



**HAL**  
open science

# Dépistage et prévention du trouble de l'adaptation du militaire de l'Armée de Terre en mission : rôle du médecin des forces

Ysée Raynouard

► **To cite this version:**

Ysée Raynouard. Dépistage et prévention du trouble de l'adaptation du militaire de l'Armée de Terre en mission : rôle du médecin des forces. Sciences du Vivant [q-bio]. 2025. dumas-05426143

**HAL Id: dumas-05426143**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05426143v1>**

Submitted on 19 Dec 2025

**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 CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

Dépistage et prévention du trouble de l'adaptation du militaire de  
l'Armée de Terre en mission : rôle du médecin des forces

# **T H E S E**

Présentée et publiquement soutenue devant  
**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES DE  
MARSEILLE**

Le 18 décembre 2025

Par Madame RAYNOUARD YSÉE  
Née le 24 mars 1998 à PARIS 15EME (075) PARIS

Élève de l'École Du Val-de-Grâce – Paris  
Ancien élève de l'École de Santé des Armées – Lyon-Bron

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**D.E.S. MÉDECINE GÉNÉRALE**

Membres du Jury de la Thèse :

<b>Monsieur le Professeur SCHWARTZBROD Pierre-Éric</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Docteur GENICON David</b>	<b>Directeur</b>
<b>Madame le Docteur OSTERMANN Laurine</b>	<b>Directeur</b>
<b>Madame le Professeur GORIN Cécile</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur REBARDY Marion</b>	<b>Assesseur</b>



Dépistage et prévention du trouble de l'adaptation du militaire de  
l'Armée de Terre en mission : rôle du médecin des forces

# **T H E S E**

Présentée et publiquement soutenue devant  
**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES DE  
MARSEILLE**

Le 18 décembre 2025

Par Madame RAYNOUARD YSÉE  
Née le 24 mars 1998 à PARIS 15EME (075) PARIS

Élève de l'École Du Val-de-Grâce – Paris  
Ancien élève de l'École de Santé des Armées – Lyon-Bron

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**D.E.S. MÉDECINE GÉNÉRALE**

Membres du Jury de la Thèse :

<b>Monsieur le Professeur SCHWARTZBROD Pierre-Éric</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Docteur GENICON David</b>	<b>Directeur</b>
<b>Madame le Docteur OSTERMANN Laurine</b>	<b>Directeur</b>
<b>Madame le Professeur GORIN Cécile</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur REBARDY Marion</b>	<b>Assesseur</b>

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

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

### **Assesseurs :**

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

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC	:	Pr. Gabrielle SARLON
➤ Développement DPC	:	Pr. Frédéric CASTINETTI Pr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PASS - LAS	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Pr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Patrick DESSI
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Lily BLANC-PACCHIONI

## ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Bruno FOTI</b>
<b>Directeurs adjoints</b>	:	Pr. Michel RUQUET
	:	Pr. Anne RASKIN
<b>Chargés de mission</b>		
▪ Formation initiale	:	Pr. Michel RUQUET
▪ Recherche	:	Pr. Anne RASKIN
▪ Formation continue	:	Pr. Frédéric BUKIET
▪ Relations internationales	:	Pr. Hervé TASSERY
▪ Internat et diplômes d'études spécialisées	:	Pr. Virginie MONNET-CORTI
▪ Affaires générales	:	Dr. Alain TOSELLO

## ÉCOLE DE MAIEUTIQUE

<b>Directrice</b>	:	<b>Madame Carole ZAKARIAN</b>
<b>Chargés de mission</b>		
▪ 1 <sup>er</sup> cycle	:	Madame Estelle BOISSIER
▪ 2 <sup>ème</sup> cycle	:	Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Laurent BENSOUSSAN</b>
<b>Directrice Adjointe</b>	:	<b>Pr. Valérie AGHABABIAN</b>

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Sébastien COLSON</b>
------------------	---	-----------------------------

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEJOU Jacques
	ALBANESE Jacques		DELPERO Jean-Robert
	ALDIGHIERI René		DESSEIN Alain
	ALESSANDRINI Pierre		DELARQUE Alain
	ALLIEZ Bernard		DENIS Danièle
	AMBROSI Pierre		DESSI Patrick
	AQUARON Robert		DEVIN Robert
	ARGEME Maxime		DEVRED Philippe
	ASSADOURIAN Robert		DJIANE Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		DONNET Vincent
	AUTILLO-TOUATI Amapola		DUCASSOU Jacques
	AZORIN Jean-Michel		DUFOUR Michel
	BAILLE Daniel		DUMON Henri
	BAILLE Yves		DURAND Jean-Marc
	BARDOT Jacques		ENJALBERT Alain
	BARDOT André		ERARD Jacques
	BERARD Pierre		FAUGERE Gérard
	BERGOIN Maurice		FAVRE Roger
	BERLAND Yvon		FIECHI Marius
	BERNARD Dominique		FARNARIER Georges
	BERNARD Jean-Louis		FIGARELLA Jacques
	BERNARD Pierre-Marie		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERTRAND Edmond		FONTES Michel
	BISSET Jean-Pierre		FOUREL Jean
	BLANC Bernard		FRANCES Yves
	BLANC Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BOLLINI Gérard		FUENTES Pierre
	BONGRAND Pierre		GABRIEL Bernard
	BONNEAU Henri		GALINIER Louis
	BONNET Jean-Louis		GALLAIS Hervé
	BONNOIT Jean		GAMERRE Marc
	BORY Michel		GARCIN Michel
	BOTTA Alain		GARNIER Jean-Marc
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GAUTHIER André
	BOUBLI Léon		GERARD Raymond
	BOURGEADE Augustin		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOUVENOT Gilles		GIUDICELLI Sébastien
	BOUYALA Jean-Marie		GOUDARD Alain
	BREMOND Georges		GOUIN François
	BRICOT René		GRILLO Jean-Marie
	BRUNET Christian		GRIMAUD Jean-Charles
	BUREAU Henri		GRISOLI François
	CAMBOULIVES Jean		GROB Jean-Jacques
	CARTOUZOU Guy		GROULIER Pierre
	CAU Pierre		GUYS Jean-Michel
	CHABOT Jean-Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	CHAMLIAN Albert		HARLE Jean-Robert
	CHARPIN Denis		HASSOUN Jacques
	CHARREL Michel		HEIM Marc
	CHAUVEL Patrick		HOUEL Jean
	CHOUX Maurice		HUGUET Jean-François
	CIANFARANI François		JAQUET Philippe
	CLAVERIE Jean-Michel		JAMMES Yves
	CLEMENT Robert		JOUVE Paulette
	COMBALBERT André		JUHAN Claude
	CONTE-DEVOLX Bernard		JUIN Pierre
	CORRIOL Jacques		KAPHAN Gérard
	COULANGE Christian		KASBARIAN Michel
	CURVALE Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CRAVELLO Ludovic		LACHARD Jean
	DALMAS Henri		LAFFARGUE Pierre
	DE MICO Philippe		LAUGIER René

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	LE TREUT Yves	MM	RAOULT Didier
	LEGRE Régis		REBOUL Maurice
	LECHEVALLIER Eric		RICHAUD Christian
	LEVY Samuel		RIDINGS Bernard
	LOUCHET Edmond		ROCHAT Hervé
	LOUIS René		ROHNER Jean-Jacques
	LUCIANI Jean-Marie		ROUDIER Jean
	MAGALON Guy		ROUX Hubert
	MAGNAN Jacques		ROUX Michel
	MALLAN- MANCINI Josette		RUFO Marcel
	MALMEJAC Claude		SAHEL José
	MARANINCHI Dominique		SALAMON Georges
	MARIANI Paul		SALDUCCI Jacques
	MARTIN Claude		SALVADORI André
	MARTINI Louis		SAMBUC Roland
	MATTEI Jean François		SAN MARCO Jean-Louis
	MERCIER Claude		SANKALE Marc
	MICHEL Jean		SARACCO Jacques
	MICHOTEY Georges		SARLES Jacques
	MIRANDA François		SARLES - PHILIP Nicole
	MONFORT Gérard		SASTRE Bernard
	MONGES André		SCHIANO Alain
	MONGIN Maurice		SEBAHOUN Gérard
	MOULIN Guy		SEITZ Jean-François
	MUNDLER Olivier		SERMENT Gérard
	NAZARIAN Serge		SIMEONI Horace
	NICOLI René		SIMON Jean
	NOIRCLERC Michel		SOULAYROL René
	OLIVE Daniel		TAMALET Jacques
	OLMER Michel		TARANGER-CHARPIN Colette
	OREHEK Jean		THIRION Xavier
	ORTHLIEB Jean-Daniel		THOMASSIN Jean-Marc
	PANUEL Michel		TRIGLIA Jean-Michel
	PAPY Jean-Jacques		UNAL Daniel
	PAULIN Raymond		VAGUE Philippe
	PELOUX Yves		VAGUE/JUHAN Irène
	PENAUD Antony		VANUXEM Paul
	PIANA Lucien		VERVLOET Daniel
	PICAUD Robert		VIALETTES Bernard
	PIGNOL Fernand		WEILLER Pierre-Jean
	POGGI Louis		ZATTARA Henri
	POITOUT Dominique		
	PONCET Michel		
	POUGET Jean		
	PRIVAT Yvan		
	QUILICHINI Francis		
	RANQUE Jacques		
	RANQUE Philippe		

## EMERITAT

### 2008

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

### 2009

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

### 2010

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

### 2011

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

### 2012

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

### 2013

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

### 2014

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

### 2015

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

## EMERITAT

### 2016

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

### 2017

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

### 2018

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

### 2019

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

### 2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

## EMERITAT

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

### 2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

### 2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023
M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2023
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2023

### 2023

M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2024
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2024
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2024
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2024
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2024
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2024

## EMERITAT

2024

Mme le Professeur	DENIS Danièle	31/08/2027
M. le Professeur	DESSI Patrick	31/08/2027
M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2025
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2025
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2025
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2025

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUYOT-CECCALDI Laurent
AMABILE Philippe	COUDERC Anne-Laure	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	HABIB Gilbert
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
ASTOUL Philippe	CUNY Thomas	HOUVENAEGHEL Gilles
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HRAIECH Sami
AUDOIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	JACQUIER Alexis
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	JOURDE-CHICHE Noémie
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JOUVE Jean-Luc
AZULAY Jean-Philippe	DAUMAS Aurélie	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DAVID Thierry	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'ERCOLE Claude	<i>KERBAUL François (détachement)</i>
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DEHARO Jean-Claude	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DELAPORTE Emmanuel	LAGIER David
BARTOLI Michel	DEVILLIER Raynier	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BAT Flora	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBOURG Grégory	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUBUS Jean-Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFFAUD Florence	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DUFOUR Henry	LE GALL Michel
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	ESCLASSAN Rémi	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FABRE Alexandre	LOOSVELD Marie
BIRNBAUM David	FAKHRY Nicolas	MACE Loïc
BLAISE Didier	FAURE Alice	MAGNAN Pierre-Edouard
BLANC Julie	FELICIAN Olivier	MANCINI Julien
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence	MEGE Jean-Louis
BLONDEL Benjamin	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BOISSIER Romain	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FOTI Bruno	MEYER/DUTOUR Anne
BONELLO Laurent	FOURNIER Pierre-Edouard	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOULATE David	FRANCESCHI Frédéric	MICHEL Fabrice
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Gérard
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Justin
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHELET Pierre
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MILH Mathieu
BRUDER Nicolas	<i>GARCIA Stéphane (disponibilité)</i>	MILLION Matthieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MOAL Valérie
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MONNET-CORTI Virginie
BUKIET Frédéric	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MOUTARDIER Vincent
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	NAUDIN Jean
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLLAS Richard
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	NGUYEN Karine
CERMOLACCE Michel	GIOVANNI Antoine	OLLIVIER Matthieu
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	OUAFIK L'Houcine
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	PADOVANI Laetitia
CHANEZ Pascal	GONZALEZ Jean- Michel	PAGANELLI Franck
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRAILLON Thomas	PAPAZIAN Laurent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	PAROLA Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	PELLETIER Jean
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric	PERRIN Jeanne
CHOSSEGROS Cyrille	GUIEU Régis	PESENTI Sébastien

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PETIT Philippe	RUQUET Michel	TROPIANO Patrick
PHAM Thao	SALAS Sébastien	<i>TSIMARATOS Michel (détachement)</i>
PHILIP-ALLIEZ Camille	SARLON-BARTOLI Gabrielle	TURRINI Olivier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VALERO René
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VELLY Lionel
POINSO François	SIELEZNEFF Igor	VEY Norbert
RADULESCO Thomas	SIMON Nicolas	VIDAL Vincent
RANQUE Stéphane	STEIN Andréas	VIENS Patrice
RASKIN Anne	SUISSA Laurent	VILLA Antoine
REGIS Jean	TABOURET Emeline	VILLANI Patrick
REYNAUD/GAUBERT Martine	TAIEB David	VITON Jean-Michel
REYNAUD Rachel	TARDIEU Corinne	VITTON Véronique
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TARDIVO Delphine	<i>VIEHWEGER Heide Elke (détachement)</i>
<i>RICHERI Raphaëlle (disponibilité)</i>	TASSERY Hervé	<i>VIVIER Eric (disponibilité)</i>
ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCH Antoine	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCHWERGER Richard	TOMASINI Pascale	
ROLL Patrice	TOSELLO Barthélémy	
ROSSI Dominique	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

### PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

### PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques  
JANCZEWSKI Aurélie

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah ( <i>disponibilité</i> )	GAUBERT Jacques	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	GAUDRY Marine	NOIRRI-ESCLASSAN Emmanuelle
ANTEZACK Angéline	GELSI/BOYER Véronique	NOUGAIREDE Antoine
APPAY Romain	GIRAUD Thomas	PAULMYER/LACROIX Odile
ARCANI Robin	GIRAUDEAU Anne	PEDINI Pascal
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	PIZZO Francesca
BALLESTER Benoit	GOROKHOVA Svetlana	POMMEL Ludovic
BARON Sophie	GOURIET Frédérique	PRECKEL Bernard-Eric
BEGE Thierry	GRIMALDI Stéphan	PROST Solène
BELLONI Didier	GUERIN Carole	RE Jean-Philippe
BENYAMINE Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	RESSEGUIER Noémie
BLANCHET Isabelle	GUIBVARC'H Maud	ROBERT Philippe
BOBOT Mickael	GUIVARCH Jokthan	ROBERT Thomas
BOHAR Jacques	HABERT Paul	ROCHE-POGGI Philippe
BONINI Francesca	HAK Jean-François	ROCHIGNEUX Philippe
BOUCRAUT Joseph	HAUTIER Aurélie	ROMANET Pauline
BOULAMERY Audrey	HEIM Xavier	SABATIER Renaud ( <i>disponibilité</i> )
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	SARI-MINODIER Irène ( <i>détachement</i> )
BOUSSEN Salah Michel ( <i>détachement</i> )	JACQUOT Bruno	SAULTIER Paul
BUFFAT Christophe	JALOUX Charlotte	SAVEANU Alexandru
CAMILLERI Serge	JARROT Pierre-André	SILVESTRI Frédéric
CAMOIN Ariane	KASPI-PEZZOLI Elise	STELLMANN Jan-Patrick
CAMPANA Fabrice	KORCHIA Théo	STEPHAN Grégory
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	SUCHON Pierre
CASAZZA Estelle	LABIT-BOUVIER Corinne	TOSELLO Alain
CASSAGNE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TROUDE Lucas
CATHERINE Jean-Hugues	LAGARDE Stanislas	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHOPINET Sophie	LAGOANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VELY Frédéric
CHRETIEN Anne-Sophie	LAMBERT Isabelle	VENTON Geoffroy
COZE Carole	LAN Romain	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAURENT Michel	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEHARO Pierre	LORENZO Diane	
DELLIAUX Stéphane	LUCIANI Léa	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DUCONSEIL Pauline	MALISSEN Nausicaa	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André ( <i>disponibilité</i> )	
ELDIN Carole	MEGE Diane	
FOLETTI Jean- Marc	MENSE Chloé	
FRANKEL Diane	MENU Estelle	
FROMNOT Julien	MORAND-HUGUET Aurélie	
GARCIAZ Sylvain	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
GASTALDI Marguerite	NETTER Antoine	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	LAVERNY Oskar	THOLLON Lionel
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	ZAKARIAN Carole
DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie	
DESNUES Benoît	RUEL Jérôme	

**MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

CASANOVA Ludovic  
JEGO SABLIER Maëva

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

BERNAL Alexis  
FIERLING Thomas  
DE LAPEYRIERE Camille  
FORTE Jenny  
GUERCIA Olivier  
GUILLOT Laure  
MIGLIARDI Jonathan  
MITILIAN Eva  
THERY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline  
LAZZAROTTO Sébastien  
LUCAS Guillaume  
MATHIEU Marion  
MAYENS-RODRIGUES Sandrine  
MELLINAS Marie  
MORIN-GALFOUT Sara  
ROMAN Christophe  
TRINQUET Laure  
VILLA Milène

**CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION**

**FORMATION ERGOTHERAPIE**

BLANC Catheline  
DESPRES Géraldine  
GIRAUDIER Anaïs  
PAVE Julien

**FORMATION PODOLOGIE**

GRIFFON Patricia  
PETITJEAN Aurélie

**FORMATION ORTHOPTIE**

MONTICOLO Chloé

**FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE**

AUTHIER Guillaume  
CAORS Béatrice  
CHAULLET Karine  
ERCOLANO Bruno  
HENRY Joannie  
HOUDANT Benjamin  
MIRAPEIX Sébastien  
MULLER Philippe  
ROSTAGNO Stéphan

**CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES**

CHAYS-AMANIA Audrey

**CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS**

GILSINN Amanda

**ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

PARDOUX Eric  
SACHAU-CARCEL Géraldine

**CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE**

CLADY Emilie  
FREMONDIERE Pierre  
MATTEO Caroline  
MONLEAU Sophie  
MUSSARD-HASSLER Pascale

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

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)  
  
GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*  
  
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)  
  
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)  
  
SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
*GARCIA Stéphane (PU-PH) disponibilité*  
XERRI Luc (PU-PH)  
  
APPAY Romain (MCU-PH)  
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
*MAUES DE PAULA André (MCU-PH) disponibilité*

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
DUBOURG Grégory (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
  
*AHERFI Sarah (MCU-PH) disponibilité*  
*ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité*  
BARON Sophie (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
LUCIANI Léa (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)

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

BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LAGIER David (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)  
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

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

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

*BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) détachement*

**ANGLAIS 11**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

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

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

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MARLINGE Marion (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

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

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

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

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

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

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
 et Technologies de Communication 4604**

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

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

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

**CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

PROST Solène (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 TABOURET Emeline (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)  
 SABATIER Renaud (MCU-PH) disponibilité

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

**CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)  
 BIRNBAUM David (PU-PH)  
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
 SEBAG Frédéric (PU-PH)  
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
 CHOPINET Sophie (MCU-PH)  
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
 GUERIN Carole (MCU PH)  
 MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

FAURE Alice (PU PH)  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 PESENTI Sébastien (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

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

LENOIR Marien (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

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

BERTRAND Baptiste (PU-PH)  
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)  
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

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

GAUDRY Marine (MCU PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

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

LORENZO Diane (MCU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GOROKHOVA Svetlana (MCU-PH)

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

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

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BLANC Julie (PU-PH)  
 BRETTELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)

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

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

COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

NETTER Antoine (MCU-PH)

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

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH) *disponibilité*

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 HEIM Xavier (MCU-PH)  
 JARROT Pierre-André (MCU PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

#### MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

#### MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)  
 KERBAUL François (PU-PH) *détachement*  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

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

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 COUDERC Anne-Laure (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH) *Retraite 1/12/2024*  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

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

GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 PEDINI Pascal (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)  
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

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

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)  
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

#### MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

#### MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)  
 VILLA Antoine (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH) *disponibilité*

**MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

DE LAPEYRIERE Camille (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

**NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DAVID Thierry (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

**NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

GRIMALDI Stéphan (MCU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

BAT Flora (PU-PH)

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803***BLIN Olivier (PU-PH) disponibilité*

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

PARDOUX Eric (ATER)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

MENU Estelle (MCU-PH)

## PHYSIOLOGIE 4402

## PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

*TSIMARATOS Michel (PU-PH) détachement*

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

PIZZO Francesca (MCU-PH)

MORAND-HUGUET Aurélie (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

## PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

## PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

*RICHIERI Raphaëlle (PU-PH) disponibilité*

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

KORCHIA Théo (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (PU-PH)

## PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

## RHUMATOLOGIE 5001

## RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

## THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

VIDAL Vincent (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

HAK Jean-François (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

ARCANI Robin (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
HRAIECH Sami (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
BOISSIER Romain (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)

**SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91**

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume  
BLANC Catheline  
CAORS Béatrice  
CHAULLET Karine  
ERCOLANO Bruno  
GRIFFON Patricia  
GIRAUDIER Anaïs  
GRIFFON Patricia  
HENRY Joannie  
HOUDANT Benjamin  
MIRAPEIX Sébastien  
MONTICOLO Chloé  
MULLER Philippe  
PAVE Julien  
PETITJEAN Aurélie  
ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)  
TRINQUET Laure (MAST)

**MAÏEUTIQUE 90**

CLADY Emilie  
FREMONDIERE Pierre  
MATTEO Caroline  
MONLEAU Sophie  
MUSSARD-HASSLER Pascale  
REPELLIN David

ZAKARIAN Carole (MCF)

**SCIENCES INFIRMIERES 92**

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
LUCAS Guillaume (MAST)  
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
MELLINAS Marie (MAST)  
ROMAN Christophe (MAST)  
VILLA Milène (MAST)  
AMANIA Audrey (LRU)  
SCHWINGROUBERT Jocelyn (LRU)

**ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01**

LE GALL Michel (PU-PH)  
PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)  
TARDIEU Corinne (PU-PH)  
  
BLANCHET Isabelle (MCU-PH)  
BOHAR Jacques (MCU-PH)  
CAMOIN Ariane (MCU-PH)  
GAUBERT Jacques (MCU-PH)  
NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01**

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)  
  
ANTEZACK Angéline (MCU-PH)  
BELLONI Didier (MCU-PH)  
CAMPANA Fabrice (MCU-PH)  
CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)  
ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

**PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02**

FOTI Bruno (PU-PH)  
TARDIVO Delphine (PU-PH)  
  
LAN Romain (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 65**

ABOUT Imad (PR)

BUKIET Frédéric (PU-PH)  
ESCLASSAN Rémi (PU-PH)  
RASKIN Anne (PU-PH)  
RUQUET Michel (PU-PH)  
TASSERY Hervé (PU-PH)  
TERRER Elodie (PU-PH)

BALLESTER Benoît (MCU-PH)  
CASAZZA Estelle (MCU-PH)  
GIRAUD Thomas (MCU-PH)  
GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)  
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)  
JACQUOT Bruno (MCU-PH)  
LAURENT Michel (MCU-PH)  
MENSE Chloé (MCU-PH)  
POMMEL Ludovic (MCU-PH)  
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)  
RE Jean-Philippe (MCU-PH)  
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)  
STEPHAN Grégory (MCU-PH)  
TOSELLO Alain (MCU-PH)



**ÉCOLE DU VAL DE GRACE – Paris**

**A Monsieur le médecin général inspecteur Guillaume PELÉE de SAINT MAURICE**

Professeur agrégé du Val-de-Grâce  
Directeur de l'Académie de santé des armées  
Directeur de l'École du Val-de-Grâce  
Chevalier de la Légion d'Honneur  
Officier dans l'Ordre National du Mérite  
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

**A Monsieur le pharmacien général François CAIRE-MAURISIER**

Professeur agrégé du Val-de-Grâce  
Directeur-adjoint de l'Académie de santé des armées  
Directeur-adjoint de l'École du Val-de-Grâce  
Chevalier de la Légion d'Honneur  
Chevalier dans l'Ordre National du Mérite  
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

## **HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES ALPHONSE LAVERAN**



### **A Monsieur le Médecin Général Mehdi OULD-AHMED**

Professeur Agrégé du Val de Grâce

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

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

### **A Monsieur le Médecin chef des services Laurent THEFENNE**

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Responsable du Comité Pédagogique Médical

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

# REMERCIEMENTS

---

À MESDAMES ET MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY

**Monsieur le Médecin Général Pierre-Éric SCHWARTZBROD**, professeur agrégé de l'École du Val-de-Grâce,

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Votre expérience et vos compétences m'obligent. Veuillez recevoir, mon Général, l'expression de mes respectueux remerciements.

**Madame la Médecin Colonel Cécile GORIN**, professeure agrégée de l'École du Val-de-Grâce,

Vous me faites l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury de thèse. Votre engagement dans l'accompagnement des internes témoigne de votre dévouement et je vous suis particulièrement reconnaissante du temps que vous accordez à ce travail.

**Madame la Médecin Colonel Marion REBARDY**, docteur en médecine générale,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie pour votre attention et votre investissement à l'égard de cette thèse. Soyez assurée de l'expression de mes sincères remerciements.

**Madame la Médecin Principal Laurine OSTERMANN**, docteur en psychiatrie,

Je vous remercie sincèrement de m'avoir soutenue et encadrée dans ce travail de thèse. Vos conseils bienveillants, votre rigueur et votre avis éclairé m'ont été particulièrement précieux.

**Monsieur le Médecin Principal David GENICON**, docteur en médecine générale,

Vous avez accepté de me superviser dans la réalisation de ce travail. Je vous remercie pour vos conseils précieux et avisés ainsi que votre disponibilité sans lesquels ce travail ne serait pas.

## AUX CONTRIBUTEURS DE CETTE ETUDE

**Madame le Médecin Principal Roseline PONS,**

Merci pour votre participation à ce projet. Le travail titanesque d'analyse que vous avez réalisé, vos conseils tout au long de cette année, votre bienveillance et votre patience m'ont été d'une aide immense. Vous avez mes sincères remerciements.

**Madame le Docteur Liliane PELLEGRIN,**

Merci pour votre gentillesse, vos conseils avisés et votre expertise. Votre implication et votre soutien dans ce travail de thèse m'ont été très précieux.

**Aux participants de notre étude.**

## A MA FAMILLE :

**A mes parents**, sans qui je ne serais pas celle que je suis. Vous êtes mon double six, merci de me soutenir au quotidien et de m'avoir tant offert. Vous êtes les modèles d'implication, d'amour et de dévouement que je souhaite imiter. Maman, merci tout particulièrement pour le travail titanesque de relecture et le soutien moral de la dernière ligne droite.

**A mes grands-parents** Granny et Grandad, grâce à qui ma culture et mon esprit ne sont pas ouverts uniquement sur la médecine. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis, d'une façon d'être à votre ouverture sur le Monde.

**A mes frères**, pour cette complicité immédiate à chaque fois.

**Et au reste de ma famille.** Merci pour tous ces moments chaleureux, les retrouvailles animées autour d'une table, et la certitude de toujours trouver des bras accueillants, sur ce continent ou un autre.

**A Emy**, j'aurais souhaité prêter serment devant toi. Tu habites toujours mes pensées.

## A MES AMIS ET PROCHES :

**Aux amitiés qui ont traversé les années**, Ariane, Lola, Raphaëlle, pour tous nos fous rires et nos moments moins drôles, depuis maintenant quinze ans. Merci de mettre des paillettes dans ma vie.

**Aux amitiés qui sont nées dans cette sacrée sale Boîte**, Lisa, Sacha, Maxime, Florian, merci d'être là pour moi à chaque coup de vent. Vous avez la formidable faculté de les transformer en douce brise. A tous nos moments de joie, et les nombreux qui restent à venir.

**A ceux avec qui j'ai partagé l'externat**, cette magnifique histoire humaine !

**Aux copains de l'internat**, pour tous les moments de désespoir partagés qui nous lient, entre les CRH, les pauses café et les pauses larmes.

**Aux copains de promo et de la Boîte, aux copains civils de Lyon et de Marseille**, ceux avec qui l'on fait un bout de chemin, et ceux qui continuent le leur.

**A mon amoureux**, Gautier, merci d'être entré dans ma vie et d'avoir eu l'étrange idée de vouloir y rester. Merci d'être là pour moi, de me soutenir, d'être aussi merveilleux.

**A tous ceux que j'ai pu rencontrer pendant mes études**, à l'hôpital ou en antenne, à Marseille ou dans d'autres villes. Aux cheffes et chefs, infirmières et infirmiers, aides-soignants, secrétaires, et autres professionnels du soin. A ceux qui m'ont enseigné la médecine dans un esprit de compagnonnage. Qui m'ont appris à devenir médecin, mais aussi surtout soignant.

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

---

**BARON PERCY**  
CHIRURGIEN EN CHEF DE LA GRANDE ARMÉE  
○ AUX CHIRURGIENS SOUS-AIDES. 1811 ○

**A nos patients et leurs familles.**

LES POSITIONS EXPRIMEES DANS CE TEXTE SONT CELLES DES AUTEURS ET NE DOIVENT PAS ETRE  
CONSIDEREES COMME LE POINT DE VUE OFFICIEL DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES.

# TABLE DES MATIERES

---

<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>1</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>5</b>
<b>SIGLES ET ACRONYMES.....</b>	<b>7</b>
<b>1 - INTRODUCTION .....</b>	<b>9</b>
1.1 <b>CONTEXTE ACTUEL D'EMPLOI DES FORCES ARMEES .....</b>	<b>9</b>
1.2 <b>LE ROLE STRATEGIQUE DU MEDECIN MILITAIRE.....</b>	<b>10</b>
1.2.1 <i>En métropole.....</i>	<i>10</i>
1.2.2 <i>Engagement opérationnel .....</i>	<i>12</i>
1.3 <b>TROUBLE DE L'ADAPTATION.....</b>	<b>12</b>
1.3.1 <i>Définition DSM-V .....</i>	<i>12</i>
1.3.2 <i>Apport de la littérature aux définitions.....</i>	<i>14</i>
1.3.3 <i>Dans l'Armée.....</i>	<i>15</i>
1.3.4 <i>Résilience et stratégies d'adaptation.....</i>	<i>16</i>
<b>2 - PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>18</b>
2.1 <b>ÉLABORATION DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>18</b>
2.2 <b>PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>19</b>
<b>3 - MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>20</b>
3.1 <b>DEMARCHES REGLEMENTAIRES.....</b>	<b>20</b>
3.2 <b>POPULATION .....</b>	<b>21</b>
3.3 <b>PRESENTATION DE L'ECHANTILLONNAGE .....</b>	<b>22</b>
3.4 <b>METHODE.....</b>	<b>23</b>
3.4.1 <i>Recueil des données.....</i>	<i>23</i>
3.4.2 <i>Élaboration du guide d'entretien .....</i>	<i>24</i>
3.4.3 <i>Journal de bord .....</i>	<i>25</i>
3.4.4 <i>Analyse des données.....</i>	<i>26</i>
3.4.5 <i>Thématiques abordées.....</i>	<i>27</i>
<b>4 - RESULTATS .....</b>	<b>29</b>
4.1 <b>REPRESENTATIONS DU TROUBLE DE L'ADAPTATION .....</b>	<b>29</b>
4.1.1 <i>Définir le trouble de l'adaptation.....</i>	<i>30</i>
4.1.1.1 <i>Une définition nosologique aux contours imprécis.....</i>	<i>30</i>

4.1.1.2	Manifestation symptomatique en situation de contraintes militaires.....	32
4.1.1.3	Les profils types.....	36
4.1.2	<i>Vie militaire et mission opérationnelle : deux contextes distincts d'expression du trouble de l'adaptation</i>	38
4.1.3	<i>Le trouble de l'adaptation : une entité clinique aux frontières du médical</i> .....	41
4.1.3.1	Un enjeu de ressources humaines prédominant .....	41
4.1.3.2	Une pathologie suspectée factice .....	43
4.2	DETERMINANTS DU TROUBLE DE L'ADAPTATION.....	44
4.2.1	<i>Le militaire et sa résilience</i> .....	45
4.2.1.1	Caractéristiques intrinsèques.....	46
4.2.1.2	Adhésion à l'institution militaire : enjeux motivationnels et déterminants individuels.....	49
4.2.1.3	Inadéquation du profil recruté aux exigences institutionnelles .....	50
4.2.1.4	Intégration et dynamique de groupe .....	52
4.2.1.5	Environnement familial et social.....	53
4.2.1.6	Travailler la résilience.....	57
4.2.2	<i>L'Armée, un environnement contraignant</i> .....	58
4.2.2.1	Les contraintes de la vie militaire.....	59
4.2.2.2	Des contraintes exacerbées en mission .....	61
4.2.3	<i>Des facteurs déclenchants</i> .....	64
4.2.3.1	Relations conflictuelles .....	64
4.2.3.2	Déceptions .....	65
4.2.3.3	Émergence de problématiques soudaines/aiguës .....	67
4.2.4	<i>Des circonstances à risque</i> .....	69
4.2.4.1	La première mission .....	69
4.2.4.2	Le temps du retour.....	70
4.2.4.3	Le départ non désiré .....	70
4.3	FAIRE L'EXPERIENCE DU TROUBLE DE L'ADAPTATION .....	71
4.3.1	<i>Contexte de rencontre avec le patient</i> .....	72
4.3.1.1	Une forme précoce .....	72
4.3.1.2	Être convoqué à J90 : retard de diagnostic .....	74
4.3.1.3	Être vu en consultation .....	76
4.3.1.4	Mal-être psychique en mission .....	76
4.3.2	<i>Un mauvais pronostic</i> .....	77
4.3.2.1	Évolution vers une réforme.....	78
4.3.2.2	Facteurs de mauvais pronostic.....	78
4.3.2.3	Période probatoire : une échéance à ne pas manquer .....	82
4.3.3	<i>Anticiper le trouble de l'adaptation</i> .....	84
4.3.3.1	Difficultés d'accès aux informations.....	84
4.3.3.2	L'épreuve du service : seul indicateur fiable du trouble de l'adaptation .....	85
4.3.4	<i>Une situation clinico-administrative frustrante pour le médecin</i> .....	87
4.3.4.1	Médicalisation.....	87

4.3.4.2	Consommer des ressources .....	90
4.3.4.3	Une dynamique relationnelle défensive chez les médecins.....	91
4.4	ÉVALUER LE PATIENT DANS SON ENVIRONNEMENT .....	92
4.4.1	<i>L'évaluation en visite médicale périodique</i> .....	93
4.4.1.1	Situation psycho-sociale.....	93
4.4.1.2	L'impact des événements de vie .....	96
4.4.1.3	Ressources psychiques.....	98
4.4.1.4	Motivation.....	99
4.4.2	<i>Une évaluation qui s'adapte en fonction des visites</i> .....	103
4.4.2.1	Visite d'expertise médicale initiale.....	103
4.4.2.2	Visite d'incorporation .....	104
4.4.2.3	Visite médicale périodique.....	104
4.4.2.4	Visite avant départ .....	106
4.4.2.5	Visite de fin de période probatoire .....	109
4.4.2.6	Visite de retour .....	111
4.4.3	<i>Construire son évaluation</i> .....	112
4.4.3.1	Doctrines d'emploi.....	112
4.4.3.2	Une pratique à soi .....	113
4.4.3.3	S'adapter à ses contraintes propres.....	115
4.5	UNE RELATION TRIANGULAIRE PATIENT-MEDECIN-COMMANDEMENT QUI S'INTEGRE DANS UN RESEAU DE SOUTIEN	116
4.5.1	<i>Relation médecin-patient</i> .....	117
4.5.1.1	Le médecin militaire, une double casquette .....	117
4.5.1.2	Construire la confiance .....	118
4.5.1.3	Prise de décisions médicales partagées .....	120
4.5.2	<i>Relation médecin-commandement</i> .....	120
4.5.2.1	Conseil au commandement .....	121
4.5.2.2	Être entendu par le commandement.....	122
4.5.3	<i>Relation commandement-patient</i> .....	125
4.5.3.1	Responsabilités du commandement .....	125
4.5.3.2	Le commandement, élément central de l'adaptation en contexte opérationnel .....	126
4.5.4	<i>Travailler avec le réseau de soutien</i> .....	128
4.5.4.1	L'intégration du médecin dans le régiment .....	129
4.5.4.2	Apport des informations extérieures fournies par des tiers .....	129
4.5.4.3	Pour accompagner, surveiller et proposer des solutions .....	133
4.5.5	<i>Préparer la mission</i> .....	136
4.5.5.1	Adapter les attentes.....	136
4.5.5.2	Informer .....	137
4.5.5.3	Soutenir la famille .....	141
4.6	LA QUESTION DE L'APTITUDE.....	142
4.6.1	<i>Être dans l'incertitude</i> .....	143

4.6.2	<i>Une décision au cas par cas</i> .....	144
4.6.2.1	Les risques de l'inaptitude.....	144
4.6.2.2	Les conditions de la mission .....	146
4.6.2.3	La perception par le patient de ses problématiques .....	148
4.6.3	<i>Inaptitude</i> .....	149
4.6.3.1	Justifier sa décision d'inaptitude .....	149
4.6.3.2	Déclarer inapte.....	152
4.6.3.3	Être responsable de ses décisions.....	154
4.6.4	<i>Surveillance</i> .....	155
4.6.4.1	Réduction des risques .....	156
4.6.4.2	Réévaluer .....	157
4.6.5	<i>Rentrer dans une démarche de soins</i> .....	158
<b>5</b>	<b>- ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS.....</b>	<b>159</b>
5.1	ÉTAT DES CONNAISSANCES .....	159
5.1.1	<i>Définitions</i> .....	159
5.1.1.1	Une définition bien élaborée .....	159
5.1.1.2	Des contraintes bien identifiées.....	160
5.1.1.3	Des facteurs de risque partiellement reconnus .....	161
5.1.1.4	Entre expérience et enseignement : quelles modalités d'apprentissage ? .....	163
5.1.2	<i>Les freins à l'identification du trouble</i> .....	163
5.1.2.1	Une définition aux limites floues.....	164
5.1.2.2	Confusion entre le trouble de l'adaptation et d'autres diagnostics .....	165
5.1.2.3	Reconnaître la souffrance du patient.....	166
5.2	REPRESENTATIONS.....	167
5.2.1	<i>Le trouble de l'adaptation : déterminants individuels ou facteurs liés à la mission ?</i> .....	167
5.2.2	<i>Pronostic</i> .....	169
5.2.2.1	Risque suicidaire .....	170
5.2.2.2	Rapatriement sanitaire.....	170
5.2.2.3	Réforme ou reprise du service .....	171
5.2.2.4	Nouvelles missions et récidives.....	174
5.2.3	<i>Médicalisation</i> .....	174
5.3	REPERCUSSIONS DANS L'EXPERTISE.....	175
5.3.1	<i>Situation psychosociale et événements de vie</i> .....	175
5.3.2	<i>Motivations à la projection</i> .....	177
5.3.3	<i>Ressources psychiques et facteurs de vulnérabilité</i> .....	178
5.4	BESOINS DE FORMATION ET PISTES D'AMELIORATION.....	179
5.4.1	<i>Formation</i> .....	179
5.4.2	<i>Outils de dépistage, aide au diagnostic et sensibilisation des praticiens : un besoin prépondérant</i> 181	

5.4.3	<i>Manque de moyens thérapeutiques</i> .....	182
5.4.4	<i>Adapter période probatoire à l'épidémiologie de ce trouble</i> .....	183
5.5	LIMITES DE L'ETUDE .....	184
<b>6</b>	<b>- CONCLUSION</b> .....	<b>186</b>
<b>7</b>	<b>- BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>189</b>
<b>8</b>	<b>- ANNEXES</b> .....	<b>198</b>
	ANNEXE I. AVIS DU COMITE D'EVALUATION ETHIQUE DE LA DFRI.....	198
	ANNEXE II. NOTICE D'INFORMATION .....	200
	ANNEXE III. APPROBATION DE REALISATION D'UNE ETUDE DANS LES STRUCTURES DE LA DMF.....	202
	ANNEXE IV. LETTRE D'INFORMATION .....	203
	ANNEXE IV. GUIDE D'ENTRETIEN.....	204
	ANNEXE V. ÉCHELLE ADNМ, VERSION FRANÇAISE .....	205
	ANNEXE VI. QUESTIONNAIRE IADQ, VERSION FRANÇAISE .....	207

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

<i>FIGURE 1 - DEFINITIONS DU TROUBLE DE L'ADAPTATION</i> .....	34
<i>FIGURE 2 - SYMPTOMES IDENTIFIES</i> .....	36
<i>FIGURE 3 - PROFILS TYPE</i> .....	38
<i>FIGURE 4 - RAPPORTS ENTRE LE TROUBLE DE L'ADAPTATION EN MISSION ET CELUI A LA VIE MILITAIRE</i> .....	41
<i>FIGURE 5 - UNE ENTITE CLINIQUE AUX FRONTIERES DU MEDICAL</i> .....	44
<i>FIGURE 6 - DETERMINANTS INTRINSEQUES</i> .....	48
<i>FIGURE 7 - LES MOTIVATIONS A L'ENGAGEMENT FRAGILES</i> .....	50
<i>FIGURE 8 - IMPACT NEGATIF DE L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL</i> .....	57
<i>FIGURE 9 - LES CONTRAINTES DE LA VIE MILITAIRE</i> .....	61
<i>FIGURE 10 - LES CONTRAINTES DE LA VIE EN MISSION</i> .....	63
<i>FIGURE 11 - FACTEURS DECLENCHANTS</i> .....	68
<i>FIGURE 12 - RECITS</i> .....	72
<i>FIGURE 13 - PRENDRE EN CHARGE UN TROUBLE DE L'ADAPTATION EN MISSION</i> .....	77
<i>FIGURE 14 - FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC</i> .....	82
<i>FIGURE 15 - ÉLÉMENTS RECHERCHES EN VMP</i> .....	97

<i>FIGURE 16 - FACTEURS DE VULNERABILITE IDENTIFIES</i> .....	99
<i>FIGURE 17 - ÉLÉMENTS RECHERCHES EN VEMI</i> .....	104
<i>FIGURE 18 - MODALITES DE REALISATION DE LA VAD</i> .....	108
<i>FIGURE 19 - ÉLÉMENTS RECHERCHES EN VAD</i> .....	109
<i>FIGURE 20 - ÉLÉMENTS RECHERCHES EN VISITE DE FIN DE PERIODE PROBATOIRE</i> .....	110
<i>FIGURE 21 - ÉLÉMENTS RECHERCHES EN VISITE DE RETOUR</i> .....	111
<i>FIGURE 22 - ÉLÉMENTS ABORDES EN "INFOSAN"</i> .....	141
<i>FIGURE 23 - LES IMPACTS NEGATIFS DE L'INAPTITUDE</i> .....	146
<i>FIGURE 24 - CONDITIONS DE LA MISSION PRISES EN COMPTE</i> .....	147
<i>FIGURE 25 - SITUATIONS FAMILIALES OU SOCIALES JUSTIFIANT LE NON DEPART</i> .....	151

---

<i>TABLEAU 1 - CARACTERISTIQUES BIOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS</i> .....	22
<i>TABLEAU 2 - THEMATIQUES ABORDEES</i> .....	28

# SIGLES ET ACRONYMES

---

ADNM : Adjustment disorder new module  
AEMI : Antenne d'expertise médicale initiale  
ALAT : Aviation légère de l'Armée de Terre  
ASA : Action sociale des Armées  
AUXSAN : Auxiliaire sanitaire  
BEH : Bureau environnement humain  
CDU : Commandant d'unité  
CEFIM : Centre d'entraînement et de formation initiale des militaires du rang  
CESPA : Centre d'épidémiologie et de santé publique des Armées  
CIM : Classification internationale des maladies  
CIRFA : Centre d'information et de recrutement des forces armées  
CLDM : Congé longue durée pour maladie  
CMA : Centre médical des Armées  
CME : Certificat militaire élémentaire  
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés  
CZE : Comité d'évaluation éthique  
DFRI : Département de la formation, de la recherche et de l'innovation  
DMF : Direction de la médecine des forces  
DRH : Direction des ressources humaines  
DRHAT : Direction des ressources humaines de l'Armée de Terre  
DSM : Manuel diagnostique des troubles mentaux  
DUMG : Département universitaire de médecine générale  
ESPT : État de stress post-traumatique  
EVAT : Engagés volontaires de l'Armée de Terre  
FGE : Formation générale élémentaire  
FGI : Formation générale initiale  
HIA : Hôpital d'instruction des Armées  
HNIA : Hôpital d'instruction national des Armées

IADQ : International adjustment disorder questionnaire

MCD : Mission courte durée

OM : Outre-mer

OMS : Organisation mondiale de la santé

OPEX : Opération extérieure

OPINT : Opération intérieure

OTAN : Organisation du traité de l'Atlantique Nord

PAF : Poste d'accueil et de filtrage

PCLS : Post-traumatic disorder Checklist

PMR : Patient medical request

PSPO : Premiers secours psychologiques opérationnels

QMB : Questionnaire médico-biologique

RAPASAN : Rapatriement sanitaire

RGPD : Règlement général sur la protection des données

RH : Ressources humaines

SSA : Service de santé des Armées

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TDA : Trouble de l'adaptation

TSA : Trouble stress aigu

TSPT : Trouble stress-post-traumatique

VAD : Visite avant départ

VEMI : Visite d'expertise médicale initiale

VMP : Visite médicale périodique

VSS : Violences sexistes et sexuelles

# 1 - INTRODUCTION

---

## 1.1 Contexte actuel d'emploi des forces armées

L'objectif principal des Armées françaises est d'assurer la protection du territoire, de la population et des intérêts français. Elles répondent également à d'autres missions fixées par le cadre des accords et traités internationaux (OTAN) ou régionaux (Europe de la défense). A ces fins sont en permanence déployés en opération 30 000 militaires, dont 6 000 à 10 000 sur le territoire national<sup>(1)</sup>.

L'Armée de Terre comptait en 2024 plus de 110 000 militaires et représentait plus de 55% des effectifs des Armées. Elle effectue 60% de l'engagement opérationnel des Armées françaises. Sur les effectifs de l'Armée de Terre, 31 000 militaires sont en posture opérationnelle, c'est-à-dire, soit projetés en mission, soit en alerte, soit en entraînement. On compte en permanence 11 800 militaires de l'Armée de Terre en opération : 2 800 déployés en opération intérieure sur le territoire, 3 300 projetés en opération extérieure et 5 700 militaires constituant les forces prépositionnées<sup>(2)</sup>.

La mobilité constitue le cœur de métier de militaire. En s'engageant, le militaire l'accepte dans son emploi quotidien.

On distingue actuellement plusieurs types de projections : les opérations intérieures, les opérations extérieures, les exercices et les missions de courte durée<sup>(3)</sup>.

- Les opérations intérieures (OPINT) se déroulent sur le territoire national. Ces missions peuvent se réaliser sur le territoire métropolitain comme Sentinelle et Héphaïstos, ou dans les territoires outre-mer comme Harpie et Titan (Guyane Française). Leur durée varie de quelques jours à quelques semaines.

- Les opérations extérieures (OPEX) se déroulent en territoire étranger. On peut citer d'une part, la mission Aigle en Roumanie ou Lynx en Estonie dans le cadre OTAN et, d'autre part, la mission Daman au Liban ou Chammal en Irak dans le cadre du soutien et de la formation des forces armées locales. La durée d'une OPEX varie de quatre à six mois.

- Les exercices peuvent être réalisés sur le territoire national, comme l'exercice Orion, ou à l'étranger, comme l'exercice Cold Response en Norvège. Leur durée est d'une à plusieurs semaines.

- Les missions de courte durée (MCD) concernent les forces prépositionnées. On distingue les forces de souveraineté en territoire français d'outre-mer, les forces prépositionnées à Djibouti et aux Émirats Arabes Unis et les détachements de liaison inter-armées au Gabon et en Côte d'Ivoire.

Les contraintes des missions dépendent donc du type de mission et des caractéristiques du théâtre d'opération. Ces contraintes sont constituées par les conditions climatiques extrêmes, une insécurité permanente, l'éloignement familial, le décalage horaire, la charge de travail et la confrontation à la souffrance humaine ou à la mort<sup>(4)</sup>.

Dans un contexte de contestation croissante de l'ordre international et d'emploi désinhibé de la force armée, le maintien de la capacité opérationnelle de l'Armée française constitue un enjeu majeur<sup>(5)</sup>.

## 1.2 Le rôle stratégique du médecin militaire

### 1.2.1 En métropole

Dans le but de préserver la santé des militaires, de leur prodiguer des soins au quotidien et de maintenir la capacité opérationnelle de l'Armée, le Service de Santé des Armées (SSA) a pour mission d'assurer le soutien médical des Armées, en métropole comme sur les théâtres d'opérations. Pour cela, il est organisé en une chaîne santé complète et autonome de soins mais également d'expertise. Le SSA est divisé en deux branches : d'une part, la médecine des forces, s'exerçant en antenne médicale au contact direct des différentes unités militaires et prodiguant des soins de santé primaires, d'autre part, la médecine hospitalière, s'exerçant dans les hôpitaux militaires, les Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA)<sup>(6)</sup>.

La mise en condition opérationnelle médicale commence dès l'engagement du militaire par la visite médicale de sélection. Elle est réalisée en grande partie par des médecins des forces en Antenne d'Expertise Médicale Initiale (AEMI). Les critères d'aptitude à l'engagement visent à identifier les candidats ne présentant pas d'affection incompatible avec l'accomplissement de leur mission. Le militaire doit, en effet, être apte en tout temps et en tous lieux. L'évaluation médicale de l'aptitude d'un candidat joue un rôle essentiel dans le maintien de la capacité opérationnelle des Armées<sup>(7)</sup>.

Après cette expertise initiale, le militaire est suivi par une antenne médicale rattachée à son lieu d'affectation. Ces antennes médicales regroupent des équipes pluridisciplinaires (médecins généralistes, psychologues, dentistes, infirmiers et auxiliaires sanitaires). L'aptitude du militaire fait l'objet d'une réévaluation régulière par le médecin des forces, notamment dans le cadre des visites médicales périodiques (VMP) dont la périodicité varie de un à quarante-huit mois en fonction de l'état de santé du militaire et de la spécialité exercée. L'état de santé du militaire est réévalué, tant sur le plan somatique que psychique. L'objectif de ces visites est de garantir la corrélation entre l'état de santé du militaire et le poste occupé. Le praticien des armées répond à la demande du commandement sur l'aptitude à servir dans son emploi, à des spécialités particulières ou des contraintes spécifiques. L'aptitude à la projection en opération extérieure, mission courte durée et service outre-mer est également évaluée par les praticiens militaires. Cette expertise a pour but de s'assurer que les contraintes spécifiques de la mission ne risquent pas de compromettre la santé du militaire. Elle a également pour objectif de prévenir une altération de l'état de santé du militaire en contexte opérationnel qui pourrait amener à un rapatriement sanitaire. L'expertise concourt de fait directement au maintien de la capacité opérationnelle. Les visites d'expertises sont encadrées par le Code de la défense et les instructions du SSA en corrélation avec les textes de références de chaque Armée<sup>(8)</sup>.

Le médecin militaire en antenne médicale assure le rôle de médecin traitant en réalisant les consultations et les soins courants au profit des militaires. Il mène également auprès d'eux des actions de prévention. Ces interventions contribuent directement au maintien de la capacité opérationnelle.

## 1.2.2 Engagement opérationnel

Être au plus près des combats est le cœur de métier du Service de Santé des Armées pour offrir aux blessés la meilleure chance de survie, de récupération et de réinsertion professionnelle et sociale. Le soutien médical des Armées est un engagement en tout temps et en tous lieux. Les médecins des forces sont projetés en opération avec les corps de troupe. Ils y ont une fonction de soignant mais également d'expert<sup>(9,10)</sup>.

En cas de dégradation de l'état de santé d'un militaire en mission, qu'elle soit liée ou non à un accident, le médecin des forces assure la prise en charge médicale. Il a également un rôle d'expert et peut proposer un rapatriement sanitaire s'il évalue que l'état de santé du militaire est incompatible avec la poursuite de sa mission. Il peut également décider d'un rapatriement afin de prévenir une dégradation de l'état de santé du militaire.

Une évacuation sanitaire a de multiples impacts. A l'échelle individuelle pour le militaire, il s'agit des conséquences sur sa santé des difficultés ayant causé son rapatriement et son départ du théâtre d'opération. Sur le plan collectif, le rapatriement d'un personnel peut perturber le fonctionnement et la cohésion du groupe en modifiant l'équilibre qui était en place. Le départ d'un militaire peut nécessiter le remplacement immédiat par un autre militaire, déployé directement depuis le théâtre ou depuis la métropole. Sur le plan opérationnel, la déstabilisation émotionnelle et organisationnelle du groupe peut compromettre la mission.

Le rapatriement sanitaire a donc des conséquences humaines et logistiques importantes.

## 1.3 Trouble de l'adaptation

### 1.3.1 Définition DSM-V

Dans la 5ème version du Manuel diagnostique et statistique des troubles psychiatriques (DSM-V), paru en 2013, le trouble de l'adaptation (TDA) est classé dans les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, avec le trouble de stress post-

traumatique et le trouble de stress aigu. Il se caractérise par des symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un facteur de stress psychosocial identifiable. Les symptômes apparaissent dans les trois mois suivant le facteur de stress et ne persistent pas au-delà de six mois, une fois le facteur de stress ou ses conséquences terminés. Il existe une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et/ou une détresse psychologique marquée. Cette détresse est jugée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation clinique. Le diagnostic ne peut pas être retenu si le tableau clinique s'explique mieux par un deuil normal ou une autre pathologie psychiatrique, en particulier un trouble de l'humeur<sup>(11)</sup>.

Le trouble de l'adaptation se décline en plusieurs types selon la symptomatologie :

- avec humeur dépressive lorsque les symptômes dépressifs sont au premier plan;
- avec anxiété si les symptômes anxieux sont au premier plan ;
- mixte avec anxiété et humeur dépressive quand une combinaison de symptômes dépressifs et anxieux se trouve au premier plan ;
- avec perturbation des conduites lorsque la perturbation des conduites est au premier plan ;
- avec perturbation mixte des émotions et des conduites si les symptômes émotionnels et la perturbation des conduites se situent au premier plan ;
- non spécifié quand les réactions inadaptées ne sont pas classables dans un des sous-types spécifiques du trouble de l'adaptation.

Le facteur de stress déclenchant peut être unique ou multiple, récurrent ou continu et peut toucher des individus, des familles ou des groupes plus importants. Ils comprennent les transitions considérées comme majeures de la vie, les conflits interpersonnels ou familiaux, les difficultés professionnelles, les maladies chroniques ou les accidents, le décès d'un proche et l'exposition à des facteurs de stress environnementaux tels que les catastrophes naturelles ou le fait de vivre dans des zones à forte criminalité<sup>(11-14)</sup>.

La CIM-11, ou ICD-11 dans le monde anglo-saxon, est la onzième révision de la Classification internationale des maladies (CIM), publiée en 2022. La CIM a été développée et publiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) afin de proposer une norme mondiale

pour le recensement des maladies et des causes de décès. Le trouble de l'adaptation est également décrit dans la CIM.

Les différences de définitions entre la CIM-11 et le DSM-V portent sur les symptômes principaux : la CIM-11 met l'accent sur des symptômes spécifiques, la préoccupation persistante par rapport au facteur de stress (une inquiétude excessive, des pensées récurrentes et angoissantes relatives au facteur de stress ou une rumination constante sur ses implications) et l'échec d'adaptation (se manifestant par une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants)<sup>(15)</sup>. Le DSM-V privilégie une approche plus large, exigeant seulement la présence de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un facteur de stress identifiable ou la présence d'une altération du fonctionnement.

### 1.3.2 Apport de la littérature aux définitions

La prévalence du trouble de l'adaptation est décrite comme fréquente, mais elle est variable en fonction de la population étudiée et des méthodes d'évaluation utilisées. On retrouve une prévalence de 0,5% en population générale adulte, avec une prévalence plus forte chez les femmes que les hommes<sup>(16)</sup>.

Les facteurs de risque du trouble de l'adaptation comprennent les troubles de la personnalité préexistants, les antécédents de maladie psychiatrique, les conditions de vie défavorisées, les maladies chroniques, le sexe féminin, le jeune âge, le chômage et le soutien social limité<sup>(12,17)</sup>.

Il n'existe pas de profil type de patient, mais certains facteurs de vulnérabilité sont mis en lumière dans les études récentes. Les antécédents psychiatriques, en particulier des troubles de l'humeur, les troubles du comportement et les histoires de vies complexes avec des violences dans l'enfance rendent les patients plus susceptibles de développer un trouble de l'adaptation face à des facteurs de stress<sup>(13,18)</sup>.

Par définition, le trouble de l'adaptation est aigu et transitoire. Mais si le facteur de stress ou ses conséquences persistent, il peut se poursuivre et devenir chronique. La présence de facteurs de stress persistants, tels que des difficultés financières persistantes ou des

conflits relationnels, conduit à un facteur pronostic péjoratif. La persistance du facteur de stress majore le risque de gravité des symptômes d'une part, et le risque de chronicisation d'autre part<sup>(17,18)</sup>.

Les troubles de l'adaptation sont associés à un risque accru de tentatives de suicide et de décès par suicide. Un patient présentant un trouble de l'adaptation a un risque douze fois supérieur de réussir son suicide que celui qui est affecté par un trouble de la personnalité<sup>(19-21)</sup>.

### 1.3.3 Dans l'Armée

Au niveau militaire et opérationnel, on note un intérêt croissant pour le trouble de l'adaptation. Auparavant peu étudié, le trouble de l'adaptation en milieu opérationnel et les capacités d'adaptation en général sont les thèmes de nombreuses études depuis une vingtaine d'années. On retrouve des auteurs de nationalités diverses et tous les continents sont impliqués<sup>(12,22,23)</sup>.

La prévalence du trouble de l'adaptation en mission dans la population militaire est plus forte que celle de la population générale. Elle varie selon les cohortes, avec une estimation entre 6% dans la population militaire projetée et 20% chez les patients ayant sollicité une prise en charge psychologique pendant la projection<sup>(18,24)</sup>.

Les facteurs de risque spécifiques identifiés comprennent la confrontation au combat, le grade subalterne, l'appartenance à une unité de soutien - d'autant plus s'il s'agit d'une unité médicale -, l'accès limité à des soins psychiatriques spécialisés sur place ainsi que le célibat - d'autant plus pour un militaire ayant des enfants à charge -. Les facteurs de risque décrits précédemment en population générale s'appliquent également. Le grade élevé, le statut d'officier, le nombre élevé de missions réalisées constituent des facteurs de protection<sup>(18,22,25-28)</sup>.

Être un jeune militaire, réaliser sa première mission, être une femme et avoir un faible soutien social constituent des facteurs de vulnérabilité spécifiques<sup>(29,30)</sup>. Les facteurs de vulnérabilité cités précédemment en population générale sont également retrouvés<sup>(12,18,22,26)</sup>.

Les facteurs de stress déclenchants spécifiques à la population militaire projetée comprennent l'insatisfaction relationnelle avec les supérieurs hiérarchiques, l'échec de l'atteinte des exigences militaires, les facteurs de stress liés à la projection comme l'exposition au combat, la perte de repères, de l'environnement habituel, la nécessité de s'adapter rapidement à des environnements opérationnels et les pressions institutionnelles<sup>(18,22,23,30)</sup>. Les facteurs de stress décrits en population générale sont également applicables<sup>(12,18,23)</sup>.

La transition entre la projection et le retour à la vie quotidienne en métropole est également identifiée comme un facteur de stress<sup>(28,31)</sup>.

Le trouble de l'adaptation en mission est associé à une majoration des départs de l'institution militaire. L'association à des idées suicidaires ou des altérations du fonctionnement sont plus nombreuses chez les militaires projetés qu'en population générale. Un niveau d'éducation plus élevé a également été associé à une évolution plus grave des symptômes dans certaines cohortes<sup>(17,22,23,25)</sup>.

La projection en elle-même est un facteur prédictif important d'évolution d'un trouble de l'adaptation vers d'autres pathologies psychiatriques. En particulier, l'exposition à des combats et à des événements potentiellement traumatisants rend difficile la distinction entre trouble de l'adaptation et trouble de stress aigu à la phase initiale des symptômes. Dans la catégorie des "Troubles liés à des traumatismes ou des facteurs de stress", le trouble de l'adaptation est plus souvent précipité par des événements violents sans intentionnalité tels que des accidents plutôt que des agressions intentionnelles. Le diagnostic de trouble de l'adaptation en mission est fréquemment retenu par défaut, en attendant de voir l'évolution des troubles<sup>(12,14,18,32)</sup>.

#### 1.3.4 Résilience et stratégies d'adaptation

La résilience psychologique est un processus dynamique permettant à un sujet de maintenir ou de retrouver rapidement son bien-être psychologique et son fonctionnement face à un stress important<sup>(33-35)</sup>.

Les déterminants de la résilience psychologique en contexte de projection militaire sont multifactoriels. Ils comprennent des facteurs individuels, sociaux et organisationnels.

La bonne estime de soi, la stabilité émotionnelle et la croyance d'autodétermination sont associées à une meilleure adaptation après la projection et à un risque moindre de trouble de l'adaptation. Les antécédents de troubles de l'humeur et les histoires de vie complexes avec des violences infantiles ont un impact négatif sur la résilience<sup>(35-37)</sup>.

La variabilité de la résilience psychologique et les mécanismes individuels d'adaptation au stress jouent un rôle important dans le développement des troubles de l'adaptation en mission.

Les unités de soutien non combattantes et le Service de Santé comme décrit plus haut sont plus à risque de développer un trouble de l'adaptation en mission. Ce facteur de risque est expliqué par la variabilité individuelle de la résilience psychologique selon les types d'unités. Les études s'intéressant à l'influence des profils psychologiques des militaires sur le développement des troubles de l'adaptation estiment que les unités combattantes d'élite, comme les forces spéciales, présentent des mécanismes de réponse au stress plus protecteurs que les unités non combattantes. Cette différence serait liée à la formation spécialisée et les processus de sélection de ces unités<sup>(28,38)</sup>.

A contrario, on retrouve plus fréquemment des schémas cognitifs inadaptés et des stratégies de réaction au stress basées sur l'évitement dans les unités de soutien et en particulier chez les personnels du soutien médical. Il en résulte une plus forte prévalence de symptômes émotionnels et d'altération du fonctionnement face aux facteurs de stress<sup>(24,30)</sup>.

Le soutien social important par un réseau étoffé, des liens sociaux et une cohésion d'unité forts ont un impact positif sur la résilience<sup>(35,39-41)</sup>.

Certaines formations peuvent renforcer la résilience en favorisant certaines stratégies d'adaptation au stress et l'autorégulation des émotions, permettant un fonctionnement psychologique plus protecteur<sup>(28,34)</sup>. L'évaluation de leur efficacité constate toutefois des effets très modestes<sup>(42,43)</sup>.

## 2 - PROBLEMATIQUE

---

### 2.1 Élaboration de l'étude

Les études relatives à l'épidémiologie des rapatriements sanitaires dans l'Armée française montrent que les motifs médico-psychologiques ont évolué au fil des modifications du contexte opérationnel. Ils constituent, dans les derniers conflits, la troisième cause d'évacuation médicale, toutes priorités confondues<sup>(44-46)</sup>. Au sein de ces motifs, il est mis en évidence que le trouble de l'adaptation est le diagnostic le plus fréquemment retenu, à raison de 35% des rapatriements selon les études les plus récentes<sup>(47,48)</sup>.

La survenue d'un trouble de l'adaptation en mission impacte le patient et l'institution. Les conséquences pour le patient vont concerner sa vie professionnelle par les inaptitudes induites. Le trouble va également être à l'origine de souffrance chez le patient et éventuellement d'une altération de son fonctionnement. Les conséquences pour l'institution seront humaines et logistiques, en lien avec le maintien de la capacité opérationnelle.

Les connaissances sur le trouble de l'adaptation, en particulier en milieu militaire opérationnel, sont insuffisantes. Une analyse des lacunes concernant la recherche sur le trouble de l'adaptation a mis en évidence la nécessité de développer la recherche sur la prévention, le dépistage ainsi que l'étiologie et l'épidémiologie. Différents axes prioritaires de recherche sont proposés : d'une part, le développement et l'évaluation d'interventions permettant une prévention primaire, et, d'autre part, le développement et l'évaluation d'outils de dépistage. Afin d'améliorer la connaissance et de travailler sur ces axes de recherche, il est nécessaire d'avoir une meilleure compréhension de l'histoire naturelle de ce trouble, d'en identifier les facteurs prédisposants et précipitants et d'évaluer la part des interactions psychosociales et de l'environnement dans la physiopathologie<sup>(49)</sup>.

La réalisation d'études quantitatives et comparatives apportant des preuves scientifiques fortes est nécessaire. Elle n'est toutefois pas envisageable en l'absence d'une définition unanime et adaptée à l'exercice clinique, d'outils de dépistage et d'évaluation plus spécifiques<sup>(49)</sup>.

Aucune étude n'a porté à ce jour sur l'appréhension par le médecin des forces de cette pathologie chez les militaires en contexte opérationnel ou pré-opérationnel.

## 2.2 Problématique

Afin d'étendre les connaissances sur le trouble de l'adaptation en mission chez les militaires, il nous a semblé pertinent de nous intéresser aux connaissances et aux représentations de ce trouble chez les médecins des forces. Il s'agit de comprendre comment cette problématique est prise en compte dans les décisions d'aptitude.

Pour répondre à cette problématique, nous avons choisi de mener une étude qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés. Comme souligné précédemment, l'absence d'outils spécifiques et de définition claire et unanime constituent des freins à une étude quantitative. La méthodologie qualitative est adaptée pour explorer les représentations et l'impact d'un phénomène sur les décisions des médecins des forces.

Cette étude vise à **explorer la prise en compte du risque de trouble de l'adaptation et de ses facteurs de risque dans les visites périodiques et les visites avant départ réalisées par les médecins des forces.**

Les objectifs secondaires sont **d'explorer l'état des connaissances et les représentations du trouble de l'adaptation des médecins militaires des forces et d'explorer les conséquences sur l'aptitude d'un risque fort de trouble de l'adaptation.** Enfin, le dernier objectif est **d'identifier des nécessités de formation ou de recommandations relatives au trouble de l'adaptation en mission et de sa prise en compte dans l'aptitude.**

## 3 - MATERIEL ET METHODES

---

### 3.1 Démarches réglementaires

Le projet d'étude a été soumis au comité de suivi de thèse de l'Hôpital National d'Instruction des Armées (HNIA) Laveran, ainsi qu'au Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de la faculté de médecine de l'Université Aix-Marseille, dont il a reçu les validations.

Ne relevant pas du champ de la loi Jardé, soit hors Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH), mais utilisant des données à caractère personnel, le projet a ensuite été soumis à la validation de la Direction de la Formation, de la Recherche et de l'Innovation (DFRI) à travers le Comité d'Évaluation et d'Éthique (C2E). Le projet a été validé après corrections mineures, référencé 2024C2E20 et enregistré sous le numéro IRB IRB00013918. L'avis du C2E de la DFRI est disponible en annexe. Aucune subvention n'a été demandée.

L'étude étant à même de recueillir des données à caractère personnel, la conformité au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) a été évaluée et validée. La notice d'information est disponible en annexe. Aucune transmission ou autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'était nécessaire.

L'étude portant sur des personnels travaillant dans les établissements de la Direction de la Médecine des Forces (DMF), le projet a reçu l'aval de la DMF, disponible en annexe.

Nous avons bénéficié du soutien méthodologique du Centre d'Épidémiologie et de Santé Publique des Armées (CESPA).

## 3.2 Population

La population d'intérêt de notre étude est l'ensemble des médecins des forces délivrant des aptitudes aux militaires de l'Armée de terre.

En recherche qualitative, on cherche à récolter les données les plus variées possibles. L'échantillonnage doit donc être le plus diversifié possible<sup>(50-52)</sup>. Pour constituer notre échantillonnage, nous avons défini deux critères d'inclusion : être un médecin des forces c'est-à-dire de spécialité généraliste ; et travailler ou avoir travaillé dans une antenne médicale soutenant l'Armée de terre.

Les critères d'exclusion étaient de ne pas être volontaire ou de refuser l'enregistrement de l'entretien. Il a été décidé de ne pas discriminer en fonction du statut de réserviste, du temps d'exercice, ou de la réalisation ou non de mission ainsi que leur nombre. Ces critères devaient permettre d'obtenir des réponses les plus variées possibles, et d'avoir un échantillon qui corresponde le plus possible à la diversité de la population d'intérêt. En effet, en conditions réelles, les aptitudes sont délivrées par des médecins des forces, qu'ils soient réservistes ou d'active, et quelle que soit leur expérience opérationnelle. En 2021, les médecins réservistes étaient au nombre de 1142, pour 1942 médecins d'active (médecins de spécialité médecine générale et autres), représentant donc une part importante de la population d'intérêt de la présente étude<sup>(53)</sup>.

Une prospection a été diffusée auprès des Centres Médicaux des Armées (CMA) 07, 09 et 10, relayée ensuite dans les antennes médicales. Ces CMA ont été choisis pour des raisons logistiques. Le recrutement de l'étude a été réalisé sur la base du volontariat. La fin du recrutement a été conditionnée par la saturation des données, c'est-à-dire lorsque aucune idée nouvelle n'émanait lors des entretiens.

### 3.3 Présentation de l'échantillonnage

Dix entretiens ont été réalisés avec des praticiens volontaires. Puis nous avons sélectionné deux praticiens supplémentaires en raison de leurs expériences opérationnelles.

Au total, douze entretiens ont été réalisés entre juillet 2024 et le décembre 2024, dont dix entretiens en présentiel et deux entretiens en distanciel. La durée des entretiens varie de 23 à 95 minutes, avec une moyenne de 42 minutes.

Les caractéristiques biographiques des participants sont rassemblées dans le tableau ci-après :

		Nombre (n)	Pourcentages (%)
Genre			
	femme	6	50
	homme	6	50
Durée d'exercice en unité			
	0 à 3 ans	1	8
	3 à 5 ans	2	17
	5 à 8 ans	4	33
	> 8 ans	5	42
Fonction			
	MRA	5	42
	Adjoint	7	58
Nombre de missions			
	0	1	8
	1 à 2	0	0
	3 à 5	7	58
	> 5	4	33

*Tableau 1 - Caractéristiques biographiques des participants*

## 3.4 Méthode

### 3.4.1 Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé au cours d'entretiens individuels semi-dirigés. Chaque entretien a été mené à l'aide d'un guide d'entretien, composé de plusieurs questions concernant différentes thématiques. Le participant auditionné est invité à développer son point de vue quant à ces différentes thématiques, soit spontanément s'il les abordait de lui-même, soit à l'initiative de l'investigateur grâce à des questions ouvertes, puis éventuellement à l'aide de questions de relances. Il a été ambitionné de laisser la parole la plus libre possible au participant, et de guider l'entretien uniquement en rebondissant sur les propos tenus.

Le déroulé de l'audition ainsi que ses objectifs et le cadre de l'étude sont exposés oralement aux participants avant le démarrage de l'entretien. Ils sont également ré-avertis au début de l'entretien de l'enregistrement de l'échange dans son intégralité. Le consentement à la participation et à l'enregistrement sont recueillis à l'oral. Une information écrite relative à l'étude, à la conservation et à l'utilisation des données est communiquée par mail lors de la prospection. Ce document est disponible en annexe.

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone non connecté. Des notes ont pu également être consignées par l'investigateur. Ces notes concernent la communication non verbale perçue, comme des gestes, des changements de posture ou encore des expressions faciales. Ces notes peuvent également être des associations d'idées de l'investigateur sur le moment. Les entretiens en distanciel ont été réalisés au téléphone, également enregistrés sur le dictaphone. L'observation de la communication non verbale n'a pas pu être réalisée en distanciel.

Les auditions ont débuté avec l'exposé par chaque participant de son parcours et de son curriculum opérationnel, permettant de recueillir les différentes données biographiques présentées dans le tableau 1. Les entretiens ont duré entre vingt minutes pour le plus court et une heure et demie pour le plus long.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits par l'investigateur sur des documents Word, permettant la constitution des verbatims. Ces verbatims sont la retranscription intégrale et

exacte de l'ensemble de l'échange entre l'investigateur et le participant. Ils constituent le matériel de travail pour l'analyse des données.

Les entretiens sont anonymisés lors de la retranscription : les données bibliographiques ne sont pas retranscrites, un numéro unique aléatoire de trois chiffres lui est attribué, et les noms propres permettant une identification sont retirés ou modifiés lors de la transcription.

### 3.4.2 Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir de notre propre expérience et de nos a priori quant à la question de recherche. Ce guide a ensuite été retravaillé avec les directeurs de l'étude. Enfin, il a été relu et réajusté avec le consultant national pour la psychiatrie appliquée aux Armées. Le guide d'entretien est disponible en annexe.

Ce dernier a ensuite été testé sur un médecin militaire qui n'a pas participé à son élaboration ni à l'étude réalisée.

Dans un premier temps, il était demandé aux participants de nous expliquer ce que le trouble de l'adaptation leur évoquait, en termes de définition mais également de symptômes, et de contexte d'apparition, de facteurs inhérents. Ils étaient invités à raconter leurs expériences de prise en charge d'un trouble de l'adaptation en OPEX, s'ils y avaient été confrontés. Ce récit permettait d'identifier les présentations reconnues par les participants, les déterminants de l'épisode raconté, et la gestion par le participant en lien avec les différents acteurs présents.

Dans un deuxième temps, les participants étaient invités à raconter à l'investigateur comment dans les visites d'aptitude ils abordaient et évaluaient la situation psycho-sociale et les ressources psychiques du patient. Il leur était demandé de préciser l'impact que pouvaient avoir ces évaluations sur l'aptitude au départ, ainsi que leurs expériences de gestion de ces situations. Les auditionnés étaient ensuite amenés à exposer quelle place l'évaluation de la motivation au départ et les évènements intercurrents dans la vie des patients prenaient dans leur expertise. L'investigateur faisait ensuite préciser aux participants les conséquences de cette évaluation sur l'aptitude délivrée, ainsi que sur les conditions de projections.

Enfin, dans un troisième temps, le participant était amené à expliquer quelle place prenait le corps médical dans la préparation à la projection, en articulation avec les différents acteurs de cette préparation au niveau régimentaire. Ils nous exposaient également leur regard sur les différentes organisations mises en place ayant pour effet d'accompagner les patients et de réduire l'incidence des troubles de l'adaptation en mission. L'entretien se terminait par la question de l'intérêt d'une formation dédiée.

Aucun ajustement du guide d'entretien n'a été réalisé au cours de l'étude.

### 3.4.3 Journal de bord

Un journal de bord a été tenu par l'investigateur pendant l'élaboration et la réalisation de ce projet de recherche, afin de consigner les réflexions, hypothèses, et a priori au cours du projet. L'objectif de cette consignation des hypothèses, était de s'efforcer à prendre conscience des éventuels pré-supposés afin de garder la plus grande objectivité possible lors des entretiens et de l'analyse.

Les postulats de départ de l'étude sont les suivants :

- Il existe des facteurs de vulnérabilité, qui peuvent constituer des facteurs de risque de trouble de l'adaptation, comme par exemple certains troubles de la personnalité ou antécédents psychiatriques. Ces facteurs de vulnérabilité doivent être identifiés avant les premières missions.

- Il n'y a pas ou peu d'évaluation du risque de trouble de l'adaptation en OPEX lors des visites d'aptitudes.

- Le trouble de l'adaptation est méconnu ou mal connu des médecins des forces.

- Une motivation faible ou pathologique du patient au départ en mission pourrait être un facteur de risque majeur de trouble de l'adaptation à la projection opérationnelle.

#### 3.4.4 Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée à partir des verbatims ainsi que les notes du journal de bord.

La première partie de l'analyse consiste en l'étiquetage. Il s'agit de découper l'ensemble du verbatim en unités de sens, et d'y faire correspondre deux étiquettes. La première est une étiquette thématique, qui nous sert d'indexation. Elle permet d'identifier les idées abordées dans chaque portion de verbatim. La seconde est une étiquette expérientielle. Elle met en avant le vécu du participant, et permet de préciser les liens entre les différentes idées. Un morceau de verbatim a pu donner plusieurs étiquettes.

Puisque l'étape d'étiquetage consiste à faire ressortir à partir d'un verbatim le sens que donne le participant à son expérience, on comprend bien que cette étape est soumise à la subjectivité de l'investigateur. Pour minorer ce biais, nous avons réalisé l'étiquetage en double aveugle grâce à l'implication d'un second investigateur. Les deux investigateurs ont réalisé cet étiquetage indépendamment dans un premier temps, puis une comparaison a été réalisée. Dans les cas où un accord sur le sens n'était pas trouvé, la direction de thèse était sollicitée pour trancher.

Ce processus a été réalisé pour tous les verbatims. A l'issue de cette première partie du travail, il est apparu que les étiquettes se recoupaient pour beaucoup, et faisaient apparaître des idées générales, ainsi que des liens entre ces idées.

Ces différentes étiquettes ont été regroupées en catégories, qui correspondent à des grandes idées. Les différentes catégories qui se rapportent au même thème ont été mises en relation. L'ensemble de ces étiquettes, catégories, et thèmes forment une grille d'analyse de contenu.

Une fois cette grille d'analyse ébauchée, les verbatims ont de nouveau été relus, en reportant les portions de verbatims dans cette grille, en fonction de l'idée véhiculée. Ce processus dynamique et itératif, a conduit à intégrer de nouveaux codes ou catégories au fur et à mesure de l'analyse et à identifier dans les autres verbatims des portions correspondant à des codes déjà établis.

### 3.4.5 Thématiques abordées

La grille d'analyse de contenu a permis d'identifier six thématiques principales qui se déclinent en vingt-quatre sous-thématiques. Elles sont présentées dans le tableau 2 ci-dessous.

Thèmes	Catégories	Étiquettes
Représentations du trouble de l'adaptation	Définir le trouble de l'adaptation	Une définition nosologique aux contours imprécis Manifestation symptomatique en situation de contraintes militaires Les profils types
	Vie militaire et mission opérationnelle : deux contextes distincts d'expression du trouble de l'adaptation	Vie militaire et mission opérationnelle : deux contextes distincts d'expression du trouble de l'adaptation
	Le trouble de l'adaptation : une entité clinique aux frontières du médical	Un enjeu de ressources humaines prédominant Une pathologie suspectée factice
Déterminants du trouble de l'adaptation	Le militaire et sa résilience	Caractéristiques intrinsèques Adhésion à l'institution militaire : enjeux motivationnels et déterminants individuels Inadéquation du profil recruté aux exigences institutionnelles Intégration et dynamique de groupe Environnement familial et social Travailler la résilience
	L'Armée, un environnement contraignant	Les contraintes de la vie militaire Des contraintes exacerbées en mission
	Des facteurs déclenchants	Relations conflictuelles Déceptions Émergence de problématiques soudaines/aiguës
	Des circonstances à risque	La première mission Le temps du retour Le départ non désiré
Faire l'expérience du trouble de l'adaptation	Contexte de rencontre avec le patient	Une forme précoce Être convoqué à J90 : retard de diagnostic Être vu en consultation Mal-être psychique en mission
	Un mauvais pronostic	Évolution vers une réforme Facteurs de mauvais pronostic Période probatoire, une échéance à ne pas manquer
	Anticiper le trouble de l'adaptation	Difficultés d'accès aux informations

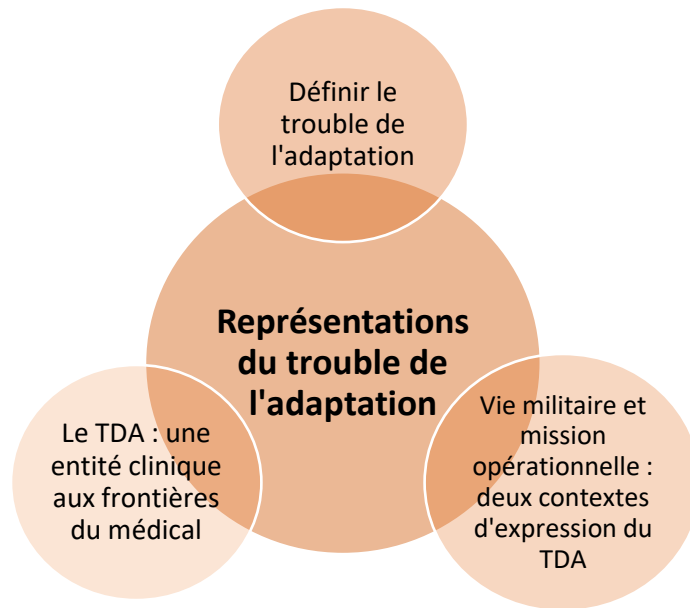
		L'épreuve du service : seul indicateur fiable du trouble de l'adaptation
	Une situation clinico-administrative frustrante pour le médecin	Médicalisation Consommer des ressources Une dynamique relationnelle défensive chez les médecins
Évaluer le patient dans son environnement	L'évaluation en visite médicale périodique	Situation psycho-sociale L'impact des événements de vie Ressources psychiques Motivation
	Une évaluation qui s'adapte en fonction des visites	Visite d'expertise médicale initiale Visite d'incorporation Visite médicale périodique Visite avant départ Visite de fin de période probatoire Visite de retour
	Construire son évaluation	Doctrine d'emploi Une pratique à soi S'adapter à ses contraintes propres
Une relation triangulaire patient-médecin-commandement qui s'intègre dans un réseau de soutien	Relation médecin-patient	Le médecin militaire, une double casquette Construire la confiance Prise de décisions médicales partagées
	Relation médecin-commandement	Conseil au commandement Être entendu par le commandement
	Relation commandement-patient	Responsabilités du commandement Le commandement, élément central de l'adaptation en contexte opérationnel
	Travailler avec le réseau de soutien	L'intégration du médecin dans le régiment Apport des informations extérieures fournies par les tiers Pour accompagner, surveiller et proposer des solutions
	Préparer la mission	Adapter les attentes Informer Soutenir la famille
La question de l'aptitude	Être dans l'incertitude	Être dans l'incertitude
	Une décision au cas par cas	Les risques de l'inaptitude Les conditions de la mission La perception par le patient de ses problématiques
	Inaptitude	Justifier sa décision d'inaptitude Déclarer inapte Être responsable de ses décisions
	Surveillance	Réduction des risques Réévaluer
	Rentrer dans une démarche de soins	Rentrer dans une démarche de soins

Tableau 2 - Thématiques abordées

# 4 - RESULTATS

---

## 4.1 Représentations du trouble de l'adaptation



La question "Qu'est-ce que c'est pour vous un trouble de l'adaptation en mission ?" cherchait à recueillir les représentations du trouble de l'adaptation des participants. Les réponses n'ont pas apporté de définition précise. De façon très spontanée et homogène, les participants ont évoqué le fait qu'ils ne pensaient pas le trouble de l'adaptation sous le prisme de la mission, mais sous celui de la vie militaire. La notion d'une pathologie floue, mal connue, et découverte de façon empirique a également été mise en avant dans une majorité d'entretiens. Une majorité des participants souligne avec conviction le fait que cette pathologie tient peu du médical et plus de circonstances et de contraintes RH.

#### 4.1.1 Définir le trouble de l'adaptation



##### 4.1.1.1 Une définition nosologique aux contours imprécis

Sur les douze participants auditionnés, la moitié rapporte ne pas être certains de la définition du trouble de l'adaptation, de ne pas la connaître.

(468) "C'est un vaste sujet. Je pense qu'il y a plusieurs cas différents".

(381) "Mais je peux me tromper, parce que, encore une fois, le trouble d'adaptation, c'est... Je pense que c'est une expérience, c'est la façon dont on se construit cette idée dans le... le truc."

(299) "Le problème, il est que les psychiatres se retrouvent à englober dans trouble de l'adaptation des gens qui, à mon sens, ne sont pas forcément des troubles de l'adaptation".

(837) "Alors, est-ce que ça rentre dans le trouble de l'adaptation ? Ça, c'est à toi de me le dire, c'est toi qui sais".

(121) "Je pense que heu le trouble de l'adaptation, j'aurais de toutes façons bien du mal à donner une définition précise".

(615) "Il y a des définitions qui peuvent être finalement très larges. C'est un mot pas volontiers fourre-tout je pense, mais globalement on va pouvoir y mettre pas mal de choses."

Un des participants souligne le fait que l'incertitude autour de la définition de cette pathologie en fait un motif de rapatriement sanitaire (RAPASAN) "par défaut", majorant la représentation floue et imprécise de cette pathologie.

*(121) "Et surtout que c'est le fourre-tout en plus, en tout cas pour moi avoir fait beaucoup de patient médical request, de mouvement machin, de PMR pour le RAPASAN, on met aussi un peu tout dans le trouble de l'adaptation."*

Cinq des participants soulignent que cette pathologie ne leur a pas été enseignée, et qu'il s'agit d'un apprentissage empirique.

*(837) "Ce n'est pas une entité apprise."*

*(381) "Donc c'est quelque chose qu'on apprend sur le tas, à la fois à gérer et à connaître ou à reconnaître."*

*(921) "On va dire que le trouble de l'adaptation, je l'ai découvert quand je suis rentré en poste. On ne m'en avait jamais parlé avant."*

*(615) "Moi, ce qui m'a marqué, c'est que ce n'est pas un truc qu'on nous a appris à l'externat ou à l'internat. En fait, ce n'est pas une pathologie psychiatrique qu'on nous apprend dans nos cours."*

Il ne semble pas exister de différence sur la représentation du trouble de l'adaptation en fonction du temps de pratique. Il est à noter qu'un seul participant aurait bénéficié d'un enseignement dédié lors de ses études. Ce dernier avait le temps de pratique le plus court. Il a su donner une définition plus précise du trouble de l'adaptation.

Un des praticiens relève tout de même que la connaissance et la prise en considération du trouble de l'adaptation évoluent de façon positive avec le temps.

*(578) "Enfin là je parle de missions qui remontent à 2018, 2019, 2020, on ne parlait pas forcément de trouble de l'adaptation en mission."*

On retrouve une confusion entre différentes pathologies psychiatriques dans cinq entretiens, lorsque le praticien se retrouve confronté à la présentation du patient.

*(121) "En l'occurrence lui ça s'est fini avec un suivi pour un stress post-traumatique."*

*(299) "Enfin voilà, plus des personnalités un peu limites".*

*(826) "Les deux c'est à mon sens... deux personnalités pathologiques".*

*(981) "Il y en a où on s'est loupé, où là c'est des problèmes médicaux, avec des pathologies psy sous-jacentes".*

*(468) "Mais tu vois il y a quand même des gens qu'on laisse un peu passer parce qu'on n'est pas spécialistes, on n'est pas psychiatres. Donc moi, les gens que je trouve bizarres, je peux tout de suite me dire qu'il est schizophrène."*

On note chez huit praticiens sur les douze auditionnés une distinction bien établie entre le trouble de l'adaptation et d'autres pathologies psychiatriques rencontrées en médecine générale.

(381) *"Là, pour le coup, j'en ai vu s'écrouler, mais pour ces raisons-là. Parce qu'ils avaient déjà vécu des choses, et que là, ils s'effondrent, et c'est du rapatriement, parce que stress aigu, mais parce qu'il y a un fond de stress post-traumatique".*

(837) *"Je mettrais à côté celui qui va développer autre chose, comme une reviviscence d'un état de stress post-traumatique préexistant, lui je ne le mettrais pas dans le trouble de l'adaptation".*

(321) *"Après pour le coup, lui, ce n'était pas un trouble de l'adaptation, son problème, en fait. Donc on est plus du tout dans le même cadre. Il y a eu une pathologie sous-jacente derrière."*

(299) *"Mais en tout cas... pas de la schizophrénie ou pas, parce qu'on rangerait dans ce cadre nosologique là".*

(468) *"Moi je n'ai jamais vu, ou en tout cas je n'ai pas d'exemple en tête, de quelqu'un qui d'un coup pète les plombs et se dit 'ah c'est plus fait pour moi'. Ou alors c'est vraiment de la psychiatrie pour le coup."*

(798) *"Moi je dichotomise le trouble de l'adaptation [...] de la pathologie psychiatrique décompensée qui, elle, il avait peut-être des antécédents."*

(615) *"La pathologie psychiatrique pour moi c'est autre chose en fait."*

(826) *"C'est des personnels avec qui, quand tu parles avec eux, enfin, tu vois qu'il y a une euh, quelque chose, un problème sous-jacent qui n'est pas euh, en fait qui n'est pas un trouble de l'adaptation."*

#### 4.1.1.2 Manifestation symptomatique en situation de contraintes militaires

Les définitions proposées par les participants sont représentées dans la figure 1. La majorité des participants évoque des symptômes psychiatriques apparaissant à l'exposition du militaire à des contraintes nouvelles.

La notion de discordance entre les contraintes et les capacités du sujet semble centrale. Elle est retrouvée chez dix participants. L'adaptation serait identifiée comme l'équilibre d'un système composé du militaire et sa résilience face au milieu contraignant qu'est l'Armée.

(121) *"Une dissonance, une discordance entre ce que l'individu est capable de donner à ce moment-là et ce qu'on lui demande, du coup ce que demandent les externalités."*

(615) *"[...] qui vont entraîner des frictions" [...] "Et moi je garderais un petit peu le schéma de cases, est-ce que la personne rentre dans une case, comme les jouets pour enfants avec les*

ronds, les carrés, les triangles, il y en a qui essaient de forcer dedans." [...] "et bien en fait, leur rond ne rentre pas dans le carré ou inversement, et du coup, il peut y avoir une friction." [...] "Le milieu militaire est un milieu quand même assez particulier, particulièrement en mission extérieure."

(381) "C'est un trouble de l'adéquation entre la personne, le patient qu'on a en face, et l'environnement de l'institution."

(981) "C'est des personnes qui ne trouvent pas leur place dans l'institution".

(299) "Pour moi, le trouble de l'adaptation, c'est effectivement des gens qui sont inadaptés au milieu".

(578) "Ça va être soit des très jeunes qui se rendent compte que le milieu militaire ne convient pas".

(826) "Principalement ne souhaitent pas finir son contrat parce que ne s'épanouit pas dans l'institution."

(837) "C'est celui qui va venir nous voir en nous disant qu'il ne supporte plus les contraintes là, actuelles, et qu'il veut rentrer, qu'il a besoin de rentrer."

(468) "[...] qui n'arrivent pas à s'adapter à l'armée, aux contraintes qu'on leur donne dans leur régiment."

(321) "C'est la personne qui n'arrive plus à s'adapter parce que... parce que finalement, ça demande trop".

La notion de confrontation brutale à un nouvel environnement et le cumul des contraintes apparaissent comme des éléments centraux du développement d'un trouble de l'adaptation. L'idée d'un changement d'environnement est retrouvée chez dix participants et celle du cumul des contraintes chez huit participants.

(798) "C'est un sujet qui va être sorti de ses conditions habituelles d'évolution dans la vie. Qui peut être confronté à une certaine perte de repères du milieu ou à l'ambiance dans laquelle il évolue".

(381) "Des gens qui, du jour au lendemain, se retrouvent à évoluer dans un milieu qu'ils ne connaissent pas, où ils ont du mal à assimiler peut-être les codes".

(299) "Un poste un peu nouveau, ou du moins plusieurs facteurs qui varient, qui viennent les mettre en difficulté".

(468) "Souvent c'est des jeunes qui n'ont pas forcément le cadre avant et là un peu trop de cadre".

(798) "Tout change d'un coup".

(837) "Un contexte inconnu."

(798) "Ça, surajouté au fait que souvent, ils sont très loin de chez eux."

(468) "Donc tout ça, quand tu cumules tout ça, ça joue aussi."

(121) "Je pense que tout ça mis bout-à-bout peut effectivement entraîner des cocktails parfois un peu explosifs en opération ou même ici en métropole."

(299) "Ça peut plus tisser le faisceau d'arguments."

(615) "[...] arriver à un cumulatif."

Deux participants définissent le trouble de l'adaptation comme une perte de sens de l'engagement, introduisant ainsi la motivation comme un des leviers de la résilience.

(321) "Donc ça change complètement mon engagement, ma vision, etc."

(578) "Mais de base c'est vraiment la perte de sens dans son métier."

Toutefois, on note chez trois participants une définition du trouble de l'adaptation qui désigne la volonté du patient comme responsable principale du trouble.

(826) "Il n'a pas envie d'y aller quoi. Et la plupart du temps, il a déjà un... un plan B à l'extérieur et qui attend qu'une chose, c'est de quitter l'Armée."

(837) "C'est le type qui va venir me voir et qui me dit, 'j'en ai marre de l'Armée, je veux me faire réformer'".

(468) "Il y a aussi ceux qui refusent de partir, ils n'ont juste pas envie de partir."

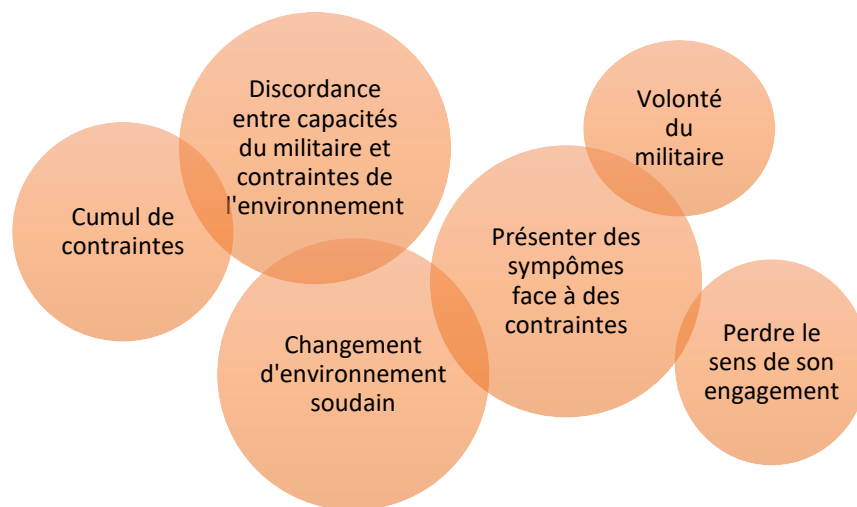


Figure 1 - Définitions du trouble de l'adaptation

Les symptômes psychiatriques rapportés sont divers. Les symptômes les plus évoqués sont les symptômes dépressifs et les manifestations anxieuses, chez dix des douze participants. Des troubles du sommeil sont évoqués par deux participants. Des troubles du comportement sont rapportés par cinq des participants. Trois participants évoquent une souffrance psychique sans précision.

Au total, tous les participants évoquent une souffrance ou des signes cliniques. Ces symptômes sont représentés dans la figure 2.

Symptômes anxieux ou dépressifs :

(826) "Développer une symptomatologie, plutôt qui tire vers la symptomatologie dépressive, dans la minima".

(321) "Ils ont vraiment la boule au ventre, ils sont anxieux, etc."

(121) "Dans la présentation clinique finalement les gens ne sont pas bien, il y a souvent des manifestations anxieuses ou dépressives associées".

(798) *"Et ça, ça va faire le lit de troubles psychiques. Avec bien souvent une orientation vers des symptômes de la sphère dépressive après, mais aussi avoir des symptômes plus de la sphère anxieuse ou d'autres choses à la marge avec des troubles des conduites ou des choses comme ça."*

(837) *"Est-ce qu'ils dorment bien ? Est-ce qu'il a un syndrome anxieux ?"*

(921) *"Il se rend compte peut-être qu'il dort un peu moins bien..."*

(615) *"Et avec... très souvent un syndrome anxio-dépressif réactionnel"*

(578) *"Si ça bascule sur le versant souffrance, anxiété, dépression"*

(615) *"Avec... très souvent un syndrome anxio-dépressif réactionnel."*

(981) *"Ça crée une espèce de souffrance au travail avec des angoisses avant de venir, et en fait ils peuvent pas continuer quoi."*

**Troubles du comportement, en particulier troubles liés à l'usage de substances :**

(381) *"C'était la consommation d'alcool majeure, parce qu'ils ne se sentaient pas très bien"*

(468) *" [...] qui en OPEX font n'importe quoi donc et comportement à risque, alcool, sexuel, problème disciplinaire [...]"*

(578) *"C'est augmentation de la consommation d'alcool, des expositions à un ... gros problèmes l'alcool."*

(615) *"Des expositions à des situations dangereuses, un peu, voilà. Ils se retirent les barrières, un peu les limites, même en termes de comportement social"*

**Souffrance psychique aspécifique :**

(921) *"Mais plutôt une souffrance"*

(299) *"Soit pour des troubles psychiatriques qui sont trop légers"*

(468) *"Il y a des gens qui se mettent à pleurer parce qu'ils disent qu'ils n'en peuvent plus, que ça se passe très mal. Bah ils sont quand même en souffrance."*

**Le caractère de régression à l'extraction du milieu n'a été abordé que par deux participants.**

(826) *"Et exclusivement lorsqu'il est en contact avec les militaires et sur régiment. Quand il rentre chez lui, ça se passe très bien en général."*

(121) *"C'est l'extraction du milieu professionnel prolongée qui sert"*

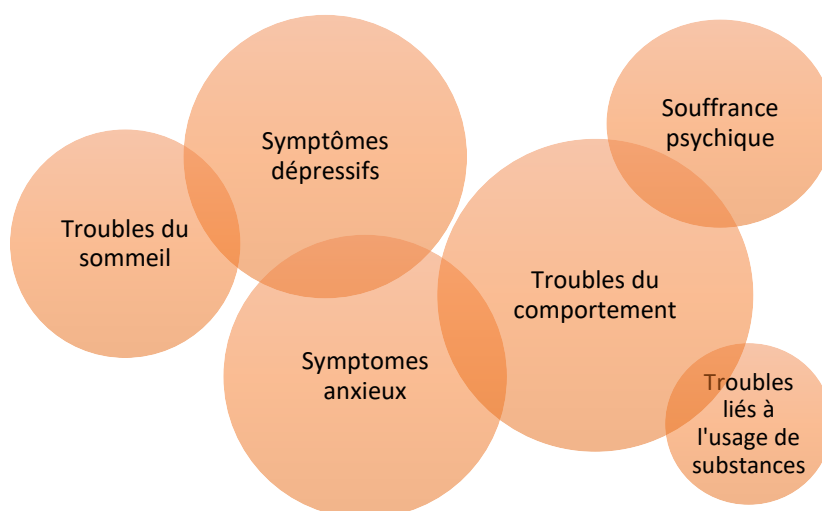


Figure 2 - Symptômes identifiés

#### 4.1.1.3 Les profils types

Lorsque interrogés sur leurs définitions du trouble de l'adaptation, onze participants citent le jeune militaire comme patient type. Le militaire originaire de territoires ultramarins est également décrit comme plus à risque que les autres militaires par trois participants. Les représentations quant aux profils type sont représentées dans la figure 3.

Jeune militaire :

(826) "C'est vraiment le jeune, principalement le jeune, on a peu de personnes, de personnels, au-delà du grade de caporal".

(798) "Surtout chez les jeunes engagés".

(468) "Mais globalement, c'est quand même des jeunes qui n'arrivent pas à s'adapter à l'armée".

(321) "Ce n'est pas les anciens qui... qui commencent à souffrir de la situation, qui vont nécessiter d'être rapatriés en opération extérieure, parce qu'eux, ils vont tenir le coup".

(981) "C'est que des jeunes qui ont moins de 5 ans de service. C'est toujours au début de leur armée, j'en fais très très peu à plus de 5 ans de service, même, quasiment aucun."

(921) "C'est plutôt des jeunes".

(381) "C'est des jeunes, vraiment des jeunes, plutôt militaires du rang, j'ai l'impression, qui veulent quitter, et ça se passe au bout de 2-3 ans, j'ai l'impression, 2-3 ans d'engagement".

(578) "Ce qu'on retrouve souvent, à titre perso en tout cas, dans ce que j'ai pu rencontrer, ça va être des très jeunes".

(615) "Surtout chez des jeunes, au cours de leur carrière et généralement tôt".

(468) "Parce qu'ils sont trop jeunes et ils se sont trompés de voie."

(121) "L'âge dans lequel du coup les gens rentrent dans le monde militaire, qui est finalement souvent un peu plus précoce que le monde du travail standard, donc avec une maturité peut-être un peu différente".

Ultramarin :

(826) *"Il y a pas mal d'ultramarins".*

(798) *"C'est quelque chose que je retrouve beaucoup chez les ultramarins, au final".*

(299) *"Il y a une très très grosse population d'ultramarins, qu'on déracine à la fois en termes de famille, etc. mais même en termes de culture et de tradition. Oui, lui, il est un peu à risque que ça se passe mal."*

Un des participants précise qu'au sein de la population de jeunes militaires, on y retrouve différents profils de patients à risque. Il met en lumière les jeunes femmes ayant été victimes de violences sexuelles et sexistes (VSS) dans l'enfance.

(468) *"On a beaucoup de jeunes filles, enfin beaucoup, quelques jeunes filles, qui ont subi de l'inceste ou des viols dans l'enfance [...]. Il y en a certaines, ça ne marchera jamais. Et assez rapidement, d'ailleurs, on leur dit 'Non, mais tu n'es pas faite pour ça'."*

Un seul participant souligne l'absence de terrain à risque.

(837) *"Le trouble de l'adaptation qui, à mon avis, pourrait peut-être un peu arriver à tout le monde"*.

Deux participants relèvent le fait que le grade ou la catégorie n'est pas un facteur prédictif. A noter que c'est identifié par l'un des participants comme une évolution récente.

(381) *"C'est des officiers, des sous-officiers, qui sont quand même, à la base, assez droits, mais qui ont des comportements particuliers, quoi. Et les militaires du rang aussi, évidemment, mais ça touche toutes les catégories en fait"*.

(468) *"Et surtout, ce qui est assez frappant depuis plusieurs années, c'est aussi des jeunes sous-off, qui n'avaient pas du tout avant."*

Un participant précise que l'arme du militaire n'est pas une caractéristique discriminante.

(381) *"Là, moi, de l'expérience, de ce que je peux voir, je n'ai pas l'impression que ça soit différent entre [un régiment de génie], et ici, [un régiment de chasseurs alpins], où on a beaucoup d'entités différentes, je n'ai pas l'impression que ça soit différent, plus ou moins."*

Enfin, un des participants relève que l'âge n'est pas un facteur prédictif. Ce participant ayant cité le jeune militaire comme un patient à risque, cela laisse comprendre que c'est l'ancienneté plus que l'âge qui revêt un caractère de vulnérabilité.

(578) *"Ou moins jeune d'ailleurs, puisqu'on se rend compte que c'est pas une question d'âge"*.

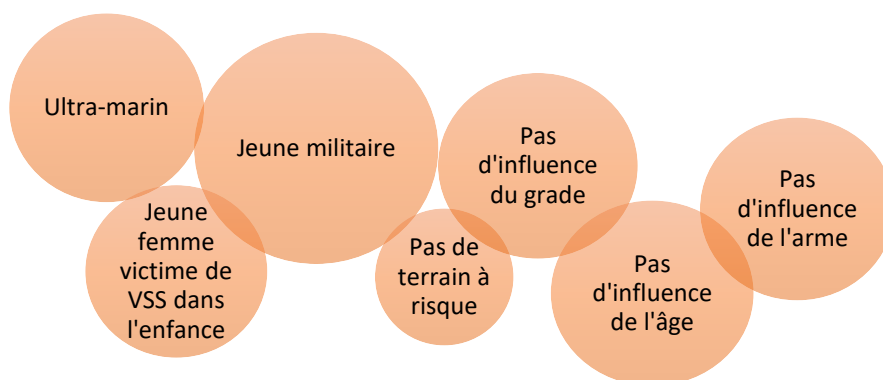
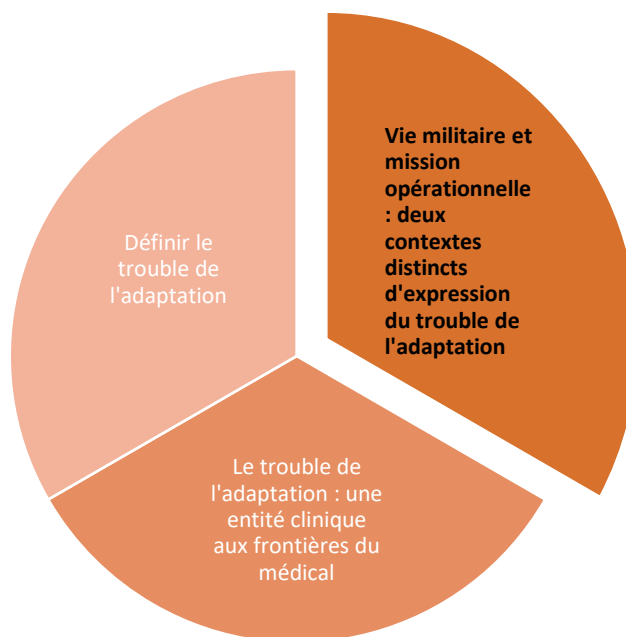


Figure 3 - Profils type

#### 4.1.2 Vie militaire et mission opérationnelle : deux contextes distincts d'expression du trouble de l'adaptation



La question du trouble de l'adaptation en mission a interloqué plusieurs participants et est apparue comme contre-intuitive pour nombreux d'entre eux.

En effet, six participants expriment réfléchir au trouble de l'adaptation au milieu militaire hors contexte de mission. Le trouble de l'adaptation à la vie militaire et le trouble de

l'adaptation en mission seraient considérés comme deux entités distinctes. Les représentations du rapport entre le trouble de l'adaptation en mission et celui à la vie militaire sont représentées dans la figure 4.

(837) " On va assez vite le voir, celui qui nous fait le refus de saut avant chaque mission, bah lui c'est mort. Il n'y arrivera pas. Il est désadapté à l'armée. Et puis il y a celui qui va faire un refus de saut temporaire parce qu'en ce moment, il y a un truc, quoi."

(798) "Il y a le trouble de l'adaptation au quotidien, la personne qui ne s'adapte pas à son nouvel emploi ou à sa récente arrivée dans l'institution."

(321) "Mais finalement, j'aurais pas... la majorité, c'est pas en OPEX, moi je trouve, qu'on les voit. Enfin, ceux que moi, j'ai vu, en tout cas."

(981) "Sur le camp".

(837) "Le trouble de l'adaptation à la vie militaire, les types qu'on réforme, qui ne sont pas faits pour l'armée, en métropole, ça me parle, quoi".

(826) "Les troubles de l'adaptation classiques, qu'on retrouve plutôt en régiment, en métropole".

Le trouble de l'adaptation à la vie militaire serait une pathologie familière du médecin des forces. Sa forte incidence est rapportée par six participants.

(798) "On en voit quand même très régulièrement en unité".

(468) "Et on en voit effectivement de plus en plus en tout cas."

(381) "C'est quand même extrêmement fréquent dans notre pratique. Des jeunes qui veulent partir et qu'on qualifie de trouble d'adaptation, on en a trois par mois".

(121) "Ça c'est toutes les semaines en milieu militaire. Toutes les semaines."

"Mais effectivement je pense qu'on y a tous été confrontés".

(837) " Non, en fait, il y a vraiment un problème. Enfin un problème... En tout cas, nous, on voit vraiment la dégradation des choses".

(981) "Les troubles d'adaptation, pour en avoir fait quand même pas mal".

Le trouble de l'adaptation en mission, en revanche, est décrit comme une pathologie rare, voire inexistante par neuf participants.

(468) "C'est assez rare les gens qui, ça existe hein, mais qui décompensent vraiment en mission ou alors il s'est passé un truc dans le groupe ou il y a eu voilà il y a quelque chose mais sinon c'est quand même quelque chose qui est assez latent".

(321) "Alors ça c'est la même chose qui m'a surpris un peu parce que pour moi le trouble de l'adaptation, c'est vrai que ça ne survient pas trop forcément en OPEX."

(578) "Alors, j'en ai vraiment moins vu en OPEX, ça c'est sûr."

(381) "Alors moi, je n'ai jamais eu de cas de rapatriement pour troubles de l'adaptation."

(121) "En tous cas au point que, en OPEX, ça se solde par un retour en métropole, ça reste relativement à la marge."

(921) "Alors en fait, j'en ai un seul".

(798) "Mais ça ne m'est pas arrivé très souvent."

(837) "Autant le trouble de l'adaptation OM/OPEX, ça m'a... Ça m'a fait réfléchir."

*(826) "Les deux que j'ai eues là-bas, c'était différent" [...] " Donc eux, les troubles d'adaptation à l'OPEX, c'est vraiment des profils plus particuliers voilà."*

L'enjeu du médecin des forces en mission serait de maintenir l'état de santé des militaires afin qu'ils soient aptes, et s'ils ne le sont pas de les rapatrier en métropole. Il est rapporté par quatre participants que l'enjeu qui leur importe en mission est l'extraction d'un patient inapte à la mission.

*(578) "Peut-être que je ne me suis pas posé cette question. C'est intéressant justement de se poser la question maintenant."*

*(837) "C'est pas forcément le trouble de l'adaptation qu'on recherche en mission."*

*(381) "Il ne peut plus accomplir ses missions".*

*(826) " Donc c'est pour ça qu'en OPEX, je trouve que la question ne se pose pas. On a le moindre doute. En gros, on se pose la question, est-ce que j'ai envie de partir en opération avec cet homme-là ? Si la réponse est non, bah en fait on le sort de la mission et puis c'est la métropole qui décidera de la suite voir."*

Deux participants précisent que le diagnostic de trouble de l'adaptation en mission nécessite du recul, et ne pourra être réalisé qu'en métropole.

*(381) "Sur place, je pense qu'on parlera plutôt de stress aigu ou euh... ouai de stress aigu, et qu'on parlera plutôt de trouble d'adaptation après."*

*(826) "Je ne suis pas sûr qu'on puisse faire ce diagnostic en OPEX, qui sera peut-être fait en métropole après, quand on aura un regard sur ce qui s'est passé ou tout ça".*

Toutefois, sept praticiens notent que le trouble de l'adaptation à la vie militaire et en mission constitue une même pathologie et qu'il s'agit d'un continuum. Le trouble de l'adaptation en mission serait alors une décompensation aiguë d'un trouble de l'adaptation à la vie militaire, favorisée par un environnement d'autant plus contraignant.

*(468) "Je pense que ce qui se développe en OPEX, c'est ce qui aurait... Ce qui a peut-être commencé à se développer en métropole, mais qui est exacerbé en mission".*

*(299) "Mais je pense que c'est, enfin pour moi en tout cas, c'est à peu près le même mécanisme qu'en métropole".*

*(578) "En fait quand t'as des casseroles en mission, des casseroles avant de partir, bah les casseroles ça devient des marmites, et ça explose quoi."*

*(981) "Pour moi, c'est un peu pareil".*

*(321) "Des gens qui avaient, oui, probablement un trouble de l'adaptation un petit peu sous-jacent et puis finalement, ça explose en OPEX."*

*(615) "L'adaptation en mission, c'est une adaptation qui va survenir encore par-dessus l'adaptation générale" " Hein, c'est pas à la marge".*

*(837) "En fait, je pense que c'est un peu la même chose finalement."*

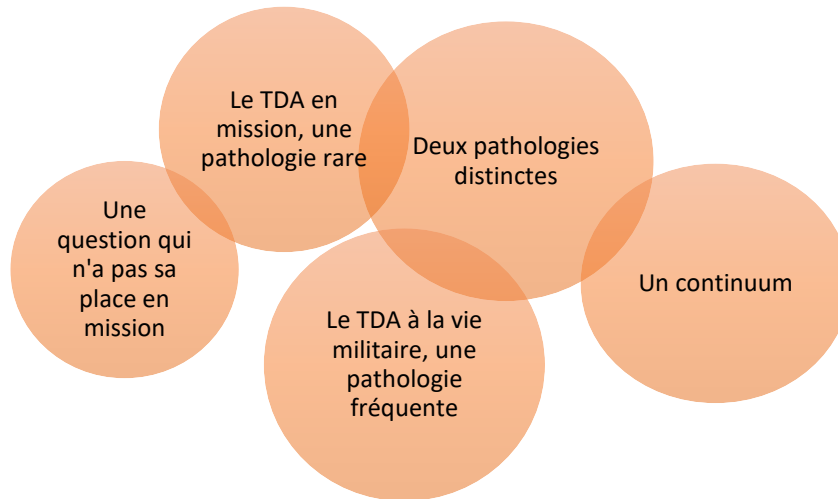
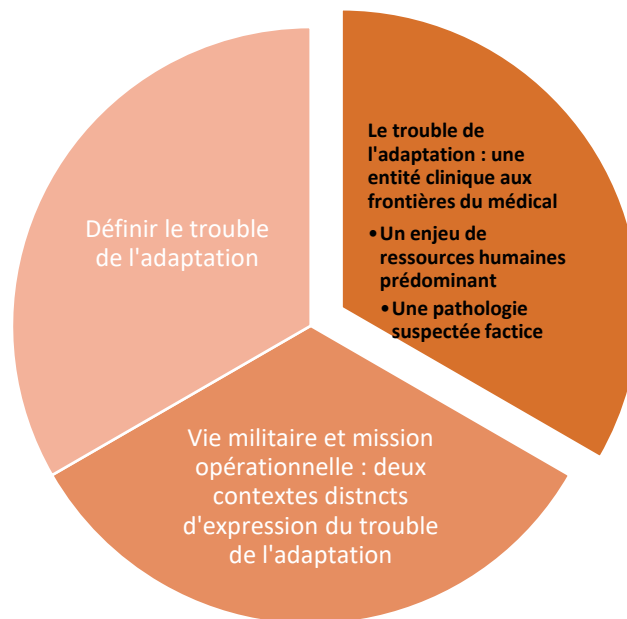


Figure 4 - Rapports entre le trouble de l'adaptation en mission et celui à la vie militaire

#### 4.1.3 Le trouble de l'adaptation : une entité clinique aux frontières du médical



##### 4.1.3.1 Un enjeu de ressources humaines prédominant

Interrogés sur leurs représentations du trouble de l'adaptation, huit praticiens soulignent qu'il ne s'agit pas d'une pathologie. La figure 5 illustre les représentations non médicales du trouble de l'adaptation.

(321) *"Alors, effectivement, globalement, pour moi, ce n'est pas une maladie, déjà."*  
(299) *"Moi, ce que je leur dis souvent, c'est qu'en fait, ils sont pas malades".*  
(981) *"Le problème de troubles d'adaptation, pour moi, c'est que ce n'est pas un problème médical."*  
(468) *"A la base, ce n'est pas un problème médical".*  
(826) *"Moi, je pense que le trouble de l'adaptation, ce n'est pas un problème qui est médical."*  
(615) *"On a conscience d'avoir mis en arrêt de travail ou d'avoir réformé des gens qui n'ont rien de psychiatrique, qui n'ont rien de pathologique."*  
(921) *"C'est pas de la pathologie."*  
(578) *"Sans qu'il y ait forcément une pathologie médicale ou psychiatrique derrière."*

**Le trouble de l'adaptation est décrit comme une problématique RH essentiellement, par sept participants.**

(468) *"Moi j'ai beaucoup de problèmes de RH en fait, de gens qui se sont trompés, ou qu'on a trompé d'ailleurs, pour arriver dans ce milieu-là".*  
(299) *"des gens qui, à mon sens, ne sont pas forcément des troubles de l'adaptation, mais plus des erreurs de casting du CIRFA [Centre d'Information et de Recrutement des Forces Armées]."*  
(826) *"A la base, c'est un problème de commandement, de RH."*  
(615) *"C'est plutôt des problèmes RH ou management."*  
(981) *"Je pense que c'est juste un problème de commandement."*  
(321) *"La solution n'est pas dans le bureau du médecin, elle est dans le bureau du RH. Il faut essayer de trouver une solution."*  
(981) *"Mais moi, ceux que je vois, il y en a, soit ils ont trouvé un boulot au black dans le civil qui rapporte plus".*

**Quatre participants précisent que les patients peuvent développer une souffrance, bien qu'il s'agisse d'une problématique non médicale initialement.**

(321) *" Enfin, quand je dis que ce n'est pas médical, ça finit par le devenir."*  
(578) *" Parfois ça le devient".*  
(826) *"On est d'accord que je me retrouve, on se retrouve avec des patients qui viennent avec des ordonnances du civil, avec des antidépresseurs, des anxiolytiques, des fois des ordonnances qui sont folles. Mais ça ne devrait pas en arriver là en fait."*  
(299) *"Mais ça, très honnêtement, en proportion de toutes les réformes qu'on a pour le trouble de l'adaptation, ce que moi j'aurais tendance à appeler les vrais troubles de l'adaptation, à vue de nez, c'est 20%".*

#### 4.1.3.2 Une pathologie suspectée factice

La suspicion d'un bénéfice secondaire ou de simulation est également évoquée par quatre participants. La souffrance du patient serait mise en question et on le suspecterait de simuler afin de s'extirper d'une situation inconfortable.

(798) *"C'était un peu en mode 'ouais, il n'avait pas envie de finir sa mission'. Je trouve quand même, il y a beaucoup de jugements qui peuvent se cacher, qui peut remplacer ce diagnostic-là, finalement, qui peut s'y substituer."*

(121) *"J'ai un copain médecin de légion, il m'envoyait encore des mails 'de toute façon, c'est un Slovaque, c'est normal qu'il tire au flanc'. Bon, ok..."*

(578) *"Est-ce que c'est juste du flan ?"*

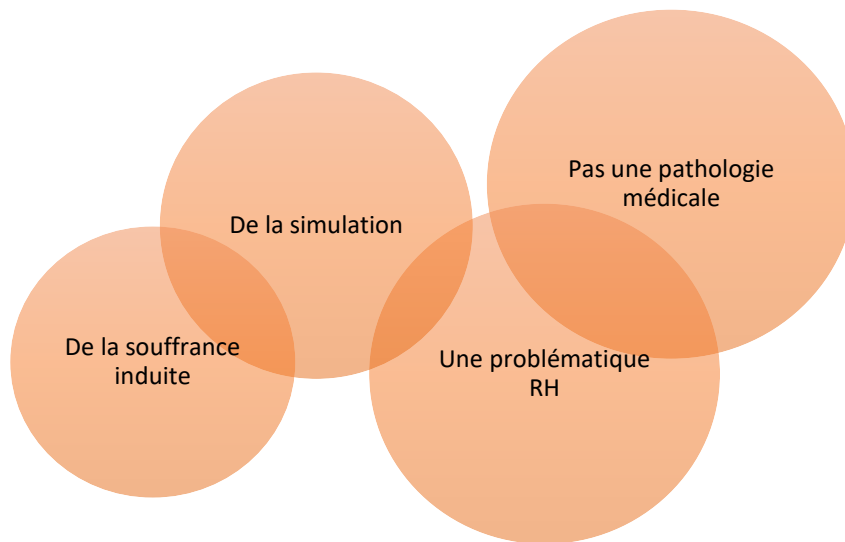
(826) *"Et surtout que c'est le fourre-tout en plus"*

Cette suspicion serait renforcée par le caractère de certains patients. Trois participants précisent être agacés par ces patients. Nous aborderons cette notion dans la partie "Une dynamique relationnelle défensive chez les médecins".

(321) *"Il part en OPEX, sa copine le largue parce qu'il est parti, et du coup, c'est la fin du monde, alors qu'il n'a que 20 ans et qu'il n'était que depuis 6 mois avec sa copine, ou même pas six mois, et voilà, ça devient la fin du monde et il faut le faire rentrer en France."*

(468) *"Ouais, je pense qu'on a pas mal de filous, ouais. C'est possible. Après, oui oui il y a des filous. Il y a... Mais bon, il y a des... Après, il faut savoir ce qu'il y a derrière ça. Pourquoi est-ce que la personne est obligée de mentir pour avoir ce qu'elle veut ? Et souvent, le premier réflexe, c'est de dire, 'ok, il s'est moqué de moi, ffiou, je veux plus en entendre parler'. Bon, après, quand tu creuses un peu, s'il y en a certains qui valent la peine, ils ont aussi, du coup, une histoire difficile."*

(578) *"En fait, on leur en voulait d'avoir réagi comme ça, parce qu'ils ont laissé leurs camarades sur place continuer à gérer le merdier. Donc en fait, on avait un certain ressenti." "Et elle me disait 'mais en fait, c'est du chantage. J'ai l'impression qu'ils me font du chantage pour rentrer et je n'ai pas le choix."*



*Figure 5 - Une entité clinique aux frontières du médical*

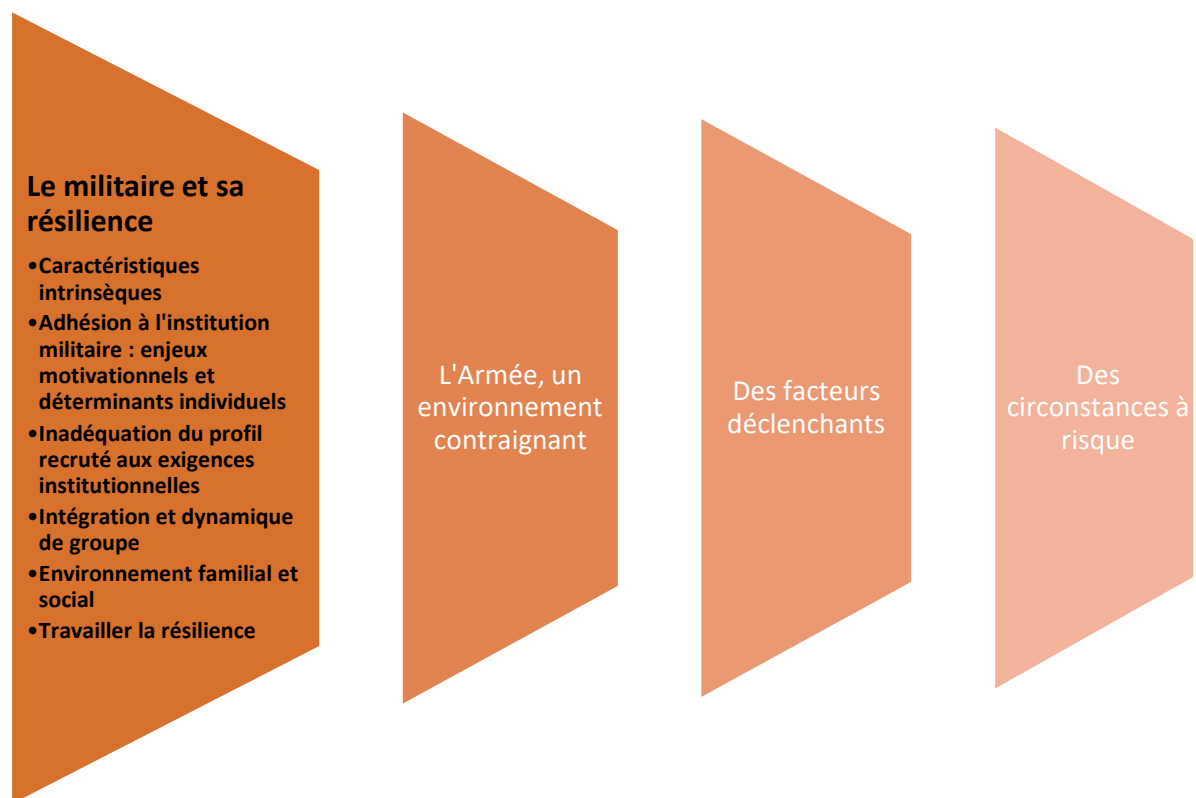
## 4.2 Déterminants du trouble de l'adaptation



Les participants ont été invités à nous faire le récit de leurs expériences en tant que médecin. Dans les définitions et ces récits, nous avons pu identifier les représentations des déterminants du trouble de l'adaptation en mission. Il s'agit des différents éléments qui vont

avoir un impact sur cette pathologie : les contraintes du milieu militaire, les caractéristiques propres du militaire, les facteurs de vulnérabilité, les facteurs déclenchant, etc.

#### 4.2.1 Le militaire et sa résilience



Nous avons vu avec les définitions données que le trouble de l'adaptation serait une pathologie qui se développe lors de la rupture d'un équilibre entre les capacités du patient et les contraintes du milieu. Les participants identifient que les capacités d'adaptation seraient propres à chaque individu.

(121) "Puisque vraiment ça dépend à mon sens de l'individu, de son passif, et puis de ce qu'il est capable d'offrir à un moment donné."

(615) "Moi je l'expliquerais par : on a chacun des possibilités on va dire d'adaptation à son milieu."

(798) "Et il y a des personnes qui sont plus ou moins à même de rentrer dans les clous, entre guillemets."

(321) "Ils peuvent vivre la même situation individuelle, mais en fait ne pas le vivre de la même manière, peut-être ne pas avoir les mêmes ressources, et les ressources peut-être en termes d'adaptabilité déjà."

Cette capacité d'adaptation serait influencée par diverses caractéristiques du patient. D'abord, les caractéristiques intrinsèques, comme les traits de caractère, ou ses comportements seraient considérés comme les principaux facteurs influençant les capacités adaptatives. L'adhésion à l'institution ainsi que les motivations à l'engagement constitueraient également un des déterminants de la résilience du patient. L'intégration au groupe était citée comme exerçant une influence majeure sur les capacités adaptatives du patient. Pour finir, le contexte social du patient constituerait une pierre angulaire de sa résilience.

#### 4.2.1.1 Caractéristiques intrinsèques

La présence d'un terrain particulier est rapportée comme un facteur de risque de développer un trouble de l'adaptation en mission par neuf participants. Ce terrain est identifié comme un trouble de la personnalité, ou bien simplement comme « le fait d'être bizarre ».

*(826) "Bah les deux que j'ai eu, c'est vraiment des troubles préexistants, c'est pas... C'est des personnels avec qui, quand tu parles avec eux, enfin, tu vois qu'il y a une euh, quelque chose, un problème sous-jacent."*

*(981) "Il y en a où on s'est loupé, où là c'est des problèmes avec des pathologies psy sous-jacentes".*

*(299) "Enfin voilà, plus des personnalités un peu limites".*

*(837) "Quand on a un ressenti entre guillemets, bizarre [...] est-ce qu'il n'y a pas de personnalité un peu pathologique."*

*(321) "Donc on a un profil, les deux c'est à mon sens... deux personnalités pathologiques".*

*(468) "Et après les gens qui sont un peu bizarres ou qui sont un peu fragiles, heu... c'est pas simple." [...] "Moi, les gens que je trouve bizarres je peux tout de suite me dire qu'il est schizophrène."*

*(615) "On va avoir, sur des patients, parfois des sentiments d'étrangeté, etc."*

*(381) "S'il a un contact un peu étrange, ou s'il a une personnalité un peu étrange".*

L'adéquation avec la vie militaire apparaît dans différents entretiens comme une caractéristique intrinsèque et déterministe. Cette notion est retrouvée dans le discours de sept participants. Elle semble, pour certains participants, être en lien avec de l'immaturation, l'incapacité à prendre du recul, la précarité affective, le refus de l'autorité et l'impulsivité. On note également l'importance pour un participant des comportements sexuels débridés dans la genèse des troubles de l'adaptation. Les caractéristiques intrinsèques relevées comme facteurs de risque de trouble de l'adaptation sont représentées dans la figure 6.

### Ne pas être fait pour la vie militaire :

(468) *"Ou alors parce qu'ils se sont trompés en fait, soit ils se sont trompés d'idéal soit ils se sont trompés de voie, parce qu'en fait c'est pas du tout pour eux."*

(921) *"Ce n'était pas fait pour eux."*

(826) *"Parce qu'ils sont trop jeunes et ils sont trompés de voie".*

(321) *"Qui s'est trompée de voie complètement".*

(299) *"De gens qui se sont trompés".*

(981) *"J'ai l'impression que c'est des jeunes qui sont trompés de voie".*

### Être immature :

(321) *"J'associe aussi un peu ça avec des problèmes d'immaturité".*

(468) *"Il y a aussi une grande part d'immaturité et du coup pas de ressources pour se remobiliser."*

(921) *"Il part en OPEX, sa copine le largue parce qu'il est parti, et du coup, c'est la fin du monde, alors qu'il n'a que 20 ans et qu'il n'était que depuis 6 mois avec sa copine, ou même pas six mois, et voilà, ça devient la fin du monde et il faut le faire rentrer en France."*

### Précarité affective, refus de l'autorité et impulsivité :

(837) *"Qui ont une précarité affective hyper importante."*

(981) *"Soit une mauvaise tolérance du commandement, du travail de militaire".*

(826) *"Le fait de ne pas tolérer les ordres."*

(468) *"Je pense qu'il y a surtout une grosse intolérance à la frustration chez la jeune génération."*

(578) *"Ça peut être des difficultés à se conformer au milieu militaire, aux ordres, au côté carré."*

(826) *"Qui était extrêmement impulsif".*

(921) *"Et comme ils n'ont pas de ressources pour faire face à ça en se disant 'Ok, c'est pas grave, je rebondis et je trouve d'autres sources de satisfaction dans ce que je fais', bah du coup, tout s'écroule. Mais parce qu'on ne leur a jamais appris à être résilient, à se surpasser."*

### Comportements sexuels inappropriés :

(468) *"Elles ont une vie sexuelle complètement débridée, en fait, elles ne savent pas ce qu'elles font. Et ça, c'est désadapté complet. Parce qu'on ne leur a jamais appris. En fait, elles ne savent pas ce que c'est de dire non, elles ne savent pas ce que c'est un consentement."*

Sept participants expliquent ces caractéristiques intrinsèques par des histoires de vie compliquées des patients. Ils notent qu'avoir une histoire de vie compliquée est un facteur de risque de trouble de l'adaptation en mission.

(468) *"En tout cas, sur tous les troubles de l'adaptation, je pense qu'il y a plus de 50% dont l'histoire personnelle est hyper compliquée."*

(837) "Il y a quand même un petit contexte sur les troubles de l'adaptation. [...] Ceux qui ont eu besoin de rentrer, c'est ceux qui partaient avec un bagage social complexe."

(578) "C'est souvent des gens qui ont des histoires de famille assez compliquées, enfin des histoires de vie en tout cas vraiment difficiles".

(798) "Souvent c'est des jeunes qui n'ont pas forcément le cadre avant et là un peu trop de cadre".

(299) "Soit donc ces gens-là, soit des gens dont l'éducation ou le côté social font... que ça n'adhère pas au milieu militaire".

(121) "Avec parfois des histoires de vie un petit peu compliquées avant même de rentrer en milieu militaire."

(615) "Et si en plus derrière, ils n'ont pas une famille qui les soutient ou qui est présente, bon bah tout s'écroule hyper vite."

Les antécédents de trouble de l'adaptation en mission et de difficultés en missions ou exercice sont identifiés par cinq participants comme un facteur de risque de trouble de l'adaptation en mission.

(798) "De personnes pour lesquelles ça ne s'est pas forcément bien passé, et pour lesquelles un nouveau départ, ça pourrait poser problème si c'était suivant les mêmes modalités."

(299) "Donc, euh, des antécédents, enfin voilà, celui qui a mal vécu sa FGI, mal vécu sa FGE, qui n'a pas aimé le dernier temps en Canjuers, etc...".

(381) "Des gens me disent 'bah c'était une mission nulle. Ça s'est mal passé ou ça s'est mal passé au retour'".

(837) "Il y a celui qui a déjà été RAPASANNé de la précédente mission, lui, il faut vraiment vraiment réfléchir".

(578) "L'antériorité, quand il y a déjà eu des difficultés au cours de mission antérieure, et quand il y a déjà eu soit des retours anticipés, soit des retours difficiles, soit des conflits lors de missions antérieures."

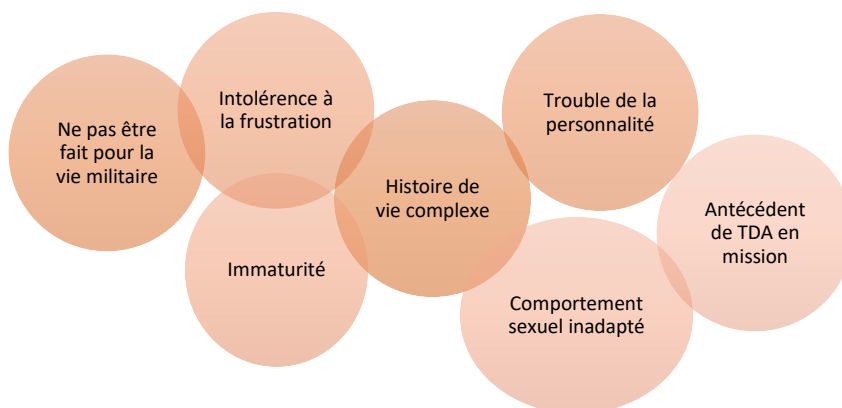


Figure 6 - Déterminants intrinsèques

#### 4.2.1.2 Adhésion à l'institution militaire : enjeux motivationnels et déterminants individuels

L'adhésion à l'institution est en revanche décrite comme un facteur protecteur du trouble de l'adaptation. On retrouve cette notion chez cinq participants.

(321) *"Eux ils vont tenir le coup, ils sont assez attachés à l'institution je pense."*

(468) *"Et je pense qu'il y en a pour qui ça fonctionne, mais c'est souvent ceux qui ont une grosse force morale, ou ceux qu'on a réussi à ... accrocher sur une spécialité ou bon qui ont adhéré au système."*

(921) *" Mais ils sont tellement impliqués, ils sont tellement à fond, que voilà, ça se passe très bien".*

Plusieurs participants font référence aux motivations et à l'engagement du militaire. Ils mettent en parallèle sa faible capacité à faire face aux contraintes à une motivation insuffisante pour la carrière militaire. On retrouverait fréquemment certaines motivations à l'engagement chez les patients qui présentent un trouble de l'adaptation en mission. Ces motivations sont de s'engager pour quelqu'un d'autre, d'idéaliser l'Armée, de s'engager par défaut, de fuir le quotidien, d'apaiser une souffrance. Les participants présentent à la fois des motivations jugées favorables à l'engagement et d'autres considérées comme moins adaptées. Ces notions sont retrouvées chez huit participants. Ces motivations sont représentées dans la figure 7.

S'engager pour quelqu'un d'autre :

(468) *"Mais souvent, ces gens, c'est plutôt pour faire plaisir à papa et maman, qu'ils se sont engagés."*

(121) *"C'est s'engager pour faire plaisir à ses parents, pour réaliser le rêve d'un de ses parents qui n'a pas été militaire ou qui n'a pas la carrière qu'il a voulu."*

Idéaliser l'Armée :

(826) *"Eux c'est plutôt les idéaux, ils ont placé la barre très haute".*

(468) *"Qui s'engagent pour les mauvaises raisons, soit avec un idéal un peu surdimensionné. Euh... alors qu'ils ne connaissent pas l'Armée, et, ou pour fuir justement leur quotidien un peu."*

(798) *"Un patriotisme décuplé et une ferveur un peu désadaptée".*

Apaiser une souffrance :

(468) *"Notamment avoir des parents qui les aiment et qui retranscrivent ce manque d'amour sur l'Armée, mais on ne peut pas leur donner forcément, et qui du coup sont déçus."*

S'engager par défaut / manquer de motivation :

(468) "Soit ils sont vraiment très motivés et ça se passe bien, soit la motivation n'est pas forcément là. Et surtout, ils ne savent pas pourquoi ils s'engagent."

(381) "Des gens qui sont déjà en questionnement ou en frein par rapport à l'engagement."

(299) "Ils ne savent pas trop, ils sont là mais ce n'est pas quelque chose qu'ils voulaient, ils sont là un peu parce que la porte était ouverte."

(981) "Ils ne sont pas au bon endroit, quoi. Ils se disent 'mais qu'est-ce que je fais là ?' Et ils se demandent ce qu'ils font là. Ils se disent 'mais pourquoi je fais ce travail-là ?' Ils se posent beaucoup de questions. 'Pourquoi on me donne des ordres débiles ? Pourquoi...'"

(321) "Pour les gens qui ne veulent pas faire que l'Armée dans leur vie."

(121) "Et puis des gens qui parfois choisissaient un peu la voie militaire par défaut".

(578) "Sur quelqu'un qui n'est déjà pas trop sûr de ce qu'il veut faire, je pense que ça finit par le convaincre qu'il n'est pas trop adapté".

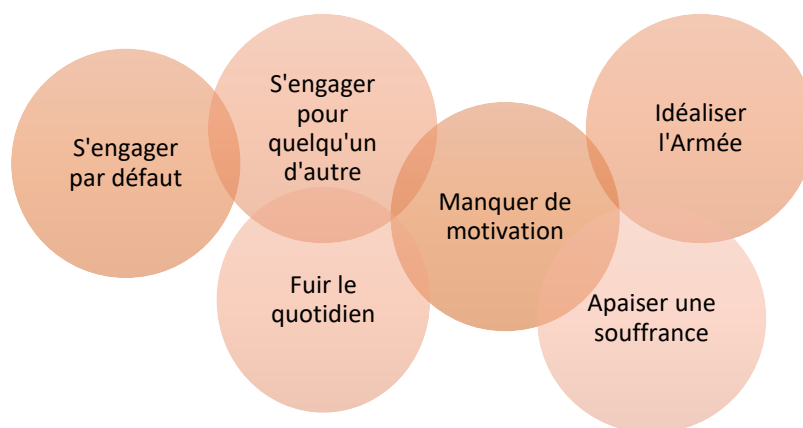


Figure 7 - Les motivations à l'engagement fragiles

#### 4.2.1.3 Inadéquation du profil recruté aux exigences institutionnelles

De nombreux participants notent que la forte incidence du trouble de l'adaptation en mission est directement liée à un recrutement non adapté.

En premier lieu, il y aurait une méconnaissance des différents métiers de la défense par les Centres d'Information et de Recrutement des Forces Armées (CIRFA). Les candidats à l'engagement seraient souvent mal orientés et s'engageraient avec des attentes qui ne correspondent pas à la réalité du terrain. On retrouve cette idée de mauvaises informations lors de l'engagement dans le discours de six participants.

(468) *"Mais surtout, on leur a menti au CIRFA. Vraiment. On leur a dit, 'oui, ne t'inquiète pas, tu feras ça et ça'. En fait, ce n'est pas du tout ça. Ils n'arrivent pas dans le bon régiment. Ils n'arrivent pas... Et du coup, il y a une grosse source de déception."*

(121) *"Mais il y a aussi une grosse part de, je ne dirais pas de mensonges, c'est un peu dur, mais de choses... de mauvaise orientation dès le départ sur les profils, sur la volonté de ce qu'ils veulent faire."*

(981) *"C'est au CIRFA de leur dire, 'attendez les gars, tranquille, oui, on va vous former, on va vous aider à utiliser des armes, vous allez apprendre à conduire des blindés, vous allez beaucoup vous entraîner, il ne se passera peut-être jamais rien de votre vie, et peut-être qu'un jour, il y aura une guerre et ce sera à vous d'y aller, mais peut-être qu'il ne se passera rien'."*

(299) *"On en a quand même pas mal qui arrivent comme ça avec des erreurs d'orientation"*

(321) *"Ou qu'on a trompé d'ailleurs, pour arriver dans ce milieu-là"*

(578) *"Et puis après ouais sur le fait que le CIRFA ment, ou en tout cas méconnaît le milieu, et du coup explique à des gens des choses qui ne sont pas vraies."*

D'autre part, les participants mettent en cause la diminution de la sélectivité lors de l'engagement. Ils rapportent voir arriver de jeunes militaires dont le profil apparaît inadapté à l'institution, laissant présager un échec presque inévitable. Cette idée est relatée par cinq participants.

(826) *"On a une telle sélectivité qui est nulle dans l'Armée de terre, qu'on se retrouve avec des profils qui, on le sait depuis le début, ne sont pas adaptés"*

(468) *"C'est sûr, il y a aussi un recrutement qui est beaucoup moins strict qu'avant."*

(615) *"Des gens qu'on n'aurait jamais pris il y a dix ans ou il y a quinze ans, maintenant vu qu'il y a de moins en moins de volontaires, on les prend aussi. En sachant qu'on va quand même, je pense, à l'échec dans deux cas sur trois, enfin c'est écrit quoi."*

(837) *"A l'incorpo, quand on voit les gens, on se dit 's'il part, ce serait normal quoi'. Enfin on n'est pas étonné."*

Enfin, les participants soulignent également l'absence d'invalidation en cas d'échec. Pour certains jeunes militaires, la période des classes constituerait une première confrontation au milieu militaire, pouvant leur permettre de réaliser que ce milieu ne leur convient pas et de rompre leur contrat. Cette étape devrait favoriser une forme de sélection, en conservant ceux qui semblent les plus adaptés. Cependant, les participants estiment que les classes ne représentent plus une véritable confrontation au métier, voire qu'elles sont rendues plus confortables. L'intégration en compagnie, après les classes, deviendrait alors d'autant plus difficile que ces dernières sont moins exigeantes. Ils observent aussi une volonté du commandement de maintenir le plus grand nombre possible de jeunes militaires, ce qui va à l'encontre du processus naturel de sélection. Cette idée ressort dans sept entretiens.

(468) "Et il y a quand même une part de responsabilité du commandement, parce que souvent, c'est 'non, non, mais t'inquiète', parce qu'ils ne veulent pas perdre de gens. Donc on les garde, on les traîne."

(615) "En fait, dès le début, ce n'est pas le bon profil, ce n'est pas le bon endroit. Sauf qu'il faut faire du chiffre. Et donc, ils se retrouvent quand même ici."

(837) "Tu te rends compte, un an après, ça ne va pas depuis le début, mais tout le monde a bien caché le truc. Et justement, pour l'effectif, pour les garder, pour des histoires de chiffres, tu te heurtes vraiment à... Il faut garder les gens."

(321) "Il y a un vrai gap aujourd'hui entre les classes et l'arrivée en compagnie de combat. Et ça, ça n'aide pas vraiment. Et sur les troupes d'adaptation, on en voit plein là-dessus".

(981) "En fait, aujourd'hui, personne n'assume dans l'Armée de terre. C'est-à-dire que la DRHAT n'acceptera jamais une rupture de contrat d'un mec qui a 10 mois de service."

(921) "Le passage de 'je suis plutôt préservé en, au CEFIM' à 'j'arrive dans une compagnie de combat' voilà, c'est compliqué. Pour certains c'est dur."

(826) "Parce que l'Armée de terre ne veut pas les lâcher. Et donc, ce n'est pas très honnête de leur part."

#### 4.2.1.4 Intégration et dynamique de groupe

Être isolé du groupe est un facteur de vulnérabilité rapporté par huit participants. Cet isolement pourrait être lié à des difficultés du militaire à maintenir des relations sociales, à des conflits au sein du groupe ou encore à une mise à l'écart par celui-ci.

(837) "C'est celui qui est le vilain petit canard du groupe, ça ne va pas bien se passer en OPEX."

(826) "Ils ne sont pas du tout à leur place, pas intégrés".

(981) "Il va se faire atomiser par ses cadres, donc ça veut dire que ses collègues qui sont à côté de lui vont se faire atomiser en même temps, et il va se faire mettre de côté pour éviter de trop ramasser. "

(121) " Et donc il y a vraiment une extraction, la personne se met un peu à l'écart du groupe, de ce qu'on demande au groupe".

(578) "Ça peut être des troubles relationnels avec des personnels, soit des supérieurs, soit même les camarades".

(468) "T'arrives tout seul, t'as pas de copains, il faut t'en faire. Et si c'est des gens qui déjà sont un peu fragiles, ils ne savent pas trop comment se faire de copains".

(921) "La vie en communauté qui était plutôt compliquée. Passer toutes ses journées, tout le temps, avec toute sa section, ça pouvait faire décompenser des gens qui étaient plutôt solitaires et qui n'aimaient pas forcément vivre en groupe".

(615) "Les points de friction qu'il pourrait y avoir par rapport à une mise en collectivité. Quelqu'un qui n'a jamais fait que des activités individuelles, qui est seul dans une fratrie, enfin qui n'a pas de fratrie, etc., fin voilà."

A l'opposé, pour sept participants, l'intégration au groupe est considérée comme un facteur protecteur. Deux participants précisent que cet effet de groupe est particulièrement présent dans les unités qui ont des rythmes opérationnels intenses, voire qui ont été confrontées à des pertes humaines.

(981) *"Je pense que dans les régiments, avec de fortes traditions, une forte identité, ils arrivent à s'accrocher."*

(121) *" Mais, et là encore, parfois, le groupe fait que ça tient et que tout se passe bien quoi."*

(837) *"Donc dans les facteurs très protecteurs, il y a ça, l'appartenance au groupe."*

(468) *"C'est juste qu'en métropole, soit ça a été canalisé par le groupe, par le commandement, en disant ça va bien se passer, t'inquiète".*

(299) *"Et ils deviennent tous proches, pas forcément amis, mais en tout cas proches."*

(826) *"En fait, il y a un vrai esprit de groupe dans ces unités de combat opérationnelles."*

(578) *"Il y a des unités très opérationnelles qui ont été... des unités meurtries. Ces unités qui ont vécu déjà des choses assez compliquées, qui forcément sont très soudées."*

Cependant, cinq participants relèvent un effet négatif lié à la dynamique de groupe. Les militaires deviendraient moins disponibles pour discuter des risques psychiques et plus réticents à exprimer leurs difficultés. En limitant la prise de parole sur les problèmes personnels, l'effet de groupe pourrait également contribuer à l'émergence de troubles du comportement.

(981) *"Et il y a un vrai effet de groupe. Si on veut parler de [risques psychiques], il faut qu'on cible les gens. On cible des gens auxquels on se dit 'ok, il y a potentiellement des fragilités'. On fait ça en groupe, ça va faire marrer tout le monde et on n'aura aucun impact, on ne va pas y arriver."*

(826) *"Ils se cachent un peu derrière l'effet collectif, puis le fait de pas vouloir sortir du groupe."*

(468) *"Il y a peut-être un peu plus de difficultés à admettre qu'on puisse avoir un souci."*

(121) *"Non, l'effet de groupe et puis l'effet de carapace. Mais ce qui fait aussi que les popotes ont tendance à dégénérer, ce qui fait aussi qu'il y a de la baston, ce qui fait aussi qu'il y a de la consommation de stup et tout ça."*

#### 4.2.1.5 Environnement familial et social

L'environnement familial et social du militaire est considéré comme un facteur essentiel de son adaptation en mission. Les douze participants mentionnent les difficultés familiales en cours comme un facteur de risque. Celles-ci constitueraient un facteur de risque

en elles-mêmes, en raison de la contrainte qu'elles représentent dans la vie du militaire et de la difficulté à y faire face à distance. Elles pourraient également s'aggraver pendant l'absence. Le militaire se retrouverait alors confronté à une charge supplémentaire au cours de la mission, ce qui augmente le risque de rapatriement anticipé. Les différentes problématiques sont représentées dans la figure 8.

(837) *"Est-ce que vous partez en laissant des soucis à la maison ? Ça, c'est ma deuxième question. Et si le patient dit oui, je rentre dedans, direct."*

(468) *"Est-ce qu'il y a un problème dans ta famille qui pourrait faire en sorte que ça ne se passe pas bien, est-ce que toi tu as des problèmes ?"*

(321) *"Souvent, c'est une discussion comme ça. Et puis, un petit coup de sonde sur les problèmes qu'ils laissent en base arrière, c'est est-ce qu'il y a quelque chose ou pas."*

(381) *"Il y a des situations à risque, on en a parlé avant. Il faut que le socle, la base arrière soit solide."*

(121) *"Ce qui est sûr c'est que tout ce qui peut déjà entacher avant de partir en mission les capacités d'adaptation, une fatigue opérationnelle trop intense, des problèmes familiaux".*

(798) *"Est-ce qu'au niveau familial, derrière, tout va bien ? Enfin, il n'y a pas de soucis ? Est-ce qu'ils ne partent pas avec une grosse inquiétude, quelque chose qui va gêner la mission ?"*

(826) *"Surtout déclenché par des problématiques familiales métropole en fait."*

(981) *"A devoir gérer des problèmes familiaux qui en fait ne devraient même pas être de leur ressort, mais qui se sentent investis un peu par ces problèmes."*

(299) *"C'est des problèmes de famille."*

Quatre participants relèvent que l'absence de problématique familiale est un facteur protecteur.

(837) *"Souvent je leur dis 'ah vous partez libre comme l'air'".*

(321) *"Celui qui n'a pas de copine, qui vit au régiment, qui n'a pas trop de problèmes de sous, quand bien même il a eu une histoire personnelle avant l'Armée qui était compliquée, s'il part sans problème, pour moi c'est un bon facteur que ça se passe bien."*

Dans les différentes problématiques familiales, l'épuisement familial face au rythme opérationnel et à l'éloignement est décrit comme un facteur de risque. La mauvaise tolérance au rythme opérationnel est citée par huit participants.

(321) *"Ils n'y arrivent plus, souvent à cause de la famille, à cause de la famille éloignée"*

(121) *"Ou la conjointe qui en a marre que les gens ne soient pas là,"*

(578) *"La répétition des missions, l'absence du domicile, le fait d'être souvent sur le terrain, souvent absent, etc..."*

(615) *"Quelqu'un qui a été absent, je ne sais pas moi, qui est parti 20 fois en 20 ans"*

(468) *"La famille, il ne va pas tenir, la femme est à bout. Tu sais qu'il y a une situation assez précaire et qu'en fait, ils partent quand même, mais que ce n'est pas le bon moment"*

(798) *"Surtout les familles ne voulaient pas que les mecs partent parce qu'il y avait un gros enchaînement opérationnel."*

(381) *"C'est votre combien de départ ? Ça va aller ?"*

(837) *"Et bah tiens, je vois que ça fait la troisième fois que vous partez en OPEX depuis deux ans, est-ce que la famille tient bien ?"*

Les participants retiennent comme facteur de risque les difficultés dans le couple. Les douze participants relatent y accorder une attention particulière. Ces difficultés conjugales pourraient s'aggraver lors des missions et être à l'origine de séparations. Ces situations de séparation lors de la mission seraient des facteurs de risque de trouble de l'adaptation et de rapatriement, comme le rapportent cinq participants.

#### Difficultés dans le couple :

(837) *"Donc ça c'est plutôt un facteur qu'on peut discuter comme source que ça se passe mal. D'avoir une copine récente ou même d'être en couple en fait, tout simplement."*

(615) *"S'il a une femme, puis un premier divorce, et qu'il a deux ou trois, et qu'il a un enfant d'un côté et deux enfants de l'autre."*

(981) *"Il est en train de divorcer que il va pas avoir trop la tête à ça."*

(321) *"Est-ce qu'ils sont en couple ? Est-ce qu'ils sont séparés ? Est-ce que c'est compliqué ?"*

(381) *"Est-ce qu'ils sont en couple, mariés, pacsés ? Il y a des problèmes entre eux ?"*

(798) *"C'est compliqué, ils doivent gérer les difficultés avec leur conjoint"*.

#### Séparation en cours de mission :

(837) *"J'ai eu aussi un patient qui avait des énormes problèmes familiaux, sa femme qui était en train de se barrer pendant que lui était en OPEX."*

(981) *"Et il y en a un, c'était compliqué à la maison, se fait quitter, a un enfant"*.

(321) *"Il part en OPEX, sa copine le largue parce qu'il est parti, et du coup, c'est la fin du monde."*

(921) *"On connaît tous le mec qui se fait larguer en OPEX"*.

Les difficultés liées à la garde d'enfants, ainsi que le fait d'avoir une famille nombreuse, constituent pour cinq participants un facteur de risque. Pour l'un d'eux, le passage du statut de "non-parent" à celui de parent peut également entraîner des difficultés d'adaptation.

(615) *"Est-ce que vous avez des enfants, comment ils sont gardés"*.

(798) *"Ou les difficultés du mode de garde des enfants"*.

(468) *"La femme est enceinte, ils ont trois gamins"*.

(121) *"Parce qu'une femme enceinte avec déjà trois enfants à gérer"*.

(381) *"S'ils ont une garde alternée et qu'ils doivent partir quatre mois, est-ce que c'est OK ?"*

*(321) "Ou bah je deviens parent et donc ça change complètement mon engagement, ma vision, etc."*

La présence d'une grossesse en cours est relevée comme un facteur de risque par trois participants. En particulier, les grossesses compliquées, ou les complications de grossesses pourraient impacter la mission. Un participant note que l'absence répétée lors des naissances impacte négativement les capacités adaptatives du patient.

*(468) "Elle a une grossesse compliquée mais il part quand même."*

*(121) "Une femme enceinte jusqu'au cou et qui a des complications de la grossesse".*

Les problèmes de santé des proches est une des problématiques familiales fréquemment rapportées. Elle pourrait comporter un risque de dégradation importante lors de la mission, nécessitant alors le rapatriement du militaire, comme le soulignent quatre participants. Sept participants soulignent le caractère à risque des problèmes de santé des proches.

*(837) " Quand il part en mission, il le sait déjà, que son frère a une leucémie".*

*(121) " Le papa aura un cancer".*

*(981) "Il y a quelqu'un qui est malade dans sa famille, il faut faire un peu attention, ça peut impacter la mission avec un potentiel retour à la maison si un décès".*

*(798) "Des situations de dépendance ou des problèmes de santé des parents".*

*(468) "Parce que je ne sais pas, un de ses parents est en train de mourir ou a une maladie ou quoi".*

*(826) "Quand ils apprennent que leurs parents sont malades".*

*(578) "Avec un papa qui est en phase terminale d'un cancer ou des choses comme ça".*

*(837) "Et en fait au milieu du mandat, son frère est hospitalisé dans un état catastrophique et il a besoin de rentrer."*

*(321) "Parce qu'il y a sa femme qui est malade, parce qu'il y a son fils hospitalisé".*

*(381) "Il ne peut plus accomplir ses missions parce qu'il se passe quelque chose en métropole, dans la famille, un décès, et qu'il s'effondre et que ce n'est pas possible".*

Un participant rapporte la gémellité comme un facteur de vulnérabilité. Cela illustre que les relations fusionnelles et dépendantes que le militaire entretient avec certains de ses proches seraient plus à même d'impacter ses capacités adaptatives.

*(837) "C'est encore une histoire de frères jumeaux mais c'est pas le même".*

Enfin, un participant relève que les difficultés financières peuvent impacter négativement les capacités adaptatives du patient.

(299) "De dossiers de surendettement, de choses qui peuvent conduire à des difficultés psychologiques".

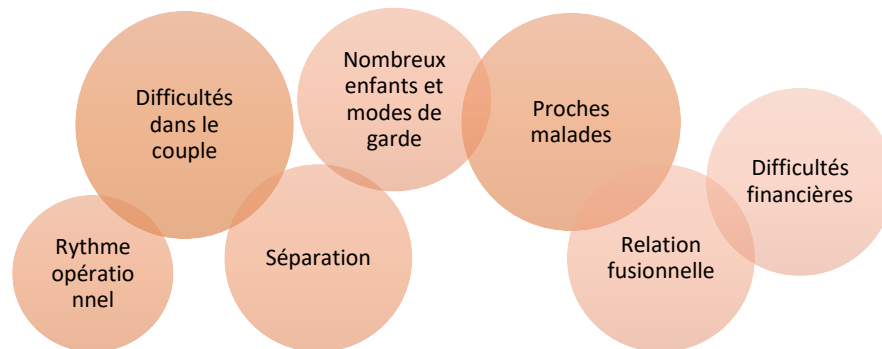


Figure 8 - Impact négatif de l'environnement familial

#### 4.2.1.6 Travailler la résilience

Les caractéristiques du patient qui influent sur ses capacités adaptatives sont présentées comme intrinsèques et déterministes. Toutefois, certains participants modèrent leurs propos en soulignant que certaines conditions permettent d'améliorer l'adaptation.

En premier lieu, se plaire dans l'institution, se passionner pour une spécialité ou avoir une force morale importante favoriseraient l'adaptation. Cette notion est rapportée par deux participants.

(468) "Et je pense qu'il y en a pour qui ça fonctionne, mais c'est souvent ceux qui ont une grosse force morale."

(321) " Mais ils sont tellement impliqués, ils sont tellement à fond, que voilà, ça se passe très bien".

Les classes, et les formations progressives sont également citées comme un moyen de travailler sa résilience. Cette idée est retrouvée chez quatre participants.

(981) "Et on les prépare dès les classes."

(615) "Mais eux, ils les vivent sur des périodes de plusieurs mois, et ça va être... une adaptation qui va être nécessaire à l'exigence."

(826) "Ils viennent d'arriver en compagnie, donc il faut, on leur laisse un peu le temps."

(921) "Voilà, 'lui c'est un bon pax, mais attention il est fragile'".

Un participant précise que les échecs aux formations militaires ne constituent pas un facteur de risque de trouble de l'adaptation en mission.

(837) "Celui-là, oui, c'est sûr, il a fait trois échecs au CME. Mais en fait celui-là je le tente."

Dans le cas particulier des jeunes femmes ayant des comportements sexuels inadaptés, faire de l'éducation sexuelle permettrait de prévenir une éventuelle désadaptation. Cette idée est rapportée par un participant.

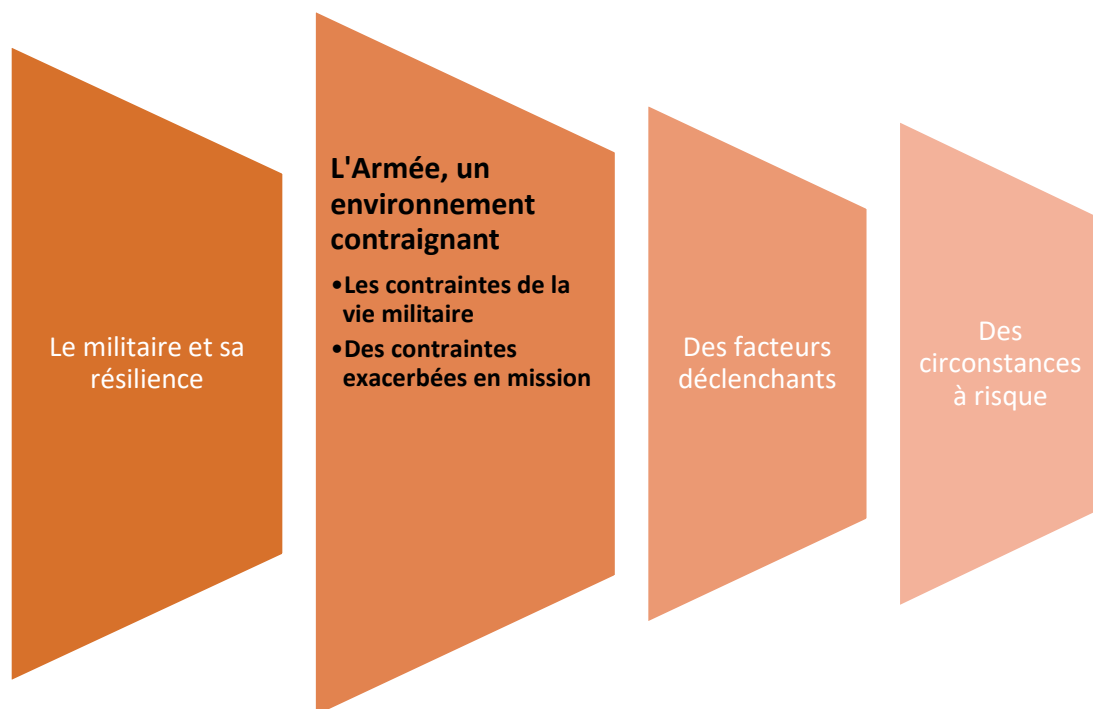
(468) "Leur donner un peu aussi des clés pour ne pas se laisser complètement embarquer dans des trucs et du coup, se désadapter."

Enfin, trois participants notent que la cohésion entre les familles permet de prévenir les problématiques adaptatives en mission.

(468) "Mais du coup, ils vivent beaucoup entre eux. Donc, ils se soutiennent... Les familles, en tout cas, se soutiennent beaucoup entre elles."

(578) "Mais les bases arrière étaient soudées aussi."

#### 4.2.2 L'Armée, un environnement contraignant



Le militaire fait face à des contraintes qui sont inhérentes au milieu militaire. Tous les participants notent que l'Armée est un environnement contraignant d'une part. Ces

contraintes sont représentées dans la figure 9. D'autre part, les douze participants soulignent que la mission comporte des contraintes supplémentaires et exacerbées.

(121) *"Et je pense que ce qu'on demande à des militaires n'est pas non plus anodin, ils n'ont pas un travail normal."*

(615) *"Le milieu militaire est un milieu quand même assez particulier, particulièrement en mission extérieure."*

#### 4.2.2.1 Les contraintes de la vie militaire

En premier lieu, être militaire ce serait évoluer dans un monde régi par des règles multiples, et ayant un carcan rigide. Cinq participants soulignent la contrainte que représenteraient ces règles. Un participant note également le dilemme éthique comme particularité contraignante de la vie militaire. En effet, la condition militaire implique la possibilité de donner la mort, ou de soi-même mourir. Le militaire est conscient de cette possibilité, et peut donc faire face à des dilemmes éthiques.

(615) *"L'exigence, elle va être d'ordre multiple, elle va être comportementale, elle va être vestimentaire, elle va être physique, elle va être aussi un petit peu plus dans l'esprit et les objectifs recherchés."*

(798) *"Il y a les règles qui sont liées à l'institution, à l'Armée."*

(121) *"Le fait de devoir toujours avoir une certaine posture, de force de contrôle, et le fait aussi de devoir se poser des questions éthiques sur le fait d'aller jusqu'à donner sa vie ou donner la mort."*

De plus, le métier de militaire impliquerait une disponibilité importante, tant dans le travail quotidien que dans le rythme opérationnel. Cette notion est relevée par sept participants.

(121) *"On n'appartient pas au monde du travail vraiment, on ne répond pas du code du travail"*.

(299) *"C'était vraiment très pourvoyeur de risques psychosociaux, parce qu'ils étaient vraiment sous pression, qu'ils bossaient du coup du lundi au dimanche h24 pour essayer de rattraper le retard qu'ils avaient sur leurs opérations de maintenance"*.

(321) *"C'est des départs trop souvent, trop d'absence du domicile"*.

(468) *"De savoir que là, c'est peut-être la mission de trop pour la famille"*.

(921) *"Et donc le fait d'être disponible en tout temps en tout lieu"*.

(798) *"Ce qui est sûr c'est que tout ce qui peut déjà entacher avant de partir en mission les capacités d'adaptation, une fatigue opérationnelle trop intense"*.

(578) *"Après d'autres facteurs, ça va être la répétition des missions, l'absence du domicile, le fait d'être souvent sur le terrain, souvent absent, etc."*

Concernant le rythme opérationnel, s'il est considéré par certains participants comme une contrainte, cette idée ne fait pas l'unanimité. La fréquence forte des départs est décrite comme un point positif et motivant par trois participants.

*(981) "Il y a vraiment une notion de 'le partir, c'est ça qui est cool, et c'est ça le boulot du militaire'".*

De plus, le travail même du militaire du rang est décrit comme une contrainte par trois participants. Le travail est décrit comme peu valorisant, et décevant vis-à-vis de leurs attentes.

*(321) " Et en fait, leur travail, ce n'est pas du tout ce à quoi ils s'attendaient".*

*(981) "Soit une mauvaise tolérance du travail de militaire, avec une vraie mauvaise image de leur travail à leur engagement".*

*(837) "Les premières classes dans l'Armée, ils font tous les trucs de merde. Ils font beaucoup de TIG, ils font beaucoup de trucs."*

Le travail des militaires du rang est associé à des relations conflictuelles avec les supérieurs hiérarchiques, et peut constituer un facteur de risque. On retrouve cette notion chez cinq participants.

*(381) "Mais qui, sur les quartiers, dans les régiments en France, ont entamé des conflits hiérarchiques importants, qui fait qu'ils ne sont pas bien dans le travail".*

*(798) " C'est sous-tendu par un conflit hiérarchique."*

*(578) "Ça peut être des troubles relationnels avec des personnels, soit des supérieurs, soit même les camarades."*

*(981) "Ils ne s'entendent pas avec le commandement".*

Des brimades et de la misogynie sont également évoquées, imposant une vigilance accrue. Cette notion est rapportée par cinq participants.

*(981) "Il y a quand même un peu de brimade dans les compagnies. Il faut accepter un peu tout ça."*

*(299) "Et donc effectivement des féminines qui peuvent être mises en difficulté parce que ce n'est pas un truc de l'adaptation au milieu militaire, c'est un truc de l'adaptation aux abrutis qui trainent encore les couloirs de certains régiments."*

*(468) "Sauf que quand ils arrivent en compagnie de combat, ils se retrouvent avec des capo-chefs, avec des adjudants, des adjudants-chefs, avec des anciens, des anciennes générations. Et là ils se font un peu plus secouer."*

*(826) "Le problème de cet effet de groupe, c'est le bizutage. C'est là où il faut faire attention."*

De plus, le métier de militaire implique un éloignement familial, tant au quotidien que dans les absences répétées imposées. Cette contrainte est soulignée par quatre participants.

(121) "Parce qu'on est en célibat géo, qu'on part souvent".

(299) "Je pense que c'est le fait d'être loin de tout".

(578) "L'absence du domicile, le fait d'être souvent sur le terrain, souvent absent, etc."

(321) "Le fait que la famille soit éloignée".

Enfin, la vie au régiment et l'isolement géographique et social de certains régiments est retenu comme une contrainte par six participants.

(798) "En fait, il finit par se désadapter, là où peut-être que dans un autre endroit, il se serait adapté."

(826) "Quand tu vis toute l'année ici et que tu n'as pas le permis, bah t'as intérêt à être solide. "

(578) "Je pense que l'isolement social, il fait beaucoup."

(299) "Les locaux sont hyper vétustes. Donc ça, ça joue aussi. Les conditions de logement".

(615) "Il y a tout un tas de règles qui sont liées plutôt à la vie collective."

(468) "Et se retrouver à [un camp militaire], à une demi-heure de toute civilisation sur un caillou, heu bah c'est compliqué quand même pour des petits jeunes."

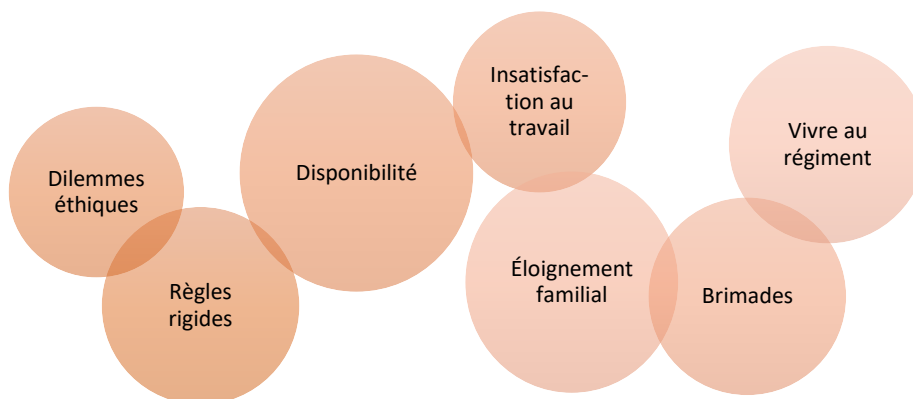


Figure 9 - Les contraintes de la vie militaire

#### 4.2.2.2 Des contraintes exacerbées en mission

Les contraintes de la vie militaire comme la vie en collectivité, la promiscuité, le rythme de travail peuvent être exacerbées en mission. Et des contraintes inhérentes à la mission peuvent venir s'ajouter, comme la menace sécuritaire ou l'éloignement familial complet. Neuf

participants soulignent que les missions sont par définition un environnement contraignant.

Les contraintes évoquées sont représentées dans la figure 10.

*(837) "Des contraintes imposées par le milieu dans lequel il est".*

*(468) "Parce que tout est décuplé en mission".*

*(381) "En fait l'OPEX, c'est une situation qui est stressante, pour le psyché et pour le physique".*

*(798) "C'est vraiment une situation particulière, un environnement particulier pendant 4 mois, que ça peut faire dévier n'importe qui, dans situation normale".*

*(299) "Parce qu'on se rend compte qu'en mission, mine de rien la mission en elle-même, c'est un facteur de risque."*

*(578) "Enfin voilà je pense qu'il y a tout un contexte opérationnel qui parfois fait basculer la balance du côté 'non finalement ce métier me convient plus'".*

*(615) "Le milieu militaire est un milieu quand même assez particulier, particulièrement en mission extérieure."*

En premier lieu, l'éloignement familial est plus important en mission. Pour certains militaires, l'éloignement familial est une contrainte qui apparaît avec la mission. Cette contrainte est relevée par huit participants.

*(837) "Il n'en peut plus des contraintes imposées par le milieu dans lequel il est, l'éloignement".*

*(798) "Surajouté au fait que souvent, ils sont très loin de chez eux".*

*(468) "Parce qu'on est loin, parce qu'il n'y a pas la famille".*

*(981) "Où ils ont du mal à... Soit à quitter leur famille".*

*(299) "Partir loin de sa famille".*

*(615) "Être loin de chez soi, être loin de ses proches".*

*(578) "Parce que l'opérationnel fait que bah que la famille soit éloignée".*

Dans les contraintes spécifiques en mission, quatre participants citent les relations sociales et la promiscuité.

*(798) "Je pense que l'ambiance et l'entourage, ça peut jouer".*

*(321) "J'ai eu du mal à trouver ma place".*

*(578) "Ils vivent les uns sur les autres".*

*(615) "On va dormir par exemple en dortoir militaire, on va avoir assez peu d'espace à soi."*

Il existe lors d'une mission opérationnelle un sentiment d'insécurité permanente. Le risque est variable en fonction de la mission. Quatre participants soulignent le caractère stressant lié à cette menace potentielle.

*(468) "Parce qu'on vit des choses plus ou moins traumatisantes. Mais même sans qu'il y ait forcément de traumatisme".*

*(826) "Il y a des missions, on est bien trop à risque".*

(615) " Et être dans un canevas qui est encore un peu plus rigide que d'habitude."

(299) "Parce que, pour le coup, j'ai quand même le sentiment, qui s'est vérifié statistiquement ici en tout cas, que pas mal de trucs leur repètent à la gueule quand ils sont en mission."

En mission, la disponibilité exigée et le temps de travail seraient plus importants. La fatigue s'accumulerait plus vite. Cette contrainte est relevée par quatre participants.

(798) " Et la charge de travail. J'ai l'impression que ça ça peut jouer aussi".

(837) "Tout ça, le manque de sommeil peut-être".

(615) "En mission, il va y avoir en plus la notion d'être plus ou moins corvéable, en 24-24".

Enfin, la projection s'accompagnerait de la perte de son entourage étayant. Pour les départs isolés, le militaire perd également son groupe. Ces contraintes sont relevées par trois participants.

(468) "Et en mission là tout explose. Et le commandement en mission a vraiment moins le temps de s'occuper de ces gens-là".

(299) "Et c'est justement pas de perdre le groupe parce qu'elle elle est partie en indiv etc. Je pense que ça a fait, ça acutise un petit peu tout".

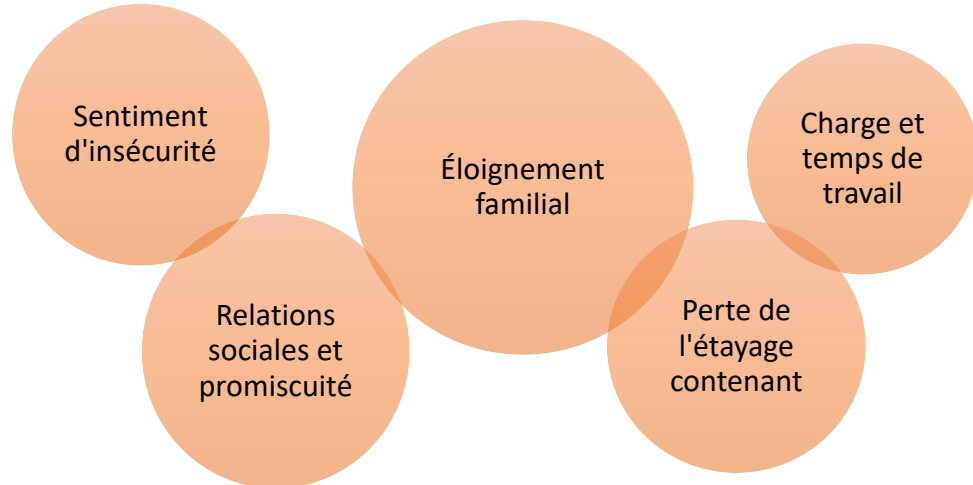
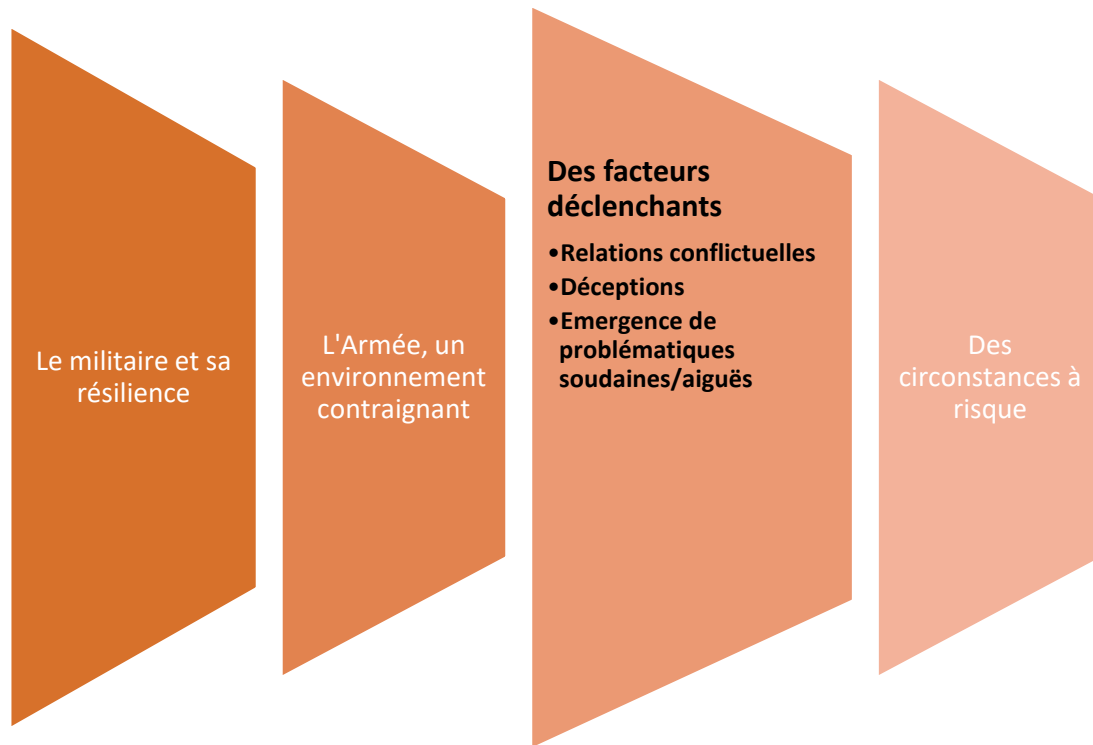


Figure 10 - Les contraintes de la vie en mission

### 4.2.3 Des facteurs déclenchants



Le trouble de l'adaptation en mission est souvent déclenché par un évènement. Cet évènement est une contrainte qui vient se surajouter aux autres et déstabilise l'équilibre qui s'était créé entre les contraintes que subit le patient et ses capacités de résilience. La présence d'un facteur déclenchant est soulignée par six participants. Les facteurs déclenchants rapportés sont représentés dans la figure 11.

*(468) "C'est assez rare les gens qui, ça existe hein, mais qui décompensent vraiment en mission ou alors il s'est passé un truc dans le groupe ou il y a eu voilà il y a quelque chose".*  
*(381) " Il ne faut pas qu'il y ait une catastrophe quand on rentre ou pendant l'OPEX."*

#### 4.2.3.1 Relations conflictuelles

Un facteur déclenchant fréquemment cité est le conflit. Ces conflits peuvent survenir avec les supérieurs hiérarchiques ou avec les camarades. Les missions sont décrites comme facilement pourvoyeuses de conflits du fait des contraintes de promiscuité. Les conflits sont identifiés comme des signes d'alerte. Les militaires en mission sont soumis à de nombreuses

contraintes, et leurs capacités à s'adapter à de nouvelles contraintes sont plus éprouvées. Dans ce contexte, des tensions banales mais répétées suffisent à générer des conflits. Huit participants rapportent que les conflits sont des facteurs déclencheurs de troubles de l'adaptation en mission. Et parmi eux, trois précisent que les conflits en mission sont des signes d'alerte de saturation des capacités adaptatives.

*(798) «Ça ne s'est pas bien passé avec les chefs".*

*(578) "Parfois un petit peu plus de conflits avec les collègues de la hiérarchie".*

*(837) "Et ça, il y a moyen que ça ne se passe pas bien. Parce qu'ils en veulent à leur chef, parce que du coup, ils n'ont pas confiance, parce que, voilà".*

*(321) "Ou parce que son chef est méchant".*

*(921) "Parce qu'il y avait un mec de l'ALAT [Aviation Légère de l'Armée de Terre] avec qui il ne s'entendait pas, et il s'est un peu pris la tête."*

*(121) "Des relations interpersonnelles qui ne se passent pas bien".*

*(981) "S'ils sont en conflit avec les cadres, on sait que ça ne va pas marcher."*

#### 4.2.3.2 Déceptions

Un des éléments clés des troubles de l'adaptation est la déception vis-à-vis des attentes. Cette notion est présente chez neuf participants.

*(468) "En tout cas, ceux qui sont désadaptés, c'est forcément une déception quelque part de ce qu'ils cherchaient et qu'ils n'ont pas trouvé."*

La déception peut concerner la vie militaire de façon générale, comme le soulignent six participants. Un participant précise que l'ennui en régiment est une forme de déception courante.

*(468) "Mais en tout cas tu te dis bon il y aura forcément une sorte de déception à un moment parce qu'en fait le quotidien dans l'Armée tu ne sauves pas des vies tous les jours et on ne meurt pas tous les jours au combat quoi. Donc voilà, ça c'est c'est...".*

*(121) "Un patriotisme décuplé et une ferveur un peu désadaptée".*

*(381) "Soit il va être complètement désillusionné de l'Armée, parce qu'il est avec des grandes convictions, en fait désillusionné et il ne va pas s'adapter".*

*(981) "Ce n'est pas du tout ce à quoi ils s'attendaient".*

*(299) "Qui du coup ne s'adaptent pas au milieu, mais en fait parce qu'on n'aura pas... Enfin, ils s'attendaient à un autre milieu, donc c'est peut-être plus le milieu qui est inadapté que les gens qui sont inadaptés."*

*(615) "Parfois elles ont une image de l'Armée qui n'est pas exactement celle qu'elles vont percevoir une fois qu'elles sont dans l'Armée."*

*(468) "Mais une fois que tu as fait ton sport, bah en fait tu traînes dans ta chambre."*

La déception peut également concerner les missions et alors être à l'origine d'un trouble de l'adaptation en mission. Cette notion est rapportée par six participants. Il peut s'agir de militaires qui découvrent que les missions sont composées de beaucoup de temps d'attente, comme le citent cinq participants. Ou au contraire, il peut s'agir de militaires découvrant un environnement plus effrayant et stressant que leurs attentes. Le manque de variété des missions participerait également à la déception des attentes concernant les missions. Et enfin, il peut s'agir de conflits de valeurs. Le militaire portant certaines valeurs et s'étant engagé pour celles-ci pourrait être désillusionné face à la réalité de certaines missions. Cette notion est portée par un participant.

*(837) "Et si ça ne correspond pas tout à fait à ce qu'on leur avait vendu, c'est aussi un risque de désadaptation".*

*(981) "Et en fait qui pètent des plombs en disant 'qu'est-ce que je fais là ? Ce n'est pas du tout ce qu'on m'a vendu'. Une grosse remise en question de leur travail."*

*(121) " Mais on leur vend du rêve, je pense, à certains. Ou peut-être qu'eux s'imaginent autre chose".*

*(381) " Tous ces aspects où les gens arrivent avec ce fantasme de l'Armée, d'une grande Armée, et qui ont une désillusion en OPEX, où ils se rendent compte que... parfois, en OPEX, ils ne font pas grand-chose."*

*(578) "Parce que ça ne m'a pas plu, parce que parfois trop d'attentes, ou peut-être qu'ils espéraient quelque chose de plus opérationnel, ils ont été déçus. "*

*(837) "L'ennui. Plus qu'on sauve l'Afrique."*

*(981) "Je pense que, pour avoir fait des missions où on fout rien, on ne fout rien. On attend qu'il se passe quelque chose parce que c'est aussi ça notre travail."*

*(826) "qui paradoxalement était déçu parce que la mission était trop peu intense pour lui".*

*(578) "A l'inverse, certains vont avoir peur et vont finalement au retour se dire 'Non, je préfère un métier un peu plus calme, avec moins de stress, etc. '".*

*(578) "Le fait que certaines missions vont être peu variées, les mecs qui vont enchaîner plusieurs sentinelles et qui vont pas finalement se plaire dans cet enchaînement et finalement le peu de variété va les ennuyer assez rapidement, donc ils vont se retrancher un peu plus vite."*

*(121) "De euh, 'on me demande d'aller là-bas, mais on se met en danger peut-être inutilement, j'ai pas envie d'y aller, j'ai pas envie de mourir pour un truc qui ne fait pas de sens. De, en Guyane typiquement, 'on m'a demandé d'aller faire de la lutte contre l'orpaillage illégal, mais je suis pas là pour aller attraper des pauvres bougres en forêt et bruler leurs affaires alors qu'ils n'ont que ça', de, vraiment des conflits de valeur de 'c'est pas pour ça que j'ai signé, c'est pas beau ce que je suis en train de faire, c'est pas là-dedans que je me reconnais, et je suis pas d'accord'".*

Trois participants soulignent l'importance d'adapter les attentes des jeunes militaires à la vie militaire et aux missions afin d'éviter les désillusions.

*(837) "Il y a la notion de préparation aussi. Il faut leur expliquer ce qu'ils vont faire là-bas, ce qu'ils vont vivre là-bas."*

*(299) "Mais je pense qu'il faut être assez franc avec les jeunes qu'on recrute, en disant, 'en fait, votre travail, ça va être d'attendre qu'il se passe quelque chose'".*

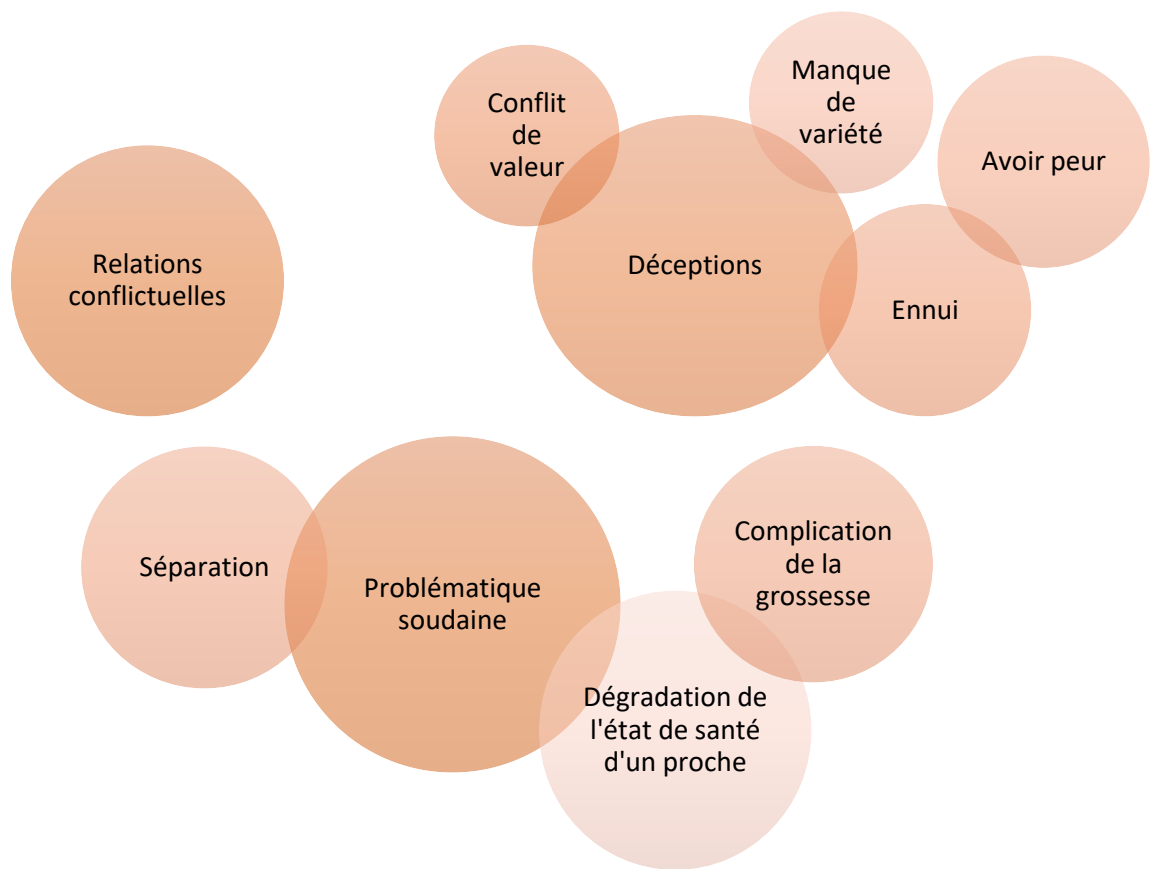
*(981) "Et on les prépare dès les classes, on leur explique qu'ils vont être peu à la maison. En fait, ils sont formatés assez vite au départ."*

#### 4.2.3.3 Émergence de problématiques soudaines/aiguës

Des difficultés dans le groupe ou sur le théâtre d'opération peuvent également déclencher des problématiques adaptatives. Cette notion est rapportée par un participant.

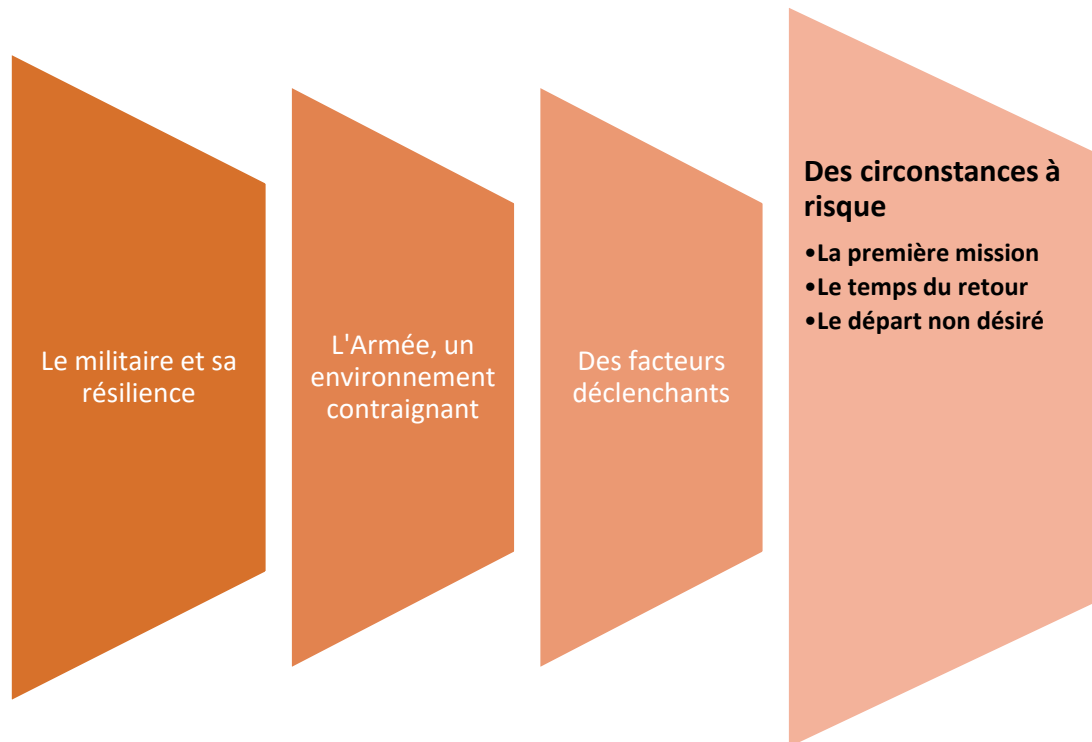
*(468) "C'est assez rare les gens qui, ça existe hein, mais qui décompensent vraiment en mission ou alors il s'est passé un truc dans le groupe ou il y a eu voilà il y a quelque chose".*

Enfin, les troubles de l'adaptation pourraient être déclenchés par des problématiques familiales en métropole survenant au cours de la mission. Ces notions ont été abordées dans la partie "Le militaire et sa résilience - environnement familial et social". Les problématiques mentionnées sont la dégradation de l'état de santé d'un proche, les séparations en cours de mission, et les complications de grossesses. Les problématiques mentionnées sont la dégradation de l'état de santé d'un proche (quatre participants), les séparations en cours de mission (quatre participants), et les complications de la grossesses (trois participants).



*Figure 11 - Facteurs déclenchants*

#### 4.2.4 Des circonstances à risque



On retrouve chez plusieurs participants l'identification de situation plus à risque que d'autres concernant le trouble de l'adaptation en mission. Il s'agit de la première mission, du retour de mission, et des départs non désirés.

##### 4.2.4.1 La première mission

En premier lieu, la première mission est décrite comme un moment charnière. On retrouve cette notion chez six participants. En particulier, une première mauvaise expérience en mission serait de mauvais pronostic pour l'adaptation à la vie militaire. L'intérêt d'apporter une attention particulière à la préparation de la mission pour ces militaires notamment de réévaluer les attentes du militaire est relevé par trois participants.

(381) "Une première OPEX, ça s'est pas bien passé pour diverses raisons et, à l'issue, en fait, ils veulent pas tenir les 2 ans ou 3 ans qui restent et ils veulent quitter".

(837) "Et en fait, quand on a goûté une fois l'OPEX, et que ça s'est bien passé, on a envie d'y retourner."

(578) "Certains vont avoir peur".

(798) "Oui, en fait, j'ai vu ce que c'était et non, je ne veux pas faire ça."

(468) *"Et après, quand je les revois en visite avant départ effectivement, surtout les plus jeunes, surtout ceux dont c'est le premier départ. Est-ce que tu es motivé, est-ce que tu as bien compris".*

#### 4.2.4.2 Le temps du retour

Le retour de mission est décrit comme une période à risque de trouble de l'adaptation. L'équilibre trouvé par le militaire en mission face va être déstabilisé par le changement d'environnement lors du retour. Il va devoir retrouver un équilibre face aux contraintes de la vie quotidienne en métropole. Cette notion est soulignée par cinq participants.

(837) *"Les conditions dans lesquelles ils vont rentrer, le retour, ça peut être compliqué."*

(578) *" Et puis bah le retour, c'est souvent le moment où il y a la confrontation des deux mondes, et ça, on leur en parle quand même un petit peu. Les phases de retour sont difficiles, d'autant plus quand la mission a été opérationnelle, quand ils ont eu peu de contacts pendant la mission."*

(981) *"Et le retour, c'est un retour brutal. Donc, l'OPEX, finalement, ils sont un peu protégés. Ils sont dans cette espèce de monde un peu parallèle où ils font leur métier, ils sont à fond dedans, il y a les collègues, il y a les camarades, il y a les chefs. Ils sont bien rodés, ils se sont préparés à ça, ils sont prêts pour ça. Mais finalement, la phase difficile, c'est le retour. C'est la transition au retour."*

(798) *"Je le vois aussi parfois chez des gens qui vont rentrer de mission".*

(615) *"On va en mettre en place des mécanismes d'adaptation qui vont durer le temps de la mission et qui ne seront pas forcément les mêmes quand on revient. On va avoir les mêmes attitudes avec ses camarades qu'avec sa famille."*

#### 4.2.4.3 Le départ non désiré

Enfin, les départs non désirés sont décrits comme des facteurs de risque majeurs de troubles de l'adaptation en mission par six participants. Trois participants précisent que dans ces conditions, la perte de confiance accordée au chef est majeure et impacte le risque de trouble de l'adaptation.

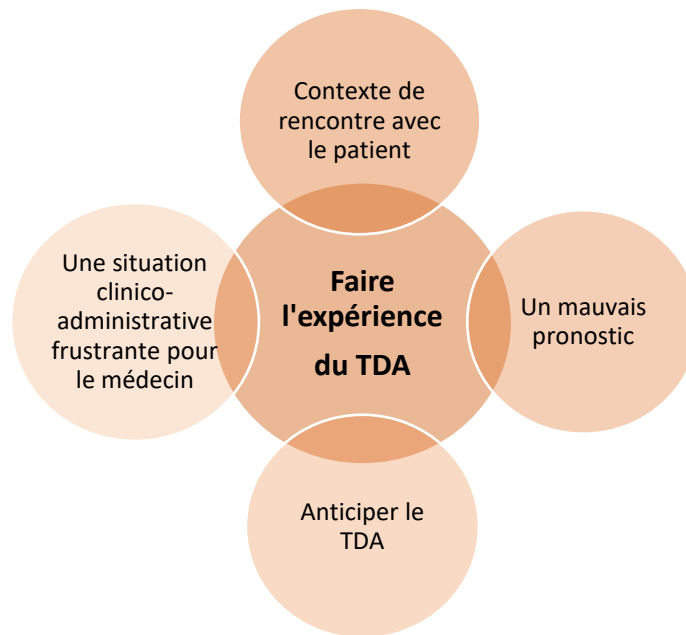
(121) *"Il y a le départ sous contrainte, qui est un facteur que ça ne se passe pas bien."*

(798) *"S'il se contraint un peu tout seul à y aller quand même et qu'il ne pousse pas la porte de l'antenne médicale. Là, effectivement, je pense que c'est une situation à risque."*

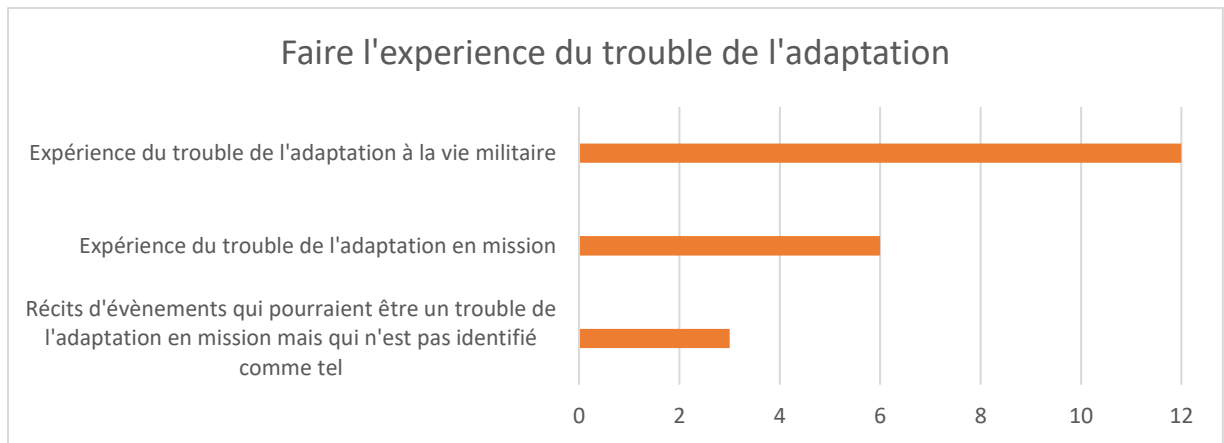
(837) *"C'est 'si tu veux qu'on te fasse re-signer un contrat, tu pars sur la Guyane là'. Et ça, il y a moyen que ça ne se passe pas bien. Parce qu'ils en veulent à leur chef, parce que du coup, ils n'ont pas confiance, parce que, voilà."*

(468) "il y a effectivement le commandement qui s'entête à vouloir quand même faire partir les gens. Et ben il y a deux cas de figure, soit le gars n'est pas là quand il faut prendre l'avion, soit il part quand même et souvent ça se passe mal."

### 4.3 Faire l'expérience du trouble de l'adaptation

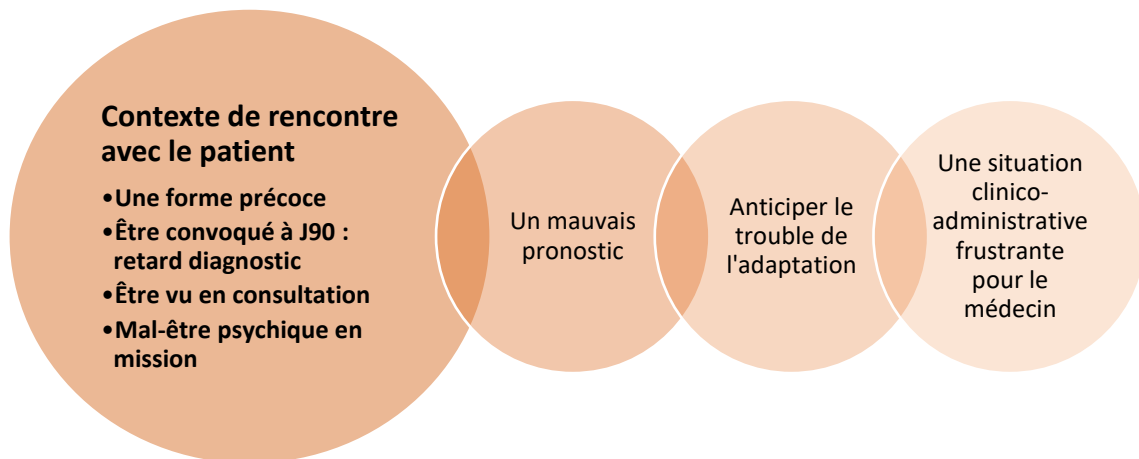


Les participants étaient amenés à nous raconter leur expérience du trouble de l'adaptation en mission, que ce soit en tant que médecins projetés ou comme médecins de base arrière recevant les patients. Six d'entre eux décrivent la prise en charge et la gestion d'un épisode qu'ils identifient clairement comme un trouble de l'adaptation en mission. Toutefois, dans le discours de trois autres participants, on retrouve des situations pouvant s'apparenter à un trouble de l'adaptation. Par ailleurs, l'ensemble des douze participants rapporte avoir été confronté à des troubles de l'adaptation liés à la vie militaire.



**Figure 12 - Récits**

### 4.3.1 Contexte de rencontre avec le patient



Dans les expériences narrées par les participants, on identifie plusieurs contextes de rencontre avec le patient qui présente ou a présenté un trouble de l'adaptation.

#### 4.3.1.1 Une forme précoce

En premier lieu, les participants relatent une forme précoce du trouble de l'adaptation. Ils la décrivent comme la réalisation par le militaire dans ses premiers mois de contrat de son incompatibilité avec le milieu. Étant encore en période probatoire, le militaire peut dénoncer son contrat. Il n'y aurait donc pas de développement de trouble de l'adaptation, il n'existerait pas ou peu de répercussion pour le militaire et pour les médecins militaires. Bien que cette

forme soit citée par la moitié des participants, ils ne la décrivent pas comme un trouble de l'adaptation. Ils la considèrent d'emblée comme une non adaptation.

(981) *"Il y en aura toujours au-dessus. Ils sont plus faciles à gérer. En fait, les mecs qui explosent au bout de 10 mois, on n'en fera rien. On sait très bien qu'ils ne tiendront pas leurs 5 ans."*

(299) *"Et on a un gros pic de démission/réforme/difficulté psy à 7 mois de service."*

(321) *"On distingue le trouble de l'adaptation précoce et le trouble de l'adaptation tardif. Pour moi, le précoce, c'est la personne qui s'est trompée de voie complètement, qui ne trouve pas du tout ce à quoi elle s'attendait, ou une trop grosse différence avec ce à quoi elle imaginait, et qui n'est pas à l'aise dans le milieu, qui ne se sent pas bien."*

(615) *"Les troubles de l'adaptation véritables, c'est des choses qui sont censées se voir quand même assez tôt. Moi je dirais plutôt dans les 2-3 premières années"*

(381) *"Oui, parce qu'il y a quand même beaucoup de gens, enfin, beaucoup, il y en a quand même quelques-uns qui dénoncent leur contrat dans les premières semaines. Et nous, c'est des gens qu'on ne revoit pas."*

(468) *"Alors, soit ils ont la capacité de se dire 'Ok, on s'est foutu de moi'. Et du coup, ils dénoncent leur contrat très vite. Donc, ces gens-là en fait ils posent pas de problème."*

(615) *"Et globalement, assez tôt, il y en a qui dénoncent d'eux-mêmes leur contrat dans les premières semaines, et notamment des classes entre guillemets"*.

Un participant souligne que les patients ayant des parcours de vie difficiles présentent fréquemment cette forme précoce de trouble de l'adaptation à la vie militaire. Il explique cette association par des compétences sociales limitées, attribuées à leur histoire personnelle chaotique.

(468) *"En fait, t'as vraiment ceux qui ont une histoire de merde, une histoire de vie compliquée, et qui rapidement vont pas être adaptés, je trouve."*

Cinq participants opposent cette forme clinique précoce à une forme plus tardive. Selon eux, la forme tardive correspondrait à un véritable trouble de l'adaptation puisqu'elle apparaît après une période durant laquelle le militaire était bien adapté à son environnement. Elle serait liée soit à des changements survenus dans la vie personnelle du militaire, soit à des événements professionnels qui l'amèneraient progressivement à rejeter ce milieu.

(468) *"Mais la désadaptation, c'est quand même un truc qui prend plusieurs semaines."*

(981) *"Et puis t'as ceux qui supportent pas la frustration, les ordres, mais c'est pas tout de suite. Tu vois, c'est un peu insidieux."*

(321) *"Et le trouble tardif, c'est la personne qui n'arrive plus à s'adapter parce que...[...] l'Armée devient incompatible avec la vie harmonieuse à côté."*

(615) *"On en parle et on pose ces diagnostics-là parfois un peu plus tard, mais finalement il peut peut-être y avoir d'autres choses. Ou alors on va dire que c'est des parcours qui ont des incidents, il va y avoir des histoires de harcèlement qui vont être un petit peu derrière. Ou alors"*

*c'est quelqu'un où ça n'a jamais vraiment trop collé, mais ça va se détériorer petit à petit avec le temps."*

#### 4.3.1.2 Être convoqué à J90 : retard de diagnostic

Lorsqu'un militaire est en arrêt maladie, il fait l'objet d'une consultation médicale auprès du médecin militaire obligatoire dès qu'il atteint 90 jours d'arrêt maladie. On parle de "visite à J90". La majorité des participants rencontre les patients présentant un trouble de l'adaptation lors des visites statutaires à J90. Ces dernières sont des consultations de médecine du travail auxquelles sont convoqués les patients qui cumulent 90 jours d'arrêt de travail. Cette notion est soulignée par sept participants.

*(826) "En fait, le parcours classique, c'est de le voir en fait à J90 d'arrêt maladie".*

*(468) "Et donc, tu te retrouves à 180 jours à dire, 'ok, en fait, je n'ai pas le choix de vous réformer'."*

*(381) "Quand on les reçoit en consultation parce qu'ils ont cumulé des arrêts de travail, ils sont convoqués à 90 jours".*

*(299) "Et puis après, il y a les convocations médico-statutaires, des mecs qui arrivent à 90 jours, à 120 jours d'arrêt maladie."*

*(321) "Ou soit beaucoup aussi parce qu'ils sont en arrêt de travail depuis 90 jours."*

*(615) "Un truc qu'on va plutôt voir, moi j'associe plutôt ça à mes consultations J90, psychologiques ou psychiatriques".*

Le fait de rencontrer ces patients une fois le trouble installé impliquerait qu'ils ont déjà eu recours à leur médecin traitant civil pour la prise en charge initiale, avec notamment la prescription d'arrêts de travail prolongés. Il en résulterait un déficit de dépistage ainsi qu'un retard important dans le diagnostic et la prise en charge.

Cette carence de dépistage est soulignée par sept participants.

*(468) "Ou alors ils se sont désadaptés petit à petit, ils sont déjà partis en mission une fois, ça s'est plus ou moins bien passé. Après ça quand tu grattes, tu te rends compte qu'effectivement en mission c'était pas forcément le top. Mais toi on ne te l'a pas remis en consultation dans la foulée, ou il n'a pas consulté forcément en mission, et petit à petit ça s'installe."*

*(826) "Il se mettra en arrêt dans le civil avant de partir. En général, c'est ça qui nous arrive. On a le CDU [commandant d'unité] qui nous appelle une semaine avant de partir et qui nous dit 'j'ai ce pax, il est en arrêt, il ne viendra pas, il faut le remplacer'".*

*(981) "Puis un jour, ils vont se dire, oh non, mais je ne veux plus me lever le matin. Oh ben non, puis je rentre chez moi, et puis je vais avoir mon médecin traitant, puis il se dit que sa vie est horrible. Donc eux, ils sont en arrêt un peu prolongé, comme ça là. Et tu ne sais pas trop pourquoi ils ne veulent plus travailler, en fait."*

(299) " Mais du coup, il peut y avoir des loupés. Et si pendant la VMP, tu as... qui est toujours valable pour la mission, il n'y a rien. La personne n'a jamais consulté, bah tu es peut-être passé à côté d'un trouble actuel, mais tu ne peux pas deviner."

(615) "L'idéal ce serait de revoir tout le monde avant le départ, mais on ne peut pas le faire."

(321) "Et puis il a fait, alors on n'était pas trop au courant mais a priori, il a eu pas mal de problèmes d'alcoolisation, pas mal de problèmes de comportement liés à ça, du coup, pas mal de sanctions."

(121) "C'est des gens dont je n'ai pas entendu parler, que j'ai rencontré en OPEX, qui présentaient des troubles de l'adaptation au milieu, et où je me suis dit 'bon bah mince, si on avait su sa situation avant.'"

Deux participants ajoutent que même lorsque l'on met en évidence des facteurs de risque, il existerait une carence de suivi. Cette carence de suivi serait principalement due aux effectifs RH.

(468) " Donc il n'y a pas un suivi, enfin en tout cas il n'y a pas un suivi forcément une fois que tu as diagnostiqué, enfin que tu as vu à l'entrée qu'il y a une situation familiale compliquée"

(981) "Les reconvoquer plus souvent, ou vraiment tout de suite dire au commandement attention".

Enfin, un participant précise que le lien de confiance avec les militaires permet de pallier la carence de dépistage. La qualité de ce lien est directement liée au temps en poste dans une antenne. Cette notion sera abordée dans la partie "Relation médecin-patient".

(299) "En fait, au bout de 6 ans, mais comme un médecin généraliste civil, il y a un lien qui se crée, il y a un lien de confiance qui se tisse, les gens parlent en bouche à oreille, et donc on récupère des gens comme ça."

Un participant suggère de faire réévaluer les arrêts de travail prescrits par les médecins civils afin d'adapter la prise en soins et de pallier le retard de diagnostic.

(981) "On arrête les médecins civils, les arrêts des médecins civils. Faut arrêter ce truc-là. On a 1500 mecs, des médecins militaires, des mecs plutôt à l'écoute. Vous voyez, des médecins militaires."

(981) "Mais les médecins civils ne comprennent pas les contraintes du service, ils ne savent pas qu'on peut adapter des postes, ils ne savent pas tout ça et en fait on aurait beaucoup moins d'arrêt maladie."

#### 4.3.1.3 Être vu en consultation

La première rencontre avec le patient présentant un trouble de l'adaptation pourrait également avoir lieu en consultation dédiée. Ces consultations peuvent être à la demande du militaire qui vient chercher de l'aide ou du commandement qui a identifié en amont des signes de mal-être ou des troubles du comportement. Quatre participants rapportent rencontrer le patient en consultation libre ou à la demande du commandement.

(798) *"Et ça, généralement, c'est des gens qu'on voit quand même assez vite en consultation, soit d'eux-mêmes, soit orientés par les cadres qui se rendent compte que ça ne se passe pas bien."*

(468) *"Et donc très rapidement il vient de consulter et en fait on se rend compte que ça fait un moment que ça va pas en fait."*

(321) *"Qui viennent consulter pour ça. Soit d'eux-mêmes, soit envoyés par le commandement".*

(837) *"On les revoit que quand ça ne va pas et qu'ils sont envoyés par leur commandement."*

#### 4.3.1.4 Mal-être psychique en mission

Enfin, sept participants ont rapporté avoir rencontré des patients présentant un mal-être psychique en mission. Au total, dix situations ont été décrites. Dans deux d'entre elles, les praticiens ont pu assurer la prise en charge du patient directement sur place.

(921) *"Et c'est monté assez haut, mais il n'est pas rentré en France. J'ai réussi à le gérer sur place. Il y avait le psychiatre, il m'a bien aidé."*

(578) *"Est-ce que le trouble est suffisamment avancé pour nécessiter un retour ? Ou est-ce qu'on peut encore temporiser ? C'est de lui rendre un petit peu de sens."*

Dans les huit autres cas, les participants ont eu recours à un rapatriement sanitaire dans leur prise en charge.

(321) *"Alors ça peut être... Par contre j'ai fait, j'ai fait rentrer des gens en France pour des... Enfin, je pense que c'est des... Oui, si, si, ça peut. Mais ça ne m'est pas arrivé très souvent. Des gens qui avaient, oui, probablement un trouble de l'adaptation".*

(121) *"Donc ça c'est vraiment les exemples récents de la Guyane, des gens qu'on a dû renvoyer en métropole pour ça."*

(381) *"J'ai eu des cas de rapatriement, mais parce qu'il y avait eu un événement en métropole qui fait que le personnel n'est plus bien en mission."*

(837) *"Oui, en fait il a été rapatrié sanitaire parce qu'il supportait absolument pas d'être à distance, d'être loin, et il avait absolument besoin de voir son frère, qui n'était pas en danger de mort immédiate mais qui avait été hospitalisé et ça... il pouvait plus le supporter."*

(826) " Les vrais troubles d'adaptation, j'en ai eu qu'en Guyane, j'en ai évacué deux sur l'effectif d'une compagnie."

(578) "Il fallait les sortir, on ne pouvait pas les laisser. Avec du recul, je pense que certains étaient réellement pas bien sur le plan psychique".

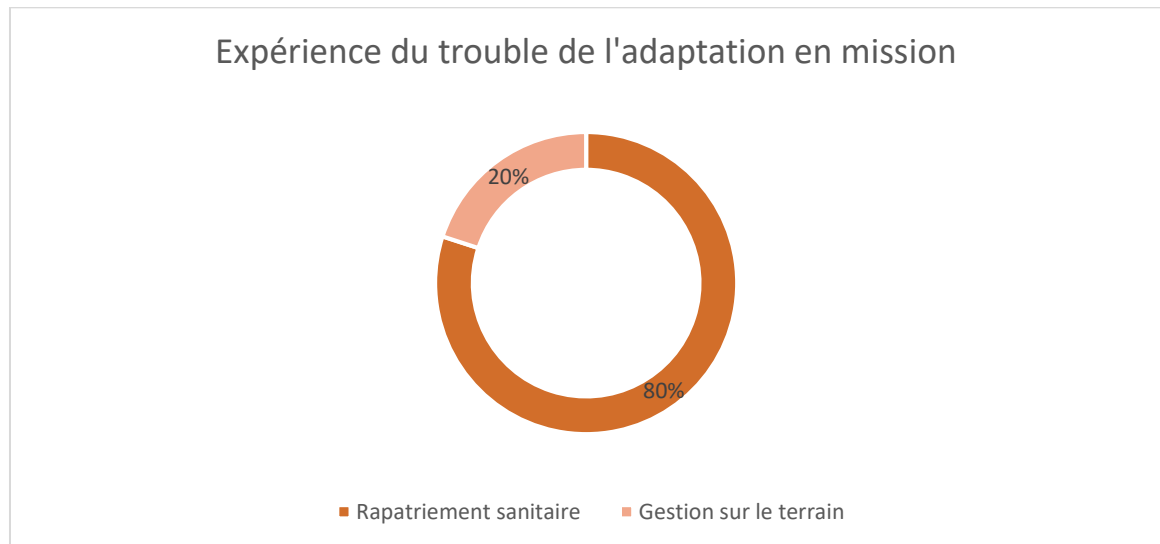
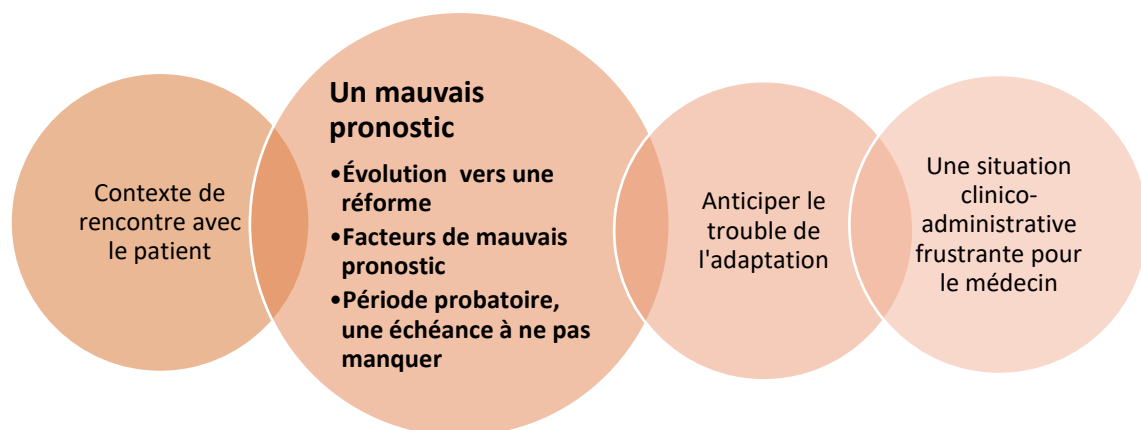


Figure 13 - Prendre en charge un trouble de l'adaptation en mission

#### 4.3.2 Un mauvais pronostic



Lorsque interrogés sur les troubles de l'adaptation, les participants évoquent de façon unanime un mauvais pronostic.

(321) "C'est pas joué d'avance, mais souvent, on part pas très optimiste quoi sur ces gens-là".

(921) "Parce qu'il y en a d'autres, de toutes façons quoi qu'on fasse, c'est peine perdue."

#### 4.3.2.1 Évolution vers une réforme

Dans un premier lieu, trois participants soulignent ne pas avoir de moyens thérapeutiques pour traiter ces troubles de l'adaptation. Cela concerne les troubles de l'adaptation à la vie militaire et en mission.

(468) *"Parce que le problème, c'est que nous, on n'est pas armés... Voilà, on n'a pas dix psychologues pour nous aider et on ne peut pas recevoir les gens. Et puis en fait, on ne peut pas faire le travail qui n'a jamais été fait, de tout ce qu'ils ont vécu avant, dans des conditions sociales très compliquées. Ils ont une précarité affective et sociale telle que... On ne peut pas apporter de solution à tous."*

(321) *"Donc voilà, c'est pas que c'est pas réglé d'avance, c'est que médicalement, en fait, on ne pourra rien faire."*

(578) *"Et du coup qui sont touchantes, mais pour lesquelles on n'a pas forcément de solution. Ni nous, ni le commandement, ni le système social, ni personne."*

L'évolution vers une réforme est soulignée par huit participants. Elle est décrite comme quasi systématique, et parfois inéluctable.

(826) *"Il est déjà réformé ce jeune voilà."*

(121) *"Ça se solde par une réforme"*

(321) *"C'est tous ceux qui finissent après chez le psychiatre pour justement trouble de l'adaptation parce qu'on sent qu'ils ne vont pas pouvoir..., enfin on ne pourra rien faire."*

(837) *"Ils te disent 'j'en ai marre de l'Armée, je veux me faire réformer', ils sont trop au pied du mur et on n'a plus qu'à le franchir."*

(468) *"Et malheureusement, ça se finit souvent par une réforme"*

(381) *"On sait que de toute façon, il ne va pas revenir. Et la plupart demandent à être réformés, même parfois avant l'issue des 180 jours."*

(981) *"C'est mort, on sait qu'on l'a perdu. Et ça, il y en a plein. Et on va les réformer pour problème de troubles d'adaptation"*

(299) *"[...] finissent chez le psychiatre avec un diagnostic de troubles de l'adaptation"*

(321) *"C'est tous ceux qui finissent après chez le psychiatre pour justement trouble de l'adaptation parce qu'on sent qu'ils ne vont pas pouvoir..., enfin on pourra rien faire. Ce n'est pas toujours le cas, mais il y en a quand même beaucoup qui,... qui,... enfin voilà."*

(615) *"En fait, la plupart du temps, on en arrive quand même à la réforme. Et en fait, donc c'est chiant."*

#### 4.3.2.2 Facteurs de mauvais pronostic

On note toutefois que les participants retiennent une différence de pronostic en fonction de la situation. Il existerait donc des facteurs de plus ou moins bon pronostic. Ces facteurs de mauvais pronostic sont représentés dans la figure 14.

(837) *"Oui, j'en ai certains quand même qui ont fini. Alors, ils n'ont pas re-signé. Ils ont fini leur temps de contrat."*

(981) *"Ils sont plus faciles à gérer."*

(121) *"Mais c'est surtout, je trouve, dans l'origine de la survenue du trouble de l'adaptation que la prise en charge n'est pas la même."*

Le refus du cadre militaire d'emblée est identifié comme de mauvais pronostic par sept participants.

(981) *"C'est ceux-là où on se dit, 'OK, là pffff, ça va être compliqué'."*

La comorbidité de troubles de la personnalité est considérée comme un facteur de mauvais pronostic par un participant.

(826) *"Deux personnalités pathologiques, un qui était extrêmement impulsif"*

Les histoires de vie compliquées sont perçues comme des éléments de mauvais pronostic par trois participants.

(468) *"C'est pas loin quand même de la moitié, où quand tu grattes un peu les problèmes, il y a toujours des histoires de familles sordides, des placements en foyer, des... des histoires de viols, des histoires... Enfin, c'est c'est... on n'imagine même pas ce que ces jeunes ont vécu avant"*

(837) *"Mais il n'y en a pas beaucoup qui s'en sortent quand même."*

Les déceptions des attentes et les désillusions sont identifiées comme des facteurs de mauvais pronostics par trois participants.

(826) *"Qui était déçu parce que la mission était trop peu intense pour lui"*

(121) *"Quelqu'un qu'en vraiment en pur conflit de valeur j'ai vu des choses que je voulais jamais voir, des charniers etc, j'ai fait des choses que je voulais pas faire, ceux-là, je les ai pas encore vus reprendre."*

Un patient qui se projette dans la vie civile a également un pronostic plus sombre selon deux participants.

(826) *"Et la plupart du temps, il a déjà un... un plan B à l'extérieur et qui attend qu'une chose, c'est de quitter l'Armée."*

(981) *"Le mec qui est en arrêt civil parce qu'il travaille à l'extérieur, qui cumule sa paye en arrêt plus son truc au black. C'est mort, on sait qu'on l'a perdu."*

Les conflits hiérarchiques sont perçus comme de mauvais pronostic par cinq participants.

(381) *" On sait que de toute façon, il ne va pas revenir. Et la plupart demandent à être réformés, même parfois avant l'issue des 180 jours."*

(921) *"Même si le commandement fait des efforts, en fait, certains patients comme ça, c'est tout est de la faute de tout le monde, mais pas de lui. Il a des défauts de remise en question."*

(578) *"C'est souvent des situations où il y a déjà un conflit en fait".*

Les situations où le patient est en rupture avec l'institution militaire sont vues de mauvais pronostic par cinq participants.

(121) *"Le militaire finalement qui vraiment a un conflit majeur vis-à-vis de l'institution ou vis-à-vis du sens qu'il met dans son métier, eh bah en fait souvent pour lui c'est l'extraction du milieu professionnel prolongée qui sert, et j'en ai pas encore vu qui ont repris".*

(578) *"C'est des situations où il n'y a plus trop de communication finalement entre l'individu et nous ou entre l'individu et le commandement."*

L'absence de soutien et de reconnaissance par les chefs est perçue comme un élément de mauvais pronostic par trois participants.

(981) *"Et pas trop de soutien de ses cadres, et explose quoi. Il ne veut plus entendre parler parce que s'est fait un peu... on lui a un peu dit que tout le monde s'en foutait."*

(578) *"Je pense que ça lui aurait fait du bien. Oui, je pense il serait resté, ça n'a pas été le cas".*

(121) *"[...] que finalement ce qu'on demandait à l'Armée quand il avait levé la main en disait 'bah j'étais pas d'accord avec ce qu'a fait le lieutenant' et qu'on lui a dit 'bah oui mais il est plus gradé que toi'."*

L'absence de compromis trouvé entre l'institution et le militaire est considérée comme de mauvais pronostic par deux participants. Il pourrait s'agir d'un compromis avec les supérieurs hiérarchiques ou bien avec les RH.

(321) *"Donc si vraiment ça ne marche pas, et ben ils seront réformés, parce que ce sera la seule voie de sortie de la problématique."*

(578) *"Pour moi, c'est un échec des deux côtés, parce qu'en fait, on n'a pas réussi à concilier la situation du personnel et la nécessité opérationnelle."*

La désertion est identifiée comme un facteur de mauvais pronostic par deux participants.

(468) *"On va assez vite le voir, celui qui nous fait le refus de saut avant chaque mission, bah lui c'est mort. Il n'y arrivera pas. Il est désadapté à l'Armée."*

(837) *"Ils ne se présentent pas, ils sont déserteurs, et après ils sont réadressés à nous, et en général on fait le point, et c'est souvent le début d'une rupture avec l'institution. Le refus de départ, la veille du départ, ça pue."*

Le retard de diagnostic et la prise en charge initiale dans le secteur médical civil sont perçus comme des facteurs de mauvais pronostic par cinq participants.

*(981) "A partir du moment où il s'est mis en arrêt civil, on est mort, on sait qu'on a perdu."*

*(381) "Mais quand la personne arrive et que ça ne va pas du tout, qu'elle veut absolument quitter, et que cette idée est ancrée, généralement on n'arrive pas à la rattraper".*

*(826) "Mais il faut les attraper à temps, en fait. Quand c'est trop tard, on a perdu. "*

*(299) On a toujours le regret de se dire que si on avait su avant, justement, peut-être qu'on ne serait pas à 90 jours d'arrêt maladie, mais bon."*

L'absence ou la faible qualité du lien patient-médecin, ainsi que l'absence de confiance accordée par le militaire au corps médical militaire sont vues comme des éléments grevant le pronostic par deux participants.

*(921) "Alors deux raisons, déjà le lien médecin-malade, bah parce que le SSA, malgré tous les efforts qu'on fait on est parfois très mal perçus".*

*(578) "C'est des situations où il n'y a plus trop de communication finalement entre l'individu et nous ou entre l'individu et le commandement."*

En revanche, la reconnaissance de la souffrance et des problématiques du patient et son accompagnement par l'institution est identifiée comme un facteur de bon pronostic par quatre participants. Cet accompagnement peut venir du corps médical, du commandement, ou du réseau d'accompagnement.

*(381) " On essaie de comprendre qu'est-ce qui ne va pas, est-ce que c'est le poste, est-ce qu'on peut les changer de poste. Souvent, on passe par un arrêt de travail, prescrit par nous-mêmes".*

*(837) "Oui, j'en ai certains quand même qui ont fini. Alors, ils n'ont pas re-signé. Ils ont fini leur temps de contrat. Oui, j'en ai eu. C'est parce qu'il peut y avoir un événement de vie temporaire aussi. D'ailleurs, c'est pour ça que ceux-là, je les mets inaptés."*

*(321) "Mais parfois, on arrive à les revoir, à gérer la situation. Et je pense qu'on a réussi à réadapter un peu à la fois l'environnement et la personne au travail. Ça arrive."*

*(121) " Une fois qu'on leur donne un petit peu de temps, qu'on les aide, qu'on les épaulé, qu'on les accompagne pour essayer de gérer un peu la famille, le perso ou la famille."*

Les troubles de l'adaptation sous-tendus par des problématiques personnelles temporaires, l'éloignement familial au quotidien, ou des conflits interpersonnels avec une personne spécifique sembleraient considérés de bon pronostic. En effet, ces problématiques seraient accessibles à un accompagnement par l'institution.

*(981) "Un mec qui est rentré en se disant je veux être militaire, ça me plaît pas [ce régiment] parce qu'ils sont trop cons, on lui propose une mutation en le rapprochant de chez lui, on y arrive ça, on y arrive plutôt pas mal."*

(121) "Les militaires qui souvent ont un souci perso, en tous cas de ce que j'en ai vu, parviennent à rester en milieu militaire une fois qu'on leur donne un petit peu de temps, qu'on les aide, qu'on les épaulé, qu'on les accompagne pour essayer de gérer un peu la famille, le perso ou la famille."

(837) "Psychiquement, c'est trop lourd pour lui. Il ne va pas pouvoir supporter un départ en plus de tous ses problèmes. On espère quand même que ce sera réglé. Et d'ailleurs, il y a souvent un contrat moral avec ces gens."

(121) "Si c'est vraiment un conflit interpersonnel de 'je suis en OPEX ou je suis en métropole, je m'entends vraiment pas bien avec mon chef, je commence à présenter des symptômes, des manifestations anxio-dépressives' tout ça parce que c'est vraiment lié à quelqu'un en particulier, dans ce cas pourquoi pas en faisant juste un changement d'unité ou une mutation."

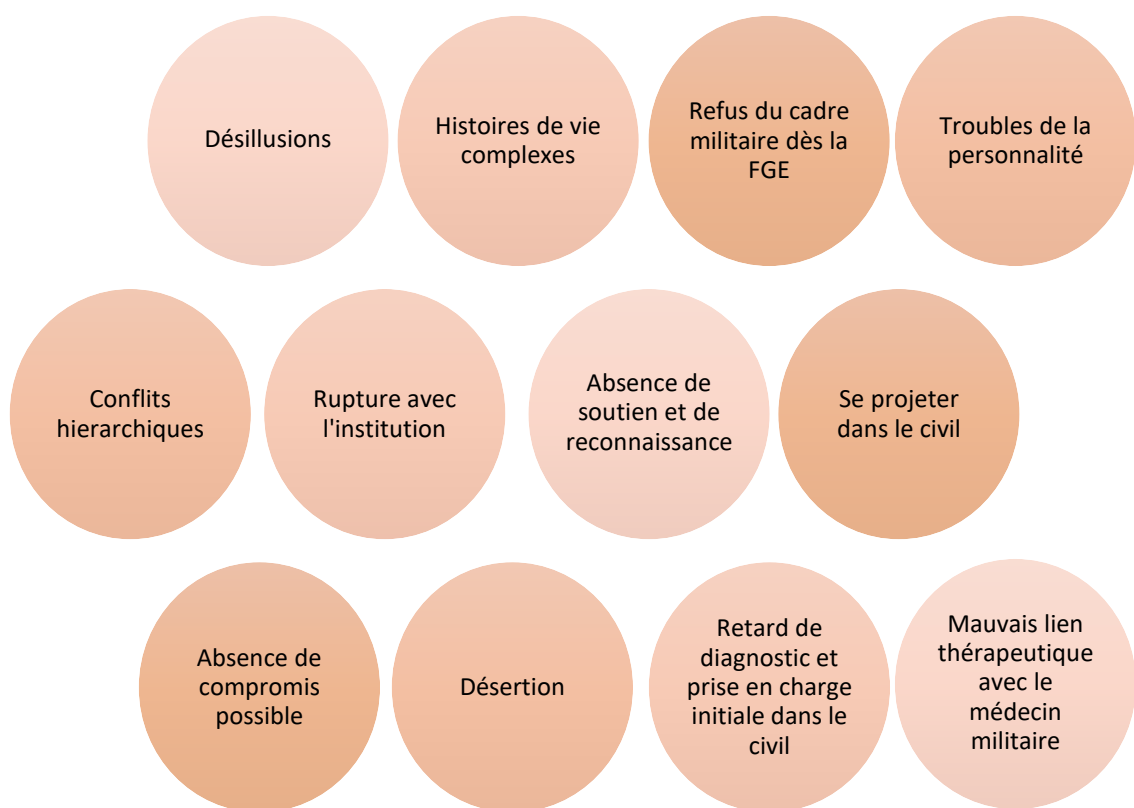


Figure 14 - Facteurs de mauvais pronostic

#### 4.3.2.3 Période probatoire : une échéance à ne pas manquer

Sept participants soulignent l'importance de la fin de la période probatoire. Cette limite temporelle n'influerait pas sur l'incidence du trouble de l'adaptation, mais sur sa gestion. En effet, nous avons vu qu'il existe une forme précoce de trouble de l'adaptation. Ces troubles de l'adaptation surviendraient lors des premiers contacts avec la vie militaire, dès l'arrivée en compagnie. Or la période probatoire se termine souvent au moment de l'arrivée

en compagnie. Une fois la période probatoire terminée, le recours à la réforme semblerait systématique pour ces patients-là.

(826) *"Donc ça c'est l'un des moments privilégiés pour voir si ça se passe bien ou si ça se passe mal."*

(981) *"Ils font leurs classes et on les voit à la 180, à la fin de leurs classes. On les voit en entretien avant de leur faire une visite d'un an et demi, ce qui fait une période de deux ans".*

(615) *"Ouais. Du coup, après, on est bloqués."*

(468) *"Et puis le problème, c'est que quand ils dépassent leur période probatoire de six mois, après, tu es bloqué."*

(921) *"Et donc, on prend du retard sur des choses qu'on aurait pu régler avant bien plus facilement qu'une fois qu'ils ont passé les six mois, en fait, t'es obligé de les envoyer à la réforme, ce qui est insupportable."*

(837) *"Et qui quand ils sont au-delà de leur période probatoire et qu'il leur reste encore Sans de contrat, finissent chez le psychiatre avec un diagnostic de troubles de l'adaptation".*

(299) *"Nous, on revoit systématiquement tous les gens à J90, donc à leur CEFIM [Centre de Formation Initiale des Militaires du rang]. Donc qui est une première bonne barrière parce que là, on les questionne sur leur CEFIM et il y en a toujours un ou deux qui commencent à dire 'mmmm, l'Armée, je ne sais pas trop, etc.'"*

Trois participants soulignent réévaluer systématiquement les militaires avant la fin de la période probatoire afin de pouvoir la renouveler en cas de doute sur des problématiques adaptatives.

(826) *"Si vraiment il y a une problématique qui semble apparaître, on se laisse une épreuve du service, on va dire un mois et demi, deux mois, voir exactement comment ça se passe et après on les réévalue tout en... en prolongeant la période probatoire."*

(299) *"Ça permet de renouveler leur période probatoire et du coup d'éviter après qu'ils soient bloqués pour 9 ans, etc."*

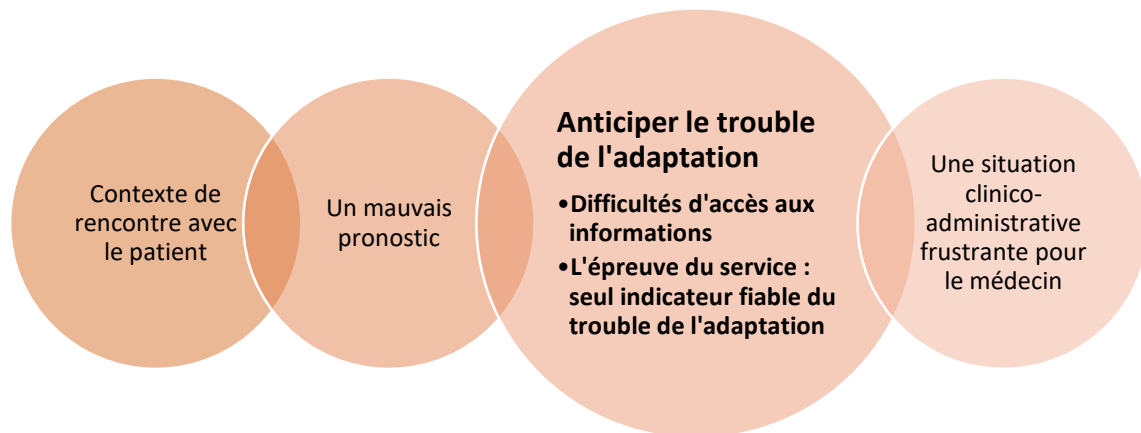
Trois participants relèvent qu'une période probatoire plus longue et adaptée à l'épidémiologie des troubles de l'adaptation serait bénéfique.

(981) *"Je pense qu'une période probatoire devrait durer un an et demi. Qu'on la renouvelle six mois médical, six mois au commandement. Et comme ça, on serait tranquille. Parce qu'en fait, les troubles d'adaptation, ils sont là. Ils sont dans cette zone-là, en fait."*

(299) *"Nous on s'est posé la question de prolonger systématiquement toutes les périodes probatoires du (régiment), pour te montrer quand même l'ampleur du problème. Parce qu'en fait, la difficulté, elle est que FGI [Formation Générale Initiale], FGE [Formation Générale Élémentaire], enfin FTI, FTS, ça les amène à 5 mois de service. Derrière, très souvent, ils posent leur perm, et en fait, ils reviennent de leur perm, leur période probatoire est finie et ils n'ont jamais mis les pieds au régiment, en fait. Et on a un gros pic de démission/réforme/difficulté psy à 7 mois de service. En fait, on est coincés avec ces gens-là."*

(837) *"Moi, je pense que le seul axe aujourd'hui d'amélioration, ce serait ça, ce serait d'avoir des périodes probatoires flexibles."*

### 4.3.3 Anticiper le trouble de l'adaptation



Le dépistage et la prévention du trouble de l'adaptation demeurerait délicats pour les médecins militaires. Ils se heurteraient à deux difficultés majeures : d'une part, l'accès limité aux informations, et d'autre part, l'absence de signes ou de facteurs réellement prédictifs.

*(381) "Je pense qu'on ne peut pas forcément l'anticiper."*

*(837) "Et c'est peut-être là aussi la difficulté pour nous à anticiper le trouble de l'adaptation."*

#### 4.3.3.1 Difficultés d'accès aux informations

En premier lieu, les informations auxquelles le médecin des forces a accès seraient dépendantes de la relation qu'il entretient avec le patient. Nous aborderons cette partie dans "Relation médecin-patient".

*(121) "Parce que, aussi parfois parce que les patients se taisent hein".*

Ensuite, toutes les informations ne sembleraient pas accessibles au médecin militaire. Nous aborderons ces notions dans la partie "Travailler avec le réseau".

*(299) "Mais celui qui a fait état d'aucune difficulté, il va passer entre les mailles du filet si on n'a pas eu par l'assistante sociale ou par son commandement une information."*

Enfin, les visites d'aptitudes ne sont pas adaptées au dépistage des problématiques adaptatives. Cette notion sera abordée dans la partie "Visite médicale périodique".

(981) "Il y a des mecs qui sont limite sur le plan psy quand même hein, qu'on n'a pas vus avant, parce que jamais vus en consultation, parce que sur une convocation ils arrivent à donner de change".

#### 4.3.3.2 L'épreuve du service : seul indicateur fiable du trouble de l'adaptation

Bien que l'évaluation qui est faite du patient donne une idée de son pronostic d'adaptation, aucun critère prédictif de mauvaise adaptation n'est rapporté. Neuf participants soulignent qu'aucun élément d'évaluation des ressources psychiques du patient ne leur permet de statuer sur son pronostic d'adaptation. Seule la confrontation aux contraintes permettrait le développement ou non des capacités adaptatives. L'épreuve du service serait donc nécessaire.

(837) " Bah ouais, dans l'adversité en fait. Mais ça personne ne peut savoir ce qui va se passer. Tu as des patients, qui ont des ressources, tu ne pensais pas qu'ils en avaient."

(381) " Après, il y a toujours des problèmes en OPEX, mais ce n'est pas forcément ce qu'on croyait un peu plus sensible ou un peu plus prédisposé à flancher qui flanche en OPEX. On a vu des gens qui paraissaient complètement adaptés qui sont à l'Armée depuis très longtemps et qui en OPEX font n'importe quoi".

(981) "Mais dès qu'on les met un peu dans la difficulté, c'est là qu'on révèle un peu les gens." "Alors, c'est impossible pour moi de dire, lui ça va bien se passer, lui ça va pas bien se passer. Il y en a, ça se passera très bien, les autres ça va pas bien se passer."

(798) " Et parfois, c'est difficile de se situer. C'est le fameux moment où on se réfugie un petit peu derrière le 'à l'épreuve du service'".

(468) "Après, c'est toujours, qu'est-ce que tu en fais de ça après ? L'expertise, ce n'est pas non plus à l'épreuve de l'Armée."

(299) "Mais ça, ça se vérifie à 100% que c'est absolument pas fiable. Et combien de fois il y a des pseudo-bons mecs qui finalement ont été rapatriés au bout d'une semaine, et puis des mecs sur lesquels on n'aurait pas misé, qui ont fait des super missions. "

(321) "Mais finalement, je crois que c'est pas si... ça ne se vérifie pas vraiment. Donc, je ne sais pas si on a des éléments bien objectifs pour donner des probabilités après de vrais troubles de l'adaptation ou pas."

(121) "Il y en a sur qui j'aurais pas forcément parié, en me disant 'bon bah eux, il vont se sauver au premier truc', et en fait ils restent et font des belles carrières et se découvrent des capacités que eux-mêmes soupçonnaient pas, et puis au contraire, il y avait des gens qui avaient l'air très très bien, très très à l'aise et puis très à leur place, et qui finalement en OPEX finissent par démontrer des troubles de l'adaptation."

(837) "Et parfois, on prend le risque."

(826) "On se laisse une épreuve du service".

Un participant précise qu'il n'y a pas d'élément qui lui permette de penser que le militaire s'adaptera bien.

*(299) "Et par contre, je n'ai pas tant de signes positifs en tête."*

Trois participants précisent que la motivation à partir en mission n'a pas d'influence sur l'incidence des troubles de l'adaptation en mission. Cet élément ne permet pas de préjuger du pronostic d'adaptabilité du patient.

*(798) "Et sans que j'ai forcément identifié qui partait pour des mauvaises raisons à la base. Des fois, ça peut être des gens très motivés qui partent et..."*

*(381) "Eh bien, ce n'est pas forcément quelqu'un qui a l'appréhension de partir qui sera celui qu'on va rapatrier parce que ça va mal se passer."*

*(981) "Je te dis ça et pourtant là on a une compagnie en Guyane là et on a pris trois RAPASAN pour trouble de l'adaptation."*

Concernant les histoires de vie complexes, un participant souligne qu'elles sont très fréquemment observées chez les militaires présentant des difficultés d'adaptation. Cependant, elles ne constitueraient pas pour autant un facteur prédictif, puisqu'on en retrouve également chez des militaires ne présentant aucune problématique particulière.

*(468) " Mais c'est pas, je ne pense pas que ce soit la majorité quand même. Souvent, ils n'arrivent pas à s'adapter."*

*(468) "Je trouve ça difficile de condamner quelqu'un directement parce qu'il a une histoire de vie compliquée. Parce que sur tous ceux qu'on voit, il y en a quand même quelques-uns qui s'en sortent et qui ne se seraient pas sortis à cause de l'Armée."*

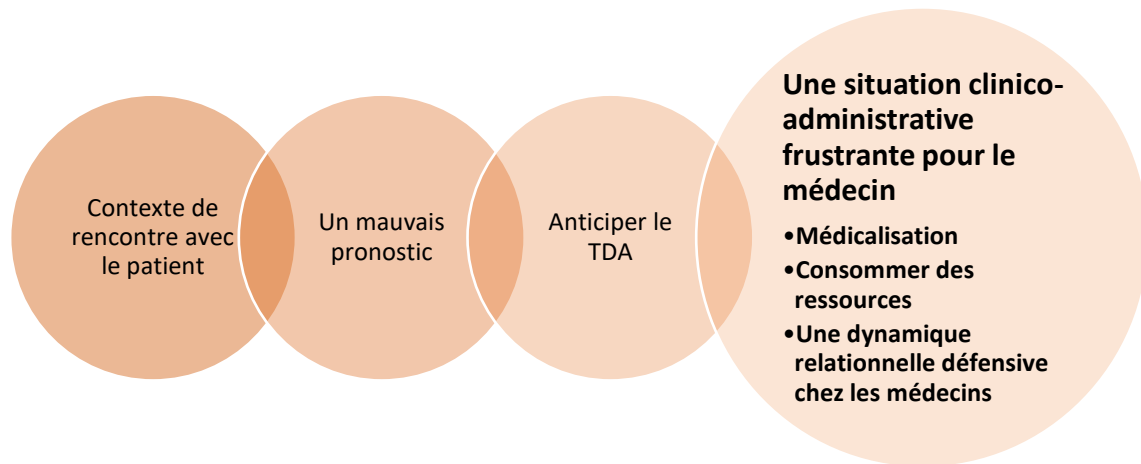
Un participant souligne que la résilience d'un patient face à des contraintes personnelles ne permet pas de préjuger de sa résilience face aux contraintes de la mission. La résilience d'un patient serait propre à une situation et ne pourrait pas être transposée d'une situation à l'autre. Cette idée corrobore avec la théorie selon laquelle les capacités adaptatives nécessitent une confrontation aux contraintes pour se développer.

*(299) "Enfin voilà, c'est pas parce que le mec a une histoire de vie personnelle très compliquée et qu'il s'en est sorti et qu'il est là que je vais considérer qu'en OPEX ça va bien se passer."*

À contrario, un participant rapporte qu'un patient ayant déjà su s'adapter à des contraintes antérieures s'ajusterait généralement sans difficulté à de nouvelles contraintes. Cette idée corrobore la théorie selon laquelle les capacités d'adaptation sont propres à chaque individu.

(121) "Parce que certains ont vraiment des histoires mais on sait même pas comment ils sont encore debout, et c'est en fait peu importe ce qui leur tombe dessus, bah ils vont y arriver, ils sont droits."

#### 4.3.4 Une situation clinico-administrative frustrante pour le médecin



Enfin, dans les expériences du trouble de l'adaptation relatées par les participants, on relève de la frustration.

(468) "Et moi, ça me hérise les poils."

(981) "Moi, ça, ça m'exaspère au plus haut point."

(615) "Je pense que ça heurte tout le monde."

(826) "Voilà. Ça, ça me gave."

(837) "C'est très, très agaçant."

(921) "Enfin moi, ça m'emmerde."

##### 4.3.4.1 Médicalisation

Le trouble de l'adaptation semble considéré comme une problématique RH en premier lieu. La persistance de cette problématique RH conduirait à une pathologie en l'absence de résolution. Nous avons abordé cette notion à la partie "Le trouble de l'adaptation : une entité clinique aux frontières du médical". La survenue de troubles psychiques réactionnels à une problématique RH est perçue comme absurde et évitable par les participants. Cette notion est retrouvée chez huit participants.

(468) *"Et donc après, la seule dernière solution, c'est nous. Sauf qu'à la base, ce n'est pas un problème médical".*

(826) *"Mais à la base ce n'est pas un problème médical, c'est un problème RH en fait".*

(981) *"En fait, ce mec, il n'a pas de problème de santé, il se plaît juste pas au travail."*

(299) *"Pour moi, fondamentalement, c'est pas forcément un trouble de l'adaptation. C'est plus qu'au niveau RH, on a bloqué des gens et voilà."*

(615) *"C'est plutôt des problèmes RH ou management. Et nous on est au milieu de ça, ça nous prend du temps."*

De plus, il existerait des problématiques au niveau du recrutement. Ces notions ont été abordées dans la partie "Inadéquation du profil recruté aux exigences institutionnelles". De nombreux participants notent que la forte incidence du trouble de l'adaptation en mission serait directement liée à un recrutement non adapté.

La baisse de sélectivité à l'engagement avait également été citée comme cause de recrutement non adapté. Cette baisse de sélectivité est mise en lien avec une baisse de l'attractivité et du recrutement.

(299) *"Il y a de moins en moins de candidats, qui dit de moins en moins de candidats, dit de moins en moins de sélections, etc. Et donc, on se retrouve avec des gens plus..., alors c'est pas fragile, mais en tout cas, qu'ont moins de ressources pour lutter".*

Enfin, l'absence d'invalidation en cas d'échec avait été évoquée comme facteur participant à un recrutement non adapté.

(981) *"La DRHAT [Direction Ressources Humaines de l'Armée de Terre] devrait aussi un peu assumer, assumer de faire des classes peut-être plus légères".*

(468) *"Et en plus, on veut absolument les garder. Alors qu'ils ne font pas l'affaire. Quand tu parles avec leur chef, 'ah non mais il est nul, ah non mais...'"*

Trois participants soulignent que l'attrition lors des formations permet une sélectivité sur des critères adaptés. Encenser l'attrition permettrait de réduire l'incidence des troubles de l'adaptation.

(826) *"Euh, ça c'est, à mon sens, c'est une des choses qui pourrait permettre de diminuer l'incidence des troubles de l'adaptation. En fait à partir d'un moment où un personnel, pendant les classes qui aujourd'hui franchement sont softs, émet la volonté de quitter en disant que c'est pas sa place, en fait il faut le laisser partir."*

(981) *"Soit ils reprennent des classes comme à l'ancienne, où ils faisaient des classes de bourrin, et ils avaient moins de troubles d'adaptation, parce qu'ils sélectionnaient plus fort en les maltraitant un peu aux classes."*

(615) *"Mais eux, ils les vivent sur des périodes de plusieurs mois, et ça va être... une adaptation qui va être nécessaire à l'exigence."*

Six participants précisent que l'impossibilité de démissionner pourrait être un facteur de risque de troubles de l'adaptation.

(468) *"Là, dans l'Armée, ce n'est pas possible [de démissionner]. Soit tu as fait vraiment plein de fautes, et on te vire, soit c'est la croix et la bannière, on ne sait pas pourquoi de temps en temps, tu en as un qui arrive à dénoncer son contrat, mais sinon, le reste, c'est impossible."*

(981) *"C'est-à-dire que la DRHAT n'acceptera jamais une rupture de contrat d'un mec qui a 10 mois de service."*

(299) *"C'est sûr que dans le civil, on peut démissionner comme ça et pas venir au boulot le lendemain. Chez nous, c'est plus compliqué."*

Un participant souligne que la durée de contrat proposée doit être adaptée au profil du candidat. Il serait licite de proposer des contrats courts aux candidats présentant des facteurs de risque.

(299) *"Est-ce que ces ultramarins, leur faire signer des contrats de 9 ans, c'est sain ? Moi, je suis intimement persuadé que non. Après, on est dans la même histoire que tout à l'heure. L'Armée de terre veut garder des gens, sont sûr de les avoir 9 ans, mais... Nous, on est sûrs de les avoir 9 ans à l'infirmerie, pour certains. Un peu plus complexe."*

Trois participants relèvent que refuser les démissions ne permet pas de lutter contre l'attrition. En revanche, cela impose la prise en charge de ces problématiques par le Service de Santé des Armées.

(826) *"En fait c'est des bombes à retardement qui nous posent problème deux ans plus tard. Sauf que deux ans plus tard, il y a un circuit de réforme à faire"*.

(468) *"Et donc, on prend du retard sur des choses qu'on aurait pu régler avant bien plus facilement qu'une fois qu'ils ont passé les six mois, en fait, t'es obligé de les envoyer à la réforme, ce qui est insupportable."*

(981) *"Ils se cachent derrière le SSA, et c'est le SSA qui fait tout le travail."*

Trois participants soulignent la part de responsabilité de la Direction des Ressources Humaines de l'Armée de Terre (DRHAT) dans cette problématique. Ils précisent que la communication à ce sujet avec la DRHAT semblerait inefficace.

(826) *"Et il y a une telle recherche de l'absence d'attrition, il y a une absence d'attrition qui est voulue à chaque échelon de DRH, jusqu'à DRHAT même, que en fait il y a une volonté des cadres de garder les personnels."*

(468) *"La DRHAT, en tout cas, pour l'Armée de terre, ils sont bien au courant. Mais ils sont très hypocrites"*.

(468) *"Mais ça, tu ne peux pas trop discuter avec la DRHAT, en tout cas pour l'Armée de terre, c'est compliqué. Et en fait, c'est un dialogue de sourds"*.

(981) "Il n'y a pas de solution. Moi aussi je me suis battu en fait. Je l'ai fait 3 fois, 3 fois, ça m'a pris dix mails, cinq appels. J'ai pas le temps en fait."

Enfin, la situation retirerait au médecin des forces sa liberté d'exercice. Trois participants précisent que les conséquences pour eux peuvent être lourdes.

(981) "Et qu'en fait j'ai pas envie de perdre mon diplôme sur un mec que je vais foutre déserteur. Parce que je suis pas sûr d'être soutenu par le service."

(615) "Et à l'autre prisme, bah il y a jusqu'où on est prêts à aller... pas mettre en danger notre diplôme, ce n'est pas tout le monde qui va aller faire une tentative de suicide ou qui va s'enfoncer profondément dans un syndrome dépressif parce qu'en fait, on ne l'a pas mis en arrêt de travail d'emblée."

(468) " Mais voilà, tu n'as pas le choix. Parce qu'il faut quand même rester empathique, parce qu'on est quand même médecin et qu'en face, on a des gens."

#### 4.3.4.2 Consommer des ressources

La gestion par le SSA des troubles de l'adaptation à la vie militaire ou en mission implique l'utilisation de ressources financières et médicales.

Cinq participants soulignent la consommation importante de temps médical, tant pour les médecins des forces que pour les psychiatres. Ils précisent également que la réforme est un processus long et fastidieux.

(468) "Parce que je sais qu'il y a quatre mois de délai pour voir un psychiatre. À côté de ça, des gens qui ont vraiment un problème psychiatrique, ils ont quatre mois de délais aussi."

(299) "Et donc ces mecs-là finissent chez le psychiatre avec l'étiquette trouble de l'adaptation."

(615) "Et on envoie [...], on finit par envoyer ces patients-là devant des psychiatres, qui eux aussi n'ont pas forcément fait psychiatres juste pour entendre des gens qui ont mal à leur contrat entre guillemets. Et nous on est au milieu de ça, ça nous prend du temps."

(826) "Ça nous ferait gagner un temps monstre. Je pense que ça libérerait beaucoup de créneaux de consultation dans les services de psychiatrie."

(981) "Ça nous prend du temps."

(826) "il y a un circuit de réforme à faire, il y a dix mille euh... Enfin c'est hyper hyper lourd pour nous de faire, de virer quelqu'un."

(468) "C'est pas si simple de réformer les gens, ça prend beaucoup de temps".

Il existe également un enjeu financier, relevé par quatre participants.

(615) "Parce qu'en plus, ils sont payés jusqu'à leur réforme à rien faire chez eux."

(981) "On paye des mecs pendant six mois à rien foutre à la maison."

(826) "En fait, ça nous prend du temps, ça prend de l'argent au service, enfin au service, à l'Armée en général."

(468) "Le SSA parce que ça coûte de l'argent, ça coûte très cher, les RAPASAN, parce que c'est des billets d'avion qu'il faut prendre à l'arrache. Ça coûte vraiment, c'est plein pot."

Un participant souligne que réformer sans avis spécialisé dans le cadre des troubles de l'adaptation permettrait d'en réduire le coût temporel et financier.

(826) "La volonté de pouvoir réformer directement des patients, sans passer par le psy quand c'est pour des troubles de l'adaptation."

#### 4.3.4.3 Une dynamique relationnelle défensive chez les médecins

Le sentiment de frustration pourrait émaner des a priori du médecin à propos du patient. Cette notion est mentionnée par six participants.

L'immaturation de certains patients peut irriter le médecin militaire. Il peut également lui être difficile d'accepter que ces patients tolèrent mal des contraintes auxquelles lui-même est soumis au quotidien.

(321) "Il part en OPEX, sa copine le largue parce qu'il est parti, et du coup, c'est la fin du monde, alors qu'il n'a que 20 ans et qu'il n'était que depuis 6 mois avec sa copine, ou même pas six mois, et voilà, ça devient la fin du monde et il faut le faire rentrer en France."

(615) "On peut essayer d'être chevalier blanc et essayer de se dire, 'bah moi je mettrais pas en arrêt de travail, quelqu'un qui ne présente pas de signe de pathologie psychiatrique avérés et qui est juste là à dire j'ai mal à mon contrat'".

(578) "En fait, on leur en voulait d'avoir réagi comme ça, parce qu'ils ont laissé leurs camarades sur place continuer à gérer le merdier. Donc en fait, on avait un certain ressenti."

D'autre part, certains patients n'attireraient pas la sympathie du fait de leurs actes.

(468) "Ouais, je pense qu'on a pas mal de filous, ouais."

(981) "Le mec qui est en arrêt civil parce qu'il travaille à l'extérieur, qui cumule sa paye en arrêt plus son truc au black. Il y en a, je pense que c'est des énormes crapules".

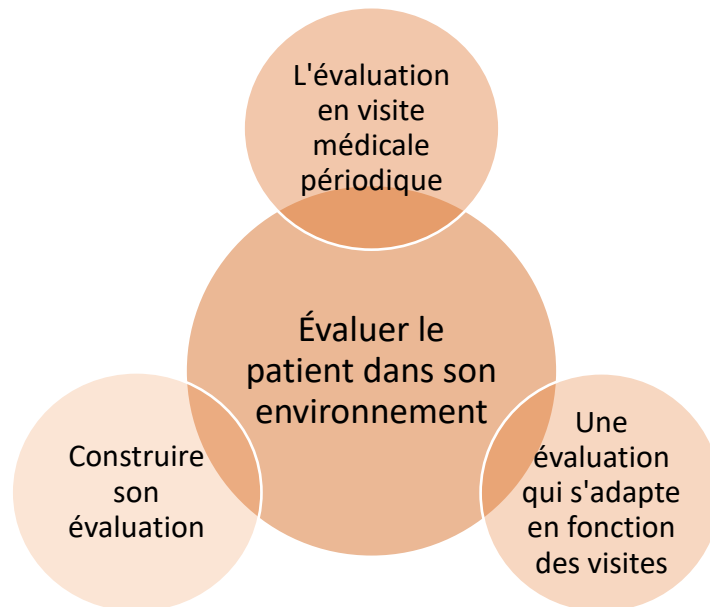
(578) "Et elle me disait 'mais en fait, c'est du chantage. J'ai l'impression qu'ils me font du chantage pour rentrer et je n'ai pas le choix.'"

Un participant précise que, malgré la frustration ressentie face aux agissements de certains patients, il est nécessaire de chercher à comprendre les causes.

(468) "Après, oui oui il y a des filous. Il y a... Mais, bon, il y a des... Après, il faut savoir ce qu'il y a derrière ça. Pourquoi est-ce que la personne est obligée de mentir pour avoir ce qu'elle veut ? Et souvent, le premier réflexe, c'est de dire, 'ok, il s'est moqué de moi, ffiou, je veux plus

*en entendre parler'. Bon, après, quand tu creuses un peu, s'il y en a certains qui valent la peine, ils ont aussi, du coup, une histoire difficile."*

#### 4.4 Évaluer le patient dans son environnement



Les participants étaient invités à décrire la manière dont ils évaluent le patient lors des visites d'aptitude. Ils précisent que cette évaluation varie en fonction du type de visite d'expertise réalisée.

*(826) "Ah ça ça dépend de quelles visites d'aptitude".*

#### 4.4.1 L'évaluation en visite médicale périodique



##### 4.4.1.1 Situation psycho-sociale

Tous les participants rapportent explorer la situation psychosociale en VMP. Un participant souligne que ces questions sont abordées par le questionnaire médico-biologique. Les différents points abordés dans cette évaluation sont représentés dans la figure 15, conjointement avec les points abordés dans la partie "L'impact des événements de vie".

*(468) "Mais la VMP, c'est effectivement l'occasion de tâter un peu le terrain" " Mais oui oui, je demande systématiquement."*

*(121) " Mais euh finalement dans une VMP je pense que je passe plus de temps à papoter que le pur examen clinique après quoi."*

*(921) "Je commence toujours ma VMP plutôt du côté psy".*

*(578) "Alors, la discussion, c'est systématique."*

*(299) "Déjà parce qu'en fait, sur le questionnaire à un niveau biographique, t'as quand même des questions orientées psy".*

Les données socio-professionnelles du patient, l'historique des missions et les expositions traumatiques sont recherchés. Cette notion est rapportée par sept participants.

*(615) "Quel est votre grade, quelle est votre spécialité, quelle est votre ancienneté, et pour combien de temps de contrat encore vous avez à être parmi nous ?"*

(981) "En fait, je leur pose toujours la question de quelles missions ils ont fait".

(921) "Est-ce qu'il y a eu des missions, oui, non, est-ce qu'elle s'est bien passée ?"

(321) "Euh, et après, s'il y a eu des missions ou des stages, enfin surtout des missions, être sûrs qu'il n'y a pas eu d'évènement psycho-traumatisant."

(381) "Et bah évidemment après ça permet de poser des questions. Est-ce que vous pensez que vous avez été victime d'événements traumatiques ?"

Dix participants indiquent évaluer l'état psychique global du patient.

(468) " Pendant la VMP, déjà je leur demande à chaque fois comment ça va".

(321) "Moi, je demande souvent aux gens de donner une note à leur morale entre 0 et 10. Et puis, quand il y a moins de 8, je leur demande qu'est-ce qu'il manque pour aller à 10."

Cinq participants rapportent rechercher systématiquement des troubles liés à l'usage de substances.

(615) "Je pose aussi systématiquement la question sur tout ce qui va être addiction, d'abord l'alcool et ensuite en évoquant le reste."

Deux participants précisent rechercher des antécédents psychiatriques ou psychologiques.

(615) "Après c'est est-ce que vous avez déjà été suivi ou est-ce que vous avez déjà eu des problèmes psychologiques, est-ce que vous avez déjà eu des médicaments ? Est-ce que vous avez déjà rencontré un psychiatre ?"

Dix participants soulignent évaluer l'intégration au groupe, l'ambiance en compagnie et la satisfaction au travail.

(468) "Est-ce qu'ils sont bien intégrés".

(921) "Là je demande comment ça se passe dans la section, est-ce qu'il est bien intégré"

(615) "Je vais leur demander comment ça va au boulot. C'est une question très simple, comment ça va au boulot ?"

(798) "Pour explorer un petit peu comment ça se passe au travail en règle générale, comment ils se sentent, s'ils sont épanouis dans leur emploi"

(981) "Moi, je leur demande si ça se passe bien en compagnie, s'ils se sentent bien, si leur travail leur plaît."

Trois participants recherchent les perspectives professionnelles auxquelles ils ont pensé.

(578) " L'abord systématique du travail, est-ce qu'ils sont bien dans ce poste, est-ce qu'il y a un changement prévu, comment ça se passe ?"

(798) "S'ils ont d'autres perspectives pour la suite."

(615) " Si c'est proche de la fin, quels sont vos projets de reconversion, tout ça ?"

Cinq participants précisent les interroger sur d'éventuels conflits avec des supérieurs hiérarchiques.

(981) *"Si ça se passe bien avec les chefs".*

(921) *"Son chef de section est-ce que ça se passe bien avec lui ?"*

(798) *"Des soucis de harcèlement au travail, avec son chef direct."*

Un participant souligne évaluer la charge et le rythme de travail.

(121) *"Et c'était vraiment très pourvoyeur de risques psychosociaux, parce qu'ils étaient vraiment sous pression, qu'ils bossaient du coup du lundi au dimanche h24".*

Neuf participants relèvent évaluer systématiquement l'environnement familial.

(798) *"Comment ça se passe chez eux, comment ça se passe à la maison."*

(381) *"Je m'informe toujours sur justement la situation familiale des gens".*

Neuf participants recherchent la présence d'un ou une conjointe et la présence ou non d'enfants.

(381). *"Est-ce qu'ils sont en couple, mariés, pacsés ? Est-ce qu'ils ont des enfants ?*

(981) *"Comment ça se passe à la maison, s'ils sont mariés, s'ils ont des enfants, et comment ça se passe avec leur famille, et s'il n'y a pas de problème dans la famille."*

(121) *"Est-ce que la famille tient bien, ah oui d'accord vous êtes marié est-ce que madame va bien, est-ce qu'elle est bien implantée, est-ce qu'elle a un boulot, est-ce que les enfants les enfants sont bien scolarisés, est-ce qu'ils dorment bien...".*

(578) *"J'aborde la famille. La situation familiale, est-ce qu'il y a des enfants, est-ce qu'il y a des naissances, comment ça se passe à la maison ? Est-ce qu'ils sont en célibat géo ou pas ?"*

(615) *"Est-ce que vous êtes célibataire, est-ce que vous êtes en couple, est-ce que vous avez des enfants ?"*

Cinq participants soulignent rechercher le mode de garde des enfants et l'impact d'une potentielle projection sur cette garde.

(381) *"Est-ce qu'ils sont séparés avec une garde alternée ?"*

(798) *"S'ils ont des enfants, est-ce qu'ils ont un mode de garde adapté ?"*

Quatre participants recherchent la tolérance ou non du rythme opérationnel par la famille.

(468) *"La femme est à bout."*

(578) *"Surtout les familles ne voulaient pas que les mecs partent parce qu'il y avait un gros enchaînement opérationnel."*

(121) *"Est-ce que la famille tient bien".*

#### 4.4.1.2 L'impact des évènements de vie

Six participants recherchent systématiquement en VMP s'il y a eu des évènements de vie. Les évènements de vie cités par les participants sont les naissances, les décès, les grossesses, et les maladies graves de membres de la famille. Les différents points abordés dans cette évaluation sont représentés dans la figure 13, conjointement avec les points abordés dans la partie "Situation psychosociale".

*(468) "Est-ce qu'il y a eu des choses récentes ou pas ? "*

*(578) "Est-ce qu'il y a des problématiques en cours de gestion, des problèmes de santé, des petites choses du quotidien ?"*

Trois participants recherchent une grossesse en cours, et le cas échéant des complications de la grossesse.

*(468) "Elle a une grossesse compliquée."*

*(121) " Une femme enceinte jusqu'au cou et qui a des complications de la grossesse".*

Six participants recherchent des problèmes de santé dans la famille.

*(578) "Des problèmes de santé".*

*(981) "Est-ce qu'ils sont malades".*

*(381) "Des pathologies ou quoi".*

Un participant souligne que ces évènements de vie sont également recherchés par le questionnaire médico-biologique (QMB). Six participants précisent qu'ils n'explorent les évènements de vie que si le patient aborde ces derniers dans le QMB.

*(299) "Parce que justement, c'est dans le QMB. Pour le coup on a un dépistage systématique."*

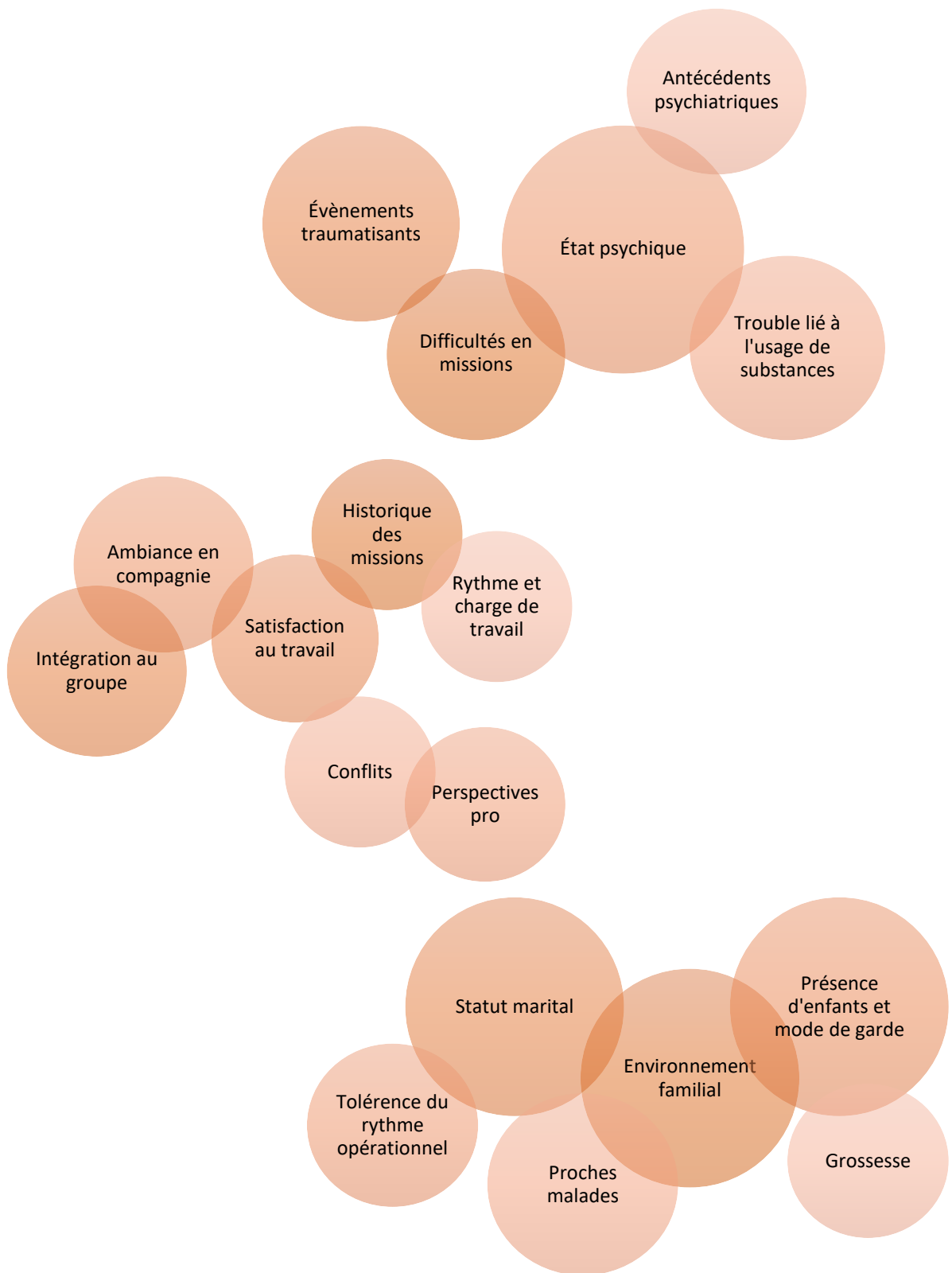


Figure 15 - Éléments recherchés en VMP

#### 4.4.1.3 Ressources psychiques

Les participants indiquent ne pas évaluer spécifiquement les ressources psychiques du patient. D'une part, une telle évaluation ne serait pas réalisable en VMP, sur un temps restreint, en voyant une seule fois le patient. D'autre part, les participants soutiennent qu'il n'existerait pas de critère fiable permettant une évaluation des ressources psychiques.

*(798) "Je trouve que c'est plus difficile à saisir. Je n'ai pas de symptômes particuliers qui me pourraient évoquer ça".*

*(381) "C'est parce qu'il faudrait prendre le temps de creuser, de faire un entretien psychiatrique. Mais en fait, on n'a pas le temps de faire ça. En VMP, on n'a pas le temps."*

*(321) "Franchement on le note, mais parce que souvent c'est des impressions, c'est des gens qu'on voit une fois, euh... C'est pas sur une consultation ou une visite d'aptitude."*

Les participants soulignent relever certains éléments leur permettant d'avoir une idée globale du patient. Cinq participants soulignent avoir une attention particulière pour l'impression générale que le patient renvoie, sa présentation, son discours.

*(798) "Ce n'est pas comme si je suivais une petite grille"*

*(299) "[...] ou je me dis 'Ouais, je ne le sens pas'. Je ne le sens pas."*

*(381) "J'arrive à me faire mon idée, mais sans vouloir, par expérience, sur les gens."*

*(468) "C'est un peu tout en sous-marin. Et c'est du feeling ou pas."*

*(798) "Mais c'est plus vraiment sur l'impression que les gens me donnent."*

*(381) "Le contact qu'on a avec le patient".*

*(299) "Alors après, il y a toujours l'évaluation très personnelle qu'on va faire d'un mec, mais qui n'a rien de médical, qui est plus 'c'est un bon mec, c'est un pas bon mec'."*

*(321) "Ça arrive assez souvent qu'on voit des gens en visite médicale et qu'on se dit après, quand on parle entre nous, 'oulala, j'en ai vu un ce matin, je ne parie pas trop sur lui. À mon avis, il ne va pas rester longtemps'."*

Certains éléments sont remarqués par les participants et identifiés comme des facteurs de vulnérabilité. Ils ne seraient cependant pas spécifiquement recherchés en VMP. Ils sont cités dans la partie "Le militaire et sa résilience". Ces éléments sont représentés dans la figure 16.

Les éléments qui témoignent d'une intolérance à la frustration ou d'une incapacité à faire groupe sont évoqués par cinq participants. Ces éléments peuvent être des antécédents de relations personnelles ou professionnelles conflictuelles, le refus de l'autorité, ou l'évitement des activités collectives.

(468) "Une intolérance à la frustration, une intolérance à l'autorité, une incapacité à se mettre dans le groupe et à avoir des règles".

(981) "Ceux qu'on voit, c'est ceux qui se rebellent un peu, qui sont un petit peu durs, qui ont du mal à accepter de...".

(121) "[...]parce qu'en fait jusqu'ici il n'a jamais été longtemps au sein d'un groupe et que la collectivité peut poser soucis."

(615) "Quelqu'un qui n'a jamais fait que des activités individuelles, qui est seul dans une fratrie, enfin qui n'a pas de fratrie, etc., fin voilà."

(798) "J'essaie d'être vigilante si, par exemple, il y a déjà eu des violences, des soucis dans des emplois précédents, des relations de couple qui n'ont pas été fluides auparavant."

Les histoires de vie compliquées, la précarité affective et l'immaturation sont des éléments évoqués par sept participants.

(299) "Je dirais peut-être qu'on a des facteurs un peu limitants sur certains dossiers par rapport à une histoire de vie, tu vois, comme tu disais, ou en tout cas des antécédents quand même un peu compliqués."

L'absence de soutien familial est notée par trois participants.

(921) "Si la mission se passe mal, il n'aura pas le soutien à la maison parce qu'elle aura déjà autre chose à foutre."

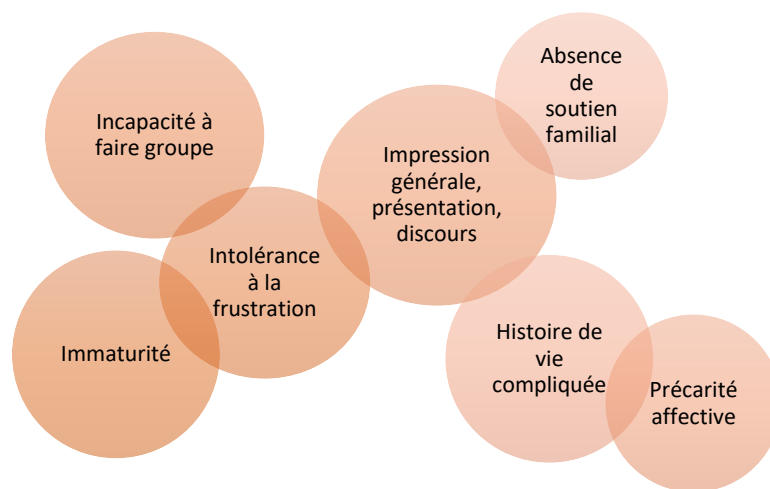


Figure 16 - Facteurs de vulnérabilité identifiés

#### 4.4.1.4 Motivation

Nous avons vu dans la partie "Une évaluation qui s'adapte à la visite" que cinq participants explorent la satisfaction du départ lors de la visite avant départ.

Quatre participants soulignent interroger la motivation au départ en VMP.

(468) *"Mais oui oui, je demande systématiquement. Est-ce que s'il y a un départ, ils seraient prêts pour partir. Ça, je le note pour la VMP."*

(121) *"Et donc autre levier de la résilience que je vois, donc la motivation oui et ça je l'interroge à chaque fois".*

(837) *"La première question, c'est est-ce que vous avez envie d'y aller ?"*

(798) *"Chaque fois qu'il m'annonce un départ, je fais 'alors, vous êtes content de partir?'"*

Deux participants n'interrogent la motivation qu'en cas de doute relatif à l'aptitude au départ.

(299) *"Ça m'est arrivé au cas par cas d'en discuter avec certains mecs. Et très clairement, dans 80%, c'est des mecs qu'on menaçait d'inaptitude, enfin, ou enfin, la question se posait."*

(578) *"Si je sens qu'il y a une certaine fragilité, je vais peut-être temporiser l'aptitude OPEX. Après, je vais clairement poser la question au personnel. Est-ce qu'il veut partir ?"*

Cinq participants précisent ne pas poser la question de la motivation au départ.

(826) *"Je ne pose pas la question en fait "*

(381) *"Et la motivation... Alors, ça, je crois que c'est une question que je ne pose pas."*

(981) *"Non."*

(615) *"Sur la motivation ? Heu, pfff. Je ne pose pas plus de questions."*

Pour trois participants, la motivation à partir en mission est inhérente au métier de militaire. Il existe cependant un biais de recrutement concernant la motivation à la projection. On note que les participants n'interrogeant pas la motivation au départ soutiennent des unités bénéficiant d'une meilleure sélection au CEFIM.

(826) *"Le militaire est motivé à partir en OPEX. Et s'il n'est pas motivé en fait c'est un problème."*

(981) *"Partir, c'est ça qui est cool, et c'est ça le boulot du militaire".*

(121) *"On ne fait pas ce métier là si on ne l'est pas un minimum je pense. Et donc le militaire globalement a envie de partir".*

(981) *"Dans l'ensemble, ils sont tous très volontaires quoi. Parce qu'on a un bon recrutement au CEFIM."*

(921) *"Là où au [un régiment] les mecs ils sont tout feu tout flamme. Donc là-dessus, je pense que c'est un biais de recrutement."*

Chez certains participants, les raisons de la motivation au départ ne sont recherchées qu'en cas d'excès ou d'absence de motivation au départ.

Deux participants précisent interroger l'excès de motivation. Ils recherchent derrière cette motivation la présence de problématiques sociales, familiales ou financières, voire un état dissociatif.

*(837) " Mais attention aux... trop motivés et ça se questionne."*

*(837) " Parce que j'ai besoin de thunes, ça, c'est pas toujours la bonne raison. Et puis, t'as aussi les types ESPT [État de Stress Post-Traumatique] qui sont dissociés. Et au fait, eux, ils veulent y retourner."*

*(468) "Mais tu fais quand même partir des gens surmotivés, alors que tu sais très bien que ça ne va pas très bien se passer dans leur famille tu vois."*

Quatre participants questionnent l'absence de motivation.

*(837) "Le 'non' je vais le questionner "*

*(921) "J'essayais d'avoir les raisons et essayais de savoir si le chef était au courant de ses doutes."*

*(578) "Je vais aller creuser plus loin, je vais aller voir si effectivement dessous il n'y a pas de fragilité psychique, s'il n'y a pas déjà des signes psychiques."*

On retrouve la notion de motivations plus adaptées que d'autres dans le discours des participants.

*(121) "Mais après s'il y a des motivations plus fiables que d'autres, ou plus belles que d'autres."*

Le dépassement de soi est considéré comme une motivation à la projection adaptée.

*(381) "Ça va être la découverte de l'OPEX, qu'est-ce que c'est dans l'autre pays, comment on vit, un peu l'aguerrissement à ça, comment travailler, vivre dans des situations un peu dégradées"*

L'idéal glorieux et la fuite en avant semblent en revanche considérés comme des motivations à risque de trouble de l'adaptation en mission.

*(121) "Est-ce que ceux qui sont portés par des valeurs mais qui s'aperçoivent parfois en OPEX que leurs valeurs sont un peu mises à mal, est-ce qu'ils ne sont pas finalement plus à risque."*

*(578) " C'est fuir finalement le quotidien et 'ça ne va pas avec mon chef actuel', ou 'ça ne va pas à la maison avec mon épouse, donc je préfère partir en mission pour ne pas penser à tout ça'. Bon, ça, ça peut être risqué."*

Trois participants considèrent la motivation financière commune et sans danger.

*(981) "C'est ça un peu qui les motive, le côté financier"*

Elle est considérée comme une mauvaise motivation par sept autres participants. Elle pourrait cacher, d'une part, des problématiques financières ou sociales sous-jacentes comme un surendettement ou un divorce en cours. Ces situations constitueraient des facteurs de

risque. Elle ne serait, d'autre part, pas considérée comme une motivation suffisamment forte pour supporter les contraintes de la projection.

*(381) "En fait, il y a d'autres plans et d'autres façons de gérer en métropole sans partir. Avant."*

*(798) Oui, carrément, moi il y a une motivation en particulier, quand ils me disent qu'ils partent vraiment pour de l'argent, ah, ouai, ça me fait un peu tiquer."*

*(381) "Je pense qu'il faut se méfier de ce genre de personnes qui veulent partir en l'OPEX pour de l'argent".*

*(837) " Je pense que c'est pas la bonne motivation pour partir en OPEX".*

*(578) " bah on va aller chercher, là c'est le facteur financier en lui seul, est ce que c'est un facteur de motivation suffisante ?"*

Pour deux participants, l'équilibre entre la motivation et les contraintes est nécessaire afin que les contraintes soient bien supportées.

*(798) "Mais c'est un objectif qui ne va pas être palpable au moment des mois de mission. Ils n'en profiteront qu'à leur retour. Et je trouve que c'est une motivation faible pour tenir quatre mois de contraintes".*

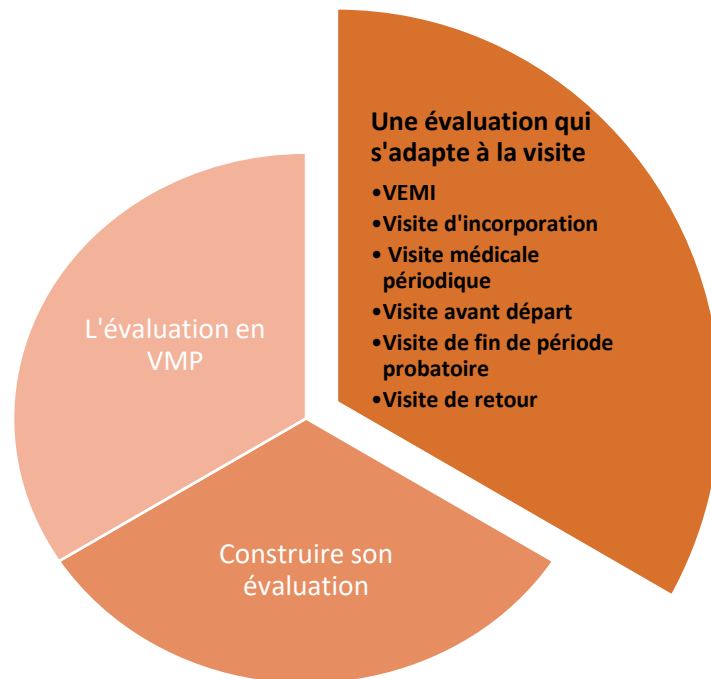
*(381) " c'est compliqué parce qu'il y a quand même une notion d'engagement psychique, d'engagement physique en OPEX".*

Enfin, un participant souligne l'importance d'évaluer les attentes du militaire par rapport à cette mission.

*(121) "Et puis il y a aussi, je pose la question maintenant, depuis quelques années aussi sur ce qu'ils en attendent. Parce que pour moi c'est aussi un des leviers de la résilience."*

*(121) "Et donc je vois aussi souvent que ceux qui ont le plus d'attentes de reconnaissances, peuvent être aussi ceux qui déclarent finalement un trouble de l'adaptation en milieu militaire."*

#### 4.4.2 Une évaluation qui s'adapte en fonction des visites



Les visites d'aptitude réalisées par le médecin des forces sont en majorité des VMP. Cependant il existe d'autres visites réglementaires.

##### 4.4.2.1 Visite d'expertise médicale initiale

La première visite d'expertise est la visite d'expertise médicale initiale (VEMI). Elles sont en majorité réalisées en antenne d'expertise médicale initiale. La majorité des médecins des forces n'effectue donc pas ou peu de VEMI. Seuls trois participants précisent en réaliser, de façon sporadique.

*(468) "Mais c'est à la marge. Enfin, franchement, on n'en fait pas beaucoup."*

Les participants en réalisant soulignent que la VEMI est particulièrement adaptée pour retracer les histoires de vie du patient. Elles permettent d'avoir un tableau de la situation psychosociale du patient. En particulier, ils explorent l'entourage familial des candidats et le soutien familial dont ils bénéficient, le parcours scolaire et le niveau d'études, les antécédents psychiatriques, addictologiques et judiciaires. Les éléments recherchés en VEMI sont représentés dans la figure 17.

(921) "J'aborde ça de la manière à avoir un peu l'environnement psycho-social, le niveau d'études, le niveau de soutien des parents au projet d'intégration à l'Armée, les antécédents de casier judiciaire, et ou de troubles psy."

On noterait une omission fréquente du patient dans ce type de visites.

(826) "Donc forcément, que ce soit sur le plan physique ou sur le plan psychique, les informations qui sont comme être problématiques ne vont pas être dites."

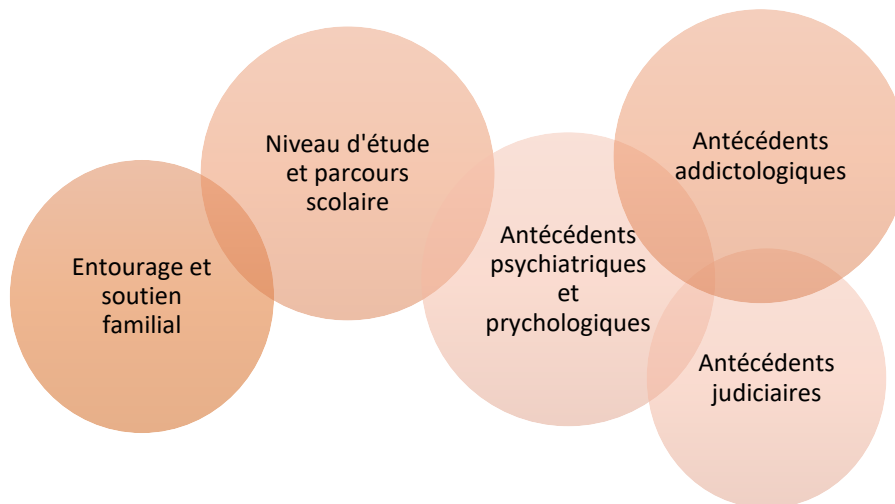


Figure 17 - Éléments recherchés en VEMI

#### 4.4.2.2 Visite d'incorporation

Concernant la visite d'incorporation, il ne s'agit plus d'une visite médicale, aucun des participants n'évalue le patient à cette occasion. Actuellement, cette visite est réalisée par les infirmiers.

(468) "C'est plus le médecin qui s'occupe de l'incorpo, ce qui est quand même assez dommage".

#### 4.4.2.3 Visite médicale périodique

Concernant la visite médicale périodique (VMP), trois participants soulignent que c'est un temps particulièrement adapté pour l'évaluation globale et psycho-sociale du patient.

(299) *"Je pense qu'on dépiste quand même en VMP plus de problèmes psychologiques, on ne va pas dire psychiatriques, mais en tout cas psychologiques, que de problèmes somatiques. Et je pense qu'on est surtout là pour ça sur les VMP."*

(121) *"Non, de toutes façons moi je suis convaincue que le militaire n'est pas grand-chose s'il n'est pas bien dans ses baskets. Donc en fait, techniquement, somatiquement parlant, on n'aurait pas grand-chose à faire sur le plan de la médecine militaire."*

(615) *"Mais au final, le troisième secteur, ou peut-être le premier si on y laisse un petit peu de place, c'est vraiment le secteur psychologique."*

Le détail des thématiques explorées est développé dans la partie "L'évaluation en visite médicale périodique".

Cependant, cinq participants soulignent que la VMP n'est pas adaptée au dépistage des problématiques adaptatives.

(615) *"Maintenant, est-ce que ce que souvent on les détecte à ce moment-là ? Je pense pas trop hein."*

(826) *"Mais on est quand même très limités, il ne faut pas se mentir, sur la détection précoce de ces troubles d'adaptation."*

Les limitations seraient liées à la confiance que le patient accorde au médecin, ou à la nature des éléments de l'évaluation. En effet, certains ne seraient pas accessibles en consultation mais plutôt par l'observation du militaire dans son milieu. Ces notions seront abordées dans les parties "Relation médecin-patient" et "Travailler avec le réseau".

(826) *"Ils ne cherchent pas de l'aide auprès de nous, c'est ça le problème".*

(981) *"Parce que sur une convocation ils arrivent à donner de change".*

De plus, nous avons vu dans la partie "Anticiper le trouble de l'adaptation" que l'évaluation des facteurs de vulnérabilité du patient et l'idée qu'on se fait de ses capacités d'adaptation ne permettraient pas de statuer sur son pronostic d'adaptation.

Enfin, dix participants soulignent que les VMP sont décorréées de la temporalité des départs. L'aptitude délivrée tient donc compte de l'évaluation du patient à un temps T, qui est à même d'évoluer avant un potentiel départ. La prise en compte de certains événements ou situations particulières ne serait alors pas possible.

(798) *"Parce qu'au moment où je vois les gens, ils ne sont pas forcément prévus sur une mission."*

(468) *"Mais en VMP, sauf si tu sais qu'ils partent bientôt, effectivement, mais la VMP".*

(381) "En VMP, on se prononce pour une aptitude pour euh, on se projette sur deux ans. Donc il n'y a pas forcément l'événement au moment de la VMP, donc on ne peut pas forcément mettre inapte OPEX pour x raison".

(121) "quand on reçoit les gens en VMP et qu'on statue sur l'aptitude OPEX, on les voit à un moment qui sera parfois décalé sur le plan temporel d'un départ OPEX."

(837) "Mais ce que tu vas avoir à l'instant T, ça présage pas de ce qui va se passer parce que tu sais pas quand il va partir en mission quand tu le vois en VMP."

#### 4.4.2.4 Visite avant départ

La visite avant départ (VAD) est identifiée comme une visite importante d'un point de vue opérationnel. Trois participants soulignent l'importance de la réaliser. C'est la seule visite qui permette une évaluation de l'aptitude au départ du patient dans les conditions de son départ.

(321) "Et je trouve qu'elles sont vraiment importantes moi ces visites et du coup on les a toujours faites en présentiel."

(121) "Je pense que ça peut être aussi une erreur, qu'on n'y met pas assez de cœur".

(468) "Mais effectivement, c'est plutôt dans les visites avant départ, vraiment quand tu sais qu'il va partir, où là, tu analyses un peu plus."

Néanmoins, sa réalisation est dépendante des effectifs et du temps avant projection. Neuf participants expliquent ne pas être en mesure de la réaliser du fait d'un sous-effectif médicaux.

(826) "Il faudrait qu'on passe en visite de pré-OPEX environ 700 personnels sur l'année. C'est pas envisageable."

(468) "Au final tu as bien 500-600 personnes qui sont projetées par an, on ne peut pas revoir tout le monde, plus les VMP qu'il y a à faire, plus, enfin voilà on n'est pas assez nombreux pour faire".

(299) "Ou même les consult avant départ. Je pense qu'on est de moins en moins à réussir à les faire."

(615) "Ils partent à 550 d'un coup donc c'est typiquement inimaginable de faire un quelconque entretien."

(981) "Mais on ne les voit pas avant le départ, on n'a pas le temps."

(321) "Des départs en crash parce qu'on n'avait pas le temps, on n'était pas assez nombreux mais tout le monde est vu."

(121) "Des départs pas programmés, des départs en section constituée, en compagnie constituée, donc 300 départs d'un coup".

(921) "Donc on n'a pas forcément beaucoup le temps."

(615) "C'est très temps-dépendant".

Trois participants soulignent réaliser cette visite systématiquement en présentiel et en temps médical. Ils précisent faire appel aux infirmiers si besoin.

(921) *"Et du coup, là on les reçoit en individuel les mecs. Nous les médecins".*

(321) *"Ça nous est arrivé de les faire faire par des infirmiers par contre, enfin de partager avec les infirmiers parce qu'il y avait des départs en crash".*

(578) *"C'est en présentiel."*

Sept participants rapportent que les visites avant-départ sont faites uniquement sur dossier. Ne sont revus que les patients ayant consulté depuis la dernière VMP. Ils sont alors vus en temps médical.

(615) *"C'est plutôt un visionnage des dossiers en amont."*

(468) *"Et du coup, l'infirmière qui s'occupe des dossiers, elle, elle est très rigoureuse. Et du coup, elle nous remet systématiquement les gens où il y a un commentaire en disant 'à revoir'."*

(826) *"On fait des pré-départs sur dossier".*

(299) *"Donc c'est la cellule OPEX qui, avec un infirmier et deux auxsan [auxiliaires sanitaires], qui checkent les dossiers, mais sur pièce. Donc on n'a pas d'évaluation."*

(121) *"Les auxsan s'occupaient de la préparation des dossiers, les infirmiers s'occupaient de la prescription et de la mise à jour des vaccins".*

(381) *"Moi ça fait un moment que je ne vois plus de personnes en visite avant mission".*

(981) *"Mais on ne les voit pas avant le départ, on n'a pas le temps."*

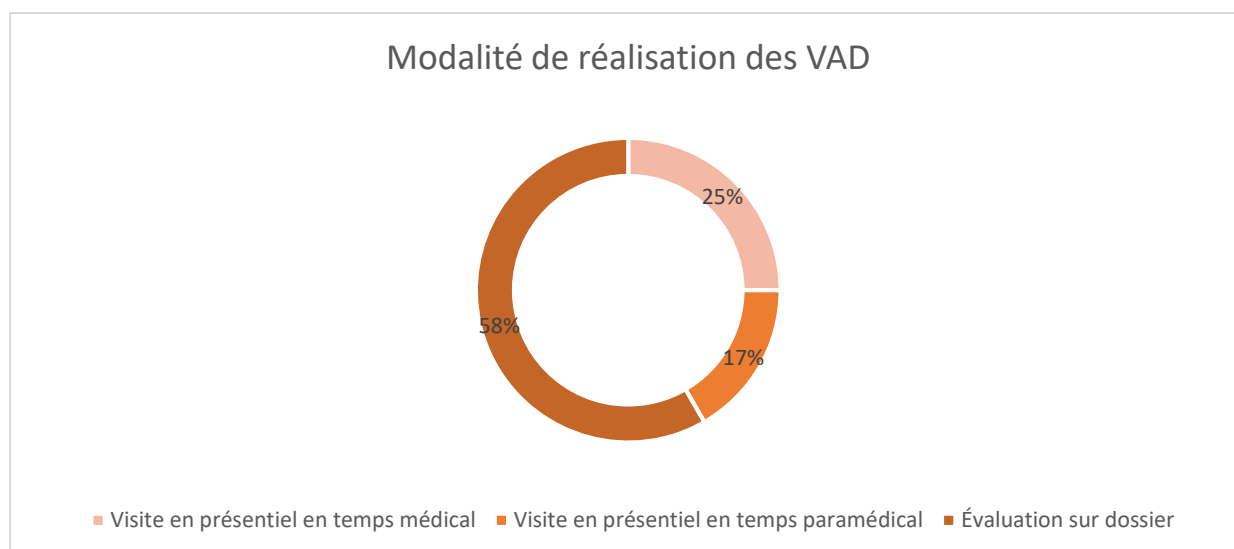
(468) *"Je ne réévalue pas tous les patients avant le départ, uniquement ceux ayant consulté depuis la dernière VMP."*

(121) *"Sauf s'il s'agissait d'un cas particulier".*

Deux participants expliquent que les visites avant-départ sont faites en entretiens avec des infirmiers. Les infirmiers qui réalisent ces entretiens sont expérimentés.

(837) *"Et quand ils sont vus en visite avant départ, ils sont vus par les infirmières."*

(798) *"Équipe paramédicale, elles sont vraiment dans l'empathie, dans l'écoute, etc". Donc, je leur fais vraiment confiance pour se rendre compte s'il y a un truc qui cloche."*



**Figure 18 - Modalités de réalisation de la VAD**

Cette visite permet de réévaluer les pathologies somatiques et de mettre à jour les vaccinations et l'aptitude dentaire.

Elle permet également de réévaluer le patient sur les aspects psycho-sociaux. Les participants soulignent réévaluer le moral, traquer d'éventuelles problématiques sociales ou familiales, évaluer la bonne tolérance du rythme opérationnel par le patient et la base arrière, évaluer la motivation au départ, et évaluer la compréhension de la mission. Les éléments recherchés en VAD sont représentés dans la figure 19.

Évaluer l'état psychologique :

(468) *"Un problème psychologique qui était en cours, la personne est passée un peu en sous-marin, n'a pas trop revu le médecin. Et donc, c'est aussi le moment de refaire le point, effectivement."*

(321) *"En gros, moi, je leur demande quand même comment ils se sentent".*

Traquer des problématiques sociales ou familiales :

(798) *" Il y a quand même une part qui est dédiée un peu à l'entretien, 'de comment ça va, comment ça se passe à la maison'"*

(468) *"Comment ça va ? Est-ce que ça se passe bien ? Est-ce qu'il y a des problèmes dans ta famille ?"*

(837) *"Il y a une deuxième question qui arrive, c'est, 'est-ce que vous partez en laissant des soucis à la maison ?'"*

(321) *"Souvent, c'est une discussion comme ça. Et puis, un petit coup de sonde sur les problèmes qu'ils laissent en base arrière, c'est est-ce qu'il y a quelque chose ou pas."*

Évaluer la bonne tolérance du rythme opérationnel par le patient et la famille :

(468) "Je l'aborde systématiquement lors des visites avant départ. L'état de la base arrière. Est-ce que la base arrière va bien ? Est-ce que la base arrière est préparée ? "

(321) "C'est votre combienième de départ ? Ça va aller ? C'était quoi votre dernière mission ?"

(121) "Et bah tiens, je vois que ça fait la troisième fois que vous partez en OPEX depuis deux ans, est-ce que la famille tient bien".

#### Évaluer la satisfaction du départ :

(837) "Est-ce que vous êtes content de partir ?"

(468) "Est-ce que tu es d'accord pour partir ?"

(321) "Est-ce qu'ils sont contents de partir en mission ?"

(921) "Est-ce que tu es content de partir ? Est-ce que tu es motivé ?"

#### Évaluer la compréhension de la mission :

(468) "Et après, quand je les revois en visite avant départ effectivement, surtout les plus jeunes, surtout ceux dont c'est le premier départ. Est-ce que tu es motivé, est-ce que tu as bien compris".

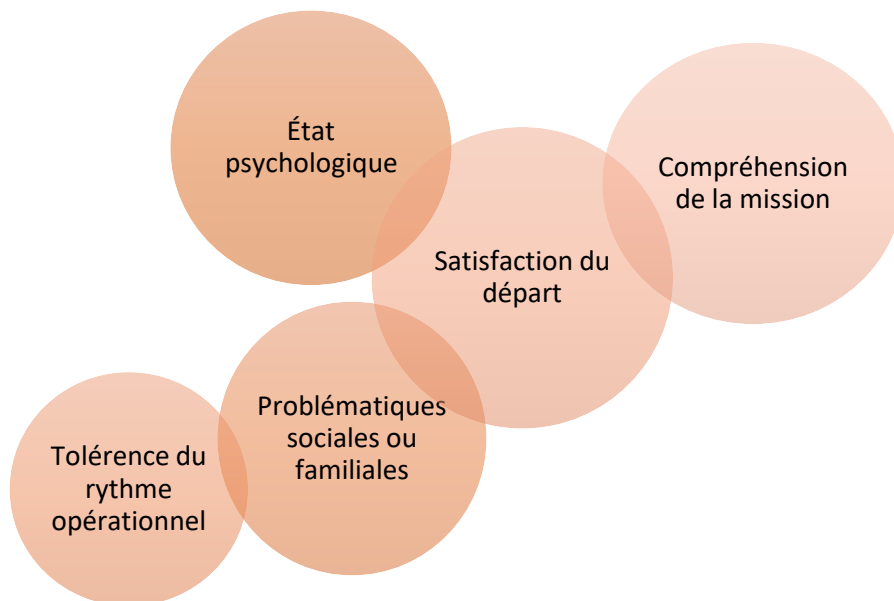


Figure 19 - Éléments recherchés en VAD

#### 4.4.2.5 Visite de fin de période probatoire

Nous avons abordé les enjeux de la période probatoire dans la partie "Période probatoire, une échéance à ne pas manquer". Trois participants soulignent voir systématiquement les patients en visite de fin de période probatoire.

(299) "Nous, on revoit systématiquement tous les gens à J180, donc à leur CEFIM."

(981) "On les voit à la 180, à la fin de leurs classes".

(826) "On fait une visite en fin de période probatoire."

Un participant relève réévaluer les patients à cette occasion en fonction de l'évaluation psycho-sociale de VEMI et d'incorporation.

(921) "Peut-être bah 'tu reviendras me voir systématiquement à six mois. A la fin de la période probatoire, avec un petit mot au chef de section".

Cette visite permet d'évaluer l'adaptation à la vie militaire, au groupe et la satisfaction au travail. Les participants s'appuient sur le commandement pour réaliser cette évaluation. La visite est sanctionnée par le reclassement du sigle "P" du SIGYCOP. Elle permet également de rechercher des signes d'alerte, comme des consultations à répétition pour des pathologies physiques lors de la FGE. Les éléments recherchés en visite de fin de période probatoire sont représentés dans la figure 20.

(826) "Voir un peu comment s'est passée son intégration en compagnie, est-ce que les attendus sont là, est-ce qu'il n'est pas déçu, ou est-ce qu'il n'est pas en inadéquation avec ce qui se passe en compagnie. Donc ça c'est l'un des moments privilégiés pour voir si ça se passe bien ou si ça se passe mal."

(826) "C'est surtout avec l'encadrement qu'on va avoir des éléments. "

(921) "Ceux qu'on va voir en consultation pour des problèmes médicaux, mais qui sont un peu bidons."

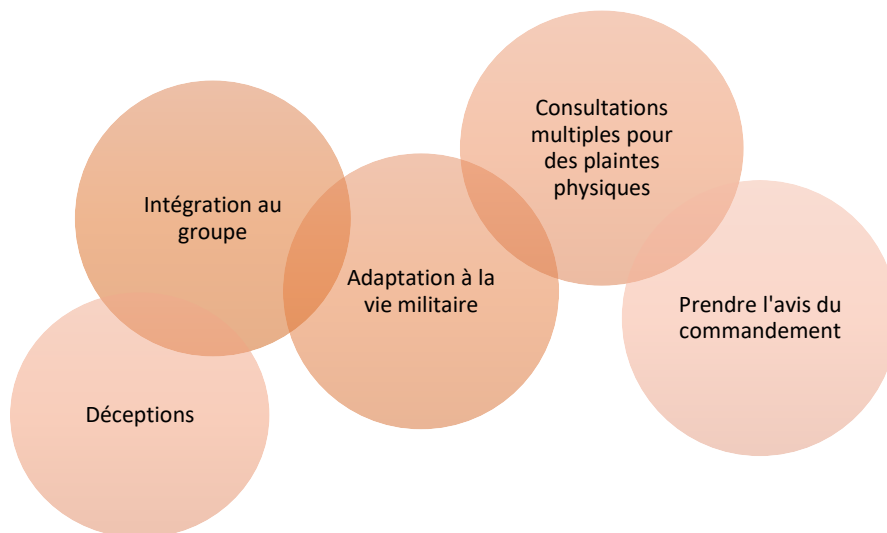


Figure 20 - Éléments recherchés en visite de fin de période probatoire

#### 4.4.2.6 Visite de retour

Trois participants soulignent effectuer une visite de retour de mission. Cette visite consiste en un entretien avec un infirmier ou un amphithéâtre collectif.

(121) "On revoit les gens en visite de retour".

(381) "Ils font un amphi au retour. C'est que si les patients le souhaitent, ils peuvent venir en entretien particulier".

(798) "Ils passent aussi avec les infirmiers, qui là prennent vraiment le temps."

Cette visite est axée sur la recherche de difficultés qui ont eu lieu pendant la mission et d'expositions traumatiques. Les éléments recherchés en visite de retour sont représentés dans la figure 21.

(798) "La visite de retour, très souvent, elle est quand même en grande partie dédiée au psychisme. Et du coup, elles prennent vraiment le temps de savoir comment s'est passée la mission sur place, s'il y a eu des difficultés particulières".

(381) "Avec justement, on fait remplir le PCLS [Post-traumatic stress disorder ChekList Symptomes]."

(798) "Elles amènent aussi le questionnaire PCLS qu'on ne fait pas, qu'on explique en fait."

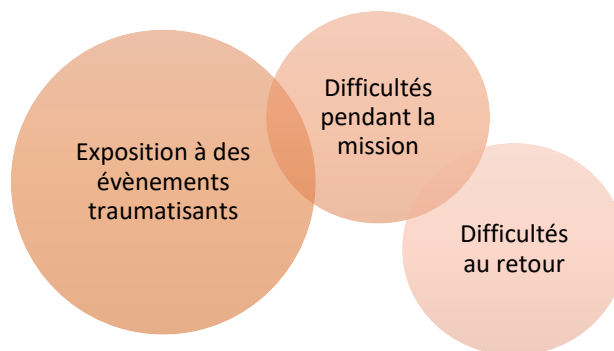
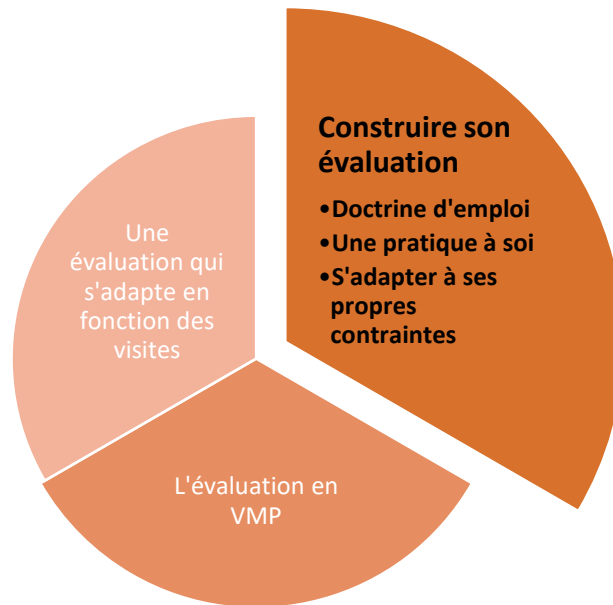


Figure 21 - Éléments recherchés en visite de retour

### 4.4.3 Construire son évaluation



Au cours des entretiens, les participants nous ont expliqué comment ils avaient réfléchi, construit et adapté leur expertise avec l'expérience.

#### 4.4.3.1 Doctrine d'emploi

Un participant souligne que l'expertise du médecin des forces concerne principalement la projection. Juger d'une aptitude à la projection est l'une des spécificités du médecin des forces. Il est nécessaire de recentrer son aptitude sur les patients projetables.

*(615) "Sur quoi recentrer la médecine générale et la médecine des forces ? Et c'est peut-être ça où fondamentalement il y a plus besoin de l'expertise d'un médecin militaire, à savoir qui est apte à être en projection. Et on a toujours l'idée aussi de sanctionner lors de la VMP l'aptitude à partir en mission ou pas. C'est un des principaux axes de la VMP, c'est ça."*

Dès lors, la construction de la visite d'aptitude doit prendre en compte les motifs de rapatriement sanitaire.

*(615) "Globalement, quand on regarde les premiers motifs de rapatriement, c'est l'orthopédie, l'entorse de cheville. Et globalement, après, ça va être ce qui est d'ordre psychologique, le trouble de l'adaptation. Et après, ce qui va être dentaire. Globalement, la VMP militaire, donc la visite du médecin du travail un peu militaire, elle n'a de sens que si on va chercher dans ces recoins-là."*

Au contraire, un participant précise que l'expertise du médecin des forces concerne le militaire dans son emploi quotidien en premier lieu. Les enjeux de la projection en mission n'ont de sens à être pris en compte qu'en cas de projection prévue.

*(798) "Mais j'avoue que ça ne m'arrive pas, on va dire, de me dire 'Ok, lui, s'il est projeté demain, est-ce qu'il a un risque de trouble de l'adaptation ?' Je pense que c'est juste que je ne raisonne pas en termes de projection. Je me dis plutôt dans la vie de tous les jours et son emploi. Ou de son évolution dans l'institution en règle générale."*

La décision d'inaptitude à la projection est prise pour prévenir une situation de décompensation en mission. Deux participants précisent poser des inaptitudes pour protéger le patient d'une situation de souffrance. Deux participants soulignent émettre des inaptitudes pour protéger le groupe d'un patient qui serait en difficulté.

*(121) "Et en fait, c'est vraiment drôle de voir à quel point le petit curseur entre médecin et militaire, [...] du coup, je me suis aperçue maintenant que j'ai vraiment des copains ... dont le curseur est vraiment bloqué côté militaire."*

*(121) "Ma préoccupation à moi en tant que médecin c'est certes l'opérationnel, mais ça arrive toujours en second après le patient."*

*(798) "C'est aussi les mettre à l'abri sur le plan psychique, que de pas leur imposer un truc comme ça qui va les mettre systématiquement en difficulté. Je sais faire un peu de l'épargne finalement, je les économise."*

*(826) "Ce serait très préjudiciable pour le reste de la compagnie qui ait un personnel qui soit instable. "*

*(578) " Je sais pertinemment que ça va mettre le reste du groupe dans un déséquilibre, ça va impacter tous les autres. "*

Enfin, un participant précise que le doute doit bénéficier au patient et que l'institution militaire a une vocation sociale.

*(468) "Du coup, tu as une part de toi d'empathie qui te dit, 'bah oui, il faut les aider', donc en fait, t'essayes. Et tout le monde, hein, le commandement, enfin voilà, c'est le rôle de l'Armée, d'essayer de donner une deuxième chance aux gens."*

#### 4.4.3.2 Une pratique à soi

Trois participants relèvent que le savoir être et l'aisance à parler de sujets psychologiques ne s'apprennent pas de façon magistrale lors de notre formation. Cet apprentissage est inhérent au parcours et à la personnalité de chacun.

(121) "Il n'y a pas de trame prédéfinie sur vraiment les questions qu'on doit poser impérativement et qui pourraient nous mettre la puce à l'oreille d'un trouble psycho-patho, par exemple."

(798) "Effectivement, selon les personnalités de soignants rencontrés, ça peut être plus difficile d'aborder les choses aussi."

(121) "Ce que j'aurais bien voulu en tous cas à l'époque c'est être vraiment formée à l'entretien psy, en fait, juste ça, être pertinente sur le fait de poser des questions".

(381) "Un vrai cours sur la façon de faire les visites de départ et de retour OPEX aussi parce que de la même façon c'est du bricolage, on a une trame qui est dans les textes réglementaires, mais il n'y a pas de savoir être".

Six participants soulignent que l'apprentissage se fait en partie par l'expérience. Les erreurs et l'expérience notamment opérationnelle permettent de progresser et d'adapter sa pratique.

(121) " Et puis je pense que euh, l'âge allant, on est peut-être un peu plus pertinent".

(615) "Je pense qu'au début, j'accordais on va dire une place plus restreinte à ce qui était d'ordre emploi précis et caractère psychologique, on va dire, devant les maladies métaboliques éventuelles, euh, le poids...".

(837) " Ils le comprennent quand tu es opérationnelle."

(299) "Quand je leur dis que lui ne va pas partir, c'est que c'est... Enfin, avec l'expérience maintenant, c'est sûr à 100% que ça va mal se passer et ça ne loupe pas."

(578) "Mais après, avec l'expérience, je n'ai pas trop de doutes, en fait."

(468) " Avec le temps, t'arrives quand même à sentir, ce qui va se passer, mais ça c'est parce que moi je suis beaucoup partie et que j'ai beaucoup aussi eu affaire à des gens en mission qui n'arrivaient pas à s'adapter à la mission, donc c'est pas simple et qu'il faut faire rentrer. Et donc du coup, tu es un peu plus attentive avant de partir".

(468) "Mais tu apprends comme ça, en faisant des erreurs."

Quatre participants précisent que la pratique médicale est propre à chaque médecin. Une situation ou un risque peut être évalué de façon différente par plusieurs médecins. De la même manière, le lien qui se développe entre un médecin et un patient sera différent d'un médecin à l'autre.

(468) " Chacun aussi perçoit les choses avec son vécu, sa vision. Moi, j'ai ma vision qui n'est pas forcément celle de ma collègue à côté."

(121) "On a chacun une sensibilité un peu particulière".

(921) "En fait on a tous nos profils, et les patients cherchent en fonction des profils, et bien on se rend compte qu'ils accrochent plus ou moins."

(615) "C'est quelle est la différence entre le normal et le pathologique ? Où est-ce qu'on place la limite ?"

Un participant souligne l'importance que prend la communication non verbale dans sa pratique. Cette communication est également propre à chacun.

*(615) "Donc il faudrait pouvoir accorder un peu plus d'attention et de temps à ces personnes-là, sur la recherche de tout ce qui va être éléments non-verbal, pouvoir le dépister."*

De la même manière, les patients sont variables. Un participant souligne qu'il est nécessaire de faire varier sa pratique pour s'adapter au patient.

*(615) "Il y a des variabilités qui sont voulues. Parce qu'il y a le patient que je vois en face, qui est différent du patient qui était juste avant et qui est différent du patient qui est juste après".*

#### 4.4.3.3 S'adapter à ses contraintes propres

Différentes contraintes s'appliquent aux médecins des forces. Tous les participants soulignent que le manque de temps ou d'effectif adéquat de médecins impacte la réévaluation des patients. La réalisation des VAD est également impactée.

*(921) "Donc on n'a pas forcément beaucoup le temps."*

*(468) "Mais c'est pas facile parce que tu peux pas convoquer tous les gens qui sont en arrêt, tu t'en sors plus."*

*(121) "Mais la personne derrière le matricule, on ne la revoit pas forcément et on se retrouve effectivement avec des gens qui ne sont plus aptes, au moment de partir déjà, à la mission".*

De la même manière, le temps de consultation ou de visite impose de prioriser certains axes. Un participant précise ne pas aborder certains axes de la VMP comme l'évaluation psychosociale en cas de comorbidités importantes.

*(615) "Une VMP, c'est censé se dérouler sur une vingtaine de minutes. Si la personne rentre dans la pièce, elle est déjà obèse, elle a une tension un petit peu haute, et en fait, elle a une histoire d'entorse de cheville avant, tout ce que je viens de te dire là, bah ça va être compliqué de le faire rentrer dans les... Déjà on va sortir des 20 minutes."*

Un participant souligne que l'attention du médecin est aussi impactée par ses préoccupations et le moment de la journée.

*(615) "Donc on va pas avoir la même attitude en face de chaque patient. Il y a le premier qu'on voit l'après-midi, et puis il y a le dernier qu'on voit l'après-midi en étant en retard."*

Enfin, en mission, le médecin militaire est lui-même soumis aux contraintes de la mission. Cela le place dans une situation qui pourrait l'empêcher de reconnaître la souffrance

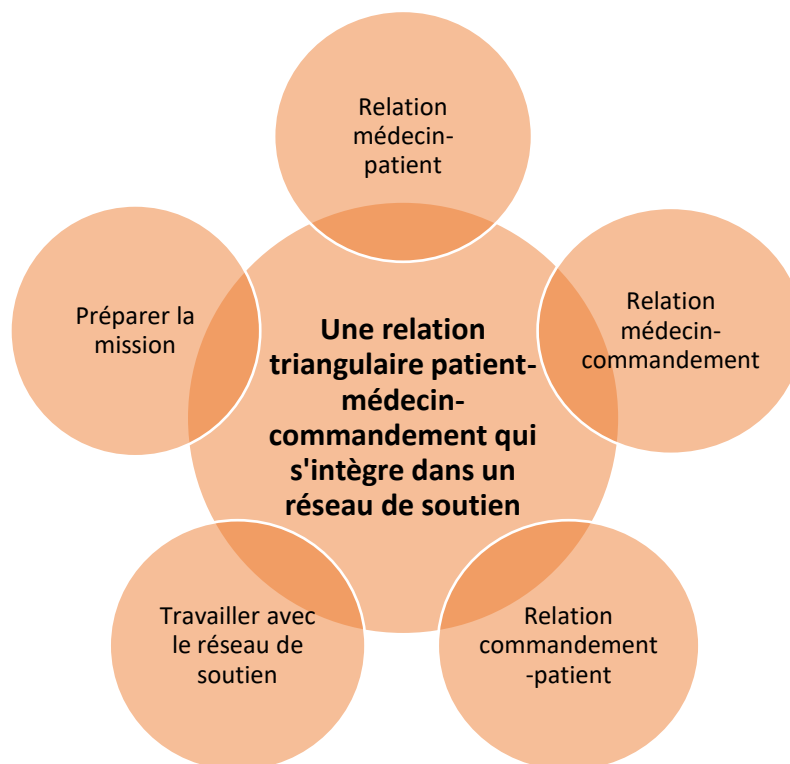
du patient. Deux participants rapportent qu'ils ont eu besoin de recul pour reconnaître un trouble de l'adaptation en mission.

(578) "Et la complexité c'est de le détecter, c'est de justement réussir à rester neutre par rapport à ça, ne pas laisser notre propre ressenti ressortir, rester neutre vis-à-vis de la hiérarchie, qui n'aide pas forcément non plus."

(578) "Je pense qu'on se blinde aussi en mission, dans le sens où on ne veut pas forcément voir des patients qui n'ont juste plus envie et qui ont juste envie de rentrer. Sur le coup, en fait, on est tellement focus sur la mission et sur les conséquences, qu'on ne l'accepte pas ce trouble de l'adaptation. C'est compliqué à gérer. Il faut du recul."

(321) "Si, si, en y réfléchissant en fait, en prenant les choses... Si, en fait ça peut. Mais c'est vrai que pour le coup, je m'étais... Avant qu'on en discute là, je ne mettais pas du tout ces gens-là dans la même catégorie. C'est drôle, alors que pourtant, c'est les mêmes personnes."

#### 4.5 Une relation triangulaire patient-médecin-commandement qui s'intègre dans un réseau de soutien



#### 4.5.1 Relation médecin-patient



##### 4.5.1.1 Le médecin militaire, une double casquette

En médecine militaire, le médecin est à la fois le soignant et l'expert. Du fait de l'évaluation de l'aptitude par le médecin, le lien de confiance peut être difficile à établir. Cette notion est rapportée par deux participants.

(826) "Par définition, on porte le treillis [...]. Eux pensent qu'on est à la solde du commandement, parce qu'effectivement, on est proche du régiment. Et donc, ils vont très spontanément, ceux qui, enfin la plupart, ne viennent pas vers nous".

(921) "Après, les inaptitudes, enfin, il faut pas qu'ils voient que si jamais ils te livrent à moi, derrière, il y a le couperet de l'inaptitude qui tombe. Sinon on a perdu l'adhérence du patient."

L'une des difficultés de l'évaluation du patient est d'avoir accès aux informations. Les patients omettent des détails, soit par peur des conséquences sur l'aptitude soit par honte ou manque de lien avec le médecin des forces. Tous les participants relèvent cette idée.

(121) "Parce que, aussi parfois parce que les patients se taisent".

(615) "Encore faut-il que le patient l'aborde hein, typiquement, voilà, sur l'alcool, on sait que c'est une question où."

(299) "Et puis, il y a les cas qu'on a tous connus du mec qui ne veut surtout pas être inapte, etc."

Construire une relation de confiance avec le patient est donc capital.

#### 4.5.1.2 Construire la confiance

Quatre participants précisent laisser au patient le temps de venir vers eux. Ils attachent de l'importance à aborder les sujets personnels une fois qu'un lien s'est créé.

(798) *"Je n'essaie pas de le faire au début parce que j'ai l'impression que ça braque un peu les gens."*

(921) *Il y en a ils se laissent pousser et le jour J à la consultation ils s'ouvrent, et il y en a d'autres c'est plutôt une main tendue, en leur disant 'bah voilà, si t'as besoin, n'hésite pas à revenir me voir, on a un psychologue de réserve, on a ceci, on a cela'."*

(615) *"Cette petite porte ouverte"*.

Trois participants précisent que prendre le temps d'expliquer les enjeux au patient permet de renforcer le lien de confiance.

(299) *"Assez souvent quand même en creusant, les mecs spontanément, soit des fois carrément s'effondrent, et en fait, on entame un suivi"*.

(798) *"Moi, je n'ai jamais de conflit ou d'avis des inaptitudes que je prononce, parce que la... Les gens se rendent compte aussi qu'ils ne sont pas aptes à partir."*

(299) *"Soit nous disent, 'c'est vrai que maintenant que vous posez la question, je ne suis pas sûr que ce soit le bon moment de partir en mission"*.

Cinq participants soulignent qu'être intégré au régiment permet d'avoir une meilleure relation avec les patients. La présence sur une même unité pendant une période longue le permettrait également.

(299) *"Quand les gens nous font confiance, et c'est l'avantage d'être depuis 6 ans ici, globalement tous les gens du régiment me connaissent et ont entendu parler de moi, il y a un lien de confiance qui se tisse, les gens parlent en bouche à oreille."*

(798) *"Donc, c'est aussi un état d'esprit, tu vois que tu distilles un petit peu, toi, dans ta pratique et auprès de tes soutenus. Et puis les gens, ils parlent entre eux."*

(826) *On est sur la même garnison, on est très intégré au régiment, donc les problématiques intrafamiliales, souvent elles nous reviennent"*.

(981) *"Le [un régiment] a toujours été proche de son antenne médicale, et nous, on essaye de garder ça avec leurs traditions, on essaye de rester très proche de ce régiment"*.

(615) *"ils viennent assez vite nous voir, on est assez proche d'eux"*.

Six participants précisent que connaître les patients et leurs problématiques renforcerait ce lien de confiance et la qualité du suivi.

(826) *"Et puis c'est des patients que, mine de rien, qu'on connaît,"*

(837) *"A chaque fois je suis partie avec des régiments dont je n'avais pas fait la prépa c'est pas moi qui les avais vus en visite avant départ."*

(981) *"Dès qu'ils partent, ils veulent leurs équipes. Ils veulent leurs équipes médicales à eux."*

(121) *"Donc en fait, on les voit tout le temps. On les croise tout le temps. Et donc en fait, je pense qu'ils sont aussi habitués à se construire dans le paysage."*

(615) *"Tous ces prérequis finalement à la consultation initiale, c'est qu'en fait je connais la personne qui est en face. Je sais que d'habitude elle est plutôt enjouée, et comme ça, je la vois que pour des histoires de, je sais pas moi, de certificats, de machin, etc, et puis là elle vient, il y a un problème qu'elle m'évoque, mais ça a pas l'air de suffire, il y a autre chose... "*

**La disponibilité des soignants permet d'améliorer la confiance accordée par le patient au médecin.**

(981) *"Il faut être dans les popotes avec les mecs pour discuter avec eux."*

(798) *"Et puis, il y a l'image des antennes médicales. Je pense qu'il y a encore des endroits où l'image... elle reste quand même assez désuète et ancienne, 'de toute façon, ils ne feront rien, toute façon ils ne sont pas dispos, de toute façon, machin'".*

**Six participants soulignent que reconnaître la souffrance du patient et des problématiques qui s'imposent à lui est un levier majeur du lien thérapeutique.**

(468) *"Bon, après, quand tu creuses un peu, s'il y en a certains qui valent la peine, ils ont aussi, du coup, une histoire difficile. Enfin, tu vois, tu... Tu ne t'inventes pas mythomane du jour au lendemain. Et je pense que c'est aussi pour fuir quelque chose. Peut-être qu'effectivement, ils se sont trompés, ça ne leur plaît pas, mais ils ne veulent pas le dire, ils ne veulent pas se l'avouer."*

(578) *"Bah, c'est jamais du flanc finalement. A posteriori c'est pas du flanc. C'est du trouble de l'adaptation."*

(837) *"C'est parce qu'il peut y avoir un événement de vie temporaire aussi. D'ailleurs, c'est pour ça que ceux-là, je les mets inaptés."*

(798) *"Je pense que c'est le plus dur, de se dire, 'ok il me fait telle impression, et moi personnellement j'en penserais ça', ouais mais il a le droit d'être à mal aussi psychologiquement, et qu'il se passe vraiment un truc, donc creuse en fait."*

(381) *"On essaie de comprendre qu'est-ce qui ne va pas, est-ce que c'est le poste, est-ce qu'on peut les changer de poste."*

**Dans l'exercice de son métier, le médecin militaire est amené à partager certaines informations avec le commandement pour appuyer ses décisions. Trois participants soulignent l'importance d'obtenir l'accord du patient dans cette situation.**

(837) *"Et le secret médical, en vrai de vrai, parfois ça se partage pour le bien du patient. Si le patient est d'accord."*

(981) *"Alors, à chaque fois, on demande au patient."*

(381) *"Donc voilà, il faut que ça soit OK avec eux."*

### 4.5.1.3 Prise de décisions médicales partagées

Trois participants relèvent ne pas imposer de décision au patient pour préserver le lien thérapeutique. Ils privilégient l'implication du patient dans la prise de décision.

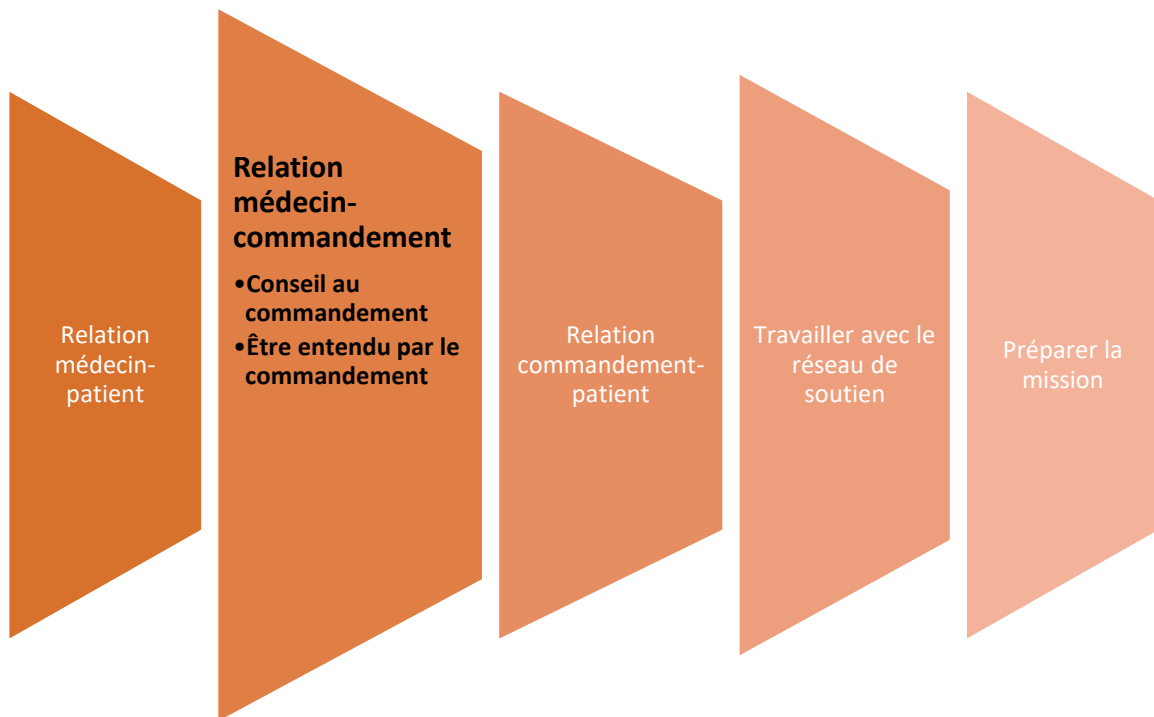
(921) "Parce que du coup ils reviennent me voir et ils me disent 'bah purée, vous m'avez pas mis inapte, mais par contre je ramasse encore au boulot, donc je voulais revenir vous voir pour voir si on peut trouver autre chose quoi.'"

(381) "Je cherche l'adhésion du patient à une décision que je prends par rapport à son profil. Ça, c'est ma façon de faire avec les patients, c'est toujours en accord avec le patient."

(837) "Je leur dis 'Vous, vous en pensez quoi ?' Et en fait, souvent, ils l'ont la solution quand on est, quand on va comme ça, frontal."

(299) "Ouais mais si je le force à l'inaptitude, on a un peu pensé, enfin est-ce qu'il va revenir dans mon bureau la semaine prochaine si je suis allé un peu à son rencontre ?"

### 4.5.2 Relation médecin-commandement



La relation avec le commandement occupe une place centrale pour le médecin militaire. Celui-ci exerce en effet un rôle de conseiller en matière de santé auprès des autorités. Sa capacité à être entendu par le commandement constituerait donc un enjeu majeur.

#### 4.5.2.1 Conseil au commandement

Neuf participants soulignent que le commandement est responsable de la décision de projection. Il s'appuie entre autres sur l'expertise du médecin des forces. Mais cette expertise n'a pas de valeur décisionnaire au niveau militaire.

(468) "Après, il faut aussi rester à sa place. Tu sais que tu conseilles le commandement. Si ce... Cette personne, elle a une spé, bah elle partira quand même, mais toi, tu sais que ça va pas bien se passer."

(121) "Mais bon, après, nous, on est médecins, on est là pour conseiller sur le plan médical ou médico-social."

(299) "De toute façon, si tu vas au clash, t'as perdu parce que de toute façon, t'as pas le dernier mot."

(837) "Et encore une fois, on ne décide jamais en fait. Il faut aussi s'enlever ça, c'est que tu ne décides pas, c'est le commandant qui décide."

(381) "Moi, je reste dans l'idée qu'on est conseiller médical du commandement."

(615) " ... [l'aptitude] c'est indicatif."

Huit participants précisent que dans le cas de problématiques sociales, ils déconseillent le départ auprès du commandement. Le respect de cette fonction de conseil permet une meilleure communication entre le corps médical et le commandement.

(578) "Et bizarrement d'autant plus à l'écoute que le mec n'a pas été mis inapte par le médecin."

(826) "Et là, on discutera avec lui en disant 'bah là c'est pas le moment de le mettre sur tel terrain, ce n'est pas le moment qu'il parte en mission, il ne va pas être là'".

(468) "il y a un problème familial en ce moment, et donc je vous conseille vraiment de ne pas le faire partir".

(921) "Mais dire que ce n'est pas le bon moment".

(381) "Soit pour essayer de convaincre".

(981) "On ne met pas d'inaptitude, mais par contre on appelle."

(321) "Pour moi, c'est plutôt des décisions de commandement. Je vais dire, ce personnel-là, on ne va pas l'emmener parce que sa situation en ce moment est compliquée. Mais moi, je fais de l'aptitude individuelle. Le mec en lui-même, il est en bonne santé. "

(981) "Attention, il y a un problème à cet endroit-là, il y a quelqu'un qui est malade dans sa famille, il faut faire un peu attention, ça peut impacter la mission avec un potentiel retour à la maison si un décès".

Le conseil implique de présenter les risques au commandement et de lui exposer les enjeux. Ces explications imposent souvent de partager une part du secret médical. Cette notion est rapportée par huit participants.

(837) "Il y a de la confiance parce qu'il y a du dialogue".

(468) "Moi, je dialogue beaucoup avec le commandement".

(381) "On garde le dialogue en expliquant la situation, soit pour essayer de convaincre et faire comprendre pourquoi on met ça, soit pour essayer de trouver une alternative."

(299) "On explique au CDU que peut-être qu'au lieu d'être au PAF [Poste d'Accueil et Filtrage] avec son arme, c'est mieux s'il est en chef de poste, enfermé dans le bureau, sans arme."

(121) "Puisque ça passe quand on explique".

(826) "On partage un peu de nos patients avec eux."

(837) "En fait, le fait de pouvoir quelques fois partager un peu juste ce qu'il faut du secret médical, il y a de la confiance."

(468) "De dire qu'il est inapte parce qu'il y a un problème familial en ce moment".

(981) "Et quitte à appeler le commandement en disant 'voilà, ce jeune, il a un problème dans la famille, faites attention, il faudra peut-être le libérer pour qu'il retourne voir ses parents de temps en temps'."

#### 4.5.2.2 Être entendu par le commandement

L'enjeu du conseil au commandement résiderait dans la capacité à être réellement entendu. Quatre participants soulignent que des relations harmonieuses avec le commandement sont indispensables à l'exercice de la médecine militaire. Dix participants indiquent bénéficier d'une bonne communication avec celui-ci.

(468) "Donc l'intérêt, c'est de ne pas perdre le dialogue et d'avoir vraiment un bon dialogue avec les CDU, avec les chefs de corps, parce que c'est notre boulot."

(921) "Il y a beaucoup de choses qui se règlent en discutant avec le commandement, c'est pour ça que c'est important d'avoir des bonnes relations avec eux."

(578) "En fait, quand t'as un bon dialogue de commandement, t'arrives quand même à faire comprendre les choses, vraiment. C'est hyper rare d'aller au clash."

(981) "Moi, je pense qu'elle est indispensable aujourd'hui pour les médecins d'unité. On ne peut pas travailler dans des unités opérationnelles et ne pas discuter avec les RH, avec les CDU."

(826) "On a des CDU qui sont très ouverts."

(798) "Parce que franchement, on peut toujours, en fait. Le commandement, finalement, il suit nos conseils, donc ils ne se font pas bloquer en ce sens-là."

(468) "Donc maintenant, ils nous écoutent. Ici, ça se passe très bien. Il n'y a pas du tout de problème."

(381) "Généralement ils suivent le truc, ils n'ont pas le risque de l'envoyer, tout ça."

(121) "Et en fait quand on parle au commandement comme je pense qu'il est habitué à ce qu'on lui parle en termes de risque, en termes d'opérationnel, finalement, j'ai jamais eu trop de retours négatifs."

Sept participants relèvent que la communication en direct et spontanée avec le commandement contribue à renforcer leur relation avec celui-ci.

(468) "On appelle le commandement pour dire 'là il y a un problème'".

(837) "Mais enfin moi, vraiment, j'appelle hyper vite ou j'envoie un mail tout de suite au CDU".

(981) "Et nous, on appelle très souvent."

(299) "Et les CDU, c'est des coups de fil."

(321) "Il y a toujours un côté échange avec le commandement qui est vraiment important."

(121) "Peut-être l'âge aidant aussi, mais on est plus capables de dire au commandement, on est plus à l'aise pour les appeler."

(921) "Mais de nouveau, dialogue au commandement, on les appelle direct."

Cinq participants soulignent qu'avoir de l'expérience médicale opérationnelle permettrait de légitimer son discours auprès du commandement.

(837) "Ils le comprennent quand tu es opérationnel."

(468) "Enfin, avec l'expérience maintenant, c'est sûr à 100% que ça va mal se passer et ça ne loupe pas. Donc maintenant, ils nous écoutent."

(121) "Mais écoutez je sais ce que c'est l'OPEX, je suis partie avec vous déjà, euh, faites-moi confiance sur le fait que ça ne va pas s'améliorer là-bas."

(578) "Et puis, le fait d'avoir une expérience opérationnelle, ça t'aide quand même à justifier ta décision."

L'intégration au sein du régiment et la stabilité des médecins en poste favoriserait la construction de liens privilégiés, tant avec les patients qu'avec le commandement. Cette notion est rapportée par cinq participants.

(826) "L'antenne médicale elle a une relation qui est quand même longue avec le régiment, donc c'est plutôt facilité. C'est des gens en plus qui étaient là en fait avant de prendre leur compagnie, souvent ils ont été au régiment donc ils nous connaissent, on part en mission avec eux donc on a quand même un lien qui est privilégié".

(121) "on est peut-être un peu plus pertinent aussi dans la façon de voir les interactions des gens dans leurs unités, de voir aussi comment fonctionnent les différentes unités, sur une base ou au sein d'un régiment, donc on est capable aussi de savoir aussi quand il y a des grosses échéances".

Huit participants soulignent l'importance d'être juste dans ses décisions d'inaptitude. L'inaptitude doit concerner une problématique médicale, ou bien médico-sociale. Statuer une inaptitude pour une problématique purement sociale décrédibiliserait l'expertise du médecin des forces.

(321) "Il ne faut pas se tromper, il y a vraiment un souci et je veux pas partir quoi."

(837) "Donc ils savent que, déjà, je ne mets pas inapte n'importe qui, n'importe quand, tout le temps."

(381) " C'est celui qui rentre d'OPEX, désillusionné, ça s'est mal passé, c'est le mettre inapte définitif OPEX, mais à quelle raison en fait ? est-ce que c'est un argument médical et un antécédent médical suffisant pour mettre quelqu'un inapte OPEX ? Donc si on commence à mettre le doigt là-dedans, il y a pas mal de gens qui vont être inapte OPEX. Et là, ça va poser problème."

(321) "Parce qu'à ce moment-là, on n'a plus personne qui est apte et on passe notre temps, on va avoir beaucoup d'inaptitude ou même beaucoup d'inaptitude temporaire et ça ne va pas du tout aller avec le commandement et les gens ne pourront plus travailler en fait."

(615) "Alors, on n'est pas là pour mettre des gens inaptés, s'il n'y a rien de médical et de psychologique. Donc s'il reste trop évasif par rapport à ça, bah il va rester apte."

(921) "On n'est pas là pour fournir une porte de sortie à tout le monde et pour mettre des gens inaptés et voilà."

(578) " Bon, après, là, on n'a pas trop à intervenir parce que c'est plus de l'ordre médico-social, c'est de l'ordre... de j'ai pas envie de partir, après ça tu te débrouilles avec ton chef. Pour être crédible, il ne faut pas non plus s'investir dans des choses qui ne sont pas de notre niveau."

(468) "Et en fait, c'est pas bien, parce que tu donnes tout le crédit au patient. Tu décrédibilises le commandement. Et en fait, quand ils t'appellent, ils ne sont pas contents, et ils ont raison".

Il existe différents outils pour prendre en charge les problématiques sociales. Cette notion sera abordée dans la partie "Travailler avec le réseau".

(578) "Peut-être nous informer sur la médicalisation, est-ce qu'il faut médicaliser ou est-ce qu'il faut au contraire essayer de rester un peu plus neutre et puis essayer d'orienter un peu le patient vers d'autres leviers."

La reconnaissance des problématiques et contraintes du commandement permettrait d'entretenir avec lui des relations de meilleure qualité. Cinq participants rapportent que prendre en compte certaines de ces contraintes leur permet d'être entendus par le commandement.

(121) "Je sais très bien qu'il y aura de la négociation derrière. Parce que ça va embêter le commandement. Est-ce qu'effectivement ça va vraiment tirer une balle dans le pied au commandement, est-ce que c'est très compliqué, est-ce qu'il faut que je revoie un petit peu ma position".

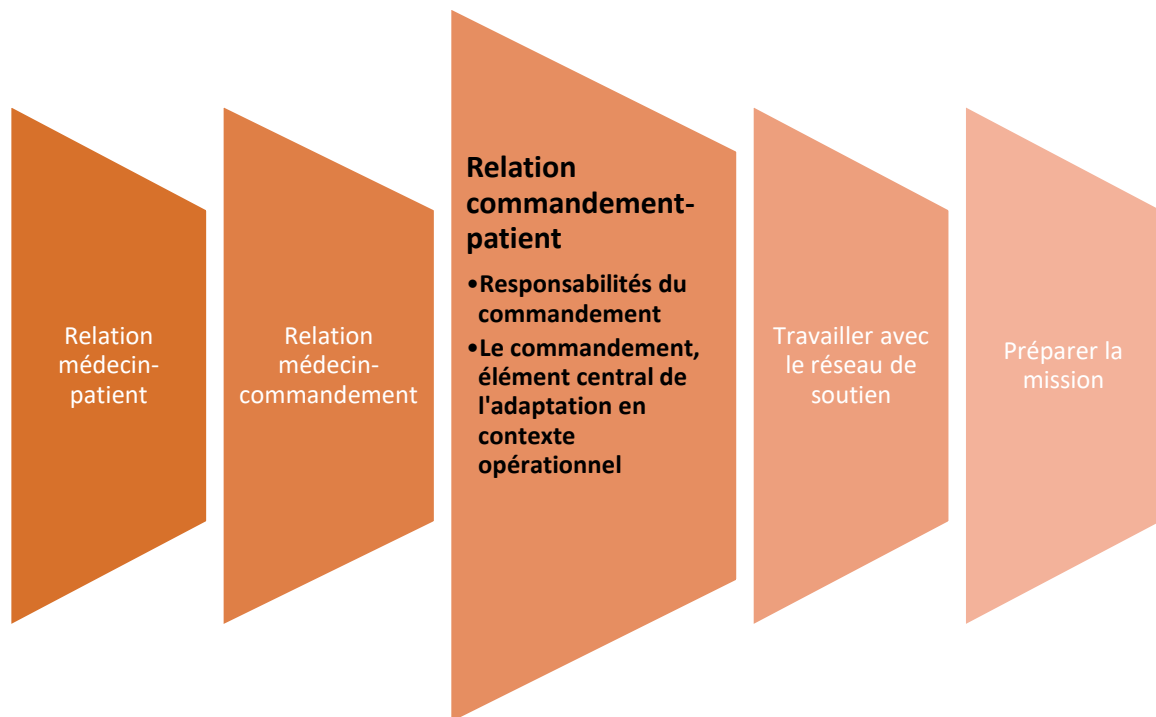
(615) "Ils ont 120 mecs à envoyer, bah en fait ils en ont déjà que 118 qui sont aptes, ils vont déjà devoir faire un travail de rafistolage ou aller chercher des gens dans d'autres compagnies pour remplir les trous."

(837) "Vraiment on essaye au maximum de les faire partir, mais si on dit non, c'est un vrai non. Et ils le respectent."

(921) "Je dis 'ok, lui, je le laisse apte pour la garde, par contre ce serait bien que tu me le renvoies dans deux mois, ou tu fasses vraiment attention à lui!."

(468) "Notre rôle c'est quand même de prévenir suffisamment tôt le commandement pour qu'il puisse être remplacé. Le problème c'est quand on s'en rend compte au dernier moment, là c'est là où c'est compliqué."

### 4.5.3 Relation commandement-patient



#### 4.5.3.1 Responsabilités du commandement

Comme vu précédemment, le médecin militaire a un rôle de conseil, le commandement reste seul décisionnaire de la projection. La gestion du rythme opérationnel et la prise en compte des problématiques sociales du patient sont également de son ressort. Cette idée est soutenue par les douze participants.

(798) "Et je compte aussi sur la bonne intelligence de commandement pour se rendre compte qu'effectivement, le pax, s'il n'est pas au beau fixe ces temps-ci, il ne faut pas l'envoyer directement en mission."

(468) "Du coup, des fois, sans le mettre inapte, il est débooké, en fait, si le commandement est intelligent. "

(837) "C'est aussi au commandement de bien connaître ses gens, et de savoir que là, c'est peut-être la mission de trop pour la famille."

(381) "Ça c'est le domaine du commandement et du bon sens. Quand il y a un événement particulier on va pas envoyer la personne alors qu'il se passe quelque chose."

(981) "Et s'ils pensent qu'il y a besoin d'un médecin ils nous appellent mais ils le font très bien seuls et en fait ils arrivent à switcher et à changer les mecs donc."

(321) "Pour moi, c'est plutôt des décisions de commandement."

(578) *"Il faut peut-être demander à être reçu par votre chef pour expliquer la situation et que la décision de ne pas vous faire partir en mission vienne bien de votre chef, mais pas du médecin"*.

(299) *"La personne en elle-même n'est pas inapte, mais par contre, il y a une situation familiale compliquée, qui fait que si ça se passe mal, vous ne pourrez pas lui refuser qu'il rentre."*

Trois participants soulignent qu'en cas de départ contre avis médical, la responsabilité du commandement est mise en cause.

(468) *"Alors, ben euh, ils sont effectivement, il y a déjà des gens qui partent contre avis médical."*

(381) *"Mais après, quelqu'un qui ne veut pas partir et qui part quand même, ça ne se passe généralement pas très très bien."*

(468) *"Ça ne change rien en fait qu'il va rentrer en RAPASAN parce qu'il n'y a pas d'autre solution. Mais ça met un peu le commandement face à ses responsabilités."*

(837) *"Le commandement il fait ce qu'il veut, s'il n'a pas envie de t'écouter, il ne t'écoute pas. Après, il prend sa responsabilité. Tu leur expliques que c'est eux qui sont responsables, là tout de suite, ce n'est pas pareil."*

(381) *"Si je mets une inaptitude et que le commandement l'envoie quand même en OPEX, c'est sa responsabilité."*

#### 4.5.3.2 Le commandement, élément central de l'adaptation en contexte opérationnel

La relation entre le commandement et les militaires a un impact direct sur leur adaptation en mission. Un manque de confiance des militaires en leurs chefs, ou un manque de soutien des militaires par le commandement peut aboutir à des problématiques adaptatives en mission. Cinq participants soulignent cette notion et la prennent en compte dans leurs décisions d'aptitude.

(468) *"Peut-être que si on tombe avec un CDU bienveillant qui va réussir à fédérer, peut-être que celui-là je vais le laisser partir alors que s'il est avec un CDU un peu borné, un peu con, qui va l'insulter, je sais que ça peut pas bien se passer"*.

(981) *"Et pas trop de soutien de ses cadres, et explose quoi. Il ne veut plus entendre parler parce que s'est fait un peu... on lui a un peu dit que tout le monde s'en foutait."*

(578) *"S'ils sont en conflit avec les cadres, on sait que ça va pas marcher."*

(837) *"Et ça, il y a moyen que ça ne se passe pas bien. Parce qu'ils en veulent à leur chef, parce que du coup, ils n'ont pas confiance, parce que, voilà."*

(121) *"Et aussi bien sur des difficultés interpersonnelles avec son lieutenant qui est devenu l'homme à abattre et qui était du coup une raclure quoi"*.

A l'inverse, un commandement contenant, soutenant et à l'écoute a un effet positif sur l'adaptation en instaurant une dynamique de groupe favorable. Le commandement peut aussi jouer un rôle dans la préparation des militaires à la mission, permettant d'éviter certaines déceptions. Sept participants relèvent cette notion.

(837) " Et ça revient à ce que je disais tout à l'heure, à savoir, le commandement a une part majeure dans l'adaptation ou pas à la mission. Il y a la notion de préparation aussi. Il faut leur expliquer ce qu'ils vont faire là-bas, ce qu'ils vont vivre là-bas."

(468) "C'est juste qu'en métropole, soit ça a été canalisé par le groupe, par le commandement, en disant ça va bien se passer, t'inquiète".

(981) "Écouter les mecs, de prendre un peu en compte et de se dire 'ok, ça c'est défendable', de lui ouvrir un peu les yeux et de l'aider à réfléchir et tout ça, ça aide."

(299) "Le commandement en mission a vraiment moins le temps de s'occuper de ces gens-là".

(826) " Je pense que toutes les sections où il y a des cadres qui sont à l'écoute de leurs mecs et qui défendent leurs mecs, on n'a pas de problème. Tous ceux qui ont des cadres un peu bourrins, pas trop à l'écoute, ça se passe moins bien. C'est sûr, je suis persuadé."

(381) " Voilà, les couvrir un peu en OPEX, ou d'y faire attention".

Six participants rapportent qu'il existe une bonne communication entre les militaires et leurs supérieurs, leur permettant de leur parler librement de leurs problématiques.

(826) "On l'insistera, lui le patient, à en parler à ses chefs, et d'ailleurs, c'est souvent le cas, ils l'ont déjà fait."

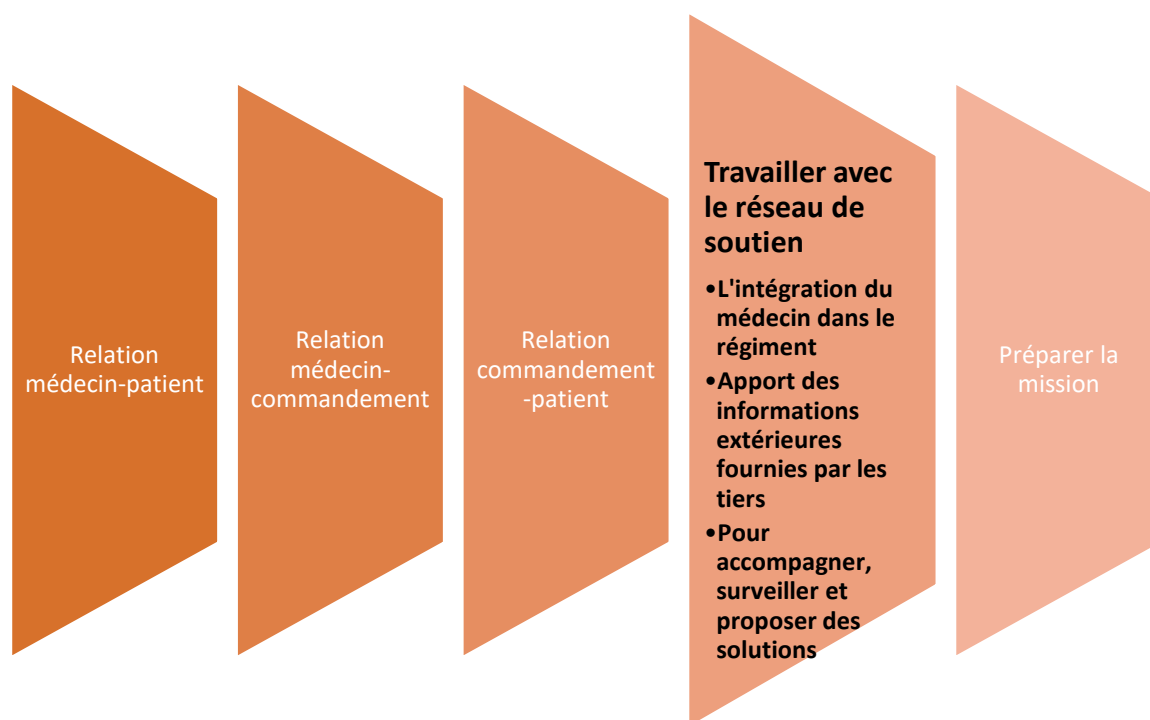
(381) " Le commandement est au courant de la situation de ces gars. "

(981) "Et il y a une discussion qui se fait assez bien à [un régiment] là-dessus, même avec les premières classes, avec leur chef."

(321) "J'interroge bien les gens pour savoir si le commandement est au courant quand même."

(921) "J'essayais d'avoir les raisons et essayais de savoir si le chef était au courant de ses doutes."

#### 4.5.4 Travailler avec le réseau de soutien



Différents acteurs au sein du régiment peuvent intervenir dans la gestion des troubles de l'adaptation en mission. Ces acteurs vont permettre soit d'apporter différents points de vue pour compléter l'évaluation, soit de proposer des solutions d'accompagnement ou de surveillance. Les différents acteurs du réseau rapporté par les participants sont le bureau environnement humain, les assistantes sociales, le commandement, les présidents de catégorie et l'antenne médicale, composée de psychologues, de médecins, d'infirmiers et d'auxiliaires sanitaires.

*(578) " C'était le bureau environnement humain, c'était le chef de corps, l'épouse du chef de corps toujours, qui était très impliquée, avec qui je bossais. Moi, au niveau de l'antenne, moi-même, j'étais chef d'antenne, donc je m'en occupais. L'assistante sociale, la psychologue, j'avais une psychologue réserviste à l'antenne, qui était très impliquée là-dedans aussi. Voilà, c'était différents facteurs. La communication, participer aussi, c'était un maillage, les éléments de soutien et le régiment."*

Deux participants précisent que la mise en place de ce réseau s'inscrit dans la durée et est facilitée dans les unités opérationnelles. Ce réseau d'accompagnement est d'autant plus resserré et présent que les unités ont vécu des événements graves.

*(578) "Ça s'était mis en place sur quelques années, après plusieurs missions qui ont été très compliquées, avec plusieurs décès, donc je pense que c'est quelque chose qui a fonctionné parce que c'était le [un régiment]. Je pense que ça n'aurait pas forcément fonctionné ailleurs."*

#### 4.5.4.1 L'intégration du médecin dans le régiment

L'intégration au régiment, la bonne connaissance du régiment et des différents acteurs est indispensable. Cette notion est rapportée par cinq participants.

*(981) "On ne peut pas travailler dans des unités opérationnelles et ne pas discuter avec les RH, avec les CDU."*

Deux participants soulignent le rôle central du médecin responsable d'antenne face au réseau d'accompagnement. Il serait le point de contact privilégié pour la gestion des situations psycho-sociales complexes intéressants les différents acteurs.

*(826) " Ne serait-ce que par le bureau environnement humain, par les commandements d'unité, par les chefs de section, on connaît les problématiques et la plupart, je dis pas qu'on est omniscient mais... les grosses problématiques intrafamiliales, les problématiques de surendettement, des choses comme ça, qui sont traitées par assistance sociale, c'est des dossiers qu'on suit, surtout [un médecin militaire], le médecin-chef, donc il est au courant de pas mal de choses."*

*(321) "Surtout les patients comme ça, parce que comme il y a toujours un côté échange avec le commandement, les assistantes sociales, etc, qui est vraiment important. Souvent, ça atterrit chez moi, comme je suis médecin-chef."*

*(837) "Et on a aussi la chance au régiment de faire des... ça s'appelle, on appelle ça la réunion médico-psy, un peu bizarre comme mot, mais la réunion médico-psy avant le départ, où là, on a le CDU, l'assistante sociale et le médecin. On a la liste des gens et on va discuter des cas qui pourraient merder."*

#### 4.5.4.2 Apport des informations extérieures fournies par des tiers

Les participants relèvent qu'il existe une carence de dépistage de certaines situations sociales ou familiales complexes. Cette carence est en lien avec l'impossibilité de revoir systématiquement tous les patients en VAD en cas de départ massif. Elle peut également être en lien avec l'omission des patients. Cette notion a été abordée dans la partie "Être convoqué à J90 : retard de diagnostic".

*(321) "Et puis il a fait, alors on n'était pas trop au courant mais a priori, il a eu pas mal de problèmes d'alcoolisation, pas mal de problèmes de comportement liés à ça, du coup, pas mal de sanctions."*

Sept participants soulignent qu'ils sont régulièrement sollicités par les différents acteurs de ce réseau d'accompagnement. Les différents acteurs de ce réseau permettent une remontée d'informations, palliant ainsi partiellement la carence de dépistage.

(299) *"Assez fréquemment, au moins une fois par mois, on a finalement des gens qui sont dans notre bureau convoqués parce que quelqu'un a tiré une sonnette d'alarme pour X ou Y raison."*

(121) *"Donc bon, en tous cas, le réseau, pas de soins, mais d'accompagnement mis en place semble à peu près fonctionner. Il est de temps en temps sollicité, j'ai l'impression qu'on est capables de répondre".*

#### **Bureau environnement humain (BEH) :**

(299) *"C'est les points de référence, tous ceux qui ont du mal à se confier médicalement, on récupère aussi par eux des situations, parce que justement, ils sont aussi au courant des fois de choses."*

(826) *"Ne serait-ce que par le bureau environnement humain".*

(468) *"C'est vrai, parce que le BEH aurait pu alerter en disant, ben là, l'épouse, ça va pas".*

(121) *"La cellule d'accompagnement du militaire du coup nous appelle aussi parfois, notamment quand il y a eu là les soucis en Nouvelle-Calédonie pour nous dire qu'ils avaient des familles en difficulté."*

#### **Assistants sociales :**

(826) *"Les problématiques de surendettement, des choses comme ça, qui sont traitées par assistance sociale".*

(121) *"C'est l'assistante sociale parfois qui nous appelle pour nous dire j'ai eu la femme de machin, hop, et on peut réagir nous aussi".*

(468) *Avec vraiment, où elles, elles identifient un risque psychique ou une souffrance psychologique et elles nous les envoient."*

(299) *"On a eu la chance d'avoir une très bonne communication avec les assistantes sociales du régiment, elles nous remontent énormément d'informations, de dossiers de surendettement".*

#### **Commandement :**

(826) *"Par les commandements d'unité, par les chefs de section, on connaît les problématiques".*

(981) *"Ils nous disent, 'lui, on a un problème avec lui', et il faut qu'on les voit vite."*

(381) *"Et j'ai l'impression qu'il y a de plus en plus de sensibilisation dans ce domaine au niveau psychique des cadres de contact, notamment par la formation des PSPO [Premiers Secours Psychologiques Opérationnels] . Pour savoir reconnaître quelqu'un qui n'est pas bien, qui est en souffrance, pour x raisons en OPEX"*

(299) *"Notamment les cadres, sont très sensibilisés."*

(121) *"Soit parce qu'ils trouvent que X ou Y n'est pas bien, qu'ils ne savent pas forcément pourquoi, mais qu'il n'est pas bien."*

(921) *"Mais généralement eux-mêmes les chefs de section ils arrivent à repérer déjà un peu avant."*

(615) *"Après, je ne suis qu'un évaluateur du retentissement, les supérieurs, c'est un autre niveau d'évaluation de ce qui va être retentissement."*

(321) *"Et puis il a fait, alors on n'était pas trop au courant mais a priori, il a eu pas mal de problèmes d'alcoolisation, pas mal de problèmes de comportement liés à ça, du coup, pas mal de sanctions."*

#### **Présidents de catégories :**

(299) *"Les présidents de catégories aussi. J'ai beaucoup plus de gens par mail, par bouche à oreille, par 'je viens vous voir, mais machin, il ne veut pas venir vous voir, mais il voudrait vous dire que ...'."*

(321) *"Et puis le soir du départ, avant de prendre le bus, finalement, c'est le président des EVAT [Engagés Volontaires de l'Armée de Terre] du régiment qui m'appelle et qui me dit, 'il faut que vous voyiez ce mec-là. On vient de me l'amener, il ne va pas bien du tout'."*

#### **Psychologues :**

(381) *"Et souvent, elle, quand elle a des patients où elle sent que c'est un peu compliqué en termes d'aptitude derrière, elle nous en parle."*

#### **Auxiliaires sanitaires :**

(981) *"Eux, ils sont proches des gars, puis ils sont militaires du rang, donc on leur parle plus facilement. C'est eux, après, qui viennent nous voir en disant 'il y a un problème là, il faut régler ça'."*

Huit participants précisent solliciter régulièrement le commandement pour avoir une remontée d'informations extérieures.

(981) *"Il faut quand même aller sonder un peu le commandement, dire ça se passe comment d'habitude".*

(837) *"Voilà, là, ce gars, je ne le sens pas, ou il y a un problème, comment ça se passe dans la batterie ? Est-ce que c'est quelqu'un qui pose problème d'habitude ou qui a déjà fait remonter sa situation ?"*

(468) *" Mais encore une fois, il ne faut pas être candide. Il faut aussi prendre l'avis de l'autre côté. Ça, c'est hyper important parce que souvent, quand on est jeune médecin, on s'emballe un peu. Il y a des patients qui nous blablatent, vraiment."*

Il existe également un réseau de soins qui permettrait de compléter son évaluation. Il est composé des psychologues, des psychiatres et des différents médecins de l'antenne voire du CMA.

L'accès à l'évaluation par les psychologues est variable selon les antennes. Trois participants rapportent les solliciter pour évaluer les patients concernant des questions d'aptitude, quatre rapportent ne faire appel à eux que pour des soins, et trois soulignent ne pas avoir accès à des psychologues sur leur antenne.

(826) " Mais euh bizarre avec un patient qui est face à nous, on se pose la question de l'aptitude OPEX, on a l'usage du psychologue très facile pour qu'il puisse être évalué."

(121) "Et puis si on voit que c'est bancal, on se fait aider par la psychologue du bureau d'à côté, et qui me donne un autre avis."

(381) "Je garde parfois des trucs à ma main, de mon côté, et je l'oriente plutôt quand il y a une réelle souffrance du patient."

(299) "Même si elles sont réservistes et psychologues, donc pas de pouvoir sur l'aptitude, moi j'aime bien sur des cas où j'ai des doutes, envoyer aux gens, enfin envoyer aux psychologues pour avoir leur ressenti et voir ce qu'elles en pensent toutes les deux."

(468) "Sauf que la psychologue, elle est débordée, elle est toute seule, pour tout le CMA, donc c'est impossible."

Concernant le recours à l'évaluation par un psychiatre, un seul participant rapporte prendre un avis face à un doute sur une aptitude à la projection dans le cadre de troubles de l'adaptation.

(798) "Et je n'hésite pas à demander, au final. Même des fois, si c'est un peu pour rien, ou si je demande juste un avis psychiatrique par téléphone en disant, voilà, je trouve que la situation elle est comme ça, je suis pas sûre de mon coup, etc. Bah ouais, j'essaie d'en discuter, quoi."

Sept participants soulignent ne pas faire appel à l'avis des psychiatres pour l'aptitude à la projection hors pathologie psychiatrique. Les participants précisent que l'aptitude à la projection dans ce cadre-là relève plutôt de l'expertise du médecin des forces. Ils évoquent également les délais de consultation et la difficulté de réaliser une évaluation sur pièce.

(381) "Pas pour un trouble de l'adaptation. Peut-être pour quelque chose de plus complexe, d'aptitude, tout ça".

(837) "Non. Les délais de rendez-vous de Saint-Anne, c'est trois mois. Ouais, donc..."

(468) "Notamment on n'appelle jamais les psychiatres pour ça parce qu'il n'y a pas trop vraiment... Enfin en fait c'est pas trop leur domaine."

(299) "Si moi j'hésite, c'est pas lui qui va sur un courrier sans voir le mec pouvoir m'aider."

(615) "Si j'ai un doute là-dessus, je vais quand même essayer de fouiller, ça pourrait se solder par une contre-indication à partir."

Enfin, dix participants soulignent faire appel à leurs collègues pour prendre une décision collégiale en cas de situation litigieuse.

(798) "On arrive à prendre une décision tous les deux en faisant une petite réunion avec mon chef ou alors avec mes collègues réservistes".

(121) "Quitte éventuellement à en parler avec les collègues médecins, pour avoir vraiment une vision plus collégiale".

(837) " Et puis, il y a ma collègue, il y a... Enfin voilà."

(615) "Mais en tout cas, l'avantage qu'on a, c'est qu'on peut en discuter entre nous. Donc du coup, quand on n'est pas trop sûr pour une situation où c'est un peu bancal, où on ne sait pas trop, on en discute beaucoup entre nous."

(468) " La force du service, c'est que ben tu as des copains. Tu peux toujours appeler, tu as des chefs qui sont quand même plutôt bienveillants, qui peuvent t'aider."

(381) "Et on discute assez facilement entre nous. L'avantage, c'est qu'on est beaucoup de médecins ici. Donc, on arrive parfois à se voir et à prendre des discussions."

(299) "Donc non, cette décision tout seul dans son bureau, elle n'est pas facile. C'est pour ça que je suis content aussi d'avoir été à [un régiment], c'est pour nous les quatre médecins, assez souvent, c'est des staffs qui ne sont pas institutionnalisés, mais on se retrouve à toquer quand même chez le voisin".

(921) "On a tous des profils différents, bah entre autres la doc [un médecin militaire], et en fonction des profils des patients également, je sais que je leur envoie assez facilement."

Un participant souligne le bénéfice de l'avis de confrères dans d'autres antennes.

(468) "Un regard extérieur aussi, parce que quand tu es dans un régiment, tu as vraiment la tête dedans. Tu vois toujours les mêmes personnes. Et donc des fois d'avoir un avis extérieur, c'est bien aussi."

#### 4.5.4.3 Pour accompagner, surveiller et proposer des solutions

Le réseau d'accompagnement permet également d'accompagner les militaires et de les soutenir dans différentes situations.

Les départs en missions sont précédés de mise en condition opérationnelle au niveau régimentaire. Lors de cette mise en condition, les militaires bénéficient de différents amphithéâtres d'informations. Dix participants soulignent s'appuyer sur l'accompagnement du BEH et des assistantes sociales pour la préparation de la mission.

(826) "Et là, du coup, il y a l'assistante sociale qui passe en amphi. Il y a le chef du bureau environnement humain, qui fait aussi un point sur tout ce qui est modalité administrative et gestion des familles sur la base arrière."

(381) "Les amphis d'information, sur ce plan psychique, base arrière, situation psychosociale, c'est plutôt à la main du BEH".

(299) "Le BEH, ils font une heure sur vraiment, tout seul, purement le risque psychologique. Donc, je pense qu'ils sont mieux armés que nous."

(321) *"La gestion de la base arrière, elle n'est pas abordée par nous, souvent elle est abordée par le Bureau Environnement Humain."*

(921) *"Et la dernière fois sur le gros départ du [un régiment], il y avait le chef du BEH qui était là, avec l'assistante sociale du bataillon."*

(381) *"Quand il y a des départs régimentaires, cette partie-là est surtout faite par le Bureau Environnement Humain, les assistantes sociales qui préparent ça."*

Un participant précise ne pas être en mesure de s'appuyer sur cette préparation régimentaire, et un participant déplore la possibilité de s'appuyer sur le BEH.

(798) *"Comme j'ai souvent des départs en isolé, je ne sais pas s'il y a quelque chose vraiment de prévu au niveau groupe, compagnie"*.

(837) *"Ils sont nuls."*

Trois participants soulignent la compétence du BEH. Le BEH est constitué principalement de militaires expérimentés ou d'anciens militaires.

(299) *"C'est plus des gens qui ont de la bouteille et qui sont quand même très bien formés par l'Armée de Terre. Moi j'avais été agréablement surpris, ils ont quand même énormément de sensibilisation."*

(921) *"C'est des milouf. C'est seconde partie de carrière."*

Sept participants rapportent que le réseau d'accompagnement permet un soutien aux familles. Ce soutien est présent pendant et hors mission. Il est particulièrement renforcé pendant les missions.

(468) *"Mais du coup, quand [les familles] ont un problème, elles peuvent venir facilement au régiment. Je pense que c'est plutôt le régiment qui gère le BEH et puis après le commandement."*

(121) *"Pour faire le lien avec les familles, avec le régiment et avec l'antenne médicale."*

(826) *"Peu importe le type de mission, il y a au moins à mi-mandat une infosan, enfin une info-théâtre aux familles. Donc les familles sont invitées au régiment pour avoir des infos de leurs compagnons, de leurs compagnes, avoir quelques photos, savoir comment se passe la mission."*

(615) *"Les assistantes sociales sont présentes pour les familles."*

(837) *"Elle a mis une aide à domicile pour la femme"*.

Trois participants s'appuient également sur les assistantes sociales dans le cadre de l'aptitude. Face à des situations familiales compliquées rendant un départ risqué, la mise en place d'aides sociales peut permettre de régulariser la situation, rendant alors le départ possible.

(468) *"Quand je vois que c'est un gros problème d'argent, un gros problème social, il n'est pas trop de mon ressort. Et surtout, avant de dire des bêtises, parce que clairement, on n'y connaît pas grand-chose, on les oriente facilement."*

(837) *" Il y a aussi, est-ce qu'il a rencontré l'assistante sociale ? Est-ce qu'il est dans les mains de l'assistante sociale ? Est-ce qu'il y a déjà des trucs en cours ? Si c'est un problème social et que l'assistante sociale est dessus, elle a mis une aide à domicile pour la femme, peut-être que de me dire qu'il y a un entourage pour la base arrière, ça va peut-être m'aider à statuer sur le départ."*

Sept participants soulignent s'appuyer sur le commandement dans le cadre de l'aptitude. Face à des patients ayant des facteurs de risque, l'adaptation du poste ou la mise en place d'une surveillance particulière par le commandement pourrait éventuellement permettre le départ.

(826) *" En fait, en fonction des missions, on appelle les CDU, on appelle les chefs de section, et on discute avec eux. Pareil, on adapte le poste."*

(831) *"soit pour essayer de trouver une alternative."*

(299) *"Donc là encore on a pas mal utilisé les CDU"*

(121) *"Est-ce que je peux mettre en place des choses atténuatrices sur place pour faire en sorte peut-être qu'on le laisse partir mais qu'il soit bien pris en charge sur son lieu d'OPEX"*

(921) *"Dans ces cas-là, j'appelle, je dis 'ok, lui, je le laisse apte pour la garde, par contre ce serait bien que tu me le renvoies dans deux mois, ou tu fasses vraiment attention à lui'."*

Un participant précise s'être fait aider du psychiatre en mission pour gérer une situation de souffrance psychique qu'il identifiait comme un trouble de l'adaptation en opération.

(921) *"il y avait le psychiatre, il m'a bien aidé."*

Enfin, cinq participants rapportent s'appuyer sur les RH ou le commandement pour adapter les conditions de travail, permettant ainsi de traiter des troubles de l'adaptation à la vie militaire.

(921) *"Pour le coup, ici, on s'entend très bien avec le chef, le DRH du bataillon et on les envoie systématiquement, quasiment, voir le DRH, voir quelqu'un du bureau RH, mais directement, sans passer par la chaîne hiérarchique de leur chef de section, de leur commandant de compagnie, parce qu'on sait que là, souvent, ça n'aboutit pas du tout."*

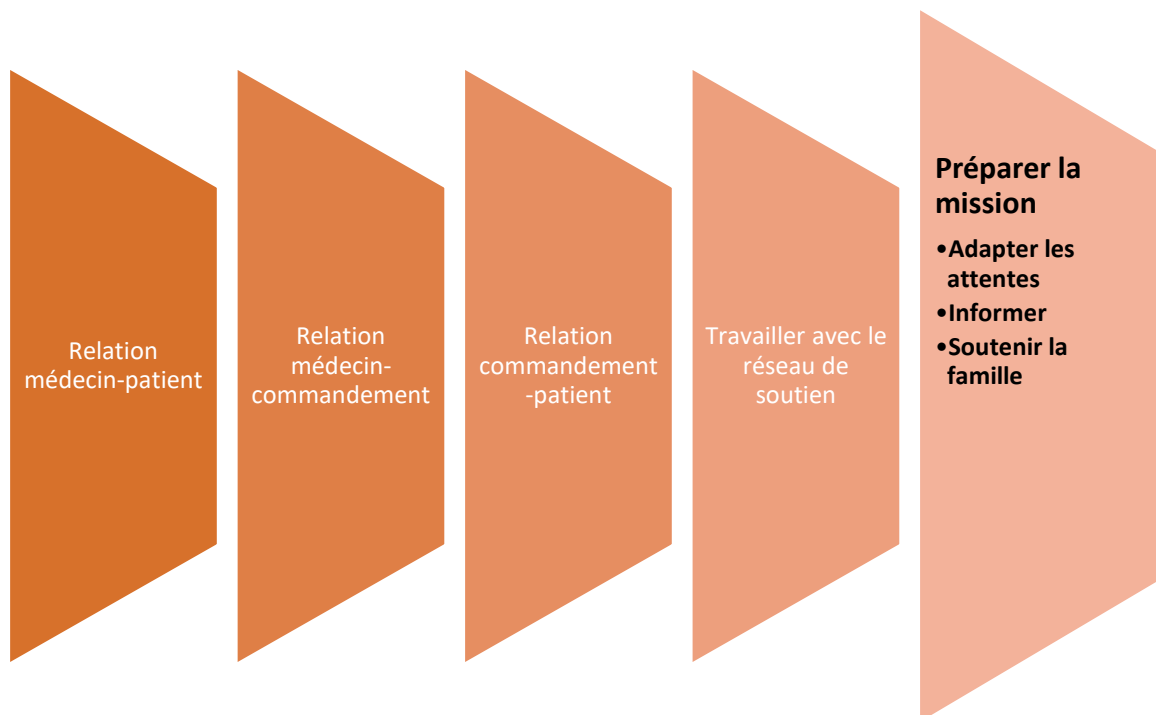
(321) *" Si ça ne se passe pas bien avec tes chefs, bah peut-être qu'on peut te mettre dans un autre bureau. Si c'est la spécialité qui ne va pas, on peut te mettre dans une autre spécialité."*

(981) *"Alors nous ce qu'on fait, c'est qu'on appelle les RH, on leur dit faut le changer de compagnie et on essaye de le changer de compagnie. C'est ça notre technique. Et si ça ne marche pas, on leur propose d'autres régiments. Aujourd'hui c'est plutôt facile, si on discute facilement avec les RH, de les muter."*

(121) "Si c'est vraiment un conflit interpersonnel de 'je suis en OPEX ou je suis en métropole, je m'entends vraiment pas bien avec mon chef, je commence à présenter des symptômes, des manifestations anxio-dépressives' tout ça parce que c'est vraiment lié à quelqu'un en particulier, dans ce cas pourquoi pas en faisant juste un changement d'unité ou une mutation."

(381) "C'est à dire, soit on arrive à les réorienter, [...] ou à les remettre dans des bonnes conditions, en discutant avec le commandement, faire en sorte qu'ils soient peut-être un peu mieux considérés, qu'ils règlent les problèmes internes".

#### 4.5.5 Préparer la mission



##### 4.5.5.1 Adapter les attentes

La déception vis-à-vis des attentes de la mission est décrite comme un facteur de risque de trouble de l'adaptation en mission par une majorité de participants. Nous avons abordé cette notion dans la partie "Déceptions", où trois participants soulignaient l'importance d'ajuster les attentes du militaire afin d'éviter les déceptions.

Deux participants relèvent l'intérêt de préparer les militaires aux contraintes inhérentes à la mission, en particulier l'éloignement familial.

(798) "Mais je pense que c'est quelque chose qui est globalement un peu négligé."

*(468) "Sur l'aspect ça va être dur, la famille est loin, les enfants. C'est vrai que ça, on n'en parle pas beaucoup. Même non, on n'en parle pas, je vais être honnête. Mais c'est peut-être un truc, effectivement, qu'il faudrait qu'on intègre."*

*(798) "Mais ça pourrait être une piste de leur proposer à eux d'anticiper leur départ sur le plan perso en échangeant avec leurs pairs finalement."*

#### 4.5.5.2 Informer

Dans le cadre de la mise en condition opérationnelle, les militaires bénéficient d'une information sanitaire. Il s'agit d'une information réalisée par des médecins militaires pour informer sur les risques sanitaires de la mission à venir.

Dans un grand nombre de cas, cette information sanitaire s'inscrit dans le cadre d'une mise en condition régimentaire. Dix participants indiquent réaliser cette information sanitaire de façon collective au cours d'un amphithéâtre.

*(381) "On avait fait un amphi, justement, d'infos, il y avait eu ça."*

*(321) "On a toujours fait des infosan collective en amphi".*

*(921) "Les info san avant départ sont faites en amphi par un seul médecin, c'est une présentation type power point".*

*(578) "Alors en fait, c'est quelque chose qu'on abordait même, pas forcément en individuel, mais qu'on abordait lors d'amphi."*

Deux participants soulignent qu'informer de façon collective en amphithéâtre est peu efficace.

*(837) "Alors nous on fait plutôt de l'infosan en groupe, enfin collective, ce qui n'est quand même pas très satisfaisant mais bon, c'est comme ça."*

*(468) "En fait, ça saoule tout le monde parce que c'est des amphis qui durent toute la journée. Donc tout le monde est en train de pioncer. Toi, tu passes en dernier ou pas loin. Enfin, donc, tu essayes de faire des trucs un peu flash pour les tenir éveillés, les gens."*

Trois participants relèvent délivrer leur information sanitaire en consultation individuelle. A noter qu'il s'agit dans ce cadre de départ isolés ne bénéficiant pas d'une préparation opérationnelle régimentaire. Un participant précise que la VAD est également une occasion pour le militaire de poser de nouvelles questions concernant les risques sanitaires.

*(798) "Alors moi je ne les vois pas en visite avant départ, donc c'est pas moi qui donne les conseils."*

*(321) " Et de l'individuel, on le fait pour des départs individuels un petit peu."*

(121) *"Puisque je les vois un par un, pour moi effectivement il y a à chaque fois une infosan".*

(921) *"Après, les patients individuellement quand on les voit en VAD, à ce moment-là nous posent des questions sur un ou deux trucs qu'ils n'ont pas compris".*

Un participant souligne se rendre disponible en mission pour répondre aux questionnements des militaires. Dans ce cadre, les questionnements des militaires concernent surtout les difficultés du retour.

(981) *"Ils viennent assez vite nous voir, on est assez proche d'eux".*

Il n'existe pas de canevas ni de trame pour ces informations. Sept participants précisent qu'ils adaptent leur présentation au théâtre d'opération et à leur population.

(468) *"Dans l'infosan, en fait, personne t'explique comment faut les faire, tu les fais tout seul. Tu récupères des powerpoints à droite et à gauche, tu remixes un peu au goût du jour."*

(321) *" Et puis aussi on a eu moins de théâtre avec des choses particulières à risque en fait."*

(121) *"Donc je pense qu'après chaque antenne médicale adapte un peu, en tout cas chaque corps d'antenne médicale l'adapte un peu."*

Sept participants relèvent n'informer que sur des problématiques somatiques. Ils n'abordent pas les contraintes de la mission, les risques psychiques, les difficultés relationnelles avec la famille que l'éloignement peut engendrer ou les difficultés du retour. Les éléments abordés lors des informations sanitaires sont présentés dans la figure 22.

(468) *"Les messages les plus importants, c'est quand ils partent en Afrique, c'est le palu, c'est le coup de chaleur, c'est effectivement, c'est les risques sexuels".*

(468) *"Et effectivement, non, c'est vrai que le côté psychologique, on le fait pas du tout dans l'infosan."*

(381) *"J'avais plutôt parlé vraiment du versant sanitaire et médical pur."*

(981) *"Si on veut parler de ça, il faut qu'on cible les gens. On cible des gens auxquels on se dit 'ok, il y a potentiellement des fragilités'. On fait ça en groupe, ça va faire marrer tout le monde et on n'aura aucun impact, on ne va pas y arriver."*

(321) *" Donc forcément on le faisait beaucoup pour tous les théâtres en Afrique, dès qu'il y a du palu, dès qu'il y a des risques liés à la prostitution, aux infections sexuellement transmissibles, enfin voilà, les trucs classiques."*

(921) *"En infosan on parle de pathologies, des petites photos dégueu pour essayer de maintenir l'attention."*

(615) *Celui qui répondrait que vraiment oui il se penche là-dessus... dans l'information,... roh, j'en ai jamais entendu parler."*

Ils n'abordent pas la sphère psychique pour différentes raisons. Pour certaines missions ou populations, les patients ont de l'expérience opérationnelle et connaissent déjà les enjeux. De plus, cette partie est souvent abordée par le BEH et les assistantes sociales. Enfin, les patients reçoivent une information sanitaire à leur arrivée sur le théâtre.

*(468) "Alors ceux qui ont déjà fait des missions et qui ont fait des sas, ils le savent pour le retour."*

*(578) " Je le fais beaucoup moins, parce que c'est une population qui est quand même plus ancienne et qui a souvent déjà une dizaine de missions à son actif, donc ils sont un peu rodés."*

*(321) "La gestion de la base arrière, elle n'est pas abordée par nous, souvent elle est abordée par le Bureau Environnement Humain, qui fait."*

*(921) "Mais c'est vrai que le côté psy est plutôt fait par le BEH je crois".*

*(321) " Et on sait qu'après il y a une info qui est faite à l'arrivée, qui englobe tous les paramètres."*

Cinq participants soulignent donner des informations sur le traumatisme psychique.

*(798) "On demande aux filles de toujours faire un peu de prévention sur tout ce qui peut être traumatisme psychique."*

*(468) " Sur le trauma, s'il y a un événement traumatique".*

*(299) "Systématiquement, le stress post-traumatique, à la fois si événement sur place en disant que voilà, il faut rendre compte tout de suite et que ça sert à rien de garder pour soi. A la fois du coup une autre slide sur le stress post-traumatique de quelque chose d'autre pour x ou y raison remonte à ce moment-là."*

*(321) " Ensuite, pour les problèmes psychiques, psychologiques qui peuvent survenir en mission, on fait souvent un petit focus sur les stress post-traumatiques."*

Trois participants abordent les difficultés au retour. Un des participants le traite sur place, lorsque les militaires l'interrogent.

*(837) " Aborde les troubles, en fin les difficultés au retour et la nécessité de consulter si le retour ne se passe pas bien "*

*(981) "Ça on en parle... Moi j'en parle beaucoup avec les mecs en mission. En fait quand on est là-bas, à un mois de rentrer, on en parle un peu".*

*(578) " Et puis bah le retour, c'est souvent le moment où il y a la confrontation des deux mondes, et ça, on leur en parle quand même un petit peu."*

Deux participants évoquent les contraintes de la mission.

*(381) "Mais je crois qu'il y a une notion quand même sur l'environnement particulier et la situation de stress et la reconnaissance de la souffrance de l'autre."*

*(578) " Ce que je leur dis souvent, c'est que l'OPEX, ce n'est pas la vraie vie. L'OPEX, c'est des contraintes, on est tout le temps tous ensemble, c'est des contraintes opérationnelles, il y a l'hypervigilance, voilà, il y a plein de choses qui ne sont pas comme au retour."*

Quatre participants abordent les difficultés qui peuvent survenir en lien avec l'entourage en métropole.

(981) *"Ils viennent assez vite nous voir en disant ça se passe pas bien à la maison".*

(299) *"Et après on a un peu, enfin la diapo que j'ai elle est un peu plus effectivement ce qui peut se passer en base derrière, les difficultés de la base arrière, le manque".*

(121) *"J'essaie de faire brosser un peu tout, c'est-à-dire aussi bien de la sphère perso, de ce qui peut éventuellement se passer à la maison".*

(578) *"Ceux qui sont fragiles, c'est ceux la base arrière. Donc ça, on leur dit. On leur dit que finalement, rester en base arrière, ce n'est pas le plus simple."*

Deux participants utilisent des supports à remettre aux militaires.

(299) *"A une époque on avait des petits flyers un petit peu".*

(121) *"Enfin voilà un petit livret de départ. Et qu'on remet au patient, parce que je me doute bien que quelques mois avant le départ et sur une consultation de 20 minutes, ils ne vont pas retenir grand-chose de ce que je vais leur dire".*

Deux participants présentent les moyens sanitaires sur place.

(321) *"Et puis, en fait, on présente surtout les capacités de soutien qu'il va y avoir en mission".*

(121) *"Et du coup des points de contact".*

Enfin, quatre participants soulignent l'importance de préparer également l'entourage familial au départ, surtout pour les jeunes militaires réalisant leurs premières missions.

(578) *"Mais voilà, j'essaie quand même de créer le lien avec la base arrière et de leur dire qu'il faut quand même préparer la base arrière".*

(578) *"On faisait des amphis au profit des familles, avant la mission, pendant la mission, et au retour de mission, pour justement aborder un petit peu tous ces risques, et aborder les difficultés, enfin..."*

(798) *"Il y a des gens qui peuvent avoir des questions du genre 'et les enfants, je leur explique comment'. Je trouve que c'est surtout le retour qui est les questionne. En mode, 'qu'est-ce qui se passe au retour si ma fille de deux ans, par exemple, elle ne revient pas vers moi spontanément', ou si j'ai l'impression que la relation n'est pas fluide', c'est ça qui les inquiète le plus, finalement."*

(837) *"Pour les plus jeunes, par contre, je leur pose la question. Est-ce que la copine est consciente de l'éloignement ? Est-ce que vous en avez discuté ? Est-ce que vous avez préparé un petit peu tout cela ?"*

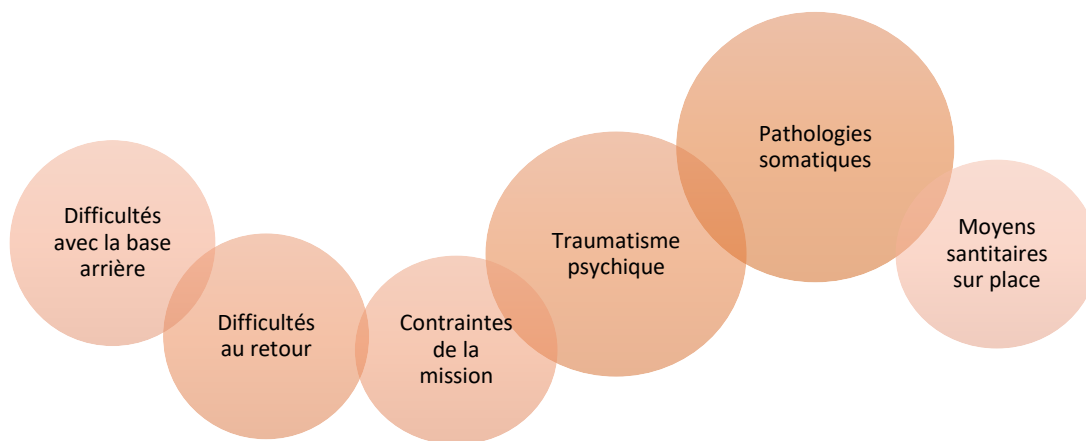


Figure 22 - Éléments abordés en "infosan"

#### 4.5.5.3 Soutenir la famille

Le soutien de la famille pendant la projection concourrait au bon déroulé de la mission. Ce soutien serait réalisé par le régiment au moyen de l'Action Sociale des Armées (ASA). La participation de l'antenne médicale peut être sollicitée pour apporter un soutien médical.

Deux participants précisent que des communications sont réalisées pendant la mission à l'attention des familles. L'antenne médicale peut être amenée à y participer, principalement avec les psychologues.

*(826) "Peu importe le type de mission, il y a au moins à mi-mandat une infosan, enfin une info-théâtre aux familles. Donc les familles sont invitées au régiment pour avoir des infos de leurs compagnons, de leurs compagnes, avoir quelques photos, savoir comment se passe la mission."*

*(578) "On faisait un petit topo, on faisait venir la psychologue qui faisait une petite explication, on faisait venir l'assistante sociale."*

Cinq participants soulignent se rendre disponibles pour recevoir en consultation les familles.

*(468) "Une ou deux fois, j'ai dû voir une femme de militaire. A la demande du BEH justement, parce qu'elle n'allait pas bien, parce que c'était compliqué. C'est assez rare."*

*(578) " Et je pense que c'était rassurant aussi pour les militaires de savoir que pendant leur absence, on ne laissait pas les familles non plus, seules."*

*(837) "C'est rassurant pour les familles parce que ça leur permet, dans un désert médical, parce qu'il faut préciser aussi, ça leur permettait d'avoir une écoute en cas de besoin. Et puis de savoir où s'orienter si besoin."*

(321) " Tout ce qu'on donne comme info, c'est les possibilités de consultation, d'astreinte médicale, fin les trucs comme ça pour les familles pendant que les militaires ne sont pas là."

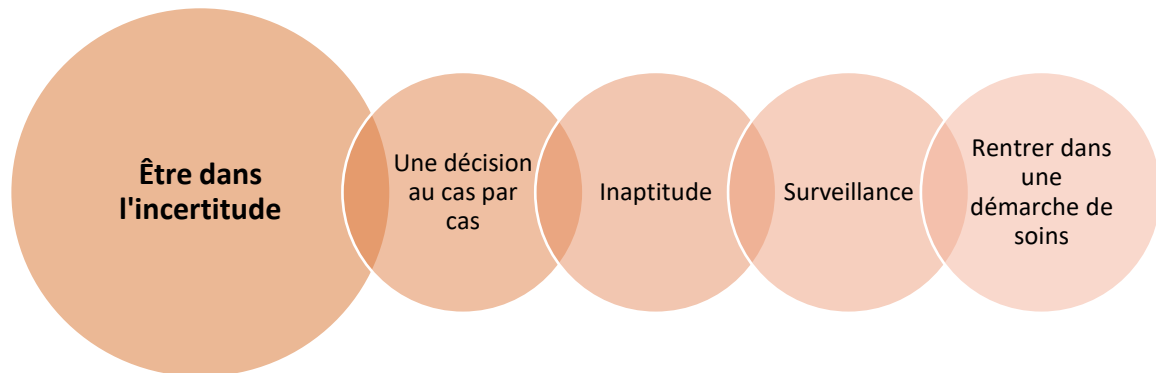
(921) "C'est qu'il faut pas qu'ils oublient qu'on est là pour eux et les ayant-droits, donc si jamais, pendant leur absence, femme et enfant ont des soucis, ou mari et enfants ont des soucis, bah faut pas qu'ils hésitent à venir nous voir. Et moi généralement j'arrive à débloquer des créneaux en plus."

#### 4.6 La question de l'aptitude



Les participants étaient invités à nous expliquer les conséquences de leur évaluation sur leurs décisions d'aptitude.

#### 4.6.1 Être dans l'incertitude



Questionnés sur l'impact de leur évaluation sur leur expertise, dix participants rapportent avoir été sujets à des doutes quant à la décision d'aptitude à la projection à prendre face à un patient présentant plusieurs facteurs de risque.

(798) "C'est pas que j'ai pas pu, c'est que j'ai hésité".

(381) "Donc je sais pas trop."

(299) "Mais comme tu dis, notamment sur ce cas-là, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, je pense."

(321) " Peut-être la crainte de se tromper".

(121) "J'ai rarement de certitude absolue".

(578) " Bah on a envie de faire partir la personne, parce que, parce qu'elle est motivée, et parce que c'est ce qu'elle demande, et puis, et de l'autre, en fait, elle est trop fragile pour partir."

(615) "Et est-ce que véritablement il y a quelque chose de dangereux derrière. Et c'est pas très évident."

(837) "Et parfois, on prend le risque."

(468) "Et après les gens qui sont un peu bizarres ou qui sont un peu fragiles, heu... c'est pas simple."

Les participants soulignent la complexité du processus de décision et les nombreux facteurs qui entrent en ligne de compte. L'absence de canevas et la part importante d'appréciation rendent difficile l'explication de ce processus. Six participants soulignent cette notion.

(837) ". C'est compliqué. Comment je fais pour décider ? Que je vais le laisser partir ? En fait je ne sais pas."

(798) "Je pense que des fois, il ne faut pas aller contre le vent. Quand on sent qu'il se passe vraiment un truc et que ça va tout mettre en péril derrière, ben ouais, on n'y va pas."

(381) "J'ai toujours une impression clinique qui me fait me dire qu'il se passe peut-être un truc."

(299) "Mais ouais, cette décision d'inaptitude, elle est très compliquée."

(121) "Et puis il y a des fois une part un peu d'inné où sans aucun critère, on se dit lui ça va pas le faire."

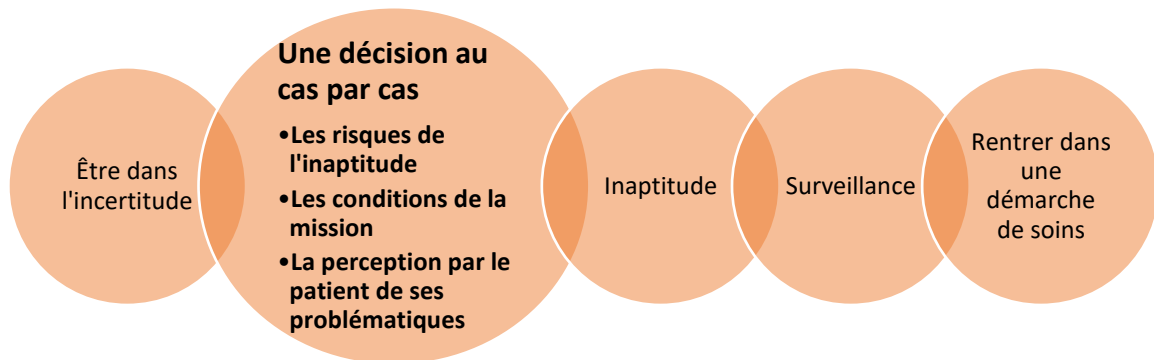
(615) "J'ai essayé de définir un petit peu comment je fais, mais finalement si on refait le cours de mon propos, je ne pense pas que ça soit si clair que ça, de déterminer exactement comment je fais".

Un participant précise que la décision d'aptitude ou d'inaptitude n'est jamais urgente. En cas de doute, il est toujours possible de différer la prise de décision pour évaluer la situation de façon plus globale et rechercher d'autres arguments. Il souligne également la pertinence de son sens clinique, conseillant alors de suivre ses intuitions.

(468) "Donc moi, souvent, je leur dis, 'écoutez, je prends pas de décision, je vois avec votre commandement, et on se revoit', ou après, tu fais le CMA après. Il n'y a jamais d'urgence à prononcer une aptitude. Jamais."

(468) " Et puis généralement, on a raison en fait. Vraiment, c'est assez rare les moments où je me suis trompée ou en disant que ça va mal se passer. Ça s'est bien passé. C'est peut-être arrivé, mais franchement pas souvent. Donc, il faut se faire confiance."

#### 4.6.2 Une décision au cas par cas



##### 4.6.2.1 Les risques de l'inaptitude

Sept participants soulignent prendre en compte les effets délétères d'une inaptitude au départ. Elle peut isoler le patient de son groupe. Elle pourrait être considérée comme un échec, avoir un effet stigmatisant et des conséquences sur la carrière du militaire. Une inaptitude non souhaitée par le patient dégrade la qualité de la relation médecin-patient. Les risques évoqués d'une inaptitude sont représentés dans la figure 23.

(468) " Par contre, ici, ils partent tous en mission tout de suite. Donc, c'est sûr que si tu le mets une inapte OPEX dès la première année, on va poser des questions."

(921) " Je ne vais pas le mettre inapte. Parce que justement ça va être super mal perçu."

(837) "L'inaptitude, elle a été ultra dur à vivre pour lui."

(299) " Parce que des fois, je suis intimement persuadé que la décision de l'inaptitude sur certaines situations est finalement plus délétère au niveau psychologique qu'un mec qu'on va laisser apte, peut-être fragile, très probablement fragile, mais qu'on détruirait en fait à mettre inapte à une mission qui, à défaut, a une importance vitale pour eux."

#### **Isolement du groupe :**

(299) "De ne plus avoir sa copine et son commandement qui, mine de rien, étaient quand même des cadres bien stables, et d'être tout seul en BCC tous les soirs, dans une batterie qui est vide, parce que tout le monde est parti en mission."

(615) "Donc, à quel point ça va être protecteur de les garder dans le groupe s'ils le souhaitent ?"

(121) "Et je vais peut-être finalement créer des troubles de l'adaptation à posteriori quand tous ses copains seront rentrés et qu'ils auront fait l'OPEX et pas lui".

(615) "Ça peut aussi un peu le mettre un peu à l'écart".

#### **Mise en échec :**

(299) "On s'est dit, à l'inverse, s'il y a le fait d'être 'échec', entre guillemets, de ne pas partir en mission".

(615) "Avec des conséquences que ça pourrait avoir pour lui sur sa propre carrière ?"

(381) "En tout cas le désigner comme étant un moins bon élément aux yeux de ses chefs aussi".

(121) "Donc il y a du coup aussi la chose militaire, le délai long dans sa carrière, est-ce que vraiment on est pertinent de l'enlever ou pas."

#### **Perte de l'adhésion thérapeutique du patient :**

(299) "Est-ce qu'il va revenir dans mon bureau la semaine prochaine si je suis allé un peu à son encontre ?"

(921) "Après, les inaptitudes, enfin, il faut pas qu'ils voient que si jamais ils se livrent à moi, derrière, il y a le couperet de l'inaptitude qui tombe. Sinon on a perdu l'adhérence du patient."

Trois participants insistent sur la nécessité d'évaluer la balance bénéfice risque du départ et du non départ, en prenant en compte les représentations du patient.

(798) "Mais je me suis retrouvée dans une situation où c'était un peu à double tranchant."

(121) " Mais en tout cas c'est des questions qu'on doit se poser avant de déclarer quelqu'un inapte."

(299) "La question quand on la pose, c'est plus, 'ok, il y a une grande chance que vous soyez inapte, qu'est-ce que vous perdez ?'"

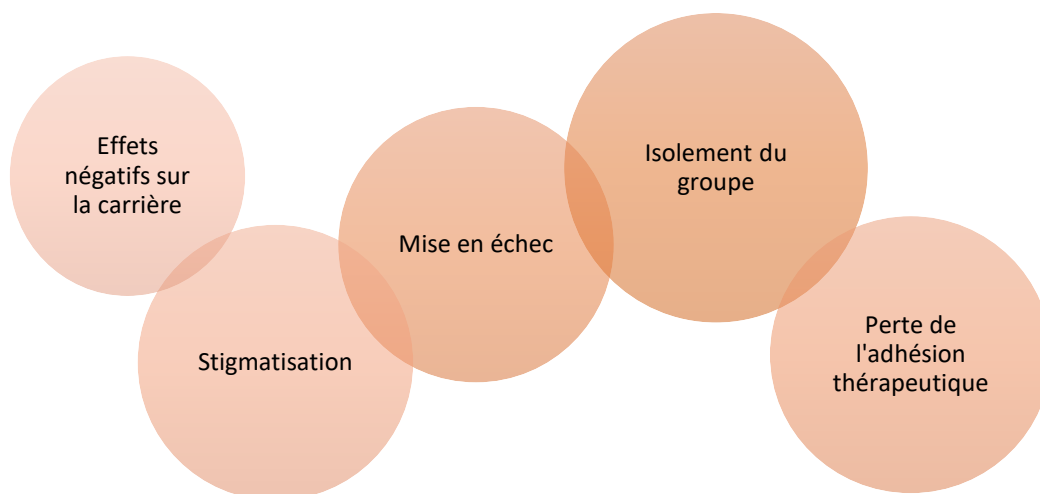


Figure 23 - Les impacts négatifs de l'inaptitude

#### 4.6.2.2 Les conditions de la mission

Huit participants relèvent adapter leur décision d'aptitude en fonction de la mission.

Le type de mission, le théâtre d'opération et le poste prévus auraient une influence sur leur décision. Les conditions de la mission ayant une influence sur la décision expertale sont représentées dans la figure 24.

(468) " La question elle se pose en fonction des missions."

(981) "C'est-à-dire que je vais aussi adapter en fonction de la mission."

(615) "Après il y a mission et mission."

(826) " Sur quel poste il part ? Est-ce que c'est du secrétariat ? Oui, bah on peut l'envoyer. S'il était fantassin à débarquer, et bah là on l'enverrait pas par exemple."

(837) "Finalement, dans la décision, il y a aussi le théâtre qui va jouer."

(121) "Aller au Mali, non, en Nouvelle-Calédonie, Réunion pourquoi pas".

(381) "S'il est par exemple sédentaire dans son emploi en MCD".

(578) " Une mission qui est plutôt tranquille, etc., c'est une MCD à tel endroit".

Trois participants soulignent adapter leur décision en fonction des conditions sanitaires sur place.

(837) "'Allez, je prends le risque', parce que je le connais, parce que je sais que ça peut passer. En revanche, si c'est des patients qui vont partir avec un médecin qui ne les connaît pas, je vais être probablement un peu plus restrictive".

(121) "Est-ce que je peux mettre en place des choses atténuatrices sur place pour faire en sorte peut-être qu'on le laisse partir mais qu'il soit bien pris en charge sur son lieu d'OPEX".

Deux participants précisent en discuter avec le médecin projeté si besoin.

(837) "J'appelle le médecin qui va partir avec, je lui dis 'il a ça, qu'est-ce que tu en penses ? Est-ce que tu partirais avec ?'"

(121) "Puis on prévient les copains sur place si jamais...".

Quatre participants notent adapter leur décision selon l'encadrement projeté avec le militaire.

(381) "En OPEX, il y a toujours des représentants de catégorie, il y a toujours des référents mixités."

(299) "C'étaient quand même des cadres bien stables, on en a des cadres de proximité qui vont rester avec lui".

(299) "Tout dépend aussi du rapport que nous, antenne médicale, on a avec les cadres. Là en l'occurrence, c'était un vieux de la vieille, ancien major passé officier dans la suite, qui savait tenir ses mecs, donc j'étais pas inquiet."

(578) "Si on a l'appui des cadres, ça peut matcher. S'ils sont en conflit avec les cadres, on sait que ça va pas marcher."

Un participant explique prendre en compte l'imminence du départ.

(299) "Et puis il y a aussi le contexte dans lequel ils sont au niveau opérationnel. C'est sûr qu'un mec qui est à un mois du départ, la question se pose d'autant plus. Parce qu'on va pouvoir le suivre."

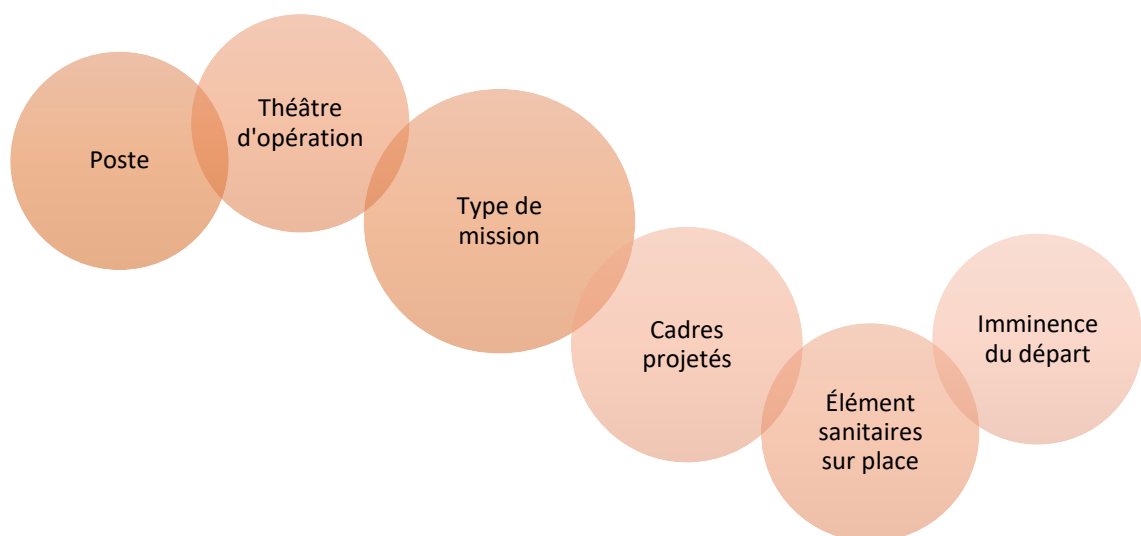


Figure 24 - Conditions de la mission prises en compte

#### 4.6.2.3 La perception par le patient de ses problématiques

Huit participants disent s'appuyer sur la perception que le patient a de ses problématiques. La conscience de ses difficultés par le patient conditionne les décisions d'aptitude.

(381) *"Quand le patient veut être apte, généralement, je le mets apte, parce que lui m'affirme que ça va, que ça ne pose pas de soucis".*

(837) *"Je pense qu'il n'avait pas pris conscience de la gravité de la maladie de sa femme, premièrement, ou alors il la minimisait."*

(798) *"Et on essaie de ne pas trop se projeter non plus, finalement. Moi, une naissance à titre personnel, ça me semble être un événement heureux et tout, mais ce n'est pas forcément si simple que ça."*

(121) *"Et puis après, certains s'en fichent, certains me disent bon oui, mon père est en train de mourir, mais bon, de toute façon, j'ai plus de liens avec lui, et puis je veux bien partir. Bon, pourquoi pas ?"*

(299) *"Et après souvent c'est des discussions avec les patients. Il y a une bonne partie des gens qui finalement quand même ont conscience des problèmes."*

(578) *"Après, je vais clairement poser la question au personnel. Est-ce qu'il veut partir ? Est-ce qu'il se sent de partir ? Si je sens qu'il y a une fragilité, je demande, lui, de se positionner, de me dire ce qu'il en pense en fait."*

(615) *"Maintenant, si la personne elle n'est pas prête véritablement en parler ou à s'ouvrir et basculer un petit peu du côté soin déjà, avec une forme de décharge, globalement on en fait rien. C'est ma vision un petit peu de ce que les gens font."*

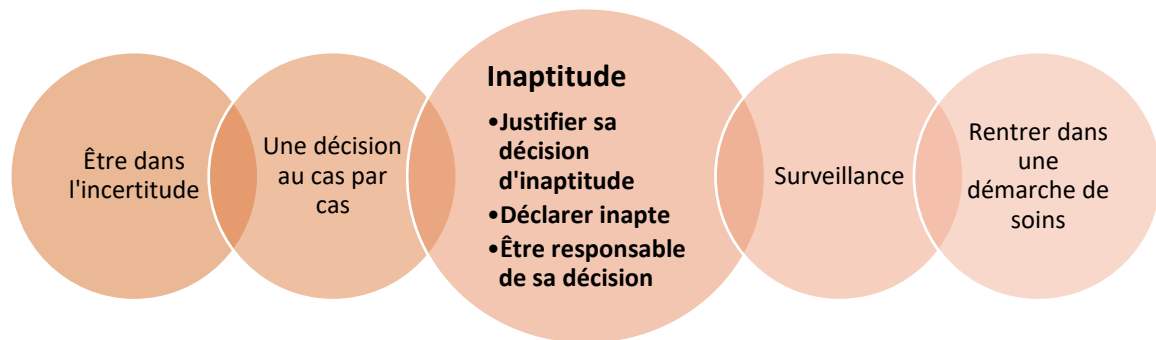
Trois participants soulignent être amenés à imposer des décisions d'inaptitude lorsqu'il y a une mauvaise perception des risques par le patient.

(468) *"Et ça, je trouve que des fois, on se cache un peu sur eux, mais ils étaient d'accord ou elles étaient d'accord. Oui, mais ils ne sont pas... Enfin, des fois, il faut décider pour eux."*

(121) *"Je pense qu'il n'avait pas pris conscience de la gravité de la maladie de sa femme, premièrement, ou alors il la minimisait. Il était un peu déconnecté psychiquement de ce qui se passait et il n'avait pas mesuré les conséquences de son absence".*

(837) *"L'inaptitude, elle a été ultra dur à vivre pour lui. Et n'empêche que à lui, je lui ai imposée."*

### 4.6.3 Inaptitude



#### 4.6.3.1 Justifier sa décision d'inaptitude

Nous avons vu que la décision d'inaptitude dans le cadre des problématiques adaptatives ne répond pas à un canevas précis. Les participants nous ont exposé les différents cas de figure justifiant une inaptitude.

Sept participants précisent rechercher des contre-indications franches en cas de doute sur un départ.

(798) "Donc là, soit vraiment... Je suis un peu les textes bêtement, [...] auquel cas je les place inaptés et voilà."

(381) "Alors si c'est la militaire qui est enceinte, évidemment elle est inapte OPEX".

(299) "Soit, alors bon il y a les tests de stup qui sont encore autre chose, et alors les gens sont inaptés."

(615) "On est là pour chercher surtout, est-ce qu'il y a des signes de contre-indication franche, sur le plan psychologique parce que c'est ce qui nous intéresse, notamment d'éventuels débuts de troubles de l'adaptation, qui se devineraient déjà."

(121) "Globalement évidemment qu'une réponse positive dans ce cadre-là [consommation de stupéfiants], bah oui, là, il peut y avoir directement une conséquence, no-way pour partir en mission."

Six participants soulignent qu'ils prononcent une inaptitude au départ ou déconseillent le départ devant les situations à risque de décompensation ou de rapatriement quasi certain.

(468) "Et que ça ne fait pas plaisir des fois de prendre une décision, de débooker quelqu'un, mais euhm... Parce que tu sais que ça va bien se passer. On le sait."

(121) "On sait déjà que ça va pas bien se passer."

(615) "Et là, c'est intéressant, parce qu'on sait que si on va au forcing de toutes façons... Très probablement que ça ne le fera pas."

(837) " Au bout de deux semaines, il rentrait, c'est sûr."

(468) "Moi, je leur demande. Si ta maman, elle décède ou elle va vraiment, vraiment pas bien, pendant que tu es en mission, qu'est-ce que tu veux faire ? Je veux rentrer. Ah oui, bah voilà."

(381) "Mais est-ce que ça vaut le coup quoi ? Parce que tu sais que voilà il y a un truc qui va se passer potentiellement dans les prochains mois et qui va faire que la personne va devoir rentrer."

(121) "Et donc ça se finit en RAPASAN, ce qui embête tout le monde."

Les douze participants soulignent qu'ils prennent en compte le retentissement chez le patient plutôt que les situations en elles-mêmes.

(837) " Et puis il y a celui qui a des conséquences psychiques d'une situation qui le bouffe. Et celui qui a zéro conséquence aussi. "

(981) "[...] ou alors il ne dort plus, on est devant deux personnes qui sont différentes. Il l'évoque, il pleure."

(615) " Et d'essayer d'évaluer à quel point ça a un retentissement. Parce que j'ai parlé de normal et pathologique, mais pour moi, tout se situe en fait sur le retentissement."

(381) "C'était très très compliqué. Ça a suivi donc une situation de stress psychique importante".

(299) "Le mec qui arrive et qui pleure toutes les larmes de son corps, on se dit bon, est-ce que psychologiquement il est..., voilà."

(321) "Après, si le mec me dit, 'je ne m'en sors pas, je n'en peux plus, je vais aller retourner le week-end, je suis fatigué, je suis au bord du gouffre, je ne me sens pas bien', ça devient un autre problème. C'est-à-dire qu'il y a un syndrome anxio-dépressif, à cause d'un autre problème, et ça devient différent, on réfléchit différemment."

(578) "Sauf si effectivement il y a une atteinte psychologique réelle au niveau du militaire."

(826) "Là, je vais prendre en compte vraiment un état psychique fragilisé."

Sept participants relèvent que certaines situations sociales ou familiales justifient de ne pas partir en mission. Ces situations sont les maladies graves de proches (six participants), les problèmes de gardes d'enfants (deux participants), les séparations en cours (trois participants), les surendettements (deux participants), les naissances prévues (quatre participants). Ces situations sont représentées dans la figure 25.

(468) "C'est qu'il ne faut pas trop écouter les gens, il faut surtout écouter la situation."

(921) "Là pour moi, là, c'est déjà un peu plus entendable. Parce qu'il y a des vraies raisons dans sa sphère psychosociale et de soutien".

**Maladie grave d'un proche :**

(468) "Genre la maman est en train de mourir d'un cancer".

(381) " Parce que mère ou père hospitalisé pour un événement grave".

(981) "Il y a quelqu'un qui est malade dans sa famille".

(837) " Nan, parce qu'en fait il y a une différence entre 'j'ai juste pas envie parce que ça me fait chier', et le 'j'ai pas envie parce que ma mère est mourante', ou voilà, et pour ça, on va les déclarer inaptés."

#### Difficultés de garde d'enfant :

(798) Je me retrouve face à des mamans célibataires qui ne peuvent pas faire garder leurs enfants".

(381) "Et du coup, quand on arrive à l'aptitude ou à la nécessité de départ OPEX dans la discussion, je m'assure de la stabilité si jamais ils partent. S'ils ont une garde alternée et qu'ils doivent partir quatre mois, est-ce que c'est OK ? Est-ce qu'il n'y a pas de soucis ?"

#### Séparations en cours :

(381) "Ou si la personne actuellement n'est pas bien parce que conjugopathie, séparation".

(981) "Un mec qui va pas être bien parce qu'il est en train de divorcer que il va pas avoir trop la tête à ça".

#### Problématiques financières :

(381) "Ou qu'il y a une situation familiale ou financière difficile."

#### Naissance prévue :

(921) "Je suis un peu emmerdé parce que ma copine, elle est enceinte, elle accouche pendant que je pars".

Quatre participants précisent décider d'une inaptitude quand de nombreux facteurs de risque s'accumulent.

(299) "Pas seul. Ça constitue pas en soi tout seul un argument. Ça peut plus tisser le faisceau d'arguments et nous pousser à chercher d'autres choses."

(615) "[...] d'arriver à un cumulatif, etc."

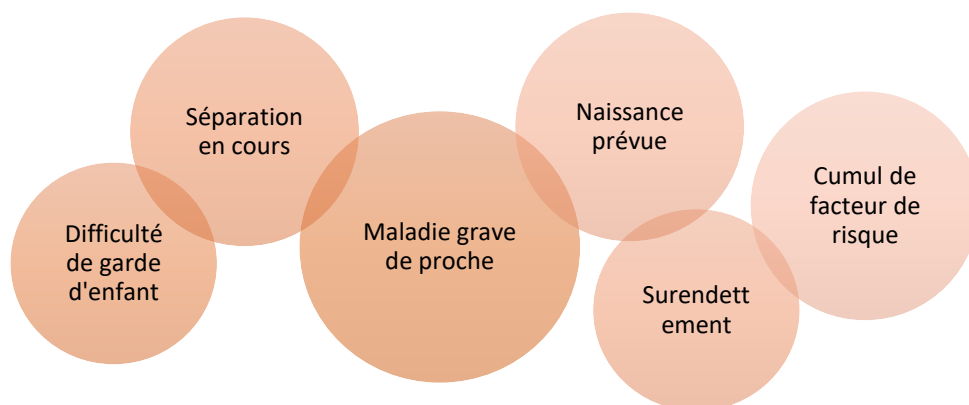


Figure 25 - Situations familiales ou sociales justifiant le non départ

Cinq participants expliquent que les situations sociales et familiales n'impactent pas leur décision d'aptitude. Les douze participants soulignent que leur évaluation des ressources psychiques et la motivation du patient n'a pas d'incidence sur l'aptitude au départ.

(837) " En fait c'est pas forcément de les mettre inapte, mais parfois c'est de leur donner... de poser une question qu'ils se posent pas quoi".

(468) "Mais ça ne change pas forcément l'aptitude en soi. Si, l'aptitude de départ, oui, tu as raison. Si, du coup, on le mettra inapte à partir. Mais quand on sait qu'il y a un départ, en fait. En VMP, moi, ça ne m'est jamais arrivé de mettre 'inapte'..".

(578) "Parce que j'estime qu'on n'est pas forcément sur une médicalisation du patient, la problématique de la famille ne doit pas entraîner une inaptitude."

(826) " Donc, s'il n'y a pas d'impact eh... médical, psychiatrique, psychologique chez le patient, si il traverse juste une période qui est compliquée d'un point de vue personnel ".

(981) "Non, on ne met pas inapte. S'il ne veut pas, et s'il a besoin de ne pas partir, on ne met pas d'inaptitude, mais par contre on appelle."

(321) "Je ne mettrais pas quelqu'un inapte ou je ne mettrais pas de restriction d'aptitude sur quelqu'un qui paraît fragile".

(921) "Si le mec, il a pas vraiment de chose, même s'il a ramassé pendant deux ans, ça va pas changer ma décision."

(615) " Lui, il y a peut-être un début de trouble de l'adaptation, je vais peut-être le mettre inapte, parce que du coup, il ira pas ? Pfff... je dirais que pas forcément. C'est-à-dire qu'il n'y a pas forcément de conséquences."

(381) "S'il me dit, moi, la première motivation pour partir en OPEX, c'est faire de l'argent, ce n'est pas un motif d'inaptitude à l'OPEX."

(921) "Après, malheureusement, si le mec a juste pas envie de partir, mais qu'il est apte et qu'il n'y a pas de gros soucis particuliers, je ne vais pas le mettre inapte pour l'arranger."

(578) " Mais seul l'absence de motivation au départ n'est pas un motif d'inaptitude pour nous."

(615) "Ça revient encore à nouveau à, est-ce qu'il nous donne un élément qui montre, clairement, une raison d'inaptitude. Là non."

#### 4.6.3.2 Déclarer inapte

Sept participants soulignent pouvoir déclarer un patient inapte à la projection face à des situations sociales, familiales ou professionnelles complexes.

(798) "Et ouais, quand il y a vraiment quelque chose qui est en train de se passer, que je vois que la personne est en difficulté, évidemment je vais la mettre inapte à la projection."

(468) "Ou alors, si je pense que c'est déjà arrivé, si vraiment tu sais qu'il y a un problème familial, genre la maman est en train de mourir d'un cancer ou il y a vraiment un truc."

(837) " Et n'empêche que à lui, je lui ai imposé."

(381) *"Oui, je mets des inaptitudes, soit sur deux ans et puis on réévalue, c'est pas grave, soit temporaire parce que le patient dit que c'est une situation qui va se régler dans les tant de mois."*

(121) *"Et donc si j'estime que vraiment ça va pas faire de bonne chose qu'il parte en OPEX, alors il sera inapte."*

Les participants précisent que dans ce cadre, les inaptitudes prononcées font suite à un défaut de prise en compte de la situation par le commandement.

(798) *"Si une personne revient me voir en me disant voilà, je suis désignée pour telle mission,"*

(468) *"Parce que souvent, ils ne le disent pas à leur commandement, ou après, il y a des commandements qui s'en foutent aussi."*

(381) *"En fait on va recevoir la personne si le commandement dit pas ok, pour qu'il nous explique la situation, et nous du coup on met clac, 'inapte OPEX'."*

(299) *"Ils pensaient que ça allait se faire de manière intelligente et ça ne se fait pas, ou parce que c'est vraiment pas possible, le commandement dit 'je ne peux pas me passer de ce personnel-là, je suis obligé'."*

Deux participants précisent qu'il leur est arrivé de prononcer ces inaptitudes au moment de la VAD, juste avant un départ.

(798) *"Mais oui, ça nous est arrivé de mettre des gens inaptés au moment de la visite avant le départ, parce qu'on sentait que ça n'allait pas le faire."*

(468) *"Et c'est déjà arrivé, alors vraiment pas souvent, mais je pense deux ou trois fois depuis que je fais ça, où on appelle le commandement pour dire l'ça il y a un problème."*

Cinq participants soulignent qu'ils ne sont pas amenés à prononcer des inaptitudes pour des patients qui présenteraient des facteurs de risque.

(921) *"Alors sur ma décision, du point de vue aptitude, pour rester objectif, il n'y a pas de conséquence."*

(321) *"En fait, ils seront déjà, ils seront déjà venus avant, ou ils seront déjà en arrêt de travail avant. Voilà. Je crois qu'il n'y a pas trop d'inaptitudes à ce moment-là."*

*" Mais je ne mettrais pas quelqu'un inapte ou je ne mettrais pas de restriction d'aptitude sur quelqu'un qui paraît fragile parce qu'à ce moment-là, on n'a plus personne qui est apte"*

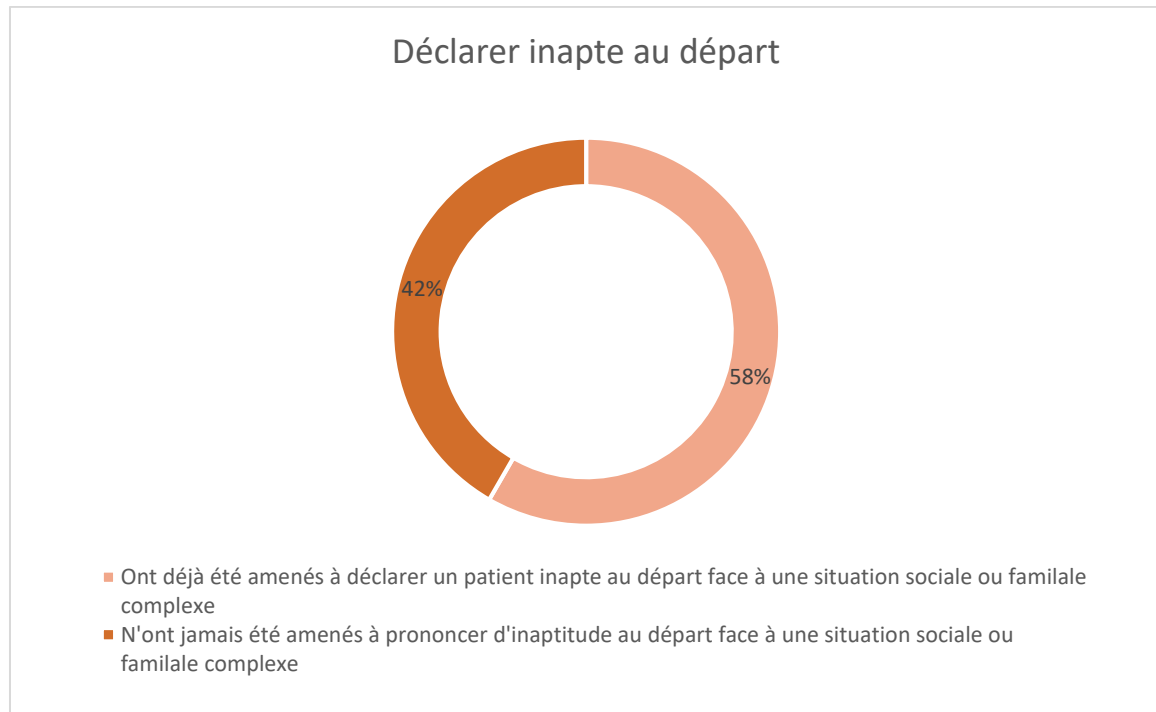
(981) *" Non, on ne met pas inapte."*

(578) *" Et c'est vrai qu'en fait j'ai tendance à ne pas médicaliser forcément les problématiques de la famille."*

Quatre participants soulignent que l'inaptitude à la projection dans ce cadre n'est pas une inaptitude définitive. Il s'agit d'une décision temporaire permettant de prévenir un trouble de l'adaptation. Cette prévention et la prise en compte des difficultés temporaires du patient permet in fine d'éviter une rupture avec l'institution.

(468) "Psychiquement, c'est trop lourd pour lui. Il ne va pas pouvoir supporter un départ en plus de tous ses problèmes. On espère quand même que ce sera réglé. Et d'ailleurs, il y a souvent un contrat moral avec ces gens."

(837) "Ils ont fini leur temps de contrat."



#### 4.6.3.3 Être responsable de ses décisions

Trois participants soulignent qu'on reste responsable de sa décision. L'avis du commandement et l'avis du patient, bien que devant être pris en compte, ne sont pas ressentis comme des contraintes.

(121) " Et donc si j'estime que vraiment ça va pas le faire, alors il sera inapte."

(468) "Et ça, je trouve que des fois, on se cache un peu sur eux (les patients)."

(837) "Au moins, tu l'as dit, tu l'as tracé."

Deux participants rappellent qu'il existe un risque suicidaire dans le trouble de l'adaptation.

(468) "Puis le gars il va dire 'moi je vais me planter un couteau' etc. Alors t'as ceux qui bluffent, ok, mais bon, tu prends pas trop le risque de savoir s'ils bluffent."

(615) "Et à l'autre prisme, bah il y a jusqu'où on est prêt à aller... pas mettre en danger notre diplôme, ce n'est pas tout le monde qui va aller faire une tentative de suicide ou qui va s'enfoncer profondément dans un syndrome dépressif parce qu'en fait, on ne l'a pas mis en arrêt de travail d'emblée."

Deux participants précisent avoir imposé des inaptitudes à des patients.

(837) "L'inaptitude, elle a été ultra dur à vivre pour lui. Et n'empêche que à lui, je lui ai imposé."

(468) "C'est qu'il ne faut pas trop écouter les gens, il faut surtout écouter la situation."

(121) Ils se cachent un peu derrière l'effet collectif, puis le fait de pas vouloir sortir du groupe."

La responsabilité inhérente à ces décisions suppose également d'amener le patient à assumer les siennes.

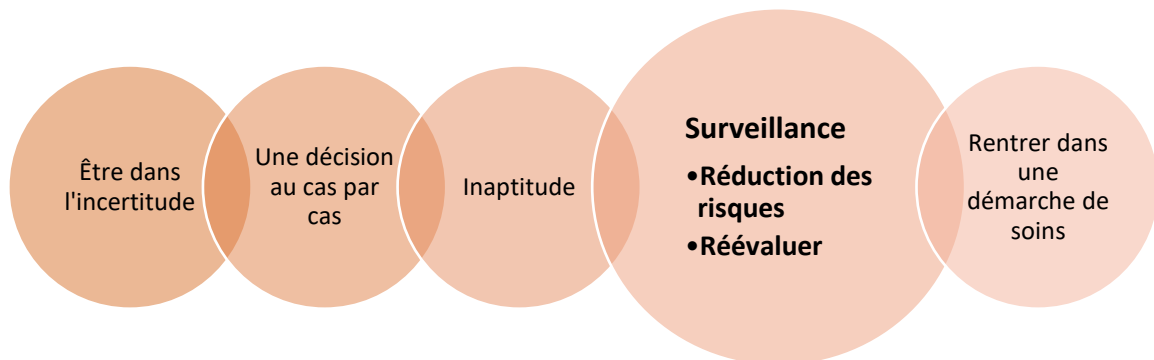
(837) " Bon bah si c'est une raison totalement personnelle, je refuse de partir parce que je sais pas quoi, je peux pas faire garder mon chat, bon bah très bien, prends tes responsabilités, tu te pointeras pas au pied de l'avion."

(468) "c'est de l'ordre... de j'ai pas envie de partir, après ça tu te débrouilles avec ton chef."

(921) "Il y a un moment on est militaire, si le pax on lui dit de prendre la garde, il veut pas et il claque un arrêt de travail, mais que parce que derrière c'est parce que le chef de section il est méchant. Je pense qu'il faut faire un peu la part des choses."

(578) "Il n'y avait pas de raison médicale à proprement parler, le commandement ne l'entendait pas. Et ça se finit en refus de saut".

#### 4.6.4 Surveillance



L'identification de facteurs de risque n'aboutit pas systématiquement à une inaptitude. Il s'agit alors d'adopter des stratégies de réduction des risques si le départ est prévu, ou bien de temporiser et réévaluer en l'absence de départ prévu.

#### 4.6.4.1 Réduction des risques

La présence de situations défavorables à un départ amène sept participants à déconseiller le départ.

(826) *"Bah là c'est pas le moment de le mettre sur tel terrain, ce n'est pas le moment qu'il parte en mission, il ne va pas être là".*

(321) *"Je vais dire, ce personnel-là, on ne va pas l'emmenner parce que sa situation en ce moment est compliquée."*

(468) *"On dit que ce n'est pas une bonne idée qu'il parte et qu'il soit sur votre liste".*

(381) *"On peut alerter le régiment en disant 'Attention, là, si on fait partir encore une fois, la famille va s'écrouler'".*

(981) *"En fait, on en discute avec le patient, on leur demande ce qu'ils veulent faire, est-ce qu'ils veulent partir, est-ce qu'ils ne sont prêts à partir."*

La mise en évidence de situations sociales ou familiales complexes amène à une discussion afin de leur proposer des pistes de solution. Cette notion est rapportée par six participants.

(837) *"En fait c'est pas forcément de les mettre inaptés, mais parfois c'est de leur donner... de poser une question qu'ils se posent pas quoi".*

(468) *"C'est une discussion. Et surtout avec la personne."*

(381) *"Et pour essayer de trouver des clés de compréhension aux patients ou de les faire réfléchir avec d'autres angles de vue éventuellement. Généralement, ils sont un peu tunnelisés dans leurs idées et d'essayer d'amener d'autres regards."*

(981) *"Là, on essaye de creuser un petit peu et de fouiller, de savoir quels sont les problèmes familiaux. Et essayer surtout de leur donner un peu des axes".*

(321) *"Et puis, je vais juste rappeler aux gens que, bah oui, oui, effectivement, c'est pas facile, il y a des contraintes, et que bah en fait ils les ont acceptés, ça fait partie de leur engagement, ça dure quelques années, et voilà."*

(578) *"Par contre, je vais avoir un temps de discussion en disant 'là par contre il faut peut-être'".*

La mise en place d'aides via l'action sociale des Armées peut également constituer une source de solutions. Les difficultés relevant de la sphère professionnelle peuvent, quant à elles, être prises en charge par une éventuelle mutation ou "mise pour emploi" en lien avec les ressources humaines. Cette notion a été abordée dans la partie "Travailler avec le réseau".

Enfin, pour réduire les risques, l'adaptation du poste, la mise en place d'une surveillance particulière par le commandement ou la mise en place d'un soutien médico-

psychologique sur place sont évoquées par six participants. Cette notion a été abordée dans la partie "Travailler avec le réseau".

*(381) "On garde le dialogue en expliquant la situation, soit pour essayer de convaincre et faire comprendre pourquoi on met ça, soit pour essayer de trouver une alternative."*

*(121) "Est-ce que je peux mettre en place des choses atténuatrices sur place pour faire en sorte peut-être qu'on le laisse partir mais qu'il soit bien pris en charge sur son lieu d'OPEX".*

#### 4.6.4.2 Réévaluer

La détection de situations à risques en VMP n'aboutit pas à une inaptitude dans la majorité des cas. Huit participants soulignent que cette particularité va être notée dans le commentaire de la VMP pour réévaluer le patient si un départ se présente. Elle peut également aboutir à une réévaluation en consultation.

*(921) "Voilà, 'lui c'est un bon pax, mais attention il est fragile'"*

*(837) " En revanche, c'est noté et ça apparaît dans le dossier médical. Dans mon commentaire, j'écris 'VMP ce jour, apte, à noter, contexte familial compliqué ou ce qu'on veut'"*

*(615) " En VMP, on le note dans le commentaire, là, sur Axone, attention, lui, par exemple, à revoir en systématique s'il y a un départ, pour refaire le point et voir si effectivement il peut partir ou pas."*

*(468) " Voilà je pense que c'est plutôt nous, on se le met en commentaire. Et après, s'il y a vraiment un départ qui se déclenche, de prévenir le commandement, on revoit la personne et on dit que ce n'est pas une bonne idée qu'il parte et qu'il soit sur votre liste".*

*(321) "Donc on va le noter dans le dossier quand même, dans les cases de synthèse, pour dire attention, à surveiller quand même."*

*(468) "Donc, voilà, du coup, il faut être rigoureux pendant la VMP, bien noter dans Axone."*

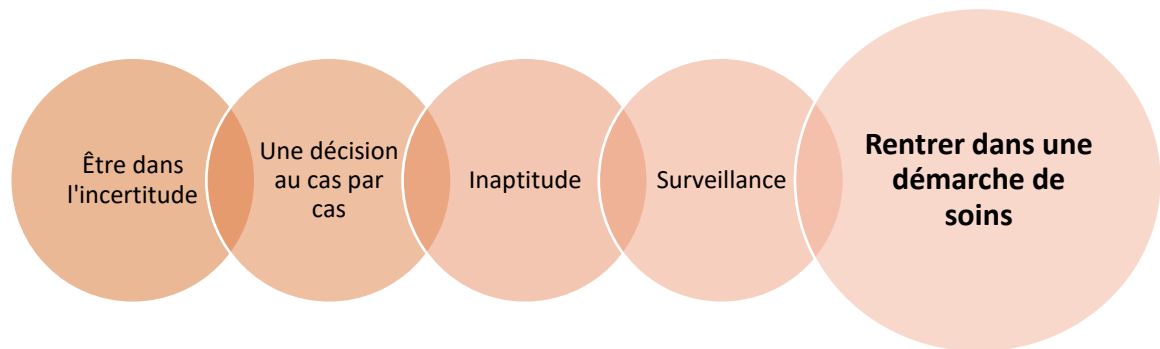
*(921) "Mais je dirais plutôt sur la question de la surveillance. Peut-être bah 'tu reviendras me voir systématiquement à six mois'"*

*(615) " J'y pense, peut-être que je vais mettre un petit mot dans le dossier, parce que voilà."*

Un participant souligne qu'une tenue des dossiers rigoureuse est nécessaire pour être en mesure d'identifier les patients à réévaluer.

*(468) " Donc, voilà, du coup, il faut être rigoureux pendant la VMP, bien noter dans axone. Et du coup, l'infirmière qui s'occupe des dossiers, elle, elle est très rigoureuse. Et du coup, elle nous remet systématiquement les gens où il y a un commentaire en disant à revoir."*

#### 4.6.5 Rentrer dans une démarche de soins



Trois participants soulignent que la détection de facteurs de risque, après réévaluation, peut amener à une prise en charge.

(798) *"Et après, ça nous est arrivé, vis-à-vis de situations psychosociales difficiles, de mettre les gens en arrêt ou en CLDM [Congé Longue Durée pour Maladie], parce qu'effectivement, à la maison... C'est compliqué".*

(381) *"Enfin (la situation) était très très compliquée. Ça a suivi donc une situation de stress psychique importante, où là on l'a mis, donc il a eu des arrêts de travail, par un médecin civil d'abord. Et ensuite, là, on va le basculer en CLDM."*

(921) *"Soit au contraire, ils reviennent nous voir deux mois après, 'oh au fait, je me rappelle d'un truc que vous m'avez dit', et là hop, c'est parti, on arrive à le prendre en charge."*

# 5 - ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

---

## 5.1 État des connaissances

### 5.1.1 Définitions

#### 5.1.1.1 Une définition bien élaborée

Pour rappel, la définition du trouble de l'adaptation est donnée par le DSM-V. Il s'agit de l'apparition de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un facteur de stress psychosocial identifiable, régressifs à la disparition du facteur de stress, disproportionnés par rapport à la réaction attendue en fonction du contexte culturel.

Chez nos participants, les définitions rapportées du trouble de l'adaptation sont cohérentes avec celle du DSM-V : tous les participants le définissent comme l'apparition de symptômes émotionnels en réaction à des contraintes.

Malheureusement, aucune comparaison n'est possible avec la pratique en médecine générale civile, en raison de l'absence d'étude évaluant les connaissances des médecins généralistes civils.

Il existe toutefois des divergences sur plusieurs points quant aux définitions rapportées par les participants.

Les troubles du comportement, y compris les troubles liés à l'usage de substance, ne sont identifiés comme une manifestation du trouble de l'adaptation que par quatre participants, soit moins de la moitié. Or, certains patients présentent uniquement des troubles du comportement, sans symptômes émotionnels associés. Il s'agit de la sous-catégorie "avec perturbation de la conduite" selon la classification du DSM-V<sup>(11)</sup>. En conséquence, il pourrait exister un risque de méconnaître un trouble de l'adaptation chez certains patients. Cependant, aucune donnée épidémiologique précise n'est disponible concernant ce sous-type.

Aucun participant interrogé ne joint à sa définition la notion d'altération du fonctionnement. Pourtant cette altération fait partie des critères diagnostiques du DSM-V, soulignant sa fréquence<sup>(11)</sup>. L'altération du fonctionnement et de la qualité de vie sont plus importants chez les patients présentant un trouble de l'adaptation que chez des patients porteurs de certaines maladies chroniques sans pathologie psychiatrique associée<sup>(54)</sup>.

Enfin, seulement deux participants soulignent le caractère régressif à la disparition du facteur de stress. Cette caractéristique est pourtant un élément central de la définition et son absence impose d'envisager des diagnostics différentiels<sup>(11)</sup>.

#### 5.1.1.2 Des contraintes bien identifiées

Les facteurs de stress sont également en grande partie identifiés par la majorité des participants. Les contraintes les plus fréquemment mentionnées sont la déception vis à vis des attentes du militaire ainsi que les conflits avec la hiérarchie en contexte opérationnel.

Concernant les déceptions, elles peuvent concerner les missions ou le métier de militaire en général. Elles peuvent être un simple désappointement concernant la variété des projections, le rythme de vie ou le travail quotidien. Mais elles peuvent également être ressenties comme de véritables désillusions lorsqu'il existe un conflit de valeurs entre celles que porte le militaire et pour lesquelles il s'est engagé, et certaines situations réelles auxquelles il est confronté. Ces désillusions fortes peuvent marquer le début d'une rupture franche avec l'institution, ainsi que le soulignent les participants, évoluant fréquemment vers une réforme.

La déception du patient vis-à-vis de ses attentes professionnelles n'est pas décrite en soi comme un facteur de risque de trouble de l'adaptation dans la littérature. Cependant, l'insatisfaction relationnelle dans le domaine personnel ou professionnel et l'incapacité à atteindre ses objectifs professionnels sont décrites comme des facteurs de stress pouvant engendrer une dés adaptation<sup>(11,12)</sup>. On pourrait supposer que la déception vis-à-vis des attentes professionnelles constitue un facteur de risque par les mêmes mécanismes que

l'insatisfaction relationnelle et l'échec de satisfaction de ses objectifs. De plus, la notion d'attente vis-à-vis de l'institution ou des missions fait appel à la notion de motivation à l'engagement ou à la projection. Bien que la motivation - qui constitue une ressource psychique intrinsèque - ne soit pas un déterminant direct du trouble de l'adaptation, elle influencerait toutefois, selon nos hypothèses, la capacité d'un sujet à mobiliser des stratégies d'adaptation efficaces face au stress.

Concernant les relations conflictuelles, elles sont massivement décrites comme un facteur de risque de désadaptation par les participants, en particulier lorsqu'elles concernent des supérieurs hiérarchiques.

Ce facteur de risque est bien identifié dans la littérature et figure parmi les facteurs de risques cités par le DSM-V<sup>(11,22,30,38)</sup>.

#### 5.1.1.3 Des facteurs de risque partiellement reconnus

Certains facteurs de risque semblent moins bien connus des participants. La majorité des participants identifient partiellement les facteurs de risque. Ceux rapportés en majorité sont les histoires de vie complexes, le fait d'être un jeune militaire et le caractère immature du patient.

Les histoires de vie complexes sont signalées comme des facteurs de risque de trouble de l'adaptation en mission par une majorité de participants. Dans le cadre de notre étude, les histoires de vie complexes désignent toutes les trajectoires de vie dans lesquelles le sujet ne bénéficie pas d'une cellule familiale stable et protectrice. Il a subi, enfant, directement ou indirectement, des violences verbales, physiques ou sexuelles, des situations de séparations multiples ou une carence affective. Pour certains participants, ces histoires de vie complexes peuvent engendrer chez le sujet de l'immaturité et une forme d'intolérance à l'autorité et à la frustration. L'immaturité en tant que trait de caractère est également citée comme un facteur de risque indépendamment de ces trajectoires. Elle est décrite comme le fait d'accorder de l'importance à des situations qui semblent transitoires aux participants, et ne pas être en

capacité d'appréhender les enjeux d'une situation dans leur globalité. L'identification de ce trait de caractère peut provoquer un sentiment d'agacement chez le médecin.

Concernant les conditions de vie défavorisées, elles sont décrites par les participants comme un facteur de risque de problématiques adaptatives. Néanmoins, le DSM-V les présente comme facteur de stress présent, et non pas comme antécédent constituant un facteur de vulnérabilité. Les histoires de vie complexes ne sont pas décrites en soi comme un facteur de risque de trouble de l'adaptation dans la littérature.

Lorsque l'on s'intéresse aux antécédents de maltraitance et de violence dans l'enfance, ces derniers sont associés à un risque majoré de pathologies psychiatriques comme le trouble stress post-traumatique, les troubles anxieux généralisés, les épisodes dépressifs caractérisés et les troubles liés à l'usage de substances<sup>(26,55)</sup>. Bien que les études ayant analysé l'impact des violences infantiles sur la survenue de troubles psychiatriques ne se soient pas intéressées spécifiquement au trouble de l'adaptation, on peut supposer que les antécédents de maltraitance et de violence dans l'enfance pourraient constituer un facteur de risque.

De plus, les études indiquent que les antécédents de maltraitance sont largement associés à une mauvaise régulation des émotions ainsi qu'à une augmentation des stratégies d'adaptation basées sur l'évitement et l'expression d'émotions négatives<sup>(56)</sup>. Les stratégies d'adaptation axées sur les émotions et les dysrégulations émotionnelles sont suspectées d'être des facteurs de vulnérabilité du trouble de l'adaptation et associées à des symptômes dépressifs plus sévères<sup>(38,57)</sup>.

Les participants associent à la notion de "jeune militaire" » de façon indifférenciée l'âge ou l'ancienneté du militaire dans l'Institution. Toutefois, la littérature établit de manière robuste qu'un grade inférieur constitue un facteur de risque, tandis qu'un grade élevé exerce un effet protecteur<sup>(22,25,27)</sup>.

Concernant l'aspect de l'immaturation des patients, les traits de caractères n'ont pas été étudiés en tant que facteurs de risque dans le milieu militaire spécifiquement. Cependant, on note que les sujets ayant des traits de caractères comme l'impulsivité ou l'intolérance à la frustration rencontrent davantage de difficultés à s'adapter aux relations hiérarchiques<sup>(58)</sup>. Dans un milieu comme l'Armée, l'impossibilité à s'adapter aux relations hiérarchiques engendre inmanquablement des conflits, voire une désadaptation au milieu par définition.

S'agissant des déterminants, le fait d'être une femme ne semble pas être perçu comme un facteur de risque de trouble de l'adaptation : aucun participant ne l'a mentionné. Pourtant, la prévalence de cette pathologie est deux fois plus élevée chez les femmes<sup>(12,13)</sup>. Cet écart pourrait s'expliquer par la faible proportion de femmes au sein de l'Armée de Terre (11,7 %)<sup>(2)</sup>, entraînant une patientèle majoritairement masculine pour les médecins militaires.

L'appartenance à une unité de soutien, tout comme l'accès limité à des soins psychiatriques spécialisés sur place, ne semblent pas non plus être perçus comme des facteurs de risque. Bien qu'ils soient identifiés dans la littérature, ces éléments ne sont que rarement rapportés, et principalement dans des études ciblées<sup>(28)</sup>, ce qui contribue à une méconnaissance de ces facteurs de risque.

#### 5.1.1.4 Entre expérience et enseignement : quelles modalités d'apprentissage ?

Les participants indiquent disposer principalement d'une connaissance du trouble de l'adaptation acquise par l'expérience, un seul d'entre eux aurait bénéficié d'un enseignement spécifique à ce sujet. Les définitions proposées par l'ensemble des praticiens interrogés restent toutefois appropriées.

On peut donc supposer que l'expérience acquise au cours de leur pratique, nourrie par les échanges avec leurs pairs et avec les psychiatres militaires, contribue à développer les compétences nécessaires à l'identification du trouble de l'adaptation en unité.

### 5.1.2 Les freins à l'identification du trouble

Les participants nous ont fait le récit d'expériences cliniques en tant que médecins des forces, en mission ou en unité. Dans ces récits, sont retrouvés des épisodes qui pourraient correspondre à des troubles de l'adaptation, mais qui n'ont pas été identifiés comme tels. Près de la moitié des participants sont concernés, ce qui contraste avec la maîtrise apparente de la définition du trouble de l'adaptation.

Les résultats restent cohérents par rapport à la population générale des médecins généralistes. La reconnaissance du trouble de l'adaptation par les médecins généralistes est globalement faible, malgré une prévalence non négligeable en population générale. On peut faire le parallèle avec une étude espagnole en soins primaires qui s'est intéressée à la reconnaissance du trouble de l'adaptation par les médecins généralistes<sup>(54)</sup>. Sur la cohorte étudiée, les praticiens relèvent seulement deux diagnostics de trouble de l'adaptation alors que les investigateurs de l'étude identifient 110 cas. Cette différence est expliquée, entre autres, par l'utilisation d'outils diagnostiques par les investigateurs, là où les médecins généralistes ne s'arment que de leurs connaissances et de leur sens clinique.

Concernant l'Armée française, une étude s'est intéressée aux diagnostics chez les patients rapatriés pour motif psychiatrique. Elle compare l'évaluation réalisée par le médecin des forces sur le terrain avec celle du psychiatre après le rapatriement en HIA. Les résultats mettaient en évidence des divergences diagnostiques importantes : alors que 10 % des patients étaient considérés comme présentant un trouble de l'adaptation lors du rapatriement, ce diagnostic était retenu pour 30 % d'entre eux à l'issue de l'évaluation par les psychiatres<sup>(31)</sup>.

#### 5.1.2.1 Une définition aux limites floues

Ce défaut de reconnaissance du trouble de l'adaptation pourrait être expliqué en partie par les critères diagnostiques de la pathologie. Cette dernière est décrite comme une réponse disproportionnée à des facteurs de stress, *"dont l'ampleur excède ce à quoi on s'attendait normalement ou quand l'événement défavorable précipite l'altération du fonctionnement"*<sup>(11)</sup>. La distinction entre normal et pathologique relève donc du jugement du praticien, qui peut varier selon divers paramètres individuels.

Cette notion semble avoir bien été identifiée par les participants.

Dans la littérature, ce manque d'identification diagnostique par les médecins généralistes est attribué à la difficulté de distinction entre le trouble de l'adaptation et des réactions normales au stress ou des troubles psychiatriques majeurs. Cette difficulté s'explique par des critères diagnostiques peu précis et une définition jugée floue<sup>(59,60)</sup>. Les

médecins généralistes ont tendance à s'orienter vers des diagnostics plus clairs et consensuels comme la dépression ou l'anxiété<sup>(32,61)</sup>.

#### 5.1.2.2 Confusion entre le trouble de l'adaptation et d'autres diagnostics

Dans les entretiens réalisés, il existe une confusion fréquente entre les problématiques adaptatives et d'autres pathologies psychiatriques, en particulier le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble stress aigu (TSA).

Le TSPT est défini dans le DSM-V. Il se caractérise par quatre groupes principaux de symptômes : ré-expériences intrusives, évitement des rappels du traumatisme, altérations négatives des cognitions et de l'humeur et hyperactivation neurovégétative qui surviennent après l'exposition à un événement traumatique impliquant une menace réelle ou potentielle de mort, de blessure grave ou de violence sexuelle<sup>(11)</sup>. Il semble exister un amalgame chez les participants entre la souffrance face aux contraintes de la mission et le déclenchement d'un TSPT du fait d'un environnement favorisant les reviviscences.

Par ailleurs, le contexte opérationnel expose fréquemment les militaires à des événements potentiellement traumatisants et l'exposition aux combats représente également un facteur de stress reconnu comme facteur de risque de trouble de l'adaptation. Dans la phase aiguë, la distinction entre les différentes pathologies peut ainsi s'avérer difficile<sup>(14)</sup>. On peut également supposer que la forte sensibilisation des médecins des forces au TSPT influence leur jugement.

Le trouble de l'adaptation est également fréquemment confondu avec l'épisode dépressif caractérisé et le trouble anxieux généralisé, en raison de la présence de symptômes communs. La tristesse de l'humeur et l'anxiété constituent en effet des manifestations trans-nosographiques. La distinction entre ces entités repose davantage sur le contexte d'apparition des symptômes et sur leur régression à la disparition du facteur de stress<sup>(54)</sup>. Ce dernier aspect, central pour établir le diagnostic de trouble de l'adaptation, requiert un temps d'observation et d'expectative. Il s'avère particulièrement inaccessible en phase aiguë sur le théâtre d'opération<sup>(31,62)</sup>.

Par ailleurs, le diagnostic de trouble de l'adaptation est fréquemment considéré comme un diagnostic de transition. Il était considéré comme une catégorie « résiduelle » dans le DSM-IV, utilisée pour décrire des états cliniques qui sont une réaction à un facteur de stress identifiable et qui ne répondent pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe I<sup>(63)</sup>. Actuellement, les symptômes le définissant sont polymorphes et aspécifiques et ses critères diagnostiques se définissent toujours par l'exclusion d'un diagnostic plus approprié. Ainsi, en milieu militaire, ce diagnostic permet une mise à distance du milieu et un temps d'observation. Il peut amener à la découverte de pathologies psychiatriques sous-jacentes non transitoires<sup>(62)</sup>. On observe pour 20 à 25% des patients une évolution vers un autre diagnostic psychiatrique<sup>(25,64-66)</sup>. Cette notion sera abordée plus en détails dans le paragraphe 5.2.2. "Pronostic".

La notion de diagnostic de transition était relevée par les participants.

### 5.1.2.3 Reconnaître la souffrance du patient

Au cours des entretiens, plusieurs participants ont réévalué leur perception de certains patients en partageant leurs expériences. Sur le moment, ils avaient interprété les symptômes ou réactions de ces patients comme de l'immaturation ou un "caprice", sans envisager l'hypothèse d'un trouble de l'adaptation.

À la lumière des réflexions qu'ils ont pu avoir sur cette pathologie, ils reconnaissent à posteriori le trouble de l'adaptation chez ces patients.

On peut supposer que le médecin militaire, également projeté en opération et soumis aux mêmes contraintes, éprouve parfois des difficultés à reconnaître chez un patient une souffrance liée à des conditions qu'il s'efforce lui-même d'endurer, parfois avec un sentiment de devoir ou de sacrifice.

On ne retrouve cependant pas d'étude qui s'intéresse à l'impact des différents facteurs de stress et contraintes sur le jugement médical du médecin des forces en mission.

## 5.2 Représentations

### 5.2.1 Le trouble de l'adaptation : déterminants individuels ou facteurs liés à la mission ?

La présente étude porte sur les troubles de l'adaptation en contexte opérationnel, et les entretiens ont été menés dans cette perspective. Toutefois, la quasi-totalité des participants indiquent s'interroger également, voire être davantage concernés, par les troubles de l'adaptation liés à la vie militaire hors du cadre opérationnel. Selon eux, les médecins militaires seraient plus fréquemment confrontés à cette problématique dans la vie régimentaire quotidienne que lors des missions.

On ne dispose pas de données précises et récentes concernant la proportion de consultations en médecine générale militaire pour des problématiques adaptatives. La prévalence des troubles de l'adaptation dans la population générale des militaires de l'Armée de Terre, ou à fortiori dans l'Armée française, ne semble également pas avoir été étudiée. Les chiffres concernant la prévalence du trouble de l'adaptation sont basés sur des populations particulières de militaires, comme les militaires en projection, les militaires rapatriés ou encore les militaires consultant en psychiatrie. Néanmoins, en 2008, sur le volume total de réforme médicale, 77% concernaient des motifs psychiatriques et 76% des troubles de l'adaptation. En 2009, dans 98% des réformes médicales pour motif psychiatrique, un trouble de l'adaptation était mentionné dans le dossier<sup>(67)</sup>. Ces données témoignent de l'ampleur de la problématique désadaptative dans les Armées.

En outre, les participants ont exprimé leurs interrogations quant au cadre nosologique du trouble de l'adaptation en contexte militaire : les pathologies adaptatives en mission pourraient constituer un continuum avec les troubles de l'adaptation à la vie militaire ou bien constituer des pathologies distinctes.

Certains participants soutiennent l'idée que les problématiques adaptatives en mission s'intègrent uniquement dans une désadaptation plus large à la vie militaire. La projection vient alors ajouter des facteurs de stress qui vont aggraver l'expression clinique de la pathologie. Il s'agirait alors d'une même pathologie, le trouble de l'adaptation en mission n'existerait pas de manière isolée. Il ne serait que l'expression de problématiques adaptatives plus globales à

la vie militaire. Les participants adhérant à cette hypothèse soutenaient que le pronostic de ces troubles de l'adaptation révélés en mission était de mauvais pronostic, aboutissant inévitablement à une réforme médicale du militaire.

D'autres participants portent l'hypothèse qu'il s'agit de la même entité pathologique réactionnelle qui se développe face à des contraintes. Ces contraintes peuvent indifféremment être celles de la vie militaire, du contexte opérationnel, de problématiques familiales ou un cumul de différents facteurs. Le trouble de l'adaptation en mission ne sous-entend pas la présence d'une désadaptation à la vie militaire ni à une projection dans différentes circonstances. Ces participants décrivent un pronostic du trouble de l'adaptation inhérent au facteur de stress déclenchant. Ils le considèrent de bon pronostic lorsque ce facteur est circonstanciel et potentiellement résolutif, comme une problématique familiale. Ils le jugent de mauvais pronostic lorsque ce facteur de stress est inhérent aux contraintes opérationnelles, comme l'éloignement familial ou la déception vis-à-vis des attentes du militaire.

Enfin, d'autres participants suggèrent qu'il s'agit de deux pathologies différentes, qui auraient des facteurs déclenchants différents. Les facteurs de risque seraient également différents entre ces deux entités. Cette hypothèse était moins largement soutenue par les participants.

On retrouve donc chez les participants des interrogations concernant les liens entre trouble de l'adaptation à la vie militaire et à la mission. En particulier, l'hypothèse de deux pathologies distinctes est émise.

Dans la littérature, aucune dichotomie n'est décrite entre le trouble de l'adaptation à la vie militaire et en mission, ni entre le trouble de l'adaptation en et hors contexte militaire. Aucune différence n'est soulignée entre les pathologies adaptatives en lien avec des facteurs de stress professionnels et celles en lien avec des facteurs de stress personnels. L'entité nosologique trouble de l'adaptation est décrite comme une pathologie réactionnelle liée à des facteurs de stress. Les différents sous-types sont décrits selon les expressions cliniques et ne sont pas reliés aux facteurs de stress. Les différences cliniques décrites dans la littérature semblent plus associées aux critères de vulnérabilité dépendant des patients qu'aux facteurs de stress<sup>(38,57)</sup>. Ainsi, dans la littérature, le trouble de l'adaptation n'est pas décliné selon les facteurs de stress.

### 5.2.2 Pronostic

Les participants décrivent en majorité les problématiques adaptatives comme étant de mauvais pronostic sur le plan militaire. Leur appréciation du pronostic se limite essentiellement à la question de l'aptitude à servir en milieu militaire. Aucun d'entre eux n'évoque l'évolution du trouble vers d'autres pathologies psychiatriques, sa durée, les risques de récurrence ou les complications potentielles. Ces dimensions ne semblent donc pas faire partie de la représentation qu'ils ont de la pathologie, laquelle apparaît perçue avant tout sous l'angle de ses répercussions militaires.

Malgré un pronostic favorable, on note un risque important d'évolution vers une autre pathologie psychiatrique. Les études sur le trouble de l'adaptation révèlent une pathologie moins sévère et avec une évolution plus favorable que d'autres troubles psychiatriques. Elles évoquent une amélioration des symptômes dans la plupart des cas, particulièrement lorsque le facteur de stress est résolu ou atténué<sup>(64)</sup>. Il existe une évolution favorable à 5 ans chez 82% des patients. Chez 17% des patients, on observe une chronicisation du trouble ou l'évolution vers d'autres pathologies psychiatriques, en particulier des syndromes dépressifs caractérisés<sup>(64,68)</sup>. Une revue systématique retrouve une évolution favorable dans un peu plus de 50% des cas, constituant donc un meilleur pronostic que pour les patients présentant un trouble dépressif ou anxieux<sup>(64,69,70)</sup>. Le pronostic varie en fonction de la nature et de la durée du facteur de stress, de la présence de comorbidités et de l'accès à des interventions psychothérapeutiques adaptées et précoces<sup>(71)</sup>.

Une étude américaine en milieu militaire retrouvait que 24,3% des patients diagnostiqués d'un trouble de l'adaptation avaient un autre diagnostic psychiatrique à 5 ans, 8,9% présentaient une chronicisation de leur trouble de l'adaptation et 43,7% n'avaient plus de diagnostic psychiatrique<sup>(25)</sup>.

De plus, une revue systématique s'intéressant au pronostic du trouble de l'adaptation retrouve une association accrue avec le développement de pathologies chroniques ou graves comme des infections, des maladies cardiovasculaires, la démence, la maladie de Parkinson, ou des cancers associés au tabagisme et à l'alcoolodépendance<sup>(64,72-76)</sup>.

### 5.2.2.1 Risque suicidaire

Seuls deux participants évoquent le risque suicidaire associé au trouble de l'adaptation. Le suicide ne semble pas associé à la représentation du trouble de l'adaptation chez la majorité des participants.

Cependant, le risque suicidaire associé au trouble de l'adaptation est documenté dans la littérature. Une revue danoise retrouve une augmentation du risque de mortalité par suicide chez les patients présentant une pathologie adaptative. Dans cette étude, l'odds ratio est de 12, c'est-à-dire qu'un patient présentant un trouble de l'adaptation aurait 12 fois plus de risque mourir par suicide<sup>(21)</sup>. Le risque suicidaire ne semble pas augmenter chez les patients présentant des problématiques adaptatives consécutives à un accident ou une blessure<sup>(14)</sup>. La prise en charge psychologique semble atténuer le risque suicidaire<sup>(77)</sup>.

### 5.2.2.2 Rapatriement sanitaire

Les praticiens interrogés, dans leur majorité, ont dû demander un rapatriement lorsqu'ils ont été confrontés à un patient présentant un trouble de l'adaptation en contexte opérationnel. Sur les dix récits que nous avons recueillis, seuls deux participants rapportent avoir pris en charge le patient sur le théâtre d'opération, permettant au militaire d'achever la mission.

Il n'existe pas de recommandations claires de la prise en charge spécifique du trouble de l'adaptation en mission. Ce qui peut être expliqué par le fait que les données épidémiologiques concernent uniquement les situations ayant conduit à un rapatriement sanitaire. En revanche, les études portant sur la prise en charge des troubles de l'adaptation recommandent, lorsque cela est possible, l'élimination du facteur de stress identifié ainsi que le recours à la psychothérapie en première intention<sup>(78-81)</sup>. Une revue de la littérature consacrée à la gestion du trouble de l'adaptation en contexte opérationnel propose un algorithme thérapeutique dans lequel la réduction ou la suppression du facteur de stress apparaît parmi les trois premières étapes, après l'évaluation du risque suicidaire et la recherche de troubles liés à l'usage de substances associés<sup>(23)</sup>. Le soutien social constitue

également un élément clé de la prise en charge, en aidant les militaires à faire face aux situations stressantes et à renforcer leurs capacités d'adaptation. Ce soutien peut provenir de différents cercles sociaux — famille, amis, pairs — mais, en opération, le groupe professionnel au sein duquel le militaire est projeté représente le principal système de soutien.

Ainsi, bien que le rapatriement sanitaire ne soit pas systématiquement recommandé, il s'avère fréquemment nécessaire pour permettre l'élimination du facteur de stress. Une prise en charge sur place peut toutefois être envisagée lorsque l'environnement est favorable, car elle permet au militaire de bénéficier du soutien de ses pairs et de rester intégré à son groupe. Le maintien sur le théâtre d'opération peut nécessiter des aménagements du poste. A cet effet, le rôle du médecin militaire est primordial grâce à son action de conseil au commandement.

Les données de la littérature entrent donc en cohérence avec les différentes pratiques retrouvées dans les entretiens.

### 5.2.2.3 Réforme ou reprise du service

Les participants évoquent une évolution quasi-systématique vers la réforme. Seuls quatre participants soulignent que, en fonction des déterminants, le militaire pourra reprendre le travail une fois les facteurs de stress résolus. Ces affirmations des participants s'appliquent aux troubles de l'adaptation apparus en contexte opérationnel et hors opérationnel.

Nous avons précisé que la part des troubles de l'adaptation dans les motifs de réformes pour pathologie psychiatrique est conséquente. Cependant, on ne dispose pas de chiffres portant sur l'évolution des troubles de l'adaptation dans les forces françaises.

L'étude sur les militaires américains s'intéressant à l'évolution des troubles de l'adaptation citée plus haut retrouvait que 23,1 % des patients diagnostiqués d'un trouble de l'adaptation ont quitté l'institution militaire dans les 5 ans. Les conditions de départs (réforme, fin de contrat, désertion...) ne sont pas précisées. Les patients dont le diagnostic initial de trouble de l'adaptation a évolué vers un autre diagnostic psychiatrique ont quitté le service plus fréquemment. En outre, ce diagnostic était associé à un risque plus important de

séparation avec l'institution que les patients ne présentant pas de diagnostic de pathologie psychiatrique, mais moins important que ceux ayant un autre diagnostic psychiatrique<sup>(25)</sup>.

On peut supposer que chez nos participants, la fréquence très élevée avec laquelle la réforme est évoquée reflète un biais de focalisation propre à ces situations. Les contraintes temporelles et administratives associées à la gestion des dossiers de réforme génèrent chez les médecins un fort sentiment d'injustice. Ce ressenti contribue à ce que les procédures de réforme occupent, dans leurs représentations, une place disproportionnée au regard de leur impact réel. Il serait intéressant de réaliser une étude observationnelle épidémiologique relative à l'évolution des troubles de l'adaptation dans nos Armées.

On note une absence de données concernant la reprise du travail chez les patients ayant présenté des problématiques adaptatives dans les forces armées françaises.

Dans la population générale, les patients atteints de troubles de l'adaptation ont tendance à avoir des congés maladie plus courts que les patients atteints d'autres troubles psychiatriques.

Une étude espagnole retrouve une médiane de durée d'arrêt de travail pour trouble de l'adaptation de 91 jours ; 22 % des patients présentent un arrêt de longue durée ( $\geq 6$  mois)<sup>(82)</sup>. Cependant, l'échantillon de cette étude a été composé à partir de sujets ayant bénéficié d'un arrêt maladie non lié au travail. Ces résultats doivent donc être interprétés avec prudence, et ne peuvent pas être extrapolés directement à notre population d'intérêt.

Une étude américaine retrouve une durée d'arrêt similaire à celle rencontrée dans les troubles anxieux, mais plus courte que celle retrouvée dans les troubles dépressifs<sup>(83)</sup>. La probabilité de récurrence du congé pour un trouble de l'adaptation ou pour une autre pathologie était également plus faible.

Un essai contrôlé randomisé suggère que certaines psychothérapies pouvaient réduire le délai de retour au travail à temps plein ou partiel<sup>(84)</sup>.

Au sein du personnel aéronautique de l'armée américaine, le retour au service est plus probable pour un personnel présentant un trouble de l'adaptation qu'un TSPT, un trouble anxieux ou dépressif<sup>(85)</sup>.

Les participants ont fait part des éléments qu'ils jugent prédictifs d'une réforme. Parmi eux, figurent le rejet du cadre militaire dès la formation initiale, la présence de troubles de la

personnalité, des parcours de vie difficiles, ainsi que des déceptions et désillusions liées aux attentes. S'ajoutent des tensions avec la hiérarchie, un manque de soutien et de reconnaissance de la part des supérieurs, et l'impossibilité de concilier les exigences institutionnelles avec les besoins individuels, pouvant aboutir à une rupture avec l'Armée, voire à une désertion. D'autres facteurs concernent la dimension médicale et relationnelle : un diagnostic tardif, une prise en charge initiale dans le secteur civil, une relation patient-médecin de qualité limitée et une perte de confiance envers le service médical militaire. La projection dans la vie civile est identifiée comme un marqueur de mauvais pronostic, révélant un patient ayant déjà renoncé à sa trajectoire militaire.

En revanche, la reconnaissance de la souffrance et des problématiques du patient et son accompagnement par l'institution sont identifiées comme des facteurs de bon pronostic par les participants. Cet accompagnement peut venir du corps médical, du commandement ou du réseau d'accompagnement. Les troubles de l'adaptation sous-tendus par des problématiques personnelles temporaires, l'éloignement familial au quotidien ou des conflits interpersonnels avec une personne spécifique sont également considérés de bon pronostic par les participants.

La littérature identifie plusieurs facteurs prédictifs du non-retour au travail dans la population générale. Parmi eux figurent l'âge avancé, les comorbidités somatiques ou psychiatriques, l'exercice d'un métier manuel, ainsi que des antécédents d'arrêts de travail longs ou répétés et une symptomatologie initiale sévère. S'ajoutent des facteurs psychosociaux, tels qu'une faible estime de soi, des projections pessimistes quant à la reprise, un soutien professionnel limité, une autonomie décisionnelle restreinte et l'exposition à des stress liés au travail. Un arrêt complet au moment du diagnostic et un diagnostic tardif constituent également des facteurs de risque.

Toujours dans la littérature, en milieu militaire, il semblerait que les projections multiples, l'exposition à des combats et une faible cohésion dans le groupe soient associées à des pronostics défavorables<sup>(25)</sup>. Cependant, cette association est contestée par une revue systématique qui affirme qu'*"il n'existe pas de synthèse des facteurs pronostiques en raison de l'hétérogénéité de la littérature"*<sup>(64)</sup>.

#### 5.2.2.4 Nouvelles missions et récives

Un seul participant évoque la possibilité de récive d'un trouble de l'adaptation en mission et explique être réticent à accorder une nouvelle aptitude au départ dans des conditions similaires.

Il n'existe pas de données scientifiques relatives au taux de récive de trouble de l'adaptation en ambulatoire.

Une étude hospitalière retrouve chez les patients sortis d'hospitalisation pour pathologie adaptative un taux de ré-hospitalisation de 20%, la moitié pour trouble de l'adaptation, l'autre moitié pour d'autres motifs psychiatriques<sup>(64,66)</sup>.

Une étude observationnelle épidémiologique relative à l'évolution des troubles de l'adaptation dans nos Armées pourrait permettre de mieux comprendre l'évolution de cette pathologie dans le contexte militaire et mieux appréhender les risques de récive.

#### 5.2.3 Médicalisation

Les participants évoquent massivement une problématique RH initiale et la lutte contre l'attrition lors des formations initiales dans les problématiques adaptatives, aboutissant à une souffrance du patient.

Aucune donnée ne permet de comparer cette notion.

La majorité des réformes de l'Armée de Terre concernerait des militaires du rang. De plus, une étude rétrospective observationnelle réalisée sur les militaires américains pour observer la prévalence de trouble de l'adaptation, leurs évolutions et l'altération fonctionnelle associée retrouve que 39% des patients ayant quitté l'institution militaire étaient de jeunes engagés(64).

On peut supposer que les prémices de la vie militaire sont exigeantes pour les jeunes incorporés. Elles semblent avoir pour conséquence le départ de l'institution d'un certain nombre d'entre eux, ne parvenant pas à s'adapter à ces exigences.

On note chez les participants un sentiment d'impuissance important face à ces problématiques adaptatives. Ce sentiment semble être en lien d'une part, avec le pronostic

qu'ils considèrent péjoratif et inéluctable et, d'autre part, avec un sentiment d'abandon lié à l'absence de réponse et de coordination apportée par la Direction des Ressources Humaines de l'Armée de Terre (DRHAT). Par ailleurs, ces problématiques semblent conduire les médecins à gérer un nombre important de procédures de réforme, lesquelles s'avèrent longues et fastidieuses. Les participants soulignent la lourdeur administrative de ces démarches, en contraste avec des solutions plus simples, directes et rapides que pourrait proposer la DRHAT. Ils évoquent également une tendance à traiter, sur un mode médical, des problématiques qui s'inscrivent initialement dans le champ des ressources humaines.

Ces notions soulèvent l'intérêt de réaliser une étude observationnelle au sein de l'Armée de Terre concernant le trouble de l'adaptation, afin d'en décrire les différents facteurs déterminants, les contextes d'apparition et la gestion qui en est faite.

### 5.3 Répercussions dans l'expertise

#### 5.3.1 Situation psychosociale et évènements de vie

Les participants indiquent tous évaluer la situation psychosociale du patient en visite d'expertise et rechercher des problématiques familiales ou personnelles particulières comme une grossesse, des difficultés financières ou des proches malades. Tous précisent réaliser cette évaluation de façon systématique en visite médicale périodique.

La manière d'évaluer la situation psychosociale des patients varie en fonction des participants. Certains vont s'enquérir simplement du moral et des éventuelles problématiques au travail ou au sein de la famille. L'exploration plus approfondie ne sera réalisée qu'en cas de réponse défavorable à ces questions ou de signe de mal-être de la part du patient. Certains participants explorent d'emblée de façon plus approfondie la sphère psychosociale du patient, en recherchant activement des problèmes de santé ou des difficultés au sein de la cellule familiale. On observe donc une variation de pratiques entre les participants, qu'ils relèvent eux-mêmes.

Cette variation est expliquée par le parcours de formation suivi par chaque médecin mais également par ses traits de caractères, son aisance relationnelle et l'appétence qu'il peut avoir pour certains champs de la pratique médicale. Les conditions d'exercice à l'instant de la visite et les différentes sources de préoccupation pour le médecin vont également avoir un impact sur sa pratique. Enfin, la relation avec le patient est considérée comme déterminante, puisqu'elle conditionne la qualité et la fiabilité des informations recueillies. Elle est impactée par divers facteurs, comme le soulignent les participants<sup>(86)</sup>.

La majorité des praticiens relève faire appel au commandement pour avoir accès à des informations supplémentaires. Il s'agit soit d'informations auxquelles le médecin des forces ne peut pas avoir accès en consultation, comme par exemple l'exclusion du groupe, soit d'informations qui sont soumises à l'interprétation du patient et qui nécessitent un avis extérieur, comme par exemple la qualité des relations avec les supérieurs.

Tous les participants identifient qu'un militaire projeté en mission alors qu'il traverse une situation familiale ou professionnelle compliquée présente un risque majoré de développer un trouble de l'adaptation au cours de la mission. Cependant la grande majorité des participants considère que ces situations rendant un départ non favorable ne constituent pas une cause d'inaptitude médicale en soi. De plus, dans le cadre de la VMP, le militaire est vu sans qu'un départ ne soit forcément prévu, ce qui ne permet pas de prendre en compte ces éléments contextuels pour la décision d'aptitude à la projection opérationnelle.

Pour la majeure partie des participants, dans les rares situations où un départ est prévu au moment de la VMP, ou dans le cadre des VAD pour ceux qui en réalisent, ces situations non favorables au départ ne justifient pas non plus en elles-mêmes une décision d'inaptitude médicale.

Seuls deux participants ont indiqué qu'ils pouvaient prononcer une inaptitude d'emblée en VMP, sans mission à venir et sans retentissement immédiat, dans une logique dite d'épargne psychologique. Pour tous les autres participants, l'élément déterminant de l'évaluation de l'aptitude hors départ prévu reste le retentissement chez le patient, c'est-à-dire son état psychologique au moment de la visite.

Tous les participants s'accordent sur le fait qu'il revient au commandement de tenir compte des situations personnelles des militaires et de décider de la désignation ou non du

personnel. En cas de problématique familiale rendant un départ peu propice et revêtant un risque pour la santé mentale du militaire, les participants expliquent demander au patient d'en discuter avec sa hiérarchie ou de prendre eux-mêmes contact avec le commandement pour l'informer de la situation particulière et des éventuelles inquiétudes quant aux répercussions d'un départ dans ce contexte.

Cependant, lorsque le commandement ne prend pas ces éléments en considération, principalement en raison de contraintes de gestion des ressources humaines, la moitié des participants environ déclare prononcer une inaptitude médicale au départ.

### 5.3.2 Motivations à la projection

Nous avons émis l'hypothèse qu'une motivation faible ou pathologique du patient au départ en mission pourrait être un facteur de risque majeur de trouble de l'adaptation à la projection opérationnelle. On définit la motivation pathologique par une motivation non adaptée, irréaliste ou idéalisée, voire délirante.

De façon unanime, les motivations au départ ne sont ni explorées ni considérées comme des déterminants des problématiques adaptatives. Toutefois, la moitié des participants souligne qu'un départ non désiré est un facteur de risque de désadaptation en mission.

Au demeurant, on ne retrouve pas de données scientifiques qui interrogent l'association entre manque de motivation et trouble de l'adaptation.

La moitié des participants questionne la satisfaction du départ en VMP ou en VAD dans le but de rechercher des problématiques familiales ou financières sous-jacentes. Les patients qui souhaitent ne pas être projetés ont de manière générale des problématiques personnelles qui rendraient le départ à risque pour leur santé mentale.

Par ailleurs, on retrouve chez la moitié des participants une représentation de la motivation financière comme une "mauvaise" motivation, sans pour autant que cela influence leur expertise. Les participants soulignent que, si les effectifs le permettaient, il serait préférable de tenir compte de la motivation lors de la désignation à un départ. Toutefois, dans

la mesure où cette condition n'est généralement pas remplie, ce paramètre n'exerce en pratique que très peu d'influence sur la décision.

### 5.3.3 Ressources psychiques et facteurs de vulnérabilité

Une des questions du guide d'entretien avait pour objectif d'explorer la capacité des participants à évaluer les facteurs de vulnérabilité du patient.

De façon unanime, les participants expliquent ne pas savoir évaluer les ressources psychiques et les critères de vulnérabilité. Ils indiquent conceptualiser une appréciation globale du patient de manière intuitive et empirique, en se fondant principalement sur la présentation générale, le discours, l'attitude, et certains éléments perçus comme atypiques ou "bizarres". Ils considèrent toutefois que cette forme d'évaluation ne repose sur aucun fondement scientifique et ne peut en aucun cas être considérée comme fiable. Cette appréciation globale ne justifierait pas une inaptitude selon les participants.

Par ailleurs, tous soulignent qu'il est impossible de se fier à l'impression spontanée laissée par un patient et qu'il n'est réellement possible d'apprécier sa capacité à faire face aux difficultés que lorsqu'il y est effectivement confronté. Les capacités d'adaptation relèveraient d'un processus dynamique qui ne peut être évalué qu'à l'épreuve du service.

Deux thèses d'internes militaires, publiées en 2011 et 2020, mentionnent l'utilisation d'un questionnaire de vulnérabilité psychologique (QV5)<sup>(67,87)</sup>. Cet outil, composé de 59 items, était renseigné par les candidats à l'engagement lors de la visite de sélection effectuée dans les antennes médicales d'expertise médicale initiale (AEMI). En complément de l'entretien psychiatrique, le QV5 avait pour objectif d'aider le médecin militaire à estimer le pronostic d'adaptation. Trois conclusions étaient possibles : « toutes les chances de s'adapter », « risques d'inadaptation importants » ou « engagement refusé ». Ce questionnaire n'est plus utilisé à l'heure actuelle. Nous n'avons toutefois retrouvé aucune information concernant ses périodes d'utilisation ni les raisons ayant conduit à son abandon.

Les psychiatres peuvent également être amenés à évaluer les ressources et les vulnérabilités du patient afin d'émettre un avis sur les capacités d'adaptation du militaire au

milieu. Cette évaluation pose les mêmes difficultés aux spécialistes qu'aux médecins des forces : la prédiction du risque de trouble de l'adaptation est difficilement possible. Divers outils psychométriques ont été développés pour préciser les traits de personnalité, évaluer les compétences sociales, examiner les fonctions cognitives ou encore explorer les capacités associatives, perceptives et d'ajustement d'un individu. Toutefois, ces instruments sont peu utilisés en pratique clinique courante. Ils sont principalement mobilisés par les psychologues du travail dans des contextes de recrutement, ainsi que dans les recherches nécessitant des mesures standardisées et fiables. Leur utilisation en situation clinique est limitée par plusieurs facteurs, notamment l'absence de prise en compte des capacités de réhabilitation et de changement du patient, ainsi que la mise à distance de la dimension subjective inhérente à l'évaluation psychiatrique. Ce ressenti subjectif du psychiatre est considéré comme un élément essentiel de l'évaluation. Il reflète notamment la qualité du contact, l'authenticité et la réciprocité de l'échange, ainsi que l'empathie, la connivence et l'accessibilité du patient à l'humour, "*[qui] sont autant de marqueurs susceptibles de réduire la marge d'incertitude qui échappe au réductionnisme scientifique.*"<sup>(88)</sup>

## 5.4 Besoins de formation et pistes d'amélioration

La dernière question du guide d'entretien cherchait à recueillir les remarques et les questions des participants, mais également leur avis sur des pistes d'amélioration ou des nécessités de formation relatives au trouble de l'adaptation. Les participants ont souligné à d'autres moments de l'entretien les aspects qui gagneraient à être améliorés selon eux.

### 5.4.1 Formation

Les participants ont exprimé en majorité qu'ils auraient souhaité bénéficier d'une formation ou une sensibilisation concernant les troubles de l'adaptation. Ces participants n'avaient pas bénéficié pendant leurs études de médecine de cours sur cette entité nosologique : leurs connaissances sont empiriques. Ils précisent qu'actuellement ils ne

ressentent pas ce besoin de formation, qu'ils se sentent compétents dans ce domaine et ont peu de doutes quand il s'agit d'expertise.

Certains participants suggèrent la mise en place d'un enseignement spécifique visant à renforcer l'aisance dans la conduite d'un entretien médico-psychologique, notamment pour préciser les questions à poser et les éléments à rechercher. Ils soulignent en particulier la nécessité d'un apprentissage permettant de mieux statuer sur l'aptitude et les restrictions au regard des différentes pathologies psychiatriques. Certains médecins indiquent se sentir démunis face à l'absence de critères détaillés dans les textes réglementaires et la responsabilité de statuer sur l'aptitude face à une pathologie dont ils maîtrisent mal les déterminants.

Par ailleurs, certains participants soulignent l'intérêt d'être formés plus précocement, dès la prise de poste, à la gestion de ces situations. Acquérir une compréhension claire de ce qui relève de la responsabilité du médecin, de ce qui incombe au commandement, ainsi que des différents leviers de prise en charge pouvant être mobilisés pourrait permettre d'éviter une médicalisation de problématiques qui ne sont pas, à l'origine, de nature médicale, et permettre au médecin d'occuper justement sa place vis-à-vis du commandement.

Du fait de l'évolution des études théoriques de médecine, les troubles de l'adaptation font désormais partie du socle appris à l'externat<sup>(89)</sup>. Les enseignements lors du dernier stage de médecine générale et du module complémentaire en fin de cursus militaire englobent les questions de conseil au commandement et de gestion non médicale des problématiques sociales. Certains de ces besoins d'enseignement semblent avoir été partiellement satisfaits à l'heure actuelle. Une sensibilisation à cette entité nosologique spécifique pourrait néanmoins être proposée dans le cadre du module complémentaire en fin de cursus. De plus, faciliter le passage des jeunes médecins généralistes au sein des services de psychiatrie lors de leur internat pourrait permettre une meilleure aisance face aux pathologies psychiatriques.

#### 5.4.2 Outils de dépistage, aide au diagnostic et sensibilisation des praticiens : un besoin prépondérant

Les participants déplorent le manque d'outils pour dépister et diagnostiquer le trouble de l'adaptation. Ils suggèrent que ces derniers, s'ils permettaient un "screening", amélioreraient la prise en charge de ces patients et réduiraient le délai de prise en charge.

Des outils d'évaluation fiables existent. Il s'agit de l'Adjustment Disorder New Module (ADNM) et de l'International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ).

L'échelle ADNM est une échelle de dépistage du trouble de l'adaptation qui se base sur les critères de la CIM 11. Cette échelle est disponible en annexe. Ce questionnaire est divisé en deux parties, une première partie avec des évènements qui correspondent à des facteurs de stress et une seconde partie qui comprend des symptômes et une cotation de la sévérité de ces symptômes. Ces questionnaires sont validés en français. Une version de cette échelle spécifiquement adaptée au milieu militaire est actuellement en cours de validation en anglais<sup>(90)</sup>.

Le questionnaire IADQ repose également sur les critères de la CIM-11. Il comporte la même structure que l'ADNM et est composé de 19 items. Il permet le diagnostic du trouble de l'adaptation. Une version française est validée et est disponible en annexe.

Une meilleure connaissance de ces outils par les médecins des forces et une utilisation plus large pourrait permettre un meilleur dépistage des problématiques adaptatives. En outre, l'utilisation de ces outils normés et validés pourrait permettre la réalisation d'enquêtes épidémiologiques à grande échelle dans nos forces armées.

Les participants soulignent également que, pour réduire les insuffisances en matière de dépistage, il serait opportun de renforcer la formation des cadres de proximité aux risques psychosociaux. Ces derniers ont une relation plus proche avec les militaires et les côtoient au quotidien. Ils connaissent également mieux leur contexte psychosocial et sont de ce fait plus susceptibles de repérer précocement un changement de comportement ou une altération de l'état habituel du militaire.

Conformément aux objectifs du plan ministériel 2019–2022 concernant la santé mentale des militaires, un référentiel pédagogique consacré aux premiers secours psychologiques en opération (PSPO) a été élaboré par l'École du Val-de-Grâce. Ce référentiel vise à permettre le repérage précoce des signes de détresse psychologique en opération et à favoriser l'orientation rapide vers la chaîne médicale. Il a conduit à la création d'un module de sensibilisation destiné notamment aux cadres de contact, permettant de fournir un cadre d'action face à l'« incapacité opérationnelle d'origine psychologique ». Les premiers retours indiquent que ce module est perçu comme pertinent par les militaires formés<sup>(91)</sup>.

### 5.4.3 Manque de moyens thérapeutiques

Le manque de moyens thérapeutiques pour prendre en charge le trouble de l'adaptation constituait également une limite relevée par les participants. Aucun d'entre eux n'a mentionné la prise en charge psychothérapeutique. Toutefois, il convient de préciser que les questions posées lors de l'entretien ne portaient pas sur les modalités thérapeutiques, mais exclusivement sur les facteurs de risque, leur évaluation et leur prise en compte dans le cadre de l'expertise.

La première mesure thérapeutique consiste à supprimer le facteur de stress ou, lorsque cela n'est pas possible, à en réduire l'impact. La suppression du facteur de stress doit être suivie de la mise en place d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui est considérée comme le traitement de première intention. Plusieurs autres approches psychothérapeutiques issues des thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles ont démontré leur efficacité dans le traitement des troubles de l'adaptation, notamment la thérapie de résolution de problèmes, l'activation comportementale, l'écriture expressive et les thérapies fondées sur la méditation<sup>(22,64,71,92–94)</sup>.

Les traitements pharmacologiques ne sont pas recommandés dans la prise en charge du trouble de l'adaptation<sup>(93,95,96)</sup>.

Dans le contexte militaire, une revue de la littérature propose une synthèse des recommandations spécifiques relatives à la prise en charge de ce trouble<sup>(23)</sup>. Les auteurs soulignent la nécessité d'une évaluation systématique du risque suicidaire, même si les crises

suicidaires observées dans ce contexte demeurent généralement brèves. En première intention, le traitement repose sur la réduction ou la suppression du facteur de stress, le renforcement du soutien social et la mise en place d'une TCC visant à aider le militaire à recontextualiser le facteur de stress, à s'y adapter et à modifier sa réponse. Les psychothérapies individuelles ou groupales centrées sur les ressources du patient, les effets du stress et les stratégies d'adaptation apparaissent particulièrement efficaces. L'usage de psychotropes doit rester limité dans le temps et ciblé sur des symptômes persistants d'anxiété, de dépression ou d'insomnie.

Enfin, l'adaptation ou la modification de l'environnement de travail peuvent permettre une amélioration de la symptomatologie<sup>(78)</sup>.

#### 5.4.4 Adapter période probatoire à l'épidémiologie de ce trouble

Les participants indiquent que les troubles de l'adaptation apparaissent majoritairement autour du septième mois de service, soit peu après la fin de la période probatoire. La concomitance entre l'émergence de ces troubles et la fin de cette période probatoire complique leur prise en charge : le militaire, n'étant plus en période probatoire, ne peut plus dénoncer son contrat. L'éviction du facteur de stress devient alors impossible ou nettement plus difficile.

Il n'existe pas de données précises concernant le délai d'apparition des troubles de l'adaptation chez les jeunes militaires.

La réalisation d'une étude épidémiologique observationnelle au sein des forces armées françaises permettrait de préciser le délai moyen d'apparition du trouble de l'adaptation chez les jeunes militaires. À terme, ces données pourraient éventuellement conduire à proposer une adaptation de la durée de la période probatoire pour les sujets présentant des signes précoces de désadaptation.

## 5.5 Limites de l'étude

Nous notons un biais de recrutement en lien avec les modalités de recrutement des participants. Les participants présentaient un certain tropisme pour le thème de l'étude et les représentations sont a fortiori différentes chez un sujet préoccupé par le thème que chez un participant désintéressé. Le choix du recrutement par volontariat est pragmatique et organisationnel. Sélectionner de façon aléatoire des praticiens généralistes militaires et les contacter pour conduire un entretien nous aurait possiblement confronté à plusieurs refus. De plus, du fait de l'inexpérience de l'investigateur principal, nous souhaitons réaliser le maximum d'entretiens en présentiel. La sélection aléatoire de médecins nous aurait imposé la réalisation d'un plus grand nombre d'entretiens en distanciel ou des contraintes logistiques plus importantes.

Malgré la saturation des données en douze entretiens, notre échantillon ne semble pas le plus représentatif de la population de médecins militaires travaillant au profit de l'Armée de Terre. Pour des raisons logistiques, nous avons choisi de réaliser notre prospection dans les CMA 07, 09 et 10. Du fait de la répartition géographique de certaines armes d'une part, et de la réponse basée sur le volontariat d'autre part, certaines armes de l'Armée de Terre n'étaient pas représentées. Nous avons une surreprésentation de certaines unités comme les Bataillons de Chasseurs Alpains et les Troupes de Marine. Ces armes bénéficieraient d'un recrutement particulier, laissant supposer que les militaires les constituant aurait des profils différents du reste des militaires de l'Armée de Terre, en particulier vis-à-vis de la motivation à l'engagement. Il n'a pas été inclus de médecins soutenant la Légion Étrangère dans notre étude, aucun n'ayant répondu à la prospection. Au demeurant la Légion bénéficie d'un recrutement spécifique qui pourrait porter à des résultats différents de ceux du reste de l'Armée de Terre.

Nous pouvons également retenir un biais de désirabilité. Lorsqu'un individu anticipe un entretien portant sur un thème donné, il a tendance à se renseigner préalablement sur ce thème. Ce comportement est souvent adopté de manière non consciente et observé de façon quasi universelle. Les participants recevaient avant l'entretien une notice d'information sur laquelle figuraient les objectifs de l'étude et quelques explications relatives au thème. On

suspecte dans ces conditions un biais de désirabilité influençant les réponses relatives aux définitions et aux représentations du trouble de l'adaptation.

Enfin, nous soulignerons un biais de réalisation dans la conduite des entretiens. La conduite d'un entretien semi-directif requiert une expérience certaine. L'investigateur doit rester parfaitement neutre pour ne pas influencer le discours du participant. La formulation des questions doit être ouverte et dépourvue de parti pris. L'investigateur doit être en mesure de relancer le discours en utilisant différentes techniques, réorienter le participant lorsque les réponses s'éloignent des questions, faire préciser des points au participant. Il lui incombe de maîtriser son expression verbale, de limiter ses tics de langage et de débarrasser son propre discours d'orientations implicites. Il doit également prêter attention à son expression non verbale. Parallèlement, il doit porter attention non seulement au contenu verbal, mais également à la manière dont celui-ci est exprimé, en observant et en consignant les éléments de communication non verbale. Ainsi, pour un investigateur novice, l'exercice peut s'avérer complexe, entraînant inévitablement des erreurs de réalisation et des biais liés à la conduite de l'entretien.

En ce sens, la qualité du guide d'entretien aurait pu être améliorée. Bien qu'il ait été relu à plusieurs reprises par différentes personnes, dont certaines disposant de compétences spécifiques en psychiatrie, il n'a pas été réalisé de relecture par un spécialiste de la méthodologie qualitative.

Enfin, peu expérimentés dans la maîtrise de la méthodologie qualitative, nous avons sollicité un soutien méthodologique par le CESP. Cela a permis de réorienter l'analyse, et de confirmer certains critères de qualité, justifiant la poursuite de cette étude et la présentation de ses résultats.

## 6 - CONCLUSION

---

La notion d'adaptation fait référence à la capacité d'un sujet à affronter et à s'ajuster à des situations de stress ou à des modifications de son environnement. Lorsque ses capacités adaptatives sont dépassées, un déséquilibre est possible et peut entraîner une souffrance psychique nommée trouble de l'adaptation.

Le trouble de l'adaptation est une entité nosologique psychiatrique dépendant des troubles liés à des facteurs de stress. Il est défini par le DSM-V comme le développement de symptômes émotionnels ou comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables, apparaissant au cours des trois mois suivant la survenue de ceux-ci. Il est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et ne persistant pas plus de six mois après disparition du ou des facteurs de stress. Son expression clinique est polymorphe et trois modalités d'expression sont décrites le plus fréquemment : les troubles anxieux, les troubles dépressifs et les troubles des conduites.

Les facteurs de risque identifiés sont nombreux et comprennent les troubles de la personnalité, les antécédents de maladie psychiatrique, les conditions de vie défavorisées, les maladies chroniques, le sexe féminin, le jeune âge, le chômage et le soutien social limité, les antécédents de violences subies dans l'enfance.

Les facteurs de stress pouvant engendrer un trouble de l'adaptation sont eux également multiples, et peuvent être d'ordres personnel, professionnel ou familial. Ils comprennent les transitions majeures de la vie, les conflits interpersonnels ou familiaux, les difficultés professionnelles, les maladies chroniques ou les accidents, le deuil, l'exposition à des facteurs de stress environnementaux.

En milieu militaire, la notion d'adaptation a une importance cruciale, dans la mesure où les missions opérationnelles, qu'elles soient conduites sur le territoire national ou sur des théâtres d'opérations extérieurs, exposent les militaires à des contraintes physiques, émotionnelles, et psychologiques particulièrement élevées. À ces exigences opérationnelles,

s'ajoutent les contraintes inhérentes à la vie militaire : l'appartenance à un collectif, la vie au sein d'une institution fortement hiérarchisée et régie par des normes strictes, l'impératif de disponibilité, ou encore la prééminence de valeurs collectives pouvant entrer en décalage avec celles de la société civile. S'y ajoutent également l'obligation de mobilité, susceptible d'entraîner un éloignement familial et des absences répétées, ainsi que la promiscuité et la réduction de l'intimité inhérentes à la vie en collectivité.

Les troubles de l'adaptation sont fréquents en milieu militaire et notamment en mission. Pourtant, le trouble de l'adaptation demeure une entité relativement méconnue des médecins généralistes. En contexte opérationnel, leur survenue, en plus de générer une souffrance psychique importante pour le militaire est associée à un risque suicidaire élevé et conduit le plus souvent à un rapatriement sanitaire. Ce dernier entraîne des répercussions non seulement pour le patient, mais également pour le groupe, pour les objectifs opérationnels et pour l'institution dans son ensemble.

Dans la mesure où la projection d'un militaire en mission est conditionnée par l'aptitude médicale au départ, il apparaissait pertinent d'examiner les représentations et les connaissances que les médecins militaires ont de ce trouble, ainsi que la manière dont celui-ci est pris en compte lors des visites d'aptitude.

Notre étude a d'abord permis de montrer que, malgré des connaissances au sujet du trouble de l'adaptation relativement conformes à l'état de la science et une bonne identification des facteurs de stress et des facteurs de risque, il persiste des représentations erronées de cette pathologie. Du fait de ses présentations polymorphes, de ses symptômes trans-nosologiques et de ses critères diagnostiques aux limites imprécises, il existe un amalgame entre le trouble de l'adaptation et d'autres pathologies psychiatriques. Le trouble de l'adaptation est considéré par les médecins militaires comme une pathologie de mauvais pronostic, émanant de problématiques de gestion des ressources humaines en premier lieu. Il existe chez les participants un sentiment d'impuissance face à ce trouble en lien avec ces représentations, rendant sa prise en soins et sa gestion complexes et sources d'insatisfaction.

Notre étude a mis en évidence qu'il y avait une bonne prise en compte des facteurs de risque du trouble de l'adaptation et des facteurs de stress potentiels par les médecins militaires. Toutefois, la gestion de ces risques, en l'absence de retentissement sur l'état

clinique actuel du patient, semble inhérente aux décisions du commandement et ne relève pas uniquement de l'expertise médicale. La prédiction de l'adaptation ou non d'un militaire à une situation opérationnelle est difficilement réalisable par le médecin militaire. L'évaluation des ressources et des vulnérabilités du militaire est un processus complexe et peu fiable. La confrontation au milieu associée à l'observation du développement des capacités adaptatives semble être l'unique moyen d'éprouver l'adaptation du sujet au milieu.

Afin d'améliorer la compréhension des spécificités de ce trouble au sein des forces armées françaises, nous proposons de poursuivre ce travail par la réalisation d'une étude épidémiologique relative au trouble de l'adaptation dans l'Armée de Terre. Elle pourrait favoriser une meilleure appréhension de la prévalence, des facteurs de risque et des facteurs prédictifs spécifiques à la population militaire terrienne française, permettant à terme une meilleure gestion de ces pathologies.

## 7 - BIBLIOGRAPHIE

---

1. Chiffres\_Clés\_2025\_FR (10 2025).pdf [Internet]. [cité 14 nov 2025]. Disponible sur: [https://www.defense.gouv.fr/sites/default/files/ministere-armees/Chiffres\\_Cle%CC%81s\\_2025\\_FR%20%2810%202025%29.pdf](https://www.defense.gouv.fr/sites/default/files/ministere-armees/Chiffres_Cle%CC%81s_2025_FR%20%2810%202025%29.pdf)
2. Chiffres clés de l'armée de Terre 2024 | Ministère des Armées et des Anciens combattants [Internet]. 2024 [cité 14 nov 2025]. Disponible sur: <http://www.defense.gouv.fr/terre/mieux-nous-connaître/chiffres-cles-larmee-terre-2024>
3. Déploiement des armées françaises dans le monde | Ministère des Armées et des Anciens combattants [Internet]. 2025 [cité 14 nov 2025]. Disponible sur: <http://www.defense.gouv.fr/operations/deploiement-armees-francaises-monde>
4. Williamson V, Stevelink SAM, Greenberg N. Occupational moral injury and mental health: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. juin 2018;212(6):339-46.
5. France, France, éditeurs. Livre blanc défense et sécurité nationale 2013. Paris: la Documentation française diff. Direction de l'information légale et administrative; 2013.
6. Les missions du SSA | Ministère des Armées et des Anciens combattants [Internet]. 2022 [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: <http://www.defense.gouv.fr/sante/nos-missions/missions-du-ssa>
7. Code de la défense - Légifrance [Internet]. [cité 14 nov 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte\\_lc/LEGITEXT000006071307/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006071307/)
8. Instruction 2100 Aptitude A Servir | PDF | Indice de masse corporelle | Arthrite [Internet]. [cité 14 nov 2025]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/287132894/Instruction-2100-Aptitude-a-Servir>
9. Rondier JD. Le rapatriement sanitaire en psychiatrie, une décision s'inscrivant dans un processus de soin. *Medécine et armées*. 2010;38(1):99-103.
10. Daudin M. La psychiatrie militaire et le soin : une subversion de la pratique expertale ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 avr 2024;182(4):397-9.
11. American Psychiatric Association. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

12. Kelber MS, Morgan MA, Beech EH, Smolenski DJ, Bellanti D, Galloway L, et al. Systematic review and meta-analysis of predictors of adjustment disorders in adults. *J Affect Disord.* 1 mai 2022;304:43-58.
13. Anastasia A, Colletti C, Cuoco V, Quartini A, Urso S, Rinaldi R, et al. Demographic variables, clinical aspects, and medicolegal implications in a population of patients with adjustment disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:737-43.
14. O'Donnell ML, Alkemade N, Creamer M, McFarlane AC, Silove D, Bryant RA, et al. A Longitudinal Study of Adjustment Disorder After Trauma Exposure. *Am J Psychiatry.* 1 déc 2016;173(12):1231-8.
15. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 29 nov 2025]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/fr>
16. Casey P, Maracy M, Kelly BD, Lehtinen V, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, et al. Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *J Affect Disord.* juin 2006;92(2-3):291-7.
17. Kazlauskas E, Elklit A, Truskauskaite I. A Longitudinal Course of ICD-11 Adjustment Disorder Symptom Profiles: A 12-Month Follow-Up Study. *Psychopathology.* 2022;55(6):373-81.
18. McKenzie A, Burdett H, Rafferty L, Greenberg N, Stevelink SAM. Probable adjustment disorder in the UK Armed Forces: prevalence, stressors and risk factors among serving personnel and ex-serving personnel. *J Affect Disord.* 15 déc 2025;391:119987.
19. Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K. Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* nov 2005;40(11):922-30.
20. Runeson BS, Beskow J, Waern M. The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1996;93(1):35-42.
21. Gradus JL, Antonsen S, Svensson E, Lash TL, Resick PA, Hansen JG. Trauma, comorbidity, and mortality following diagnoses of severe stress and adjustment disorders: a nationwide cohort study. *Am J Epidemiol.* 1 sept 2015;182(5):451-8.
22. McKenzie A, Burdett H, Croak B, Rafferty L, Greenberg N, Stevelink SAM. Adjustment disorder in the Armed Forces: a systematic review. *J Ment Health.* oct 2023;32(5):962-84.
23. Fielden JS. Review: management of adjustment disorder in the deployed setting. *Mil Med.* sept 2012;177(9):1022-7.

24. Schmitz KJ, Schmied EA, Webb-Murphy JA, Hammer PS, Larson GE, Conway TL, et al. Psychiatric diagnoses and treatment of U.S. military personnel while deployed to Iraq. *Mil Med.* avr 2012;177(4):380-9.
25. Morgan MA, O’Gallagher K, Kelber MS, Garvey Wilson AL, Evatt DP. Diagnostic and functional outcomes of adjustment disorder in U.S. active duty service members. *J Affect Disord.* 15 févr 2023;323:185-92.
26. Syed Sheriff R, Van Hooff M, Malhi G, Grace B, McFarlane A. Childhood trauma and the impact of deployment on the development of mental disorder in military males. *Psychol Med.* avr 2020;50(5):818-26.
27. Levin-Rector A, Hourani LL, Van Dorn RA, Bray RM, Stander VA, Cartwright JK, et al. Predictors of Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety Disorders, Depressive Disorders, and Any Mental Health Condition Among U.S. Soldiers and Marines, 2001-2011. *J Trauma Stress.* août 2018;31(4):568-78.
28. Verdonk C, Duffaud AM, Claverie D, Fromage D, Vieira C, Canini F, et al. Heterogeneity of Psychological Profiles in French Army Units and Psychological Changes Between Pre- and Post-deployment: Two Pilot Studies. *Mil Med.* 4 janv 2022;187(1-2):e216-23.
29. Bajjani-Gebara J, Wilcox SL, Williams JW, Kosinski AS, Allard RJ, Wilson C, et al. Adjustment Disorders in U.S. Active Duty Military Women: A Scoping Review for the Years 2000 to 2018. *Womens Health Issues.* 25 août 2021;31 Suppl 1:S33-42.
30. Wilson C, Phillips AK, Hopkins D, Wasserman J, Landoll R, Keller MF, et al. Military Healthcare Providers’ Intent to Diagnose Adjustment Disorder. *Mil Med.* 27 sept 2025;usaf468.
31. Dubourdieu AP, Annette S, Wojtecki A, Doutrelon C, Sence E, Colas MD. Concordance Study of Diagnoses and Therapeutic Management for Military Personnel Evacuated for Medico-psychological Reasons: From the Theater of Operations to the Military Training Hospital. *Mil Med.* 16 janv 2025;190(1-2):e235-42.
32. Strain JJ. The Adjustment Disorder Diagnosis, Its Importance to Liaison Psychiatry, and its Psychobiology. *Int J Environ Res Public Health.* 22 nov 2019;16(23):4645.
33. Ungar M, Theron L. Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *Lancet Psychiatry.* mai 2020;7(5):441-8.

34. Wild J, Bennett N, Montalban M, Sadler N, Jenkins Z, Lawrence-Wood E, et al. A commentary on Bonanno and Westphal's (2024) three axioms of resilience: Application to military contexts. *J Trauma Stress*. juin 2025;38(3):552-4.
35. Yurgil KA, Ricca H, Baker DG. Resilience after combat: A prospective, longitudinal study of Marines and Navy Corpsmen. *J Health Psychol*. mai 2025;30(6):1145-59.
36. Campbell-Sills L, Kessler RC, Ursano RJ, Sun X, Taylor CT, Heeringa SG, et al. Predictive validity and correlates of self-assessed resilience among U.S. Army soldiers. *Depress Anxiety*. févr 2018;35(2):122-31.
37. Lee JEC, Sudom KA, Zamorski MA. Longitudinal analysis of psychological resilience and mental health in Canadian military personnel returning from overseas deployment. *J Occup Health Psychol*. juill 2013;18(3):327-37.
38. Sağlam T. Early maladaptive schemas, coping strategies, and functional impairments in individuals with adjustment disorder during compulsory military service: a comparison with healthy controls. *Front Psychiatry*. 2025;16:1619638.
39. Liu B, Liu L, Zou M, Jin Y, Song L, Ren L, et al. Relationships between resilience, perceived social support, and mental health in military personnel: a cross-lagged analysis. *BMC Public Health*. 18 déc 2024;24(1):3433.
40. Britt TW, Adler AB, Fynes J. Perceived resilience and social connection as predictors of adjustment following occupational adversity. *J Occup Health Psychol*. août 2021;26(4):339-49.
41. Choi KW, Chen CY, Ursano RJ, Sun X, Jain S, Kessler RC, et al. Prospective study of polygenic risk, protective factors, and incident depression following combat deployment in US Army soldiers. *Psychol Med*. avr 2020;50(5):737-45.
42. Doody CB, Robertson L, Cox KM, Bogue J, Egan J, Sarma KM. Pre-deployment programmes for building resilience in military and frontline emergency service personnel. *Cochrane Database Syst Rev*. 6 déc 2021;12(12):CD013242.
43. Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, et al. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 5 nov 2020;11(11):CD013779.
44. Coste S, Tourtier J, Daudé C, Viaggi M, Morgand E, Borne M. Aeromedical evacuation of the French Army: survey of the past 10 years. *Critical Care*. 1 mars 2010;14(1):P274.

45. Luft A, Corcostegui SP, Millet M, Gillard J, Boissier J, Rondy P, et al. Aeromedical Evacuations Within the French Armed Forces: Analysis of 2,129 Patients. *Mil Med.* 2 mars 2020;185(3-4):468-76.
46. Vuong A. Épidémiologie des évacuations aériennes médicalisées de faible priorité dans les armées françaises de 2013 à 2016: étude observationnelle rétrospective chez 2852 patients sur une période de 4 ans [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2018.
47. Annette S, David A. Les évacuations médicales stratégiques pour troubles psychiques en opération : étude sur l'évolution des motifs d'hospitalisation dans le service de psychiatrie de l'hôpital d'instruction des armées Percy en 2016-2017. :10.
48. Lairie A. Épidémiologie des évacuations aériennes médicalisées de faible priorité dans les armées françaises de 2013 à 2016: étude observationnelle rétrospective chez 2853 patients sur une période de 4 ans [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2018.
49. Morgan MA, Kelber MS, Workman DE, Beech EH, Garvey Wilson AL, Edwards-Stewart A, et al. Adjustment disorders: A research gaps analysis. *Psychol Serv.* janv 2021;19(2):283-93.
50. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative [Internet]. De Boeck Supérieur. 2019. 162 p. (Méthodes en sciences humaines). Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/manuel-d-analyse-qualitative--9782807323582.htm?contenu=presentation>
51. Couture M. La recherche qualitative : introduction à la théorisation ancrée. *Interactions.* 2003;7(2):127-34.
52. Lebeau JP, Aubin-Auger I. Initiation à la recherche qualitative en santé, Jean-Pierre Lebeau, 2021, GM santé [Internet]. Global media santé. 2021 [cité 29 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.vg-librairies.fr/specialites-medicales/8856-initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante.html>
53. Cours des comptes. Observations définitives : le Service de santé des Armées, une capacité à consolider [Internet]. Cours des comptes; 2023 juin [cité 21 juin 2024] p. 122. Report No.: S2023-0726. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-09/20231002-S2023-0736-Service-sante-armees.pdf>
54. Fernández A, Mendive JM, Salvador-Carulla L, Rubio-Valera M, Luciano JV, Pinto-Meza A, et al. Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *Br J Psychiatry.* août 2012;201:137-42.

55. Blake JA, Thomas HJ, Mathews B, Lawrence DM, Haslam DM, Higgins DJ, et al. Childhood experiences of domestic violence and its association with mental disorders and health risk behaviours. *Br J Psychiatry*. 1 sept 2025;1-8.
56. Meredith GR, Rakow DA, Eldermire ERB, Madsen CG, Shelley SP, Sachs NA. Minimum Time Dose in Nature to Positively Impact the Mental Health of College-Aged Students, and How to Measure It: A Scoping Review. *Front Psychol*. 2019;10:2942.
57. Ponizovsky AM, Levov K, Schultz Y, Radomislensky I. Attachment insecurity and psychological resources associated with adjustment disorders. *Am J Orthopsychiatry*. avr 2011;81(2):265-76.
58. Rousseau PF, Nicolas F. Troubles de l'adaptation au milieu militaire. *EMC Psychiatrie et Armée* [Internet]. 2018 [cité 29 nov 2025];15. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1241864/psychiatrie-et-armee>
59. Zelviene P, Kazlauskas E. Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:375-81.
60. O'Donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, Gibson K, Lau W. Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. *Int J Environ Res Public Health*. 16 juill 2019;16(14):2537.
61. Casey P, Doherty A. Adjustment disorder: implications for ICD-11 and DSM-5. *Br J Psychiatry*. août 2012;201:90-2.
62. Thomas G, Tourniel G. Le maque des troubles de l'adaptation en milieu militaire. *Médecine et armées*. avr 2009;Tome 37(2):135-7.
63. American Psychiatric Association. *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - Texte révisé*. Editions Masson; 2004.
64. Morgan MA, Kelber MS, Bellanti DM, Beech EH, Boyd C, Galloway L, et al. Outcomes and prognosis of adjustment disorder in adults: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*. déc 2022;156:498-510.
65. Hageman I, Pinborg A, Andersen HS. Complaints of stress in young soldiers strongly predispose to psychiatric morbidity and mortality: Danish national cohort study with 10-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. févr 2008;117(2):148-55.
66. Jäger M, Burger D, Becker T, Frasch K. Diagnosis of adjustment disorder: reliability of its clinical use and long-term stability. *Psychopathology*. 2012;45(5):305-9.

67. Cartigny Renolleau A. Trouble de l'adaptation professionnelle chez des engagés volontaires en milieu militaire: données épidémiologiques et cliniques à propos d'une étude prospective menée pendant huit mois, concernant des engagés militaires, dépistés et adressés par leur médecin généraliste en consultation de psychiatrie dans un Hôpital d'Instruction des Armées [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2011 [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_T\\_2011\\_CARTIGNY\\_RENOLLEAU\\_AURELIE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_CARTIGNY_RENOLLEAU_AURELIE.pdf)

68. Bronisch T. Adjustment reactions: a long-term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. *Acta Psychiatr Scand.* juill 1991;84(1):86-93.

69. Salomonsson S, Santoft F, Lindsäter E, Ejeby K, Ingvar M, Öst LG, et al. Predictors of outcome in guided self-help cognitive behavioural therapy for common mental disorders in primary care. *Cogn Behav Ther.* nov 2020;49(6):455-74.

70. Sawchuk CN, Craner JR, Berg SL, Smyth K, Mack J, Glader M, et al. Initial outcomes of a real-world multi-site primary care psychotherapy program. *General Hospital Psychiatry.* 2018;54:5-11.

71. O'Donnell ML, Metcalf O, Watson L, Phelps A, Varker T. A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Treatments for Adjustment Disorder in Adults. *J Trauma Stress.* juin 2018;31(3):321-31.

72. Ahern TP, Veres K, Jiang T, Farkas DK, Lash TL, Sørensen HT, et al. Adjustment disorder and type-specific cancer incidence: a Danish cohort study. *Acta Oncol.* oct 2018;57(10):1367-72.

73. Gradus JL, Farkas DK, Svensson E, Ehrenstein V, Lash TL, Milstein A, et al. Associations between stress disorders and cardiovascular disease events in the Danish population. *BMJ Open.* 14 déc 2015;5(12):e009334.

74. Islamoska S, Hansen ÅM, Ishtiak-Ahmed K, Garde AH, Andersen PK, Garde E, et al. Stress diagnoses in midlife and risk of dementia: a register-based follow-up study. *Aging Ment Health.* juin 2021;25(6):1151-60.

75. Smith ML, Farkas DK, Sumner JA, Jiang T, Lash TL, Galea S, et al. Associations between adjustment disorder and hospital-based infections in the Danish population. *J Psychosom Res.* mai 2020;132:109976.

76. Svensson E, Farkas DK, Gradus JL, Lash TL, Sørensen HT. Adjustment disorder and risk of Parkinson's disease. *Eur J Neurol.* avr 2016;23(4):751-6.

77. Hsiao FH, Lai YM, Chen YT, Yang TT, Liao SC, Ho RTH, et al. Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(2):214-9.
78. Casey P. Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*. nov 2009;23(11):927-38.
79. Carta MG, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 26 juin 2009;5:15.
80. Strain JJ, Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Compr Psychiatry*. 2008;49(2):121-30.
81. Jones R, Yates WR, Williams S, Zhou M, Hardman L. Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord*. sept 1999;55(1):55-61.
82. Catalina-Romero C, Pastrana-Jiménez JI, Tenas-López MJ, Martínez-Muñoz P, Ruiz-Moraga M, Fernández-Labandera C, et al. Long-term sickness absence due to adjustment disorder. *Occup Med (Lond)*. juill 2012;62(5):375-8.
83. Gaspar FW, Zaidel CS, Dewa CS. Rates and predictors of recurrent work disability due to common mental health disorders in the United States. *PLoS One*. 2018;13(10):e0205170.
84. van der Klink JIL, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med*. juin 2003;60(6):429-37.
85. Britt TW, McGhee JS, Quattlebaum MD. Common mental disorders among US army aviation personnel: Prevalence and return to duty. *J Clin Psychol*. déc 2018;74(12):2173-86.
86. Lecomte G. Comment les militaires de l'armée de terre perçoivent-ils la relation de confiance avec le médecin d'unité ? Paris-Cité; 2024.
87. Mennessier C. L'expertise médico-psychologique à l'engagement dans les forces armées par le spécialiste militaire: l'établissement d'un pronostic d'adaptabilité des candidats [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne ; 2020-...., France]: Université Paris-Saclay. Faculté de médecine; 2020.
88. Salomé J. Mesurer l'adaptation en milieu militaire ? Intérêts et limites de la psychométrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2025;183(Issue 1):Pages 80-85.

89. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).

90. Bajjani-Gebara J, Hopkins D, Wasserman J, Landoll R, Keller M. Modification of the Adjustment Disorder New Module20 (ADNM-20) for Use in Military Environments (ADNM-20-MIL): A Delphi and Pilot Study. *Int J Methods Psychiatr Res.* juin 2025;34(2):e70021.

91. Colas M, Vautier V, Favodon B, Puisse N, Martinez L. Référentiel PSPO. EVDG. 2019.

92. Cowansage KP, Milligan T, Morgan MA, Boyd C, Bellanti DM, Nair R, et al. Treatments for adjustment disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Res.* 21 sept 2025;353:116739.

93. Constantin D, Dinu EA, Rogozea L, Burtea V, Leasu FG. Therapeutic Interventions for Adjustment Disorder: A Systematic Review. *Am J Ther.* 2020;27(4):e375-86.


94. Domhardt M, Baumeister H. Psychotherapy of adjustment disorders: Current state and future directions. *The World Journal of Biological Psychiatry : The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry.* 2018;(19(sup1)):S21-S35.

95. Stein J. Pharmacotherapy of Adjustment Disorder: A Review. *The World Journal of Biological Psychiatry : The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry.* 2018;19(sup1):S46-52.

96. Osborn J, Raetz J, Kost A. Seasonal affective disorder, grief reaction, and adjustment disorder. *Med Clin North Am.* sept 2014;98(5):1065-77.

# 8 - ANNEXES

## ANNEXE I. Avis du comité d'évaluation éthique de la DFRI

  
**MINISTÈRE  
DES ARMÉES**  
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Service de santé des armées  
Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation  
Direction**

Paris, le 16/05/2024  
N° 509183 ARM/SSA/DFRI/DIR/NP

La médecin général inspecteur Nathalie KOULMANN  
Directrice de la Formation, de la Recherche et de l'Innovation

à

Monsieur le médecin général  
Médecin chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran  
(à l'attention du médecin principal Laurine OSTERMANN et de l'IHA Ysée RAYNOUARD)

**OBJET** : Avis du comité d'évaluation éthique de la DFRI (C2E DFRI)

**RÉFÉRENCE** : Note n°506019/ARM/SSA/DFRI/DIR et ses annexes relatives à la création du comité d'évaluation éthique de la DFRI

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet de recherche référencé 2024C2E20 intitulé « *Prévention et dépistage du trouble de l'adaptation chez le militaire en OPEX : rôle du médecin des forces* ».

Suite à l'examen des modifications apportées, le comité d'évaluation éthique de la DFRI (C2E-DFRI) émet un **avis**

**favorable**

**favorable avec corrections mineures (dont le détail est précisé ci-dessous)**

**favorable avec corrections majeures (dont le détail est précisé ci-dessous)**

**défavorable**

A des fins de publication, nous vous informons que le C2E DFRI est enregistré sous le numéro IRB : **IRB00013918 direction de la formation, de la recherche et de l'innovation - DFRI IRB #1** et que son numéro d'entité est le **IORG #: IORG0011755**.


lot du Val-de-Grâce - 1 Alphonse Laveran  
75230 Paris Cedex 05  
[dfri-c2e.contact.fsa@intra.def.gouv.fr](mailto:dfri-c2e.contact.fsa@intra.def.gouv.fr)  
Dossier suivi par : PHP CALINET

1/3

Cette étude non interventionnelle, ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches impliquant la personne humaine, au sens de l'Article L.1121-1 et des Articles R.1121-1 et R.1121-2.

Sur le plan réglementaire, et seulement après l'obtention de l'avis favorable, vous devez faire procéder à un enregistrement de votre recherche par le représentant du responsable de traitement, référent Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), du pôle des Sécurités de la Direction Centrale du Service de Santé des Armées (ssa.rt.fct@intradef.gouv.fr).

Le lancement de l'étude ainsi que la collecte/extraction des données sont interdits tant que cette dernière obligation n'est pas satisfaite et que les formalités réglementaires ne sont pas finalisées.

  
Pharmacien chef de service Christophe RENARD  
Directeur adjoint  
Direction de la Pharmacie de la Recherche  
et de l'Innovation

## ANNEXE II. Notice d'information



### NOTICE D'INFORMATION

destinée aux personnes dont les données à caractère personnel sont traitées dans l'étude

#### TDA-OPEX



Madame, Monsieur,

L'étude « Prévention et dépistage du trouble de l'adaptation chez le militaire en OPEX : rôle du médecin des forces (TDA-OPEX) » est un traitement de données à caractère personnel mis en œuvre dans le service de santé des armées (SSA) dans le cadre de la réalisation d'une thèse d'exercice. Il est inscrit au registre des activités de traitement du SSA. Les investigateurs de cette étude s'engagent à traiter uniquement les données pertinentes, de manière loyale et licite. Toute modification de ce traitement donnera lieu à une mise à jour de cette notice d'information.

#### PRECISIONS SUR LE TRAITEMENT

---

<b>Finalité du traitement :</b>	Explorer la prise en compte du risque de trouble de l'adaptation et de ses facteurs de risques dans les visites périodiques et pré-départ réalisées par les médecins des forces ; Explorer l'état de connaissance et les représentations des médecins militaires des forces sur le trouble de l'adaptation ; Identifier des nécessités de formation ou de recommandation ; Explorer les conséquences sur l'aptitude d'une appréciation élevée d'un risque de trouble de l'adaptation ; Améliorer la prise en charge la prévention et le dépistage du trouble de l'adaptation du militaire AT en OPEX.
<b>Personnes concernées :</b>	Médecins militaires prenant en charge des personnels de l'Armée de Terre et volontaires pour participer à l'étude.
<b>Fondement juridique :</b>	Exécution d'une mission d'intérêt public
<b>Méthodologie de référence :</b>	MR004

#### PRECISIONS SUR LES DONNEES TRAITÉES

---

<b>Catégories de données traitées :</b>	données relatives à l'identification des personnes (tranche d'âge, sexe) ; données relatives à la vie professionnelle.
<b>Provenance des données :</b>	Entretien
<b>Fin de la collecte des données :</b>	A l'issue de l'entretien.
<b>Hébergement des données :</b>	Hôpital d'instruction des armées (HIA) Laveran
<b>Personnes accordant aux données :</b>	Investigateurs
<b>Partage des données :</b>	Les données ne sont pas transmises à des tiers.
<b>Durée de conservation :</b>	Pour les enregistrements : un mois après leur retranscription ; Pour les données : 2 ans après la date de la dernière publication.
<b>Durée d'archivage :</b>	15 ans
<b>Date d'archivage :</b>	A l'atteinte des 2 ans après la date de la dernière publication.

#### INFORMATIONS PRATIQUES

---

Le délégué à la protection des données est le directeur des affaires juridiques du MINARM.  
Le responsable de traitement est le directeur central du service de santé des armées.

Date de création du document : 24/05/2024

## NOTICE D'INFORMATION

destinée aux personnes dont les données à caractère personnel sont traitées dans l'étude  
**TDA-OPEX**

Le représentant du responsable de traitement est le correspondant auprès du délégué à la protection des données. Il peut être contacté :

**Par courrier postal :** Direction Centrale du Service de Santé des Armées  
60 Boulevard du général Martial Valin - CS 21 623 - 75509 PARIS Cedex 15.  
**Par courriel :** [ssa.rtt@intra.def.gouv.fr](mailto:ssa.rtt@intra.def.gouv.fr)

### LES DROITS SUR LES DONNÉES VOUS CONCERNANT

En application du Règlement général sur la protection des données et de la loi n° 78-17 modifiée, vous disposez ou non des droits suivants :

**Droits exerçables :** Accès / Rectification / Effacement / Limitation / Opposition

**Droits non exerçables :** Portabilité

Vous pouvez exercer ces droits ou obtenir des informations complémentaires sur ce traitement auprès de :

**Contact :** IHA Ysée RAYNOUARD / HIA Laveran  
**Par courrier postal :** 34, boulevard Laveran, 13013 Marseille  
**Par courriel :** [ysee.raynouard@intra.def.gouv.fr](mailto:ysee.raynouard@intra.def.gouv.fr)  
**Conditions particulières :** Les demandes d'exercice de droits devront être accompagnées du numéro de répondant qui vous a été attribué lors de l'entretien.

Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation:

**Par courrier postal :** Commission nationale de l'informatique et des libertés / CNIL  
3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.  
**Via le site internet :** <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>

ANNEXE III. Approbation de réalisation d'une étude dans les structures de la DMF



Service de santé des armées  
Direction de la médecine des forces  
Division métier  
Bureau hygiène et santé publique

Tours, le 27 Mars 2024  
N° 339 /SSA/DMF/DIVMET/BHSP/NP

Le médecin général inspecteur Sylvie PAUL  
Directrice de la Médecine des forces

à

Monsieur le médecin général Medhi OULD-AHMED  
Médecin-chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran  
(A l'attention du MP Laurine OSTERMANN et de l'IHA Ysée RAYNOUARD)

**OBJET** : approbation d'une étude dans les structures du service de santé de la médecine des forces.

**RÉFÉRENCE** : le courriel du MP GENICON du 5 février 2024.

Je vous informe que votre projet est approuvé sous le numéro d'enregistrement DMF/DIVMET 2024-003.


Dans les établissements placés sous sa tutelle, et avec la collaboration de son personnel, la Direction de la médecine des forces autorise l'étude « Prévention et dépistage du trouble de l'adaptation chez le militaire en OPEX : rôle du médecin des forces ».

La prospection des volontaires sera réalisée par vos soins afin d'expliquer votre démarche et vos attentes éventuelles quant à la participation du personnel de la médecine des forces.

Vous mentionnerez obligatoirement les éléments suivants dans la communication qui sera faite autour de votre étude, quel qu'en soit le support, en précisant : « L'approbation de la DMF porte exclusivement sur la diffusion et la réalisation de l'étude au sein de la médecine des forces. Elle ne porte pas sur son contenu scientifique qui relève de la DFRI ».

Cette approbation :

- est donnée sous réserve de la validation formelle de l'étude par la Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation (DFRI) ;
- ne se substitue pas à votre encadrement technique ou clinique, ni aux démarches réglementaires (loi informatique et libertés, RGPD, Code de la santé publique...). Pour mémoire, ces démarches sont à réaliser avec le Bureau Recherche et Innovation de la DFRI ([dfri-bri.contact.fct@intra.def.gouv.fr](mailto:dfri-bri.contact.fct@intra.def.gouv.fr)).

  
Le médecin général François Charrot  
Directeur adjoint de la médecine des forces

## ANNEXE IV. Lettre d'information

### **FICHE D'INFORMATION**

Chère consœur, cher confrère

Je vous ai sollicité pour participer à ma thèse d'exercice en médecine générale.

J'ai pour projet de réaliser ma thèse sur les troubles de l'adaptation du militaire de l'Armée de Terre en vue de la projection en opération extérieure (OPEX), sous la supervision du MP David GENICON, médecin des forces, et de la MP Laurine OSTERMANN, psychiatre.

Pourquoi ce sujet ?

C'est une pathologie fréquente chez nos militaires et qui a de fortes conséquences tant sur la santé du militaire que sur sa disponibilité opérationnelle et le fonctionnement de son unité en OPEX. Il induit en effet une souffrance bio-psycho-sociale importante et c'est un motif de rapatriement sanitaire fréquent lorsqu'il se déclare en OPEX. Il est source par ailleurs de nombreuses réformes.

Aucune étude ne s'est intéressée à l'appréhension par le médecin des forces de cette pathologie chez les militaires en contexte opérationnel ou pré-opérationnel.

Qu'est-ce que ça implique pour vous ?

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je souhaite réaliser des entretiens de 30 minutes à 1h30 qui seront enregistrés.

**Vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions sans avoir à fournir d'explication. Vous pouvez interrompre cet entretien à tout moment sans justifier votre décision.**

Les enregistrements seront ensuite retranscrits en verbatim et anonymisés, **votre identité ne sera jamais mentionnée dans les publications qui en découlent**. L'analyse de données se fait sur les retranscriptions, qui seront accessibles uniquement par la direction de thèse, moi-même, ainsi qu'un deuxième lecteur (analyse en double lecture). Les entretiens ne sont pas publiés. L'analyse des données et quelques citations contextualisées et anonymisées figureront dans la thèse. **Les personnes qui réalisent cette étude sont tenues au respect du secret professionnel.**

Qu'est-ce que ça va devenir après ?

La thèse sera disponible en version informatique sur le SUDOC, et en version papier à la bibliothèque centrale et à la faculté de Marseille. La production finale vous sera envoyée par voie électronique si vous le désirez.

Je vous remercie par avance, et me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire.

Respectueusement,  
IHA Ysée RAYNOUARD  
Interne de médecine générale  
06.17.82.23.35 // ysee.raynouard@intradef.gouv.fr

## ANNEXE IV. Guide d'entretien

### Question brise-glace :

1. Pouvez-vous me dire qui êtes-vous, et quelles unités soutenez-vous actuellement ? Etes-vous déjà parti en opération extérieure ? Si oui, où et combien de temps ?

### Thème 1 : définitions, déterminants

2. Savez-vous ce qu'est un trouble de l'adaptation ? Pourriez-vous définir ce diagnostic clinique ? Quelle est votre définition d'un trouble de l'adaptation ?

### Thème 2 : prise en compte des ressources psychiques dans l'aptitude

3. Quand vous statuez sur une aptitude OPEX, dans quelle mesure prenez-vous en compte la dimension psycho-sociale de cette appréciation ? Avez-vous déjà mis un militaire inapte OPEX pour ce motif et pourquoi ?
4. Qu'est-ce qui vous ferait dire qu'un militaire n'a pas les ressources psychiques ou les qualités pour supporter les contraintes d'une OPEX ?
5. Ou au contraire, quels arguments pourraient vous conforter dans l'idée qu'il s'adaptera bien à la (vie en) mission ? (*antécédents d'OPEX bien passés, soutien familial, départ prévu, caractéristiques du théâtre, départ en groupe constitué, ...*)

### Thème 3 : motivations et événements

6. Dans quelle mesure selon vous les événements de vie (personnels ou professionnels) influent-ils sur l'aptitude OPEX ? Quels types d'événements de vie seraient les plus discriminants de votre point de vue ? (*précision : événements de vie, sans compter trouble caractérisé*)
7. Demandez-vous aux militaires s'ils sont motivés à partir en mission et pourquoi le sont-ils ?

### Thème 4 : dépistage (état actuel)

8. Dans les informations/conseils avant-départ, parlez-vous du trouble de l'adaptation, et de la souffrance psychique en général à vos patients ? A certains patients en particulier ?
9. Aimerez-vous recevoir de l'aide des HIA, des psychiatres et psychologues du SSA, ou de la DMF sur le sujet des troubles de l'adaptation en OPEX ? Si oui sous quelle forme ? Quelles seraient vos attentes quant à ce sujet ? Avez-vous déjà entendu parler des PSPO ?

## ANNEXE V. Échelle ADNMM, version française

### Auto-évaluation du trouble de l'adaptation

#### ADNM - 20 items

#### Trouble de l'adaptation – Nouveau module 20

Voici ci-dessous une liste d'événements de vie stressants. Merci d'indiquer les événements qui vous sont arrivés durant les deux dernières années et qui sont actuellement un très lourd fardeau pour vous, ou qui ont été un fardeau pour vous ou cours des 6 derniers mois. Vous pouvez indiquer plusieurs événements s'ils s'appliquent à vous.

Oui	Date de l'évènement (mois/année)
01. Divorce / séparation	..... / .....
02. Conflits familiaux	de ..... / ..... à ..... / .....
03. Conflits au travail	de ..... / ..... à ..... / .....
04. Conflits avec le voisinage	de ..... / ..... à ..... / .....
05. Maladie d'un être cher	de ..... / ..... à ..... / .....
06. Décès d'un être cher	..... / .....
07. Adaptation à la retraite	..... / .....
08. Chômage	de ..... / ..... à ..... / .....
09. Trop / pas assez de travail	de ..... / ..... à ..... / .....
10. Pression pour respecter des délais / pression de temps	de ..... / ..... à ..... / .....
11. Emménager dans un nouveau logement	..... / .....
12. Problèmes financiers	de ..... / ..... à ..... / .....
13. Propre maladie grave	de ..... / ..... à ..... / .....
14. Accident grave	..... / .....
15. Agression	..... / .....
16. Fin d'une activité de loisir importante	de ..... / ..... à ..... / .....
17. Confinement suite à une épidémie	de ..... / ..... à ..... / .....
18. Tout autre évènement de vie stressant (merci de préciser)	de ..... / ..... à ..... / .....
19. Tout autre évènement de vie stressant (merci de préciser)	de ..... / ..... à ..... / .....

Les événements que vous venez d'indiquer peuvent avoir de nombreuses conséquences sur notre bien-être et comportement. Merci d'indiquer ci-dessous quel(s) événement(s) a(ont) été le(s) plus éprouvant(s) :

.....  
 .....

## Auto-évaluation du trouble de l'adaptation

### ADNM - 20 items

#### Trouble de l'adaptation – Nouveau module 20

Un score total supérieur à 47 suggère la présence d'un trouble de l'adaptation.

Symptômes centraux				
Préoccupations	2	4	13	15
Echec d'adaptation	10	17	19	20
Symptômes accessoires				
Evitement	3	7	11	14
Humeur dépressive	1	5	18	
Anxiété	6	16		
Trouble de l'impulsion	8	9	12	

## Références

- Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S., & Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health & Medicine*, 15(5), 584-595.
- Glaesmer, H., Romppel, M., Braehler, E., Hinz, A., & Maercker, A. (2015). Adjustment Disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and Symptom Differentiation. *Psychiatry Research*, 229, 940-948.
- Lorenz, L. (2016). Diagnostik von Anpassungsstörungen. Ein Fragebogen zum neuen ICD-11-Modell. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Lorenz, L., Bachem, R.C., Maercker, A. (2016). The Adjustment Disorder–New Module 20 as a screening instrument: Cluster analysis and cut-off values. *Int J Occup Environ Med*, 7, 215-220.
- Maercker, A., Einsle, F., Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40, 135-146
- Vancappel, A., Jansen, E., Bachem, R., Bray, A., Egretau, L., Réveillère, C., Maercker, A., & El-Hage, W. (2021). Validation of the French ADNM-20 in the assessment of emotional difficulties resulting from COVID-19 quarantine and outbreak. *BMC Psychology*, 9(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00683-7>

« Cette oeuvre est diffusée sous licence CC BY NC ND 4.0 dont les termes sont disponibles via le lien suivant : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr> ».



## ANNEXE VI. Questionnaire IADQ, version française

### Questionnaire International du Trouble de l'Adaptation (QITA) Internal Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ) French version

Ci-dessous, vous trouverez une liste d'événements que vous pouvez avoir vécu. Merci d'indiquer tous les événements qui sont actuellement applicables à votre situation :

Je rencontre actuellement...	Oui
1. Des problèmes financiers (e.g. difficultés à payer les factures, être endetté(e)).	
2. Des problèmes au travail (e.g. chômage, licenciement, retraite, problèmes/conflits avec des collègues, changement de poste).	
3. Des problèmes scolaires (e.g. difficultés avec les devoirs, pression des dates limites de rendu).	
4. Problèmes domestiques (e.g. déménagement stressant, difficultés à trouver un lieu de résidence sûre, manque de sécurité dans le lieu de résidence).	
5. Problèmes relationnels (e.g. ruptures, séparation ou divorce, conflits avec la famille ou les amis, problèmes intimes).	
6. Problèmes de santé personnels (e.g. début ou aggravation d'une maladie, problèmes de traitements, lésion ou handicap).	
7. Problèmes de santé d'un être cher (e.g. début ou aggravation d'une maladie, problèmes de traitements, lésion ou handicap).	
8. Problèmes d'assistance à un proche (e.g. stress émotionnel, demandes de temps).	
9. D'autres problèmes non-mentionnés ci-dessus.	



La section suivante ne doit être complétée que si vous avez répondu oui à au moins un évènement au-dessus. Les propositions suivantes reflètent des problèmes que les gens ressentent parfois en relation avec un/des évènement(s) de vie stressant(s). En pesant à/aux évènement(s) que vous avez identifié ci-dessus, merci d'indiquer à quel point vous avez été perturbé(e) par chacun des problèmes suivants au cours du dernier mois.

	Pas du tout	Un petit peu	Modérément	Pas mal de temps	Extrêmement
10. Je m'inquiète plus depuis le/les évènements stressant(s).	0	1	2	3	4
11. Je ne peux pas arrêter de penser à/aux évènement(s) stressant(s).	0	1	2	3	4
12. Je me sens souvent effrayé(e) à propos de ce qui pourrait arriver dans le futur depuis le/les évènement(s) stressant(s).	0	1	2	3	4
13. Je trouve difficile de m'adapter à la vie depuis le/les évènement(s) stressant(s).	0	1	2	3	4
14. Je trouve difficile de me calmer ou de me sentir calme depuis le/les évènement(s) stressant(s).	0	1	2	3	4
15. Je trouve difficile d'atteindre un état de paix intérieur depuis le/les évènement(s) stressant(s).	0	1	2	3	4
16. Ces problèmes ont-ils débuté dans le mois qui suit le/les évènement(s) stressant(s) ?	<b>Oui</b>			<b>Non</b>	

	Pas du tout	Un petit peu	Modérément	Pas mal de temps	Extrêmement
<b>Au cours du mois dernier, les problèmes ci-dessus ont :</b>	0	1	2	3	4
17. Affecté vos relations ou votre vie sociale?	0	1	2	3	4
18. Affecté votre capacité à travailler ou votre vie scolaire?	0	1	2	3	4
19. Affecté tout autre partie importante de votre vie?	0	1	2	3	4

« Cette oeuvre est diffusée sous licence CC BY NC ND 4.0 dont les termes sont disponibles via le lien suivant : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr> ».

Interprétation :



Un diagnostic probable de trouble de l'adaptation nécessite la présence des critères suivants :

1. Un stressor psychosocial (score  $\geq 1$  sur la liste des stressors de l'IADQ, items 1-9).
2. Au moins un symptôme de « Préoccupation » (items 10-12) noté  $\geq 2$ .
3. Au moins un symptôme de « Difficulté d'adaptation » (items 13-15) noté  $\geq 2$ .
4. L'apparition des symptômes dans le mois suivant le stressor (validation positive de l'item 16).
5. Des preuves d'une altération fonctionnelle, indiquées par un score  $\geq 2$  à l'un des items 17-19.

### Référence

Vancappel, A., Eberle, D. J., Chkili, R., Kerbage, H., Shevlin, M., Maercker, A., El-Hage, W., & Bachem, R. (2025). French Validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ) and Exploration of Its Relationship With Transdiagnostic Skills. *Psychological Test Adaptation and Development*. <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/2698-1866/a000094>



## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## Résumé

Le trouble de l'adaptation constitue une pathologie fréquente au sein des forces armées, conséquence directe de l'exposition des militaires à des exigences opérationnelles, institutionnelles et personnelles élevées. Défini par le DSM-V comme une réponse émotionnelle ou comportementale inadaptée à des facteurs de stress, il se caractérise par une souffrance significative ou une altération du fonctionnement. Dans un contexte opérationnel où les contraintes de l'environnement sont accrues, le risque de survenue d'un trouble de l'adaptation est majoré. Il peut mener à un rapatriement sanitaire, avec des répercussions importantes pour le militaire, son unité et l'Institution.

Dans la mesure où la projection en mission dépend de l'aptitude médicale, nous avons étudié la manière dont les médecins militaires appréhendent ce trouble lors des visites d'expertise.

L'étude qualitative menée montre que la définition, les facteurs de risque et de stress sont bien identifiés et intégrés dans l'appréciation clinique, témoignant d'une compréhension fine des déterminants de l'adaptation malgré la persistance de quelques représentations erronées. Les médecins soulignent que la simple présence d'un risque de trouble de l'adaptation ne constitue pas une inaptitude médicale au départ en l'absence de retentissement clinique. La gestion de ce risque relève du commandement qui doit adapter l'emploi du militaire. L'évaluation médicale centrée sur l'état clinique doit être articulée à une réflexion hiérarchique plus large sur la gestion des facteurs de risque. La prédiction de l'adaptation réelle d'un militaire demeure difficile : seule la confrontation au terrain permet véritablement d'éprouver ses capacités adaptatives, rendant toute anticipation clinique partiellement incertaine.

Afin d'améliorer la compréhension de cette pathologie dans les forces armées françaises et d'optimiser sa gestion, nous proposons de poursuivre ce travail par la réalisation d'une étude épidémiologique au sein de l'Armée de Terre, visant à préciser la prévalence et les déterminants propres à la population militaire et au contexte opérationnel.

Mots-clefs : médecine militaire, trouble de l'adaptation, stress, aptitude, Armée de Terre