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

S. Annette[a], A. David[a], L. Marion[a], A.-E. Jacques[a], C. Carfantan[b], M.-D. Colas[a,c]

a Service de psychiatrie, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
b Direction centrale du Service de santé des armées, Division opérations, État-major opérationnel santé, M3, 60 boulevard du Général Martial Valin – 75509 Paris Cedex 15.
c École du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05.

Résumé

Des manifestations de souffrance psychique peuvent survenir chez certains militaires en mission en dehors du territoire métropolitain et nécessiter parfois une évacuation médicale stratégique. À partir d'une étude observationnelle a été analysée la population des militaires ayant bénéficié d'un rapatriement sanitaire vers l'hôpital d'instruction des armées Percy au cours des années 2016 et 2017, soit 132 sujets. La plupart étaient des hommes (89,4 %) jeunes (61,4 % de moins de 29 ans) appartenant à l'armée de Terre (79,6 %). Le trouble de l'adaptation est le diagnostic le plus fréquemment porté (35,6 % des sujets). Dans 24,2 % des situations étudiées, un trouble de stress aigu ou un trouble de stress post-traumatique sont observés. La proportion des troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant tend à augmenter par rapport aux données d'études similaires menées antérieurement, ce qui peut être probablement expliqué par une intensification du contexte opérationnel. Notre travail met en évidence l'importance d'un dispositif de soutien médico-psychologique précoce et continu pour prendre en charge le personnel en mission et la nécessité d'une évaluation de sa santé mentale avant le départ en opération.

Mots-clés : Évacuation médicale stratégique. Opérations extérieures. Psychiatrie militaire. Trouble de l'adaptation. Troubles psychiques post-traumatiques.

Abstract

STRATEGIC MEDICAL EVACUATIONS FOR MENTAL DISORDERS IN OPERATION: A STUDY ON THE EVOLUTION OF THE REASONS FOR HOSPITALISATION WITHIN THE PSYCHIATRIC UNIT OF PERCY TEACHING HOSPITAL FROM 2016 TO 2017.

Strategic medical evacuations from a theatre of operations for mental disorders: a study about the evolution of the admissions in the psychiatric ward of the military hospital Percy from 2016 to 2017. Soldiers may suffer from mental disorders in missions abroad and they sometimes require strategic medical evacuations. This study focuses on 132 soldiers who were repatriated to Percy Military Hospital between 2016 and 2017. Most of these soldiers were male (89.4%) under 29 (61.4%), enlisted in the Army (79.6%). Adjustment disorders were the most common diagnosis (35.6%), although 24.2% of them were repatriated because of acute stress disorder or post-traumatic stress-disorder. The rate of psycho-traumatic disorders seems to have increased compared to other previous studies, probably because operational contexts are increasingly more intensive. Our work reveals the importance of an efficient care system and the need for an assessment of the mental health of military personnel before operational missions.

Keywords: Adjustment disorder. Military deployment. Military psychiatry. Post-traumatic stress disorders. Strategic medical evacuation.

Introduction

Le contexte géopolitique et sécuritaire actuel entraîne une densification des missions de l'armée française avec plus de 30 000 militaires déployés en Opérations extérieures (OPEX), en Opérations intérieures (OpINT)

S. ANNETTE, interne des hôpitaux des armées. A. DAVID, médecin des armées. L. MARION, médecin principal. A.-E. JACQUES, interne des hôpitaux des armées. C. CARFANTAN, médecin en chef. M.-D. COLAS, médecin en chef (TA), professeur agrégé du Val-de-Grâce.
Correspondance : Madame l'interne des hôpitaux des armées S. ANNETTE, Service de psychiatrie, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
E-mail : sophie.annette@intradef.gouv.fr

sur le territoire national et comme forces de présence et de souveraineté. Il en résulte des contraintes spécifiques et une mise en tension de la ressource humaine, particulièrement dans un moment de transformation des forces armées. Les contraintes opérationnelles les plus fréquemment rapportées sont notamment : le rythme, la nature et la durée des missions ; l'hostilité du milieu et les conditions de vie parfois précaires ; les règles d'engagement ; l'éloignement et la répétition des temps d'absence du milieu familial, etc. En outre, les militaires peuvent être confrontés à des situations potentiellement traumatisantes (prises à partie violentes, attentats, découvertes de scènes horrifiantes, etc.). Certains sujets développent dans ce contexte des troubles psychiques qui nécessitent une prise en charge adaptée, allant parfois jusqu'à leur évacuation médicale (MEDEVAC) par voie aérienne, sur indication du médecin des forces ou du spécialiste lorsqu'il est présent sur le théâtre d'opérations. La procédure d'évacuation médicale est codifiée. Concernant les MEDEVAC stratégiques, objet de notre étude, le médecin doit rédiger une fiche médicale selon un modèle standardisé, ou *Patient Movement Request* (PMR), détaillant les données cliniques et médico-administratives. Il contacte le Directeur médical (DIRMED) du théâtre qui sera l'initiateur de la demande de MEDEVAC. La régulation, la mise en œuvre médicale et la coordination de ces évacuations relèvent ensuite de la responsabilité de l'État-major opérationnel santé (EMO-santé) (1), qui sollicite les moyens du commandement européen du transport aérien (*European Air Transport Command* ou EATC). Le transport peut être médicalisé ou non en fonction de l'état de santé du militaire. Les infirmiers convoyeurs de l'air ont pour mission d'assurer l'accompagnement du patient. Actuellement, le personnel rapatrié est reçu dans l'un des établissements de l'ensemble hospitalier militaire d'Ile-de-France : l'Hôpital d'instruction des armées (HIA) Percy à Clamart ou l'HIA Bégin à Saint-Mandé. Il bénéficie d'une évaluation initiale somatique et psychique au service d'accueil des urgences, avant d'être transféré dans le service de psychiatrie.

Cet article analyse l'évolution des motifs médico-psychologiques d'évacuation médicale stratégique, au fil des modifications du contexte opérationnel. Les données concernant les évacuations médicales vers l'HIA Percy sur les années 2016 et 2017 sont comparées à celles d'une étude menée sur plusieurs HIA en 2002 et 2005 par Mèle et coll (2).

Méthode

Dans cette étude observationnelle, descriptive, transversale et monocentrique sont recensés les militaires ayant bénéficié d'une MEDEVAC stratégique d'un théâtre d'une opération extérieure, d'un séjour outre-mer ou d'un poste embarqué vers le service de psychiatrie de l'HIA Percy au cours des années 2016 et 2017, soit 132 sujets. Le recueil des données a été effectué par l'analyse des dossiers médicaux hospitaliers des militaires concernés de façon rétrospective. Les critères étudiés ont été choisis afin qu'ils soient similaires à ceux analysés dans une étude précédente, publiée dans Médecine et Armées en 2007 par Mèle et coll. (2), afin de pouvoir les comparer. Sollicité, l'institut national des données de santé a précisé que la réalisation de cette étude ne nécessitait pas l'avis d'un comité de protection des personnes ni celui du comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé. Les résultats de ce travail ont été présentés au comité de recherche et d'innovation de l'hôpital Percy, en février 2018, afin qu'il y soit enregistré.

Résultats

Données socio-démographiques (tab. I)

La plupart des militaires de l'étude sont des hommes (89,4 %). La population est majoritairement jeune : 61,4 % des sujets ont moins de 29 ans. Les militaires sont pour la majorité en couple (65,2 %) et 34,1 % d'entre eux ont un enfant ou plus.

Tableau I. Données socio-démographiques.

	N = 132	%
Sexe		
Masculin	118	89,4
Féminin	14	10,6
Age		
18-29 ans	81	61,4
30-39 ans	35	26,5
40-49 ans	13	9,8
50 ans et plus	3	2,3
Situation familiale		
Célibataire	41	31
Marié(e)	29	22
Concubin(e)	57	43,2
Divorcé(e) ou séparée(e)	5	3,8
Nombre d'enfants		
0	87	65,9
1	15	11,4
2	20	15,1
3	10	7,6

Parcours militaire (tab. II)

Plus de 79 % des militaires sont issus de l'armée de Terre. Il s'agit essentiellement de militaires du rang (62,9 %) et 56 % cumulent plus de 5 années de service. Les patients sont pour la plupart (41 %) en mission depuis 2 à 6 mois, mais 17,4 % d'entre eux ont été rapatriés dès le premier mois sur place. Les sujets reviennent de la bande sahélo-saharienne (46,2 %), de départements et territoires d'outre-mer (25 %), d'autres

Tableau II. Parcours militaire.

	N = 132	%
Armées, Directions et Services		
Terre	105	79,6
Marine	13	9,8
Air	6	4,5
Gendarmerie	3	2,3
Services de soutien	5	3,8
Statut		
Militaire du rang	83	62,9
Sous-officier	41	31
Officier sous contrat	3	2,3
Officier de carrière	5	3,8
Années de service		
Moins d'un an	5	3,8
1-5 ans	53	40,2
Plus de cinq ans	74	56
En mission depuis		
Moins d'un mois	23	17,4
1-2 mois	33	25
2-6 mois	54	41
6 mois - 1 an	4	3
Plus d'un an	4	3
Non renseigné	14	10,6
Durée de séjour prévue		
15 jours	1	0,8
1 mois	1	0,8
3 mois	1	0,8
4 mois	49	37
6 mois	5	3,8
1 an ou plus	9	6,8
Non renseigné	66	50
Lieu de mission		
Sahel	61	46,2
DOM-TOM	33	25
Afrique (hors Sahel)	28	21,2
Moyen-Orient	7	5,3
Europe	3	2,3
Missions antérieures		
Aucune	40	30,3
1	19	14,4
2	15	11,4
3+	52	39,4
Non renseigné	6	4,5
Antécédent de rapatriement		
Non	125	94,7
Oui	7	5,3

régions d'Afrique (21,2 %), du Moyen-Orient (5,3 %) ou d'Europe (2,3 %). Pour leur grande majorité, les militaires ont déjà participé à au moins une OPEX auparavant (65,2 %). Sept personnes (5,3 %) ont déjà bénéficié d'une évacuation d'un théâtre d'opérations : pour raison somatique (2/7), pour raison disciplinaire (2/7), pour raison familiale (1/7), pour raison psychiatrique notamment un épisode dépressif (1/7) et pour un trouble de l'adaptation ayant nécessité un débarquement (1/7).

Troubles psychopathologiques (tab. III)

Des troubles psychopathologiques sont observés chez 96,2 % des militaires. Les troubles de l'adaptation sont les plus fréquents et concernent 35,6 % des sujets. Environ un quart des militaires (24,2 %) présentent un trouble psychique post-traumatique (selon la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou DSM-5) (3) : un trouble de stress aigu (15,9 %) ou un trouble de stress post-traumatique (8,3 %), déclenché lors de la mission en cours ou dont les symptômes étaient déjà manifestes avant le départ mais non-identifiés. Les troubles anxieux et les troubles dépressifs représentent respectivement 14,4 % et 12,9 % des diagnostics. Les troubles psychotiques sont minoritaires.

Aucun symptôme médico-psychologique n'est identifié dans plusieurs situations : chez deux militaires confrontés à un événement à haute potentialité traumatique et évacués pour une évaluation psychiatrique ; chez un sujet rapatrié pour évaluation suite à un acte d'insubordination ; chez un militaire présentant des troubles cognitifs anciens qui rendaient son maintien en situation opérationnelle difficile ; chez un homme dont la mission a été prolongée au dernier moment alors que son épouse était sur le point d'accoucher.

Les troubles des conduites sont dominés par les consommations de substances psychoactives, éventuellement associées entre elles. Un sujet sur cinq (20,5 %) est concerné par un trouble de l'usage de l'alcool (selon le DSM-5), s'agissant d'un mésusage ou d'une dépendance, tandis que 62,1 % des militaires allèguent un usage simple de cette substance. Plus de la moitié (53,8 %) des patients déclarent une consommation de tabac, 6,8 % des personnes rapportent un usage de cannabis et 1,6 % des militaires de l'étude consomment d'autres drogues. Plus de 4 % des sujets ont réalisé un passage à l'acte suicidaire sur place et 5,3 % ont présenté des conduites hétéro-agressives.

Un trouble de la personnalité est identifié chez 56,8 % des patients rapatriés. Les états limites (16,6 %) et les troubles de la personnalité non spécifiés (13,6 %) sont les plus fréquents.

Quarante-quatre pour cent des sujets déclarent au moins un antécédent psychiatrique.

Tableau III. Troubles psychopathologiques retrouvés dans les dossiers.

	N = 132	%
Symptomatologie psychiatrique		
Non	5	3,8
Trouble de l'adaptation	47	35,6
Trouble dépressif caractérisé	17	12,9
Trouble anxieux	19	14,4
Trouble de stress aigu	21	15,9
Trouble de stress post-traumatique	11	8,3
Trouble psychotique bref	1	0,8
Psychose chronique	4	3
Trouble à symptomatologie somatique	2	1,5
Autre	5	3,8
Trouble(s) des conduites		
Conduite suicidaire		
Oui	6	4,5
Non	126	95,5
Conduite hétéro-agressive		
Oui	7	5,3
Non	125	94,7
Alcool		
Usage simple	82	62,1
Trouble de l'usage	27	20,5
Absence d'usage	23	17,4
Tabac		
Usage simple/trouble de l'usage	71	53,8
Absence d'usage	61	46,2
Cannabis		
Trouble de l'usage	9	6,8
Absence d'usage	123	93,2
Autres drogues		
Trouble de l'usage	2	1,6
Absence d'usage	130	98,4
Autres troubles des conduites		
Oui	4	3
Non	128	97
Trouble de la personnalité identifié		
Non	57	43,2
Paranoïaque	8	6
Schizoïde	3	2,3
Antisociale	3	2,3
Limite	22	16,6
Histrionique	0	0
Narcissique	1	0,8
Evitante	3	2,3
Dépendante	8	6
Obsessionnelle	6	4,6
Schizotypique	3	2,3
Autres	18	13,6
Antécédent(s) psychiatrique(s)		
Non	74	56,1
Trouble(s) de l'humeur	6	4,5
Trouble(s) anxieux	3	2,3
État de stress aigu	2	1,6
État de stress post-traumatique	11	8,3
Trouble(s) psychotique(s)	2	1,6
Conduite(s) addictive(s)	16	12,1
Conduite(s) suicidaire(s)	6	4,5
Conduite(s) hétéro-agressive(s)	6	4,5
Autres	6	4,5

Facteurs étiopathogéniques contextuels (tab. IV)

Des facteurs professionnels sont rapportés chez une majorité de sujets quant au contexte de l'émergence d'une souffrance psychique : des facteurs liés aux contraintes opérationnelles (37,9 %) avec des confrontations à des événements à potentialité traumatique décrites dans 25,8 % des cas et une surcharge de travail ou un cumul de missions dans 12,1 % des situations ; des difficultés relationnelles (25 %) ; des troubles de l'adaptation à la mission (17,4 %) ; des problématiques de désengagement ou de perte de motivation (2,3 %).

Les facteurs familiaux allégués sont également fréquents. Il s'agit de l'éloignement familial (9,1 %), d'une rupture affective (9,1 %), de la survenue d'une maladie chez un proche (8,3 %), de conflits intra-familiaux (6,1 %), d'un décès (5,3 %) et/ou d'une grossesse ou de complications obstétricales chez une conjointe (3,8 %).

La coexistence de facteurs professionnels et familiaux est notée dans 26,6 % des situations cliniques de 2016 et 2017.

Les facteurs socio-culturels sont plus anecdotiques.

Prises en charge et décisions médico-militaires (tab. V)

Dans les suites de leur évacuation médicale, les militaires sont tous pris en charge initialement en milieu hospitalier, pour pouvoir effectuer une évaluation clinique globale et pour permettre aux praticiens de se prononcer sur d'éventuelles restrictions d'emploi voire une inaptitude à servir, temporaire ou définitive dans certains cas. Cette hospitalisation dure moins d'une semaine pour 77,3 % des patients. Plus des deux tiers des sujets bénéficient d'un traitement psychotrope, systématique (42,4 %) ou prescrit à la demande (28,8 %).

Tableau IV. Facteurs étiopathogéniques contextuels rapportés.

	N = 132	%
Facteurs familiaux	55	41,7
Conflits intra-familiaux	8	6,1
Rupture affective	12	9,1
Éloignement	12	9,1
Maladie	11	8,3
Décès	7	5,3
Grossesse	5	3,8
Non	77	58,3
Facteurs professionnels	109	82,6
Désengagement	3	2,3
Trouble de l'adaptation à la mission	23	17,4
Difficultés relationnelles	33	25
Confrontation à des situations à potentialité traumatique	34	25,8
Contraintes professionnelles ou missions multiples	16	12,1
Non	23	17,4
Facteurs socio-culturels	3	2,3
Finances	2	1,5
Culture	1	0,8
Non	129	97,7

Tableau V. Prises en charge et décisions médico-militaires.

	N = 132	%
Lieu de suivi ultérieur		
HIA Percy	42	31,9
HIA de rattachement	32	24,2
Antenne médicale	43	32,6
Centre médico-psychologique	4	3
Transfert hospitalier HIA de rattachement	11	8,3
Chimiothérapie		
Oui (systématique)	56	42,4
Oui (si besoin)	38	28,8
Non	38	28,8
Type de chimiothérapie		
Antidépresseur seul	9	6,8
Antidépresseur + anxiolytique	8	6,1
Benzodiazépine seule	25	18,9
Hypnotique seul	3	2,3
Hydroxyzine seule	24	18,2
Antipsychotique seul	18	13,6
Association de deux anxiolytiques	7	5,3
Non	38	28,8
Orientation psychothérapique		
Oui	24	18,2
Non	108	81,8
Durée d'hospitalisation		
< 2 jours	3	2,3
2 à 6 jours	99	75
7 à 13 jours	18	13,6
14 jours et plus	12	9,1
Congé maladie à l'issue de l'hospitalisation		
Oui	126	95,5
Non	6	4,5
Décision médico-militaire		
Apte sans restriction	3	2,3
Inaptitude port d'arme + OM/OPEX	8	6
Inaptitude OM/OPEX seule	73	55,3
CLDM	7	5,3
Réforme	17	12,9
Non renseigné	24	18,2

À leur sortie du service de psychiatrie, un congé maladie est indiqué dans la majorité des situations, hormis pour 6 patients sur les 132 étudiés. Pour 18,2 % des patients, il est spécifié dans le compte rendu de sortie l'intérêt d'une prise en charge psychothérapique au sein du centre médical des armées. Pour 8,3 % des patients, un transfert hospitalier vers l'HIA de rattachement est organisé. Les lieux de suivi ambulatoire se sont répartis de la façon suivante : HIA Percy (31,9 %), autre HIA (32,5 %), centre médico-psychologique de proximité (3,0 %) ou antenne médicale uniquement (32,6 %).

Des restrictions d'aptitude sont indiquées pour la majorité des patients (97,7 %). L'inaptitude OPEX concerne 61,3 % des sujets à la sortie du service. D'après les données dont nous disposons, 12,9 % des patients ont été réformés pour motif psychiatrique, souvent après une réévaluation clinique à quelques mois du rapatriement et 5,3 % des militaires ont bénéficié d'un Congé de longue durée pour maladie (CLDM) après six mois de congé maladie.

Discussion

Caractéristiques de la population de l'étude

La population de l'étude est, comme celle de 2007 de Mèle et coll. (2), composée d'hommes jeunes, engagés en tant que militaires du rang au sein de l'armée de Terre. Si la majorité des sujets sont engagés au sein de l'institution depuis 1 à 5 ans dans l'étude de 2007 (2), 56 % des militaires hospitalisés en 2016 et 2017 cumulent plus de 5 années de service. Les lieux de projection des forces françaises ont également évolué, ainsi que le rythme opérationnel. Le nombre de missions antérieures réalisées chez les militaires rapatriés a

tendance à croître : les sujets ayant participé à trois OPEX ou plus étaient 16,5 % en 2002, 30,3 % en 2005 (2) et 39,4 % aujourd'hui. Ceci était déjà mis en lien avec l'activité opérationnelle de plus en plus soutenue des forces françaises dans l'étude de Mèle et coll. (2), ce qui se confirme à ce stade.

Évolution des troubles psychopathologiques motivant une MEDEVAC stratégique

Cette étude met en évidence une prédominance du diagnostic de trouble de l'adaptation parmi les motifs de rapatriement (35,6 %). Dans l'étude de Mèle et coll., les troubles anxieux étaient les plus fréquents (58,5 % des cas) ; il convient de noter que le trouble de l'adaptation n'était alors pas considéré comme un diagnostic mais comme un facteur étiopathogénique d'un autre trouble (2). Les états dépressifs concernent 12,9 % des patients de l'étude de 2016-2017 contre respectivement 24,3 % et 19,2 % des militaires rapatriés en 2002 et 2005 (2). Une prédominance des troubles anxio-dépressifs et des troubles de l'adaptation parmi les motifs ayant justifié une évacuation médicale est constatée dans d'autres études plus anciennes. La première, portant sur l'opération « Daguet » en 1991 au cours de la guerre du Golfe, a mis en évidence des facteurs étiopathogéniques familiaux prépondérants dans 69 % des cas de rapatriement (4). La seconde, portant sur les rapatriements en provenance d'outre-mer en 1988, a relevé une prédominance d'états dépressifs (88 %), souvent dans un contexte de trouble de l'adaptation (5). En outre, une étude de 2005 portant sur des militaires anglais rapatriés d'Irak pour motif psychiatrique durant l'année 2003 a mis en évidence une proportion de 50,8 % de troubles de l'adaptation parmi les diagnostics posés (6).

Bien que les troubles anxio-dépressifs semblent prédominants par rapport aux traumatismes psychiques parmi les causes d'évacuation médicale décrites dans la littérature, l'incidence de ces derniers a augmenté au cours des années. En effet, si les troubles psychiques post-traumatiques aigus ou chroniques représentaient 10,6 % des évacuations médicales psychiatriques en 2002 (2) et 6,9 % de celles de l'étude sur les militaires anglais rapatriés d'Irak en 2003 (6), ils atteignent 26,2 % en 2005 et 24,2 % dans cette étude. De plus, en 2016 et 2017, ces troubles sont pour la quasi-totalité en lien avec des événements de guerre. Un taux de 8,3 % de troubles de stress post-traumatique est relevé, taux dont les symptômes étaient pour la plupart présents *a minima* ou en rémission avant le départ en mission et ont été réactivés au cours de celle-ci. Une évaluation effectuée par le département d'épidémiologie et de santé publique Sud entre avril 2009 et début 2010 au sein de trois régiments de l'armée de Terre française, auprès de 581 militaires revenant d'une mission de quatre mois ou plus en Afghanistan, a mis en évidence une prévalence de 7,3 % de troubles psychiques post-traumatiques parmi les militaires de l'étude (7). Ce constat a précédé la mise en place en 2011 du plan d'action « Troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées » (8), qui a conduit à la systématisation du repérage de ces troubles par les médecins des forces, notamment avec l'utilisation de l'échelle *Post Traumatic Checklist Scale* (PCLS).

Concernant les troubles des conduites, les comportements addictifs sont les plus fréquents, avec au premier plan le trouble de l'usage d'alcool selon le DSM-5, qui concerne 20,5 % de la population de notre étude, ce taux étant identique à celui de 2005 mais supérieur à celui de 2002 (13,6 %) (2).

Un peu moins de la moitié des sujets déclarent des antécédents psychiatriques qui, dans certains cas, n'étaient pas connus du corps médical, chiffre globalement similaire à celui de l'étude de 2007 (2).

Les évacuations médicales pour motif médico-psychologique représentent une proportion non négligeable des évacuations médicales toute cause confondue au sein de l'armée française. En 2016, 166 militaires sur les 686 rapatriés le sont pour un motif médico-psychologique, soit 24,2 %. En 2017, ils représentent 134 MEDEVAC sur 750, soit 17,9 % (données de l'EMO santé). Ces chiffres sont relativement stables depuis plusieurs années. En 1990, un article publié par Payen et coll. a fait état chez les militaires rapatriés d'outre-mer d'une prévalence des troubles psychiatriques de l'ordre de 20 % (5).

Les auteurs d'une publication américaine de 2011 ont comparé un groupe de soldats ayant bénéficié d'une évaluation psychiatrique systématique à un groupe n'en ayant pas bénéficié avant leur déploiement en Irak : le nombre d'évacuations médicales était significativement plus faible dans le premier groupe (0,1 % versus 0,3 %) (9). Ces résultats explicitent l'importance d'une évaluation de l'équilibre psychique des sujets avant leur départ hors de métropole.

Un contexte étiopathogénique plurifactoriel

Contrairement à l'étude de Mèle et coll. (2), les facteurs professionnels rapportés sont apparus largement majoritaires dans notre analyse puisqu'ils étaient mis en exergue dans 82,6 % des cas. Les facteurs de stress et les difficultés relationnelles étaient très fréquents. Ceci peut s'expliquer par la mise en tension des défenses de la personnalité des sujets dans un contexte opérationnel du fait du risque, voire du danger permanent, de la promiscuité, de la fatigue, voire de l'épuisement, ce qui peut par exemple engendrer une intolérance à la frustration ou encore exacerber des situations de conflit latent (10).

Certains facteurs de stress spécifiques des théâtres d'opérations actuels ont été exposés dans un travail publié dans Perspectives psy en 2010 (11). Cet article évoquait notamment le caractère asymétrique des conflits contemporains, nommés « guérillas de harcèlement », du fait d'une absence de front. Cela donne aux combattants un sentiment de permanence et d'ubiquité de la menace du fait du manque de lieux de repli, le camp pouvant être soumis à des tirs de roquettes ou des attaques kamikazes. Les soldats sont confrontés à des règles d'engagement différentes et à des situations d'anomie particulièrement éprouvantes, comme par exemple des scènes de cannibalisme lors de certaines

opérations récentes. Les « attentats-suicides » peuvent être commis par des femmes ou des enfants que les militaires sont parfois contraints de neutraliser. Les représentations mentales associées sont en rupture avec celles culturellement admises et mettent à mal l'éthique du soldat. Si les soldats sont préparés aux actions de combat face à un ennemi identifié, imaginer ouvrir le feu contre des mineurs n'est pas sans effet sur leurs défenses psychiques.

Les missions actuelles confrontent de manière répétée les militaires au risque de blessures mutilantes, par exemple du fait de l'explosion d'IED (engins explosifs improvisés) au passage d'un convoi logistique. Cette atteinte du corps est en soi à haute potentialité psychotraumatique. La perte de camarades et la découverte de scènes horrifiantes comme des exactions commises contre la population civile peuvent être vécues avec un sentiment envahissant d'impuissance et de culpabilité qui nécessitera une vigilance particulière au retour de mission (11).

À côté de ces facteurs opérationnels, les facteurs familiaux restent souvent mis en avant par les militaires comme ayant été des éléments déclencheurs de leurs difficultés, même s'ils sont moins fréquents que dans l'étude précédente. L'éloignement familial, notamment, était associé à un quart des cas en 2002, 15,2 % des rapatriements en 2005, et 9,1 % des situations dans cette étude. Un dispositif de soutien des familles des militaires en mission a été mis en place ces dernières années par les différents acteurs institutionnels du soutien psychosocial. Le « plan d'accompagnement des familles et d'amélioration des conditions de vie des militaires 2018-2022 » du ministère des armées a pour objectif de mieux prendre en compte les absences opérationnelles de son personnel (12).

Le rapatriement sanitaire, le temps inaugural d'un parcours de soins et d'expertise

Soins et expertise sont indissociables lors d'une décision médicale de rapatriement sanitaire. La préservation de la santé de l'individu et celle de la sécurité de la mission le sont également. Au cours des entretiens spécialisés visant à réaliser un bilan clinique, thérapeutique et à évaluer le pronostic d'adaptation du militaire rapatrié à son emploi, il s'agit d'interroger le sujet sur son parcours militaire, les spécificités de sa spécialité, ses expériences opérationnelles, sa motivation à l'engagement, sa position vis-à-vis des valeurs militaires, son adaptation au sein de son unité, son groupe d'appartenance. Il est également éclairant d'explorer avec lui la façon dont il concilie les contraintes opérationnelles et sa vie personnelle, notamment affective (13). Les durées d'hospitalisation sont en général courtes. Les militaires rapatriés bénéficient pour la plupart d'un congé maladie à l'issue de l'hospitalisation et d'une inaptitude au départ en mission pour les six mois suivants, qui sera réévaluée à l'issue et pourra être prolongée. Ceci permet d'apprécier à distance du contexte opérationnel la réadaptation du sujet à son environnement familial voire, s'il a pu reprendre, à ses fonctions professionnelles en métropole. Dans certaines situations, les difficultés persistent et nécessitent un congé maladie prolongé, voire un CLDM. Concernant les troubles de l'adaptation, qui sont à l'origine de la majorité des évacuations médicales stratégiques, ils conduisent parfois à une réforme pour motif médical, notamment chez certains jeunes engagés dont la motivation s'est révélée fragile et dont le pronostic d'adaptation est péjoratif.

Le « trouble de l'adaptation » à l'origine de la majorité des évacuations médicales stratégiques pour motif médico-psychologique

La notion d'adaptation renvoie aux interactions entre un sujet et son environnement. Il s'agit d'un processus dynamique, en constante modulation en vue d'obtenir un état d'équilibre (14). Le trouble de l'adaptation est une entité nosographique définie dans les classifications internationales. Selon le DSM-5 (3), il s'agit de la « survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables dans les trois mois suivant l'exposition au(x) facteur(s) de stress. Ces symptômes ou comportements sont significatifs, comme en témoignent un ou les deux éléments suivants :

– détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité des facteurs de stress […] ;

– altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants […] ».

Cette définition insiste sur la temporalité des symptômes par rapport à la situation vécue comme contraignante. Elle recoupe des situations cliniques variées, aux frontières de la réaction que l'on pourrait qualifier de normale et de la réponse pathologique. Elle comprend différents sous-types où prédominent des perturbations des émotions ou des conduites.

Le milieu militaire, du fait de ses contraintes intrinsèques et des interactions avec les défenses de la personnalité propres à chaque sujet qui y évolue, peut être le lieu de l'émergence ou de la révélation de troubles dans une situation donnée (15, 16). Notre armée est en constante évolution et doit s'adapter aux contextes géopolitique et sociétal.

L'intégration du sujet au milieu militaire passe par plusieurs étapes symboliques qui sont autant de moments au cours desquels des difficultés adaptatives peuvent apparaître. Dès l'incorporation, les militaires sont confrontés à un milieu inconnu auquel ils doivent s'accoutumer. La motivation à l'engagement peut se heurter à une incapacité à supporter l'éloignement familial. De plus, la personne rencontre le groupe des pairs et le fonctionnement institutionnel hiérarchisé avec ses valeurs auxquelles il s'agit d'adhérer. Si pour certains, ce dispositif constitue un étayage, pour d'autres des difficultés à s'intégrer au groupe ou à tolérer l'autorité peuvent se développer, a fortiori si

les motivations à l'engagement étaient essentiellement économiques (14-16).

La période de spécialisation et d'exercice du métier des armes peut être à l'origine de désillusions. Les motivations initiales, parfois fondées sur des éléments idéalisés, peuvent ne pas survivre à l'épreuve de la réalité (14). Chez certains, les aspirations opérationnelles vont se heurter au rythme peu soutenu de certaines missions, pouvant engendrer des sentiments délétères d'ennui, d'inutilité et un questionnement quant à la légitimité de la mission. Ce questionnement peut être renforcé par une opinion publique parfois peu favorable aux engagements actuels (14). À l'inverse, la confrontation à la dangerosité des situations opérationnelles est susceptible de déclencher ou de révéler des troubles psychiques.

Il s'agit ici de différencier les troubles psychiques post-traumatiques, liés à la confrontation soudaine et imprévisible avec le mort - la sienne ou celle d'autrui-, des troubles psychiques polymorphes (dont les troubles de l'adaptation) pouvant être induits en partie par les contraintes opérationnelles et par la mise en tension des défenses de la personnalité. De plus, si le facteur de contrainte se prolonge, un épuisement des ressources adaptatives peut conduire à un état de « fatigue opérationnelle ». Des troubles psychiatriques peuvent émerger à ce moment-là et compliquer un éventuel trouble de l'adaptation initial (14).

Par ailleurs, le trouble de l'adaptation peut être sous-tendu par une pathologie psychiatrique sous-jacente qu'il vient révéler, notamment un trouble de la personnalité (14 -17). Par exemple, certains sujets aux traits projectifs, manifestant un manque de souplesse dans les relations interpersonnelles ou des difficultés à tolérer la frustration, vont dénoncer au médecin une situation de difficultés ou de conflits sans saisir la part de leur implication personnelle. D'autres, présentant des traits obsessionnels, vont rapporter un sentiment de culpabilité majeur et inapproprié dans ce moment de dépassement de leurs capacités adaptatives ou de coping. Certains sujets aux traits de dépendance affective ne vont pas supporter l'éloignement du milieu familial induit par la mission (14-17).

Le trouble de l'adaptation recoupe ainsi des situations cliniques polymorphes. Les symptômes empruntent des éléments aux différents troubles psychiatriques : troubles anxieux ou dépressifs, troubles des conduites notamment addictives, troubles du caractère, etc. Des difficultés peuvent survenir lors des différents temps du parcours d'un sujet. L'adaptation à un environnement spécifique est un processus continu qu'il convient d'évaluer tout au long de la carrière des militaires et, en particulier, avant le départ et pendant la mission. Lorsqu'un trouble survient en situation opérationnelle, un temps d'observation est souvent nécessaire avant de prendre une décision d'évacuation médicale (14). Celle-ci doit s'intégrer dans un parcours de soins et d'expertise. L'adaptabilité est une composante fondamentale de « l'aptitude médicale à servir du personnel militaire », telle que définie dans l'arrêté du 20 décembre 2012 (18).

Limites de l'étude

Ce travail comporte un certain nombre de biais qui ont fait l'objet d'une analyse.

Plusieurs patients rapatriés dans les services de médecine ou de chirurgie de l'hôpital présentent des comorbidités : trouble de stress aigu associé à une blessure physique, troubles anxieux avec somatisations, problématiques addictives, etc. Ces sujets bénéficient pour la plupart d'une évaluation psychiatrique au cours de leur hospitalisation mais n'ont pas été pris en compte dans cette étude, ce qui constitue un biais de sélection.

Le mode de recueil rétrospectif peut engendrer des imprécisions liées au fait que les dossiers médicaux ont été remplis initialement par des praticiens différents, sans grille de recueil standardisée.

Un biais d'information ou de classement existe pour certains critères étudiés. En particulier pour les troubles des conduites associés, certains sujets pouvaient ne pas les mentionner ou les minimiser par anticipation d'éventuelles conséquences en termes de restriction d'aptitude. Pour les troubles de l'usage de substance, aucune échelle standardisée n'a été utilisée lors de l'évaluation clinique initiale, ce qui rendait le degré de gravité du trouble difficilement quantifiable.

D'autres critères sont également soumis à un biais de classement, notamment l'évaluation du trouble de la personnalité associé, qui est soumis à une variabilité inter-cotateur.

Concernant le devenir des patients et les décisions médico-militaires à moyen terme, certains sujets ont été perdus de vue, comme par exemple ceux qui ont été pris en charge dans un autre HIA et qui représentent environ un tiers des militaires, ou ceux pour lesquels le suivi s'est effectué en antenne médicale uniquement. De plus, le recul de moins de deux ans sur l'évolution à moyen et long terme des militaires reste insuffisant. Certains sujets pourront en effet bénéficier d'une réforme ou d'un placement en CLDM dans les mois ou les années à venir. Cette difficulté était déjà mentionnée dans l'article de Mèle et coll. en 2007 (2).

Conclusion

L'analyse des motifs médico-psychologiques d'évacuation médicale stratégique met en évidence une nette prédominance du diagnostic de trouble de l'adaptation dans notre étude comme dans la littérature, bien que la fréquence des troubles psychiques post-traumatiques tende à augmenter dans le contexte opérationnel actuel.

Les plans de prévention relatifs au repérage des troubles psychiques en relation avec un événement potentiellement traumatique, mais aussi de toute forme de souffrance chez le personnel des forces armées et de la gendarmerie nationale, ont permis de faciliter l'accès précoce aux soins spécialisés que ce soit sur les théâtres d'opérations ou sur le territoire national (19). Il est capital de rappeler que l'évolution et le pronostic de ces troubles sont en grande partie liés à la possibilité du sujet de s'engager dans un parcours de soins

continu, coordonné par son médecin des forces en lien avec les spécialistes de la santé mentale et les acteurs institutionnels du soutien psycho-social. L'évaluation de l'aptitude OM/OPEX/OPINT et mission de courte durée participe à cette vigilance médico-psychologique nécessaire au repérage, que ce soit lors de la visite médicale initiale ou en cours de carrière. Il s'agit de déterminer un risque acceptable quant à la préservation de la santé de l'individu, du fonctionnement du groupe, tout en veillant à la réalisation de la mission à un niveau optimal de sécurité.

Enfin, une telle étude nécessiterait d'être approfondie en analysant davantage de données et en proposant un recueil standardisé d'informations pour tout patient rapatrié dans un service de psychiatrie militaire. Ceci permettrait d'étudier de façon plus exhaustive les enjeux d'une telle décision médicale et ainsi d'adapter les prises en charge, les actions de prévention, le suivi du personnel de retour de mission et de faire évoluer le parcours de l'expertise médico-psychologique.

Remerciements : les auteurs remercient le Médecin principal Jonathan MONIN pour l'analyse des données statistiques.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la Défense. Doctrine du soutien médical aux engagements opérationnels. Doctrine interarmées. DIA-4.0.10_ SOUTMED-OPS(2014). N°176/DEF/CICDE/NP du 31 juillet 2014. Disponible sur: http://www.cicde.defense.gouv.fr
2. Mèle E, Rondier J-P, Favre J-D. Les rapatriés sanitaires en psychiatrie. Description clinique, facteurs étiopathogéniques et orientation thérapeutique. Médecine et Armées. 2007;(35):417-28.
3. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition (DSM-5); 2013.
4. Favre J-D, Payen A. Les rapatriements sanitaires pour troubles psychiques pendant l'opération Daguet. Stress, psychiatrie et guerre. Paris : WPA, Section Militaire, 1993 :84-91.
5. Payen A, Favre J-D, Dubellé P, Churlaud A, Vallet D. Place de la psychiatrie dans les rapatriements sanitaires d'outre-mer. Médecine et Armées. 1990;18(4):217-21.
6. Turner MA, Kiernan MD, McKechanie AG, Finch PJC, McManus FB, Neal LA. Acute military psychiatric casualties from the war in Iraq. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2005;186:476-9.
7. Paul F, Pommier de Santi V, Marimoutou C, Deparis X. Validation de l'échelle PCLS et d'un auto-questionnaire court dans le cadre du dépistage des états de stress post-traumatique chez les militaires de retour de mission. La psychiatrie en milieu militaire : 12e journée de l'association des amis de Pierre Deniker pour l'enseignement de la psychiatrie. Toulon, 2013.
8. Plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques dans les armées » 2011-2013 : N°564/DEF/DCSSA/AST/TEC du 10 mars 2011.
9. Warner CH, Appenzeller GN, Parker JR, Warner CM, Hoge CW. Effectiveness of mental health screening and coordination of in-theater care prior to deployment to Iraq: a cohort study. Am J Psychiatry. 2011;168(4):378-85.
10. Vallet D, Boisseaux H, de Montleau F, Rondier P. Psychiatrie et armée. In: EMC. Paris: Elsevier Masson SAS; 2006. 37-882-A-10.
11. Vautier V. Les nouvelles dimensions des engagements militaires contemporains. Perspect Psychiatr. 2010;49(1):15-8.
12. Plan d'accompagnement des familles et d'amélioration des conditions de vie des militaires 2018-2022. Ministère des armées. 31 octobre 2017.
13. Rondier J-P. Le rapatriement sanitaire en psychiatrie, une décision s'inscrivant dans un processus de soins. Médecine et Armées. 2010;38(1):99-103.
14. Rondier J-P. Confrontation des jeunes engagés aux évolutions du milieu militaire. In: Livre de l'École du Val-de-Grâce - Leçons des concours d'agrégation du Val-de-Grâce. Paris; 2012: 263-81.
15. Colas M-D, Vautier V, Clervoy P, Solignac G. Pronostic de l'adaptation à l'emploi chez les jeunes militaires. In : Livre de l'École du Val-de-Grâce. Paris : La Documentation française ; 2010.
16. Thomas G, Tourinel G. Le masque des troubles de l'adaptation en milieu militaire. Médecine et Armées. 2009;37(2):133-5.
17. Cartigny A, Auxemery Y, Carnio C, Fidelle G. Trouble de l'adaptation au milieu militaire : une étude prospective réalisée chez les engagés volontaires des armées. Médecine et Armées. 2012;40(4):373-8.
18. Arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire.
19. Plan d'action 2015-2018 « Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées » : N° 527740/DEF/DCSSA/ AAD-EMP du 18 décembre 2015.