

Déterminants de l'inaptitude pour motifs psychologiques et psychiatriques des marins issus de l'École des mousses entre 2009 et 2019

Guillaume Jaillet

▶ **To cite this version:**

Guillaume Jaillet. Déterminants de l'inaptitude pour motifs psychologiques et psychiatriques des marins issus de l'École des mousses entre 2009 et 2019. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03325620

HAL Id: dumas-03325620

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03325620

Submitted on 25 Aug 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Université de Bretagne Occidentale

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

THÈSE DE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Année : 2021

Thèse présentée par :

Monsieur JAILLET Guillaume

Né le 17 septembre 1993 à Kourou (973)

Thèse soutenue publiquement le 15 juillet 2021

Titre de la thèse :

DÉTERMINANTS DE L'INAPTITUDE POUR MOTIFS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES DES MARINS ISSUS DE L'ÉCOLE DES MOUSSES ENTRE 2009 ET 2019

Président Mr le Professeur DULOU Renaud

Membres du jury Mr le Professeur DEWITTE Jean-Dominique

Mme la Médecin en Chef LE COAT Anne

Mme la Médecin en Chef FERRATY Christelle

UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE BREST
Février 2021

Doyens honoraires

FLOCH Hervé (†)
LE MENN Gabriel (†)
SENECAIL Bernard
BOLES Jean-Michel
BIZAIS Yves (†)
DE BRAEKELEER Marc (†)

Doyen

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale

REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers de 1ère Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUEYMES Maryvonne	Immunologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
LACUT Karine	Thérapeutique
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
VALERI Antoine	Urologie

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers de 2ème Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
IANOTTO Jean-Christophe	Hématologie
LE GAC Gérald	Génétique

LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LE VEN Florent	Cardiologie
LIPPERT Éric	Hématologie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers de 1ère Classe

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
GUILLOU Morgane	Addictologie
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
SCHICK Ulrike	Cancérologie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers de 2ème Classe

ROUE Jean-Michel	Pédiatrie
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TROMEUR Cécile	Pneumologie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

BARAIS Marie
NABBE Patrice

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BEAURUELLE Clémence	Bactériologie virologie
BAGACEAN Cristina	Hématologie
KERFANT Nathalie	Chirurgie plastique
ROPARS Juliette	Pédiatrie
THUILLIER Philippe	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Professeur des Universités Associé

METGES Jean-Philippe	Cancérologie

Maître de Conférences des Universités Associé

GURIEC Nathalie	Nutrition

Professeurs des Universités Associés de Médecine Générale

BARRAINE Pierre
CHIRON Benoît

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

BEURTON-COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémy
VIALA Jeanlin

Professeur des Universités

BORDRON Anne	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BOUSSE Alexandre	Génie informatique, automatique et traitement du signal
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

Maîtres de Conférences des Universités Contractuels LRU

GHIS MALFILATRE Marie	Sociologie démographie
MERCADIE Lolita	Psychologie

Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche

GHANEM Rosy	Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs Certifiés / Agrégés du second degré

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

Professeurs Agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

DULOU Renaud	Neurochirurgie

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

LE COAT Anne	Médecine Générale / Urgence
SCELLOS Olivia	Médecine Générale

MINISTÈRE DES ARMÉES
Liberté
Égalité
Fraternité

Service de santé des armées

ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE – PARIS

À Monsieur le médecin général Guillaume PELÉE de SAINT MAURICE

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé de l'École du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

***

À Monsieur le médecin chef des services Jean-François GALLET

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

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre du Mérite maritime

MINISTÈRE DES ARMÉES
Liberté
Égalité
Fraternité

Service de santé des armées



HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES CLERMONT-TONNERRE

À Monsieur le Médecin général Renaud DULOU

Médecin-chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Clermont-Tonnerre

Professeur agrégé de l'École du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

***

À Madame la Médecin en chef Barbara AUPY

Médecin-chef adjoint de l'Hôpital d'instruction des Armées Clermont-Tonnerre

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

À NOTRE PRÉSIDENT DE JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur Renaud DULOU

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

Nous vous remercions pour l'attention que vous avez portée à notre travail

et pour votre bienveillance.

Soyez assuré de notre profond respect.

À NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE

Madame la Médecin en Chef Christelle FERRATY

Je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance pour ce travail.

Je vous remercie pour vos conseils avisés et votre écoute.

Je vous remercie encore plus particulièrement pour votre patience

et vos encouragements nécessaires pour finir ce travail.

Ces quelques mots sont insuffisants pour vous témoigner ma profonde reconnaissance

et mon profond respect.

À NOTRE JURY

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DEWITTE

Vous nous faites l'honneur de siéger dans le jury de notre thèse.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez accordé à notre travail.

Soyez assuré de nos sentiments les plus respectueux.

***

Madame la Médecin en Chef Anne LE COAT

Vous nous faites l'honneur de siéger dans le jury de notre thèse.

Nous vous remercions pour votre bienveillance à l'égard de notre formation,

et bien plus encore.

Soyez assuré de notre profond respect.

REMERCIEMENTS

À mes parents, *sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci pour votre éducation, votre soutien sans faille depuis toujours. Merci Maman pour ta douceur et ton écoute toujours bienveillante et attentive. Tu m'as transmis ta patience et ton goût pour s'occuper des autres. Merci Papa pour avoir toujours été à mes yeux un exemple à suivre, pour tes conseils avisés. Tu m'as transmis ton appétence pour apprendre et le fait de ne jamais baisser les bras. Merci à vous pour avoir forgé l'homme que je suis devenu aujourd'hui.*

À mes frères, *sans qui mon enfance aurait été moins joyeuse et plus monotone. Notre fratrie soudée est précieuse à mes yeux. Elle ne résiste d'ailleurs à aucune frontière. Merci Alexandre pour ce voyage mémorable à Berlin. Petite dédicace à Paul Stanley, que tu sembles considérer comme ta bonne étoile. Merci Louis pour ton accueil à Amsterdam. Une pensée pour tes colocataires, toujours prêt à mettre la main à la pâte.*

À mes grands-parents, *qui avez grandement participé (peut-être sans le savoir), à ma construction personnelle.*

- *Papi Pierre, parti trop tôt, je n'ai pas eu la chance de te connaître. Mais sache que j'ai suivi la voie que tu m'as ouverte à la fois en tant que praticien du soin militaire que d'amoureux de la Bretagne.*
- *Mamie Romie, cette semaine passée seule à tes côtés il y bien des années (ma première loin de mes parents), reste grâce à toi un fabuleux souvenir d'enfance. Merci pour tous ces moments passés ensemble. Venir te rendre visite dans le sud loge tout en haut de ma to do list !*
- *Papi Henri, tant de souvenirs me viennent en tête lorsque je pense à toi. Merci pour nos parties d'échec, nos après-midi passés devant le Tour de France, sans oublier bien sûr ta délicieuse purée aux grumeaux.*
- *Mamie Hélène, ton caractère bien trempé n'aura jamais réussi à cacher un cœur en or. Merci pour ces voyages à deux, moments privilégiés en ta compagnie. J'étais tellement fier de te donner la main tandis que nous nous aventurions au sein de Paris ou Lille.*

À ma marraine, *grâce à qui j'ai la chance incroyable d'avoir trois grands-mères. Merci de nous avoir chéris, mes deux frères et moi, comme tes petits-enfants. Sache que c'est réciproque.*

À Pauline, *grâce à qui l'année qui vient de s'écouler est passée à une vitesse folle. À tes côtés je grandis en tant qu'homme, et m'améliore en tant que personne. Merci d'avoir croisé mon chemin.*

Aux Cavaliers de l'Apocalypse, *qui parviennent depuis tant d'années à me tirer vers le haut, un exploit et pas des moindres !*

- *Alex et Tutur**,** mes bros depuis le collège. Je suis fier de notre belle et solide amitié qui se tisse depuis déjà 17 ans et ne s'arrêtera jamais. Merci d'être mes meilleurs amis. Ces innombrables moments passés ensemble ont été de véritables bouffées d'oxygène ayant rythmé tout mon cursus. En témoigne ce roadtrip irlandais en votre compagnie, tout simplement magique. Merci Alex pour ces weekends parisiens, festifs mais pas seulement. Et pour me faire une confiance absolue, au point de me laisser te ramener chez toi la première fois que je touche à un volant de ma vie. Merci Tutur pour ces weekends tassilunois, toujours l'occasion de refaire le monde au bord de la piscine. Je n'ai qu'un regret, ne pas avoir été là lors de l'éclosion d'une future star. NIGHTMAAAARE !*
- *Valérian**,** telle une météorite, tu es rentré dans mon groupe d'amis proches. Une révélation. Je n'ai découvert le phénomène que tu es que sur le tard, c'est bien dommage. Je ne te lâcherai pas d'une semelle.*

***Aux panamistes,** même s'ils resteront toujours des lyonnais dans l'âme !*

- *Vincent**,** de* cothurne *à la boâte à colocataire dans le civil, ami proche et même bientôt témoin, nous avons tout partagé ou presque ! Même une tente d'avant-guerre aux piquets capricieux. Le récit de notre première rencontre ne manque jamais de faire sourire.*
- *Bertouille**,** mon cothurne de PACES. Durant cette année éprouvante mais passée si vite, merci d'avoir été mon rayon de soleil.*
- *Bellak, merci pour ces séances de révision intense en sixième année. Alias docteur Bellak mister Langlade, les cannois te connaissent comme le loup blanc.*

***À ma team de Brest,** colonne vertébrale de mon internat. C'est en partie grâce à vous si ce dernier est passé vite et de manière très agréable.*

- *Yanus, merci pour ces deux semestres d'expatriés passés ensemble à Lorient puis Landivisiau. Ce fut un honneur et que du bonheur. Depuis le Cap d'Agde et La Clap', tu es resté mon gros poulet préféré.*
- *Chichon, la première de mes deux belles découvertes de mon internat. Nos footings à travers vents et forêts me manquent. Merci pour ces nombreuses soirées agrémentées de mousse au chocolat. Tu es un vrai petit cordon bleu, et surtout bon à marier !*
- *Andréa, la deuxième belle surprise ! Un an d'affilée aux urgences, ça crée des liens. Une garde de Noël comme celle qu'on a passée ensemble aussi. Merci pour ces nombreux moments de craquage. Et pour m'avoir appris à faire le poirier.*

***À Pénou,** ma petite sœur ou tout comme (en réalité c'est celle d'un superbe blond vénitien). J'admire ta capacité à être toujours bien entourée (petite pensée pour Zoé, Léah, et Lucie).*

À Lydiaquitita, *contrepied parfait à l'adage loin des yeux, loin du cœur. Toute globe-trotteuse que tu es, sache que je tiendrai le rythme et te retrouverai. Merci d'être ma meilleure amie.*

À mes collocs viennois, *merci pour ces belles années passées ensemble. Alan, merci pour ce roadtrip roumain en duo inoubliable. Et degemer mat, ma salette ! Bidou, merci pour nos triplettes voire quadruplettes qui resteront gravées dans les mémoires.*

À la fistonnerie, *les intéressés se reconnaîtront. Montpellier est notre temple.*

Aux ardalandiens *(Hugo, Sylvain, Chap, Josselin, Aurore, Marion, Mathilde), merci pour m'avoir supporté durant tout l'externat.*

À mes co-internes santards, *ce fut un plaisir et un honneur de partager tous ces moments avec vous, hospitaliers mais pas seulement. Willy ne change rien à ton sens de l'humour, il est unique. Morgan sous tes airs innocents, je devine un caractère bien trempé. Victor, tu fus le temps d'une journée un formidable MRA. Pas rancunier, on se refait un tour de vélo quand tu veux.*

À mes co-internes lorientais, *pour avoir fait de mon unique semestre en internat une réussite et me faire regretter de ne pas pouvoir en faire un autre. Vous êtes si nombreux qu'il m'est impossible de tous vous citer ! Vous revoir est toujours un plaisir.*

À mes co-internes civils des étages, *quelle team de choc on a formé ! Une étude américaine très sérieuse à prouvé que rire permettrait de gagner sept ans d'espérance de vie. Si je finis centenaire, vous n'y serez pas pour rien. Charla, à l'avenir, tu feras attention aux messages que tu écris et surtout à qui … Féfé, il faut reconnaître que tu caches bien ton jeu, mais je t'ai percé à jour. Milena, interne modèle et référente officielle des externes, heureusement que tu étais là pour relever le niveau. Soso, tu m'as brisé le cœur mais je te pardonne. Au plaisir de te recroiser au petit Minou. Élena, j'ai soiiiiiiiiiif !!!*

À ma famille tradi, *je suis très fier de faire partie de la même que vous ! Matthieu, mon brillant parrain, merci d'avoir été un soutien précieux durant cette première année. Guyot, mon bizuth adoré rêveur et romantique. Si on s'entend si bien, c'est tout sauf un hasard. Agathe, ma petite bizuthe, tu es une petite perle. Justine, ma marraine d'honneur, merci pour ta gentillesse et tes conseils toujours avisés.*

Au V de la Boâte, *pas de médaille à se mettre sous la dent, pas même en chocolat. En revanche, toujours sur la plus haute marche du podium de la bonne humeur.*

À l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux des services des urgences et de médecine de l'HIA Clermont-Tonnerre, *merci pour m'avoir appris tant de choses, pour votre bienveillance et votre bonne humeur.*

RÉSUMÉ

Introduction :

Le métier de marin embarqué expose à des contraintes diverses qui nécessitent de posséder des capacités de résilience et un potentiel d'adaptation importants. Ces contraintes peuvent favoriser la survenue de troubles psychiques à l'origine d'inaptitudes médicales pour motif psychologique ou psychiatrique, c'est pourquoi la Marine nationale accorde une grande importance au facteur psychologique dans la gestion de ses personnels. Dans ce travail, nous nous sommes particulièrement intéressés à l'adaptation au sein de l'institution des marins issus de l'École des mousses, population spécifique de par l'âge et le profil des jeunes recrues.

Méthode :

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers médicaux et livrets psychologiques de marins issus de l'École des mousses entre 2009 et 2019 et pour lesquels a été statuée une inaptitude médicale, temporaire ou définitive, voire une réforme médicale pour motif psychiatrique. Pour cela, nous avons effectué une recherche au niveau de l'ensemble des archives disponibles au centre médical des armées de Brest et de Toulon, et avons également étudié les livrets psychologiques des marins dont nous avions retenu les dossiers.

Résultats :

La population des marins anciens mousses pour laquelle nous avons retrouvé la trace d'une inaptitude pour motif psychologique ou psychiatrique à partir des recherches et analyses décrites précédemment est composée de 54 personnels. Notre recherche n'a pas pu être exhaustive car nous n'avons pu recueillir que les dossiers à partir de l'année 2014. Pour la grande majorité d'entre eux a été diagnostiqué un trouble de l'adaptation ; 74% ont des traits de personnalité pathologique ; 41% ont souffert d'une carence affective et 28% ont été victimes de violences en tous genres dans l'enfance.

Conclusion :

Certains facteurs de risque de décompensation psychique semblent se dégager dans la population des mousses ayant bénéficié d'une inaptitude médicale pour raison psychologique ou psychiatrique. Celle-ci paraît avoir été plus exposée que la population générale à une carence affective dans l'enfance, ainsi qu'à des maltraitances et violences de toutes sortes. Au vu du faible nombre de dossiers recueillis, nous ne pouvons pas conclure quant à une différence significative entre le nombre d'inaptitudes psychologique ou

psychiatrique chez les marins anciens mousses et chez les autres marins. Une étude similaire chez les mousses ayant rompu leur contrat avec l'institution pourrait s'avérer utile, car le nombre important de non renouvellements de lien chez cette population pourrait venir masquer des troubles de d'adaptation qui auraient échappé à une prise en charge médicale.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....p.1

INTRODUCTION.....p.2

GÉNÉRALITÉS.....p.4

A) L'environnement et la population concernée.....p.4

1. **Présentation de l'École des mousses**.....p.4
   a. Historique de l'École des mousses.....p.4
   b. Fondements de la réouverture en 2009.....p.5
   c. Fonctionnement de l'École des mousses.....p.5
2. **La population des mousses**.....p.6
3. **Le processus de sélection**.....p.6

B) Le militaire face à l'aptitude médicale.....p.7

1. **Une aptitude médicale initiale réévaluée régulièrement**.....p.7
2. **Les différentes instances médicales statuant sur les aptitudes**.....p.13
   a. Les conseils maritimes de santé.....p.13
   b. Les conseils régionaux de santé.....p.14
   c. Les commissions de réforme.....p.16
3. **L'aptitude psychologique et psychiatrique**.....p.16

C) Les troubles de l'adaptation à la vie embarquée.....p.19

1. **Définition des troubles de l'adaptation**.....p.19
2. **Conduite à tenir face à un trouble de l'adaptation**.....p.21
3. **Les troubles de l'adaptation au milieu militaire**.....p.21
4. **La problématique de la dépendance affective**.....p.22

MATÉRIEL ET MÉTHODE.....p.25

A) Caractéristiques de l'étude.....p.25

B) Population étudiée.....p.25

C) Méthode de recueil.....p.25

D) Traitement et analyse des données.....p.26

E) Démarches réglementaires.....p.26

RÉSULTATS.....p.28

A) Analyse des données des CMS et CRS recueillies à Brest.....p.28

B) Analyse des données des CMS et CRS recueillies à Toulon.....p.30

C) Analyse des motifs d'inaptitude pour les marins issus de l'École des mousses.....p.33

D) Analyse des avis sur les candidatures à l'engagement émis par le SLPA.....p.36

DISCUSSION.....p.37

A) Limites de l'étude.....p.37

1. **Biais de recrutement dans les dossiers**.....p.37
2. **Biais d'échantillonnage dans les dossiers**.....p.37
3. **Manque de puissance de l'étude**.....p.38

B) Caractéristiques des inaptitudes pour motif psychiatrique ou psychologique des anciens mousses.....p.38

1. **Proportion d'inaptitudes psychologiques/psychiatriques dans les CMS**.....p.38
2. **Catégorisation selon le sexe**.....p.38
3. **Motifs des inaptitudes**.....p.40

C) Maltraitances, carences affectives dans l'enfance et survenue ultérieure de troubles psychiques.....p.43

1. **La théorie de l'attachement**.....p.43
2. **Les troubles de l'attachement**.....p.44
3. **Carences affectives, maltraitances et troubles psychiques ultérieurs**.p.45

D) Facteurs de risque de désadaptation en milieu militaire.....p.46

E) Hypothèses concernant la population des marins anciens mousses...p.47

1. **Un probable phénomène d'autorégulation**.....p.47
2. **Un adaptation à la vie embarquée qui exige une maturité psychique et physiologique**.....p.48

F) Pertinence de l'évaluation psychologique en sélection.....p.49

CONCLUSION.....p.50

BIBLIOGRAPHIE.....p.52

GLOSSAIRE

CIN : Centre d'Instruction Naval

DNB : Diplôme National du Brevet (du collège)

FEM : Formation Elémentaire Métier

QMF : Quartier-maître et matelot de la Flotte

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

SPM : Service de Psychologie de la Marine

SLPA : Services Locaux de Psychologie Appliquée (de la Marine)

SPEP : Service Permanent d'Expertise Psychologique

SERAP : Service d'Etudes et de Recherche des Applications de la Psychologie

DPMM : Direction du Personnel Militaire de la Marine

EMI : Expertise Médicale Initiale

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

VMP : Visite Médicale Périodique

SAM : Service A la Mer

MCD : Missions de Coopération de Défense

OM : Outre-Mer

OPEX : Opérations Extérieures

SSA : Service de Santé des Armées

CMS : Conseil Maritime de Santé

CRS : Conseil Régional de Santé

CMP : Commission Médicale Préalable

DSM : manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

ICD : *International Classification of Diseases*

CIM : Classification Internationale des Maladies

FAN : Force d'Action Navale

BN : Base Navale

BAT : Brevet d'Aptitude Technique

INTRODUCTION

On ne naît pas marin, on le devient. Un bâtiment de combat de la Marine nationale est l'un des milieux d'emploi les plus complexes qui soient. Une fois en mission, les bâtiments de surface et les sous-marins représentent à la fois un lieu de travail, de vie, et de combat pour les marins. Ce schéma est spécifique à la Marine, et peu ou pas rencontré dans les autres armées. Embarquer dans un espace restreint pendant de longues périodes, être exposé aux risques de la navigation en mer et à ceux inhérents aux missions embarquées, nécessitent de posséder des capacités de résilience et un potentiel d'adaptation certains. C'est pourquoi la Marine nationale accorde une grande importance au facteur psychologique, qui est intégré à la fois dans les processus de sélection au recrutement et tout au long de la carrière du marin, lorsque se pose la question de son adaptation à l'emploi, ou pour assurer son suivi psychologique. Ce soutien est assuré spécifiquement par les psychologues du Service de Psychologie de la Marine (SPM), entité dépendant de la Direction du Personnel Militaire de la Marine (DPMM).

L'opportunité de s'engager dans la Marine est proposée très jeune, dès l'âge de 16 ans, par la voie de l'École des mousses. Cette école se situe au Centre d'Instruction Naval (CIN) de Brest, et dispose d'une annexe sur le site de Querqueville à Cherbourg-en-Cotentin. Après un passage en école qui dure dix mois, et une orientation métier dès la fin du deuxième trimestre de leur scolarité, les élèves contractent un contrat d'engagement dans la Marine alors que dans la majorité des cas ils sont encore mineurs. Intégrer cette école assure sans aucun doute à ces jeunes gens l'acquisition d'une expérience humaine et professionnelle hors du commun. Mais cela exige d'eux des capacités d'adaptation indispensables, qui peuvent faire défaut chez certaines d'entre eux.

Dans la Marine nationale, le processus de recrutement fait que chaque candidat civil à un engagement bénéficie d'un entretien initial avec un psychologue du SPM, qui a pour rôles d'évaluer sa candidature et d'émettre un avis sur son potentiel d'adaptation future à la vie embarquée ainsi qu'à l'exercice de sa spécialité. En ce qui concerne les candidats qui souhaitent effectuer leur scolarité à l'École des Mousses, ceux-ci sont reçus avant leur entrée à l'école mais ne sont pas réévalués lors de leur engagement à l'issue. Or, la

population des mousses est une population chez qui le développement de la personnalité n'est pas encore parvenu à maturité. De plus, il s'agit de sujets qui peuvent avoir été confrontés à des évènements de vie ayant eu un impact négatif sur leurs facultés d'adaptation, ce qui rend cette évaluation particulièrement complexe.

De façon générale, parmi les motifs d'inaptitude médicale à une affectation embarquée ou à l'exercice d'une spécialité dans la Marine nationale, figurent en première ligne les inaptitudes pour raison psychologique ou psychiatrique, lesquelles peuvent aboutir à la réforme des intéressés. Au vu du profil spécifique que représente la population des marins issus de l'École des Mousses, nous nous sommes interrogés sur la singularité de ces inaptitudes chez cette catégorie de personnels. Dans cette perspective, nous avons choisi de réaliser dans le cadre de ce travail de thèse une étude rétrospective descriptive, afin d'objectiver le nombre d'inaptitudes pour motif psychologique ou psychiatrique chez les marins anciens mousses, ainsi que d'en déterminer les motifs mais aussi d'éventuels facteurs de risques de désadaptation ultérieure qui auraient pu être mis en évidence précocement lors de l'entretien psychologique de sélection à l'engagement.

GÉNÉRALITÉS

A) L'environnement et la population concernée

1) Présentation de l'École des mousses

L'École des mousses est une école de la Marine nationale implantée au Centre d'Instruction Naval (CIN) de Brest. Sa mission est de préparer les élèves à faire carrière dans la Marine nationale en leur dispensant une instruction générale ainsi qu'une formation maritime et militaire. L'École des mousses est placée sous le commandement du commandant du CIN de Brest, lui-même assisté dans cette mission par un officier supérieur, directeur de l'École des mousses.

a) Historique de l'École des Mousses

L'embarquement sur les navires de mousses (terme probablement dérivé du vieux portugais *moça*, signifiant « petit garçon ») était courant sous l'Ancien Régime et même encouragé. Il s'agissait d'amariner dès l'âge de 12 ans des fils de marins, en priorité les orphelins, en leur confiant des tâches annexes du bord, tout en les plaçant en apprentissage maritime, sans autre considération pour leur instruction générale. La Convention, souhaitant donner à tous les jeunes Français une instruction et permettre à ces jeunes marins embarqués de progresser dans la hiérarchie navale, vota le 16 pluviôse de l'an II (4 février 1794) une loi « d'égalité des chances » avant l'heure, affectant à chaque navire de quelque taille que ce soit un instituteur chargé de leur inculquer en mer la lecture, l'écriture, le calcul et les rudiments de la navigation. Une ordonnance du 12 Novembre 1822 réorganisa le corps des équipages de ligne, prévoyant déjà l'incorporation de jeunes garçons de 12 à 14 ans, enfants de marins, de pupilles de la Nation, ou d'ouvriers de marine, dont la seule condition d'engagement était d'être « sain de corps et vacciné ». Ce fut par une ordonnance du 28 Mai 1829 que naquit l'École des mousses, ainsi que son programme d'instruction. Le 1er mars 1832 fut créée la 1ère compagnie des mousses de Brest. Ce fut un décret du 11 octobre 1856 relatif aux équipages de la flotte qui consacra la naissance de l'École des mousses. Longtemps maintenue sur des navires désarmés mouillés en rade abri de Brest, l'École des mousses fut implantée sur la terre ferme à partir de 1945 et rejoignit le site de l'actuel du

Centre d'Instruction Naval de Brest à partir de 1960. L'École des mousses, qui reçut le 11 novembre 1958 son drapeau décoré des trois Croix de guerre et de celle de la Légion d'honneur, y poursuivit sa mission de formation générale, militaire et maritime initiale, jusqu'à sa fermeture en 1988, puis sa réouverture, en septembre 2009. Une antenne annexe à Cherbourg a été ouverte en septembre 2016.

b) Fondements de la réouverture en 2009

La Marine nationale a pris la décision d'ouvrir à nouveau l'École des mousses pour soutenir l'effort national de cohésion sociale tout autant que pour redynamiser son recrutement. Cette création venait compléter l'effort de la Marine dans le cadre du plan ministériel « Égalité des chances ». Renouant avec les principes fondateurs de l'ancienne École des mousses, cette école avait pour vocation d'offrir des débouchés à des jeunes gens souvent en difficulté scolaire ou sociale, et avait également pour objectif de permettre une fidélisation précoce et accrue de ce personnel. Il s'agissait de former des jeunes gens titulaires d'un niveau du Diplôme National du Brevet (DNB) du collège pour en faire des opérateurs rapidement employables puis à terme, après leur passage dans les Forces, des techniciens qualifiés.

c) Fonctionnement de l'École des Mousses

L'École des Mousses est une école préparatoire qui a pour mission d'incorporer et de former de jeunes gens de 16 à 17 ans ayant un niveau de classe de troisième ou de seconde de l'enseignement secondaire. À l'issue de leur année d'école, les mousses doivent pouvoir suivre une Formation Elémentaire Métier (FEM), s'intégrer rapidement à un équipage et disposer des bases scolaires et des ressources morales nécessaires à la poursuite d'une carrière au sein de la Marine nationale. La découverte du milieu maritime, l'aguerrissement moral et physique, un enseignement académique (français, histoire, géographie, mathématiques, sciences physiques, anglais courant et maritime) contribuent à l'acquisition de ces savoir-faire et savoir-être. La formation s'appuie sur les méthodes de l'enseignement professionnel et le niveau de l'enseignement académique dispensé est celui de la seconde professionnelle.

Le régime de vie à l'école est l'internat. Les élèves de l'École des mousses sont instruits et entretenus gratuitement. Ils portent l'uniforme. À leur arrivée à l'école, ils signent un contrat d'engagement pour la durée de leur scolarité. L'élève ayant réussi son année à l'école des mousses se voit attribuer le brevet de mousse, brevet militaire qui entraîne la nomination à la distinction de 1ère classe dans le grade de matelot, et peut contracter à l'issue un engagement de quatre ans en tant que Quartier-maître et Matelot de la Flotte (QMF), prenant effet le jour de sa sortie de l'école. Le choix du métier est effectué en fin de scolarité selon les *desiderata* et le profil de l'élève, ainsi que les besoins de gestion de la marine. Les métiers ouverts au titre du contrat de Quartier-maître et Matelot de la Flotte jusqu'en 2020 étaient les suivants : «machine », « opérations navales », « pont », « fusilier marin », « piste et pont d'envol » et « maintenance aéronautique ».

2) La population des mousses

Une promotion de mousses compte chaque année entre 140 et 150 élèves qui sont âgés de 16 à 18 ans, même si près de deux tiers d'entre eux ont eu 16 ans l'année de leur incorporation. La moitié des élèves ont effectué une troisième ou une seconde générale, alors que l'autre moitié, à quelques exceptions près, provient d'une formation plus professionnelle telle qu'un Brevet d'Études Professionnelles (BEP) ou Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP)[1]. Quelques rares individus ont pu être déscolarisés. Chaque promotion est composée de 80 à 85% d'hommes. Les trois régions d'origine majoritairement représentées sont la Bretagne, la Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Ile de France.

3) Le processus de sélection

Toute personne souhaitant s'engager dans la Marine nationale intègre un processus de sélection psychologique comportant des tests ainsi qu'un entretien avec un psychologue du service de Psychologie de la Marine (SPM). Le SPM, qui fait partie de la direction des ressources humaines de cette institution, regroupe tous les Services Locaux de Psychologie Appliquée (SLPA). Ces structures sont dispersées sur le territoire national, mais aussi dans les départements et territoires d'outre-mer. Ils sont au nombre de douze en métropole (Brest,

[1] Étude n°09/33 du 30/11/2009 réalisée par la Section d'Etudes et de Recherches des Applications de la Psychologie (SERAP).

deux à Toulon, Lorient, Marseille, Paris, Saint-Mandrier, Cherbourg, Bordeaux, Nancy, Lyon, Rennes), et de trois en outre-mer (Tahiti, la Réunion, la Martinique). Le SLPA de Lorient est spécialisé dans le suivi des fusiliers commandos, le SLPA de Marseille dans celui des marins-pompiers, et le SLPA « aéro » à Toulon dans celui du personnel de l'aéronautique navale. Il existe également un Service d'Études et de Recherche des Applications de la Psychologie (SERAP) à Saint-Mandrier. Les SLPA de Paris, Lyon, Bordeaux et Nancy ont une activité essentiellement centrée sur la sélection des candidats civils à l'engagement, dont font partie les candidats à l'École des mousses.

Au cours de l'entretien de sélection sont appréciés le projet du candidat, sa motivation, et ses capacités d'adaptation à son futur emploi. Sont aussi dépistés les éventuels antécédents d'ordre psychologique qui contre-indiqueraient un engagement dans l'institution militaire. De cette évaluation seront émis un avis, une valeur de candidature, un pronostic de réussite, ainsi qu'une valeur générale de personnalité mise en perspective avec l'emploi brigué, accompagnés d'une appréciation littérale, lesquels seront transmis à la Direction du Personnel Militaire de la Marine (DPMM) en vue du processus de recrutement. Tous ces éléments respectent strictement le secret professionnel et n'ont pour but que de donner les informations nécessaires pour éclairer la DPMM sur ses choix. Ils sont consignés dans le livret psychologique de l'intéressé, qui est conservé par les archives du SPM, dans les locaux du SLPA de Toulon.

Dans le cas précis de l'École des mousses, une commission a lieu tous les ans, à laquelle participent le commandement de l'École, le proviseur, le service de recrutement de la Marine, ainsi que le SPM, en vue de statuer sur cette sélection.

B) Le militaire face à l'aptitude médicale

1) Une aptitude médicale initiale réévaluée régulièrement

La notion d'aptitude médicale n'est pas propre à l'institution militaire. C'est une notion fondamentale en médecine du travail qui concerne tous métiers dans tous secteurs. Elle se définit à partir de l'adéquation entre l'état de santé d'un individu par rapport aux exigences d'un poste de travail précis, défini et bien identifié.

Vis-à-vis des personnels militaires, l'aptitude est essentiellement déterminée par l'adaptation de l'homme aux conditions d'emploi, l'impératif opérationnel étant susceptible d'imposer des contraintes fortes et pas toujours maîtrisables. Il s'agit, sur le plan individuel, d'éviter d'exposer les sujets à des contextes dommageables pour leur santé. Sur le plan collectif, cette démarche a pour but d'écarter les individus qui pourraient, par leurs troubles, nuire au fonctionnement du groupe voire représenter un danger (Brochard et Viance, 2009).

Le cadre règlementaire de l'expertise pour aptitude a été récemment actualisé, pour prendre en compte les évolutions récentes des armées françaises. L'objectif principal de cette initiative était de souligner la valeur fondamentale d'une vision dynamique de cette aptitude, en particulier au début de l'engagement.

Tout individu désirant intégrer l'armée est soumis à une expertise médicale initiale (EMI), avant son engagement, au terme de laquelle il obtient un certificat médical d'aptitude initiale[2]. Un électrocardiogramme et une analyse des urines sont réalisés systématiquement, en plus d'un interrogatoire complet et d'un examen clinique minutieux (y compris l'état bucco-dentaire).

Le médecin dirigeant cette visite va définir le « SIGYCOP » de l'intéressé. Cet acronyme permet de catégoriser l'ensemble des parties du corps et du psychisme qui sont investigués afin de permettre de déterminer l'aptitude globale du militaire. Les sept lettres représentent chacune un domaine spécifique. Le S correspond à la ceinture scapulaire et aux membres supérieurs, le I à la ceinture pelvienne et aux membres inférieurs, le G à l'état général. À noter que l'appréciation de l'état général (G) ne se limite pas à la complexion ou à la robustesse physique générale. Toute affection, évolutive ou non, peut influer sur le coefficient attribué au sigle G dès lors qu'elle est susceptible de retentir sur l'organisme dans son ensemble par des complications ou une diminution de la résistance et de l'activité du sujet. Le Y correspond aux yeux et à la vision (sens chromatique exclu), le C au sens chromatique, le O aux oreilles et à l'audition, enfin le P au psychisme.

[2] Arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire. Journal Officiel de la République Française n° 0015 du 18 janvier 2013.

Chaque domaine spécifique se traduit par l'attribution d'un coefficient. Les sigles S, I, G, Y, O peuvent varier de 1 à 6, le sigle C de 1 à 5 et le sigle P de 0 à 5[3]. Ce coefficient est choisi en fonction de la gravité de l'affection ou de l'importance des séquelles, sans prendre en considération la catégorie de personnel à laquelle appartient le sujet examiné, son emploi, son ancienneté de service ou son grade. L'éventail de ces coefficients couvre différents degrés allant de la normalité, qui se traduit par une aptitude sans restriction, jusqu'à l'affection grave ou l'impotence fonctionnelle majeure, qui peuvent engendrer une inaptitude totale. De ce fait, les résultats d'un examen médical se trouvent traduits en une catégorisation qui permet d'émettre un avis sur l'aptitude médicale du personnel à servir ou à la spécialité, à partir de critères ou normes définis par le commandement.

De plus, l'indice temporaire « T » peut être attribué à l'un des coefficients des divers sigles du profil médical. Il marque :

- Soit l'existence d'une affection susceptible de guérir ou d'évoluer favorablement (spontanément ou après traitement) et qui, par conséquent, n'entraînera qu'une restriction temporaire de l'aptitude.
- Soit un doute quant à la réalité d'un syndrome fonctionnel à manifestations essentiellement subjectives.
- Soit une incertitude concernant le coefficient à attribuer dans l'attente d'un complément d'information, d'investigations complémentaires et/ou d'un avis sapiteur. Ces derniers sont demandés, sauf impossibilité, aux Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA).

Concernant les sigles S, I, G, Y et C (le sigle P est particulier, il sera développé à part plus loin) :

- Coefficient 1 : il traduit l'aptitude à tous les emplois des armées, même les plus pénibles, les plus contraignants ou les plus stressants.
- Coefficient 2 : il autorise la plupart des emplois militaires.
- Coefficient 3 : attribué à l'un des sigles S, I ou G, il entraîne une restriction significative dans l'entraînement (notamment l'entraînement physique au combat) et

[3] Arrêté du 29mars 2021 relatif à la déterminationdu profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale. Journal Officiel de la République Française n° 0083 du 8 avril 2021.

limite l'éventail des emplois (en particulier ceux de combattants placés en première ligne).

- Coefficient 4 : attribué à l'un des sigles S, I ou G, il exempte de tout entraînement physique au combat et impose des restrictions importantes d'activité, précisées par le médecin. Uniquement pour le sigle C, il indique une inaptitude à la conduite des véhicules du groupe II (poids lourd et transport en commun).
- Coefficient 5 : attribué au sigle Y, il est incompatible avec de nombreux emplois opérationnels et la conduite de la plupart des véhicules. Il reste compatible avec la majorité des emplois de soutien. Attribué à l'un des sigles S, I, G ou O, il impose des restrictions majeures d'activité, précisées par le médecin, et entraîne une inaptitude à la conduite de la plupart des véhicules.
- Coefficient 6 : quel que soit le sigle auquel il est attribué, il entraîne une inaptitude totale.

Au temps initial de la sélection, la motivation du candidat à l'engagement peut être forte, et l'amener à minimiser voire taire certains antécédents médicaux ou biographiques, venant rendre plus difficile une évaluation précise de ces derniers. De plus, le temps imparti est forcément court, limitant de fait les possibilités d'investigation cliniques et paracliniques.

Lors de l'incorporation du militaire, une période d'observation est mise en place pour une durée de 6 mois correspondant à la période probatoire, qui peut être renouvelable une fois dans la limite de 6 mois. Elle permet de se donner le temps d'évaluer avec plus de précision l'adaptation de l'engagé au milieu militaire et à ses exigences.

La validité du certificat médico-administratif à l'engagement est de deux ans, sous réserve que l'incorporation soit effectuée dans les douze mois suivant sa réalisation Si l'incorporation n'est pas réalisée au bout d'un an révolu, une nouvelle EMI est nécessaire.

Dans les premiers jours de l'incorporation, l'engagé doit bénéficier d'un entretien infirmier, d'une mise en condition médico-militaire initiale et d'un premier contact avec son antenne médicale de rattachement[4]. Au cours de cet entretien, un questionnaire de santé est renseigné par l'engagé et l'infirmier, afin d'identifier les évènements médicaux intercurrents

[4] Circulaire du 11 mai 2021 relative aux modalités de détermination et de contrôle de l'aptitude médicale au recrutement. Ministère des Armées.

et les éventuelles contre-indications aux vaccinations. A l'issue de cet entretien, les engagés bénéficient des différents actes constituant la mise en condition médico-militaire initiale. A noter que durant cette séquence, l'avis d'un médecin des armées peut être demandé à tout moment et au moindre doute. Ce dernier peut, si nécessaire, réévaluer le profil médical ou l'aptitude médical à servir de l'engagé. Si l'avis d'un médecin n'est pas requis, aucun nouveau certificat médico-administratif d'aptitude n'est établi à l'incorporation et seule une attestation de réalisation de l'entretien infirmier est transmise au commandement. Le certificat édite lors de l'EMI est le seul certificat médico-administratif d'aptitude transmis au commandement durant l'ensemble de la phase de recrutement.

Par la suite, tout militaire est soumis à une visite médicale périodique (VMP) au terme de laquelle il obtiendra un certificat d'aptitude d'une durée de validité de deux ans, sauf cas particuliers (missions à l'étranger, aptitudes particulières, restrictions médicales nécessitant une surveillance accrue). La première VMP doit donc avoir lieu deux ans après l'établissement du certificat établi lors de l'EMI. Cette visite constitue la clef de voûte de la surveillance médicale du personnel. Elle a plusieurs objectifs. Elle permet de contrôler à la fois l'aptitude générale au service, l'aptitude à l'emploi tenu ou postulé, l'aptitude au service à la mer (SAM) ainsi qu'à toutes missions opérationnelles (notamment les Missions de Coopération de Défense [MCD], les missions Outre-Mer [OM] et les Opérations Extérieures [OPEX]). Elle est aussi l'occasion de vérifier les aptitudes particulières à certaines conditions d'emploi (en particulier celles exposant à un risque professionnel ou à des nuisances diverses, qui nécessitent des prestations de médecine de prévention). Elle permet enfin de procéder au contrôle médico-physiologique de l'entraînement physique et sportif du personnel militaire non soumis à un entraînement sportif intensif.

La réévaluation du SIGYCOP est réalisée à chaque nouvelle visite médicale. La VMP repose sur le triptyque suivant : l'entretien médical individuel, l'étude du livret médical (dans lequel se trouve la synthèse des précédentes consultations, les avis spécialisés éventuellement demandés, les bilans biologiques et les examens paracliniques réalisés), et l'examen clinique.

À l'occasion de cette expertise médicale, le médecin examinateur s'attache à évaluer plus particulièrement l'état bucco-dentaire du militaire, sa stabilité psychologique, ses éventuelles conduites addictives, son statut vaccinal, et les contre-indications qu'il pourrait

présenter aux chimioprophylaxies. Hormis une analyse d'urines, un électrocardiogramme datant de moins de 5 ans (sauf situations particulières) et un panoramique dentaire datant de moins de 10 ans (sauf si soins réalisés entretemps), aucun bilan biologique ni paraclinique ne doit être effectué à titre systématique de façon non discriminée.

Ce n'est qu'à l'issue de l'examen clinique et en fonction des données recueillies que le médecin prescrit librement la liste des examens complémentaires ou demandes de consultations spécialisées qu'il estime utiles. Ce peut-être en vue d'une détermination des conditions d'aptitude générale au service ou particulières à l'emploi ou à la spécialité (médecine d'expertise et de prévention), qui sont à charge du Service de Santé des Armées (SSA). Ou ce peut-être dans le cadre d'un bilan de santé (médecine de soins), à charge des organismes de protection sociale, ou dans le cadre d'actions de santé publique.

L'ensemble des résultats de la visite médicale doivent être consignés dans le dossier médical, dont l'attribution d'un nouveau profil médical. Les conclusions médico-administratives sont stipulées dans le certificat d'aptitude (formulaire 620.4) établi en plusieurs exemplaires dont un est remis en mains propres a l'intéressé.

Il est important de souligner le caractère particulier de la VMP. La relation qui s'établit entre le médecin agissant en tant qu'expert mandaté par l'institution et le militaire examiné n'est certes pas de même nature que la relation thérapeutique dans laquelle le médecin traitant est d'abord confident pour le militaire, qui lui accorde sa confiance à l'égard du secret professionnel. Toutefois, la VMP reste un acte médical et l'occasion d'établir un dialogue à l'issue duquel le praticien doit communiquer ses constatations et conclusions sur l'état de santé de l'intéressé, ainsi que prodiguer d'éventuels conseils pour l'améliorer[5].

[5] Instruction n° 1700 du 31 juillet 2014 relative à la détermination et au contrôle médical de l'aptitude à servir du personnel militaire. Ministère des Armées.

2) Les différentes instances médicales statuant sur les aptitudes

a) Les conseils maritimes de santé

Nous venons de voir que la détermination et le contrôle de l'aptitude médicale du personnel militaire sont fondés sur une expertise médicale qui relève de la compétence des praticiens du SSA. Certaines décisions prises peuvent avoir pour conséquences des répercussions financières, statutaires et sur l'emploi non négligeables pour le marin. C'est pourquoi une inaptitude temporaire médicale à l'embarquement de plus de trois mois est obligatoirement soumise pour validation à une instance locale spécifique dénommée Conseil Maritime de Santé (CMS).

Les décisions de ce Conseil sont prises pour une période de trois mois renouvelables une fois. Cette dernière peut être prolongée de deux périodes de trois mois supplémentaires, sans jamais excéder douze mois, en cas de forte perspective de recouvrement de l'aptitude médicale dans un délai inférieur à un an[6].

Le CMS est saisi par un médecin des armées de l'établissement du SSA dont relève le militaire. Cette saisine est indispensable si le marin inapte au service à la mer est susceptible d'occuper un poste nécessitant cette aptitude, à l'échéance de sa prochaine VMP. Il est présidé par le médecin référent de la force à laquelle le médecin ayant prononcé l'inaptitude appartient. Le Conseil est composé d'au moins deux médecins des armées titulaires du brevet de médecine navale ou du certificat de médecine appliquée aux sous-marins.

L'expertise réalisée par le médecin des forces est synthétisée dans une fiche « confidentiel médical », accompagnée d'un imprimé précisant la proposition d'inaptitude médicale. Ces documents sont transmis au président du Conseil qui peut demander s'il le souhaite l'accès à l'ensemble du dossier médical. Le Conseil prononce sa décision médico-administrative sur le même imprimé qu'il transmet au commandement, ainsi qu'au médecin à l'initiative de l'inaptitude temporaire. Ce dernier a pour charge de communiquer la décision à l'intéressé, et de l'informer sur les voies et délais de recours possibles. Le marin signe ce document au titre de l'information reçue et précise s'il accepte ou conteste la décision.

[6] Instruction relative à l'organisation et au fonctionnement des conseils maritimes de santé du 17 septembre 2020. Ministère des Armées.

Pour le recouvrement de l'aptitude médicale à l'embarquement, celle-ci relève de la responsabilité du médecin des forces ; le passage devant un nouveau CMS n'est pas obligatoire.

En cas de contestation d'une décision d'inaptitude prise le CMS, le marin peut solliciter l'étude de son cas par le Conseil Régional de Santé dans un délai de 2 mois.

b) Les conseils régionaux de santé

La présentation d'un dossier médical en conseil régional de santé (CRS) a trois objectifs possibles :

- L'attribution d'une aptitude à servir par dérogation aux normes médicales d'aptitude, celles-ci étant définies préalablement par chaque armée.
- La réévaluation d'une dérogation aux normes médicales déjà attribuée à l'issue d'un CRS précédent. Cette demande ne peut intervenir à la suite d'un fait médical nouveau et n'est pas une voie de recours.
- La contestation d'une décision d'aptitude prise en CMS dans un délai de deux mois[7].

L'attribution d'une aptitude à servir par dérogation aux normes médicales ne doit s'envisager que pour une situation médicale stabilisée, sans évolutivité attendue sur le court terme, et lorsque l'on dispose d'un recul suffisant.

La présentation en CRS est demandée soit par l'intéressé, soit par le commandement, soit par le médecin responsable de l'antenne médicale soutenant l'unité de l'intéressé. Seule cette demande écrite initie officiellement la présentation en CRS.

Le dossier est composé de trois éléments : la partie médicale, la partie administrative, et l'avis de la Commission Médicale Préalable (CMP).

La partie médicale comporte, en plus de pièces médicales pertinentes permettant une analyse technique du dossier, une fiche de présentation en CRS réalisée par le médecin des forces. Ce dernier doit veiller tout particulièrement à établir dans cette fiche :

[7] Guide technique de présentation d'un dossier en conseil régional de santé. Ministère des Armées.

- La détermination exacte de la spécialité détenue par l'intéressé ;
- L'emploi actuel de l'intéressé, notamment s'il est employé hors spécialité ;
- Le profil médical « SIGYCOP » de l'intéressé ;
- Les spécialités et aptitudes détenues ou demandées par l'intéressé ;
- L'histoire de la ou des pathologie(s) entraînant l'inaptitude ;
- Les antécédents du patient et l'histoire de la maladie en cas d'antécédent notable (il est essentiel d'avoir une approche globale du patient et non de la seule pathologie cause de l'inaptitude) ;
- La synthèse des avis médicaux recueillis et des principaux examens complémentaires ;
- L'avis médical relatif à l'employabilité du patient, c'est-à-dire les conséquences de son état de santé sur son emploi actuel (ou postulé), mais aussi les conséquences possibles ou prévisibles de son emploi sur son état de santé à court, moyen ou long terme.
- L'avis argumenté et actualisé du médecin sur les aptitudes de l'intéressé, sur les dérogations demandées, sur les éventuelles réorientations et, le cas échéant, sur les restrictions d'emploi qui apparaissent nécessaires.

La partie administrative est constituée par l'autorité d'emploi du militaire et comporte notamment les avis hiérarchiques argumentés.

Concernant la troisième partie, la CMP doit se tenir dans le mois suivant la réception des parties médicale et administrative du dossier et transmettre son avis au secrétariat du CRS dans les dix jours ouvrés qui suivent. Elle a pour objectif l'apport d'un avis collégial et éclairé par des praticiens ayant la connaissance de la spécificité d'emploi du militaire, de son environnement et de son milieu d'emploi.

En plus de son avis, la CMP inscrit sur son compte-rendu :

- Son accord ou non avec l'analyse de la situation médicale décrite dans la fiche de présentation en CRS ;
- Les arguments supplémentaires en faveur du constat et/ou de la proposition émis par le médecin ayant réalisé la fiche de présentation ;

- Les arguments détaillés, le cas échéant, amenant à proposer un avis et/ou un constat différent de celui émis par le médecin ayant réalisé la fiche de présentation en CRS ;
- Les éléments médicaux nouveaux qui seraient intervenus entre la rédaction de la fiche de présentation en CRS et la tenue de la CMP.

La présentation effective du dossier au CRS a en moyenne lieu dans un délai de trente jours. Le procès-verbal du CRS est transmis dans les sept jours qui suivent.

c) Les commissions de réforme

La commission de réforme des militaires est constituée par :

- Un médecin chef des services ou un médecin en chef, président ;
- Un médecin principal ou un médecin des armées ;
- Un représentant de l'autorité militaire, officier ou sous-officier supérieur ou officier marinier supérieur, selon la catégorie et l'armée ou la formation rattachée à laquelle appartient le militaire intéressé[8].

Chargée de donner un avis sur l'inaptitude médicale définitive au service des militaires, elle est instituée par le ministre de la Défense, qui en désigne les différents membres. À l'exception du représentant de l'autorité militaire qui, si le dossier étudié concerne un gendarme, est dans ce cas désigné par le ministre de l'Intérieur.

La commission de réforme peut également être saisie afin qu'une aptitude soit de nouveau évaluée en vue de servir dans les armées ou les formations rattachées dans le cas d'un personnel civil précédemment exempté ou d'un ancien militaire précédemment réformé, après un délai minimum de deux ans suivant la date de la décision de réforme ou d'exemption initiale.

3) L'aptitude psychologique et psychiatrique

Nous allons nous attarder ci-après plus spécifiquement sur l'aptitude psychologique et psychiatrique et développer le critère P du SYGICOP concernant le psychisme.

[8] Arrêté du 20 septembre 2006 relatif à la commission de réforme des militaires. Journal Officiel de la République Française n° 219 du 21 septembre 2006.

La cotation du sigle P résulte d'une démarche clinique concrète, globale, fondée sur la richesse d'une relation intersubjective, dépassant une simple évaluation nosologique. La rigueur séméiologique, la réflexion pathogénique et l'hypothèse pronostique se conjuguent alors pour étayer une décision rationnelle d'aptitude. La décision tient compte du niveau intellectuel, de la personnalité, de l'existence de troubles psychopathologiques cliniquement décelables ou d'antécédents psychiatriques avérés potentiellement évolutifs, d'éventuelles difficultés psychosociales ainsi que de la qualité de l'adaptation au milieu militaire[3].

Les éléments cliniques suivants peuvent être recherchés :

- Notion de répétition des troubles des conduites et de réactions plus ou moins pathologiques aux situations vécues par le sujet comme frustrante ;
- Rôle de la symptomatologie éventuelle (névrotique ou psychotique) dans le système relationnel du sujet ;
- Retentissement des conflits intrapsychiques dans son existence ;
- Perception de la réalité et capacités d'ajustement à celle-ci ;
- Degré de tolérance à l'angoisse et à la peur ;
- Types habituels de relations à autrui, mode d'intériorisation des règles sociales ;
- Capacité de contrôle des affects (ou émotion) et des actes ;
- Aptitude à différer les satisfactions, à tenir compte de l'expérience acquise ;
- Possibilité de créativité, d'initiative personnelle et de projet en général ;
- Prise en compte des difficultés conjoncturelles d'ordre social, relationnel ou affectif.

Lors de l'expertise médicale initiale, à l'incorporation et durant la période probatoire, le coefficient attribuable au sigle P ne peut être que 0 ou 5. En matière d'aptitude psychique, les données de la période probatoire de l'engagement initial dans les armées sont essentielles pour l'évaluation de l'aptitude à servir.

Une fois la période probatoire terminée, le sigle P peut fluctuer entre 1 et 5. Le médecin des forces, qui peut s'appuyer s'il le souhaite sur les avis des psychologues du SLPA de proximité, est habilité à attribuer au sigle P les valeurs de 1 à 3, tandis que les coefficients 4 et 5 sont du ressort exclusif du médecin des hôpitaux des armées spécialiste en psychiatrie. En cours de carrière ou de contrat, par leurs correspondances écrites et orales, le médecin des forces et le médecin des hôpitaux des armées

spécialistes en psychiatrie s'éclairent mutuellement au sujet des éléments de l'environnement professionnel, des enjeux diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques afin que puisse être prise la décision la mieux adaptée dans une situation donnée.

Voici la signification détaillée des différents coefficients du sigle P :

- Coefficient 0 : n'existe que pour le sigle P. Attribué par le médecin des forces ou le spécialiste en psychiatrie des hôpitaux des armées, il traduit l'aptitude à l'engagement telle qu'elle peut être évaluée lors d'une expertise médicale initiale. Ce coefficient temporaire n'est attribué qu'à l'engagement et doit être réévalué avant la fin de la période probatoire.
- Coefficient 1 : attribué avant la fin de la période probatoire par le médecin des forces ou le médecin des hôpitaux des armées spécialiste en psychiatrie, il traduit l'aptitude à tous les emplois des armées.
- Coefficient 2 : attribué par le médecin des forces ou le médecin des hôpitaux des armées spécialiste en psychiatrie, il permet le maintien de l'aptitude à servir d'un militaire souffrant de troubles psychopathologiques, sous réserve de restriction temporaire de certaines de ses activités.
- Coefficient 3 : attribué par le médecin des forces ou par le médecin des hôpitaux des armées spécialiste en psychiatrie, il entraîne une inaptitude temporaire au service, en raison de troubles psychiatriques ou psychologiques dont la nature, la sévérité et/ou la prise en charge médicale sont temporairement incompatibles avec le service actif.
- Coefficient 4 : attribué par le médecin des hôpitaux des armées spécialiste en psychiatrie, il indique une inaptitude définitive à servir en raison de troubles psychopathologiques, ou de troubles importants de la personnalité ou de l'adaptation.
- Coefficient 5 : attribué par le médecin des forces ou le médecin des hôpitaux des armées spécialiste en psychiatrie, lors de l'expertise médicale initiale ou à l'incorporation, et par le seul médecin spécialiste en psychiatrie au cours du service actif, il indique une inaptitude totale et définitive à servir en raison d'une pathologie psychiatrique évolutive ou d'antécédents de pathologie psychiatrique.

C) Les troubles de l'adaptation à la vie embarquée

1) Définition des troubles de l'adaptation

L'être humain doit s'adapter quotidiennement aux changements de son environnement et aux situations qui lui sont inconnues. Pour cela il va développer des stratégies d'adaptation lui permettant d'éviter le stress et ses conséquences néfastes pour sa santé physique et mentale. Si ses stratégies d'adaptation au stress sont insuffisantes ou inefficaces, il peut développer un trouble de l'adaptation.

Le trouble de l'adaptation n'existait pas dans le premier manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM I), paru en 1952, mais celui-ci mentionnait le « *transient situational personality disorders* »[9]. À cette époque, ce diagnostic correspondait déjà à un ensemble de divers symptômes secondaires à l'apparition d'un facteur de stress psycho-social. En 1968, dans le DSM II, apparaissent les « *transient situational disturbances* ». La notion d'« *adjustment disorder* » ou « trouble de l'adaptation » est retrouvée pour la première fois en 1980 dans le DSM III. Dans cette version du DSM, les troubles de l'adaptation sont définis comme « des symptômes ou des comportements pathologiques survenant dans les trois mois suivant un événement stressant, différant d'une réaction exagérée à des facteur de stress, non exclusifs d'un autre diagnostic mais ne correspondant pas à l'exacerbation d'un autre trouble »[10]. La révision du DSM III (DSM III-R) permet l'ajout d'un neuvième sous-type, le « trouble de l'adaptation avec plaintes somatiques », et limite la durée de ce trouble à six mois[11]. Le DSM IV permet de distinguer les troubles de l'adaptation aigus qui durent moins de six mois des troubles de l'adaptation chroniques pour lesquels la présence des facteurs de stress ou de leurs conséquences se prolonge au-delà de six mois. Dans cette version, on retrouve six formes cliniques : trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, avec anxiété, avec symptomatologie anxio-dépressive, avec perturbation des conduites, avec perturbation des émotions et des conduites, non spécifié[12]. Enfin, dans le DSM V, qui a été rédigé en 2013, le trouble de l'adaptation a été redéfini comme un

[9] DSM I (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders). American Psychiatric Association. 1952.
[10] DSM III (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders). American Psychiatric Association. 1980.
[11] DSM III-R (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders). American Psychiatric Association. 1987.
[12] DSM IV (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders). American Psychiatric Association. 1994.

ensemble de différents syndromes de réponse au stress qui se développent après un événement de vie difficile et non comme une entité nosographique permettant de classer des patients présentant une souffrance psychique ne répondant pas aux critères des autres entités nosographiques. Les sous-types troubles de l'adaptation avec humeur dépressive, avec symptômes anxieux ou bien avec perturbation des conduites persistent[13].

La première mention du trouble de l'adaptation est retrouvée dans l'*International Classification of Diseases* (ICD) ou Classification Internationale des Maladies (CIM) en 1978, dans sa neuvième édition. Il prend le nom d'« *adjustment reaction* », ou « réaction d'adaptation », qui correspond à une réaction à un facteur de stress, généralement dépendante des circonstances et réversible[14].

Dans la CIM 10, les troubles de l'adaptation sont spécifiquement définis comme des états de détresse et de perturbations émotionnelles entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant. Celui-ci peut survenir à tout âge, même si pour Samuelian et al. (1994), l'âge moyen serait de 42 ans. Par rapport aux autres troubles décrits sous cette catégorie, la prédisposition et la vulnérabilité jouent un rôle plus important dans la survenue de ce trouble et de sa symptomatologie ; on admet toutefois qu'il ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress en cause. Ses manifestations sont variables et comprennent : une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude, un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets, ou à supporter la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien. Les symptômes sont assez importants pour perturber la vie du sujet, avec un retentissement socioprofessionnel possible, mais dont l'intensité est insuffisante pour porter le diagnostic d'épisode dépressif majeur ou de troubles anxieux. En particulier chez les adolescents, le trouble de l'adaptation peut également se manifester par des troubles des conduites à type de conduites d'alcoolisation, de conduites à risque, de bagarres, d'opposition, voire de fugue mais toujours en réponse à un événement stressant et non pas dans le cadre d'un trouble de personnalité constitué (Gohier et al., 2007). La symptomatologie peut prendre également le masque de troubles somatiques, avec des plaintes assez floues de type céphalées, douleurs,

[13] DSM V (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders). American Psychiatric Association. 2013.
[14] CIM 9 (Classification Internationale des Maladies). Organisation Mondiale de la Santé. 1978.

insomnie, asthénie, vertiges, troubles fonctionnels digestifs, cardiovasculaires ou respiratoires, ou des troubles cognitifs avec des difficultés de concentration, des troubles mnésiques. De manière générale, le trouble débute habituellement dans le mois qui suit la survenue d'un événement stressant ou d'un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, et ne persiste guère au-delà de six mois, sauf s'il s'agit d'une réaction dépressive prolongée ; ce sera alors dans ce cas un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée[15].

2) Conduite à tenir face à un trouble de l'adaptation

Afin de permettre au sujet de verbaliser autour de la situation stressante et de ses conséquences sur sa vie et son quotidien, l'abord psychothérapique est privilégié en première intention. La reconnaissance du sujet dans ses difficultés d'adaptation lui permet d'exprimer ses émotions et donc d'abaisser le niveau de tension émotionnelle ressentie. D'efficacité variable suivant les capacités d'introspection de l'individu, la psychothérapie peut permettre de comprendre la signification du facteur de stress et de le mettre en lien avec des traumatismes antérieurs. La psychothérapie de groupe peut avoir un intérêt en permettant à des sujets ayant vécu le même type d'événements stressants de s'identifier. Chez l'adulte, une aide médicamenteuse peut être proposée de manière ponctuelle. On peut par exemple proposer des anxiolytiques en cas de symptomatologie anxieuse au premier plan, en insistant sur le caractère bref de la prescription. Une aide par un antidépresseur peut s'avérer efficace pendant toute la durée du trouble, avec l'idée de l'arrêter après six mois de traitement (Gohier et al., 2007).

3) Les troubles de l'adaptation au milieu militaire

Au sein de l'institution militaire, les troubles de l'adaptation sont un motif fréquent d'inaptitude au plan psychique. Dans une étude prospective réalisée chez les engagés volontaires dans les armées, il a été souligné que le poids des réformes pour raison psychiatrique était important : le trouble de l'adaptation au milieu militaire en était la raison la plus fréquente, et les difficultés professionnelles étaient associées de façon

[15] CIM 10 (Classification Internationale des Maladies). Organisation Mondiale de la Santé. 1994.

statistiquement significative à la souffrance des patients adressés en consultation de psychiatrie. Les sujets étaient en proie à des difficultés relationnelles au sein de leur groupe ou de leur unité, surtout avec leur hiérarchie. L'évaluation psychiatrique retrouvait que 66,7 % des patients présentaient un trouble caractérisé de l'axe I et 30,3 % des traits de personnalité pathologiques de l'axe II selon la classification du DSM-IV (Cartignya et al., 2012). L'axe I correspond aux troubles majeurs cliniques (tels que troubles du développement, troubles liés aux substances, troubles cognitifs, troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles anxieux, etc.), tandis que l'axe II s'attache aux troubles de la personnalité et au retard mental. Les auteurs ont évoqué qu'il existait probablement à l'engagement un profil de personnalité pathologique, dans le sens d'un manque de souplesse dans la relation à autrui, favorisant un trouble de l'adaptation au milieu professionnel militaire. Selon eux, au cours du processus de sélection et de la période probatoire, une plus grande place accordée à l'approche psychologique permettrait le non-engagement de sujets aux failles internes trop marquées pour supporter la contrainte globale du métier de militaire.

4) La problématique de la dépendance affective

Une question importante porte sur le rapport qui peut exister entre un trouble de l'adaptation diagnostiqué et la présence concomitante d'un trouble de la personnalité. D'après Jean-Pierre Rondier, ceux-ci sont souvent comorbides au sein de l'institution militaire : ainsi, un trouble de l'adaptation ou sa répétition va souvent venir révéler un trouble de la personnalité. En effet, la confrontation à certaines situations en milieu militaire entraînant un trouble de l'adaptation favorise le dévoilement d'aménagements rigides de la personnalité. Cela peut être par exemple le cas des traits de dépendance affective, qui vont émerger lorsqu'un sujet va rencontrer des difficultés à supporter l'éloignement de ses proches (Rondier, 2012).

Or, les missions qu'effectuent les bâtiments de la Marine nationale peuvent couvrir de longues périodes de mer, jusqu'à plusieurs mois, ce qui est susceptible de réactiver des problématiques de dépendance affective anciennes.

D’un point de vue historique, les phénomènes de dépendance affective ont été observés depuis plusieurs siècles dans les armées (Ferraty, 2018). La survenue de nostalgie, considérée comme pathologique par les médecins militaires, a été décrite aussi bien chez les soldats que chez les marins. Charles Polydore Forget (1832), dans son traité de Médecine navale, précise que la nostalgie a fait pendant longtemps des ravages dans la Marine anglaise. Elle s'emparait des matelots britanniques lorsque, après un voyage au long cours, ils prenaient du plaisir à revoir leur famille, et qu’on les reconduisait à bord pour les emmener de nouveau vers des terres lointaines. Forget souligne la survenue de nostalgie également chez les marins français, particulièrement les bretons issus de l'intérieur des terres. À la fin du dix-neuvième siècle, le chirurgien de marine Jean-Baptiste Fonssagrives (1856) remarque que les périodes de mer paraissent très longues aux marins partis sur les navires de guerre, et que le découragement rend les jeunes matelots « nostomanes».

La clinique relevant de la dépendance affective est envisagée dans la nosographie psychiatrique actuelle sous l’axe de l’angoisse de séparation dans l’enfance et de la personnalité dépendante à l’âge adulte, dans un continuum du point de vue psychopathologique.

La CIM 10 décrit la personnalité dépendante comme un trouble de la personnalité caractérisé par une tendance systématique à laisser passivement autrui prendre les décisions, importantes ou mineures, le concernant, par une crainte d'être abandonné, des sentiments d'impuissance et d'incompétence, une soumission passive à la volonté d'autrui (par exemple de personnes plus âgées) et une difficulté à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Un manque d'énergie peut se manifester dans le domaine intellectuel ou émotionnel ; il existe souvent une tendance à rejeter la responsabilité sur autrui. La CIM 10 décrit le trouble « angoisse de séparation dans l’enfance » comme un trouble dans lequel l'anxiété est focalisée sur une crainte concernant la séparation, survenant pour la première fois au cours des premières années de l'enfance. Il se distingue de l'angoisse de séparation normale par son intensité, à l'évidence excessive, ou par sa persistance au-delà de la petite enfance, et par son association à une perturbation significative du fonctionnement social.

Le DSM V définit quant à lui le trouble de personnalité dépendante comme un besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et «collant»

et à une peur de la séparation, qui est présent au début de l'âge adulte et dans des contextes divers. Le trouble d'anxiété de séparation est classé quant à lui parmi les troubles anxieux. Il s'agit d'une anxiété excessive concernant la séparation avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché. Cette anxiété dépasse en sévérité le niveau que l'on pourrait attendre compte tenu du niveau de développement et doit être présent depuis plus de 6 mois. Elle peut se manifester par des plaintes somatiques répétées lors des séparations ou en anticipation de telles situations. Le trouble entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

Au vu des éléments précédents, nous nous sommes posé la question du nombre des inaptitudes psychologiques et psychiatriques dans la population spécifique représentée par les anciens mousses, ainsi que de leurs motifs. Ces jeunes marins seraient plus sujets aux troubles de l'adaptation, plus vulnérables à la dépendance affective ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

A) Caractéristiques de l'étude

Dans le cadre de cette recherche, nous avons mené une étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers médicaux et livrets psychologiques de marins issus de l'École des mousses entre 2009 et 2019 et pour lesquels a été statuée une inaptitude, temporaire ou définitive, voire une réforme médicale, pour motif psychologique ou psychiatrique, entre 2014 et 2020.

B) Population étudiée

Dans cette étude, ont été inclus tous les jeunes gens qui ont intégré l'École des mousses entre 2009 et 2019. Ont été extraits de cette population les individus pour lesquels a pu être retrouvée une décision d'inaptitude ou de réforme médicale d'origine psychologique ou psychiatrique au sein des centres médicaux des armées de Brest et de Toulon.

C) Méthode de recueil

Le recueil de données a consisté en une analyse minutieuse de l'ensemble des archives papiers disponibles dans le centre médical des armées de Brest pour les marins embarqués dépendant de la Force d'Action Navale (FAN) ainsi que des marins employés à terre dépendant de la base navale (BN). La recherche s'est centralisée sur les dossiers de CMS (quelle que soit la durée de l'inaptitude prononcée), de CRS ainsi que de réforme réalisés entre 2014 et 2019. En effet, nous n'avons pas pu consulter les dossiers entre 2009 et 2014 car ceux-ci, ayant plus de 5 ans d'ancienneté, avaient été adressés aux archives nationales. Ils n'étaient donc pas consultables en local. Afin d'augmenter le nombre de dossiers recensés, une analyse des archives similaire a ensuite été réalisée dans les mêmes conditions à Toulon.

Nous avons retenu parmi tous les dossiers trouvés ceux qui concernaient des marins qui avaient effectué un passage par l'École des mousses, en consultant en parallèle le listing de

l'ensemble des élèves mousses depuis la réouverture de l'école en 2009 jusqu'en 2019, soit 1695 personnels. Nous avons ensuite sélectionné les dossiers pour lesquels les motifs étaient psychologiques ou psychiatriques. Lorsque le motif n'était pas précisé, nous avons approfondi notre recherche en allant à la quête des informations manquantes dans le dossier médical informatisé des intéressés sur le logiciel du Service de Santé des Armées « Axone ».

Une fois la liste des dossiers finalisée, les livrets psychologiques des personnels concernés ont été commandés au SLPA de Toulon, où ils sont archivés, afin qu'ils puissent être analysés.

Pour chaque dossier médical, nous avons relevé les diagnostics psychiatriques, les éléments relatifs à la personnalité, les antécédents psychiatriques, ainsi que les évènements de vie marquants. Nous avons recueilli dans le livret psychologique l'évaluation émise par le psychologue ainsi que les antécédents médico-psychologiques investigués lors de l'entretien initial de sélection.

Enfin, nous avons indexé pour chacun des marins sélectionnés leur situation administrative actuelle au sein de la Marine.

D) Traitement et analyse des données

Les données récoltées ont fait l'objet principalement d'une analyse descriptive. L'ensemble des variables étudiées étant qualitatives, elles ont été formulées sous forme d'effectifs et de pourcentages. Aucune variable n'était quantitative.

Toutes les données ont été anonymisées.

E) Démarches réglementaires

Notre projet était de réaliser une étude rétrospective descriptive. D'après les articles R1121-1 et L1121-1 du Code de la Santé Publique, elle ne rentrait pas dans le cadre des Recherches Impliquant la Personne Humaine.

Il s’agissait d’une étude de recherche interne au SSA et au SPM avec un usage de documents détenus par ces deux entités. Dans ces conditions, il n’y avait pas de formalité à remplir vis-à-vis du Comité de Protection de la Personne.

Pour la consultation des dossiers médicaux de CMS, CRS, et de réforme, une autorisation a été demandée à la Direction de la Médecine des Forces. Pour la consultation des livrets psychologiques, une autorisation a été demandée au Service de Psychologie de la Marine.

Aucun financement n’a été demandé.

RÉSULTATS

A) Analyse des données des CMS et CRS recueillies à Brest

Dans un premier temps, nous avons dressé un état des lieux des archives de CMS et CRS ayant été prononcés à Brest entre 2014 et 2019 pour l'ensemble des marins (anciens mousses ou non).

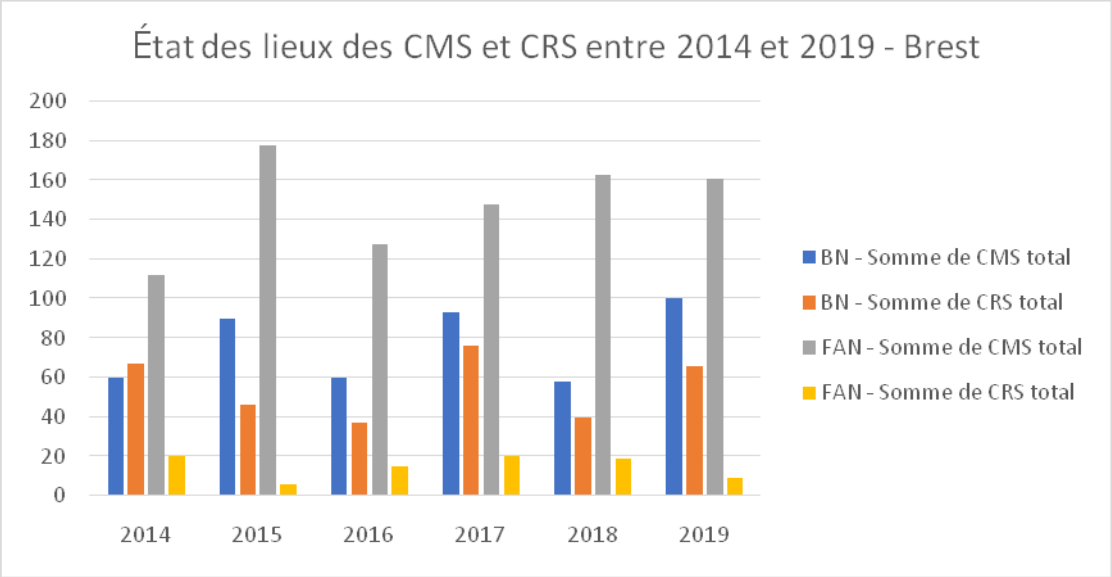


Figure 1 : CMS et CRS pour la FAN et la BN de Brest entre 2014 et 2019

Tous services confondus, le nombre moyen de CMS retrouvés par an est de 112.58 (plus spécifiquement, 76.83 pour la BN et 148.33 pour la FAN) et le nombre moyen de CRS est de 35.08 (plus spécifiquement, 55.33 pour la BN et 14,83 pour la FAN).

Puis, parmi l'ensemble des CMS et CRS répertoriés précédemment, nous avons sélectionné uniquement ceux concernant d'anciens mousses.

Tous services confondus, le nombre moyen de CMS que nous avons pu retrouver par an au profit d'anciens mousses est de 5.75 (plus spécifiquement, 2.33 pour la BN et 9.17 pour la FAN) et le nombre moyen de CRS est de 1.25 (plus spécifiquement, 1.83 pour la BN et pour la FAN).

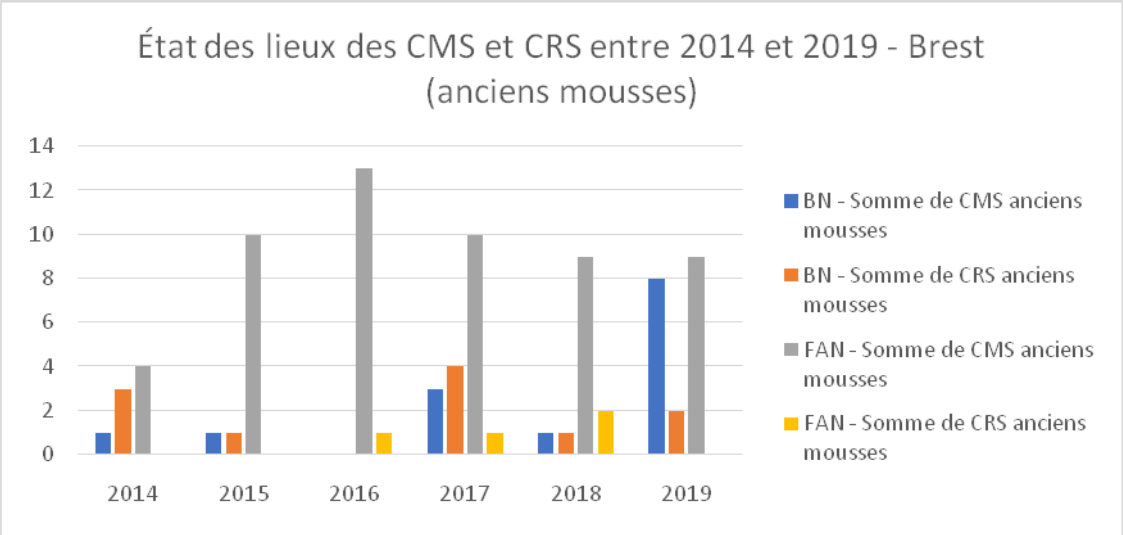


Figure 2 : CMS et CRS pour la FAN et la BN de Brest entre 2014 et 2019 concernant uniquement les anciens mousses

Afin d'augmenter le nombre de dossiers étudiés et d'affiner nos analyses, nous avons ajouté quelques données supplémentaires, composées de dossiers datant de janvier à avril 2020. Nous avons ainsi pu rassembler au total 89 dossiers de CMS ou CRS concernant d'anciens mousses.

Entre janvier 2014 et avril 2020, tous services confondus et pour chaque dossier concernant des marins anciens mousses, nous avons recherché le motif de l'inaptitude. Nous les avons ainsi classés en 3 catégories : motif concernant le sigle P, motif autre (pouvant concerner les sigles S, I, G, Y et O), et enfin motif inconnu, quand ce dernier n'a pas été retrouvé.

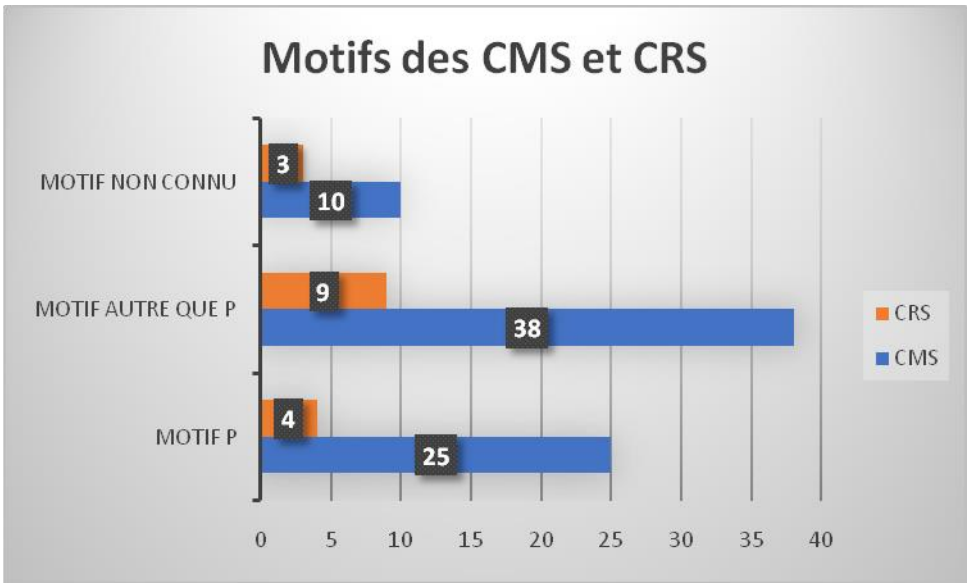
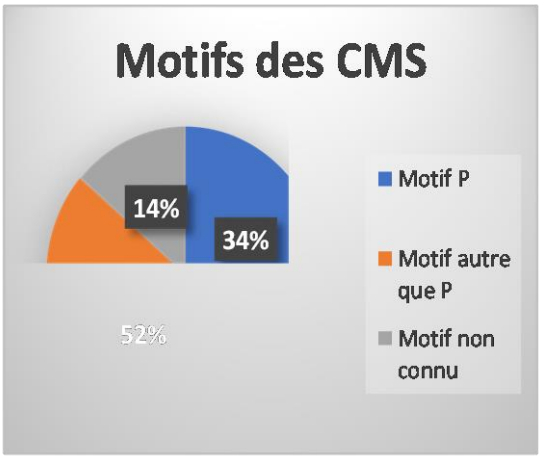
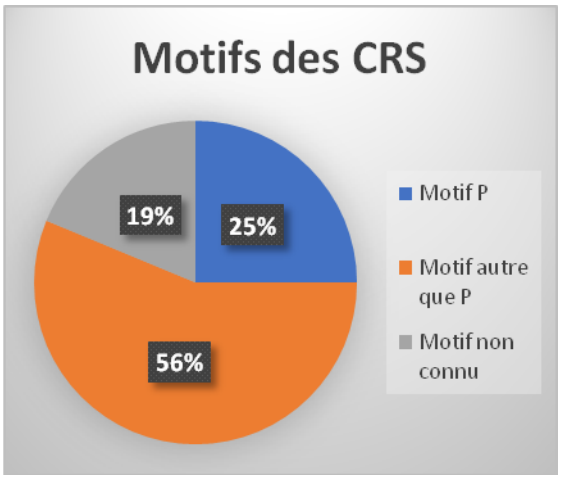


Figure 3 : Classification par motif des CMS et CRS (anciens mousses – Brest)

Si nous analysons ces chiffres en matière de proportions, voici les résultats :





Figures 4 et 5: Motifs des CMS et CRS au profit d'anciens mousses à Brest entre 2014 et 2020

Nous observons qu'il y a environ 35% des CMS et 25% des CRS au profit des anciens mousses qui ont un motif psychologique ou psychiatrique.

B) Analyse des données des CMS et CRS recueillies à Toulon

Nous avons dressé un état des lieux des archives de CMS et CRS ayant été prononcés à Toulon entre 2014 et 2019 pour l'ensemble des marins (anciens mousses ou non). Nous avons dû recentrer notre recherche sur la FAN, car les archives de la BN n'étaient pas disponibles. Ces dernières avaient été détruites, ce qui a rendu la consultation et l'analyse de ces données impossibles.

Nous avons procédé différemment que pour les données de Brest. En effet, les archives étaient cette fois-ci triées en fonction du motif d'inaptitude, ce qui nous permettait d'une part de présélectionner les dossiers nous intéressant, et d'autres part de connaître le nombre d'inaptitudes pour motif P tous marins confondus, et pas uniquement au profit des anciens mousses. Nous avons donc tout d'abord sélectionné parmi les dossiers de CMS et CRS concernant l'ensemble des marins ceux qui étaient en rapport avec un motif psychologique ou psychiatrique. Puis, pour ces derniers, nous avons répertorié ceux qui appartenaient à d'anciens mousses.

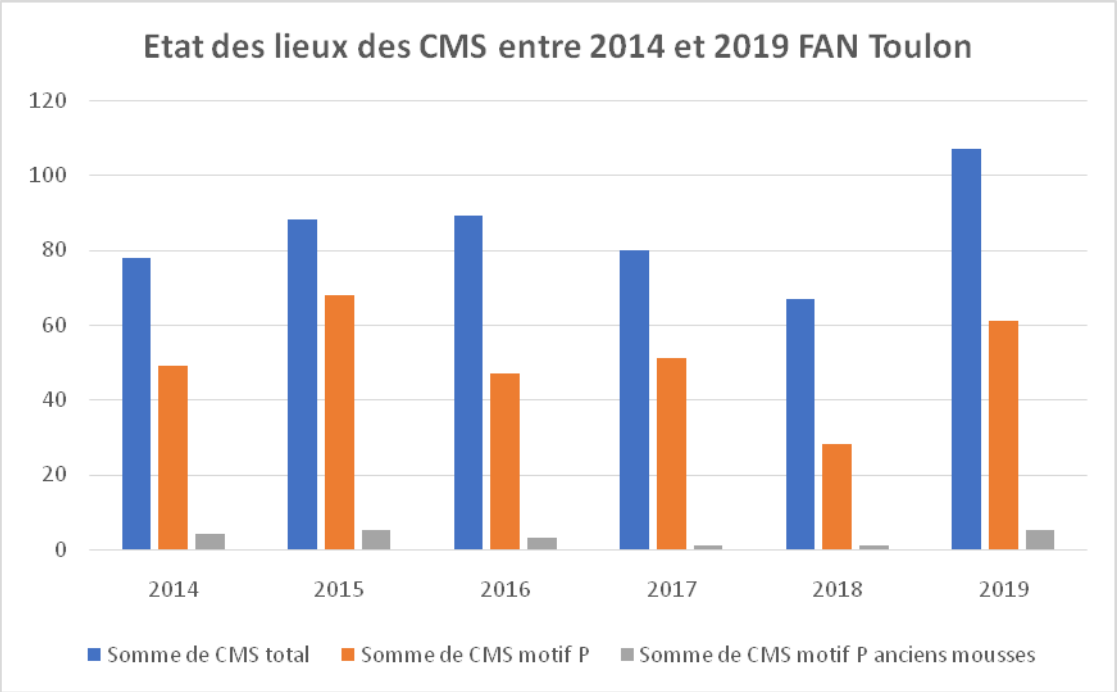


Figure 6 : CMS pour la FAN Toulon entre 2014 et 2019, dont CMS pour motif P (anciens mousses/non anciens mousses)

Sur une moyenne de 84.83 CMS par an pour la FAN Toulon (509 sur 6 ans), 50.67 portent sur le sigle P (304 sur 6 ans). Parmi ceux-ci, 3.17 par an en moyenne concernent d'anciens mousses.

Si nous analysons ces chiffres en matière de proportions, voici les résultats :

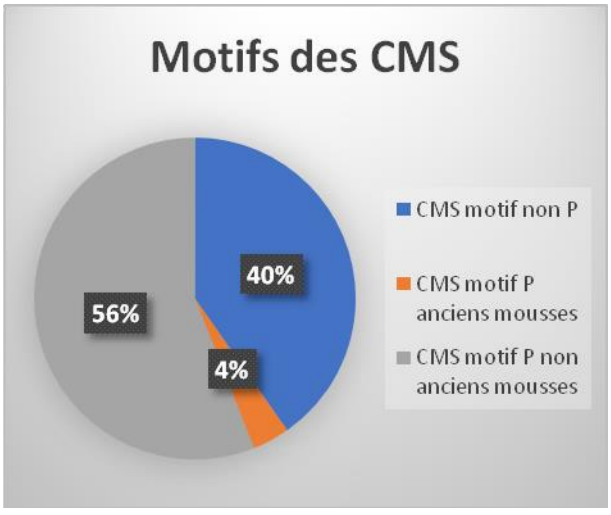


Figure 7 : Motifs des CMS pour la FAN Toulon entre 2014 et 2019 (anciens mousses/non anciens mousses)

Sur 509 CMS au total en 6 ans :

- 205 CMS, soit 40%, sont pour un motif autre que le critère P ;
- 304 CMS, soit 60%, sont pour un motif lié au critère P, dont 19 CMS pour des anciens mousses, soit 4%.

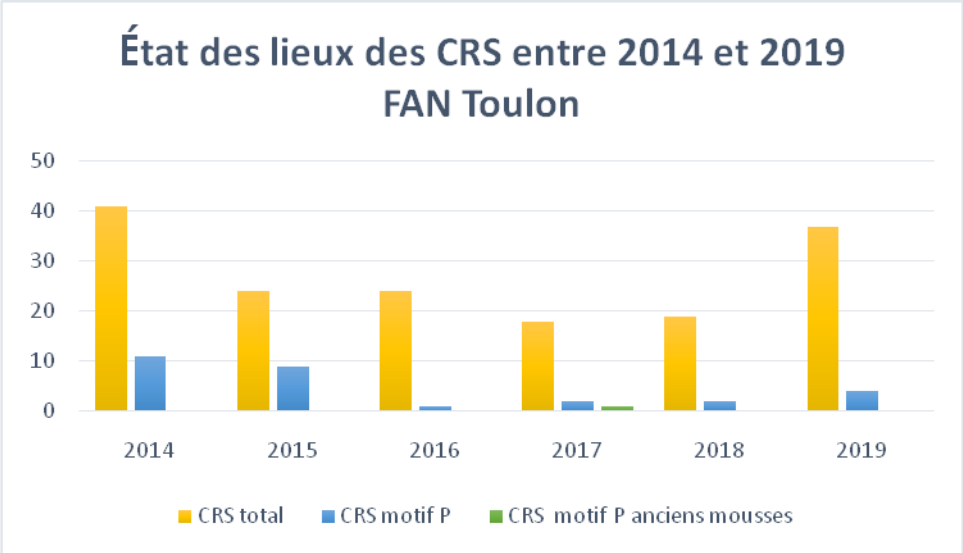


Figure 8 : CRS pour la FAN Toulon entre 2014 et 2019, dont CRS pour critère P (anciens mousses/non anciens mousses)

Sur une moyenne de 27.17 CRS par an pour la FAN Toulon (163 sur 6 ans), 4.83 concernent le sigle P (29 sur 6 ans). Parmi ceux-ci, 0.17 par an en moyenne concerne d'anciens mousses (1 sur 6 ans).

Si nous analysons ces chiffres en matière de proportions, voici les résultats :

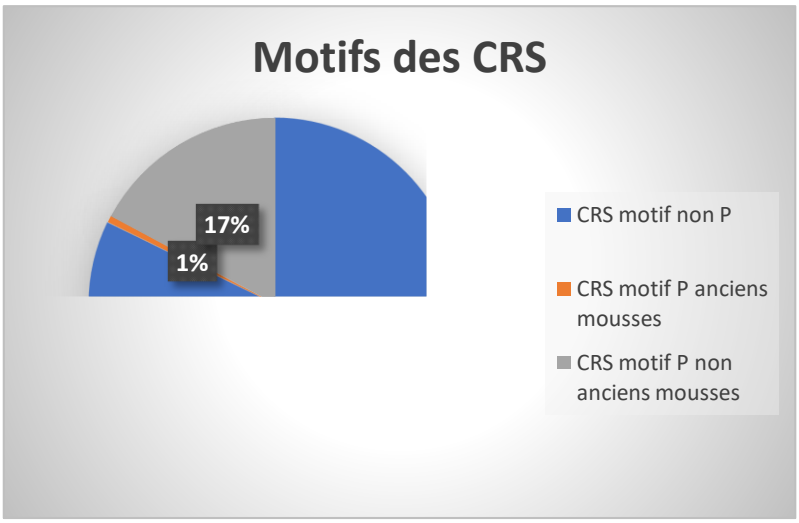


Figure 9 : CRS pour la FAN Toulon entre 2014 et 2019 (anciens mousses/non anciens mousses)

Sur 163 CRS au total en 6 ans :

- 134 CRS, soit 82%, sont pour un motif autre que le critère P ;
- 29 CRS, soit 18%, sont pour un motif lié au critère P, dont 1 CRS pour un ancien mousse, soit 1%.

À noter que nous avons retrouvé également à la FAN Toulon quelques dossiers de réformes psychiatriques de marins anciens mousses, que nous avons intégrés dans notre travail d'analyse en même temps que les dossiers de CMS et CRS.

C) Analyse des motifs d'inaptitude pour les marins issus de l'École des mousses

La population des marins anciens mousses ayant eu une aptitude pour motif P que nous nous apprêtons à étudier est composée de 54 personnels. Elle a été constituée à partir des recherches et analyses décrites précédemment.

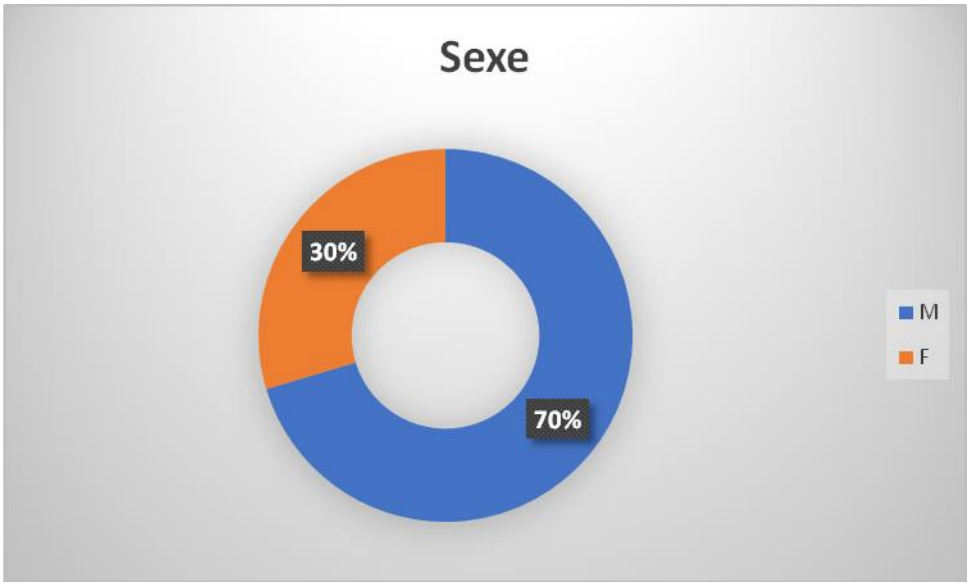


Figure 10 : Répartition des anciens mousses ayant eu une inaptitude pour motif P en fonction du sexe

Sur 54 individus, 38, soit 70%, sont des hommes, et 16, soit 30%, sont des femmes.

30 individus, soit 55.56% d'entre eux ont, en 2019, effectué leur RCA (radiation des contrôles de l'activité), c'est-à-dire qu'ils ont quitté l'institution militaire. Au contraire 24 sont encore employés dans l'institution (en poste embarqué ou non), soit 44.44% d'entre eux.

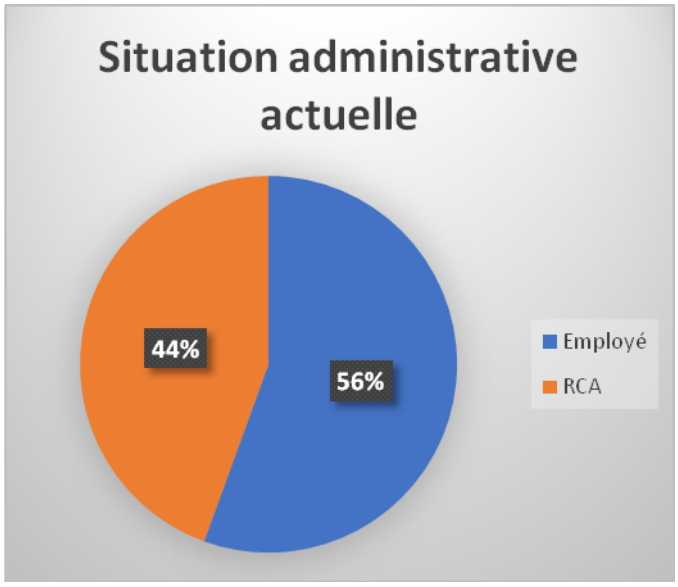


Figure 11 : Proportion des personnels RCA et ceux toujours employés dans l'institution

Les décisions d'inaptitude médicale pour ces marins, comme nous l'avons énoncé précédemment, ont été prises soit lors de CMS, de CRS, ou de commissions de réforme pour motif psychiatrique.

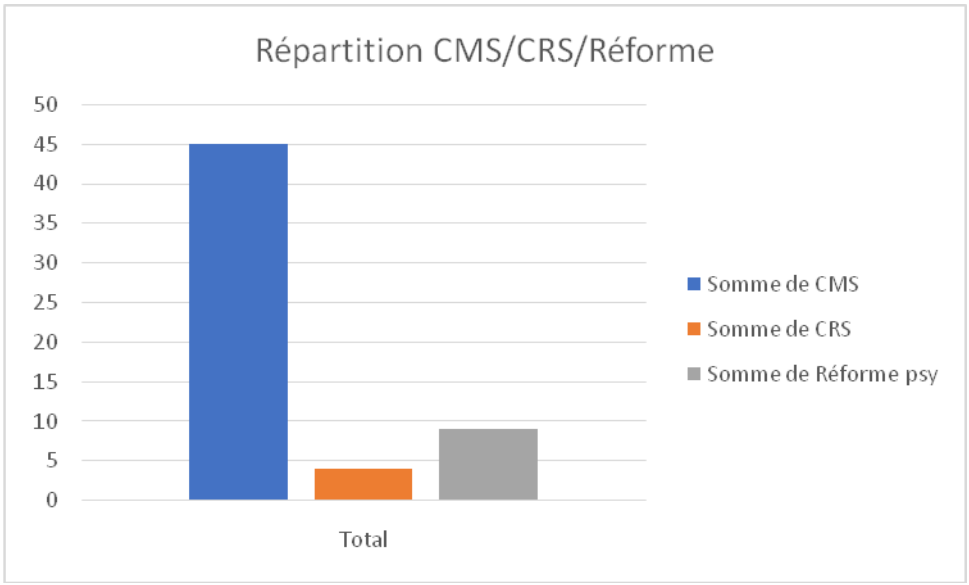


Figure 12 : Répartition CMS/CRS/Réforme

45 de ces marins ont bénéficié d'un CMS, soit 83.33% d'entre eux ; 4 ont bénéficié d'un CRS, soit 7.4%, d'entre eux ; 9 ont été réformés pour motif psychiatrique, soit 16.67% d'entre eux.

Notre analyse s'est appuyée sur l'étude des fiches de présentation devant les CMS, CRS ou commissions de réforme, élaborées par les médecins d'unité, ainsi que sur l'étude du contenu des livrets psychologiques des marins.

Nous avons tout d'abord catégorisé les dossiers en distinguant les différents diagnostics psychiatriques évoqués. La majeure partie d'entre eux peuvent être classés dans les troubles de l'adaptation, hormis trois cas de psychose. 38,89% (21 individus) souffrent d'un syndrome anxio-dépressif réactionnel associé, et 14,81% (8 individus) ont une addiction aux toxiques concomitante. À savoir que 2 d'entre eux ont à la fois un syndrome anxio-dépressif et une addiction aux toxiques.

L'analyse des dossiers médicaux et des livrets psychologiques nous a permis de mettre en évidence chez ces sujets des traits de personnalité pathologiques, dont, plus particulièrement, des traits de dépendance affective. Ainsi, 40 personnels sur 54 présentent des traits de personnalité pathologiques, soit 74.07% de la population ciblée. 22 sur ces 40 souffrent d'une dépendance affective, soit 40.74%.

Nous avons pu également mettre en évidence dans l'histoire de vie de ces marins des évènements marquants au plan psychique survenus dans l'enfance et/ou l'adolescence, que nous avons regroupés en deux grandes catégories : les antécédents de carence affective, impliquant un vécu d'abandon, ainsi que les antécédents de violence physique ou psychique reçue (agression, harcèlement, ou autres). 22 individus, soit 40,74%, ont souffert d'une carence affective dans l'enfance, et 15, soit 27,78%, ont été victimes de violences en tous genres. 6 d'entre eux ont à la fois vécu une carence affective et subi des violences.

Nous avons pu aussi relever des antécédents d'ordre psychiatrique chez ces jeunes marins, dont des troubles du comportement dans l'enfance et l'adolescence ayant nécessité un suivi spécialisé. Cette éventualité concerne 15 personnes, soit 27,78% de la population. Ces antécédents peuvent accompagner de façon aléatoire les antécédents de carence affective et de violences subies.

Enfin, 12 personnels, soit 22,22%, ont dû faire face à des troubles des apprentissages durant leur scolarité. Ces troubles, en règle générale, viennent majorer les troubles de l'adaptation

en amplifiant les difficultés rencontrées au sein de l'environnement militaire dans le cadre du travail.

D) Analyse des avis sur les candidatures à l'engagement émis par le SLPA

L'analyse des livrets psychologiques nous a permis de mettre en perspective avec les données précédentes l'avis émis suite à l'entretien psychologique de sélection effectué par le SLPA. Cet entretien s'est effectué pour cette population avant l'entrée à l'École des mousses. Nous avons distingué les avis favorables, réservés, et défavorables.

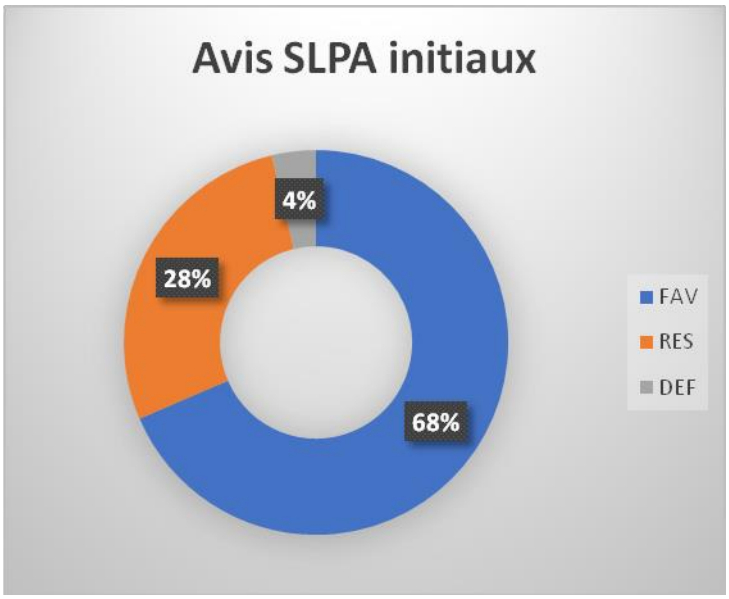


Figure 13 : Répartition des avis SLPA lors des entretiens de sélection

Au total, 37 avis, soit 68%, étaient favorables ; 15, soit 28%, étaient réservés ; 2, soit 4%, étaient défavorables.

DISCUSSION

A) Limites de l'étude

1- Biais de recrutement dans les dossiers

Dans notre étude, le nombre moyen d'archives papiers de CMS retrouvés par an à Brest entre 2014 et 2019 est de 112.58. Or, selon des données recueillies par le SLPA de Brest en 2016, il y aurait eu 141 CMS en 2014, 192 en 2015, et 149 en 2016 à Brest[16]. Il existe donc un biais de recrutement puisque nous n'avons pas pu rassembler l'intégralité des dossiers.

Selon les données recueillies par le SLPA de Toulon en 2016, il y aurait eu 187 CMS en 2014, 166 en 2015 et 155 en 2016 à Toulon. N'ayant pu avoir accès qu'aux CMS de la FAN, une partie des dossiers de Toulon n'ont pas pu être investiguée, puisque nous n'avons eu en notre possession qu'environ la moitié de la totalité des dossiers de CMS (84,83 dossiers par année), ce qui représente un biais de recrutement supplémentaire.

Enfin, en raison de difficultés d'accès aux dossiers, ceux passés en commission de réforme pour motif psychiatrique et sans prise en charge antérieure ou concomitante par le SLPA, n'ont pas été inclus dans l'étude. On peut imaginer que quelques cas en lien avec une décompensation aigue d'une pathologie psychiatrique soient passés rapidement en commission de réforme.

2- Biais d'échantillonnage dans les dossiers

Notre étude s'est intéressée aux individus pour lesquels une inaptitude pour motif P a été statuée durant leur carrière. Les mousses qui ont dénoncé leur lien et donc quitté la marine durant leur année à l'Ecole des Mousses ou durant leur période probatoire (6 mois voire un an) ne sont pas passés par la voie d'un CMS, d'un CRS ou d'une commission de réforme. Ils n'ont donc par définition pas été inclus dans l'étude. On peut pourtant imaginer pour un certain nombre d'entre eux que le motif de dénonciation était en lien avec des difficultés d'adaptation ou un certain mal-être psychologique.

[16] Étude interne menée par les SLPA de Brest et Toulon en 2016 concernant le nombre de CMS et CRS réalisés.

3- Manque de puissance de l'étude

En raison des différents biais de sélection que nous venons de développer, notre étude s'est effectuée au sein d'un petit échantillon. Un manque de puissance est donc à soulever. Pour être plus représentatif, on pourrait envisager lors d'une prochaine étude d'analyser les dossiers conservés au centre d'archivage militaire de Limoges, où une partie des dossiers manquants (notamment ceux concernant les CMS et CRS de 2009 à 2013) sont stockés. Une autre partie des dossiers manquants, détruite, ne pourra jamais être exploitée.

B) Caractéristiques des inaptitudes pour motif psychiatrique ou psychologique chez les anciens mousses

1- Proportion d'inaptitudes psychologiques et psychiatriques dans les CMS

Selon une étude faite par les SLPA de Brest et Toulon en 2016, la proportion d'inaptitudes pour motif psychologique et psychiatrique par rapport aux autres motifs était de :

- 58% en 2014, 69% en 2015, 54% en 2016 à Toulon ;
- 42% en moyenne entre 2013 et 2016 à Brest[16].

Dans notre travail, nous estimons que 60% des CMS de la FAN Toulon sont liés au critère P, ce qui correspond approximativement aux chiffres précédents.

Si l'on se réfère à la proportion de CMS pour motif psychologique ou psychiatrique concernant la population des anciens mousses à Brest, nous observons, selon nos données, qu'elle atteindrait 35%. Au vu du faible nombre de dossiers recueillis, la différence, de notre point de vue, ne nous paraît pas significative avec les éléments mis en avant par le SLPA pour l'ensemble de la population de marins.

2- Catégorisation selon le sexe

38 dossiers étudiés, donc 70% de la totalité, concernent des personnels masculins, et 16, soit 30% d'entre eux, concernant des personnels féminins. Or, la proportion de femmes parmi les

élèves mousses oscille entre 15 à 20%[17]. Dans une étude réalisée dans un service d'urgences psychiatriques, Navarre et Colonna (1996) soulignent une prédominance féminine dans les troubles de l'adaptation. Nous pouvons supposer que cette donnée est transposable à la population des marins dans son ensemble et pourrait faire l'objet d'une étude spécifique. Malgré tout, nous souhaitons nuancer cette observation de Navarre et Colonna par le fait qu'il s'agit ici d'individus qui font la démarche d'aller aux urgences psychiatriques et de consulter un médecin . Nous émettons l'hypothèse que les sujets masculins auraient peut-être moins tendance que les sujets féminins à se confier sur ce type de problématique et à oser en parler à un personnel soignant.

L'armée française est l'une des plus féminisée au monde, et ce phénomène continue de se développer. Selon les chiffres de l'Observatoire social de la défense, le taux de féminisation toutes armées confondues était en 2020 de 15.5% (contre 13.9% en 2005). Pour la Marine, il s'élevait à 14% en 2020, versus 11% en 2005. En 2005, le taux de féminisation dans la population des marins embarqués était de 4,9 %[18]. Il existe une volonté propre des armées à favoriser la féminisation et à recruter de plus en plus de femmes. En témoignent ces mots tenus par la ministre des armées Florence Parly en 2019 : « La sécurité est l'affaire de tous et au XXIème siècle nous ne pouvons nous priver de 50% des talents de la population ». Mais, comme le rappelle Lacombe (2005), professeur de sociologie à la faculté de Brest, « investir un "monde d'hommes" ne se réalise pas sans tensions en ce que, ici comme ailleurs, les hommes perdent le monopole d'un territoire professionnel ». En effet, historiquement et traditionnellement, le métier de marin est assimilé au genre masculin. Au moment de la féminisation des premiers bâtiments, en 1998, Dufoulon met en évidence, à travers plusieurs entretiens avec des marins, que la présence de femmes sur un bateau ne fait pas l'unanimité. Même inscrites dans le monde professionnel, elles semblent identifiées à travers des rôles externes (mères ou susceptibles de l'être, épouses). Dans ce contexte singulier, les femmes peuvent, même si les représentations sociales ont évolué, avoir l'impression d'être plus observées et mises à l'épreuve. Elles peuvent se sentir plus obligées que les hommes de justifier leur place au sein de l'équipage, et être incitées à gommer en partie leur aspect féminin afin de se fondre dans la masse (Trompette et al, 1998), jusqu'à

[17] Étude n°09/33 du 30/11/2009 réalisée par la Section d'Etudes et de Recherches des Applications de la Psychologie (SERAP).
[18]Observatoire social de la défense. Données de 2005 et 2020.

dans certains cas perdre une partie de leur propre identité (Dubar, 1999). Nous émettons l'hypothèse que la tendance que les jeunes femmes issues de l'École des mousses seraient tentées d'adopter en voulant masquer leur féminité pourrait avoir un impact négatif sur elles, dans un âge où la question de l'identité est particulièrement importante.

3- Motifs des inaptitudes

La majorité des diagnostics d'inaptitude médicale posés sont les troubles de l'adaptation, avec comme manifestations principales un syndrome anxio-dépressif ou des troubles des conduites.

Il existe dans la littérature peu de grandes études épidémiologiques portant sur le trouble de l'adaptation, notamment en consultation de médecine générale. D'après Bisson et Sakhuja (2006), cela s'explique par le fait que ce trouble a été d'avantage étudié chez les patients hospitalisés et vus dans le cadre de la psychiatrie de liaison, et lors de consultations aux urgences ou de consultations spécialisées. Parmi les rares travaux existants, Semaan et al. (2001) ont réalisé une étude concernant la prévalence du trouble de l'adaptation avec anxiété en consultation de médecine générale. Ils retrouvent une prévalence de 4,5% de troubles de l'adaptation avec manifestations anxieuses dans sa forme isolée et une prévalence de 9,2% lorsqu'il est associé à d'autres troubles psychiatriques. D'après Bottéro (2001), ce diagnostic serait même encore plus fréquent et sous-évalué avec une prévalence entre 5 et 25% chez les patients vus en consultation de psychiatrie, et d'avantage en consultation de médecine générale. Il n'est donc pas surprenant que ce trouble constitue la majorité des diagnostics posés chez les individus faisant partie de notre étude.

Si l'on se réfère à une étude menée par les SLPA de Brest et Toulon en 2011 sur la jeune population des marins titulaires du BAT (Brevet d'Aptitude Technique) dans les spécialités opérationnelles embarquées, les motifs d'inaptitude psychologique ou psychiatrique principaux sont en premier lieu une démotivation pour le travail, associée à une difficulté à supporter l'éloignement imposé du conjoint par des périodes de mer longues et répétées. Ces manifestations de dépendance affective doivent être envisagées dans une dynamique de balance maintenue à l'équilibre entre bien-être au travail et bien-être sur le plan personnel : lorsque l'attrait pour le métier s'amenuise, l'investissement de la sphère affective augmente

et devient prégnante. Chez 7 des 20 marins dont les dossiers ont été étudiés à Brest, soit 35% d'entre eux, a été posé le diagnostic de trouble de la personnalité[19].

En ce qui concerne la population des marins anciens mousses que nous étudions ici, dont certains sont embarqués mais d'autres employés à terre, 74% de la population ciblée présentent des traits de personnalité pathologique, dont quasiment 41% des traits de dépendance affective. La proportion de marins anciens mousses porteurs d'un trouble de la personnalité semble donc plus importante que dans la moyenne d'un groupe de marins de la même catégorie d'âge et d'ancienneté dans l'institution.

Dans notre recherche, 27,78% des marins anciens mousses déclarés inaptes ont été victimes de violences et maltraitances en tous genres dans l'enfance, 40,74% de carences affectives et négligences. Nous n'avons pas la capacité de comparer la fréquence de ces antécédents avec cette même fréquence chez la population des marins anciens mousses n'ayant pas fait l'objet de décision d'inaptitude psychologique ou psychiatrique. Cela aurait permis de mieux évaluer si ces antécédents peuvent être considérés comme des facteurs de risque d'inadaptation.

Cependant, nous pouvons comparer ces chiffres avec les chiffres dans la population générale française, afin de mesurer s'il existe une surreprésentation de ces antécédents dans la population des marins anciens mousses qui rencontrent des difficultés d'adaptation.

L'OMS a retenu pour la zone Europe les prévalences de maltraitance infantile suivantes[20] :

- maltraitance sexuelle : 13,4 % pour les filles, et 5,7 % pour les garçons ;
- maltraitance physique : 22,9 % pour les filles et les garçons ;
- maltraitance psychologique : 29,1 %.

Ces estimations résultent d'une revue systématique des études européennes (n = 50), publiées en anglais, concernant les différents types de maltraitance (Sethi et al., 2013).

[19] Étude interne menée par les SLPA de Brest et Toulon en 2011 chez les marins titulaires du BAT dans les spécialités opérationnelles embarquées.

[20] Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. HA. Service Bonnes pratiques professionnelles. Octobre 2014.

Selon les résultats de l'enquête EVS 10, menée en 2005-2006 en France par la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) auprès de 10 000 personnes, âgées de 18 à 75 ans :

- 15 % des hommes et 8,4 % des femmes âgés de 20 à 75 ans en 2005-2006 déclarent avoir vécu/subi des violences physiques de manière durable durant l'enfance et l'adolescence (soit 11,6 % de l'ensemble de la population) ;

- 0,2 % des hommes et 2,5 % des femmes âgés de 20 à 75 ans en 2005-2006 déclarent avoir vécu des violences sexuelles de manière répétée durant l'enfance et l'adolescence (soit 1,4 % de l'ensemble) (Beck et al., 2010).

Il semblerait donc, si l'on prend comme référence l'enquête menée en France, qu'il y ait une surreprésentation des violences et maltraitances subies dans l'enfance chez la population des marins anciens mousses ayant bénéficié d'une décision d'inaptitude psychologique ou psychiatrique, par rapport à la population générale.

Dans cette même enquête de la Drees, 11,6 % des hommes et 16,7 % des femmes âgés de 20 à 75 ans en 2005-2006 déclarent avoir vécu un grave manque d'affection durant l'enfance et l'adolescence, soit 14,2 % de l'ensemble (Beck et al., 2010).

Il semblerait donc que la population des marins anciens mousses ayant fait l'objet d'une décision d'inaptitude psychologique ou psychiatrique ait également été plus exposée que la population générale à une carence affective dans l'enfance.

Ces résultats concordent avec les différents facteurs de risque et facteurs déclenchants du trouble de l'adaptation qui sont décrits dans la littérature. La majorité des individus souffrant de ce trouble ont une activité professionnelle et vivent en couple. Selon Kenesi et al. (1997), le divorce et le chômage constitueraient des facteurs sociaux « fragilisants ». D'après Rodgers et Tennison (2009), il apparaîtrait fréquemment à la suite de certaines étapes essentielles de la vie comme l'entrée à l'école, à l'université, le mariage, la paternité ou la maternité, les modifications de la vie professionnelle, le départ à la retraite ou encore le départ de la maison du dernier enfant. Parmi tous ces potentiels évènements déclenchants, ceux concernant le domaine de la vie professionnelle sont les plus

fréquemment en cause (43 %) d'après Servant et al. (2012). Pour Graziani et al. (2001), les facteurs de stress les plus souvent retrouvés sont également les difficultés professionnelles, mais aussi les problèmes de santé du patient lui-même ou d'un de ses proches. Navarre et Colonna (1996) rajoutent aussi en première ligne les disputes conjugales, ruptures sentimentales et les problèmes financiers. Dupras (2012) met quant à elle en avant comme facteur de risque la faible estime de soi, et le manque de soutien amical. Enfin, Polyakova et al. (1998) ont réalisé une étude qui s'intéressait aux patients reçus aux urgences à la suite de la réalisation d'une tentative de suicide. Les auteurs, qui ont comparé les patients souffrant de dépression par rapport à ceux atteints de trouble de l'adaptation, ont mis en évidence une plus grande fréquence des carences affectives et d'une instabilité familiale durant l'enfance chez ces derniers.

C) Maltraitances, carences affectives dans l'enfance et survenue ultérieure de troubles psychiques

Nous allons ci-après aborder plus précisément la question des carences affectives et maltraitances dans l'enfance et en quoi elles constituent des facteurs de risque de décompensation psychique à l'âge adulte.

1- La théorie de l'attachement

Le psychiatre et psychanalyste britannique John Bowlby (1969, 1988) a travaillé sur la carence de soins maternels et les réactions à la séparation pour développer ce qui sera appelé sous le terme de théorie de l'attachement. Selon lui, le lien d'attachement précoce entre la mère et l'enfant, une fois intériorisé, sert de modèle à toutes les relations intimes et sociales de l'individu.

Selon les travaux de la psychologue américaine Mary Ainsworth et al. (1978), il existerait trois formes principales d'attachement de l'enfant, qu'elle a décrites à partir d'une situation standardisée d'épisodes de séparation et de retrouvailles avec la mère auprès d'enfants de 12 mois, et qu'elle a appelée « Situation étrange » :

- dans l'attachement de type sécure, l'enfant a une meilleure estime de soi, est capable d'appeler lorsqu'il a besoin, d'explorer, proteste lors des séparations mais accueille sa mère avec plaisir à son retour ;
- dans l'attachement de type insécure évitant, l'enfant ne fait pas appel à autrui, son stress augmente. Il a tendance à masquer sa détresse émotionnelle, ou au contraire à se sentir invulnérable, et à ne pas considérer qu'il peut faire confiance aux autres. Il essaie de garder le contrôle dans les situations de détresse en réduisant ses signaux de détresse en direction de sa mère ;
- dans l'attachement de type insécure ambivalent ou résistant, l'enfant se montre très ambivalent en situation de stress, comme s'il résistait à son besoin d'être réconforté. Il manifeste de la détresse lors de la séparation, dans un mélange de recherche de contact et de rejet coléreux, et a des difficultés à être réconforté.

2- Les troubles de l'attachement

Les troubles de l'attachement, en particulier les types d'attachement insécures, peuvent entraver les capacités d'adaptation à un environnement nouveau où les figures d'attachement sont mouvantes, ainsi que favoriser la dépendance affective.

De nombreux travaux de recherche dans des études aussi bien rétrospectives que prospectives mettent en évidence les liens entre les catégories d'attachement et les troubles du comportement à l'âge adulte. Les études transculturelles montrent que les différentes classes de sécurité ou d'insécurité chez l'enfant peuvent être reliées de façon valide au type d'interaction mère-enfant (Dugravier et al., 2006). Des études longitudinales américaines et allemandes sur l'attachement montrent la capacité prédictive de l'attachement dit sécure, en termes de relation avec les pairs, d'aisance sociale, de stabilité de l'attention (Grossmann et Grossmann, 1991), mais aussi d'affect positif, de curiosité, de capacité d'exploration, de capacité de résilience et d'empathie (Sroufe et al., 1990). Il semblerait qu'un attachement désorganisé au début de la vie puisse avoir un impact sur la régulation des émotions et avoir pour conséquence un trouble relationnel, illustration d'une sorte d'incompétence générale dans les relations interpersonnelles (Fonagy et al., 2002). Une étude dans le Minnesota de jeunes enfants suivis jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte a mis en évidence que les enfants

de mères jeunes, de faible niveau socio-économique, isolées, et ayant un attachement insécure, ont beaucoup moins de relations satisfaisantes avec leurs pairs, et davantage de symptômes d'agression et de dépression (Erickson et al., 1985).

Ainsi, l'attachement sécure opèrerait comme un facteur de protection, de résilience, dans un environnement à haut risque, alors que l'insécurité de l'attachement, combinée avec l'adversité familiale, contribuerait fortement à la survenue ultérieure de problèmes de comportement. L'attachement désorganisé semblerait être un facteur de risque de troubles du comportement surtout s'il est combiné à d'autres facteurs de risque (Main et Solomon, 1988). Il pourrait être le point de départ d'une voie menant aux troubles des conduites (Fonagy et al., 2002). Greenberget al. (1988) quant à eux insistent sur quatre dimensions permettant de prédire le risque pour un enfant de recevoir un diagnostic de trouble du comportement de type oppositionnel : le tempérament de l'enfant, les stratégies parentales inefficaces, l'adversité familiale élevée et l'attachement insécure. Le risque deviendrait élevé au-delà de la présence de deux de ces facteurs. Cette étude confirme l'importance de l'accumulation des facteurs de risque. L'insécurité de l'attachement pourrait donc être considéré comme un facteur de vulnérabilité qui, combiné à d'autres facteurs de risque, ouvrirait la voie à l'apparition de troubles du comportement (Dugravier et al., 2006).

3- Carences affectives, maltraitances et troubles psychiques ultérieurs

Les maltraitances infantiles peuvent générer des traumatismes psychologiques (Feiring et al., 1999). En ce qui concerne les abus sexuels dans l'enfance, des syndromes de stress post-traumatiques ultérieurs sont décrits (Ruggiero et al., 2000). Des symptômes non spécifiques peuvent aussi apparaître, comme la dépression (Brand Elena et al., 1996). L'adolescence constitue chez ces jeunes aux antécédents d'abus sexuels la période la plus vulnérable (Brown et al., 1999). On retrouve également des tentatives de suicide (Takkar et al., 2000), qui peuvent se répéter de manière itérative (Wahl et al., 1998), ou encore des automutilations (Van Der Kolk et al., 1991). Des auteurs décrivent aussi la genèse psychotraumatique, y compris liée aux abus sexuels, des états limites (Paris et al., 1994). Le fait que ces derniers perçoivent le monde extérieur comme malveillant à leur égard peut trouver racine dans une enfance marquée par des actes de violences sexuelles répétés (Silk

et al., 1995). Néanmoins, il existe d'autres facteurs de risque importants jouant sur le développement de ce type de troubles de la personnalité, tels que des expériences de délaissement voire de maltraitance des équipes soignantes dans l'enfance (Zanarini et al., 1997).

En ce qui concerne les troubles de la personnalité, les états limites peuvent aussi constituer un risque évolutif en cas de carence affective majeure pendant l'enfance, avec des troubles des conduites associés (Mises, 1994). Certains autres sujets ayant vécu des carences affectives peuvent se structurer de façon névrotique mais avec une tendance dépressive (Duchesne et Chabalier, 1993). Anzieu (1994) affirme que les enfants de parents dépressifs risquent de développer nourrisson un attachement précaire, un affect négatif, une attention et un éveil désorientés, à l'âge préscolaire une mauvaise maîtrise de soi, des troubles de fonctionnement cognitif et d'interactions sociales avec autrui, et enfin à l'âge scolaire ainsi qu'à l'adolescence des troubles des conduites, des troubles affectifs, des troubles anxieux, des troubles de l'attention ou encore des apprentissages.

D) Facteurs de risque de désadaptation en milieu militaire

Dans un article paru en à partir de l'étude de 100 dossiers d'expertise médico-légale pour désertion chez des appelés, les auteurs soulignent l'importance des perturbations dans l'environnement familial et des carences affectives ayant eu lieu dans l'enfance parmi les éléments relevés. Les antécédents de placement au cours de l'enfance et de l'adolescence pourraient représenter selon eux un critère pour repérer « les sujets à risque » (Missenard et al., 1984).

Le processus d'engagement dans l'armée peut venir précipiter une problématique de dépendance affective, dans la mesure où elle impose violemment la séparation. Pour ceux dont l'enfance a été marquée par de la maltraitance ou de la négligence émotionnelle, l'institution militaire vient parfois combler le vide affectif laissé par des figures d'attachement défaillantes. Les recrues ont le sentiment d'avoir retrouvé une famille en rentrant dans l'armée et décrivent des liens de camaraderie d'une grande intensité, quasi fraternels. C'est alors que le trouble de l'attachement peut venir se manifester,

particulièrement à travers la relation avec les supérieurs hiérarchiques, dont le rôle et les décisions peuvent venir heurter les attentes du sujet, engendrant alors un vécu de rejet ou le sentiment de ne pas être compris.

De nombreux jeunes gens qui intègrent l'École des mousses ont été confrontés dans leur enfance à des histoires abandonniques : certains sont orphelins, d'autres ont vécu à plusieurs reprises des expériences douloureuses de séparation liées à des recompositions familiales, d'autres encore ont été placés en famille d'accueil… Les difficultés d'adaptation qu'ils peuvent rencontrer lors de leur immersion dans le nouvel environnement que représente l'institution militaire peuvent être favorisées par le resurgissement d'angoisses de séparation en lien avec une faille dans les liens d'attachement.

E) Hypothèses concernant la population des marins anciens mousses

1- Un probable phénomène d'autorégulation

Sur les 1699 élèves entrés à l'École des mousses en 10 ans entre 2009 et 2019, 311 ont dénoncé leur contrat pendant leur scolarité à l'École des mousses ou pendant la période probatoire de leur contrat d'engagement en tant que QMF. Parmi les restants, 358 ont résilié leur contrat d'engagement par la suite. Actuellement, 63.60 % des mousses ayant signés un contrat QMF sont encore engagés dans la marine[21]. Par session, environ 38% ont accès au BAT. Or, sans accès au BAT, un mousse ne peut rester qu'entre 8 et 11 ans dans la Marine, et ne peut donc pas prétendre à une carrière longue. La majorité des marins anciens mousses qui quittent l'institution passent en moyenne 4 ans dans la Marine. Un nombre important de dénonciations de lien ont lieu en école puis pendant la période probatoire au fil de l'eau, mais c'est principalement au moment du 1er renouvellement de contrat que la majorité des ruptures de lien ont lieu. Selon les psychiatres militaires, le trouble de l'adaptation représenterait un vecteur non négligeable de ruptures de contrats d'engagement (Rousseau et Nicolas, 2018).

[21] Etude interne réalisé en 2020 par la Direction du Personnel Militaire de la Marine (DPMM).

Une hypothèse pourrait être qu'un certain nombre de jeunes mousses souffrant de difficultés d'adaptation décideraient de rompre leur contrat sans passer par la voie médicale, soit précocement en école ou pendant leur période probatoire, soit au terme de leurs quatre premières années de contrat. En somme, peut-être existerait-il un phénomène d'autorégulation chez des jeunes qui, s'ils ne trouvent pas l'épanouissement qu'ils cherchent au sein de l'institution, prennent sans trop d'hésitation la décision de la quitter. D'où l'importance capitale de la période probatoire, qui permet à une population pour laquelle les fragilités s'expriment très rapidement de dénoncer son lien à l'armée précocement. Pour corroborer cette hypothèse, une étude portant sur les motifs de dénonciation ou de résiliation de lien des les marins anciens élèves de l'École des mousses pourrait être envisagée.

2- Une adaptation à la vie embarquée qui exige une maturité psychique et physiologique

La Marine nationale a pour missions de protéger le territoire maritime français et de représenter la puissance française dans le monde en projetant ses forces sur toutes les mers du globe. Comme le souligne Trompette et al. (1998) : « Être un marin, c'est appartenir à un groupe culturellement déterminé par la tradition et les voyages, incluant une forme de mise à distance de la terre et de tous ses signifiants : la famille, les amis, un certain confort affectif et sexuel ». Dans les années 80, au temps où existait encore l'armée de circonscrits, les psychiatres militaires Clervoy et al. (1998) ont retenu les diagnostics, dans de nombreux dossiers d'inaptitude psychologique à la vie embarquée, de personnalité immature ou de dépendance psychoaffective, soit deux entités intrinsèquement liées, qui peuvent être fusionnées en une.

La vie de marin embarqué constitue pour un individu jeune une situation expérimentale de frustration qui sollicite intensément les aménagements psychiques tels qu'ils sont élaborés à l'adolescence. En effet, les contraintes d'un marin embarqué sont nombreuses. Il est soumis à une autorité hiérarchique et doit se montrer disponible en tout temps et en tout lieu. Les modifications impromptues des programmes opérationnels des bâtiments étant fréquentes, il est souvent confronté à des départs inopinés, au prolongement d'une mission ou à sa modification.

En outre, le rythme de vie à bord est astreignant, alors que la période de l'adolescence est marquée par un accroissement des besoins en sommeil, évalués entre 8 heures et demie et 10 heures par nuit (Guénolé et al., 2008). Plusieurs études ont retrouvé un lien significatif chez l'adolescent entre un déficit de sommeil et une altération cognitive secondaire (Gibson et al., 2006), une déstabilisation thymique avec une labilité de l'humeur (Dahl et Lewin, 2002). Cela entraîne aussi une irritabilité qui favorise la survenue de comportements hétéro-agressifs (Dahl, 1996), ainsi qu'une hausse de la prévalence de troubles des conduites (Morrison et al., 1992).

Enfin, la promiscuité entre marins à bord est omniprésente, que ce soit durant les heures de travail comme celles de repos. Les moments de solitude sont rares. À l'adolescence, l'intimité se ressent pourtant comme un besoin croissant (Kernier, 2008), et tout ce qui menace l'espace personnel est mal perçu (Neuburger, 2000). S'adapter à une vie compartimentée, avec peu d'intimité dans une atmosphère confinée peut donc s'avérer particulièrement oppressant et étouffant pour une population encore très jeune.

F) Pertinence de l'évaluation psychologique en sélection

Les entretiens psychologiques de sélection effectués par les SLPA ne semblent pas être prédictifs des difficultés d'adaptation ultérieures que rencontreront les mousses au sein de l'institution militaire. Ces évaluations sont rendues particulièrement complexes par la jeunesse de la population dont il est question, qui se trouve encore aux prises avec un processus de maturation sur le plan psychique, et dont le développement de la personnalité n'est pas parvenu à son terme.

Selon nous, cette évaluation doit donc se montrer très précautionneuse, et devra être confrontée à des réévaluations ultérieures, qui permettront d'apprécier l'adaptation du sujet plongé dans l'environnement et soumis à ses contraintes (Rondier, 2012). Lors de cette évaluation, il paraît recommandé que le psychologue se montre vigilant et s'attache à recenser les points de fragilité et de vulnérabilité qu'il pourrait détecter, lesquels pourraient faire le lit des difficultés d'adaptation à venir.

CONCLUSION

Les contraintes liées au métier de marin embarqué peuvent impacter son bien-être psychique, voire engendrer des troubles psychiques remettant en question son aptitude à exercer son métier. C'est pourquoi la Marine nationale accorde une grande importance au facteur psychologique dès le processus de sélection à l'engagement, ainsi que tout le long du cursus de carrière de ses personnels.

Dans la population des jeunes marins issus de l'École des mousses, nous avons pu repérer parmi ceux ayant présenté des troubles psychologiques ou psychiatriques des éléments biographiques qui pourraient être considérés comme des facteurs de risque de désadaptation. Il semblerait ainsi que cette population ait été particulièrement exposée aux carences affectives ainsi qu'à des violences physiques, psychologiques ou sexuelles dans l'enfance.

Les avis sur les candidatures à l'engagement émis par le SLPA ne semblent pas être prédictifs des difficultés d'adaptation ultérieures que rencontreront les mousses au sein de l'institution militaire. Il semble très complexe d'évaluer dans ce domaine une population jeune et dont la personnalité est encore en construction. Toutefois, nous préconisons que les points de fragilité évoqués précédemment soient systématiquement investigués par le psychologue, bien qu'il soit particulièrement délicat dans un seul et unique entretien d'aborder des sujets aussi intimes.

Pour ces raisons, la période probatoire du contrat d'engagement QMF paraît indispensable, car elle constitue à la fois une phase d'observation et d'évaluation en termes d'adaptation. Il pourrait être bénéfique, à la fois pour l'intéressé et l'institution, de mettre en place une consultation spécifique avec le médecin des forces à 3 mois de l'arrivée en première affectation de l'ancien mousse, afin de réévaluer le critère P et d'apprécier l'éventuelle nécessité d'un suivi psychothérapeutique, notamment pour ceux pour lesquels des facteurs de vulnérabilité ont été dépistés lors de l'entretien psychologique initial.

D'autre part, notre attention a été retenue par le fait qu'un nombre non négligeable de mousses rompent leur lien avec l'institution avant ou à la fin de leur premier contrat de

quatre ans. Nous émettons l'hypothèse qu'un certain nombre d'entre eux ont pu rencontrer des difficultés d'adaptation mais ont quitté l'institution sans emprunter la voie médicale en assumant plus facilement l'idée d'une erreur d'orientation et d'un choix relevant peut-être d'un désir parental et non du leur. Une étude complémentaire portant sur les motifs de dénonciation ou de résiliation de lien chez les marins anciens élèves de l'École des mousses pourrait s'avérer pertinente.

BIBLIOGRAPHIE

- Ainsworth M, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation. Hillsdale : Laurence Erlbaum ; 1978.
- Anzieu A. La mère absente-Reconstruction de l'enfant déprimé au cours de la cure de femmes adultes. Journal de la Psychanalyse de l'Enfant. 1993 ; 13 :155-73.
- Beck F, Cavalin C, Maillochon F, et al. Violences et santé en France : état des lieux. Paris : DREES ; 2010.
- Bisson JI, Sakhuja D. Adjustment disorders. Psychiatry. 2006 ; 5 : 240–2.
- Bottéro A. Trouble de l'adaptation : le diagnostic éludé. Neuropsychiatrie : Tendances et Débats. 2001 ; 15 : 21–2.
- Bowlby J. Attachment and loss. New York : Basic Books ; 1969.
- Bowlby J. A secure base. New York : Basic Books ; 1988.
- Brand Elena F, King CA, Olson E, Ghaziuddin N, Naylor M. Depressed adolescent with a history of sexual abuse : Diagnostic, comorbidity and suicidality. Adolescent Psychiatry. 1996 ; 35(1) : 34-41.
- Brochard P, Viance P. Le concept de l'aptitude en médecine du travail-Une réforme en marche. Médecine et Armées. 2009 ;37(3) :197-201.
- Brown J, Cohen P, Jonhson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect : Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. Adolescent Psychiatry. 1999 ; 38(12) : 1490-6.
- Cartignya A, Auxéméry Y, Carina C, Fidelle G. Trouble de l'adaptation au milieu militaire-Une étude prospective réalisée chez les engagés volontaires des armées. Médecine et Armées. 2012 ; 40(4) :373-8.
- Clervoy P, Corcos M, Payen A, Tardat-Tremolieres F, Dumargne I. Etats dépressifs du jeune adulte et mise en situation militaire. Annales Médico-psychologiques .1998 ; 156 (6) 408-12.
- Dahl RE, Lewin DS. Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. Journal of Adolescent Health. 2002 ; 31 : 175-84.
- Dahl RE. The impact of inadequate sleep on children's daytime cognitive function. Seminars in Pediatric Neurology. 1996 ; 3 : 44-50.
- Dubar C. La crise des identités. Paris : Seuil ; 1999.
- Duchesne N, Chabalier R. Les carences affectives et leur répercussion psychiatriques à l'âge adulte. Psychological Medicine. 1993 ; 25 : 1061-3.
- Dufoulon S. Les gars de la Marine. Paris : Métaillé ; 1998.

- Dugravier R, Saïas T, Guédeney A. Attachement et troubles du comportement. Perspectives psy. 2006 ; 45(1) : 87-92.
- Dupras G. L'importance des conditions de l'estime de soi à l'adolescence pour le bien-être psychologique des jeunes et le rôle du soutien social perçu. Université du Québec à Montréal : Service des bibliothèques ; 2012.
- Erickson MF, Sroufe LA, Egeland B. The relationship between quality of attachment and behaviour problems in pre school in a high risk sample. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1985 ; 50 (1-2) : 147-56.
- Feiring C, Taska L, Lewis M. Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. Child Abuse and Neglect. 1999 ; 23(2) : 115-28.
- Ferraty C. Réflexions historiques autour de la question de la nostalgie. Histoire des sciences médicales. 2018 ;52(1) :39-44.
- Fonagy, P, Target M, Cottrell D, Phillips J, Kurtz Z. What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents. London : Guilford Press ; 2002.
- Fonssagrives JB. Traité d'hygiène navale. Paris : Baillère ; 1856.
- Forget CP. Médecine navale, ou nouveaux éléments d'hygiène, de pathologie et de thérapeutique médico-chirurgicales, à l'usage des officiers de santé de la marine de l'Etat et du commerce. Paris : Baillère ; 1832.
- Gibson ES, Powles AC, Thabane L et al. « Sleepiness » is serious in adolescence : two surveys of 3235 Canadian students. BMC Public Health. 2006 ; 6 : 116-21.
- Gohier B, Chocard AS, Duverger P, Garré JB. Troubles anxieux et troubles de l'adaptation. La revue du praticien. 2007 ; 57 : 2061–6.
- Graziani P, Hautekèete M, Rusinek S, Servant D. Stress, anxiété et trouble de l'adaptation. Paris : Masson ; 2001.
- Greenberg MT, Speltz ML. Attachment and the ontogeny of conduct problems. Hillsdale : Laurence Erlbaum ; 1988.
- Grossmann KE, Grossmann K. Attatchment across the live circle. London : Routledge ; 1991.
- Guénolé F, Louis J, Nicolas A. Troubles du sommeil et violence chez les adolescents. Neuropsy News. 2008 ; 7 (2) : 71-5.
- Kenesi L, Navarre C, Muller J, Colonna L. Trouble de l'Adaptation : Etude Clinique d'une Population de 50 Patients Hospitalisés dans le Service d'Accueil et d'Urgence du CHU de Rouen. Annales Médico-psychologiques. 1997 ; 155 : 609–19.
- Kernier N, Marty F. L'adolescente et la mort. Cliniques Méditerranéennes. 2010 ; 81 : 181-98.
- Kernier N. Quête d'intimité à l'adolescence et imagos parentales intrusives. Dialogue. 2008 ; 182 : 89-103.

- Lacombe P. La féminisation de la Marine nationale, entre évidences et questionnement sociologique. Les Champs de Mars. 2005 ; 17 : 135-64.
- Main M, Solomon J. Discovery of an insecure disorganized/ disoriented atachment pattern. Nowrood : Ablex Publishing ; 1988.
- Mises R. Pathologies limites de l'enfance. EMC Psychiatrie. 1994 ; 37 : 201-6.
- Missenard F, Dubouis-Bonnefond JC, Ryckelinck B, Galle-Tessonneau JR, Hadni JC. Antécédents de carence affective et désertions au cours du service national-À propos de 100 expertises médico-légales. Médecine et armées. 1984 ; 12(4) : 323-6.
- Morrison DN, McGee R, Stanton WR. Sleep problems in adolescence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1992 ; 31 : 94-9.
- Navarre C, Colonna L. Prévalence et prise en charge des troubles de l'adaptation dans le cadre des urgences psychiatriques, Annales Médico-Psychologiques. 1996 ; 154 : 290–7.
- Neuburger R. Les territoires de l'intime : l'individu, le couple, la famille. Paris : Odile Jacob ; 2000.
- Paris J, Zweig-Franck H, Guzer J. Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. American Journal of Psychiatry. 1994 ; 35 : 301-5.
- Polyakova I, Knobler HY, Ambrumova A, Lerner V. Characteristics of suicidal attempts in major depression versus adjustment reactions. Journal of Affective Disorders. 1998 ; 47 : 159–67.
- Rodgers LS, Tennison LR. A preliminary assessment of adjustment disorder among first-year college students. Archives of Psychiatric Nursing. 2009 ; 23 : 220–30.
- Rondier JP. Confrontation des jeunes engagés aux évolutions du milieu militaire-Leçons des concours d'agrégation du Val-de-Grâce- Livre de l'École du Val-de-Grâce-Annales 2011-2012. Paris : Edition EVDG ; 2012. p.261-82.
- Rousseau PF, Nicolas F. Psychiatrie et Armée. EMC psychiatrie. 2018; 15(3) : 124-7.
- Ruggiero KJ, McLeer SV, Faye Dixon J. Sexual abuse characteristics associated with survivor Psychopathology. Child Abuse and Neglect. 2000 ; 24(7) : 951-64.
- Samuelian JC, Charlot V, Derynck F, Rouillon F. Adjustment disorders : apropos of an epidemiologic survey. L'Encéphale. 1994 ; 20 : 755–65.
- Semaan W, Hergueta T, Bloch J et al. Étude transversale de la prévalence du trouble de l'adaptation avec anxiété en médecine générale. L'encéphale. 2001 ; 27 : 238–44.
- Servant D, Pelissolo A, Chancharme L, Le Guern ME, Boulenger JP. Le trouble de l'adaptation avec anxiété- Caractéristiques cliniques et psychométriques chez des patients consultant en médecine générale. L'Encéphale. 2013 ; 37 : 347-51.
- Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F. European report on preventing child maltreatment. Copenhague : World Health Organization ; 2013.
- Silk KR, Lee S, Hill EM, Lohr NE. Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual Abuse. American Journal of Psychiatry. 1995 ; 152 : 1059-64.

- Sroufe LA, Egeland B, Kreutzer T. The fate of early experience following developmental change: longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. Child Dev. 1990 ; 61(5) : 1363-73.
- Takkar R, Guttierez P, Kuczen C, McCanne T. History of physical and/or sexual abuse and current suicidality in college omen. Child Abuse and Neglect. 2000 ; 24(10) : 1345-54.
- Trompette P, Saglio J, Dufoulon S. La différence perdue : la féminisation de l'équipage du Montcalm. Paris : Centre d'études en sciences sociales de la défense ; 1998.
- Van Der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of selfdestructive behavior. American Journal of Psychiatry. 1991 ; 148(12) : 1665-71.
- Wahl V, Fischer W, Pahud AL, Pascual T, Ladame F. Tentatives de suicide multiple à l'adolescence, abus sexuel et trouble de la personnalité borderline. Neuropsychiatrie Enfance Adolescence. 1998 ; 46(1-2) : 61-6.
- Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, et al. Reported pathological experiences associated with the development of borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry. 1997 ; 154(8) : 1101-6.

SERMENT D’HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

JAILLET (Guillaume) – Déterminants de l'inaptitude pour motifs psychologiques et psychiatriques des marins issus de l'École des mousses entre 2009 et 2019 –76 f., 13 figures.
Th. : Méd. : Brest 2021

RÉSUMÉ :

Le métier de marin embarqué expose à des contraintes diverses, qui nécessitent de posséder des capacités de résilience et un potentiel d'adaptation importants, c'est pourquoi les candidats à l'engagement dans la Marine nationale bénéficient d'un processus de sélection dans lequel est intégrée une évaluation psychologique.

L'auteur, après avoir présenté l'École des mousses, expose la notion d'aptitude médicale dans les armées ainsi que les caractéristiques des troubles de l'adaptation à la vie embarquée. Il mesure auprès de la population des marins anciens mousses le nombre d'inaptitudes médicales pour raison psychologique ou psychiatrique. Il en détermine aussi les motifs, recherche d'éventuels facteurs de risque de désadaptation à la vie embarquée, et apprécie la prédictivité des entretiens psychologiques de sélection.

Pour cela, il réalise une étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers médicaux et livrets psychologiques de marins issus de l'École des mousses ayant intégré entre 2009 et 2019 et pour lesquels a été statuée une inaptitude médicale pour motif psychologique ou psychiatrique. Il en déduit les éléments saillants qui selon lui seraient susceptibles de représenter des facteurs de risque.

L'auteur discute enfin de l'intérêt d'une étude similaire à plus grande échelle concernant les marins issus de l'École des mousses ayant rompu leur lien avec l'institution, laquelle permettrait d'évaluer l'importance de ces troubles de l'adaptation avec plus de puissance.

MOTS CLÉS :

MARIN, ÉCOLE DES MOUSSES, VIE EMBARQUÉE, INAPTITUDE PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE, TROUBLE DE L'ADAPTATION, DÉPENDANCE AFFECTIVE.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur DULOU Renaud

Membres : Monsieur le Professeur DEWITTE Jean-Dominique
Madame la Médecin en Chef LE COAT Anne
Madame la Médecin en Chef FERRATY Christelle

DATE DE SOUTENANCE :

15 juillet 2021

ADRESSE DE L'AUTEUR :