Le soutien médico-psychologique après accident aérien dans l'armée de l'Air.

M. Chabane Hénin, S. Chollet, V. Louzon, C. Farret, M.-D. Renard.

Résumé

C'est en 2007 que l'armée de l'Air, en accord avec le Service de santé des armées, s'est dotée d'une cellule de soutien médico-psychologique au profit de ses personnels. Intégrée dans un service clinique, cette cellule a pour mission première l'intervention post-immédiate en cas d'événement grave. L'accident aérien représente au sein de l'armée de l'Air le paradigme de la situation de crise parce qu'il touche l'ensemble de la communauté aéronautique : du mécanicien au contrôleur, du fusilier commando au pilote. Un exemple d'intervention (celle mise en place après le crash d'un Twin Otter survenu en mai 2007 dans le Sinaï) nous permettra de présenter plus généralement les modalités d'action de notre cellule, ses objectifs, mais aussi ses difficultés et ses limites.

Mots-clés : Accident aérien. Armée de l'Air. Cellule de soutien médico-psychologique. Événement grave. Intervention post-immédiate.

Abstract

MEDICAL-PSYCHOLOGICAL SUPPORT AFTER AIRCRAFT ACCIDENT IN THE AIR-FORCE.

In 2007 the Air-force, set up a medical-psychological help unit for its workforce in agreement with the French Armed Health Service. Being embedded in a clinical service this unit has as first assignment post-immediate intervention in case of serious events. Aircraft accidents represent for the Air-force the paradigm of a crisis situation as they affect the full aviation community: from the mechanic to the controller, from the rifleman to the pilot. An example of intervention (the one set up as a consequence of a crashed Twin Otter in 2007 in Sinai) will allow us to more generally present the terms and practical details of our unit's action objectives along with its difficulties and limits.

Keywords: Aircraft accident. Air-force. Medical-psychological help unit. Post-immediate intervention. Serious event.

Introduction.

En 2007, l'armée de l'Air, en accord avec le Service de santé des armées, s'est dotée d'une cellule de soutien médico-psychologique au profit de ses personnels (1, 2). Pour des raisons techniques, cette cellule a été intégrée au sein d'un service clinique : le service médico-psychologique du Centre principal d'expertise médicale du personnel navigant (CPEMPN)(3).

Quatre psychologues cliniciennes ont été recrutées et intégrées à l'équipe du Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique (SMPCAA), déjà constituée de deux psychiatres et d'une psychologue. La cellule rassemble ainsi des personnels de l'armée de l'Air et du Service de santé.

La mission principale attribuée à cette cellule est l'intervention post-immédiate en cas d'évènement grave dans l'armée de l'Air. Pour assurer cette mission, il a d'emblée été considéré comme nécessaire que les psychologues puissent entretenir une pratique clinique. Au quotidien, ils reçoivent donc des patients, orientés par les médecins des bases aériennes et participent à la psychiatrie de liaison de l'hôpital Percy. Et, depuis juin 2008, l'État-major de l'armée de l'Air a confié à la cellule une nouvelle mission : celle d'un soutien médico-psychologique des personnels engagés en Afghanistan.

M. CHABANNE HÉNIN lieutenant, S. CHOLLET capitaine, V. LOUZO lieutenant, C. FARRET sous-lieutenant, M-D. RENARD sous-lieutenant.
Correspondance : M. CHABANE HÉNIN, SMPCAA – CPEMPN, HIA PERCY, 101 avenue Henri Barbusse, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
E-mail : melaniechabane@sante.defense.gouv.fr

L'accident aérien dans l'armée de l'Air.

Dans l'armée de l'Air, parmi tous les types d'évènements graves, force est de constater que l'accident aérien est paradigmatique de ce qui fait crise.

Récemment un médecin d'unité confiait son étonnement d'avoir vu un personnel civil s'effondrer en larmes après le crash d'un Rafale. Il ne comprenait pas pourquoi cette personne, en apparence si éloignée de cet escadron de chasse, se sentait tant concernée par cet accident.

Cet exemple témoigne bien de la manière dont la communauté armée de l'Air est organisée. Qu'il s'agisse des mécaniciens, des contrôleurs, du commandement sans oublier tous les services généraux : tout le monde travaille à faire voler les avions. Quand l'accident aérien survient, c'est un échec pour tous et chacun s'interroge sur sa part de responsabilité (3) : le mécanicien remet en question la qualité de son travail, le contrôleur vérifie ses écrans, le médecin vérifie ses dossiers … Pour certains, c'est la question de la culpabilité qui peut être en jeu, et pour d'autres, celle de la mort.

Ainsi l'accident aérien s'accompagne d'une charge émotionnelle collective forte, qui fait crise, et avec laquelle nous allons devoir travailler sur le terrain.

Ajoutons que ce type d'événement occupe une place de premier choix dans l'espace médiatique durant de nombreuses semaines. Bien souvent la survenue d'un crash est annoncée par la radio ou la télévision avant même que l'institution n'ait le temps de solliciter la cellule.

Cette exposition médiatique n'est pas sans conséquence sur l'institution et complique parfois l'intervention.

L'exemple du crash d'un Twinn otter dans le Sinaï.

Afin de présenter les principes et les enjeux de l'action de la cellule, nous allons nous appuyer sur un exemple. Précisons d'emblée qu'il s'agit d'une intervention très particulière qui a nécessité de nombreux réaménagements du cadre. C'est sur cet aspect que nous souhaitons mettre l'accent. La clinique opérationnelle impose un cadre tout terrain. En l'occurrence nous avons dû travailler aussi bien sur le tarmac de bases aériennes de province qu'en plein cœur du désert égyptien.

Le dimanche 6 mai 2007, nous avons été contactés par l'État-Major de l'armée de l'Air, suite au crash dans le Sinaï, d'un Twin Otter (un petit avion de transport). Huit personnels de l'armée de l'Air française et un militaire canadien ont péri dans le crash. Ces huit personnels français appartenaient à un détachement de treize personnes au total, positionnées sur la base d'El Gorah dans le cadre d'une mission internationale de surveillance. Nous avons rapidement compris l'ampleur de cet évènement qui nécessitera le soutien des cinq personnels restant sur place mais aussi des familles et de l'entourage des victimes en métropole. Alors qu'une psychologue de l'équipe est partie, dès le lendemain, dans le Sinaï avec les équipes d'enquêteurs, une autre s'est rendue sur les bases d'origine des victimes : Mont de Marsan et Cognac.

Arrêtons-nous déjà sur ces premiers éléments pour souligner les conséquences de l'urgence sur notre action.

Alors que la mission de notre cellule est l'intervention en post-immédiat, c'est-à-dire quelques jours après l'événement (et dans la mesure du possible, après le travail d'enquête et les cérémonies), cette fois-ci, nous n'avons pas pu décider du moment de notre intervention. Nous avons dû partir avec l'avion qui décollait pour le Sinaï. Ainsi nous sommes arrivés sur la base d'El Gorah dans le même avion que l'équipe des enquêteurs, avec le risque d'une certaine confusion, pour les personnels sur place, entre ce qui relève de l'enquête et ce qui relève du soutien psychologique. D'ailleurs il n'y a pas que dans l'esprit des personnels qu'il existe un risque de confusion. Force est de constater que la tentation est forte, pour certains enquêteurs, de chercher à savoir ce qui se dit dans le bureau du psychologue.

En ce qui concerne les personnels c'est la question de la disponibilité psychique qui est en jeu. L'enquête est souvent vécue sur un mode persécutif mobilisant les défenses ce qui est peu compatible avec l'objectif de notre mission de soin.

Pendant ce temps, la gestion du cadre de notre intervention n'est pas moins complexe en métropole.

En raison de la dimension particulièrement dramatique de cet événement, la psychologue en métropole a dû partir en urgence dès le lendemain, confrontée à la demande extrêmement pressante tant du commandement que des médecins des unités concernées.

Sa mission a commencé classiquement par la rencontre de l'équipe médicale et du commandement de la base pour faire un point de situation. Mais elle a été rapidement impliquée dans une situation inhabituelle : le commandant de la base lui a demandé de l'accompagner lors de ses visites de condoléances auprès des familles endeuillées.

La semaine d'intervention s'est organisée autour d'entretiens individuels et de groupe, de rencontres avec les équipes médicales, les assistantes sociales et des points de situations réguliers avec le SMPCAA en « base arrière ».

Faisons à nouveau une pause dans le déroulement de l'intervention.

Le caractère d'urgence de ce genre d'évènement est susceptible de générer chez tous les acteurs une grande désorganisation et un parasitage de la pensée. C'est pour y remédier que nous avons envisagé notre dispositif de la manière suivante : une équipe projetée et une autre en « base arrière » pour un travail de contrôle. Concrètement, l'équipe projetée est en contact régulier avec l'équipe du SMPCAA pour un travail d'élaboration. Cette modalité de fonctionnement nous semble indispensable pour faire face aux tensions induites par l'institution et l'événement lui-même. Nous savons bien que ces situations déclenchent des manifestations émotionnelles fortes, de nature impérative voire agressive.

L'équipe projetée quant à elle, est constituée de deux psychologues. Intervenir à deux c'est par exemple permettre à l'une d'être disponible pour gérer les sollicitations du commandement tout en ménageant pour l'autre une neutralité nécessaire au travail clinique. Par ailleurs, face aux sollicitations du commandement, on n'est parfois pas trop de deux pour maintenir le cadre de l'intervention. Être à deux, cela permet également de se soutenir.

Pour en revenir à la demande du commandement, celle de l'accompagner auprès des familles endeuillées, nous n'avons pas pu nous y opposer tout en mesurant bien son caractère inadapté. Si notre travail peut consister à conseiller le commandement, notre mission n'est pas de nous y substituer. Aujourd'hui face à une telle sollicitation, et en intervenant à deux, nous mènerions plutôt un travail d'élaboration avec le commandement sur la nature de sa demande.

Précisons aussi qu'habituellement les quelques jours qui séparent l'évènement de notre intervention, constituent pour nous un temps d'échange et de préparation avec l'équipe locale. Il s'agit notamment de repérer l'ensemble des personnels impliqués afin d'envisager les modalités de l'intervention (entretiens individuels, groupe de parole, de débriefing) mais aussi tout simplement de planifier les rendez-vous (4). Cette phase de préparation s'appuie sur le travail en réseau.

Dans l'urgence, la psychologue a dû faire ce travail préparatoire dans le train. Au Sinaï, en l'absence de service médical français, ce travail préparatoire mais aussi le travail en réseau avec les professionnels de santé n'ont pas pu se faire.

Chaque intervention est donc particulière, unique et à chaque fois le cadre est à ré aménager. Et cela même en ce qui concerne nos principes fondamentaux que sont l'intervention à deux, le post-immédiat et la collaboration avec le service médical.

Le caractère imprévisible de l'accident aérien nous oblige à nous tenir prêts pour pouvoir réagir au mieux et mener à bien la mission. La préparation vaut évidemment pour l'aspect technique : réfléchir, penser le cadre et ses modalités, interroger régulièrement nos pratiques.

La préparation se joue aussi au niveau matériel. Nous sommes arrivés sur le tarmac d'El Gorah par 40 °C en treillis hiver. C'est sur place que l'on nous a prêté la tenue adaptée.

Il existe un véritable paradoxe entre la nécessité de préparer notre cadre de travail et le caractère inattendu de l'accident aérien : il s'agit de prévoir l'imprévisible. Plus l'évènement est imprévisible, plus il faut s'y préparer.

Revenons au déroulement de la mission : l'intervention a duré une dizaine de jours en métropole et cinq jours dans le Sinaï.

Mais nous savons bien que ce genre de mission ne s'arrête pas là et qu'il y a un « au-delà »…

Un de nos principes de fonctionnement, notre fil rouge, c'est le travail en réseau avec les services médicaux. Notre connaissance des médecins (à l'occasion du Brevet de médecine aéronautique et spatiale), nos échanges réguliers dans les suites de mission mais aussi dans l'adresse de personnels en consultations au quotidien, nous permet d'avoir un contact privilégié avec eux. Ce réseau nous est utile au moment du travail de préparation mais aussi par la suite, pour le suivi des personnels.

Concrètement nous pouvons attirer l'attention du médecin sur un personnel en lui demandant de maintenir une vigilance particulière. Nous pouvons également proposer un suivi au sein du SMPCAA ou encore orienter vers des structures locales civiles ou militaires. Dans les semaines suivant l'intervention, nous maintenons un échange régulier avec l'équipe médicale afin de nous assurer que les modalités de prise en charge envisagées s'avèrent adaptées.

Nous portons une attention particulière au suivi des personnes impliquées sur le long terme. En effet nous considérons l'intervention en post-immédiat comme un maillon de la chaîne de soin. Pour que cette chaîne fonctionne il doit exister un véritable échange, une coordination entre les différents intervenants. Nous avons bien conscience que notre travail dépend en partie du maillon précédent et qu'il aura des répercussions sur le maillon suivant.

Concrètement pour cette mission, nous avons maintenu un contact régulier avec les différents médecins ; certaines personnes ont été orientées vers des structures locales.

Au Sinaï, en l'absence de service médical français, nous sommes restés en contact téléphonique pendant plusieurs semaines avec le commandement du détachement. Aucun des cinq personnels n'a manifesté de troubles, aucun rapatriement sanitaire n'a été envisagé à la suite de l'événement.

Conclusion.

Nous avons présenté cet exemple d'intervention qui semble être le plus significatif en matière de psychiatrie opérationnelle. Cette intervention a nécessité de nombreux ajustements.

Nous avons souligné la façon dont notre cadre a dû être réaménagé. Il y a des règles, des codes que nous sommes obligés de transgresser pour travailler en situation opérationnelle. De tels réaménagements ne sont possibles que si un cadre a été pensé au préalable.

Par ailleurs, le but de cette cellule n'est pas uniquement l'action, le soin en post-immédiat. Nous envisageons notre travail comme une prise en charge globale. L'intervention en post-immédiat n'est qu'un outil, qu'un temps dans la prise en charge psychologique après évènement grave (5).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Directive N° 1199/DEF/EMAA/BMR/SV du 26 juillet 2007.
2. Directive N° 3549/DEF/DCSSA/CAB du 11 juillet 2007.
3. Clervoy P, Gomis J-P. Prise en charge psychologique et réinsertion des victimes d'accident aérien. À propos d'un crash survenu lors d'une opération militaire extérieure. Médecine aérospatiale 2007;48(177):21-4.
4. Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques ;Paris :Dunod ;2005.
5. Solignac G, Colas-Benayoun M-D, Bordier A. Aéronautique militaire. Réparations des blessures psychiques et aptitude professionnelle. Stress et Trauma 2005;5(1):27-30.

VIENT DE PARAÎTRE



DICTIONNAIRE DES MÉDECINS, CHIRURGIENS ET PHARMACIENS DE LA MARINE

Sous la direction de Bernard BRISOU et de Michel SARDET

Jamais le corps de la médecine navale n'avait fait l'objet d'un tel dictionnaire. Rédigés par des spécialistes, médecins de la Marine, docteurs en Histoire et officiers de Marine, cet ouvrage retrace les vies et les carrières des médecins, chirurgiens et pharmaciens ayant servi dans la Marine militaire française depuis la nomination du premier médecin du port de Toulon en 1666, jusqu'à la Seconde Guerre mondiale.

Élaborés à partir des articles disponibles notamment au Service historique de la Défense, l'ensemble de ces biographies détaillées constituent une galerie de portraits pleins de vie, qui dévoilent la richesse et la variété des carrières, les conditions difficiles dans lesquelles ces hommes exercèrent, mais également le rôle joué par les médecins de la Marine dans l'étude de maladies spécifiques aux gens de mer. Y figurent les inspecteur généraux et les chefs du service de santé des différents ports, ainsi que des personnalités comme Antoine de Lanessan, Eugène Sue ou Victor Ségalen qui, outre leur carrière dans la médecine navale, se firent un nom dans les lettres ou la politique.

Médecin, marins, ces hommes ont écrit, étudié, souffert et soigné dans toutes les régions où la Marine française portait ses navires, et ont ainsi contribué au progrès des sciences médicales, comme à l'achèvement de la découverte du monde. Parfois tués au combat, souvent victimes des fléaux ou des fortunes de ers, ils méritent qu'un tel ouvrage leur rende hommage et devienne un instrument indispensable pour tous ceux qui s'intéressent aujourd'hui à l'histoire de la médecine ou à celle de la Marine des époques modernes et contemporaine.

ISBN 978-2-1109-6344-4 – Format 26x19cm – Pages : 870 – Prix : 30 € (+ frais d'expédition) – ***Service historique de la Défense DPV/Publications*** *– Château de Vincennes, avenue de Paris – 94306 Vincennes Cedex. Tél. : + 33 1 41 93 20 89 ou 20 53 – diffusion-dpv@shd.defense.gouv.fr – www.servicehistorique.sga.defense.gouv.fr*