Trouble de l'adaptation au milieu militaire : une étude prospective réalisée chez les engagés volontaires des armées

A. Cartigny[a], Y. Auxéméry[a], C. Carnio[a], G. Fidelle[b/c].

a Service de psychiatrie, HIA Legouest, BP 9001 – 57077 Metz Cedex 3.
b Service de psychiatrie, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
c École du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05.

Article reçu le 11 mai 2011, accepté le 18 avril 2012.

Résumé

Introduction : le poids des réformes pour motif psychiatrique dans les armées est important : le trouble de l'adaptation au milieu militaire en est le motif le plus fréquent. Matériel et méthodes : nous avons réalisé une étude comparative et prospective entre deux populations : une population de patients engagés volontaires des armées (n = 132) et une population de témoins (n = 127). Résultats : les difficultés professionnelles sont associées de façon statistiquement significative à la souffrance des patients adressés en consultation de psychiatrie. Ces sujets sont en proie à des difficultés relationnelles au sein de leur groupe ou de leur unité, surtout avec leur hiérarchie. Ce sont les difficultés relationnelles quotidiennes qui apparaissent comme une contrainte majeure alors que l'événement opérationnel potentiellement psychotraumatique n'est pas corrélé à la souffrance des patients de notre étude. L'évaluation psychiatrique retrouve que 66,7 % des patients présentent un trouble caractérisé de l'axe I et 30,3 % des traits de personnalité pathologiques de l'axe II. Discussion : préalablement à l'engagement, il existe probablement un profil de personnalité pathologique dans le sens d'un manque de souplesse dans la relation à autrui, favorisant chez l'engagé volontaire des armées un trouble de l'adaptation au milieu professionnel militaire. Au cours du processus de sélection et de la période probatoire, une plus grande place accordée à l'approche psychologique devrait permettre le non engagement de sujets aux failles internes trop marquées pour supporter la contrainte globale du métier de militaire. Conclusion : l'amélioration des conditions et l'aménagement d'un poste de travail, un changement de service ou une mutation peuvent être conseillés lorsqu'un sujet semble fragilisé. Si des troubles psychopathologiques viennent à se fixer malgré les solutions thérapeutiques et institutionnelles envisagées, une inaptitude temporaire ou définitive reste envisageable.

Mots-clés : Aptitude. Épidémiologie. Pratique médico-militaire. Sélection psychiatrique. Trouble de l'adaptation.

Abstract

ADAPTATION DISORDERS IN MILITARY ENVIRONMENTS: A PROSPECTIVE STUDY PERFORMED IN VOLUNTEERS ENLISTED IN THE ARMED FORCES.

Introduction: the number of discharges for psychiatric reasons is significant: adaptation disorders are the most common issue. Material and methods: a comparative and prospective study between two populations -a population of patients (n=132) and a control one (n=127). Results: the association between occupational difficulties and the suffering of patients referred for psychiatric consultation is statistically significant. The subjects were in the grip of relational difficulties within their group or their unit, particularly with their superiors. Day-to-day relational difficulties rather seem to be a major constraint whilst the potentially psycho traumatic operational event is not correlated with suffering patients in our study. Finally the psychiatric evaluation found that axis I disorders were reported for 66.67% patients and axis II pathological personality traits for 30.3%. Discussion: before enlistment a pathological personality profile probably exists in the sense of a lack of suppleness in the relationship with others, promoting adjustment disorders to the military environment. In the selection process more importance given to the psychological approach would enable subjects with internal flaws that are too profound to cope with the global constraint of being in the armed forces not to be recruited. Conclusion: Improving in conditions and adapting of a work station or changing the department or transferring a subject, may be recommended when (s)he seems weakened. If psychopathological disorders are exhibited considered therapeutic and institutional solutions a temporary or definitive disability remains possible.

Keywords: Adaptation disorders. Epidemiology. Fitnes. Medical-military-practice. Psychiatric selection.

Introduction

Le trouble de l'adaptation est un motif fréquent de consultation des Engagés volontaires de l'armée (EVA), apparemment désadaptés d'un milieu aux contraintes spécifiques (1). Ces sujets sont souvent réformés de

A. CARTIGNY, médecin des armées, Y. AUXÉMÉRY, médecin des armées. C. CARNIO, médecin en chef. G. FIDELLE, médecin en chef, professeur agrégée.
Correspondance : Y. AUXÉMÉRY, Service de psychiatrie, HIA Legouest, BP 9001 – 57077 Metz Cedex 3.
E-mail : yann.auxemery@hotmail.fr

l'institution militaire, ce qui se traduit négativement en termes de fonctionnalité opérationnelle. Grâce à une étude effectuée sur 100 dossiers de patients adressés en consultation de psychiatrie pour décision médico-militaire, le trouble de l'adaptation est retenu comme diagnostic principal dans 36 % des cas (2). La caractérisation d'un trouble de l'adaptation doit être est différente en fonction de contextes militaires spécifiques. Ainsi, le trouble de l'adaptation en vol possède une clinique référencée aux personnels navigants (3). Les conditions de vie au cœur du confinement d'un sous-marin sont bien différentes d'un engagement dans la Légion étrangère où le trouble de l'adaptation est souvent le fait d'une désertion (4, 5). D'autre part, un trouble de l'adaptation en OPEX qui peut entraîner un MEDEVAC (6), n'est pas directement superposable à une désadaptation à la vie de casernement. Nous avons focalisé notre intérêt auprès d'une population de patients EVA en souffrance psychique, adressés par le médecin généraliste d'unité à la consultation de psychiatrie d'un Hôpital d'instruction des armées (HIA).

Hypothèse et objectif

Notre hypothèse de départ est que certains facteurs environnementaux professionnels militaires sont associés dans la genèse du trouble de l'adaptation de façon statistiquement significative. Dans le même temps nous chercherons à savoir si le trouble de l'adaptation n'est pas un mode révélateur de vulnérabilités psychiques préalables.

Matériel et méthode

Nature de l'étude

Nos résultats sont le fruit d'une étude comparative et prospective entre deux populations : une population de patients EVA en souffrance (population M) et une population de témoins EVA considérés comme sains (population S).

Méthode

Lors de leur présentation au secrétariat du service de psychiatrie, les patients M se sont vus proposer de remplir un questionnaire anonyme pour recueillir leurs données sociodémographiques et leurs difficultés environnementales professionnelles et personnelles. Parmi les facteurs professionnels sont listés des évènements potentiellement psychotraumatiques comme par exemple le vécu des opérations extérieures, mais aussi des difficultés avec le groupe, la hiérarchie ou encore la déception dans l'emploi militaire. Parmi les facteurs personnels sont listés un psychotraumatisme non professionnel, le décès d'un proche, une rupture affective, l'éloignement familial, une maladie, mais également des difficultés judiciaires ou financières. Grâce à ce questionnaire, les patients pouvaient eux-mêmes préciser leurs symptômes dans le registre des affects (humeur dépressive, anxiété…), dans leurs comportements (auto-hétéro-agressivité, fugue, désertion, punition, consommation de substances psychoactives), leurs manifestations somatiques (troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques ou digestifs) et leur consommation d'alcool, de cannabis ou d'autres substances psychoactives. Lors de l'évaluation psychiatrique subséquente au remplissage du questionnaire, les critères diagnostiques des axes I et II du DSM-IV-TR sont déterminés (7). L'orientation concernant la prise en charge du patient (suivi en secteur civil ou militaire) et la décision médico-militaire (DMM) sont précisées.

Critères d'inclusion

La population M est une population d'opportunité, constituée par des sujets EVA âgés de 18 à 35 ans, sujets adressés par leur médecin généraliste d'unité en consultation de psychiatrie sur l'HIA de rattachement. La population S est constituée d'EVA âgés de 18 à 35 ans considérés comme sains au niveau psychiatrique et exerçant au sein d'un régiment de l'armée de Terre. Le délai moyen d'apparition des troubles de l'adaptation dans la population M, calculé à trois ans et vingt-et-un jours, a imposé un recrutement de témoins engagés depuis un minimum de trois ans révolus. Les témoins ont été sollicités sur volontariat à l'occasion d'un amphithéâtre. Originaires du même régiment mais de différentes sections, ces témoins n'exercent pas les mêmes fonctions, n'ont pas le même encadrement et ne sont pas soumis aux mêmes contraintes environnementales. Afin d'être assuré du caractère sain des témoins au plan psychologique, il fallait qu'ils n'aient jamais bénéficié d'une consultation de psychiatrie. Selon la formule de Casagrande et Pike pour obtenir une différence de pourcentage significative de 25 % avec une puissance de 98 %, chaque population doit comporter un minimum de 125 sujets. L'inclusion des patients s'est faite sur une période de huit mois du 19 février 2009 au 22 octobre 2009 sans limitation de nombre. Au total 132 dossiers de patients ont été retenus et nous avons inclus 127 témoins.

Critère d'évaluation principal

La population M a été divisée en deux groupes selon que les patients répertoriaient ou non une difficulté professionnelle. Cette répartition a permis d'obtenir un pourcentage de sujets M ayant des difficultés professionnelles. La population S a également été subdivisée en deux groupes selon les mêmes critères pour permettre le calcul du pourcentage de témoins ayant des difficultés avec leur environnement professionnel. C'est la comparaison des pourcentages obtenus au sein de chaque population qui permettra de répondre à notre hypothèse principale. La différence de pourcentage doit être supérieure à 25 % pour que le propos soit statistiquement significatif. Le calcul du $\chi 2$ de Pearson (non corrigé et le seuil d'erreur de première espèce étant $\alpha = 0{,}05$) permettra de confirmer ou non le caractère significatif des différences obtenues. Les résultats en pourcentage des sous catégories de difficultés professionnelles vécues comme une contrainte environnementale, source de stress, sont comparées à la population témoin. Les autres informations recueillies sont l'objet de résultats d'observation sous forme de pourcentage, sans comparaison à la population témoin.

Résultats

Association des difficultés professionnelles avec le trouble de l'adaptation

Venant confirmer les déterminants du trouble de l'adaptation au milieu militaire, les difficultés professionnelles sont associées de façon statistiquement significative à la souffrance des patients adressés en

consultation de psychiatrie. Les patients de la population M ont identifié au moins une difficulté professionnelle pour 62,87 % d'entre eux contre 37 % pour la population témoin. On retrouve entre les deux populations une différence de pourcentage de 25,87 % et un Odds-Ratio = 2,88 (1,74 - 4,77) avec un $\chi 2 = 17,33$ ($p < 10\text{-}4$).

Parmi les 83 patients EVA de la population M ayant renseigné au moins une difficulté professionnelle : 9,6 % ont noté avoir vécu un psychotraumatisme dans le cadre de leur profession ; 45,7 % ont relevé des difficultés relationnelles avec le groupe ; 69,8 % ont décrit des difficultés relationnelles avec leur hiérarchie ; 7,2 % ont eu des sanctions disciplinaires et 9,6 % ont déclaré être insatisfaits de leur emploi.

Les patients sont en proie à des difficultés relationnelles au sein de leur groupe ou de leur unité, surtout avec leur hiérarchie. Mais c'est la comparaison entre les deux populations pour chaque difficulté professionnelle qui permet d'observer combien l'altération qualitative du relationnel est associée au trouble de l'adaptation. En effet, nous notons que les 69,8 % des 83 patients relevant des difficultés avec leur hiérarchie représentent en fait 43,93 % de la population totale des patients. Dans la population des témoins, parmi ceux rencontrant les mêmes difficultés professionnelles, 61,7 % ont noté des problèmes avec leur hiérarchie mais ces derniers ne représentent que 22,83 % de l'ensemble des témoins, soit deux fois moins que dans la population M. Cette différence est statistiquement significative avec un Odds-Ratio à 2,65 (1,55 - 4,54) et un $\chi 2$ à 12,92 ($p < 10\text{-}3$). Concernant les difficultés relationnelles avec le groupe, les 45,7 % de patients ayant renseigné cet item représentent 28,78 % du total des patients alors que dans la population témoin ils ne sont que 3,94 % à avoir noté de telles difficultés. La différence de pourcentage est significative sur le plan statistique avec un Odds-Ratio de 9,86 (3,74 - 26,03) et un $\chi 2$ de 28,87 ($p < 10\text{-}6$).

Concernant le psychotraumatisme opérationnel, cet évènement est associé à la souffrance des patients pour 6,06 % d'entre eux alors qu'il est retrouvé chez 3,2% des témoins. Cette différence n'est pas statistiquement significative (OR = 1,98 ; $\chi 2 = 1,24$; $p = 0,265$).

Les difficultés environnementales professionnelles sont globalement associées au trouble de l'adaptation. C'est surtout le poids du relationnel qui apparaît comme une contrainte alors que l'événement opérationnel potentiellement psychotraumatique n'est pas associé à la souffrance des patients de notre étude.

Association des difficultés personnelles avec le trouble de l'adaptation

Dans la population de témoins 30,70 % des sujets présentent des difficultés personnelles mais la différence des pourcentages entre les sujets M et les sujets témoins S n'est pas statistiquement significative (OR = 1,13 ; $\chi 2 = 0,20$; $p = 0,651$).

L'environnement personnel ne peut être considéré comme étant associé de façon statistique dans la survenue du trouble de l'adaptation de la population étudiée.

Le profil biographique des consultants

La population M est majoritairement constituée d'hommes (89,4 %), ce qui reflète le *sex ratio* de la population militaire. Un peu plus de trois quarts des sujets (76,6 %) sont âgés de moins de 25 ans et autant se déclarent célibataires. La majorité des sujets détient un niveau CAP-BEP mais près de 20 % ont un niveau baccalauréat. Parmi les patients, 33 n'ont pas renseigné la question concernant leur unité d'appartenance. Parmi ceux qui ont répondu, on obtient la répartition suivante : 84,85 % sont issus de l'armée de Terre ; 7 % sont issus du Service de santé des armées ; 5,05 % sont issus de l'armée de l'Air. Pour les trois sujets restants, on compte deux gendarmes et un marin.

Motivations à l'engagement des consultants

Sur 132 sujets, 92 ont su préciser quelles étaient ou quelles avaient été leurs motivations à l'engagement dans les forces armées. Parmi les motivations prévalentes sont retrouvées : le goût du voyage (26,1 %), la pratique du sport (17,4 %) et l'intérêt financier (15,2 %). Les motivations les moins retrouvées sont le dépassement de soi (5,4 %), la vie en collectivité (4,3 %) et l'esprit de cohésion (3,2 %).

Délai d'apparition de la souffrance après l'engagement

Le délai moyen à partir duquel les patients ont eu recours à la consultation chez le médecin d'unité a été calculé à trois ans et vingt-et-un jours. La présence des troubles de l'adaptation est majeure entre la deuxième et la troisième année d'engagement.

Expression de la souffrance repérée à la consultation

La moitié des patients a exprimé une souffrance à travers un sentiment dépressif. Un changement de comportement a été identifié pour 70 % d'entre aux (auto-agressivité à 16 %, hétéro-agressivité à 16 %, fugue ou désertion à 12 % et sanction à 8 %). Près de 15 % ont allégué une consommation de substances psycho-actives et près de 35 % ont identifié une plainte somatique. La fatigue et les troubles du sommeil sont les plaintes les plus rapportées, suivies des manifestations digestives et musculo-squelettiques. Pour les consommations d'alcool, neuf sujets déclarent consommer une quantité égale ou supérieure à 21 unités d'alcool par semaine. Plus largement, près du tiers des patients ont rapporté une consommation de cannabis et parmi ces derniers, près de 50 % ont déclaré une majoration de cette consommation depuis leur engagement. Enfin, deux patients ont confié une consommation régulière d'héroïne et quatre ont déclaré un usage occasionnel de cocaïne.

Répartition des profils psychiques des consultants selon les axes I et II du DSM-IV-TR

Deux tiers des sujets M présentaient un trouble répertorié dans l'axe I alors que parallèlement un tiers souffraient de traits de personnalité pathologiques répertoriés dans l'axe II.

Près du tiers des sujets étaient concernés par les troubles liées à des substances. Les troubles anxieux arrivent en seconde position en impliquant près d'un quart de l'ensemble de la cohorte alors que les troubles de l'humeur sont retrouvés chez moins d'un cinquième. Les troubles du comportement alimentaire et les troubles

caractériels ont été notés de sorte qu'ils représentent respectivement moins de 5 % de l'ensemble des patients alors que les troubles psychotiques et dissociatifs sont retrouvés en proportion égale à hauteur de 1,5 %.

Quarante sujets sont considérés comme présentant un trouble de l'axe II. Les personnalités dépendantes sont observées les plus fréquemment dans 10,6 % des cas. Les personnalités évitantes totalisent près de 5 % du total, suivies par les troubles obsessionnels et les personnalités immatures (3,79 %). Les conduites antisociales sont observées dans une part non négligeable (3,03 %) et les personnalités paranoïaques sont retrouvées en proportion équivalente (2,27 %).

Vingt-huit patients ont présenté l'association de troubles des axes I et II.

Décision médico-militaire

On peut noter que 21,2 % des patients ont été réformés de l'institution militaire ; 10,6 % ont bénéficié de congés maladie, 12,1 % de congés de longue durée et que 10,6 % ont été placés en inaptitude temporaire partielle.

Discussion des résultats

Biais

Le recrutement de la population M ne présente pas de biais de sélection puisque les sujets ont été inclus au fil de l'année sans exclusion aléatoire. Tous les militaires EVA âgés de 18 à 35 ans reçus en consultation de psychiatrie se sont vus proposer la participation à l'étude. Il n'y a pas eu de refus. Concernant la population S, le seul biais retrouvé est l'appartenance des sujets au même régiment de l'armée de Terre mais issus de différentes batteries, non soumis aux mêmes contraintes environnementales de hiérarchie et de fonctions. Le profil de patients correspond à un homme célibataire, âgé de moins de 25 ans, ayant un niveau d'étude CAP-BEP et issu d'un régiment de l'armée de Terre. La répartition selon les armées souffre de deux approximations. À la question concernant leur unité d'origine, 33 sujets n'ont pas répondu. Enfin, la région militaire de notre étude intéresse essentiellement l'armée de Terre, suivie par l'armée de l'Air.

Bien que le questionnaire ait été formulé en vue d'être compris par la population étudiée, les réponses de certains sujets ont pu être source de biais selon leur degré de compréhension. Certains patients n'ont pas répondu à des questions d'ordre biographique simple comme la situation maritale, l'unité d'origine, ceci générant quelques approximations dans l'analyse des profils. De même, quelques uns n'ont pas répondu de façon précise aux questions quantitatives concernant les consommations de substances psycho-actives, provoquant là encore des approximations. D'autre part, la stigmatisation des troubles psychiques a pu freiner certains militaires de retour d'OPEX dans une démarche de consultation auprès du médecin d'unité craignant un jugement négatif de la part de leur environnement professionnel. Ce point crucial peut faire relativiser des chiffres non observables, à savoir les valeurs de psychotraumatismes professionnels. Ce défaut de consultation peut aussi s'expliquer par le caractère indicible des expériences traumatiques.

Le DSM IV-TR a été l'outil de classification des pathologies psychiatriques utilisé comme référence à l'élaboration du questionnaire. Toutefois les entretiens psychiatriques n'ont pas été réalisés de manière structurée ou semi-structurée comme le définit la stratégie de recherche clinique américaine d'après la *structural clinical interview* du manuel (7).

Analyse des résultats

Réponse à l'hypothèse principale

Les éléments psychotraumatiques d'origine personnelle ou professionnelle qui auraient pu induire ou potentialiser massivement l'apparition du trouble de l'adaptation ne sont finalement pas plus impliqués que la déception de la profession en elle-même et surtout ne sont pas associés de façon statistiquement significative à la souffrance des patients de l'étude. Ce constat amène à s'interroger sur le vécu de la contrainte par ces patients EVA. Le fait que ces difficultés soient aussi prégnantes amène à considérer le contexte sociétal, l'intolérance à la frustration et l'incapacité de résilience. Le propre de l'Armée est de fonctionner selon des rapports de subordination à l'échelon supérieur, représentant de l'autorité légitime, entité à suivre et à respecter. Ce lien est indispensable pour assurer la cohésion d'un groupe dont le bon fonctionnement est basé sur la reconnaissance d'un chef. Au-delà de la simple difficulté relationnelle, c'est la figure de l'autorité paternelle qui pose question chez ces patients. Nous formulons l'hypothèse selon laquelle ces sujets présentent un trait de caractère spécifique avec refus de l'autorité et son corollaire, l'intolérance aux frustrations, traits de la personnalité générant des obstacles à l'acceptation d'un contrôle surmoïque. Toutefois, les patients présentent une altération dans leur qualité relationnelle de manière globale : avec leurs autorités mais aussi avec leurs pairs. La souffrance psychologique liée aux contraintes de l'emploi semble renfermer le sujet sur lui-même, ne l'autorisant plus à se confier à ses alter egos de façon souple et adaptée. Est-ce lui-même qui s'exclut, est-ce les autres qui le rejettent, ou est-ce ces deux facteurs qui concourent à sa mise à l'écart ? Préalablement à l'engagement, il existe probablement un profil de personnalité pathologique dans le sens d'un manque de souplesse dans la relation avec autrui, favorisant chez l'EVA un trouble de l'adaptation au milieu professionnel militaire.

Si 26,09 % des sujets expriment leur souhait de voyager et 11,9 % mettent en avant la quête d'un métier d'aventure, les 62 % restant oublient cet aspect prégnant du métier que sont les OPEX et peuvent par conséquent vivre avec difficulté des périodes de séparation prolongées et répétées avec leur famille. Le militaire s'entraîne pour pouvoir partir, intervenir en tout temps et en tout lieu au gré des enjeux internationaux. Bien que certaines unités plus opérationnelles soient choisies par l'EVA en connaissance de cause, le vécu quotidien est parfois différent des fantasmes de départ. Certains ne mesurent la portée de leur engagement avec la notion de risque que lorsqu'ils sont déjà bien installés dans leur profession. La motivation à l'engagement dans l'armée est parfois utilitaire, perçue comme une issue de secours financière ou sociale par des jeunes gens sans emploi. Certains sujets sont aux antipodes d'un engagement au nom de l'idéal pour laquelle le soldat serait prêt à risquer sa vie. La quête de repères au sein d'une structure hiérarchisée

remplaçant la cellule familiale vacante va parfois de pair avec cette recherche d'issue de secours. Pourtant si le poids de l'interaction avec l'autre est majeur dans une institution comme l'Armée, il est étonnant de retrouver de faibles intérêts pour les items suivants : travailler en équipe (2,17 %), esprit de cohésion (3,26 %), vie en collectivité (4,34 %).

Plus du tiers des patients ont développé un trouble de l'adaptation dans les deux premières années d'engagement et la majorité a développé ce trouble avant trois ans de contrat révolus. Après deux ans de service, la plupart des EVA se présentent à un examen de sélection appelé CME (Certificat militaire élémentaire) lequel dure deux mois et conditionne leur évolution de carrière. Cette période est particulièrement anxiogène. Au terme de ces deux ans, le sujet peut être déçu de son emploi et développer une certaine frustration en cas d'échec au CME.

Les souffrances psychologiques exprimées dans les registres des affects de type anxiété et dépression concernent plus de 80 % des patients et représentent de fréquents motifs de consultation. Alors que l'alcoolisme concerne 4,5 % des sujets, le cannabis est consommé par près de 30 % d'entre eux. Ces troubles des conduites apparaissent souvent sur un mode transgressif implicite ou explicite des règlements du milieu militaire. Un tel constat est problématique pour une institution comme l'Armée où ce type de mésusage, illicite pour le cannabis, est incompatible avec la conduite de véhicule tactique ou le port d'une arme. Près de 30 % des patients consomment du cannabis avec une solide conviction quant à son innocuité et un déni de la législation, encourant le risque d'être dans l'illégalité malgré les nombreux rappels effectués par le commandement militaire depuis la sélection !

Analyse psychopathologique

Parmi les patients présentant un trouble anxieux authentifié par le psychiatre, 50 % ont allégué des difficultés d'ordre professionnel et 37,5 % des difficultés d'ordre personnel. Les troubles de l'humeur sont associés dans 83,3 % des cas à ces difficultés professionnelles et dans 45,8 % des cas à ces difficultés personnelles. Il semble logique de considérer l'implication du facteur environnemental, essentiellement professionnel, dans la survenue de manifestations anxio-dépressives. Toutefois, cet environnement ne justifie pas entièrement la souffrance des patients puisque certains développent un trouble anxieux indépendamment de ces facteurs environnementaux. Nous rappelons que les relations humaines verticales et horizontales sont des piliers du fonctionnement de l'institution militaire. Or les EVA de notre étude rencontrent des difficultés dans leur relation à autrui. Le rapport avec les autres devient un phénomène d'autant plus prégnant et anxiogène qu'il est inévitable. Nous supposons une susceptibilité à l'anxiété et aux troubles de l'humeur du fait d'une altération de la capacité relationnelle. Cette dernière est un pilier fondateur du mode de fonctionnement de l'institution militaire et toute difficulté de cette approche est un obstacle majeur à l'épanouissement individuel au sein d'un système aussi hiérarchisé. L'observation des troubles de l'axe II, qui concernent 30 % des patients étudiés, laisse à penser que ces éléments psychopathologiques sont intervenus dans l'altération des interactions des patients avec leurs collègues, frères d'arme ou supérieurs hiérarchiques. Mais alors que de nombreuses psychopathologies (67 % de l'axe 1 et 30 % de l'axe 2) ont été authentifiées, on peut s'interroger sur la place du trouble de l'adaptation dans la classification nosographique. Comment peut-il constituer un motif de réforme aussi fréquent ? Sous des termes apparentés comme mésadaptation, désadaptation ou capacités d'adaptation dépassées, le trouble de l'adaptation, au sens strict du DSM IV-TR, a été observé pour bon nombre de sujets puisque c'est leur désadaptation professionnelle qui les a conduits en consultation de psychiatrie. Notre étude l'a retrouvé au plan statistique. Mais certains souffrent d'un trouble de l'adaptation au milieu militaire indépendamment de failles psychiques ou de difficultés environnementales personnelles notables. Pour d'autres, certaines dimensions pathologiques retenues ont une valeur étiologique ou bien en sont des conséquences. Le trouble de l'adaptation ne constitue pas toujours le diagnostic principal. D'autre part, il peut être comorbide avec une autre psychopathologie dans un cortège de symptômes confondus, notamment dans les registres dépressifs avec leur risque suicidaire ou encore la consommation de cannabis (8). Pour expliquer que ce trouble représente le motif médical psychiatrique de réforme majoritaire, une hypothèse consiste à envisager que le diagnostic de trouble de l'adaptation est posé par excès. Cette approche psychopathologique a moins de connotation négative tout en reflétant la réalité. Ces EVA ont été adressés en consultation car ils présentaient des troubles adaptatifs dans leur milieu professionnel. Ce diagnostic rend compte de la souffrance des patients vis à vis d'un milieu contraignant. Un tel diagnostic sans connotation négative est communément admis pour permettre une réforme non préjudiciable au sujet lors de son retour à la vie civile.

L'évaluation sémiologique des psychopathologies du travail repose sur la démarche psychiatrique classique. Selon Torrente, la forme symptomatique de la décompensation d'un sujet au travail est plus inhérente aux failles intérieures du sujet qu'à la situation de travail elle-même (9). Une pathologie préexistante marque fortement le type de décompensation. Dans notre étude, nous avons retrouvé une part importante de fragilités intrinsèques. Elles sont considérées comme étiopathogéniques aux difficultés relationnelles et donc au trouble de l'adaptation ou bien comme expression de la souffrance liée au stress professionnel. Cette observation reprend la conception de Torrente selon laquelle les failles intérieures font le lit de diverses symptomatologies de souffrance en favorisant ces dernières.

Au cours du processus de sélection, une plus grande place accordée à l'approche psychologique et psychiatrique devrait permettre le non engagement de sujets aux failles internes trop marquées pour supporter la contrainte globale du métier de militaire. Un second élément clé dans le recrutement des forces est la période d'incorporation. Cette phase est un moment privilégié pour le médecin généraliste d'unité. Sur un plus long terme, la période probatoire qui succède à l'incorporation, d'une durée moyenne de six mois, renouvelée éventuellement une fois, a été souhaitée dans cette optique d'observation des difficultés physiques mais aussi psychologiques rencontrées par le jeune engagé en situation (10). Dans notre étude, près de 10 % des patients avaient été adressés alors qu'ils étaient dans cette phase. Chaque consultation de médecine d'unité est une nouvelle rencontre intersubjective. L'ensemble de la

situation professionnelle doit être analysé, les incidents, les relations humaines habituelles, les évènements, les activités réalisées ou empêchées. Le médecin généraliste d'unité a cette place privilégiée qui le centre au cœur du milieu professionnel. Il a une vision concrète et réaliste de la situation. Des enquêtes annuelles sur le moral, indicateur pour les États-majors, qui visent à explorer la manière dont les sujets organisent leur travail, leurs missions et font face à la souffrance, jouent un rôle dans les mesures préventives à mettre en œuvre. Dans son rôle de prévention, le médecin militaire d'unité sensibilise le commandement au retentissement des contraintes de la vie militaire sur le vécu individuel. Il propose les mesures permettant d'adapter le fonctionnement du groupe par une meilleure prise en compte du facteur humain.

L'amélioration des conditions et l'aménagement d'un poste de travail, un changement de service, parfois une mutation, peuvent être conseillés au commandement lorsqu'un sujet semble fragilisé. Mais si des troubles psychopathologiques viennent à se déclarer, en rapport ou indépendamment du milieu professionnel, ils amènent parfois, hormis les soins immédiats, à émettre un avis d'inaptitude temporaire ou définitif. Il appartient au médecin d'unité, tout comme au psychiatre, de se dégager dans un premier temps des enjeux institutionnels pour se laisser guider par la clinique. L'établissement d'une relation de confiance permet au sujet de verbaliser ses émotions et au médecin d'évaluer la nature des troubles. L'organisation de soins adaptés et la mise à distance temporaire du milieu donnent le temps nécessaire au repérage psychopathologique et peuvent permettre la naissance d'un travail d'élaboration. Ce temps donné sert également l'institution, permettant parfois de renouer un dialogue dans une ambiance dépassionnée. Un tel processus d'analyse et de compréhension se complète d'une recherche d'informations. La connaissance des personnels, la culture propre aux unités, l'articulation des actions de chaque acteur complémentaire (commandements, cadres, travailleurs sociaux, représentants de catégories, médecin d'unité) permettent de saisir tous les enjeux puis de prendre, à distance, une éventuelle décision d'aptitude. Dans la prise en charge de la psychopathologie du travail, la réflexion psychodynamique est prégnante, se concentrant sur l'événement professionnel qui a pu faire résonance dans la vie psychique et générer une souffrance. Lorsque l'approche thérapeutique est mise en échec et l'inaptitude à l'exercice de son métier de militaire inéluctable, le sujet est orienté vers un congé de longue durée (11). Si le sujet renonce à ces droits : une réforme sera prononcée.

Conclusion

Le métier de militaire est diversifié, faisant appel à une multitude de fonctions différentes, ce qui en fait son attractivité. Qu'il défende l'idéal de valeurs patriotiques ou qu'il s'engage du fait d'aspects contemporains du contexte économique et social, les motivations du militaire sont mises à l'épreuve autant dans l'exercice quotidien de son métier que dans des circonstances opérationnelles souvent difficiles. L'engagement dans l'institution militaire n'est pas seulement de nature contractuelle. Il impose bien d'autres vécus, uniques en leurs genres, qui font l'intérêt mais aussi quelquefois la difficulté de la vie militaire. Seul un esprit de cohésion acquis patiemment avec l'entraînement et renforcé par des valeurs fortes permettra d'aller de l'avant. Ces objectifs ne peuvent se concevoir que grâce à une sélection rigoureuse des personnels, sélection d'abord initiale à l'engagement, puis tout au long de la carrière lors des visites médicales systématiques annuelles et des visites programmées à l'occasion d'événements particuliers (changement de statut, renouvellement de contrat, départ et retour d'OPEX, et tout événement pathologique intercurrent).

Le trouble de l'adaptation de la population étudiée est majoritairement mis en relation avec une difficulté de l'environnement professionnel militaire. Pourtant, notre étude ne retrouve pas l'impact attendu des psychotraumatismes de guerre. Toutefois, le dépistage et la prise en charge des événements potentiellement psychotraumatiques n'en est pas moins cruciale, ce d'autant que perdure dans l'imaginaire une crainte de dévoiler son psychisme, de peur des retombées éventuelles en terme d'aptitude (12).

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. De Montleau F, Nicolas JD. Les troubles de l'adaptation. Fiche technique.École du Val-de-Grâce, 2007.
2. Thomas G, Tourinel G. Le masque des troubles de l'adaptation au milieu militaire. Médecine et Armées 2009;37(2):135-7.
3. Colas-Benayoun MD, Solignac G. Peur ou phobie du vol : du normal au pathologique. Aspects cliniques et psychopathologiques. Med Aeronaut Spat 2004;45:28-33
4. Nicolas JD, Bruge-Ansel T. Contraintes subies par les équipages de sous-marins et troubles psychiatriques. Médecine et Armées 2011;39(2):151-6.
5. Paul F, Perez S. Engagement, désengagement dans la légion étrangère. Médecine et Armées 2009;37(2) :123-5.
6. Mèle E, Rondier JP, Favre JD, Pilard M, Boisseaux H, Arvers P. Les rapatriés sanitaires en psychiatrie. Description clinique, facteurs étiopathogéniques et orientation thérapeutique. Médecine et Armées 2007;35(5):417-28.
7. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychatric Association. Paris : Masson ; 2004.
8. Gheorghiev C, Arvers P, de Montleau F, Fidelle G, Queyriaux B, Verret C. Le cannabis dans les armées : entre passé et actualité. Annales Médico-Psychologiques 2009;167(6):429-36.
9. Torrente J. Psychopathologie du travail. Encyclopédie Médico-chirurgicale 2005 ; 7-1097 [cited 31-01-2009].
10. Vallet D. L'aptitude psychiatrique en milieu militaire. Médecine et Armées 2009;37(3):235-40.
11. Lahutte B, Gheorghiev C. Actualité des nouveaux congés de longue durée pour maladie. Médecine et Armées 2009;37(2):147-51.
12. Vallet D, Arvers P, Furtwengler P, Renaud C, Neel F, Renaut O, et al. Étude exploratrice sur l'état de stress post-traumatique dans deux unités opérationnelles de l'armée de Terre. Médecine et Armées 2005;33(5):441-6.