème année d'expérience auprès des gendarmes ou plus ont été interrogés, créant un biais de représentativité de l'échantillon. Cependant, ces médecins ont pu nous faire part de leurs ressentis passés quand ils étaient plus jeunes médecins limitant ainsi la perte d'information, et cet échantillon nous a quand même permis d'arriver à une saturation des données, facteur essentiel à la validité de notre étude.

Enfin, il existe a minima un biais d'investigation lié à l'investigatrice et aux personnes interrogées.
L'enquêtrice réalisait sa première étude qualitative et notamment ses premiers entretiens, manquant ainsi d'expérience vis-à-vis de la posture à tenir pour limiter son influence malgré les recherches effectuées au préalable. Cependant, ce manque d'expérience a été limité par l'étude préliminaire réalisé auprès de 2 médecins et permettant à l'enquêtrice de se familiariser avec la méthodologie des entretiens.
A travers la réalisation d'entretiens, il peut exister pour les personnes interrogées une appréhension à se confier en liberté, malgré une neutralité de posture adoptée par l'enquêtrice. De plus, les entretiens individuels semi-dirigés ne permettent pas de vérifier l'authenticité du discours des personnes interrogées ni la réelle mise en pratique de ces discours sur le terrain.

VIII.1.2. Forces de l'étude

Même si nous retrouvons quelques limites à l'étude, nous notons cependant de nombreuses forces permettant d'augmenter sa validité.

La méthode qualitative via des entretiens semi-dirigés était adaptée à la question de recherche et permettait ainsi de garantir la libre expression des médecins interrogés, et d'accéder à leur ressenti vis-à-vis du sujet de l'étude.

L'échantillon, bien que ciblant les médecins ayant déjà une expérience certaine auprès des gendarmes, reste tout de même diversifié en intégrant des médecins de sexe différent, d'appartenance à une arme différente et ayant une période d'expérience étalée. De plus, ces médecins étaient répartis à travers la France et exerçaient selon des conditions différentes, notamment à proximité ou au contraire de manière isolée d'un HIA. De plus, aucun des participants n'a retiré son consentement durant l'étude.

Une triple relecture du guide d'entretien a été effectuée par des intervenants de métiers différents : médecin des forces en Gendarmerie, psychiatre militaire et docteur en sciences humaines et sociales. Cette relecture exhaustive a permis de s'assurer que ce guide soit adapté autant dans le vocabulaire que dans le mode de questionnement des personnes interrogées, et qu'il permette de répondre à la question de l'étude. De plus, une étude de faisabilité du guide d'entretien a été réalisée, permettant d'augmenter la fiabilité méthodologique et d'ajuster la posture de l'enquêtrice pour diminuer des possibles effets d'influence et des biais de formulation.

L'enquêtrice fut identique pour tous les entretiens. Elle avait le même cursus de formation initiale que les personnes interrogées, facilitant la communication via un langage médico-militaire commun et la confiance et le naturel dans les discours des médecins interrogés. De plus, elle avait eu au préalable une expérience auprès des gendarmes, permettant ainsi d'avoir une connaissance plus spécifique sur le milieu de la Gendarmerie, et permettant également une meilleure compréhension des nombreuses abréviations médico-militaires utilisées dans le discours.

La retranscription des entretiens a été réalisée manuellement, à l'aide des données non-verbales annotées au préalable afin de conserver l'essence des discours et sa ponctuation. Une double lecture de cette retranscription a été réalisée. Cela a permis d'augmenter la fidélité des résultats obtenus.

Enfin, les résultats de l'analyse lexicale obtenus ont été triangulés de manière indépendante par le Docteur Chrystel LAVAGNA du CESPA afin de recouper certaines données et les différents points de vue des analystes. Le biais d'interprétation liée à l'enquêtrice était ainsi réduit de manière significative.

VIII.2. Discussion des résultats

Au terme de l'analyse, nous constatons que l'aptitude au port de l'arme est considérée comme un point « sensible » par son implication directe sur la capacité de travail du gendarme et ses possibles conséquences notamment auto et hétéro-agressives. En l'absence de textes réglementaires et de formation spécifique sur cette aptitude, les jeunes médecins semblent adopter une démarche jugée parfois « trop précautionneuse » au vu des possibles conséquences néfastes d'une inaptitude (stigmatisation, culpabilité, vécu de sanction…). La question de l'aptitude au port d'arme implique à la fois la notion d'expertise et celle du soin, l'un enrichissant l'autre et inversement, lors d'une minutieuse gestion de ce que les médecins appellent communément la « double casquette ».

Cette problématique s'avère d'autant plus préoccupante face à l'exposition quotidienne des gendarmes à des facteurs de stress pouvant les rendre, à long terme, plus vulnérables quant à la survenue de troubles psychiques. L'institution semble de plus en plus considérer cette problématique et essaie d'améliorer le repérage ainsi que la prise en charge des troubles psychiques, grâce notamment à l'emploi de psychologues. Cependant, cette sensibilité est variable selon les échelons intermédiaires et la nature de l'interaction avec le médecin des forces.
Pour le médecin, le repérage s'effectue essentiellement lors de la VMP ou du parcours de soin impliquant une lourde charge de travail. Les principaux troubles observés sont le syndrome anxiodépressif et les difficultés réactionnelles à un événement spécifique ou à l'accumulation d'une tension psychique, souvent en lien avec le travail.

La démarche appliquée pour la détermination de l'aptitude au port de l'arme apparait comme une balance bénéfice/risque dont l'équilibre à trouver est la protection globale du patient dans sa sphère personnelle et professionnelle. On retrouve un modèle d'évaluation en 9 temps commun aux médecins, et ce peu importe leurs caractéristiques sociodémographiques, allant de la qualité du premier contact jusqu'à l'acceptation du patient dans la prise en charge. L'alcool, les traitements psychotropes ainsi que la méconnaissance des patients sont des éléments compliquant l'évaluation des médecins. Les freins à la décision d'inaptitude sont liés principalement au patient (perte de son emploi, stigmatisation), à la logique du groupe et à la relation médecin/patient. La réévaluation après une période d'exemption se déroule selon le même principe et apparait facilitée lors d'un suivi régulier du patient en tant que médecin soignant. L'avis du psychiatre pourrait se révéler utile lors d'un arrêt prolongé, d'une divergence d'opinions, d'une pathologie sévère ou liée à une addiction à l'alcool, lors de la prise de traitement psychotrope ou lors d'un suivi dans le milieu civil. A l'issue de cette réévaluation, si un doute persiste, la reprise progressive sans port d'armes est conseillée.

Le médecin des forces interagit autour de la problématique avec 3 entités : le monde civil, le psychiatre militaire et le commandement. Le monde civil est un renfort essentiellement dans le cadre des soins et la qualité de cette relation se heurte à nombreux obstacles notamment lié à une méconnaissance civile sur le monde militaire. Il est plus confortable pour le médecin des forces de faire appel au psychiatre militaire notamment pour les questions d'expertise. Le bagage commun militaire permet une relation médecin/psychiatre de qualité, malgré parfois un échange difficile et des réponses inadaptées/inexpérimentées au terrain « gendarmerie ». Enfin, le commandement s'apparente comme un allié précieux pour le repérage des patients à risque, pour la prise de décision, pour l'optimisation de leurs postes de travail et pour la prise en charge thérapeutique via l'aide des psychologues de l'institution. Cependant, cette alliance est variable selon la qualité managériale des échelons intermédiaires.

Même si la problématique de l'aptitude au port d'arme peut s'avérer parfois angoissante pour un jeune médecin isolé, elle peut être pondérée par le peu de passages à l'acte comparativement aux nombres de patients à risque suivis. De plus, face à certains gestes auto-agressifs imprévisibles, le médecin militaire restera toujours impuissant malgré une démarche rigoureuse. La prise de décision la plus juste semble celle incluant le gendarme dans sa globalité, prenant ainsi en compte sa personnalité, son rapport à l'arme et la logique de groupe dans laquelle il vit.

VIII.3. Pistes de réflexion

A la lecture de notre introduction, nous pourrions penser que l'évaluation de l'aptitude mentale réside à s'assurer de l'existence d'un sigle P=1 du SYGICOP (31) correspondant à la cotation de l'aptitude psychique jugée nécessaire pour exercer en Gendarmerie. Pourtant, il est troublant de constater qu'aucun discours de médecin concernant l'évaluation psychique du gendarme ne nous fait part du sigle P =1. Ce constat peut s'envisager comme l'expression d'un écart entre la théorie et la pratique, où la question décisive est moins celle de la catégorisation du sigle P que celle de restrictions temporaires ou plus durables d'aptitude. Le respect strict de la cotation de ce sigle ne semblerait pas adapté à la réalité du terrain, et cette réglementation apparait alors comme une simple façade théorique sans application pratique possible. Nous pourrions alors discuter d'alléger les textes d'aptitude en Gendarmerie en ouvrant la possibilité d'être P=2 en cours de carrière pour les personnels souffrant de troubles psychiques, mais dont la sévérité permettrait le maintien d'une aptitude au port de l'arme. Cela aiderait à l'identification des personnes à risques, mais permettrait aussi de lever le frein à l'expression des troubles par peur d'une inaptitude les rendant possiblement sédentaires en caserne, statut pouvant lui-même favoriser un passage à l'acte par la stigmatisation qu'il implique. De plus, il apparait nécessaire, d'enrichir et de développer les possibilités de bascule sur des postes dédiés aux personnels sans port d'arme (soit comme personnel civil du ministère de l'Intérieur soit comme sous-officier dans le corps de soutien technique et administratif de la Gendarmerie (CSTAGN) par le biais de la dérogation médicale). Les statuts actuels le compliquent. En effet, la gestion des sous-officiers d'active est régionale alors que celles des CSTAGN est nationale. Par ailleurs, la perte d'avantages telle que le logement de fonction ou la prime de police sont des freins à cette évolution. Ce reclassement interne est pourtant d'autant plus important quand le personnel désarmé a encore une forte adhésion à l'institution et que le maintien au travail apparaît comme thérapeutique dans la prise en charge de sa pathologie.

De plus, nous observons que la question du risque hétéro-agressif, plus rare, mais pas moins préoccupante, semble être éclipsée par la question du risque suicidaire. En effet, légitiment au sens statistique, les médecins des forces sont sensibilisés au risque suicidaire et oriente ainsi leurs examens cliniques en s'attachant à rechercher essentiellement des troubles de l'humeur et d'en évaluer la gravité. En revanche, la recherche d'un possible délire de persécution, d'une paranoïa, d'une jalousie ou d'une désorganisation psychique ne semble pas s'effectuer à titre

systématique, tant bien même que ce sont des éléments psychopathologiques non négligeables dans l'évaluation du risque hétéro-agressif. Le clinicien aurait ainsi tendance, de manière inconsciente, à minimiser le risque de passages à l'acte hétéro-agressif dans la relation de soins.

Ensuite, il semble exister des axes d'améliorations dans la problématique de gestion des troubles psychiques en gendarmerie et ceci pour différents acteurs : le SSA, l'institution et l'intéressé.

Concernant le SSA, ces principaux axes concernent le repérage des patients à risque et la qualité de leur prise en charge.

Le repérage des patients à risque est diminué notamment par manque d'effectif médical, engendrant un manque de temps pour le dépistage. Pour pallier ce problème, l'emploi de psychologues ou de psychiatres réservistes, d'autant plus dans les régions isolées et éloignées des HIA, serait une bonne alternative afin de pouvoir déléguer une partie du temps consacré aux soins. Au-delà du problème quantitatif, le repérage se heurte à des soucis qualitatifs avec une répartition des jeunes médecins en Gendarmerie qui interroge. En effet, les postes isolés au contact de gendarmes devraient être à éviter pour un jeune médecin sorti d'école, inexpérimenté et trop précautionneux. Autre piste, le moyen de repérage jugé peu optimisé reste la gestion des arrêts de travail à motif psychiatrique. Nous pourrions éventuellement discuter de la mise en place d'une visite de reprise obligatoire après un arrêt de travail à motif psychologique, pour augmenter le repérage et limiter le biais de suivi dans le civil. Aujourd'hui, cette pratique reste médecin-dépendant.

Concernant l'amélioration de la prise en charge des troubles psychiques par le SSA, nous pourrions proposer davantage de sensibilisation pour les médecins des forces et les spécialistes psychiatres aux spécificités de la pratique médicale en gendarmerie. Un module spécifique Gendarmerie, comme existant dans d'autres corps d'armes, pourrait s'envisager, permettant l'augmentation des connaissances de l'environnement en Gendarmerie et donc une prise en charge plus adaptée à leurs contraintes.

Enfin, le manque d'ouverture sur le monde civil a été souligné dans les discours des médecins des forces. Il serait alors intéressant, à la fois pour augmenter le repérage mais aussi la qualité de prise en charge, de développer des réseaux de soins civils de proximité et de sensibiliser ces différents acteurs à la notion de port d'arme par une communication du SSA élargie sur le sujet.

Cela pourrait améliorer le lien avec le monde civil et déjouer certaines réticences à communiquer entre professionnels de santé.

Vis-à-vis de l'institution, l'utilité de la rencontre avec le commandement est mise en valeur dans notre analyse. Celle-ci est à favoriser en systématisant par exemple les réunions pluridisciplinaires. Enfin, afin d'augmenter le repérage et de faciliter la communication autour des troubles psychiques, il pourrait être intéressant que les médecins participent aux formations des différents cadres de contact concernant les troubles psychiques, afin d'échanger sur les différentes attentes de chacun et de démocratiser la souffrance psychologique. Ce rôle peut également être assuré par la psychologue de la Gendarmerie.
Une tolérance P=2 sous couvert d'une obligation de soins en cours de carrière permettrait peut-être de lever l'appréhension d'une perte de son emploi en cas de pathologie psychiatrique, encore trop associée à de la faiblesse par certains (gendarmes ou commandement). Sur la même thématique, on note l'apparition de mouvements associatifs luttant pour lever le tabou présent sur les troubles psychiques et favoriser l'accès aux soins pour l'ensemble des forces de l'ordre. Par exemple, l'association « *ASSOPOL* »(57), indépendante du SSA, se propose d'orienter les forces de l'ordre dans le besoin vers des psychologues spécialisées dans la souffrance au travail et de prendre en charge une partie des honoraires liés à la consultation.

Enfin, la population GAV est considérée comme plus à risque car il s'agit généralement de jeunes militaires, certains encore immatures, et ayant une vision de la violence et de la mort parfois tronquée ou irréaliste. Une prudence supplémentaire apparait également nécessaire pour les réservistes en Gendarmerie.
Finalement, nous notons que ces deux populations n'ont pas le droit de port permanent de leur arme de dotation, ce qui limite le risque de passage à l'acte, avec un bémol plus important pour les réservistes. En effet, ces derniers sont un renfort ponctuel et peuvent donc venir prendre leur service avec un projet suicidaire sans qu'aucun élément permettant un repérage du trouble psychique ait pu être permis par l'institution auparavant.

IX. Conclusion

Pour conclure, la problématique liée aux troubles psychiques en Gendarmerie est au cœur des préoccupations des médecins des forces selon deux facteurs explicatifs : l'accès permanent et direct à l'arme de dotation et l'exposition répétée à de nombreux facteurs de stress inhérents au métier de gendarme. Ces deux éléments sont susceptibles de favoriser et faciliter un passage à l'acte lorsqu'un sujet présentant au préalable une vulnérabilité rompt définitivement son état d'équilibre psychique.

La vision des médecins vis-à-vis de leurs rôles dans la lutte contre le passage à l'acte semble se situer en amont de l'existence d'un stress dépassé et de la crise suicidaire, plutôt dans le repérage et la prise en charge précoce des facteurs de vulnérabilité et de potentiels troubles psychiques des gendarmes pouvant y conduire. La qualité de l'examen clinique psychique et de l'écoute du praticien dans les situations évoluant à bas bruit a toute son importance et permet de prévenir l'accumulation de risques supplémentaires pour le patient via des décisions d'aptitude/inaptitude. Ces décisions d'expertise sont indissociables d'une prise en charge thérapeutique adaptée et permettent d'inclure le patient dans un parcours de soin.

Pour statuer au mieux sur une aptitude ou inaptitude, il est nécessaire d'évaluer le patient dans sa globalité afin de décider de la manière la plus juste possible, pour l'intéressé mais aussi pour l'institution. L'inaptitude à l'arme est posée lorsque le médecin estime que le risque de passage à l'acte est plus important que les possibles conséquences d'un retrait d'arme, à savoir la perte de la capacité de travail du sujet et la stigmatisation de la part de ses collègues, mais aussi le poids de son propre regard. Pour trouver l'équilibre dans cette notion de risque acceptable, les médecins utilisent un procédé d'évaluation retrouvé commun chez les médecins expérimentés, avec 9 différentes étapes chronologiquement mises en évidence :

- La qualité du contact et le paraître dit « adapté » lors de la rencontre du patient ;
- L'entretien méticuleux (antécédents, trouble de l'humeur et risque auto ou hétéro-agressif, angoisse, délire, éléments de personnalité, recherche de facteurs de risque personnels ou professionnel) ;
- L'examen somatique à la recherche de contre-indications physiques et de signes psychosomatiques et évaluation de la vivacité du patient à utiliser son arme ;
- Le raisonnement étiologique des troubles psychiques : pathologie réactionnelle à un évènement précis, liée au travail ou non, ou trouble psychopathologique évoluant pour son propre compte ;

- L’évaluation de la sévérité du trouble en recherchant une éventuelle rupture d’équilibre ;
- La prise de décision au cas par cas, dans une logique de soin centrée sur le patient dans la prise en compte de son environnement ;
- La gestion de son doute dans la prise de décision : en se donnant du temps (deuxième consultation, arrêt de travail) et en se concertant avec d’autres professionnels concernés (psychiatres, psychologues, commandement, assistante sociale) ;
- La démarche d’acceptation de la prise en charge par le patient, et son adhésion aux soins ;
- La réévaluation fréquente, le suivi du patient et une reprise progressive.

Au vu des éléments de notre analyse, nous pourrions proposer l’arbre décisionnel ci-dessous comme outil et aide pour les médecins des forces :

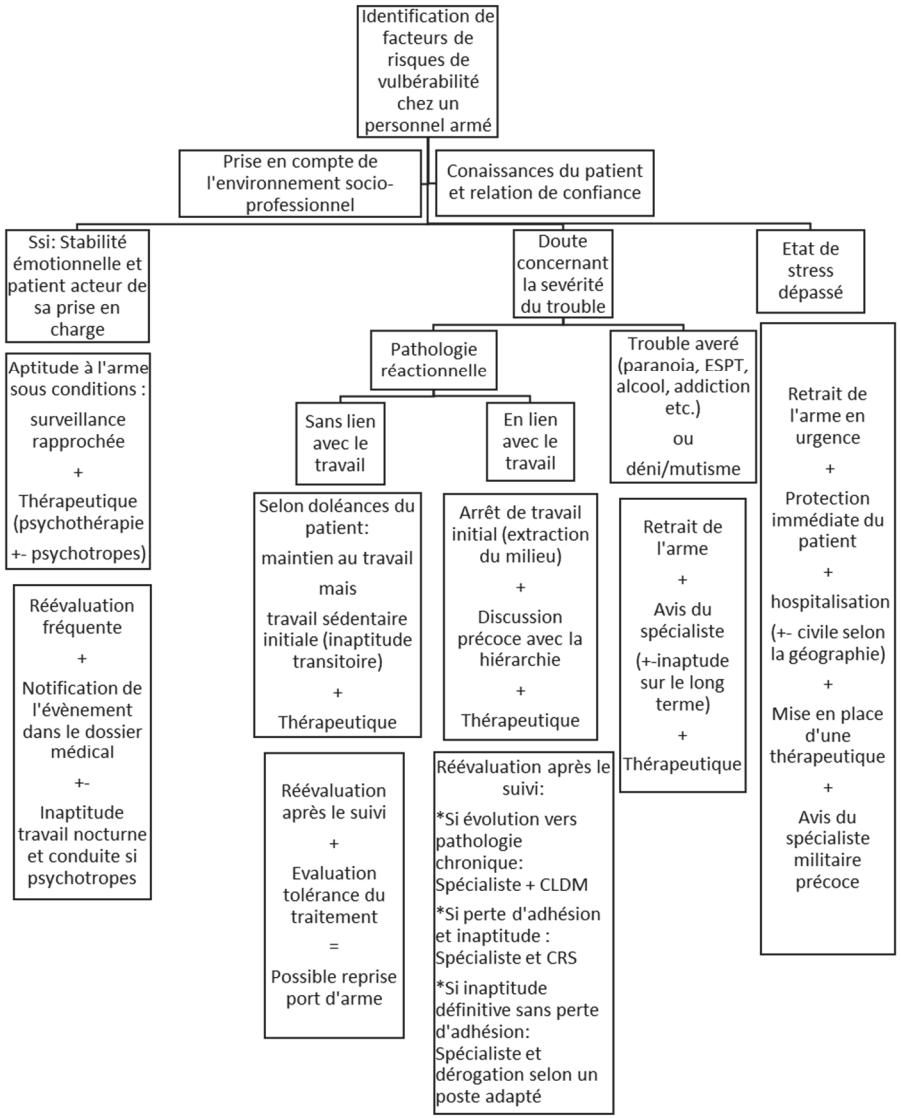


Figure 16 : Arbre décisionnel face aux troubles psychiques en gendarmerie

Cependant, cet arbre décisionnel n'est pas un modèle figé et son interprétation doit être pondérée à la singularité du patient et à celle de sa situation. En effet, l'examen clinique psychiatrique implique une part subjective variable selon la nature et la richesse du lien existant entre le praticien et le patient. Pour mettre à profit la subjectivité inhérente à toute relation de soin, le médecin examinateur se doit de s'intéresser à son patient au-delà de la demande qui lui est formulée, en s'attachant à saisir les enjeux psychiques de la configuration clinique au fil du discours du sujet. Aussi le médecin doit être curieux et faire preuve d'une capacité de communication avec les différents acteurs impliqués par la problématique, notamment le commandement et le psychiatre dont les liens sont variables selon les individus.
Malgré cet engagement clinique, il est nécessaire de rester relativement humble sur la capacité prédictive du médecin des forces devant l'appréciation à moyen terme d'un risque suicidaire en Gendarmerie en actant l'incalculable propre à la dynamique même du passage à l'acte.

De nombreuses difficultés sont encore retrouvées dans notre problématique, et différents axes d'amélioration seraient à envisager pour chaque acteur impliqué. La principale difficulté réside cependant dans le fait que les textes réglementaires relatifs à l'aptitude psychique en gendarmerie semblent peu adaptés à la réalité du terrain, avec une restriction d'activité au sigle P=1. Pour faciliter l'exercice des médecins des forces dans cette problématique et favoriser les consultations spontanées du gendarme en souffrance, il serait peut-être intéressant de discuter l'adaptation des textes réglementaires du SIGYCOP pour qu'ils puissent prendre en compte, sans la stigmatiser, l'existence en cours de carrière d'une possible souffrance psychique.

X. Bibliographie

1. Le Président de la République. Article 132-75 [Internet]. Code pénal. Sect. Section 3 : De la définition de certaines circonstances entraînant l'aggravation, la diminution ou l'exemption des peines (Articles 132-71 à 132-80), JUSX0300028L mars 9, 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417499/#:~:text=Est%20une%20arme%20tout%20objet,%C3%A0%20tuer%2C%20blesser%20ou%20menacer.

2. Le Président de la République. Loi n° 2012-304 du 6 mars 2012 relative à l'établissement d'un contrôle des armes moderne, simplifié et préventif. IOCX1104583L mars 6, 2012.

3. Dictionnaire Français en ligne - Larousse [Internet]. Larousse.fr. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais

4. LIENARD L-F. Force à la loi : Analyse juridique et judiciaire du port et de l'usage des armes par les forces de l'ordre. Crépin Leblond. 2017. 342 p.

5. Le Président de la République. Titre 1er : Armes et munitions (Articles L311-2 à L317-12) [Internet]. Code de la sécurité intérieure. Sect. Livre III : Polices administratives spéciales (Articles L311-2 à L347-2). Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000025503132/LEGISCTA000025505560/#LEGISCTA000025508077

6. Le Président de la République. Article L315-1 de l'ordonnance portant harmonisation de la terminologie du droit de l'armement dans le code de la défense et le code de la sécurité intérieure [Internet]. Code de la sécurité intérieure, ARMD1912572R juin 19, 2019. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038666572/2019-06-21

7. Polloni C. Bang Bang, les policiers et leurs armes de service. [Internet]. 2018 nov [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: https://lesjours.fr/obsessions/arme-de-service/

8. Le ministre d'Etat, Le ministre de l'intérieur, Le ministre de l'aménagement du territoire. Arrêté du 6 juin 2006 portant règlement général d'emploi de la police nationale [Internet]. INTC0600544A juin 6, 2006. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000021157368/2006-07-28/#LEGIARTI000021157368

9. Le Président de la République. Article 7 de la Loi n° 2005-270 du 24 mars 2005 portant statut général des militaires [Internet]. Sect. Titre Ier : Droits et Obligations (Articles 3 à 18) Chapitre Ier : Exercice des droits civils et politiques (Articles 3 à 7), DEFX0400144L mars 24, 2005. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001677350

10. Le Président de la République. Décret n° 2015-1475 du 14 novembre 2015 portant application de la loi n° 55-385 du 3 avril 1955 [Internet]. INTD1527633D nov 14, 2015. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031473404/

11. Le Président de la République. Loi n° 2016-1767 du 19 décembre 2016 prorogeant l'application de la loi n° 55-385 du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence [Internet]. INTX1633947L déc 19, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033651975?init=true&page=1&query=Loi+n%C2%B0+55-385+du+3+avril+1955&searchField=ALL&tab_selection=all

12. AFP agence, Le Figaro. Policiers et militaires, des cibles récurrentes. Le Figaro. 19 juin 2017 [cité 22 août 2019]; Disponible sur: http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2017/06/19/01016-20170619ARTFIG00297-les-policiers-et-les-militaires-sont-des-cibles-recurrentes-d-attaques-terroristes.php

13. Le Président de la République. Article L2338-3 [Internet]. Code de la défense. Sect. Chapitre VIII : Port, transport et usage (Articles L2338-2 à L2338-3) juill 28, 2015. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000030949342/2015-07-30

14. Le Président de la République. Article 122-5 [Internet]. Code pénal. Sect. Chapitre II : Des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité (Articles 122-1 à 122-9), JUSX8900136L mars 1, 1994. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417218/#:~:text=N'est%20pas%20p%C3%A9nalement%20responsable,la%20gravit%C3%A9%20de%20l'atteinte.

15. Tzutzuiano C. L'usage des armes par les forces de l'ordre. De la légitime défense... à la légitime défense en passant par l'autorisation de la loi. Revue de science criminelle et de droit pénal comparé. 2017;4(4):699-712.

16. Picard F. Viry-Châtillon : les deux policiers sont sauvés mais avec des séquelles importantes. Le Figaro. 24 oct 2016 [cité 21 avr 2020]; Disponible sur: https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2016/10/24/01016-20161024ARTFIG00028-viry-chatillon-les-deux-policiers-sont-sauves-mais-avec-des-sequelles-importantes.php

17. Le Président de la République. Loi n° 2017-258 du 28 février 2017 relative à la sécurité publique [Internet]. Sect. Chapitre Ier : Usage des armes par les forces de l'ordre, INTX1634434L mars 1, 2017. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034104023

18. Le Président de la République. Article L435-1 [Internet]. Code de la sécurité intérieure. Sect. Chapitre V : Règles d'usage des armes, INTX1634434L mars 1, 2017. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034107970/

19. instruction-233000-usage-des-armes-par-les-militaires-de-la-gendarmerie.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur : https://www.lagazettedescommunes.com/telechargements/2017/04/instruction-233000-usage-des-armes-par-les-militaires-de-la-gendarmerie.pdf

20. Hernandez F, Agence France presse. Après l'arrestation de deux braqueurs au McDo, le GIGN coffre cinq kidnappeurs. 20 minutes. 10 juin 2016 [cité 21 avr 2020]; Disponible sur: https://www.20minutes.fr/strasbourg/1863039-20160610-apres-arrestation-deux-braqueurs-mcdo-gign-coffre-cinq-kidnappeurs

21. J.L. avec Agence France Presse. Essonne: les arnaqueurs du Bon Coin tombent sur un policier hors service. BFMTV. 6 juill 2017 [cité 21 avr 2020]; Disponible sur: https://www.bfmtv.com/police-justice/essonne-les-arnaqueurs-du-bon-coin-tombent-sur-un-policier-hors-service-1211555.html

22. Constant J, Delseny D, Naizot F. Sarcelles : un policier tue trois personnes avant de se donner la mort. Le Parisien [Internet]. Le Parisien. 19 nov 2017 [cité 22 août 2019]; Disponible sur: http://www.leparisien.fr/faits-divers/sarcelles-un-policier-tue-au-moins-trois-personnes-avant-de-se-donner-la-mort-18-11-2017-7401012.php

23. ministère de l'Intérieur, Sirpa Gendarmerie, Gendarmerie Nationale. Site officiel du recrutement en gendarmerie [Internet]. lagendarmerierecrute.fr. [cité 27 janv 2021]. Disponible sur: https://www.lagendarmerierecrute.fr/

24. FAURE J. Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires étrangères, de la défense et des forces armées, par le groupe de travail chargé d'une réflexion sur l'avenir de l'organisation et des missions de la gendarmerie [Internet]. Sénat; 2007 2008 [cité 27 janv 2021]. Report No.: 271. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r07-271/r07-2719.html

25. Bobbera C. Les psys dans la sélection des futurs militaires. Ministère des Armées [Internet]. 26 avr 2013 [cité 30 sept 2020]; Disponible sur: https://www.defense.gouv.fr/actualites/articles/les-psys-dans-la-selection-des-futurs-militaires

26. ministère de l'Intérieur. Instruction n°59000/GEND/DPMGN/SDC/BFORM relative à la formation à l'emploi de l'armement de dotation en gendarmerie. Sect. n.i. BO - CLASS. : 32.07 janv 19, 2018.

27. Cour des comptes. L'équipement des forces de l'ordre : Un effort de mutualisation et de rationalisation à poursuivre. [Internet]. 2018 mai [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-09/20180919-equipement-forces-de-l-ordre_0.pdf

28. Inspection générale de la police nationale (IGPN). Rapport annuel d'activité de l'IGPN 2017 [Internet]. 2018 août [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: https://www.interieur.gouv.fr/Publications/Rapports-de-l-IGPN/Rapport-annuel-d-activite-de-l-IGPN-2017

29. ministère de l'Intérieur. Instruction n° 207000 du 19 janvier 2018 relative aux mesures de sécurité à appliquer à l'instruction et à l'entraînement au tir [Internet]. INTJ1801661J janv 19, 2018. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir_42957.pdf

30. Le Premier ministre. Décret n° 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées [Internet]. DEFD0816121D sept 16, 2008. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000019494447/#:~:text=Le%20praticien%20des%20arm%C3%A9es%20doit,la%20fa%C3%A7on%20la%20plus%20appropri%C3%A9e.

31. Direction Centrale du Service de Santé des Armées. Instruction N° 1700/DEF/DCSSA/PC/MA relative à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire [Internet]. DEFE1451482J juill 31, 2014. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=38822

32. La ministre des Armées. Arrêté du 29 mars 2021 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale [Internet]. ARMH2110098A mars 29, 2021 p. 107. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=aa8hO5Jh46hiC8Ey5vSxhWorswIIl3bSm2y6Qp746Es=

33. Le ministre de l'Intérieur. Arrêté du 12 septembre 2016 fixant les conditions physiques et médicales d'aptitude exigées des personnels militaires de la gendarmerie nationale et des candidats à l'admission en gendarmerie [Internet]. INTJ1624357A sept 12, 2016 p. 26. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=psOBClj5YRPSQGOkXn4fq0ZAwojdtf2GCDvOmWc28Pk=

34. Vallet D. L'aptitude psychiatrique en milieu militaire. juin 2009;Tome 37(3):235-40.

35. Daudin M, Guiraudet O, Catleau M. 1918-2018 : enjeux de l'expertise médico-psychologique en milieu militaire. févr 2019;Tome 47(1):6.

36. Daudin M, Auxemery Y. L'expertise médico-psychologique en milieu militaire. Direction Centrale du Service de Santé des Armées; 2019 avr p. 90.

37. Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson; 2017. 976 p.

38. Dieu F. L'identité du gendarme. L'Harmattan. 2018. 218 p. (Sécurité et société).

39. Le ministre de la défense. Arrêté du 23 mai 2016 fixant les conditions de déroulement de la période de formation initiale des militaires engagés en qualité d'élèves gendarmes [Internet]. DEFH1616728A mai 23, 2016. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032724859

40. Fournier C, Jeannot G. Enquête « La mort, elle nous imprègne » : comment policiers et gendarmes vivent avec leur arme de service. [Internet]. 2018 [cité 22 août 2019]. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/economie/emploi/metiers/armee-et-securite/enquete-franceinfo-la-mort-elle-nous-impregne-comment-policiers-et-gendarmes-vivent-avec-leur-arme-de-service_3079369.html

41. Haute Autorité de Santé. Conférence de consensus La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. In Amphithéâtre Charcot – Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Paris; 2000. (Recommandation de bonne pratique).

42. Institut national de recherche et de sécurité (INRS). Risques psychosociaux (RPS) [Internet]. Santé et sécurité au travail. 2019 [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html

43. Lizurey R. Instruction provisoire n°36132 relative aux positions de service et au repos physiologique journalier des militaires d'active de la gendarmerie nationale. sept 1, 2016.

44. Haut Comité d'évaluation de la condition militaire (HCECM). 13ème rapport Thématique: La mort, la blessure et la maladie. [Internet]. Ministère des Armées ; 2019 juill p. 178. Report No.: 13. Disponible sur: https://www.defense.gouv.fr/actualites/articles/13e-rapport-thematique-du-haut-comite-d-evaluation-de-la-condition-militaire

45. Sprajcer M, Jay SM, Vincent GE, Vakulin A, Lack L, Ferguson SA. Uncertain call likelihood negatively affects sleep and next-day cognitive performance while on-call in a laboratory environment. Chronobiology International. 3 juin 2018;35(6):838-48.

46. Haut Comité d'évaluation de la condition militaire - 2018 - 12ème Rapport Thématique La vie des militaires et.pdf.

47. Clément S. Vivre en caserne à l'aube du XXIe siècle. L'exemple de la gendarmerie. L'Harmattan. Paris: Centre de prospective de la gendarmerie nationale; 194 p. (Le travail du social).

48. Soubelet B. Tout ce qu'il ne faut pas dire : Insécurité, justice, un général de gendarmerie ose la vérité. J'ai lu. 2017. 218 p.

49. Organisation mondiale de la santé. Suicide [Internet]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/suicide/fr/#:~:text=Le%20suicide%2C%20c'est%20l,facteurs%20de%20risques%20du%20suicide.

50. 20170712-657_ARM_CESPA_ESM_SEI_Point de situation des conduites autoaggressives en 2018.pdf.

51. Brossier C. Décès dans les armées : Résultats de la surveillance épidémiologique en 2017. Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (CESPA); 2019 avr p. 5. (Service Etat de santé des militaires - Surveillance épidémiologique et investigations). Report No.: Document n°548/ARM/CESPA/ESM/SEI.

52. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19(84):4.

53. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. 2007;Hors Série(3):31.

54. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. In: XVIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS [Internet]. Montréal, Canada: AIMS; 2007 [cité 16 févr 2021]. p. 16. Disponible sur: https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821448

55. Reinert M. Une méthode de classification descendante hiérarchique : application à l'analyse lexicale par contexte. 1983;Tome 8(2):187-98.

56. Maire S, Liarte S. Classifier, représenter et labelliser : Cadre et outils méthodologiques associés pour une émergence automatique de thématiques sur données textuelles. Finance Contrôle Stratégie [Internet]. 23 mai 2019 [cité 14 mai 2021];(NS-6). Disponible sur: http://journals.openedition.org/fcs/3423

57. ASSOPOL : Plus qu'une association, une vocation, une main tendue au service de ceux qui s'exposent pour aider, servir et protéger. [Internet]. ASSOPOL. [cité 22 avr 2021]. Disponible sur: https://www.assopol.fr/

XI. Annexes

Annexe 1 : Fiche d'information jointe par mail lors du recrutement

Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 3 : Tableaux d'analyse de contenu

Annexe 4 : Tableau résumé de l'interprétation du dendrogramme de l'analyse CHD

Annexe 1 : NOTE D'INFORMATION A L'ATTENTION DU SUJET

Étude des pratiques des médecins généralistes militaires concernant l'évaluation de l'aptitude au port de l'arme d'un gendarme souffrant de troubles psychiques.

Madame la Médecin en Chef, Monsieur le Médecin en Chef,

Nous vous proposons de participer à une étude qui porte sur les pratiques des médecins généralistes militaires concernant l'évaluation de l'aptitude au port de l'arme d'un gendarme souffrant de troubles psychiques.

Cette note d'information vous détaille en quoi consiste cette étude, promue par la Direction centrale du Service de santé des armées (SSA).

Vous pourrez ainsi prendre le temps de lire et comprendre ces informations, de réfléchir à votre participation, et demander au responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Ce travail de thèse s'inscrit dans un contexte actuel particulier évoluant depuis les attentats de 2015 où, dans le cadre du devoir de disponibilité inhérent à son métier, le gendarme qui le désire peut avoir un accès direct et permanent à son arme de dotation personnel. Le médecin d'unité a la responsabilité durant chaque consultation de soins ou d'expertise de détecter d'éventuels troubles psychiques sous-jacents. Ainsi, le médecin peut donc être amené en vue de protéger le patient ainsi que son entourage, à demander le retrait de l'arme temporairement dans un premier temps. Cependant, prendre la décision de retirer l'arme à un personnel n'est pas anodin. Il convient donc de réfléchir sur le « risque acceptable » de maintenir l'arme à un patient présentant des troubles psychiques.

Le type de données recueillies sera des données qualitatives lexicales ainsi que des données concernant vos émotions lors de l'abord des différents thèmes préparés en amont par le guide d'entretien. Cette étude prévoit d'inclure environ 15 de vos confrères en France.

Comment se déroulera cette étude ?

Si vous acceptez de participer à cette étude en donnant votre accord, nous serons amenés à nous rencontrer lors d'un entretien d'une heure sur votre lieu de travail ou ailleurs afin de recueillir les données nécessaires à l'étude qui seront :

- Votre sexe : H ou F ;
- Vos années d'expériences en gendarmerie ;
- Votre lieu d'exercice selon les quadrants de France et selon la distance avec l'HIA le plus proche ;
- Le type d'antenne médicale actuel d'exercice (gendarmerie ou d'autres armes) ;
- Votre ressenti et vos différentes expériences par rapport aux différents thèmes que nous aborderons concernant « l'aptitude du port de l'arme » de manière générale.

Que vont devenir vos données recueillies pour la recherche ?

Un traitement anonymisé des données recueillies va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs de cette dernière qui vous a été présenté. Votre nom et prénom n'apparaitra dans aucun cas et vos données seront codifiées sous la forme du numéro d'inclusion dans l'étude soit par exemple : « entretien n°1 ». Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou à d'autres entités du SSA.

Le délégué à la protection des données peut être contacté à l'adresse : ssa.rrt.fct@intradef.gouv.fr.

Les résultats de cette recherche peuvent être présentés à des congrès ou dans des publications scientifiques. Cependant, vos données personnelles ne seront aucunement identifiables car elles auront été préalablement rendues confidentielles grâce à un codage particulier qui ne mentionne ni votre nom, ni votre prénom.

Comment cette recherche est-elle encadrée ?

Cette recherche, promue par la Direction Centrale du SSA, n'entre pas dans le cadre des recherches impliquant la personne humaine conformément au Code de la santé publique, mais entre dans le cadre de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, et du règlement général sur la protection des données (articles 6.1.f, 9.2.j et l'article 13).

La Direction Centrale du SSA a obtenu l'avis du coordonnateur de la recherche clinique de l'HIA Sainte Anne en date du 12/08/2019 pour cette étude.

Quels sont vos droits ?

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser le recueil de vos données pour cette étude ou d'interrompre votre accord à tout moment sans avoir à vous justifier. Votre participation comme votre refus n'aura aucun impact sur votre carrière professionnelle.

Votre collaboration à cette étude n'entraînera aucune participation financière de votre part, conformément à la loi. Tous les frais sont pris en charge par le SSA. Vous ne recevrez aucune indemnisation pour cette étude.

Conformément aux dispositions de loi relatives à l'informatique aux fichiers et aux libertés (CNIL - loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du règlement général sur la protection des données), vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Ces droits s'exercent auprès de la directrice de thèse (*MC TOUMINET Diane, joignable sur sa messagerie défense : diane.touminet@intradef.gouv.fr*).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés ou que la recherche n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL ou par voie postale.

Vous serez informé(e) des résultats globaux de la recherche à l'issue de celle-ci auprès du médecin investigateur qui aura recueilli votre accord par envoi électronique d'une copie du travail de thèse sur votre messagerie défense.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette note d'information. Après avoir lu toutes ces informations, discuté tous les aspects et après avoir bénéficié d'un temps de réflexion, si vous acceptez de participer à la recherche la personne informant de l'étude atteste par sa signature que vous ne vous opposez pas à la réalisation de l'étude et vous remet une copie de la note d'information signée.

Cadre réservé au service
Nom/Prénom/Identifiant du sujet :

Opposition exprimée pour l'étude : **□ oui** **□ non**

Date de délivrance de l'information :

Signature du responsable de la consultation / du service :

Document réalisé en 2 exemplaires. Un exemplaire doit être conservé 3 ans par l'investigateur, le deuxième doit être remis à la personne participant à la recherche.

Annexe 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

« Bonjour, je suis l'IHA JAFFRENNOU Acanthe, en 2ème année de DES de médecine générale affectée à l'HIA Sainte Anne à Toulon. Je réalise dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine une étude concernant l'évaluation de l'aptitude du port de l'arme chez des gendarmes souffrants de troubles psychiques.

Je vous remercie pour le temps que vous allez m'accorder.

Lors de cet entretien je vais donc vous poser plusieurs questions afin d'étudier les pratiques des médecins des forces vis-à-vis de la détermination de l'aptitude du port d'arme chez des gendarmes souffrants de troubles psychiques. A terme, ce travail pourrait permettre d'identifier un processus reconductible d'évaluation et ainsi limiter au maximum la subjectivité du médecin comme critère décisionnel de cette aptitude.

L'entretien est enregistré mais toutes vos réponses seront anonymisées, à aucun moment votre nom ou prénom sera dévoilé. L'objectif est de vous donner une totale liberté de parole afin que vous puissiez vous exprimer sur votre expérience et votre ressenti vis-à-vis de cette problématique.

Sachez que les entretiens respectent les conditions légales de la CNIL et que les enregistrements seront détruits en moins d'un an après ma soutenance de thèse. Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt pour cette étude.

Accepteriez-vous de répondre à mes questions concernant ce sujet ?
Donnez-vous votre accord pour être enregistré dans le cadre de cette étude ?

I) <u>Recueil de données sur l'interviewé</u>
-Sexe :
-Années d'expériences auprès des gendarmes :
-Région d'exercice (NE, NO, SO, SE) :
-Distance de l'HIA le plus proche :
-Type d'exercice actuel (antenne en gendarmerie ou non) :

II) <u>Entretien :</u>

Hypothèse de travail à vérifier	**Thème**	**Sous thèmes**	**Questions relatives**
L'aptitude au port d'arme est une aptitude considérée comme "spécifique" par les médecins militaires.	1. Rapport entre l'aptitude du port d'arme et le médecin d'unité en gendarmerie	Spécificités de l'aptitude au port d'arme	Pour vous, en quoi cette aptitude est-elle différente des autres aptitudes médico-militaires ? Veuillez donner des exemples s'il vous le souhaitez.
		Formation	Rencontrez-vous des difficultés vis-à-vis de cette aptitude malgré l'éventuelle formation reçue ?
		Ressenti du médecin face à cette responsabilité	Comment vivez-vous cette responsabilité de maintien/retrait de l'arme et selon vous en quoi celle-ci peut interagir dans la relation médecin-gendarme ?
	2.	L'environnement socio-	Selon votre expérience auprès des gendarmes, quelles sont les facteurs

Il est nécessaire que la gestion des troubles psychiques en gendarmerie soit adaptée à leur environnement socio-professionnel qui leur est propre et que cette gestion se fasse dans sa globalité.	Environnement et gestion des troubles psychiques en gendarmerie	professionnel des gendarmes	de vulnérabilité de leur environnement socio-professionnel ?
		La gestion des troubles psychiques par l'institution	Comment se positionne l'institution vis à vis de cette problématique ? (prévention, etc.)
		La gestion des troubles psychiques par le corps médical	De quelle manière détectez-vous d'éventuels troubles psychiques chez vos patients ? Pensez-vous avoir un nombre important de patients souffrants de toute forme de troubles psychiques et notamment quelles pathologies ?
Certains arguments sont utilisés inconsciemment de manière commune entre les médecins militaires en gendarmerie pour la prise de décision d'un maintien/retrait de l'arme.	3. Notion de risque acceptable dans la détermination du port de l'arme	L'aptitude	Pour vous, quels sont les faisceaux d'arguments permettant de valider l'aptitude au port de l'arme ?
		L'inaptitude	A l'inverse, quels sont les facteurs et/ ou pathologies contre-indiquant de manière formelle une aptitude au port de l'arme ?
		Frein à la décision	Quels sont selon vous les freins à la décision d'une inaptitude au port d'arme ?
		La réévaluation de cette décision	Sur quels critères réévaluez-vous la décision de redonner une arme à un gendarme après un retrait temporaire de celle-ci ?
La détermination de l'aptitude du port de l'arme est une décision collégiale.	4. Les relations interprofessionnelles concernant l'aptitude au port de l'arme	Relation avec les professionnels civils	Quelles sont les différentes spécialités du monde médical civil sur lesquels vous vous appuyez pour votre prise de décision ?
		Relation avec le psychiatre miliaire	Selon vous, quelle est la place de la relation entre le psychiatre militaire et le médecin d'unité ?
		Relation avec le commandement	Quelles sont vos relations avec le commandement par rapport à cette problématique ?
Approfondissement sur l'aptitude au port d'arme	5. Complément sur l'aptitude au port de l'arme.	Nous arrivons au terme des différents sujets que l'on souhaitait aborder. Est-ce qu'il y a d'autres thèmes que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent préoccupants ? Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?	

III) <u>Clôture :</u>

Je vous remercie pour votre participation. Si vous le souhaitez, les résultats de l'étude seront disponibles sous forme de thèse publiée et soutenue durant l'année 2021.

Annexe 3 : TABLEAUX D'ANALYSE DE CONTENU

CORPUS 1 : Rapport entre l'aptitude du port d'arme et le médecin d'unité en gendarmerie.

Sous-thématique	*Idées abordées dans le corpus et sous-thématiques*	*Verbatim associé*
Une aptitude dont les conséquences que ce soit pour le gendarme, l'institution ou pour la société sont à part entière.	**Une aptitude conditionnant l'aptitude au travail :** - Un outil de travail avec une implication direct sur la capacité de travail du gendarme o L'aptitude au port d'arme équivaut au jugement de l'aptitude au service en général o L'aptitude au port d'arme équivaut au jugement d'une aptitude mentale	*« S'il n'a pas son aptitude et en fonction du poste qu'il occupe il peut perdre toute aptitude au travail »* *« A partir du moment pour moi qu'il est apte au service, il est apte au port de l'arme, c'est la même chose que pour un militaire de l'armée de terre. »* *« L'aptitude au port d'arme c'est l'aptitude mentale voilà. »*
	Des conséquences impliquant des notions de vie et de mort : - Des potentielles conséquences auto-agressives - Mais aussi hétéro-agressives	*« On craint un risque auto voir hétéro agressif »* *« Les conséquences par rapport à d'autres aptitudes c'est qu'elles sont également tournées vers les autres. »*
	Une aptitude « spécifique » à la gendarmerie : - Une inaptitude pouvant bouleverser profondément l'identité et le statut du gendarme - Une aptitude attendue et en dynamique avec le commandement de gendarmerie - Une aptitude spécifique du milieu militaire mais surtout de la gendarmerie car : o Une accessibilité immédiate et en tout temps	*« Si on leur enlève l'aptitude au port d'arme pour eux c'est la fin du monde » « il y a une réelle déchéance de leur statut dès lors qu'ils n'ont plus le droit de porter une arme »* *« C'est particulier par ce que ça représente et l'attente du commandement vis à vis de cette aptitude en particulier. » « Elle est surtout spécifique à la gendarmerie cette aptitude-là. »* *« Ils l'ont en permanence, ils vivent avec »*
Un ressenti vis-à-vis de cette aptitude et une prise en compte différente selon chaque praticien.	**L'absence de formation et de guides promulgués par le SSA :** - Absence de formation spécifique sur cette aptitude - L'absence de textes réglementaires	*« Je n'ai jamais été formé, on m'a mis là un jour. »* *« On n'a pas de guide on n'a pas de références donc c'est très compliqué. »*
	Une aptitude source de tension, impliquant une nécessité de « jugement » de la personne : - Un point sensible, source de tension et d'inquiétudes - Notion de « jugement »	*« On joue avec le feu. »* *« On juge la personne qui est devant nous »*
	Un ressenti mitigé des médecins d'unité face à cette aptitude impliquant une démarche précautionneuse controversée :	*« J'ai souvent l'impression qu'on me demande de faire quelque chose dont je ne suis absolument pas compétente. »*
	- Médecins ayant rencontrés des difficultés face à la détermination de l'aptitude, voir un sentiment d'incompétence - Médecins n'ayant jamais rencontrés de franches difficultés, sentiment d'être à l'aise - Un principe de précaution appliqué en cas de doute, surtout pour les jeunes médecins mais controversé au vu des conséquences de l'inaptitude.	*« Je n'ai pas forcément eu de difficultés sur cette aptitude »* *« Au début j'ai eu tendance à la mettre peut-être un peu trop facilement » « ce ne sera pas de la simple prévention »*
	Le poids de l'expérience en milieu gendarmerie : - L'importance de l'expérience et d'être aidé par des anciens - L'importance d'une acculturation commune concernant la gendarmerie	*« J'ai eu la chance d'avoir des médecins chefs qui ont exercé longtemps en gendarmerie et qui ont donc pu m'aiguiller »* *« Ils nous donnaient un vernis qui était spécialisé gendarme »*
Une aptitude ayant une profonde implication dans l'interaction gendarme/médecin	**La double casquette entre soin et expertise, faut-il vraiment choisir ?** - Une gestion délicate de la double casquette du médecin militaire - L'inaptitude, une logique de soin et de protection avant tout	*« C'est toute la schizophrénie du médecin militaire, c'est à dire qu'on est à la fois dans une logique de soins de médecin et de médecine militaire comme un médecin du travail et un médecin d'aptitude où en prends la décision » « On le protège contre lui »* *« Mais toute aptitude c'est comme ça que je le vois, c'est pour protéger l'individu »*
	Le lien de confiance avec le patient et ses freins : - L'importance d'un lien de confiance avec le patient - Une peur d'aller consulter pouvant entrainer un suivi dans le milieu civil	*« C'est une relation de confiance entre le patient et toi »* *« La hantise des gendarmes et qui fait que beaucoup sont suivis médicalement dans le civil et n'osent pas venir consulter »*

CORPUS 2 : Environnement et gestion des troubles psychiques en gendarmerie.

Sous-thématique	**Idées abordées dans le corpus et sous-thématiques**	***Verbatim associé à titre d'exemple***
L'environnement socio-professionnel des gendarmes : un environnement à risque.	**Facteurs liés au devoir de disponibilité et mobilité du gendarme :** - La vie en caserne et le poids du regard des autres - Le problème de l'isolement géographique et des petites brigades - Une instabilité familiale (célibataire géographique, isolement familial etc.)	*« Ils vivent les uns sur les autres avec les familles, il y a peut-être une notion de regard de l'autre, d'un jugement encore plus grand. »* *« Si vous êtes dans une petite brigade c'est infernal. Vous ne pouvez pas vous échapper, vous êtes complètement le soir, le matin, au boulot, à la maison, vous êtes dedans. »* *« Il y a des cellules familiales qui ne sont pas du tout simple ; »*
	Facteurs en lien avec l'institution de gendarmerie : - Une lourde pression et responsabilité - Une pression voir des difficultés hiérarchiques - Interrogation sur la qualité du recrutement et notamment des GAV - Un souci de rendement et le poids de l'administratif - Un individualisme en montée	*« Donc le gendarme dans son métier il a de hautes responsabilités et il a des pressions hiérarchiques ou judiciaires »* *« Il y a eu un système où la hiérarchie s'est complètement détachée de la base »* *« Les jeunes générations aussi sont peut-être moins aguerries »* *« On a eu un recrutement là-dedans phénoménal quoi. "Ouais t'es qui toi ? T'es colonel ? C'est vachement bien dit donc ouais". »* *« Ils ont été noyés par les dossiers théoriquement ils devaient faire des procédures simplifiées ce n'est pas vrai parce qu'ils y avaient de plus en plus de procédures » « il fallait faire du chiffre » « on n'arrive pas à simplifier les choses »* *« Beaucoup trop d'entités qui veulent se faire mousser sortir du lot »*
	Facteurs inhérents au métier de gendarme : ➢ **Contraintes liées au rythme de travail :** - Un rythme de travail décousu et une fatigue liée aux horaires nuits - Un nombre d'astreintes important ➢ **Contraintes liées à la nature du travail :** - Une fréquente confrontation à la violence et la mort	*« Ils n'arrivent même pas à faire des plannings corrects et ce sont des trucs totalement décousus et ils n'arrivent même pas à faire respecter les textes » « Ils ont un rythme anarchique »* *« Le fait d'avoir un portable, d'être toujours joignable »* *« Ils sont confrontés souvent à la misère du monde, ils sont quand même confrontés à la violence, ce n'est pas toujours facile donc ils peuvent être amenés à voir des choses qui petit à petit peuvent les fragiliser »* *« C'est une vision très réductrice de la part de la population pour le travail des gendarmes »*
	- Une vision de leurs métiers réductrice par la population voire un contact agressif - Travailler constamment dans l'imprévisible	*« Quand je pose mes enfants à l'école je ne leur dis pas à ce soir, car je ne suis pas sûr de revenir vivant. »*
	Facteurs individuels aux gendarmes : - Une personnalité « rigide » du gendarme, intrinsèque à son métier - Le besoin de reconnaissance - La fin d'un idéal et le mythe du gendarme infaillible - Problématique de l'utilisation d'alcool et de drogues	*« Au niveau vulnérabilité il y a quand même aussi la psychorigidité du gendarme »* *« C'est à la fois humain et particulièrement riche des gendarmes qui ont un besoin de reconnaissance »* *« Tu penses améliorer le monde et puis finalement au bout de dix ou quinze ans tu te rends compte que c'est pareil, voir pire » « Certains sont dans le mythe de la toute-puissance du gendarme et pensent qu'un gendarme qui flanche (…) c'est un gendarme qui est faible »* *« C'est tabou la drogue et c'est vraiment pire que tabou » « Beaucoup d'alcoolisme chez les gendarmes que ce soit les mobiles ou les gendarmes départementaux »*
La gestion des troubles psychiques par l'institution de la gendarmerie.	**Une meilleure prise en compte des troubles psychiques depuis quelques années :** - Une réelle prise en compte et avancée de la gendarmerie concernant les troubles psychiques o Mais des actions / solutions encore peu efficaces - Une meilleure prise en compte du blessé psychique et de l'ESPT	*« L'institution gendarmerie est en train de beaucoup évoluer et de mettre en place des contremesures par rapport à ceux que peuvent vivre les gendarmes »* *« Les réflexions sont intéressantes sur les problématiques mais sur le plan d'action ça me semble un peu plus flou. »* *« Je pense qu'il y a des syndromes de stress post traumatique qui sont pris en compte aussi. »*

	Une amélioration pluridisciplinaire dans la prise en charge :
	- Importance des psychologues en gendarmerie
	- Prise en charge pluridisciplinaire en réseau (assistante sociale, psychologue, commandement, RH, équipe médicale) via notamment :
	  o Les conseillers de concertation / comité de pilotage
	  o Les MAPSI
	- Un retrait de l'arme par le commandement quasi-systématique au moindre risque
		« Les gendarmes sont quand même au courant de la présence de cette psychologue et y ont recours de manière assez fréquente »
		« Il y a des réunions pour essayer, pour évoquer tous ensemble entre médecins, psychologues, ressources humaines, le commandement »
		« le commandement a quand même souvent le réflexe dans les situations de dépression ou de risques suicidaires d'enlever l'arme dès qu'il y a des troubles du comportement. »

	Persistance de certaines difficultés et axes à améliorer : ➢ Difficultés variables de communication en gendarmerie : - Une variabilité selon les échelons intermédiaires - Un lien encore prudent entre le commandement et le médecin et souci du secret médical ➢ Besoin d'améliorer la formation des cadres de contact - Un retrait d'arme et un envoi en consultation parfois à outrance o Voir un transfert de responsabilité - Questionnement sur la formation du commandement ➢ Difficultés organisationnelles : - Problématique de la gestion des inaptes : peu de postes en activité sédentaire stricte	*« Après souvent ce qui pêche ce sont les échelons intermédiaires.» « Il y a des facteurs individuels au niveau du commandement, c'est à dire que ça dépend vraiment de l'individu qui commande le gendarme »* *« Un problème pour la prise en charge notamment pour les adresser pour une prise en charge médicale » « la difficulté c'est que souvent ils ont envie de savoir et nous le frein qu'on a et bien c'est le secret médical »* *« De l'autre côté tu as un commandement qui est plus attentif à ça, qui craint la crise suicidaire parfois même à outrance »* *« La plupart du temps ce qu'ils font, c'est qu'ils disent que le médecin est expert donc en gros on transfère la responsabilité »* *« Je ne suis pas sûre qu'ils soient formés à ça, où alors s'ils le sont, est-ce qu'ils sont formés correctement ? »* *« Il n'y a pas énormément de postes en gendarmerie pour tous les inaptes. »*
La gestion en routine des troubles psychiques par le SSA, méthode de repérage et parcours de soin.	**Le repérage selon 3 modes principaux :** ➢ Le repérage « organisé » : - La VMP : un temps essentiel de repérage o Mais un frein : réticences/peur de l'inaptitude en VMP o L'importance du dialogue/écoute - Importance du parcours de soins dans le repérage : o Visite de reprise o Visite des 90 jours o CLDM o Les arrêts de travail : mauvaise gestion et non optimisé pour le repérage	*« Mais pour moi c'est une part importante de la visite médicale périodique ;»* *« On apprend beaucoup dans le dialogue ; »* *« Dès qu'il y a un motif d'arrêt particulier ou un arrêt de travail un peu long, ou si c'est marqué syndrome dépressif, elle nous le signale. Mais je ne pense pas que ce soit une bonne façon de dépister parce qu'on ne les a pas tous. »* *« A la demande du patient aussi tout simplement qui demande à être reçu en consultation. »*

	➢ Le repérage « non programmé » : - Repérage sur des consultations spontanées à la demande du patient - Se méfier des consultations psychosomatiques ➢ Le repérage via l'environnement, un élément non négligeable : - Repérage par le commandement : o Nombreux patients adressés par le commandement o L'importance du rapport du comportement pour limiter la subjectivité - Repérage possible par l'entourage socio-professionnelle : o Conseillers de concertation o Collègues o Psychologue o Famille o Se méfier de « l'ingérence » et des « ont-dits »	*« Quand vous avez quelqu'un qui vient pour une pathologie somatique selon la tête qu'il fait c'est important de savoir et de parler d'autres choses »* *« C'est facile de duper le médecin, on leur montre ce qu'on a envie d'entendre. Donc nous on insiste auprès du commandement lorsqu'il nous signale un souci « bas faites-moi un rapport sur le comportement ou en tout cas faites nous un mail pour nous dire ce qu'il ne va pas »* *« Ils font vite de l'ingérence dans la vie personnelle des militaires les gendarmes. »*
	Un repérage et une gestion des troubles psychiques parfois difficiles : Difficultés rencontrées et axes d'amélioration : - Les troubles psychiques : une source de temps et charge de travail supplémentaire - Sensation d'existence d'un nombre important de troubles psychiques - Problématique de l'éloignement géographique - Patients suivis dans le milieu civil par les médecins traitant : o Un biais dans le repérage	*« C'est pour cela qu'une visite médicale périodique expédiée en 15 minutes ce ne serait jamais ça. A mon sens, on n'y arrivera jamais, ce n'est pas comme ça qu'il faut faire. »* *« J'ai beaucoup de patients souffrant de troubles psychiques mais je ne suis pas sûr de ce que ça regroupe. »* *« Donc on n'a pas le lien privilégié géographique avec ce groupement-là. »* *« C'est vraiment biaisé parce que tous ceux qui ont des petits troubles à minima qui prennent sur eux ou qui vont consulter dans le civil vont bien se garder de venir voir le médecin militaire pour éviter cette fameuse inaptitude au port d'arme. » « En général, les patients loin ils sont vus par des médecins civils à côté et moi je les vois que dans le cadre de*

	○ Utilité pour se positionner uniquement sur le versant « expertise » et lien avec l'employeur - Utilité d'un « référent » troubles psychiques	*l'aptitude » « On va vraiment se positionner en tant que complémentaire et pour ne pas qu'ils hésitent à venir nous voir. Nous on sera vraiment le lien avec l'employeur, donc d'autant plus si c'est dû à un problème de commandement ou par rapport aux collègues, ou si c'est secondaire à un problème au travail »* *« Il y a souvent mécaniquement et alchimiquement, en fonction de certains types d'affinités, il y a souvent un praticien par antenne qui est plus connu pour bien prendre en charge les pathologies d'un point de vue psychologique. »*
	Les principaux troubles psychiques observés : - Epidémiologie des troubles ○ Syndrome anxiodépressifs ○ Troubles réactionnels ○ Alcool ○ ESPT ○ Troubles du comportement de type « paranoïdes » ou de « complainte » ○ Peu de troubles psychotiques via le biais de la sélection - Essentiellement des troubles liés au travail ○ Secondaire à des dysfonctions de communication ou managériales ○ Caractère cyclique de ces troubles en fonction du commandement	*« Entre guillemets ce qui prédomine ce sont les dépressions quand même, il y a les fameux anxiodépressifs réactionnels. » « En numéro un, beaucoup beaucoup d'anxiété, après quelques anxiodépressifs. »* *« Il y a aussi l'alcool, enfin il n'y en a pas tant que ça mais il y en a et c'est catastrophique. »* *« Il y a beaucoup de paranoïdes. Cela va avec leur coté procédurier, je pense qu'ils font des bons gendarmes parce qu'ils sont un peu paranoïdes. » « Ils sont dans la complainte. »* *« Pour moi ce n'est pas de la vraie pathologie psychiatrique, c'est plus un mal être au travail. Quasiment tous les troubles psychiques que je vois c'est en lien avec le travail. »* *« C'est beaucoup de problèmes relationnels je trouve et organisationnels. »* *« Il y en a, pas dans toutes les unités. Après c'est cyclique en fonction du commandement qui arrive. »*

CORPUS 3 : La détermination à l'aptitude ou inaptitude au port de l'arme.

Sous-thématique	Idées abordées dans le corpus et sous-thématiques	*Verbatim associé à titre d'exemple*
L'évaluation d'une aptitude /inaptitude au port de l'arme	**Aptitude / Inaptitude : une logique commune et 2 grandes familles de situations :** ➢ **Logique commune :** - L'aptitude est posée lorsqu'il n'y a pas de critères d'inaptitude - Objectif d'évaluer la stabilité/équilibre du patient ➢ **Différencier 2 situations d'inaptitudes :** - L'inaptitude évidente « au service » plus qu'à l'arme en elle-même : ○ Eliminer un trouble psychiatrique avéré (crise suicidaire, mélancolie, trouble hétéro-agressif exprimé, schizophrénie, psychose, paranoïa, dissociation) ○ Trouble qui se présente parfois sous forme d'une urgence (crise suicidaire aigue) - Et situations à bas bruits posant la question d'une inaptitude temporaire ○ Inscription de ce type de patient dans une logique de soins>>expertise	*« Que quelqu'un soit apte ? Je vérifiais que je ne trouvais pas de problèmes d'ordre psychologiques »* *« Est ce qu'il parait adapté, stable »* *« On va éliminer vraiment les grosses pathologies »* *« Une personnalité sous-jacente psychotique et donc la question c'est plus l'aptitude après générale, l'aptitude générale au service quoi. Quelqu'un qui est psychotique je ne le vois pas trop rester gendarme »* *« J'en ai quand même récupéré plusieurs où je suis arrivé dans les minutes qui suivaient. »* *« Dans le cadre des soins on retire l'arme. »*
	Un modèle d'évaluation des troubles psychiques découpé selon chaque temps de la consultation : **1. L'arrivée et l'installation du patient** ➢ **Le ressenti / le feeling professionnel / la qualité du contact** ➢ **Le visuel** - Le paraitre dit « adapté » - Le visuel / le sourire **2. L'entretien : l'outil clé pour évaluer de façon globale le patient** ➢ **Interrogatoire des antécédents :** - Interroger sur des troubles de conduites et prise de toxiques - Antécédent de tentative de suicide ou troubles psychiatriques	*« Si vraiment il me disait tout va bien, qu'il était souriant, que ça se voyait, parce que voilà il y a le dire puis il y a le paraître aussi. Si c'était en accord avec ce que moi je ressentais. »* *« Certains ont des conduites dangereuses (...) vont avoir tendance à conduire un peu vite, vouloir se mettre en danger assez facilement ;» « on évalue aussi à l'aptitude initiale les problèmes avec les toxiques ; » « Quand même le grand truc : les antécédents de suicides » « savoir s'il y a eu des problèmes avec la justice »*

	- Antécédent avec la justice ➢ **Interrogatoire du moral et du risque auto-hétéro-agressif :** - Poser la question du risque suicidaire et du projet suicidaire - Poser très clairement la question relative au moral o Un soulagement pour le patient qui a du mal à verbaliser o Illustrer avec une « échelle du moral » ➢ **Interrogatoire sur la personnalité du gendarme et ses facteurs de risques personnels :** - Evaluer son environnement familial - Evaluer une impulsivité ou suspicion d'intempérance - Poser la question du sommeil ➢ **Interrogatoire sur son environnement professionnel :** - Son bien être dans son poste - Ses rapports hiérarchiques - Son adhésion à l'institution - Son rôle décisionnaire ➢ **Interrogatoire sur les projets du patient** - Evaluer son projet professionnel (mutation, reconversion etc.) ➢ **Situations identifiées comme à risque à rechercher spécifiquement :** o Divorce récent o Un rapport à l'arme modifiée (peur de l'utilisation, fascination etc.) o Remontrances / Humiliation o Célibataire géographique o Implication judiciaire **3. L'examen clinique** ➢ **Une évaluation de l'aptitude physique peu évidente :** - Nécessité d'éliminer une contre-indication physique évidente à l'arme (épilepsie, locomoteurs etc.)	*« Je pose clairement la question de l'idée suicidaire, du projet suicidaire, des ruminations et idées noires, sombres et sans idées de mort. » « C'est que je lui demande la météo du moral. Est-ce dans votre moral il y a des nuages ? Est-ce que c'est complètement gris ? Est-ce que vous voyez un peu de soleil ou il y a complètement le soleil ? » « D'autres, ils sont soulagés que l'on pose la question car ils ne sont plus tout seuls avec ça »* *« Vérifier qu'il y est un bon équilibre familial »* *« L'absence de risque impulsif » « Demander de façon systématique le sommeil »* *« Est-ce dans le travail ça se passe bien »* *« C'était plus un suicide professionnel, des gens qui avait une rupture avec l'institution qui me disait je pars en reconversion, j'en ai ras le bol je supporte plus » « Quel est le poste du mec ? Est-ce qu'il est décisionnaire ou pas ? »* *« J'essaye vraiment de voir s'il y a des points sensibles entre guillemets des points de faiblesse ; » « Quelqu'un qui a une fascination particulière pour l'arme » « Les divorces, les divorces récents méfiance, les histoires où ils ont été comment dire brimés, où leur fierté a été mise en jeu, quand on leur fait des remontrances en public devant plein de monde il faut se méfier ».* *« Parfois la difficulté pour moi c'est sur le plan aptitude physique, c'est à dire que comme je ne sais, enfin moi je n'ai pas l'arme en permanence, je n'ai pas de port d'armes, je ne*

	- Evaluation de la capacité à « utiliser l'arme » finalement peu évidente o Rôle du commandement dans l'évaluation de la capacité d'usage de l'arme o Vérifier une vivacité / présence de réflexes o Vérifier l'absence de TOC ➢ **Evaluer des signes psychosomatiques d'une pathologie psychique sous-jacente** (perte de poids / signes de fatigue chronique / signes clinique d'alcoolisme chronique) **4. Réussir à établir une classe diagnostique :** - Différencier le trouble réactionnel et l'état pathologique définitif ou durable - Différencier le trouble psychique en lien ou sans lien avec le travail **5. Evaluer la sévérité du trouble :** - Evaluer si rupture d'équilibre ou non - Possibilité d'utiliser des critères objectifs à disposition (CDT, échelles de dépression MADRS ou PCLS) **6. Prise de décision :** - Au cas par cas selon des critères subjectifs - Unique objectif décisionnaire : l'intérêt du patient. - Décision la plus juste pour : l'institution, le personnel et le service médical. - Importance de notifier cette décision (et ses facteurs contributifs) dans le dossier médical pour un partage des données intra-personnels médicaux	*sais pas exactement au niveau physique ce que requiert l'aptitude au port d'arme. »* *« Il n'est pas apte à s'en servir, il n'a pas ses réflexes »* *« C'est quand même au commandement de nous dire bas s'il est bizarre dès qu'il y a une arme où il est stressé où il a un discours un peu particulier avec les armes. »* *« Ce qui peut alerter c'est la perte de poids, le fait qu'il soit fatigué, des choses comme ça »* *« Il m'est arrivé quelque fois de mettre les gens aptes au port d'arme parce que (...) je sais qu'ils n'étaient pas bien en ce moment mais je savais que c'était lié à un évènement. » « Si c'est un problème familial je pense que c'est bien de pouvoir garder le lien avec le travail, si en revanche c'est quelque chose de conflictuel au travail des fois ça fait du bien de les sortir un peu du milieu. »* *« Et bien la sévérité du trouble parce que ça dépend quel est le trouble d'ailleurs pour lequel on lui enlève. » « Un stress dépassé, stress aigu, là je ne me pose même pas la question, on commence par enlever l'arme. »* *« C'est vraiment très individuel, ce sont des décisions que tu prends à chaque fois » « A partir du moment où je pense, en mon âme et conscience, mais là ce n'est pas très scientifique » « J'essaye d'évaluer au mieux l'intérêt du patient. » « Qu'il faut être au mieux juste pour tout le monde : pour l'institution, pour le personnel et puis pour nous médecin car c'est notre responsabilité. » « Mettre un petit baratin dans le dossier de telle façon que si ce n'est pas moi qui le voit que mon collègue sache de quoi il en retourne. » « Quand il avait reconsulté le médecin chef qui m'a remplacé, il ne lui avait pas confié ce qu'il m'avait confié, il n'a pas accroché avec donc il ne lui a rien raconté et l'autre lui a remis le port d'arme et au final il s'est fait sauter le caisson. »*

	7. En cas de doute : ➢ **Se donner du temps pour une prise de décision finale** - Importance du suivi et d'une 2eme évaluation - L'arrêt de travail, bonne alternative à l'inaptitude - Rester disponible et ouvrir ses portes ➢ **Décision au cœur du principe de précaution et prise de risques** - Tendance à une prise de risque minimale pour les jeunes médecins - Attention aux conséquences néfastes d'agir par excès - Nécessité d'accepter la part d'imprévisibilité et ses risques pour une décision juste ➢ **Utilité de se concerter avec d'autres professionnels** - Commandement - Psychologue - Psychiatre - Collègues du gendarme et conseillers de concertation - Assistance sociale - Collègue médecin - Conforte le diagnostic mais seul le médecin est responsable de sa décision **8. Faire accepter la prise en charge par le patient et l'impliquer comme acteur de soins** - Toujours expliquer les raisons de l'inaptitude o Parfois un soulagement pour le patient o Difficultés si le patient est dans le déni - Faire « adhérer » le patient aux soins - Importance d'entretenir la relation de confiance via : o Une bonne connaissance de son patient o Le dialogue o Visite des brigades o Utilité d'un praticien gendarmerie ou identifié « troubles psychiques »	*« Les patients pour qui j'avais le doute je les faisais souvent revenir, je faisais une deuxième consultation. » « Des fois je les mettais en congés maladie »* *« Tu gardes toujours les portes ouvertes »* *« Au début quand j'ai commencé, je ne me rendais pas compte de l'importance de cette inaptitude. (…) j'ai eu tendance à la mettre peut-être un peu trop facilement » « Les gens sont des grands garçons et des grandes filles et que s'ils ont envie de se suicider ce n'est pas moi qui vais les empêcher avec un bout de papier »* *« C'est une discussion, ce n'est pas une certitude. »* *« J'utilise les autres acteurs c'est à dire l'assistante sociale, la psychologue et les conseillers de concertation et on met en commun nos points de vue pour essayer d'avoir la meilleure évaluation possible du patient. » « Ça ne permettait pas forcément de partager la responsabilité, parce que le port d'arme c'est le médecin et le commandement quoi qu'il en soit mais c'est quand même le médecin qui met l'aptitude ou pas, mais d'être conforté dans son diagnostic »* *« C'est que je leur explique à chaque fois »* *« Quand je vois que le patient est vraiment dans une démarche (…), on voit que le patient a passé la phase de déni et est dans la phase active de sa prise en charge. »* *« En général c'est assez simple c'est une relation de confiance entre le patient et toi, tu discutes avec le patient. » « Je pense qu'il faut analyser la situation et quand on connait bien les gens c'est encore mieux. »*

	Difficultés communes souvent rencontrées : ➢ **L'alcool :** - Problématique du repérage o Par déni du patient o Cachée par l'environnement professionnel - Difficultés pour juger de la sévérité de la consommation : o Utilité des CDT pour caractériser caractère aigu ou chronique o Mais frilosité des médecins dans le dépistage - Une difficulté de prise en charge o Absence de formation o Concomitant à des personnalités complexes o Concomitant à d'autres pathologies psychiques (syndromes dépressifs / PTSD) ➢ **Patient mutique ou dans le déni :** ➢ **Problématique du suicide impulsif** ➢ **Problématique de la prise de traitement psychotrope :** - Difficulté de repérage o Thérapeutique instaurée dans le civil - Importance du suivi pour évaluer la tolérance : o Préférer l'inaptitude lors de l'initiation du traitement o Evaluer les effets secondaires (baisse de la vigilance) incompatibles avec le service de nuit et la conduite o Indissociable d'une prise en charge psychologique associée - Sensation de manque de formation des médecins	*« L'alcool c'est compliqué aussi, l'alcool c'est aussi une cause d'inaptitude au port d'arme » « La maladie alcoolique elle existe, elle est souvent cachée, cachée par le commandement. »* *« Je lui ai quand même demandé les CDT (…)qui étaient négatifs donc voilà je me suis dit ce n'est pas un alcoolique chronique »* *« La problématique c'est que le dépistage tout ça on est frileux quand même » « Les consultations les plus compliqués, et on n'est pas formé. » « C'est très compliqué parce qu'on a des personnalités complexes »* *« Quelqu'un de très mutique et bien il faudra se méfier ; »* *« C'était vraiment le suicide impulsif du jeune »* *« Les gens sous traitement c'est très compliqué » « Surtout qu'ils ne sont souvent pas prescrits par les médecins militaires, (…) on n'a pas forcément la main dessus. » « Un patient sous anti-dépresseurs peut avoir une aptitude au port d'arme si c'est un traitement qu'il a depuis longtemps, qu'il tolère bien, qu'on n'est pas dans la phase d'initiation » « C'est sûr qu'un anxiolytique qui fait une baisse de la vigilance ça doit faire réfléchir sur le port d'arme, faire réfléchir sur les autres aptitudes notamment le véhicule » « S'il y a un traitement c'est juste pour masquer les symptômes et la psychothérapie va permettre de guérir. »*

Freins possibles à la prise de décision d'une inaptitude	**Freins impliquant l'institution de la gendarmerie :** - En principe, le commandement ne doit jamais être un frein - Mais peur du médecin d'un impact sur l'ensemble de la brigade / peur de l'effet domino - Gestion des inaptes délicate : peu de postes **Freins dépendant du patient :** - L'effet protecteur de l'arme sur le patient face à la stigmatisation - L'importance du maintien au travail o Notion de « double sanction » - Un secret médical compromis en cas de retrait de l'arme **Freins dépendant du médecin :** - Prendre le risque de casser la relation de soin - Appréhension d'une réaction agressive alors que le personnel est armé en consultation	*« Si le commandement me mettra la pression et bien tanpis. »* *« L'ambiance de la brigade aussi parce que des fois il y a l'effet domino. Parfois il y a eu des brigades où il y a eu un suicide et puis 2 etc. »* *« Pas de port d'arme, pas de planton. L'activité sans arme elle est hyper réduite en brigade. »* *« Si je lui enlève l'arme il ne va plus pouvoir sortir et il va être discrédité par apport à ses camarades, et ça peut aggraver la situation et que lui se sente aussi en porte à faux. » « Quelque part trouver une technique qui ne soit pas trop pénalisante et trop stigmatisante. Si je lui interdis le port de l'arme et qu'il va se pendre derrière en se disant qu'il n'est plus un gendarme (...) est-ce que vraiment j'aurais été clairvoyant ? » « Pour eux, on trahit un peu le secret médical quand c'est comme ça parce que visuellement on voit qu'il y a un problème et donc ce n'est pas évident. »* *« Et puis, ne pas casser cette relation de confiance qui va être quand même utile après pour faire accepter le soin au patient. » « Après le mettre inapte, c'est un peu l'inconvénient, parce que si on voit quelqu'un en consultation qui est venu avec son arme et qu'on le met inapte au port d'arme, qu'est-ce qu'il se passe entre le moment où il est dans notre bureau et qu'il faut qu'y rentre à la brigade rendre son arme »*
La réévaluation après une exemption de port d'arme	**Ré-évaluer les troubles psychiques et leurs prises en charge :** ➢ **Une réévaluation globale :** - Une méthode de réévaluation selon le même principe que la consultation d'évaluation des troubles psychiques - Juger de la « stabilité » du patient et de la situation - Prendre en compte les doléances du patient et ses projets ➢ **Le suivi de la pathologie et de la tolérance du traitement :** - L'importance du suivi et d'avoir des consultations de recul avant de remettre l'arme - Evaluer le traitement (traitement et psychologue) et sa tolérance	*« Je redonne l'arme selon son état clinique, son évaluation clinique. » « Ce qui est clair c'est d'évaluer le traitement, s'il est pris pas pris et est ce qu'il est toujours en cours, le suivi psychologique ou psychiatrique, l'adhésion ou pas, s'il est toujours en cours ou interrompu, les doléances et le ressenti du patient, vous devez juger tout. Pareil on reprend un peu l'idée de l'élan vital et de la projection »* *« Celui qui est suivi par quelqu'un a-t-il plus de chances de passer à l'acte que celui qui n'est pas suivi ? Pour moi je pense*

	➢ **Favoriser une reprise progressive :** - Privilégier les emplois sédentaires, sans port d'arme et sans service externe dans un premier temps après une inaptitude	*que non justement, il met en place des facteurs de protection, il met en place des bouées de sauvetage. »* *« Il a réintégré de manière progressive par palier. » « Au moment de reprendre le travail ils vont reprendre mais voilà ils vont reprendre en douceur sans le port d'arme. »*
	L'avis psychiatrique : pas toujours systématique ? ➢ Avis psychiatrique préconisé selon : - Les conditions du retrait de l'arme : o L'arrêt prolongé o Si le médecin souhaitant remettre l'arme n'est pas celui qui l'a retiré o Une pathologie prise en charge par le médecin généraliste civil - La pathologie motivant le retrait de l'arme : o Divergence entre le patient/médecin ou commandement/médecin o La prise de traitements psychotropes o Lors d'une pathologie psychiatrique avérée motivant une inaptitude définitive o Les troubles liés à l'alcool - Systématique dès qu'il y existe un retrait de l'arme ➢ Avis psychiatrique non systématique dans la reprise du port d'arme notamment lorsque : - Lors d'une pathologie réactionnelle - Si le médecin d'unité est le médecin traitant de la pathologie	*« Quand c'est une exemption longue, je l'envoie au Service de Santé des Armées, à nos cousins psychiatres parce que je considère que lorsque c'est plus d'un ou deux mois ce n'est pas que du temporaire ou alors du temporaire sous-jacent d'une pathologie tout de même » « Ici on n'est pas leurs médecins traitants, on est juste le médecin qui est là pour donner des aptitudes, le médecin expert. Je pense que dans ce cadre-là c'est difficile de poser les aptitudes et de suivre le patient et d'autoriser la reprise au port d'arme. »* *« L'avis du psychiatre je l'introduis quand il y a soit une divergence entre moi et le patient ou une divergence entre le patient et le commandement, en gros que pas tout le monde est d'accord. »* *« Le réarmement sera suite à une consultation psychiatrique qui nous assure que tout va bien. La consultation est quasi-systématique. »* *« Alors quelqu'un à qui j'ai retiré l'arme je pourrais lui remettre mais quelqu'un qui a eu le retrait du port d'arme par le psychiatre je préfère le réadresser au psychiatre pour qu'il le ré-évalue » « Une dépression réactionnelle avec des facteurs bienveillants ou des facteurs socles à côté ou un patient qui sollicite un soin, qui adhère aux soins, qui prends un traitement anti-dépresseur après un arrêt de travail, s'il va beaucoup mieux il peut reprendre avec une arme. » « Si ce n'est pas un patient que j'ai suivi, je ne remettrais pas l'aptitude au port d'arme sur une seule consultation »*

CORPUS 4 : Les relations interprofessionnelles autour de cette aptitude.

Sous-thématique	Idées abordées dans le corpus et sous-thématiques	*Verbatim associé à titre d'exemple*

Une relation complexe avec le monde civil	**Le service médical civil : outil essentiel à développer pour la prise en charge du patient**
	- Outil essentiel pour le soin >> expertise
	- Importance de développer son réseau de soins civil dans les zones géographiquement isolées
	- Utile pour le médecin militaire qui chercherait à garder que sa casquette d'expert
	
	Les différents intervenants rencontrés dans le monde civil :
	- Les psychiatres civils
	  o Une aide décisionnaire dans l'expertise
	- Psychologues civils
	- Le médecin traitant :
	  o Un rôle limité lorsque la pathologie est en lien avec le travail
	- CSAPA
	- CMP
		« Ce n'est pas sa décision car pour moi il ne serait plus dans son rôle de soignant. »
		« Tous les autres types de structures qui peuvent donner du lien pour les gens qui, souvent quand ils vont pas bien, se retrouvent un peu isolés d'un point de vue social et ce qui est un mauvais facteur de pronostic en faite. »
		« Pour moi du coup il faut différencier les deux parcours de façon aussi à ce que le patient puisse se sentir bien dans chacun. »
		
		« Je ne leur demanderais pas "ce que vous pensez de l'aptitude du port d'arme de tel patient ?" mais vous qui suivez ce patient, comment le sentez-vous ? Je garderais moi ma décision mais je ne m'interdirais pas de m'appuyer sur eux voilà. »
		« Les spécialités civiles sur lesquelles je m'appuie sont les psychiatres et les psychologues. »
		« Bien souvent on devient soignant-traitant dans le cadre du travail. »
		« On peut se faire aider par des structures civiles par exemple pour le sevrage »

	Les difficultés rencontrées avec le monde médical civil ➢ **Une mise en relation complexe** - Accord du patient obligatoire pour mise en relation avec le monde civil - Un retour et un dialogue parfois difficile avec le monde médical civil - Problématique des honoraires libres ➢ **Une méconnaissance sur l'armée ainsi que le rôle du SSA** - Existence d'une méconnaissance sur la problématique du port d'arme pour un gendarme	*« Je les appelle avec l'accord du patient. Sans accord du patient on ne peut rien faire. » « Je trouve ça assez difficile de dialoguer avec les psychologues ou psychiatres, ce n'est pas toujours évident, pour avoir un compte rendu écrit, c'est très compliqué. » « Les médecins civils jouent le jeu du secret médical et en faite on n'a pas forcément des informations de confrère à confrère quoi. C'est compliqué. » « L'autre chose que vous signale les patients c'est que souvent ce sont des gens qui travaillent hors secteur, en honoraires libres. »* *« Plus souvent ils ne sont pas forcément interpellés par la question de l'arme. » « Psychiatres civils je me méfie un peu plus parce que des fois ils répondaient n'importe quoi, ils n'avaient pas compris que le mec avait un*

	- Existence d'une méconnaissance civile sur le métier de médecin militaire	*pétard à côté. » « Pour certains médecins civils (...) ils se méfient des médecins militaires. Je ne sais même pas si certains savent que l'on existe. »*

Relations avec nos collègues psychiatres militaires	**Médecin/Psychiatre militaire : une relation essentielle notamment pour l'expertise**
	- L'expertise : l'attente 1ère des médecins d'unité
	  o Confortable pour se « couvrir »
	  o Permet au médecin d'unité de rebasculer dans un lien de soin avec le patient
	- Importance des relations interprofessionnelles médico-militaires et de se « connaitre »
	- Un langage et culture militaire commune, utiles pour la prise en charge du patient
		« J'ai besoin qu'il se prononce sur les aptitudes, c'est pour moi leur rôle premier. » « La double couverture c'est plus confortable après c'est bien d'avoir un autre avis parce qu'ils ne comprennent pas forcément de la même manière et l'œil aguerri du psychiatre a forcément plus d'acuité que le mien. » « Là on s'en remet au spécialiste et c'est très confortable parce que du coup je peux rebasculer dans un rôle de soignant. »
		« On connait les gens là-bas donc le contact se fait très bien. »
		« Le psychiatre militaire me comprends, je retrouve des camarades qui me comprennent, par le biais du langage commun »

	Difficultés rencontrées et axes d'amélioration
	➢ **Intrinsèques aux psychiatres :**
	- Une double casquette de soin et d'expertise présente parfois difficile à gérer
	  o Une double casquette parfois non assumée
	  o Souhait de dédoubler les spécialistes entre soin et expertise
	- Une connaissance perfectible de la gendarmerie et du SYGICOP malgré une formation des psychiatres
	
	- Un échange parfois difficile :
	  o Une écoute perfectible
	  o Un retour non systématique ou incomplet
	  o L'absence de diagnostic posé
		« Bien souvent on attend un rôle de soin et d'expertise, les deux, et bien souvent le retour c'est uniquement l'expertise et pour le soin ils bottent en touche sur le milieu civil. » « Après au niveau spécialiste il ne faut pas que ce soit le même médecin qui prenne les deux choses, il y en a un il est dans l'aptitude et l'autre il est dans les soins, voilà je pense qu'il faut dédoubler pour le spécialiste, parce qu'après qu'on en est trop dans l'empathie, on n'a pas assez de recul. » « Il a été vu par un psychiatre militaire qui le mets P2 apte. Mais P2 ce n'est pas apte c'est inapte. »
		« Alors la difficulté qu'on a c'est de bien faire prendre conscience du métier de gendarme aux psychiatres, de la réalité du terrain, alors quand ils ont l'habitude ça ne pose pas de problème mais il y a des fois sur l'aptitude où ils ne se rendent pas vraiment compte des incohérences qu'il peut y avoir. »
		« Il faut que les psychiatres ils entendent ce que disent le commandement, parce que nous on est le lien, les médecins d'unités c'est nous le lien entre le personnel, le commandement et le spécialiste. (...) on ne peut pas écouter que le patient. Et je pense qu'il y a un problème à ce niveau, parce que nous on est réceptacles des deux. » « On a la même problématique avec les psychiatres civils je trouve, pour avoir un compte rendu et un avis clair et précis c'est assez compliqué. Ils sont assez réservés sur leur diagnostic sur la prise en charge. » « On a pas de diagnostic précis. »

	➢ **Extrinsèques aux psychiatres :** - Problème de disponibilité - Souci de l'éloignement géographique - Une demande de renfort via des psychologues réservistes	*« L'embouteillage des consultations est compliqué aussi. C'est à dire que les rendez-vous ils sont loin. » « On est à 200 bornes de l'hôpital militaire le plus proche et à 3 kilomètres de l'hôpital civil le plus proche, donc dans l'urgence par contre quand ce sont des crises, ce sont des HDT ici. »*
Relations avec le commandement	**Le commandement : un allié à différents niveaux :** - Le commandement : o Un allié précieux pour la prise de décision o Ne pas hésiter à s'adresser en haut de l'échelle si les échelons intermédiaires ne sont pas aidant ▪ Facilité avec l'expérience et le grade o Un dépistage des patients à risque et un réflexe bien appliqué du retrait d'arme, voir en excès - Les RH essentielles pour la réinsertion du gendarme dans un poste adapté - Les conseillers de concertations **« Allié » à condition de créer un lien de confiance interprofessionnels et de l'entretenir :** - Dépendant de l'individu aux commandes - Importance de la rencontre o MAPSI o Se rendre disponible et accessible **Freins à ce lien de confiance et axes d'amélioration proposés :** - Le souci du secret médical : o Donner des informations, parler en termes d'aptitude mais sans parler de diagnostic o L'accord du patient	*« Il faut développer le contact avec le commandement. »* *« Mais si le chef direct est pas bienveillant c'est le chef du chef qui prends le relais » « Alors ça, ce n'est pas évident, la plupart du temps, c'est plus facile avec mon grade actuel, maintenant j'appelle directement le chef qui est au-dessus. »* *« Globalement, oui ils savent vous adresser quand il y a quelqu'un qui ne va pas bien, même à l'excès. »* *« On travaille beaucoup avec les ressources humaines parce que les gens qui sont dans un mal-être au travail parfois c'est juste à tel endroit. On les extrait du milieu toxique pour eux et ailleurs ça va. »* *« Pareil avec les conseils de concertation, l'équivalent des représentants de catégorie, ceux-là je ne peux pas les croiser sans aborder les trois quatre dossiers qui font l'actualité du moment, on fait un petit point déjà comme ça. »* *« Sincèrement avec le commandement c'est chef dépendant. »* *« Voilà en plus je le connaissais très bien, c'est un mec comme ça, c'est vraiment pour moi un ami. Je vais facilement le voir et lui écoute. » « On a des bonnes relations ici ne serait-ce que par les MAPSI. » « Et puis il faut être présent, il faut montrer qu'on est présent et qu'on en fait partie. »* *« Ils savent très bien qu'on a le secret médical mais si on se cache trop derrière ça, le relationnel n'est pas bon donc il faut être quand même capable de délivrer certains messages sans pour autant divulguer l'état de santé du personnel. » « Je demande aux patients 'est ce que vous êtes d'accord si j'en parle avec votre commandement ?'. » « On est que là pour dire attention il y a tel qui ne communique pas bien avec ces subordonnés et on fait du boulot ressources humaines en faite. (...) Ça c'est vraiment ce*

	- Existence d'un manque de communication hiérarchique en gendarmerie, source parfois des troubles psychiques o Utilité d'obtenir un droit de regard sur les formations managériales et de prévention ? - Une responsabilité parfois non équitablement assumée avec le commandement - Une pression du commandement - Difficulté pour se rencontrer lorsque l'antenne médicale est éloignée des personnels et du commandement **Les psychologues gendarmerie : essentielles mais existence de limites :** - Un outil essentiel pour le soin - Importance de l'échange - Hors SSA entre o Avantages : connaissance du milieu, absence de rapports hiérarchiques avec le SSA o Contraintes : craintes d'interactions - Souci de disponibilité	*que j'attends de leurs parts, c'est que les chefs soient formés sur le management et sur la communication car il y aura beaucoup de boulot là-dessus. » « ils ont tendance facilement à se décharger sur le milieu médical en disant : nous on ne sait plus faire, c'est à vous de gérer, c'est à vous de décider et c'est vous un peu le seul responsable. » « Il y avait certains commandements qui se faisaient le relais de leur commandant de brigade qui nous mettaient un peu la pression en nous disant "oui les mecs qu'est-ce qu'on en fait ? On le garde, on ne le garde pas ? Moi je dois savoir." » « Il faut maintenir le lien avec le commandement, alors c'est plus difficile en gendarmerie qu'avec un commandement de l'armée de terre parce que c'est plus dispersé. »* *« La psychologue de la région aussi, on ne l'a pas encore abordé mais elle, elle a un rôle, peut-être pas central mais majeur quand même. »* *« La psychologue gendarmerie, nous ne sommes pas dans une proximité géographique mais proximité relationnelle oui. »* *« Alors ce qui est quand même pas mal en gendarmerie, c'est les psychologues (...) qui sont au courant de chaque situation, des situations un peu tendues que ce soit sur le plan social ou familial. »* *« Après c'est un peu le problème c'est que parfois on se demande si elle sert le commandement ou si elle sert le patient. C'est le souci parce que du coup les patients aussi parfois sont méfiants envers elle, du coup je ne leur impose pas forcément la psychologue gendarmerie. »* *« Le seul point noir que je vois, c'est qu'il n'y en a pas assez. Elle est débordée, elle s'occupe de plusieurs départements et en faite il en faudrait une par groupement. »*

CORPUS 5 : Approfondissement sur l'aptitude au port de l'arme et axes d'amélioration proposés.

Sous-thématique	*Idées abordées dans le corpus et sous-thématiques*	*Verbatim associé*
Prendre en compte la situation potentiellement difficile pour le jeune médecin mais réussir à dédramatiser la situation.	**Une problématique difficile notamment lors d'un manque d'expérience :** - Une problématique plus compliquée pour un jeune médecin capitaine : o Nécessité d'améliorer la formation - Le pouvoir des galons et de l'expérience pour la communication avec le patient et le commandement - Nécessite d'avoir du temps médical et des effectifs médicaux adaptés, d'autant plus dans les postes isolés **Nécessité de dédramatiser la situation :** - Accepter la part d'imprévisible - Nombreux troubles anxiodépressifs pour très peu d'inaptitude et d'événements graves	*« C'est une lourde responsabilité de faire porter à un jeune médecin qui a aucune expérience »* *« C'est une problématique qui est très très mal prise en compte au niveau de la formation des médecins d'unités. »* *« Ça permet d'avoir plus d'assurance face à un commandement. Il va moins se laisser influencer, il sera plus assuré par rapport au dialogue avec le commandement. »* *« Et si en plus le médecin est tout seul et qu'il est débordé, il fera une VMP en un quart d'heure, il y a encore moins de chances qu'il soit dépisté. »* *« Mais on ne sauvera pas tout le monde, moi je ne sauverais pas tout le monde » « Ce sont les aléas du métier. » « Après, finalement moi mon impression générale sur l'arme en gendarmerie c'est que dans les faits réels il y a peu d'indications à enlever un port d'arme. Globalement ça m'est arrivé très rarement d'enlever l'arme à un gendarme »*
Une décision plurifactorielle devant intégrer le fait que la gendarmerie est une entité particulière de l'armée avec des personnels aux contraintes et	**Intégrer que la gendarmerie est une entité différente des autres armes :** - Une logique de groupe - Entité différente de l'armée de terre o Profils des gendarmes particuliers par leur profil psychologique, âge, niveau d'études, cadre d'emploi o Rapport différent à l'arme pour les gendarmes	*« Ce n'est pas simple hein. On vit sur la logique du groupe. » « Les exemptions ça va bien en brigade ou en groupement départemental mais temporairement. A partir du moment où ça dure (...) vous récupérez tout le groupe contre le gendarme »* *« Non ce n'est pas pareil, ce n'est pas les mêmes gens, ce n'est pas le même profil psychologique, ce n'est pas le même âge, pas le même niveau d'études, pas du tout le même cadre d'emploi. » « L'arme c'est quelque chose on fait vraiment très attention dans l'armée de terre quant à la gendarmerie il faut l'aborder différemment, il faut intégrer que l'arme c'est le prolongement du corps du gendarme. »*
caractères qui leurs sont propres.	**Nécessite une adaptation et prise en compte différente de la part du médecin :** - Prendre le patient dans sa globalité - Gestion de la double casquette : expertise sans oublier la priorité : le soin et la protection de l'intéressé - Avoir une certaine souplesse et patience pour le caractère spécifique du gendarme - Être juste pour le personnel / l'institution et le SSA	*« Ça fait partie de la globalité du patient. Un patient ce n'est pas seulement un trouble psychique + arme = zéro »* *« Mais je pense que nous on est médecin et il faut qu'on reste médecin. »* *« Ils sont très procéduriers aussi. Mais oui le gendarme a un profil particulier, il y a un profil, et du coup, de ce profil particulier on en revient à un rapport très particulier avec le Service de Santé des Armées, ils ont peur de nous. »* *« Ils sont attachiants, ils sont à la fois attachants mais très chiants et ils sont toujours à vérifier le truc »*
Améliorer le lien avec le commandement et la communication pour une meilleure prise en compte managériale.	**Une responsabilité partagée :** - Avec le détendeur de l'arme - Et avec le commandement (recrutement, formation et au quotidien) **Axes d'amélioration proposés :** - Nécessité de renforcer la qualité de communication du management avec le médecin et avec ses hommes - Améliorer la gestion des emplois des inaptes et faire préciser l'aptitude au service externe - Prudence dans le recrutement notamment GAV et réservistes	*« Ce n'est pas des jouets, donc on considère qu'ils sont responsables quand on leur donne. » « C'est plus le commandement en fait qui est le mieux placé pour savoir s'il est apte ou pas à porter une arme, ce sont leurs comportements au quotidien qui dit si quelqu'un est apte à porter une arme. »* *« C'est vraiment ce que j'attends de leur part c'est que les chefs soient formés sur le management et sur la communication car il y aura beaucoup de boulot là-dessus. »* *« La plus grosse problématique c'est l'aptitude au service externe (...) ; le commandement pourrait peut-être un peu préciser les choses parce que c'est vrai que quelqu'un peut très bien être inapte au port d'arme et pouvant faire des liaisons en prenant un véhicule de service » « Mais oups, le gendarme qui est inapte port d'arme, qu'est-ce qu'on en fait les gars ? Il y a une gestion après difficile. »*

Annexe 4 : TABLEAU RESUME INTERPRETATIF DE L'ANALYSE CHD

1 (23%) : Métier du gendarme et son environnement.	**1.2 (13.7%) : Importance de l'environnement socio-professionnel du gendarme et imbrication des sphères privée et professionnelle.**				**Classe 2 5.9 %**	**Environnement personnel du gendarme.**
					Classe 3 7.8 %	**Environnement professionnel du gendarme.**
	1.1 (9.3%) : Evolution incertaine du métier de gendarme.				**Classe 1 9.3%**	**Evolution incertaine du métier de gendarme dans le temps.**
2 (77%) : Les risques du métier de gendarme et ses conséquences.	**2.2 (67 %) : Les différents éléments de réponse face à ce risque.**	**2.2.1 (26.1 %) : Un questionnement face à ce risque.**		**2.2.1.1 (20.8 %) Les facteurs explicatifs de ce questionnement.**	**Classe 6 11.9 %**	**Des enjeux directement liés au travail du gendarme.**
					Classe 9 8.9 %	**Un questionnement à différents acteurs et différents temps.**
				2.2.1.2 (5.3 %) Importance du questionnement face aux risques	**Classe 11 5.3 %**	**Importance et difficulté du questionnement face aux risques du**
		2.2.2 (40.9%) : La réponse du médecin face à ce risque.	**2.2.2.1 (25.7 %) La démarche du médecin militaire de l'évaluation à la décision.**	**(5.1 %) L'évaluation**	**Classe 10 5.1%**	**Une démarche d'évaluation dynamique.**
				(20.6%) L'ensemble des conséquences liées à la prise de décision	**Classe 7 8.7 %**	**Différentes prises de décision possibles et ses conséquences pour le**
					Classe 8 11.9%	**Ensemble des actions liées à la prise de décision**
			2.2.2.2 (15.2 %) Principe de prise en charge face à ce risque.		**Classe 4 10.5 %**	**Différents outils de prise en charge thérapeutique.**
					Classe 5 4.7 %	**La réévaluation.**
	2.1 (10.2 %) : Les risques du métier.				**Classe 12 10.2 %**	**Facteurs augmentant le risque suicidaire.**

XII. Glossaire

- VMP Visite médicale Périodique
- RATP Régie Autonome des Transports Parisiens
- SNCF Société Nationale des Chemins de fer Français
- GIGN Groupe d'Intervention de la Gendarmerie Nationale
- SSA Service de Santé des Armées
- GAV Gendarme Adjoint Volontaire
- SOG Sous-officier de Gendarmerie
- QCM Questions à Choix Multiples
- JDC Journée Défense et Citoyenneté
- BAC Baccalauréat
- GRS Groupement Recrutement Sélection
- APJA Agent de Police Judicaire Adjoint
- EP Emploi Particulier
- CIAPT Certificat Initial d'Aptitude à la Pratique du Tir
- PMG Préparation Militaire Gendarmerie
- CMA Centre Médicaux des Armées
- AM Antenne Médicale
- EPMS Entraînement Physique Militaire et Sportif
- QBM Questionnaire Médico-Biographiques
- DCSSA Direction Centrale du Service de Santé des Armées
- PAL Passage A l'Acte
- CREOGN Centre de Recherche de l'Ecole des Officiers de la Gendarmerie Nationale
- ADN Acide Désoxyribonucléique
- HAS Haute Autorité de Santé
- RPS Risques Psycho-Sociaux
- HCECM Haut Comité d'Evaluation de la Condition Militaire
- DSM Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders
- OMS Organisation Mondiale de la Santé
- MBI Maslach Burn Out Inventory
- DETA Diminuer, Entourage, Trop, Alcool
- CDT Carbohydrate Deficient Transferrin
- ESPT Etat de Stress Post-Traumatique
- OPEX Opérations Extérieurs
- PCLS Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale
- HIA Hôpital d'Instruction des Armées
- MC Médecin Chef
- CESPA Centre Epidémiologique et de Santé Publique des Armées
- IHA Interne des Hôpitaux des Armées
- DMF Direction de la Médecine des Forces
- DFRI Direction de la Formation de la Recherche et de l'Innovation
- DUMG Département Universitaire de Médecine Générale
- SE Sud Est
- SO Sud-Ouest
- NO Nord-Ouest
- NE Nord Est
- CLDM Congé Longue Durée pour Maladie
- TOC Trouble Obsessionnel Compulsif
- MADRS Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale
- CSAPA Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CMP Centres Médico-Psychologique
- CHD Classification Hiérarchique Descendante
- AFC Analyse Factorielle des Correspondances
- CSTAGN Corps de soutien technique et administratif de la gendarmerie nationale

XIII. Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

Service de santé des armées

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

RÉSUMÉ

Etude des pratiques sur la détermination de l'aptitude au port de l'arme en gendarmerie

Introduction : Depuis les attentats de 2015, le militaire de la Gendarmerie peut avoir un accès direct à son arme de dotation, en tout temps et tout lieu. Si l'institution a la responsabilité des hommes qu'elle arme, le médecin du service de santé des armées doit s'assurer que l'état de santé des personnels sélectionnés soit compatible, sur un plan physique comme psychique, eu égard aux importants facteurs de stress inhérents à leur métier. Evaluer l'absence de contre-indication au port de l'arme implique la question sous-jacente de l'appréciation du risque de conduites auto ou hétéro-agressives. En effet, la disponibilité de l'arme est un facteur de dangerosité significatif, en étant le premier moyen de létalité en Gendarmerie. Or, il n'y existe pas de texte réglementaire établissant des critères objectifs d'évaluation de l'aptitude au port de l'arme hormis ceux plus généraux exigeant une cotation restrictive du sigle P, signant une aptitude psychologique pleine et entière. Lors de troubles psychiques évoluant à bas bruit, le médecin doit donc se prononcer sur le « risque acceptable » d'un maintien de l'arme, en utilisant des éléments conscients et inconscients durant son examen clinique, éléments que nous chercherons à mettre en lumière.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude des pratiques des médecins des forces expérimentés et acculturés au milieu de la gendarmerie comme à l'évaluation de l'aptitude au port de l'arme. La méthodologie qualitative de l'étude s'est appuyée sur des entretiens semi-dirigés analysés selon une double lecture : une analyse de contenu suivie d'une analyse lexicale via le logiciel Iramuteq.

Résultats : L'évaluation de l'aptitude au port d'arme engage autant les fonctions de soins et d'expertise du médecin militaire. On retrouve un modèle d'évaluation en 9 temps, commun aux médecins, allant de la qualité du premier contact jusqu'à la dynamique d'une réévaluation clinique. Les freins à la décision d'inaptitude sont liés principalement à la résistance du patient (perte de son emploi, stigmatisation), à la logique du groupe et à celle de la relation médecin/malade.

Discussion : Le respect strict de la cotation P=1 ne semble pas adapté à la réalité du terrain, interrogeant l'opportunité d'une évolution des textes réglementaires. Des axes d'amélioration pour le service de santé sont mis en évidence, tels que l'intérêt d'une formation spécifique à cette aptitude.

Conclusion : L'existence d'un arbre décisionnel dans l'évaluation de l'aptitude au port de l'arme est à pondérer, selon la singularité du patient et celle de sa situation, impliquant une subjectivité de la prise de décision, laquelle en fait à la fois la limite et la richesse.

Mots-clés : aptitude ; arme ; gendarmerie ; psychique.