Article original

Décisions d'aptitude médico-psychologique à l'engagement par le médecin des forces

Apport de la concertation pluridisciplinaire avec les spécialistes des hôpitaux des armées

N. GENTIL[(1)], L. MARION[(2)], D. PERMAL-TOULCANON[(3)], M.-D. COLAS[(4)]

(1) École du Val-de-Grâce, Paris
(2) Service Médical de Psychologie Clinique Appliquée à l'Aéronautique, Clamart
(3) 1re Antenne d'Expertise Médicale Initiale, Fort Neuf de Vincennes, Paris
(4) Direction, Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne, Toulon

Auteur correspondant : nol.gentil@gmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.8860

Reçu
le 15 janvier 2024

Accepté
le 5 juillet 2024

Publié
le 5 septembre 2024

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
À la 1re Antenne d'expertise médicale initiale (AEMI) de Vincennes, le recours à la téléexpertise par les médecins des forces a permis de faciliter les demandes d'avis sapiteurs dans le champ de la santé mentale au profit des candidats à l'engagement.
Afin de mettre en perspective la plus-value de cette pratique, nous avons réalisé une étude centrée sur les dossiers des candidats ayant effectué leur Visite d'expertise médicale initiale (VEMI) dans cette AEMI entre le 1er mai 2020 et le 1er novembre 2021, classés P5 d'emblée ou présentés en téléexpertise à des psychiatres des hôpitaux des armées. L'objectif est de repérer des critères cliniques et médico-biographiques permettant au médecin des forces d'orienter sa décision concernant l'aptitude médico-psychologique à l'engagement.
Sur les 272 candidats inclus, 88 % sont déclarés inaptes (P5), dont 130 à l'issue de la VEMI (48 %) et 68 après la téléexpertise (25 %). Les critères significativement associés à un classement P5 d'emblée sont : un antécédent de tentative de suicide ($p = 0.019$), des troubles de l'usage du cannabis ($p < 0.001$) ou d'autres substances psychoactives ($p = 0.03$) et la prise d'un traitement psychotrope en cours ($p < 0.01$). En outre, le mésusage de l'alcool et un antécédent d'épisode dépressif en lien avec un facteur déclenchant bien identifié sont significativement corrélés à un avis sapiteur d'inaptitude lors de la téléexpertise. La mention de violences intrafamiliales ainsi qu'un antécédent de trouble des apprentissages sont davantage associés à une demande d'avis spécialisé.

Ce processus de concertation pluridisciplinaire a conduit à mettre en évidence une amélioration des pratiques des médecins des forces dans le domaine de l'expertise médico-psychologique, notamment une optimisation des indications d'entretien avec un psychiatre militaire.

Mots-clés : Aptitude médicale initiale.
Expertise médico-psychologique. Pronostic d'adaptabilité.
Téléexpertise psychiatrique. Médecine d'armée.

Abstract:
ASSESSING MEDICO-PSYCHOLOGICAL DEPLOYMENT FITNESS: ADDED VALUE OF MULTIDISCIPLINARY CONSULTATION WITH SPECIALISTS FROM ARMY HOSPITALS
At Vincennes' initial medical assessment centre, using psychiatric tele-expertise supervised by military physicians has made it easier to conduct mental health assessment, for the benefit of future deployed personnel.
In order to put the added value of such practice into perspective, our study focused on the files of candidates who underwent their initial medical assessment visit (VEMI) in this AEMI between May 1, 2020 and November 1, 2021, classified as P5 from the outset, or presented to army hospital psychiatrists for tele-expertise. The aim was to identify the clinical and medico-biographical criteria that would enable military doctors to guide their decisions on the medical-psychological suitability for enlistment. Of the 272 candidates included, 88% were declared unfit (P5), including 130 after the VEMI (48%) and 68 after tele-expertise (25%). The criteria significantly associated with an immediate P5 classification were: a history of suicide attempt (p=0.019), disorders related to the use of cannabis (p<0.001) or other psychoactive substances (p=0.03), and current psychotropic treatment (p<0.01).
In addition, alcohol misuse and a history of a depressive episode linked to a well-identified trigger were significantly correlated with an undermining opinion of unfitness during tele-expertise. Mention of intra-family violence and a history of learning difficulties needed additional specialist opinion.
This multi-disciplinary team approach has led to an improvement in the practices of military doctors in the field of medical-psychological expertise, particularly as it optimized the indications for an interview with a military psychiatrist.

Keywords: Initial medical fitness. Medico-psychological expertise. Adaptability prognosis. Psychiatric tele-expertise. Military medicine.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533

1 Introduction

Une des missions régaliennes du Service de santé des armées (SSA) est l'expertise médicale d'aptitude. Elle assure aux forces armées de disposer de militaires ayant un état de santé compatible avec l'exercice du métier des armes (1). La détermination de l'aptitude médicale prend en compte le cadre réglementaire fixé par les armées, directions et services, des données relatives au sujet, notamment ses antécédents et son état de santé actuel, la demande du commandement sur le plan de l'employabilité, et l'analyse du médecin des forces avec sa connaissance du poste de travail, des pathologies ainsi que son expérience propre (2). Le milieu militaire, marqué par des contraintes opérationnelles et environnementales spécifiques, peut être un facteur favorisant la survenue ou la décompensation de troubles psychiques (3). L'objectif de la détermination de l'aptitude médico-psychologique à servir vise l'établissement d'un pronostic d'adaptabilité du candidat aux conditions d'emploi, basé sur l'évaluation d'un risque acceptable pour sa santé, le fonctionnement du groupe et la réalisation de la mission à un niveau optimal de sécurité (4). Il est à noter que, selon les données de l'état-major opérationnel santé sur les motifs de rapatriement sanitaire des zones d'engagement de l'Armée française, 17,9 % (2017) et 22 % (2021) de ces Évacuations médicales stratégiques (STRATEVAC) sont liés à un trouble médico-psychologique (5,6).

1.1 L'évaluation d'un pronostic d'adaptabilité en visite d'expertise médicale initiale

Sur le plan réglementaire, le texte de référence est l'arrêté du 29 mars 2021, modifié par l'arrêté du 11 décembre 2023, relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale (7). Il permet de statuer sur la santé mentale, soit le sigle P (pour psychisme) du profil SIGYCOP. Néanmoins, le tableau analytique ne propose des coefficients à attribuer au sigle P qu'en présence d'une entité psychopathologique définie. Les situations de fragilité psychique sont laissées à l'appréciation du médecin des forces, responsable de la décision d'aptitude. Afin d'éclairer les pratiques dans le domaine de l'expertise médico-psychologique, un *memento* a été réalisé en 2019 sous l'égide de la chaire de psychiatrie et de psychologie clinique appliquées aux armées (8).

En Visite d'expertise médicale initiale (VEMI), le médecin des forces peut s'appuyer sur le Questionnaire de santé préalable à l'engagement (QSPE). Il explore les principaux antécédents médico-psychologiques du candidat et l'usage de substances psychoactives. L'observation du candidat, et ce, dès l'étape administrative ou paramédicale de sa visite, peut également révéler des signaux d'alerte (2). On recherchera notamment une impatience, une intolérance à la frustration liée au temps d'attente, une nervosité excessive, une étrangeté du comportement, etc. En entretien, on prêtera une attention particulière à la présentation, la qualité du contact, la tenue et l'attitude générale du sujet. La motivation à l'engagement doit impérativement être explorée, pouvant s'avérer pathologique en soi et être sous-tendue par une vulnérabilité psychique. L'examen somatique peut lui aussi mettre en exergue des points d'appel d'une éventuelle souffrance psychique, tels que des cicatrices d'automutilation ou de maltraitance ou un Indice de masse corporelle (IMC) anormal.

À l'issue de la VEMI, le médecin des forces doit se prononcer sur l'aptitude médico-psychologique du candidat. Il n'existe pour le statut P que deux options : l'aptitude,

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533

se traduisant par un statut P = zéro (qui deviendra P = un à l'issue de la période probatoire en cas de bonne adaptation au milieu militaire) ou l'inaptitude, avec un statut P = cinq (9). Si le médecin des forces n'a pas de doute en présence de signaux forts de trouble psychique, il peut se sentir en difficulté en présence de manifestations plus discrètes. Il est alors amené à demander un avis sapiteur au spécialiste.
Le psychiatre militaire reçoit le patient en entretien dans un des hôpitaux des armées et apprécie le retentissement potentiel de l'état de santé actuel ou des antécédents médico-psychologiques sur l'aptitude générale à servir dans les armées, l'exercice des fonctions de la spécialité envisagée et les facteurs propices ou non à une adaptabilité au milieu militaire. Il prodigue un avis d'expert, uniquement consultatif.

1.2 Contexte du recours à la téléexpertise psychiatrique à la première antenne d'expertise médicale initiale de Vincennes

En 2020, à la 1re Antenne d'expertise médicale initiale (AEMI), environ 6 000 candidats se sont présentés en VEMI. On remarque que 42 % des candidats inaptes définitifs à l'engagement l'étaient pour motif psychiatrique. Sur les 719 inaptes temporaires, de nombreux candidats étaient en attente d'un avis sapiteur psychiatrique pour statuer définitivement sur leur aptitude, avec un délai de plusieurs mois pour rencontrer le spécialiste. Durant la crise sanitaire liée à l'épidémie COVID-19 et face au besoin opérationnel d'intensifier le recrutement, une solution pour optimiser la prise de décision d'aptitude médico-psychologique a dû être envisagée.

C'est ainsi qu'ont vu le jour, en mai 2020, des temps de concertation pluridisciplinaire de téléexpertise entre les médecins des forces exerçant à la 1re AEMI et les psychiatres des Hôpitaux d'instruction des armées (HIA) Percy et Bégin, en région parisienne (figure 1). À l'issue de la présentation du dossier et des échanges argumentés, le médecin des forces pouvait décider de classer directement le candidat P0, P5 ou bien de lui proposer un entretien clinique avec un psychiatre au sein d'un HIA pour une évaluation spécialisée.

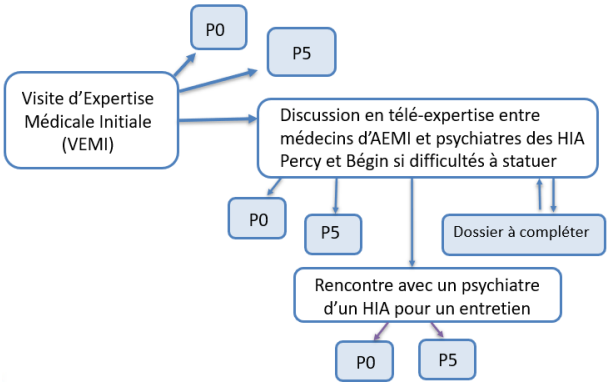


Fig. 1 : Fonctionnement des temps de concertation pluridisciplinaire de téléexpertise entre médecins des forces de la 1ère AEMI et psychiatres des HIA

Afin de mettre en perspective la plus-value de ce dispositif, nous avons réalisé une étude d'évaluation des pratiques professionnelles, observationnelle et rétrospective.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533

2 Matériels et méthodes

Notre objectif principal est d'identifier les critères cliniques et médico-biographiques repérables lors de la VEMI pouvant éclairer la discussion avec l'expert et ainsi conduire à une décision d'aptitude, et plus particulièrement d'inaptitude médico-psychologique initiale sans complément d'examen spécialisé. La population de l'étude est définie par les candidats à l'engagement dans les armées s'étant présentés en VEMI à la 1re AEMI entre le 1er mai 2020 et le 1er novembre 2021, pour lesquels le médecin des forces a pris la décision d'un classement P5 ou de présenter le dossier en téléexpertise psychiatrique à l'issue de la VEMI. Les objectifs secondaires sont de s'intéresser à la proportion de candidats classés P5 immédiatement à l'issue de la VEMI et à son évolution depuis la mise en place des temps de concertation avec les psychiatres, ainsi qu'aux demandes de surexpertise émises par les candidats classés P5. Enfin, cette étude a pour but de proposer un guide d'entretien clinique pratique à l'usage des médecins des forces afin d'évaluer au mieux la santé mentale des candidats en VEMI et d'obtenir un maximum d'informations pertinentes à l'établissement du classement P à l'engagement.

Après accord du comité de la recherche et de l'innovation de l'HIA Percy, les données sont recueillies de manière anonyme depuis le logiciel « métier » AXONE (dossier informatisé au sein des antennes de la médecine des forces). Le critère de jugement principal est la décision d'inaptitude P5 à l'issue de la VEMI. Les tests statistiques employés sont le test de Chi 2 et le test de Fischer. Une analyse univariée a été réalisée afin d'étudier les critères conduisant à une décision P5 après la téléexpertise.
Nous avons également mené une analyse multivariée de la décision du médecin d'AEMI en faveur d'un P5, conduite avec une régression logistique. Pour l'ensemble des analyses statistiques, le seuil de significativité retenu est : $p < 0.05$.

3 Résultats

3.1 Données sociodémographiques

Du 1er mai 2020 au 1er novembre 2021, 272 candidats sont inclus.
Ils ont entre 16 et 29 ans, avec une moyenne d'âge de 21 ans (écart type de trois ans) :

- 78 % sont des hommes et les deux tiers (65 %) souhaitent s'engager dans l'armée de Terre, viennent ensuite l'armée de l'Air et de l'Espace (16 %) et la Marine nationale (11 %) ;
- 82 % d'entre eux ont effectué une scolarité classique (hors structure éducative spécialisée) et 28 % sont en possession du baccalauréat au moment de la VEMI, 38 % des candidats inclus mentionnent un décrochage scolaire, 27 % sont encore étudiants et 25 % sans emploi ;
- 18 % ont déclaré des antécédents psychiatriques familiaux sur le QSPE ; 19 % font état de violences intrafamiliales lors de l'interrogatoire et 23 % déclarent avoir déjà eu des ennuis avec la justice.

3.2 Analyses descriptives de la population

Concernant les antécédents psychiatriques personnels des candidats étudiés (tableau 1) : un tiers présente des antécédents de troubles anxieux (attaques de panique, phobies et trouble anxieux généralisé en premier lieu) ; un quart des troubles thymiques ; 15 % des troubles du développement (Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité [TDAH] et trouble des apprentissages principalement). La moitié d'entre eux

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533

a déclaré consommer ou avoir déjà consommé du cannabis, et un quart en avait consommé dans les six mois précédents la VEMI. Un tiers des candidats a déjà pris un traitement psychotrope, 14 % ont déjà été hospitalisés et 79 % ont déjà bénéficié d'un suivi psychologique ou psychiatrique.

Tab. 1 : Antécédents psychiatriques personnels des candidats

	n = 272	%
Troubles anxieux	76	28
Trouble de l'adaptation	8	3
Trouble anxieux généralisé	14	5
Phobie	14	5
Attaque de panique	38	14
Autres	19	7
Trouble de stress post traumatique	12	4
Troubles thymiques	71	26
Épisode dépressif caractérisé	68	25
- En cours	5	2
- En lien avec facteur déclenchant bien identifié	30	11
Non précisé	3	1
Troubles psychotiques	7	3
Troubles du développement	41	15
TDAH	26	10
Trouble des apprentissages	11	4
Autres	10	4
Troubles du comportement alimentaire	17	6
Anorexie	6	2
Boulimie	11	4
Troubles du comportement	152	56
Conduite à risque	90	33
Trouble des conduites	114	42
Tentatives de suicide	26	10
Automutilation	42	15
Idées suicidaires	45	17
Mésusage de l'alcool	22	8
> 2 verres/j et impossibilité d'abstention > 2 jours	10	4
> 4 verres/occasion	11	4
Auto ou hétéro-agressivité	1	1
Troubles de l'usage du cannabis	124	46
Usage régulier	87	32
Usage occasionnel	37	14
Début < 14 ans	21	8
Consommation solitaire	80	29
Dernière consommation < 6 mois	70	26
Consommation en cours	34	13
Fréquence ≥ 2 joints/j	58	22
Troubles de l'usage d'autres substances psychoactives	11	4
Hospitalisation en psychiatrie	37	14
< 1 semaine	11	4
> 1 semaine	19	7
Traitement psychotrope	87	32
Antipsychotique	19	7
Antidépresseur	29	11
Anxiolytique	31	11
Psychostimulant	22	8
Non précisé	4	1
En cours	20	7
Durée < 6 mois	14	5
Durée > 6 mois	35	12
Suivi psychologique /psychiatrique	215	79
En cours	31	11
Rupture du suivi	14	5

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533

L'analyse des éléments psychopathologiques décelés en VEMI par le médecin des forces retrouve des troubles du contact chez 33 % des candidats (bizarreries, froideur, comportement ou tenue inadaptée), des troubles du discours chez 6 %, des traits de personnalité saillants comme une impulsivité, une immaturité, une intolérance à la frustration ou une labilité émotionnelle chez 19 % et enfin des points d'appel somatiques chez 26 % d'entre eux (principalement des cicatrices d'automutilation ou de maltraitance). La motivation est cohérente pour 72 % des candidats, floue pour 4 % et pathologique pour 24 % d'entre eux (principalement escapiste ou idéaliste).

3.3 Décisions d'aptitude médico-psychologique

À l'issue de la VEMI, 142 dossiers (52 %) sont présentés en téléexpertise. Au cours du premier semestre de l'étude, 30 % des candidats sont classés P5 directement à l'issue de la VEMI, cette proportion s'élevant à 58 % durant les 12 derniers mois. Pour les 142 candidats dont le dossier a été présenté en téléexpertise, deux tiers sont classés P5 directement. Lorsqu'un entretien avec le psychiatre au sein d'un HIA a été réalisé, la proportion des P0 est identique à celle des P5. Dans deux cas, le médecin de l'AEMI n'a pas suivi l'avis du psychiatre suite à la discussion pluridisciplinaire et a classé le candidat apte à l'épreuve du service, en s'appuyant sur son expérience du terrain et sur sa relation avec le commandement pour justifier sa décision (il s'agissait pour un candidat d'accéder à un poste bien spécifique, sédentaire sans risque d'un départ en OPEX et pour l'autre la décision d'aptitude P0 à l'épreuve du service a été prise suite à une discussion du médecin avec son neuropsychiatre civil). Le candidat qui devait ramener des compléments d'information n'a jamais donné suite et a donc été placé en arrêt de sélection (tableau 2).

Tab. 2 : Décisions d'aptitude

	n	%
Post VEMI	272	
P5	130	48
Téléexpertise psychiatrique	142	52
Post téléexpertise	142	
P0	3	2
P5	97	68
Entretien avec un psychiatre	41	29
Complément d'information	1	1
Post entretien en HIA	41	
P0	16	39
P5	16	39
RDV annulé	9	22
Décision finale AEMI	272	
P0	19	7
P5	241	88
Arrêt de sélection	10	4
P0 malgré avis P5 post téléexpertise	2	1

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533

3.4 Analyse univariée de la décision d'aptitude à l'issue de la VEMI

Plusieurs des paramètres étudiés se sont révélés être significativement associés à un classement P5 à l'issue de la VEMI, selon l'analyse univariée *(tableau 3)*.

Tab. 3 : Analyse univariée des décisions d'aptitude médico-psychologique post VEMI

	Décision post VEMI = Téléexpertise (n = 142)	Décision post VEMI = P5 (n = 130)	n	p
Période de réalisation VEMI				< 0.001
1er semestre (Début de l'étude)	69 (49 %)	30 (23 %)	99	
2e et 3e semestres (Fin de l'étude)	73 (51 %)	100 (77 %)	173	
Antécédents psychiatriques familiaux	31 (22 %)	19 (15 %)	208	0.12
Violences intrafamiliales	35 (25 %)	16 (13 %)	51	0.013
Antécédents judiciaires	29 (20 %)	34 (26 %)	63	0.25
Trouble de stress post traumatique	9 (6 %)	3 (2 %)	12	0.11
Troubles anxieux	43 (30 %)	33 (25 %)	76	0.37
Troubles thymiques				0.18
Épisode dépressif	34 (24 %)	34 (26 %)	68	
• En lien avec facteur déclenchant bien identifié	17 (12 %)	13 (10 %)	30	0.27
• En cours	0 (0 %)	5 (3.8 %)	5	0.053
Non précisé	0 (0 %)	3 (2.3 %)	3	
Troubles psychotiques	2 (1.4 %)	5 (3.8 %)	7	0.26
Troubles du développement	27 (19 %)	14 (11 %)	41	0.069
Troubles du comportement alimentaire	12 (8.5 %)	5 (3.8 %)	17	0.12
Idées suicidaires	20 (14 %)	25 (19 %)	45	0.24
Tentatives de suicide	8 (5.6 %)	18 (14 %)	26	0.019
Conduite à risque	49 (35 %)	41 (32 %)	90	0.67
Trouble des conduites	58 (41 %)	56 (44 %)	114	0.63
Mésusage de l'alcool				0.92
> 2 verres/j et impossibilité de s'abstenir 2 jours	6 (4.2 %)	4 (3 %)	10	
> 4 verres/occasion	6 (4.2%)	5 (4 %)	11	
Trouble de l'usage du cannabis				< 0.001
Usage régulier	26 (18 %)	61 (47 %)	87	
Usage occasionnel	25 (18 %)	12 (9.3 %)	37	
Âge de début < 14 ans	7 (5 %)	14 (10.7 %)	21	0.016
Consommation solitaire	22 (15.5 %)	58 (45 %)	80	< 0.001
Délais depuis la dernière consommation :				< 0.001
< 6 mois	15 (11 %)	55 (42 %)	70	
> 6 mois	11 (8 %)	6 (4.5 %)	17	
En cours	8 (5.6 %)	26 (20 %)	34	
Fréquence de la consommation :				
≤ 1 joint/j	3 (2 %)	11 (8.5 %)	14	0.62
≥ 2 joints/j	16 (11 %)	42 (32 %)	58	
Trouble de l'usage d'autres substances psychoactives	3 (2 %)	10 (7.8 %)	13	0.03
Traitement psychotrope	49 (35 %)	38 (29 %)	87	0.37
Type de traitement				
Antipsychotique	13 (9.2 %)	6 (4.6 %)	19	0.23
Antidépresseur	12 (8.5 %)	17 (13 %)	29	0.047
Anxiolytique	16 (11.3 %)	13 (10 %)	29	0.88
Psychostimulant	14 (9.9 %)	8 (6.2 %)	22	0.42
Prise en cours	5 (3.5 %)	15 (12 %)	20	< 0.01
Durée de la prise				
< 6mois	12 (8.5 %)	2 (1.5 %)	14	0.21
> 6mois	26 (18 %)	9 (6.9 %)	35	
Hospitalisation en psychiatrie	20 (14 %)	17 (13 %)	37	0.79
Durée de l'hospitalisation				0.41
< 1 semaine	6 (4.2 %)	5 (3.8 %)	11	
> 1 semaine	11 (8 %)	8 (6 %)	19	
Suivi psychologique en cours	11 (7.7 %)	10 (7.7 %)	21	0.98
Motivation pathologique	22 (15 %)	12 (9.4 %)	34	0.13
Signes d'appel à l'examen somatique	38 (27 %)	33 (25 %)	71	0.8

On retrouve notamment le trouble de l'usage du cannabis, que son usage soit régulier (consommation supérieure à dix joints par mois) ou associé à des facteurs de mauvais pronostic addictologique tel un âge de début de consommation inférieur à 14 ans ou

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533

une consommation solitaire (10). Un délai depuis la dernière consommation inférieur à six mois semble également entraîner une inaptitude médico-psychologique d'emblée. Le trouble de l'usage d'autres substances psychoactives actives ($p = 0.03$), l'antécédent de tentative(s) de suicide ($p = 0.019$) et la prise d'un traitement psychotrope encore en cours ($p < 0.01$) font également partie de ces critères significativement associés à une inaptitude d'emblée.
Les autres antécédents psychiatriques mentionnés par les candidats, l'antécédent d'hospitalisation en psychiatrie de même que celui de prise d'un traitement psychotrope ne sont, quant à eux, pas significatifs selon notre analyse. Il est à noter que les dossiers de candidats faisant mention de violences intrafamiliales sont davantage présentés en téléexpertise ($p = 0.013$).

3.5 Analyse multivariée de la décision d'inaptitude post VEMI

Afin de s'affranchir des éventuels facteurs confondants, une analyse multivariée de la décision d'inaptitude (statut P5) post VEMI est réalisée, en prenant en compte les critères orientant la décision du médecin des forces à l'issue de la VEMI *(figure 2)*. Les critères ainsi retenus sont : la période (début ou fin de l'étude) ; les antécédents de troubles du développement, de tentative(s) de suicide, de troubles du comportement alimentaire ; la mention de violences intrafamiliales ; l'usage de cannabis et le trouble de l'usage d'autres substances psychoactives.

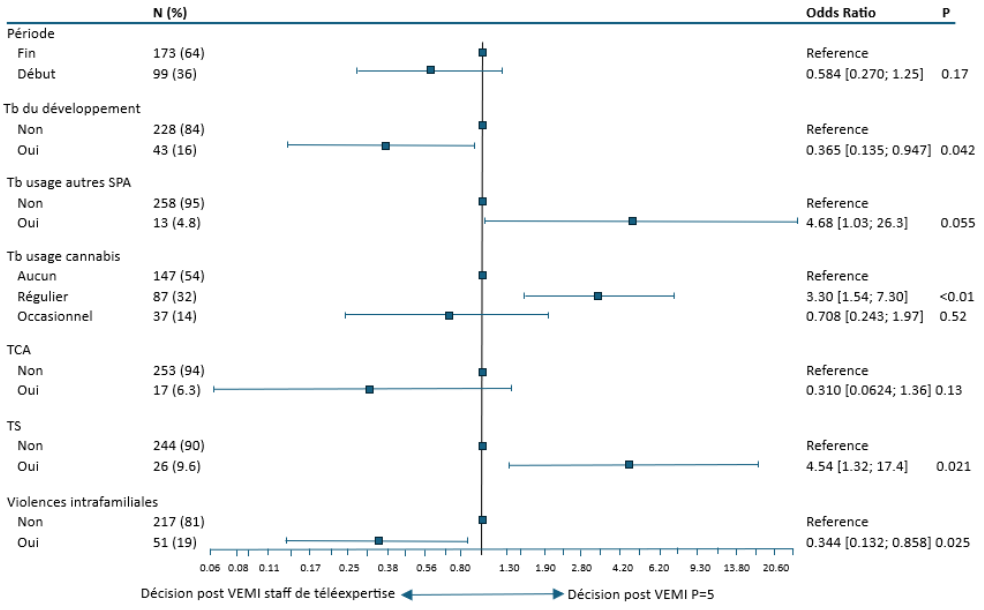


Fig. 2 : Analyse multivariée des décisions d'aptitude médico-psychologique post VEMI

Il apparaît que le dossier d'un candidat est davantage présenté en téléexpertise lorsqu'il a présenté un trouble du développement (OR 2.74 [1.06 ; 2.85], $p = 0.042$) ou a mentionné des violences intrafamiliales (OR 2.91 [1.16 ; 7.5], $p < 0.025$). Il présente significativement plus de risque d'être P5 d'emblée s'il consomme ou a consommé régulièrement du

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533

cannabis (OR 3.30 [1.54 ; 7.30], $p < 0.01$) et s'il présente un antécédent de tentative(s) de suicide (OR 4.54 [1.32 ; 17.4], $p = 0.021$). Le trouble de l'usage d'autres substances psychoactives ne s'est pas révélé être discriminant dans cette analyse (OR 4.68 [1.03 ; 26.3], $p = 0.055$).

3.6 Décisions d'inaptitude en téléexpertise

L'analyse des décisions d'inaptitude à l'issue de la téléexpertise psychiatrique met en évidence plusieurs critères associés à un statut P5 *(tableau 4)*. Parmi ceux-là, on retient le mésusage chronique de l'alcool, les troubles de l'usage d'autres substances psychoactives et la prise d'un traitement psychotrope en cours, qui sont associés à une inaptitude dans 100 % des cas à l'issue de la téléexpertise.

Tab. 4 : Décisions d'inaptitude à l'issue de la téléexpertise selon les critères présentés par les candidats

Antécédents présentés par le candidat	Proportion de candidats P5	%
Mésusage chronique de l'alcool	6/6	100
Trouble de l'usage d'autres substances	3/3	100
Traitement psychotrope en cours	5/5	100
Antécédent d'épisode dépressif sans facteur déclenchant bien identifié	15/16	93
Antécédent de prise d'antidépresseur	11/12	92
Antécédent de trouble du comportement alimentaire	11/12	92
Suivi psychologique ou psychiatrique en cours	14/16	88
Hospitalisation en psychiatrie >1 semaine	9/11	82
Antécédents avec la justice	23/29	79

3.7 Demandes de surexpertise

Cinquante candidats, soit 21 % de ceux classés P5, ont adressé une demande de recours au 1er Centre médical des armées (CMA), parmi lesquels 62 % avaient été classés P5 suite à la téléexpertise. Toutefois, 88 % de ces demandes ($n = 44$) ont été refusées par le commandant du 1er CMA. Sur les six demandes acceptées, trois candidats sont jugés aptes à l'engagement après la surexpertise.

4 Discussion

Notre population de candidats est comparable d'un point de vue sociodémographique aux candidats se présentant habituellement en VEMI à Vincennes (11).

Au vu de l'ensemble des résultats exposés, nous pouvons proposer plusieurs critères médico-biographiques et cliniques devant d'alerter le médecin des forces en VEMI et orienter sa décision vers une inaptitude médico-psychologique à l'engagement. L'expertise médicale d'aptitude procède avant tout d'une analyse clinique attentive qui comporte aussi l'étude des pièces médicales transmises par le candidat. Aucune décision ne saurait être prise sur la base exclusive d'un antécédent rapporté ou d'une intuition. Aussi, nous souhaitons mettre en perspective les points qui constituent un faisceau d'arguments pour déterminer un pronostic d'adaptation à un emploi donné : des signaux forts aux signes d'alerte, parfois discrets, de l'entretien.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533

4.1 Critères issus de l'analyse des antécédents médicaux

Certains éléments objectivés lors du recueil des antécédents au travers du QSPE et de l'interrogatoire ciblé peuvent, d'après les résultats de notre étude, orienter la décision du médecin des forces vers un statut P = 5 d'emblée à l'issue de la VEMI.

Il s'agit des cas documentés :

- d'antécédent de trouble de l'humeur qui ne serait pas un trouble dépressif en lien avec un facteur déclenchant bien identifié ;
- de prise d'un traitement psychotrope prolongée ou d'antécédent d'hospitalisation de plus d'une semaine en psychiatrie ;
- d'un trouble psychiatrique actif, traitement psychotrope ou suivi spécialisé en cours ;
- de trouble psychotique ;
- de trouble addictif actif (pour le cannabis consommation de plus de dix joints par mois, pour l'alcool consommation de plus de deux verres par jour avec impossibilité de s'abstenir plus de deux jours) ;
- d'antécédent de tentative de suicide.

À noter que l'usage d'un traitement psychotrope signe un trouble psychique non contrôlé ou actif, à risque de décompensation en cas d'oubli ou d'impossibilité de le prendre régulièrement, comme cela peut être le cas en mission. De surcroît, les effets secondaires de ces traitements comme les troubles de la vigilance sont incompatibles avec le métier des armes.

L'usage régulier du cannabis est un des principaux facteurs décisifs mis en évidence, qui concerne dans notre étude la moitié des candidats classés P5 à l'issue de la VEMI. Devant un usage fréquent et une banalisation de l'usage en population générale, la notion d'usage de cannabis doit impérativement être recherchée, en posant deux questions directes : « Consommez-vous du cannabis ? » et « Avez-vous déjà consommé du cannabis ? ». Les facteurs de mauvais pronostic addictologique tels un âge de début avant 14 ans ou une consommation en solitaire doivent également orienter vers une inaptitude à l'engagement, de même qu'un sevrage de moins de six mois.

Certains antécédents psychopathologiques sont présentés par le candidat comme étant « guéris » ou isolés dans un contexte réactionnel, l'état clinique actuel apparaissant comme rassurant (antécédent de TCA, troubles des conduites de type auto et/ou hétéro-agressif, TDAH, etc.). L'avis d'un psychiatre des armées doit être requis avant toute décision d'aptitude à l'engagement. Le médecin des forces devra alors explorer en VEMI l'évolution de ces troubles, le suivi et le traitement mis en place, les adaptations ayant été nécessaires sur le plan scolaire ou éducatif. Il est essentiel de recueillir le maximum de pièces médicales avant de demander un avis sapiteur (notamment les résultats des éventuels bilans neurocognitifs réalisés dans les cas d'antécédent de TDAH).

Le TDAH est un trouble du développement concernant 15 % des candidats de notre étude. Son retentissement présente une grande variabilité interindividuelle, requérant une analyse fine par un spécialiste.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533

4.2 Critères issus de l'analyse du parcours biographique et de l'examen clinique du candidat par le médecin des forces

L'étude de la motivation et le repérage des traits de la personnalité du candidat sont centraux dans la prise de décision d'aptitude. En effet, une motivation pathologique (psychotique, escapiste, idéaliste contraphobique ou volonté de faire usage de la force, par exemple) ou un trouble manifeste de la personnalité (notamment les personnalités marquées par une recherche de sensations, des traits d'impulsivité ou une intolérance majeure à la frustration) sont particulièrement à risque en milieu militaire, milieu dans lequel les ressources adaptatives du sujet peuvent être mises en tension (4).
La potentialité d'un passage à l'acte est à considérer, qu'il soit auto ou hétéroagressif. Ces éléments sont à évaluer au travers du parcours de vie rapporté, notamment des moments de rupture, d'éventuelles carences éducatives ou affectives, de la situation sociale et des cas allégués de violences intrafamiliales. Par exemple, notre étude met en évidence que la mention de violences intrafamiliales est davantage associée à une décision d'inaptitude qu'à une demande d'avis sapiteur, avec un tiers des candidats en faisant état classés d'emblée P5 parmi notre population. En VEMI, ce type de contexte est à questionner en présence de cicatrices (brûlures, morsures) et d'antécédents de fractures inexpliquées, par exemple.

Par ailleurs, le médecin peut être confronté à une difficulté d'annonce de l'inaptitude à l'engagement face à ces candidats présentant des signes de fragilité psychique en lien avec une enfance traumatique (sentiment d'injustice, vécu d'une « double peine »). La téléexpertise peut alors permettre d'introduire un tiers dans la relation et de demander conseil au spécialiste sur la manière d'annoncer au candidat son inaptitude afin qu'elle soit mieux comprise, voire acceptée.

Afin d'établir un pronostic d'adaptabilité au milieu militaire, il convient également de rechercher des difficultés récurrentes d'ajustement dans le cadre professionnel, notamment pour les candidats ayant déjà été réformés pour raison médicale ou ayant résilié leur contrat au cours de la période probatoire. Les conduites à risque et les problèmes rencontrés relevant de la justice sont à explorer. La présence de cicatrices doit être systématiquement recherchée et questionnée en VEMI (automutilation, prise de risques, maltraitance, etc.). Celles-ci peuvent parfois être cachées par des tatouages.

L'ensemble de ces données médico-biographiques est à confronter à la clinique du comportement, du discours et de la sphère émotionnelle. Le praticien réalise une analyse du contact, du cours et du contenu de la pensée, à la recherche d'atypicités faisant craindre notamment un trouble psychotique sous-jacent. Une labilité émotionnelle, une tension anxieuse ou une humeur triste sont également des symptômes à prendre en compte dans le cadre de l'expertise initiale à l'engagement.

Devant la subjectivité de ces signes d'alerte, qui peuvent sembler « à l'appréciation du médecin », un avis spécialisé est généralement requis s'ils sont isolés et en l'absence d'antécédent, afin de confirmer l'observation clinique du médecin des forces. Ils peuvent également faire l'objet d'une inaptitude d'emblée quand ils sont associés entre eux ou à d'autres antécédents du fait du risque de décompensation de l'équilibre psychique dans un environnement aux contraintes multiples.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533

4.3 Résultats secondaires

Les dossiers des candidats vus dans les six premiers mois de l'étude semblent davantage présentés en téléexpertise, là où ceux vus dans les douze derniers mois semblaient majoritairement P5 d'emblée ($p < 0.001$ en analyse univariée). Cela nous invite à considérer que ce dispositif a eu un impact sur les pratiques professionnelles. Les médecins ont pu témoigner de leur montée en compétence face à la difficile question de l'évaluation de la santé mentale d'un sujet qui s'engage dans l'institution militaire.
Ils ont constaté une amélioration de leur recueil de données lors de l'entretien clinique en VEMI et déclarent se sentir de plus en plus à l'aise avec l'annonce d'une inaptitude médico-psychologique. De plus, ces discussions collégiales permettent d'optimiser les indications d'entretien avec le spécialiste, et donc de diminuer le nombre de consultations en HIA, ce qui peut avoir une incidence sur les délais de recrutement.

On remarque que sur les 50 demandes de recours, seules six, soit 12 % ont été accordées par le 1er CMA sur une période de 18 mois. En comparant ces chiffres aux années précédentes, on s'aperçoit qu'en 2018, le 1er CMA avait reçu 24 demandes de surexpertise pour inaptitude psychique (sigle P), dont trois avaient été acceptées (12 %). En 2019, quatre demandes sur 18 avaient été accordées, soit 22 %. Ainsi, bien que le nombre de demandes soit majoré depuis l'instauration de la téléexpertise, la proportion de demandes de surexpertises acceptées est restée stable. Cette observation pointe la cohérence des décisions prises par les médecins des forces sans avis sapiteur.

4.4 Les limites de l'étude

Un grand nombre de critères ont été recueillis pour chaque candidat, avec de multiples réponses possibles pour chacun et par conséquent un faible effectif dans chaque classe, menant à une diminution de la puissance de l'étude. Certains critères comme les antécédents de « harcèlement scolaire » n'ont pas été recherchés, mais étaient néanmoins mentionnés dans de nombreux dossiers. D'autre part, il existe un biais de prédication puisque la plupart des données étudiées étaient déclaratives. Le candidat peut donc volontairement minimiser ou omettre des éléments pour obtenir son aptitude à l'engagement. Enfin, il existe un nombre important de données manquantes, selon les détails contenus dans l'observation du logiciel « métier » AXONE du candidat et des courriers de présentation du dossier en téléexpertise.

Conclusion

L'analyse des critères médico-sociobiographiques ayant conduit à une décision d'inaptitude chez les candidats inclus dans notre étude a mis en évidence plusieurs éléments saillants permettant au médecin des forces de se prononcer d'emblée, sans recours à un avis spécialisé, tant le risque pour leur santé, le fonctionnement du groupe et la sécurité de la mission est jugé comme inacceptable.

Pour les candidats dont la vulnérabilité psychique a été questionnée, la téléexpertise avec les psychiatres des hôpitaux des armées s'est avérée être une pratique particulièrement efficiente ainsi qu'un facteur facilitant, au regard des délais imposés par le processus de recrutement dans les forces armées, pour statuer sur l'aptitude médico-psychologique à l'engagement.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533

En outre, nous avons mis en évidence un effet positif d'apprentissage des médecins des forces dans le domaine de l'expertise médico-psychologique grâce à cette expérience basée sur la concertation pluridisciplinaire, avec pour conséquence une diminution du nombre d'entretiens spécialisés sollicités auprès des HIA six mois après son instauration.

Dans la dynamique de cette étude, nous travaillons désormais sur l'élaboration d'un guide pratique de l'expertise médico-psychologique initiale, rassemblant les données cliniques permettant d'étayer l'argumentaire conduisant à la prise de décision d'aptitude par le médecin des forces à l'issue de la VEMI. Il pourrait également être intéressant d'élargir cette pratique aux autres services de psychiatrie des HIA et à d'autres spécialités médicales fortement sollicitées pour des avis d'aptitude.

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc.

Références bibliographiques

1. Colas MD, Lahutte B, Gheorghiev C. Psychiatrie et armée. EMC. Psychiatrie. 2020 ;36(3) :1-14. doi : 10.1016/S0246-1072(20)41808-5
2. M.-D. Colas, B. Lahutte, J.-P. Rondier. L'expertise médico-psychologique en milieu militaire : une clinique de l'aptitude. In : Traité de psychiatrie légale. Bruxelles : Bruylant ; 2017. 861-85.
3. Daudin M, Guiraudet O, Calteau M. 1918-2018 : enjeux de l'expertise médico-psychologique en milieu militaire. Médecine et Armées. 2019 ;47(1) :43-48. doi : 10.17184/eac.7278
4. D. Vallet. L'aptitude psychiatrique en milieu militaire. Médecine et Armées. 2009 ;37(3) :235-40.
5. S. Annette, A. David, L. Marion, A.-E. Jacques, C. Carfantan, M.-D. Colas. 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. Médecine et Armées. 2019 ;47(1) :25-34. doi : 10.17184/eac.7276
6. A. Lairie. Épidémiologie des évacuations aériennes médicalisées de faible priorité dans les forces armées et formations rattachées pour cause médico psychologique de 2013 à 2016. Étude observationnelle rétrospective chez 2853 patients sur une période de 4 ans. Paris (FR) : Université Paris-Sud ; 2018.
7. Ministère des Armées. Arrêté du 29 mars 2021 modifié par l'arrêté du 11 décembre 2023 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale [En ligne]. Paris (FR) : 2021. [cité le 03 juillet 2024]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048567102
8. M. Daudin, Y. Auxéméry, M.-D. Colas. Mémento de l'expertise médico-psychologique en milieu militaire. Paris (FR) : EVDG ; 2019.
9. Ministère des Armées. INSTRUCTION N° 1700/DEF/DCSSA/PC/MA du 31 juillet 2014 relative à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire [En ligne]. Paris (FR) : 2014. [cité le 03 juillet 2024]. Disponible : https://archives.defense.gouv.fr/sante/mediatheque/documents-de-reference/instruction-n-1700-bo.html
10. O. Phan, I. Obradovic, A. Har. Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence. Archives de Pédiatrie. 2017 ;24(1) :91-5. doi : 10.1016/j.arcped.2016.10.015
11. K. Bostanci. État de santé de la population souhaitant s'engager dans les armées : résultats d'un examen clinique de sélection auprès des candidats à l'engagement au sein de la 1ère Antenne d'expertise médicale initiale au mois de juin 2017. Paris (FR) : Université Paris Descartes ; 2017.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533