Conduites suicidaires et aptitude en milieu militaire

M. Boussaud, F. De Montleau

Service de psychiatrie, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.

Résumé

Le métier des armes est riche en emplois à risque et à fortes contraintes qui requièrent une parfaite maîtrise physique, intellectuelle et émotionnelle. Nombreuses sont donc les aptitudes qui peuvent être affectées par l'état d'un militaire en risque suicidaire ou ayant réalisé un geste suicidaire. L'aptitude générale au service peut être mise en jeu, en particulier en cas de pathologies psychiatriques évolutives incompatibles avec l'exécution du service. Souvent les conditions d'emploi vont devoir être modifiées par des restrictions d'emploi temporaires, voire définitives : aptitudes personnel navigant, service à la mer, conduites d'engin, déminage, saut en parachute, servitude de systèmes d'armes simples ou complexes, etc. Le processus décisionnel en matière de détermination de l'aptitude s'appuie sur la collaboration du médecin d'unité et du psychiatre militaire. Il prend en compte les données cliniques individuelles, leur évolutivité, mais aussi des données sociales, environnementales et celles de la sociologie et de la psychologie collective du milieu militaire. L'étude des facteurs de risque quant à une récidive de geste suicidaire mais aussi des facteurs favorables à une réinsertion tient une place prééminente dans cette réflexion expertale.

Mots-clés : Armée. Expertise. Psychiatrie. Suicide. Tentative de suicide

Abstract

SUICIDAL BEHAVIOUR AND MILITARY APTITUDE AMONG THE ARMED FORCES.

The Army includes many high risk jobs with strong constraints which require perfect physical, intellectual and emotional control. Many activities can thus be affected by suicidal servicemen or by those who have attempted to commit suicide. Their general aptitude to work can be jeopardized, in particular in case of evolving psychiatric pathologies incompatible with the demands of their jobs. Their work conditions often need to be modified and temporary or permanent restrictions to employment need to be implemented regarding flight crew, sea service, heavy plant driving, mine clearance, parachute jumping, maintenance of simple or complex armament systems, etc. The decision process regarding the aptitude of servicemen to do their jobs relies on the collaboration of the medical corps officers and the military psychiatrists. It takes into account the individual clinical data, their potential evolution, social and environmental data, as well as sociological and collective psychological data specific to the Armed Forces. The study of the risk factors of a potential recurrence of suicide as well as those favourable to a successful reintegration are given a prominent place in this expert assessment.

Keywords: Army. Expertise. Psychiatry. Suicide. Suicide Attempt.

DOSSIER

Introduction

La réalisation d'un geste suicidaire témoigne dans l'armée comme ailleurs d'une détresse psychique individuelle intense. Les problématiques en jeu dans les conduites suicidaires traversent l'ensemble du champ de la nosologie et des situations existentielles, souvent les deux. Tentative et parfois acte abouti de sortie de la scène d'un sujet, le passage à l'acte suicidaire ne peut être réduit à un acte privé qui n'engagerait que son auteur tant ses répercussions dans le social, le groupe d'appartenance, familial et/ou professionnel vont être grandes. Ceci est particulièrement vrai dans la collectivité des militaires où le fait de porter atteinte volontairement à son intégrité corporelle peut avoir valeur d'abdication, c'est-à-dire inscrire le sujet à l'envers de l'auto-affirmation héroïque du soldat prêt au sacrifice dont nous parle E. Morin (1).

M. BOUSSAUD, médecin principal. F. DE MONTLEAU, médecin en chef, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Correspondance : F. DE MONTLEAU, Service de psychiatrie, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.

De fait, le suicide est dans l'armée considéré comme une atteinte au pacte qui unit chacun de ses membres et une mutilation du Corps Militaire, volontairement accomplie par l'une de ses parties constitutives : *« … Le suicide est la transgression majeure dans l'armée parce qu'il est une injure à la notion fondamentale de sacrifice, et aussi parce qu'il l'atteint dans ce qu'elle a de plus précieux : son potentiel humain »* (2).

L'évolution de la société contemporaine vers une plus grande prise en compte de la souffrance individuelle a contribué à atténuer la radicalité de la réaction de l'institution militaire face à la question des conduites suicidaires en son sein. Il n'en demeure pas moins que la réalisation d'un geste suicidaire par un militaire, voire la notion d'un ou plusieurs antécédents suicidaires chez un candidat à l'engagement, font que se posent plusieurs questions relatives à l'aptitude générale au service ou, de façon plus focale pour les militaires en exercice, à certains emplois ou prérogatives comme par exemple celle du port de l'arme, la possibilité de servir à la mer ou de partir en opérations extérieures. Le médecin militaire se situe alors au point de tension entre d'une part son engagement dans l'aide, le soutien et la protection d'un individu en situation de fragilité et de souffrance et, d'autre part, son action en faveur de la cohésion du groupe et de l'accomplissement de la mission.

Ce que nous apprend l'épidémiologie des conduites suicidaires

Une surveillance épidémiologique attentive des conduites auto-agressives recensées pour des militaires en situation d'activité est réalisée dans les armées. Le dernier rapport qui porte sur la période 2002-2010 apporte des éléments utiles à la connaissance du phénomène dans notre milieu (3). Certains d'entre eux ne sont pas sans conséquence sur la démarche en matière de détermination de l'aptitude.

Concernant les suicides, le taux d'incidence sur la période concernée s'élève à 20,1 pour 100 000, taux comparable à celui d'une population civile appareillée, soit 620 suicides dont 12 en opération extérieure. Le risque apparaît lié au sexe masculin et à l'âge (1,6 fois plus important pour la tranche 40-49 ans que pour celle des 20-29 ans). La Gendarmerie est la composante de l'armée la plus à risque avec un taux d'incidence de 25,8 pour 100 000. L'arme à feu est la modalité la plus utilisée (45,2 % pour l'ensemble des armées, 72,6 % pour la Gendarmerie), suggérant le facteur aggravant de la disposition d'une arme de service. En outre, les suicides sont réalisés pour un nombre significatif à l'unité (18,2 %) et en service (27,54 %). Enfin, parmi les suicidés 11,9 % avaient des antécédents de suicide.

Concernant les tentatives de suicide, les données apparaissent moins fiables du fait d'un biais probable de sous-évaluation. Classiquement, le risque est décrit significativement plus important chez les femmes que chez les hommes. À l'inverse des suicides « aboutis », les tentatives de suicide sont d'autant plus fréquentes que le sujet est jeune : risque multiplié par 6 chez les militaires de moins de 20 ans, par 2,1 chez ceux de 20 à 29 ans. L'ingestion de médicaments avec ou sans alcool en constitue la modalité la plus fréquente. Elles se réalisent dans plus d'un tiers des cas à l'unité (35,7 %) et pour 19,5 % dans le cadre du service. Un quart de l'effectif avait déjà réalisé un geste suicidaire auparavant.

Les nombreuses études épidémiologiques réalisées en population générale, s'accordent sur les facteurs de risque retrouvés les plus fréquemment (4). Ils sont repris dans la conférence de consensus de la Haute Autorité de Santé de 2010 sur la crise suicidaire pour permettre d'évaluer le niveau de risque d'une situation (5). Leur recherche active est un élément d'orientation important, indicateur d'une potentielle dangerosité :

– antécédents de passage à l'acte suicidaire personnel ;
– pathologie psychiatrique ;
– abus de substances psychoactives (notamment l'alcool) ;
– accessibilité à un moyen létal ;
– sexe masculin ;
– faible soutien familial, isolement social ;
– histoire familiale de conduites suicidaires ;
– contentieux professionnels ;
– évènements de vie récents pouvant fonder un projet suicidaire ;
– affection médicale associée ;
– situation financière précaire.

À ces facteurs de risque s'en rajoute un, spécifique dans la population militaire par son taux de prévalence supérieur à celui de la population civile, constitué par l'existence d'un état de stress post-traumatique. Plusieurs études récentes réalisées dans l'armée américaine chez des vétérans d'Irak et d'Afghanistan rendent compte que les états de stress post-traumatique, aux côtés principalement des états dépressifs et des addictions, favorisent la survenue d'idéations suicidaires et augmentent le risque suicidaire (6).

Les situations rencontrées en unité

Le médecin d'unité peut être confronté à plusieurs types de situations.

Les antécédents de suicide chez le candidat à l'engagement

Dans le cadre de l'aptitude à l'engagement en centre de sélection orientation, l'entretien clinique bien mené complété des données recueillies par le questionnaire médico-biographique rempli par les candidats peut aider au repérage d'antécédents de conduites suicidaires. Comme leur existence peut être dissimulée par crainte d'un retentissement négatif sur l'aptitude, le médecin de l'unité doit rester attentif lors la visite médicale d'incorporation : recherche de l'existence d'antécédents psychiatriques incluant d'éventuelles tentatives de suicide, voire passages à l'acte suicidaire intercurrents entre le passage au centre de sélection et l'incorporation. Cette vigilance doit être maintenue tout au long de la période probatoire et des éventuels troubles de l'adaptation qui s'y produiraient. À ce stade, c'est l'aptitude générale au service qui est en question.

La tentative de suicide récente du militaire d'active

Le geste suicidaire d'un personnel d'active peut être connu, en particulier lorsqu'il est réalisé dans l'unité. Parfois, c'est à la faveur d'une visite systématique ou d'un retour d'hospitalisation ou de congé maladie qu'il est appris par le médecin d'unité.

Hormis les inaptitudes de facto (congé de maladie, hospitalisation, rapatriement sanitaire) qui interviennent au décours immédiat de la réalisation d'une tentative de suicide, se posent là, une fois la période critique passée, plusieurs questions d'aptitude : reprise du service, mise en congé de longue durée, restrictions d'aptitude, orientation vers un nouveau poste, etc. La décision dépendra de nombreux paramètres tels qu'une pathologie psychiatrique évolutive, la motivation pour des soins, le poste tenu, le statut militaire, l'ancienneté, etc.

La présence d'idées suicidaires isolées

Sans qu'un passage à l'acte n'ait été – encore – réalisé, la survenue d'idées suicidaires sur un mode itératif et/ou au long cours, pose outre la question de la prise en charge de leur auteur, celles de la détermination de l'aptitude pour les mêmes raisons que celles qui ont été expliquées précédemment : risque de passage à l'acte, vulnérabilité individuelle accrue notamment dans des contextes professionnels déstabilisants, repérage d'une morbidité psychiatrique sous-jacente.

Pour un examen clinique rigoureux

Le sujet énonçant des antécédents suicidaires

La notion d'antécédents suicidaires doit sensibiliser le médecin expert à la possibilité d'une vulnérabilité potentielle de l'intéressé. Celle-ci présenterait le risque d'être accrue dans un environnement contraint, exposant à de nombreux évènements stressants, voire traumatiques. Il convient de s'intéresser aux contextes déclenchant des tentatives de suicide, à leur articulation avec les traits de personnalité et les questions personnelles du sujet à ce moment de son existence. La nature et le degré des motivations à l'exercice du métier des armes, systématiquement recherchés, participent à la démarche décisionnelle. Le repérage de traits pathologiques de la personnalité, en particulier une impulsivité ou une faible tolérance aux frustrations et aux contraintes, l'existence de troubles psychiatriques patents, notamment des lignées anxieuse, dépressive et/ou psychotique, sont de pronostic défavorable pour une adaptation satisfaisante au milieu militaire. La décision peut être celle d'une inaptitude à l'engagement ou au service, temporaire ou définitive selon les cas.

Le sujet venant de réaliser un acte suicidaire

Le temps premier qui suit le passage à l'acte est celui du soin, psychique aussi bien que des éventuelles conséquences somatiques du geste réalisé. Une prise en charge aux urgences de l'hôpital s'impose. Elle permet une évaluation avec un psychiatre de l'établissement. La réalisation d'un geste suicidaire constituant le premier facteur de risque de suicide, il est proposé le plus souvent une hospitalisation dans un service de psychiatrie.

Au cours de cette période, on s'attache à identifier les déterminants de la conduite auto-agressive. Son contexte est-il en rapport avec le service, tient-il aux éléments de la vie personnelle, est-il en rapport avec une pathologie mentale évolutive ? Quels en sont les facteurs déclenchants : situation d'impasse professionnelle, conflit interpersonnel, rupture affective, etc.

L'examen attentif des caractéristiques du geste doit permettre d'affiner **l'évaluation de la dangerosité** pour le sujet lui-même – avec le risque d'une récidive – voire pour des tiers ou pour la mission, et cela à plus ou moins long terme. La méthode de réalisation (arme de service ou autre moyen, existence d'un appoint alcoolique) ou le lieu (à l'unité ou non) portent-ils un caractère symbolique renseignant sur une intention démonstrative voire agressive dans un conflit opposant le sujet à son environnement professionnel ? Le degré d'intentionnalité est important à préciser. Il ne doit cependant pas être systématiquement corrélé au caractère potentiellement létal des moyens employés. Le niveau de détresse psychique précédant le passage à l'acte peut être approché à partir de plusieurs dimensions : l'une cruciale qui est l'intensité du désespoir, la sévérité de la dépression de l'humeur, le niveau de l'angoisse. Enfin, l'existence de tentatives de suicide antérieures, la présence d'une ou de plusieurs addictions constituent des facteurs de risque supplémentaires à la potentialité d'une récidive.

Le processus décisionnel

Les décisions qui seront prises quant à l'aptitude seront d'autant plus pertinentes que l'articulation entre le médecin d'unité et le psychiatre de l'hôpital de rattachement sera effective. Ce dernier, même s'il n'est pas toujours acteur du soin du militaire ayant attenté à ses jours, doit être partie prenante des décisions médico-militaires.

L'apport du médecin d'unité est essentiel par la connaissance directe qu'il a du milieu et des hommes y évoluant. Il est à même d'évaluer le degré d'acceptation et la capacité d'accueil de l'environnement professionnel au retour du militaire ayant réalisé un passage à l'acte suicidaire, la compatibilité ou non avec le maintien de l'emploi, la facilité de l'accès à des moyens létaux ainsi que le risque potentiel sur l'entourage ou la mission.

Ses indications complètent utilement les données de la clinique psychiatrique, recueillie aux moments d'expertises ou au cours du suivi. En intégrant des données environnementales précises, elles permettent d'affiner l'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive.

Le processus décisionnel s'articule selon plusieurs temps :

– Dans la période qui suit le geste suicidaire.

Dans les suites immédiates d'un geste suicidaire, le médecin d'unité doit savoir préserver son jugement

clinique face aux demandes pressantes du patient de reprises de son emploi ou de ses prérogatives, demandes qui témoignent davantage d'une position de déni de la gravité de son état psychologique. Il doit être également attentif à l'effet apparemment cathartique de certaines tentatives de suicide : période de soulagement, voire de rémission que l'on peut observer dans les heures voire les jours suivant le geste suicidaire, et cela en dehors de toute intervention psychiatrique. À cet égard, il est constaté qu'un comportement suicidaire est davantage récurrent si un soulagement immédiat est constaté (7). Pour ajuster son action, il doit également tenir compte du retentissement du geste suicidaire dans le milieu professionnel. Les réactions y sont par exemple d'autant plus fortes et chargées d'incompréhension sinon d'hostilité qu'il a eu lieu à l'unité, pendant les heures de service et avec l'arme de service.

L'interruption de l'activité professionnelle de fait avec l'admission à l'hôpital ou par la prescription d'un congé maladie doit faciliter la prise en charge médicale sous ses différentes formes (hospitalisation, consultations ambulatoires). Elle permet dans certaines situations d'éloigner le militaire dans une situation de fragilité des moyens létaux qui favoriseraient un éventuel projet de récidive. Elle ne doit pas être vécue comme une mise à l'écart de la collectivité. Pour cela, le rôle du service médical d'unité dans le maintien du lien est essentiel. Lorsque les soins ont lieu en milieu civil, le médecin de l'unité s'informe de l'évolution de la situation. Il est attentif à recevoir le militaire à son retour à l'unité, lorsque c'est le cas, et évalue, en collaboration avec le psychiatre de l'hôpital de rattachement, la pertinence de cette reprise.

– À distance du geste suicidaire

– Une reprise du service est envisagée

Lorsqu'une reprise du service est envisagée, c'est la notion de risque acceptable qui intervient. Cependant, plusieurs habilitations du militaire peuvent être remises en cause, de façon temporaire ou parfois définitive. Ces restrictions d'habitude doivent être transmises au Commandement sous forme de certificat formulant des constatations pratiques d'inaptitude, sans mention de pathologies ou autres données relevant de la confidentialité médicale.

Les facteurs de bon pronostic qui prédisposent à la possibilité de cette reprise comprennent la capacité d'un sujet à penser son geste et les différents facteurs qui l'ont favorisé, à mesurer les répercussions possibles sur le groupe d'appartenance. Un autre point favorable est son implication dans les soins médicaux et psychologiques et il importe d'en tenir compte dans le processus décisionnel à son endroit.

L'absence de pathologie psychiatrique évolutive, de troubles addictifs, l'acceptation d'une aide et/ou d'un soin, l'existence d'un soutien familial et socio-professionnel de bonne qualité et le maintien d'une bonne motivation professionnelle constituent les autres facteurs favorables de retour à un emploi. Toutefois, cette reprise sera assortie dans de nombreux cas à une restriction temporaire, voire définitive des aptitudes antérieures.

Le port de l'arme de service et consubstantiellement l'exercice du tir sont l'objet d'une inaptitude, le plus souvent transitoire, d'une durée de un à six mois reconductibles. Cette période permet au sujet d'avancer dans le processus d'amélioration de son état et limite le danger en cas de récidive. Elle fournit une plage d'observation pour les médecins institutionnels quant à la qualité de la réadaptation dans le milieu professionnel. Mais il convient de préciser que cette inaptitude au port de l'arme suscite parfois des réactions ambivalentes de la part du Commandement : rassurement par rapport au risque d'un nouveau passage à l'acte, mais aussi, et cela est particulièrement vrai dans la Gendarmerie, suspicion vis-à-vis du sujet stigmatisé tant par le geste qu'il a réalisé que par l'exemption de l'un des principaux attributs du militaire, celui de porter une arme.

L'aptitude Outre-mer et Opex ne peut être maintenue dans les suites à court et moyen terme d'un geste suicidaire, comme dans les états ou situations faisant craindre un geste suicidaire. Dans ces occurrences, le médecin d'unité a parfois à faire face à des demandes pressantes de départ, sous-tendues par l'illusion de la personne en situation de souffrance psychologique que la densité de la mission ou du séjour et l'éloignement afférent atténueront sa détresse et faciliteront le solutionnement de ses difficultés. Ce dernier point faisait justement dire à P. Janet : *« Quand un homme traumatisé par quelque triste souvenir cherche à l'oublier en partant au loin, le chagrin monte en croupe et voyage avec lui »* (8). La réponse inappropriée à une demande pressante ne doit pas prendre le pas sur les véritables critères sur lesquels se fonde une décision d'aptitude. Dans les faits, il s'agira plutôt de prendre en considération ces états de désarroi et les tenants des situations de ces sujets en métropole, à proximité des dispositifs de soins spécialisés. Il s'agira aussi de prévenir d'éventuelles récidives ou autres troubles des conduites dans un environnement contraint, très sollicitant pour ceux qui s'y trouvent immergés et avec des possibilités de soutien médical et social réduites.

Lorsque la conduite suicidaire est réalisée en situation opérationnelle, en mission de courte durée ou en séjour outre-mer, elle impose presque toujours le rapatriement sanitaire dans la double préoccupation d'une protection du personnel et de la prise en compte de ses difficultés dans l'environnement le plus favorable. Ce retour est généralement assorti d'une inaptitude Opex d'un an, durée modulable en fonction des données individuelles et situationnelles.

Le métier des armes est riche en emplois à risque et à forte contrainte, qui requièrent une parfaite maîtrise physique intellectuelle et émotionnelle. Nombreuses sont donc les aptitudes qui peuvent être affectées par l'état d'un militaire en risque suicidaire ou ayant réalisé un geste suicidaire. Si leur recensement ne saurait être exhaustif, nous citerons les aptitudes : personnel navigant, service à la mer, conduites d'engin, déminage, saut en parachute, servitude de systèmes d'armes simples ou complexes, etc.

– L'aptitude au service est compromise

Dans le cas des militaires sous contrat l'aptitude à un statut de carrière ne peut être accordée dans le cas d'une conduite suicidaire récente. Doivent alors être étudiés avec l'aide du psychiatre de l'hôpital de rattachement l'aptitude au renouvellement de contrat dans les configurations où la possibilité d'exercice de l'emploi apparaît suffisamment bonne. Dans la négative, et selon les droits statutaires du militaire, la mise en congé de longue durée pour maladie ou la présentation devant la Commission de réforme des militaires doivent être mises en œuvre.

Pour les militaires d'active, lorsque le maintien en position d'activité ne peut être retenu du fait de l'évolutivité et de l'importance des troubles sous-jacents, une décision de mise en congé de longue durée pour maladie est proposée à ceux qui y ont statutairement droit.

Aides et écueils à la décision médico-militaire d'aptitude

L'outil de référence quant à la détermination de l'aptitude psychiatrique concerne le chapitre « Psychiatrie » de l'Instruction ministérielle N° 2100 (9). Les conduites suicidaires n'y sont pas évoquées en tant que telles, mais on peut retenir dans les items retenus une approche au-delà de la nosologie médicale classique (où nombre de conduites suicidaires trouvent leur place), et qui accorde une importance aux troubles du comportement et aux altérations des interactions sociales.

La configuration optimale pour le soutien et la réinsertion du militaire ayant fait une conduite suicidaire est la collaboration médecin d'unité - psychiatre. Le fait de s'entretenir avec un professionnel militaire fait l'objet de différentes prises de position de la part des intéressés, surtout en matière de soins. Certains recherchent un interlocuteur qui possède préalablement une connaissance des spécificités de leur milieu, d'autres rechercheront un cadre plus « neutre ». Quoi qu'il en soit, l'étape de la décision médico-militaire nécessite des intervenants militaires particulièrement au fait des aspects cliniques et thérapeutiques, cela s'entend, mais aussi des conditions d'emploi et des données sociologiques et de psychologie collective du milieu. Le libre choix du médecin s'arrête à ce niveau et les praticiens militaires deviennent les interlocuteurs uniques, même si les avis éventuels de leurs confrères civils peuvent les aider à construire leurs décisions d'aptitude.

La place du médecin d'unité dans la décision de reprise d'une ou des aptitudes est déterminante. Il est le mieux placé par sa proximité sur le lieu d'emploi les soins et/ou son attention clinique sur les personnels concernés pour formuler un avis. Il doit cependant prendre garde à une tendance à vouloir se rassurer sur certains critères, comme par exemple le zèle de l'intéressé à reprendre *ad integrum* l'activité antérieure, la banalisation par le sujet de son geste comme des problèmes ayant participé à la décision de passage à l'acte. Le fait qu'un geste suicidaire ait lieu à l'unité, en situation opérationnelle et *a fortiori* quand il est réalisé avec une arme de service, peut induire des effets de méfiance et de rejet dans le groupe qu'il va falloir prendre en compte. À l'inverse de ce phénomène, l'effet protecteur du groupe, parfois enclin à vouloir traiter sans aide extérieure une problématique personnelle en son sein, sans véritable conscience des risques encourus peut être surévalué.

Le recours au psychiatre de l'hôpital de rattachement peut être une aide précieuse pour le soin. Il doit être systématique sur le plan de l'expertise et de la détermination de l'aptitude. L'hospitalisation dans un service de psychiatrie comme la consultation en externe auprès d'un psychiatre militaire permettent bien souvent l'émergence d'une parole sinon dégagée des enjeux de l'unité, tout au moins de certaines de ses contraintes, et de progresser sur l'abord et la résolution des questions personnelles. La réflexion sur la question de l'aptitude se développe alors en lien avec les données de l'unité transmises par le médecin d'unité, en toute connaissance du milieu par le spécialiste hospitalier. Ce recours au spécialiste a aussi pour vertu de tenir à distance suffisante les possibles interférences provoquées à l'unité par le geste suicidaire. Un ajustement de la décision d'aptitude aux différents paramètres de la situation individuelle, collective et institutionnelle devient alors possible. C'est ainsi que « *le médecin d'unité et le médecin spécialiste de psychiatrie s'éclairent mutuellement des éléments de l'environnement professionnel, des enjeux diagnostique, thérapeutique et pronostic afin que puisse être prise la décision la mieux adaptée à un sujet dans une situation donnée* » (9).

La nécessité d'un accompagnement

Toute aptitude retrouvée nécessite un accompagnement de la part du médecin d'unité pour juger de la qualité de la réinsertion familiale, socioprofessionnelle et de la pertinence dans le temps de la décision prise. Lorsque les aptitudes initiales ne peuvent être restituées de façon définitive au militaire, le médecin d'unité doit le formuler clairement au Commandement afin que les mesures adéquates en termes d'emploi et de réorientation puissent être prises, en y associant l'intéressé.

En conclusion

La détermination de l'aptitude dans les situations de tentative de suicide par un militaire doit s'inscrire dans une certaine temporalité. Au temps de l'urgence qui suit la réalisation du geste où les soucis de protection et de sauvegarde prédominent, se succèdent le temps du soin, puis celui de la détermination des aptitudes à venir, au premier rang desquelles l'aptitude générale à servir. Dans tous les cas, le souci de protection de l'intéressé prime sur celui de maintenir à tout prix sa réintégration dans la plénitude de ses fonctions et de son emploi. La bonne articulation de l'action du médecin d'unité et du psychiatre de l'hôpital de rattachement constitue le gage de la pertinence des décisions qui seront prises.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec les données développées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Morin E. L'homme et la mort. Paris : Éditions du Seuil, 1970.
2. Lebigot F, Bazot M, Condroyer D. Suicide et institution militaire. Psychologie Médicale 1987 ; 19: 609-12.
3. Verret C, Haus-Cheymol R, et all. Conduites auto-agressives dans les armées : tentatives de suicide et suicides ; résultats de la surveillance épidémiologique 2002-2010. Rapport n° 425/CESPA/Saint-Mandé/20 décembre 2011.
4. BEH N°47-48, numéro thématique : suicide et tentatives de suicide en France, 13 décembre 2011.
5. Conférence de consensus, La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, HAS, 19 et 20 octobre 2000.
6. Jakupack M, Cook, J, Imel Z, Fontana A, Rosenheck R, McFall M. Posttraumatic Stress disorder as a risk factor for suicidal ideation in Iraq and Afghanistan war veterans. Journal of Traumatic Stress 2009 ; 22: 303-6.
7. Goldston D, Sergent Daniel S, David M. Suicide attempts among formely hospitalized adolescents : A prospective naturalistic study of a risk during the first 5 years after discharge. J. Am. Acad. Child. Adol., Psychiatry 1999; 38: 6: 660-7.
8. Janet P. Les traitements par la liquidation morale. in Médications psychologiques, Volume II. Paris : Alcan, 1919.
9. Instruction N°2100/DEF/DCSSA/AST/AME relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir du 1er octobre 2003.

VIENT DE PARAÎTRE



HYGIÈNE ALIMENTAIRE EN RESTAURATION COLLECTIVE GRÂCE À L'ASSURANCE QUALITÉ (HACCP)

3e édition

Daniel LEMESRE

L'arrêté du 29 septembre 1997, concernant les établissements de restauration collective à caractère social, a démontré une volonté de changement de stratégie dans la réglementation française relative à l'hygiène alimentaire et ouvert le champ pour une réglementation communautaire. Avec l'esprit des textes antérieurs, il fixe toujours les obligations minimales imposées aux professionnels. Mais l'aspect novateur résidait dans la liberté pour les acteurs de la restauration de choisir les moyens permettant d'atteindre les objectifs de santé publique et fondés sur l méthode de la démarche qualité appelée HACCP.

HACCP signifie *Hazard Analysis Critical Contrôle Point*, soit en français Analyse des risques et points critiques pour la maîtrise. C'est une méthode qui permet :

– d'identifier et analyser les dangers associés aux différents stades du processus de production d'une denrée alimentaire ;
– de définir les moyens nécessaires à leur maîtrise ;
– de s'assurer que ses moyens sont mis en œuvre de façon effective et efficace.

Depuis 2004, la réglementation européenne, toujours plus sécuritaire, renforce la notion de responsabilité pour chaque maillon de la chaîne de restauration, depuis le producteur jusqu'au consommateur. L'assurance qualité s'appuie sur une démarche volontaire et responsable, sur la référence au guide des bonnes pratiques et sur la mise en œuvre d'autocontrôles. À la notion « voilà ce qu'il faut faire », se substitue la volonté « de ne pas constituer une source de contamination ». Une illustration peut être évoquée à titre d'exemple : « Le but n'est pas d'avoir un mur lisse et valable, mais de faciliter les opérations de nettoyage et de structurer le plan de nettoyage ».

Ce livre s'adresse à tous les responsables professionnels de la restauration collective et se veut positif, concret et argumenté. Pour cela, cette troisième édition comprend de nombreuses définitions pratiques, une analyse détaillée du décret de 1997 et du droit communautaire dans ce domaine, quelques clés de l'assurance qualité et surtout plus de 60 exemples de documents déjà utilisés dans des établissements agréés et les références réglementaires actualisées. Sa vocation est d'assurer la sécurité du convive sans le priver du plaisir de la table.

ISBN : 978 2 84874 380 6 – Format : 17x21,5 cm – Pages : 404 – Prix : 40 € – ***LEH Édition,*** *253, 255 cours du Maréchal Gallieni – 33000 Bordeaux. Tél. : 05 56 98 85 79 – Fax : 05 56 96 88 79 – courriel : info@leh.fr – Site internet : www.leh.fr*