

## **Etude exploratoire sur l'état de stress post-traumatique dans deux unités opérationnelles de l'armée de terre**

**D. Vallet, P. Arvers**

Hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce  
74, Boulevard de Port Royal  
75230 Paris Cedex 5  
FRANCE

[dominiquevallet@wanadoo.fr](mailto:dominiquevallet@wanadoo.fr)

### **RESUME**

*Les circonstances de la vie militaire, en particulier dans les situations opérationnelles, représentent un facteur de risque d'exposition à des situations traumatisantes au plan psychique. Si les troubles psychotraumatiques sont caractéristiques dans leur présentation, ils sont souvent difficiles à diagnostiquer car ceux qui en souffrent ne les évoquent pas facilement, pour des raisons qui tiennent à la nature même de ces troubles. Leur diagnostic nécessite une démarche active du médecin. L'objectif de l'étude vise à évaluer la fréquence de cette pathologie dans une population militaire de deux unités qui présentent une activité opérationnelle importante et surtout à mesurer l'intérêt, pour le dépistage de ces troubles, d'un auto-questionnaire renseigné préalablement à la visite médicale systématique annuelle et discuté avec le médecin au cours de la visite médicale.*

**Mots clés : Armée – Etat de stress post-traumatique – Evaluation**

### **ABSTRACT**

*Duty in military environment, especially on field, is obviously an exposition risk factor to psychic traumatism. If Post-traumatic stress disorder (PTSD) has a very specific symptomatology, it is not so easy to diagnose this syndrome because people don't talk easily about it for complex reasons. The aim of the study is to evaluate the frequency of PTSD in a military group from two units of the army and evaluate the interest for a brief screening prior medical evaluation. This screening is discussed with the military general practitioner during the medical evaluation, to reinforce the opportunity to make the diagnosis of PTSD and eventually to deliver care.*

**Key words : Army – PTSD – Evaluation**

## **1.0 INTRODUCTION**

En milieu militaire, les circonstances opérationnelles exposent par nature les personnels à des situations potentiellement traumatiques au plan psychique. Les manifestations symptomatiques des états de stress post-traumatiques (ESPT) rendent compte des effets spécifiques du traumatisme psychique. Dans sa présentation caractéristique le syndrome de répétition traumatique associe cauchemars de répétition, manifestations de répétition à l'état de veille, hyper-réactivité émotionnelle et neurovégétative ainsi que divers symptômes d'inhibition (1). Cette pathologie a fréquemment une évolution chronique. Elle peut être très invalidante.

Vallet, D.; Arvers, P. (2006) Etude exploratoire sur l'état de stress post-traumatique dans deux unités opérationnelles de l'armée de terre. Dans *Dimension humaine dans le cadre d'opérations militaires – Stratégies des chefs militaires pour gérer le stress et le soutien psychologique* (p. 30-1 – 30-8). Compte rendu de réunion RTO-MP-HFM-134, Communication 30. Neuilly-sur-Seine, France : RTO. Disponible sur le site : <http://www.rto.nato.int/abstracts.asp>.

Malgré une présentation caractéristique, ces troubles sont parfois difficilement reconnus. Ceux qui en souffrent ne les évoquent pas toujours spontanément. Parfois ils estiment normal de supporter ces manifestations après l'épreuve qu'ils ont traversée. Parfois ce silence est en relation avec les sentiments de honte qui peuvent y être attachés. En milieu militaire, cela peut être lié à la crainte que cette évocation auprès d'un médecin ne vienne remettre en cause leur aptitude opérationnelle. Au-delà des difficultés du repérage diagnostique, le traitement des états de stress post-traumatique reste difficile. La précocité de la prise en charge peut être un facteur important de l'efficacité du traitement.

Pour le médecin d'unité, comme pour le spécialiste de psychiatrie, il est important d'être mobilisé pour le repérage et la prise en charge des militaires qui souffrent de ces troubles. Les différentes occasions de consultation médicale en milieu militaire, dans le cadre de démarche de soins ou encore lors des visites médicales systématiques, doivent être marquées de cet effort. Malgré une sensibilisation déjà importante des médecins d'unité pour la recherche de ces troubles chez les personnels militaires, beaucoup reste encore à faire pour la reconnaissance de cette pathologie.

Dans cette perspective, le projet de cette étude est double : d'une part, évaluer la fréquence de ces troubles dans une population militaire ; d'autre part, apprécier si les conditions même de l'enquête pouvaient favoriser la reconnaissance et la prise en charge de ceux qui en souffrent.

## **2.0 LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES GENERALES**

Dans la littérature scientifique, les données épidémiologiques concernant les états de stress post-traumatique sont nombreuses. Elles ne seront pas évoquées ici de manière exhaustive. Une publication récente dans le Journal international de victimologie en fait une revue très détaillée (2). La prévalence des états de stress post-traumatique est estimée selon les études entre 1 à 10% sur la vie entière en population générale (3). L'analyse de ces variations est complexe. Beaucoup tiennent à la nature des différents critères retenus pour poser le diagnostic, selon les différentes versions des systèmes de classification des maladies depuis le DSM III jusqu'à la classification actuelle du DSM IV TR. D'autres relèvent des particularités méthodologiques de l'étude. Les études en population générale mettent en évidence une prédominance féminine malgré un taux d'exposition au traumatisme plus important chez les hommes.

Les études épidémiologiques concernant des populations militaires notent des prévalences plus élevées que dans la population générale. Ainsi, une étude de O'Brien retrouve un taux de prévalence de 22% chez les anciens combattants ayant participé au conflit des Malouines (4). Helzer retrouve une prévalence du PTSD sur la vie entière de 9% pour les vétérans du Vietnam et de 20% pour ceux qui ont été blessés (5). D'autres études concernant des vétérans du Vietnam indiquent des taux de prévalence qui oscillent entre 20 et 40% (6,7). Dans une enquête menée auprès de vétérans de la première guerre du Golfe, Stretch retrouve une prévalence de 8% et de 9,3% chez des militaires de l'armée d'active ou de la réserve (8). Dans les armées françaises, nous ne disposons pas de données épidémiologiques détaillées dans ce domaine. Il est difficile d'en apprécier la fréquence. Une partie des militaires traités pour état de stress post-traumatique, peuvent l'être en milieu civil. Les déclarations d'états de stress post-traumatique publiées dans les bulletins épidémiologiques hebdomadaires font état d'un nombre relativement faible de cas ( 195 déclaration en 2001, 39 en 2002, 19 en 2003, 61 en 2004). Ces chiffres n'ont qu'une valeur indicative relative. Rien ne permet d'expliquer la variation de ces données selon les différentes années. Elles ne concernent que les cas effectivement déclarés par les médecins des armées. Le nombre de cas diagnostiqués et pris en charge par des praticiens civils reste inconnu.

## **3.0 METHODOLOGIE**

Les conditions et les objectifs de l'enquête ne permettaient pas d'envisager une étude épidémiologique réglée. Le choix des unités a été guidé par le niveau élevé de leur activité opérationnelle, sans objectif particulier de randomisation. Elles ne peuvent pas être considérées comme représentatives de l'ensemble de l'armée de terre. La population de ces unités ne pouvait pas être comparée avec une population témoin. Il ne s'agissait pas, non plus, de les comparer entre elles. Le but était plutôt de recueillir un nombre élevé de questionnaires, mais aussi d'impliquer deux équipes médicales différentes.

Pour garder un objectif clinique de prise en charge éventuelle, il ne fallait pas isoler la passation du questionnaire du cadre d'une relation médicale programmée comme celui de la visite médicale systématique annuelle. Le questionnaire, renseigné dans la salle d'attente juste avant cette visite, pouvait être analysé et discuté par le médecin avec le militaire au cours de l'examen médical.

Les instruments d'évaluation des états de stress post-traumatique sont nombreux, comme la post-traumatic stress disorder symptom scale-self report (9), ou encore le trauma screening questionnaire (10). Le choix s'est porté sur une version française validée de la post traumatic checklist scale (PCLS), qui explore les différents aspects de l'état de stress post-traumatique (11). Son seuil de positivité pour l'état de stress post-traumatique est fixé à 44. Elle est facile à renseigner. Elle est discriminante de l'état de stress post-traumatique par rapport aux autres troubles anxieux. Il s'agit d'un questionnaire à 17 items, dont la sévérité de chacun d'entre eux est évaluée sur une échelle de 1 à 5. Le questionnaire se complétait de données biographiques simples concernant l'âge, le niveau d'études, le statut familial et le statut militaire. Il permettait de préciser l'exposition éventuelle à des situations éprouvantes, l'existence de difficultés psychologiques en rapport avec ces circonstances ou encore de souligner si le sujet avait eu la possibilité éventuelle d'en parler à un proche, dans son entourage professionnel ou avec un médecin.

### 4.0 LES RESULTATS

L'étude a permis de recueillir 1302 questionnaires exploitables sur une population d'environ 1500 personnels militaires. Les résultats sont présentés globalement pour les deux unités. Il s'agit d'une population très majoritairement masculine (88,1%), jeune (âge moyen 28 ans). Cinquante-deux pour cent d'entre eux sont mariés ou vivent maritalement. Soixante-cinq pour cent d'entre eux sont des engagés volontaires, 22% sont sous-officiers de carrière et 8% officiers (cf tableau 1).

**Tableau 1. Description de la population (N = 1302)**

	%		%
<b>Sexe</b>		<b>Mode de vie</b>	
homme	<b>88,1</b>	seul(e)	31,5
femme	8,7	avec conjoint(e)	<b>52,3</b>
non renseigné	3,2	chez un parent	11,8
		non renseigné	4,4
<b>Situation familiale</b>		<b>Activité professionnelle</b>	
célibataire	<b>41,6</b>	EVAT	<b>64,7</b>
marié(e)	33,9	SOC	22,1
concubin(e)	16,9	ORSA	1,5
PACSé(e)	0,7	Officier de carrière	7,6
veuf(ve)	0,2	non renseigné	4,1
divorcé(e), séparé(e)	3,8		
non renseigné	3,1		
		<b>Niveau d'études</b>	
		pas de diplôme particulier	5,8
		CEP ou CAP	22,7
		brevet / fin études 1er cycle	11,7
		BAC / fin études 2ème cycle	<b>40,2</b>
		études supérieures	16,2
		non renseigné	3,5

Sur l'ensemble de la population, 15,3% d'entre eux ont déclaré avoir vécu des situations éprouvantes et peuvent se répartir ainsi : dans 64,5% des cas, il s'agit de circonstances en rapport avec la vie

professionnelle ; les circonstances éprouvantes liées à la vie personnelle, en dehors de tout lien avec le milieu professionnel sont rapportées dans 34,9% des cas ; elles ne sont pas précisées dans 0,6% des cas (cf tableau 2).

**Tableau 2. Description des situations éprouvantes, en fonction du score global (%)**

	Score global		
	score < 44	score >= 44	total
	(N = 165)	(N = 13)	(N = 178)
Evènements vie professionnelle	63,6	77	64,5
Evènements vie personnelle et affective	35,8	23	34,9
Autres	0,6	0	0,6

Parmi ceux qui déclarent avoir été confrontés à des situations éprouvantes, 42% déclarent avoir éprouvé des difficultés psychologiques en relation avec ces événements. Quatre-vingt pour cent en ont déjà parlé à leurs proches, 70% avec leur entourage professionnel et moins de 40% avec un médecin.

On ne note aucune différence significative selon l'âge, le sexe, ni la situation familiale. Par contre le nombre d'ESPT est plus élevé s'il existe une situation éprouvante (7,3% V.S 0,8%). Le risque de présenter un ESPT est augmenté lorsqu'une situation difficile a été vécue (odds-ratio [O.R.] = 4,4).

Le score total vaut en moyenne  $20,8 \pm 0,4$  ( la médiane vaut 17). Les valeurs varient entre 0 et 76. Avec une valeur seuil score égale à 44, on dénombre 22 sujets présentant un ESPT, soit 1,7% de l'effectif total. Plus de 90% des sujets ont un score inférieur ou égal à 29 (cf tableau 3).

**Tableau 3. Répartition des sujets selon la valeur du score global**

Score	N	%	% cumulé
0 - 17	678	52,1	52,1
18 - 29	498	38,3	90,4
30 - 43	103	7,9	98,3
<b>44 et plus</b>	<b>22</b>	<b>1,7</b>	100,0

Pour les sujets qui ont un score  $\geq 44$ , 63,6% d'entre eux ont spontanément déclaré avoir été confrontés à une situation éprouvante. Plus surprenants sont les 36,4% sujets qui présentent un score significatif d'un état de stress post-traumatique mais qui ne déclarent pas avoir été confrontés à un tel événement (cf tableau 4). Dans le groupe de ceux qui ont évoqué une situation éprouvante, les circonstances opérationnelles sont évoquées pour 42,4% des sujets avec un score < à 44, et 46,2% dans le groupe de ceux avec un score  $\geq$  à 44. Les événements de la vie personnelle et affective sont évoqués dans

respectivement 30,3% des cas (score < 44) et 23,1% (score ≥ 44). Il y a 10 fois plus de sujets qui ont (ou ont eu) des difficultés psychologiques parmi ceux qui présentent un ESPT (score ≥ 44) que parmi les autres (score < 44) : 63,2% vs 6,3% (cf tableau 4).

**Tableau 4. Evocation de situations éprouvantes et de difficultés psychologiques, en fonction de la valeur du score global**

		Score global	
		score < 44	score ≥ 44
		N = 1227	N = 22
<b>Situations éprouvantes</b>	<b>oui (%)</b>	14,4	<b>63,6</b>
	<b>non (%)</b>	85,6	<b>36,4</b>
		Score global	
		score < 44	score ≥ 44
		N = 1151	N = 19
<b>Difficultés psychologiques</b>	<b>oui (%)</b>	6,3	<b>63,2</b>
	<b>non (%)</b>	93,7	<b>36,8</b>

Pour ceux qui ont un score ≥ à 44, c'est avec leurs proches (68,4%) et avec l'entourage (52,6%) qu'ils en parlent, et avec un médecin qu'ils sont les moins nombreux à en parler (23,3%).

Il faut enfin noter la très bonne cohérence interne du score total, confirmant l'homogénéité de l'échelle PCLS (coefficient alpha de Cronbach égal à 0,91).

## **5.0 DISCUSSION**

Il convient tout d'abord de souligner les bonnes conditions du déroulement de l'enquête. Les médecins d'unité se sont beaucoup impliqués dans sa réalisation. Ils étaient très mobilisés par l'objectif de l'étude. Le commandement a exprimé son intérêt pour cette étude, ce qui en a facilité la mise en œuvre. Les sujets interrogés ont, dans une très large majorité, répondu favorablement tout au long du déroulement de l'étude.

Le questionnaire pouvait être renseigné rapidement, ne venant pas alourdir les conditions de réalisation de la visite médicale. Il pouvait servir de point d'appui au déroulement de la consultation. Il n'y a eu aucun refus de se soumettre aux questionnaires. Pratiquement tous les questionnaires renseignés ont été exploitables.

Cette étude retrouve une fréquence de 1,7% de positivité pour l'état de stress post-traumatique pour l'ensemble de ces deux unités. Cela concerne un effectif de 22 personnes qui se répartissent inégalement dans les deux unités, sans que l'on ne puisse en tirer de conclusions particulières. Cette fréquence est

comparable à celle retrouvée dans les études en population générale. On aurait pu s'attendre à une fréquence plus élevée en raison des risques d'exposition majorés en milieu militaire. Il faut sans doute nuancer ce résultat en rappelant le caractère d'apparition différé de ces troubles, parfois très à distance de l'événement traumatique. La population des engagés volontaires, pour une grande part, a une vie professionnelle militaire limitée dans le temps. Du fait de leur retour à la vie civile, ils échappent à la possibilité de dépistage par les médecins d'unité. C'est dire toute l'importance de la visite médicale de fin d'activité. Elle doit être l'occasion de documenter le plus précisément possible l'histoire médicale du militaire durant son temps de service, en recherchant très activement les expositions éventuelles à des situations potentiellement traumatiques. D'autre part, au sein d'une unité, dans les conditions d'emploi actuelles, il est rare que l'ensemble des personnels d'une unité soit soumis, dans le même temps, à des situations traumatiques. Celles-ci ne concernent le plus souvent que des groupes restreints. Cette étude rappelle cependant l'importance des contraintes vécues par les militaires, en particulier dans les situations opérationnelles. Cette notion recouvre des événements très divers dont il n'est pas possible de préciser plus la nature potentiellement traumatique. Il s'agit de situations aussi variées que des expériences de guerre ou d'engagement opérationnel intense, ou encore des événements de la vie personnelle. Dans les deux occurrences, la référence à une situation accidentelle précise est rare. Les conditions du recueil, à travers d'un questionnaire, ne permettent pas de distinguer les situations de stress, évoquées ici en terme de contraintes, de quelque ordre que ce soit, et celles plus spécifiques du traumatisme psychique. Celles-ci ne doivent être reconnues que dans leur dimension très particulière de confrontation soudaine, violente, avec l'éventualité de sa propre mort. Dans cette perspective, elles ne peuvent être élargies à toutes sortes de situations éprouvantes, qui n'ont pourtant pas la portée spécifique du traumatisme psychique. Il y a ainsi toute une nuance à apporter à la notion même de situation éprouvante, telle qu'elle peut être rapportée par les sujets. Toutes ne relèvent pas de la dimension du traumatisme psychique.

La vie professionnelle est un facteur de contrainte important, le plus souvent en liaison avec les situations opérationnelles (42,7% des déclarations de vécu de situations éprouvantes), mais aussi durant le temps ordinaire du service (17,4% des déclarations). Il faut aussi souligner la part, non négligeable, des déclarations en relation avec la vie personnelle (29,8% des déclarations). Ce sont, ici le plus souvent, les difficultés dans la vie de couple qui sont évoquées.

D'une manière générale, que les difficultés psychologiques soient liées à la vie professionnelle ou à la vie privée, c'est plutôt auprès de leur entourage professionnel ou personnel que les sujets les évoquent spontanément. Ceci amène à souligner encore la nécessité d'une démarche active des médecins d'unité pour explorer cette pathologie auprès des personnels dont ils ont la charge.

Le déroulement de cette enquête montre aussi les limites d'un tel questionnaire qui, dans sa systématisation, ne peut explorer toutes ces dimensions de manière exhaustive. Comme dans toute démarche d'évaluation orientée, la formulation de la question peut venir peser sur celle de la réponse. Cela doit être pris en compte dans l'analyse des résultats. Mais ici, plus que l'évaluation de la fréquence, il était important de voir comment ce dispositif pouvait renforcer la vigilance des médecins d'unité à l'égard de ces troubles, comme de faciliter éventuellement la possibilité pour les sujets d'aborder une problématique personnelle parfois très pesante. A ce titre, il semble que l'objectif soit rempli. Sur les 22 sujets présentant un score positif pour l'état de stress post-traumatique, seuls quelques uns avaient été préalablement repérés ou pris en charge. Pour les autres, la mise en place du questionnaire préalable à la visite médicale a ouvert la possibilité d'une prise en charge médicale.

La visite médicale systématique annuelle est un temps privilégié pour évaluer la santé des personnels militaires. Cette évaluation ne se réduit pas à une décision concernant l'aptitude au service. Elle doit aussi représenter les conditions de prise en charge des pathologies éventuellement repérées. Selon les dispositions réglementaires en vigueur, cette visite doit être éclairée des éléments apportés par le militaire au moyen d'un questionnaire de rédaction libre (12). Il pourrait être intéressant de le compléter par des questions plus spécifiques aux états de stress post-traumatique. Au-delà des résultats de cette étude, cet aspect doit faire, pour l'heure, l'objet d'évaluations complémentaires.



## 6.0 CONCLUSION

Les exigences du milieu militaire, et les risques auxquels ils exposent, impliquent, pour le Service de santé des armées, une grande responsabilité pour la prise en charge des personnels. L'effort soutenu aujourd'hui dans la prise en charge immédiate des sujets confrontés à des événements potentiellement traumatisants doit se prolonger dans celui du dépistage et de la prise en charge des éventuelles séquelles d'apparition différée. Il ne s'agit pas à l'inverse de stigmatiser ces troubles. Cela nécessite une démarche active et raisonnée, des médecins d'unité comme des spécialistes de psychiatrie, pour le juste repérage de ces troubles et une prise en charge adaptée. Le temps de la visite médicale systématique annuelle est un moment privilégié pour cela, où les éléments apportés par le militaire, formalisés dans le document qu'il renseigne préalablement à la visite, prennent toute leur importance. Ils ne doivent pas, à l'inverse, se réduire à une systématisation trop orientée du recueil de certaines données, pour toujours laisser place à la rencontre avec le sujet dans les conditions du colloque singulier qui peut s'établir avec son médecin.

### Bibliographie

- [1] BRIOLE G., LEBIGOT F., LAFONT B., VALLET D. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, LXXXII<sup>e</sup> Session, Toulouse 13-17 juin 1994, Paris : Masson, 1994
- [2] JOLLY A. Epidémiologie des PTSD. Le journal international de victimologie 2003, (2), 1? Resource internet.
- [3] JOLLY A. Événements traumatiques et états de stress post-traumatique. Une revue de la littérature épidémiologique. Ann. Méd-Psychol, 2000 ; 158 (5) : 370-379.
- [4] O'BRIEN L.S., HUGHES S.J. Symptoms of post-traumatic stress disorder in Falklands veterans five years after the conflict. Brit. J. Psychiatry 1991 ; 159 : 135-141.
- [5] HELZER J.E., ROBINS L.N., McEVOY L. Post-traumatic stress disorder in the general populations : findings of the epidemiologic catchment area survey. N Engl J Med 1987 ; 317 :1630-1634.
- [6] PITMAN R.K., ALTMAN B., MACKLIN M.L. Prevalence of post-traumatic stress disorder in wounded Vietnam veterans. Am. J. Psychiatry, 1989 ; 145 (5) : 667-669.
- [7] O'TOOLE B.I., MARSHALL R.P., SCHURECK R.J., DOBSON M. Combat, dissociation, and post-traumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. J. Trauma. Stress 1999 ; 12 (4) : 625-640.
- [8] STRECH R.H., MARLOWE D.H., WRGHT M.K. et al. Post-traumatic stress disorder symptoms among gulf war veterans. Military Medicine 1996 ; 161 : 407-410.
- [9] FOA E.B., RIGGS D.S., DANCU C.V. et al. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress 1993 ; 6 : 459-473.
- [10] BREWIN C.R., ROSE S. ANDREWS B. et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. Brit. J. Psychiatry 2002 ; 181 : 158-162.
- [11] YAO S.N., COTTRAUX J., NOTE I., de MEY-GUILLARD C., MOLLARD E., VENTUREYA V. Evaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS. L'Encéphale, 2003 ; (29) : 232-238.
- [12] DCSSA. Instruction 1700/DEF/DCSSA/AST/AS du 28 janvier 2002 relative au suivi et au contrôle de l'aptitude à servir du personnel militaire. NOR DEFE 0250243J. BOCPP n°10 du 4 mars 2002.

