La cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'Air : une décennie de pratique clinique au profit des aviateurs

M.-D. Renard[a], C. Farret[a], M. Chabane[a], C. Archenoul-Levallois[a], G. Solignac(r), M.-D. Colas[b,c], Y. Auxéméry[a]

a Cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'Air, service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
b Service de psychiatrie, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart cedex.
c École du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran –7523 Paris Cedex 05.

Résumé

Le service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique assure depuis plus d'un demi-siècle la prise en charge du personnel navigant militaire et civil selon un triple objectif : la préservation de la santé individuelle et collective, le soutien des forces opérationnelles et l'optimisation de la sécurité des vols. Par sa prise en compte du facteur humain, d'une part, et sa volonté de promouvoir la santé des aviateurs, d'autre part, l'état-major de l'armée de l'Air a créé et positionné au service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique un dispositif spécifique : la cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'Air. Au cours de dix années d'expérience, la cellule s'est forgée une pratique clinique désormais reconnue par la communauté des aviateurs. Le nombre annuel des sollicitations après événements graves a doublé à partir de 2012 : en 10 ans d'activité, près de 150 interventions ont été menées dans ce contexte. Dans ce travail, nous définissons le soutien médico-psychologique après événement grave que nous illustrons d'exemples ; puis, nous abordons les cadres techniques et pratiques du soutien psychologique opérationnel. Enfin, nous évoquons les autres missions de la cellule (consultations ambulatoires, actions de sensibilisation et de formation, activités de recherche et de communication scientifique).

Mots-clés : Cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'Air. Événement grave. Psychologie clinique. Service de santé des armées. Troubles psychiques post-traumatiques. Soutien opérationnel.

Abstract

THE MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT UNITS OF THE FRENCH AIR FORCE: A DECADE OF CLINICAL PRACTICE AT THE SERVICE OF AIRMEN AND AIRWOMEN.

The medical and psychological support units of the French Air Force have ensured the care of military and civilian aircrew for more than half a century; they aim at: preserving individual and collective health, supporting operational forces and optimising flight security. The command of the French Air Force, eager to take human factor into account and to promote the health of airmen and airwomen, have created the medical and psychological support units of the French Air Force. In the last ten years the units have acquired a practical clinical experience recognised by the aviator community. The annual number of requests for help after serious events has doubled since 2012: in 10 years, almost 150 interventions were carried out. In this article, we first define the medical and psychological support after serious events, for which we give examples. We then focus on the framework and practices of operational psychological support. Finally we analyse the other missions of the support unit (outpatient consultations, awareness raising and training campaigns, research and scientific talks).

Keywords: Army Health Care. Clinical psychology. Medical and psychological support units of the French Air Force. Operational support. Post-traumatic stress disorder. Serious events.

Introduction

Unité fonctionnelle du Centre principal d'expertise médicale du personnel navigant (CPEMPN), le Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique (SMPCAA) assure depuis plus d'un demi-siècle la prise en charge psychologique du personnel navigant militaire et civil selon un triple objectif : la préservation de la santé individuelle et collective, le

M.-D. RENARD, capitaine, psychologue clinicienne. C. FARRET, capitaine, psychologue clinicienne. M. CHABANE, capitaine, psychologue clinicienne. C. ARCHENOUL-LEVALLOIS, aspirant, psychologue clinicienne. G. SOLIGNAC, médecin chef des services (R). M.-D. COLAS, médecin en chef (TA), psychiatre des hôpitaux des armées, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Y. AUXEMERY, médecin principal, psychiatre des hôpitaux des armées.
Correspondance : Madame le capitaine M.-D. RENARD, cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'Air, service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
E-mail : magali-diane.renard@intradef.gouv.fr

soutien des forces opérationnelles et l'optimisation de la sécurité des vols (1, 2). Par sa prise en compte du facteur humain, d'une part, et sa volonté de promouvoir la santé des aviateurs, d'autre part, l'état-major de l'armée de l'Air a créé et positionné au SMPCAA un dispositif unique : la Cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'Air (CSMPAA) (3). Localisée au sein de l'hôpital d'instruction des armées Percy, trauma center d'Ile-de-France, cette cellule, composée de psychologues cliniciens officiers de l'armée de l'Air, s'intègre aux missions du Service de santé des armées (SSA) en centrant son activité sur les spécificités du soin psychique appliqué au milieu aéronautique de défense.

Quels psychologues pour quelles missions ?

Les psychologues exerçant au sein de la cellule ont un statut d'officier de l'armée de l'Air, appartenant au groupe qu'ils soutiennent. Dès leur recrutement en 2007, les psychologues cliniciens de l'armée de l'Air ont reçu une formation militaire à Salon-de-Provence et ont participé au Brevet de médecine aéronautique de défense (BMAD). Avant même d'achever cette formation, le caractère toujours imprévisible des accidents aériens s'impose aux deux premières recrues. En effet, en février 2007, un Mirage 2000-C de la base aérienne de Cambrai s'abîme en mer au cours d'une campagne de tir. En mars 2007, c'est le crash d'un *Epsilon* des « Cartouches Dorées » sur la base aérienne de Cognac qui déclenche l'intervention des psychologues. En mai, huit militaires français périssent dans l'accident d'un *Twin Otter* survenu dans le désert du Sinaï. Début décembre, encore, c'est un *Rafale* de Saint-Dizier qui s'écrase. Ces événements donnent lieu aux premières collaborations des psychologues avec les médecins du personnel navigant servant sur base aérienne. Le périmètre d'action de la cellule se développe au fil des événements frappant le personnel de l'armée de l'Air pour venir constituer un dispositif structuré, solide, évolutif, à la hauteur des attentes actuelles dans le domaine de la prise en charge de la souffrance psychique au profit d'une population de professionnels très surveillés médicalement.

Après avoir défini le soutien médico-psychologique après événement grave que nous illustrons de deux exemples, nous abordons les cadres techniques et pratiques du soutien psychologique opérationnel. Nous évoquons également les autres missions de la cellule (consultations ambulatoires, actions de sensibilisation et de formation, activités de recherche et de communication scientifique).

Le soutien médico-psychologique après événement grave

Selon l'instruction ministérielle de 2011 relative au dispositif de soutien médico-psychologique de l'armée de l'Air par le SSA : « est appelé événement grave toute situation entraînant le décès ou l'atteinte grave de l'intégrité physique et/ou psychique d'un individu » (4). Il est possible de proposer une typologie des différents événements graves rencontrés. Pour autant, cette dénomination ne préjuge en rien des répercussions psychiques de l'événement, déterminées par la singularité du vécu du militaire qui s'y trouve confronté. L'accident aérien et tous les incidents aéronautiques constituent des occurrences toujours redoutées (crash, éjection, accidents lors de manœuvres d'aérocordage, d'aérolargage ou de parachutisme) de même que les événements graves liés aux actions de combat en OPEX ou OPINT (Opérations extérieures et intérieures). Outre ces situations directement liées aux activités opérationnelles, les psychologues cliniciens de l'armée de l'Air interviennent dans des contextes de décès ou de blessures majeures résultant de conduites auto-agressives ou d'accidents divers, dès lors qu'ils sont susceptibles d'avoir un impact sur le groupe.

Le cadre technique d'une pratique clinique opérationnelle

Au plus près de chaque événement grave, se structure un dispositif « sur-mesure » répondant aux besoins des aviateurs et de leurs familles (5, 6)]. Grâce à ses connaissances exercées, en conditions normales et dégradées, à proximité de l'environnement d'emploi des personnels, le médecin des forces affecté sur base aérienne occupe une place centrale. Il est le premier maillon de la chaîne de soutien médico-psychologique. Dès les premiers instants, en lien avec de nombreux interlocuteurs, le médecin intègre de multiples informations d'ordre médical et institutionnel. À l'écoute de ses premières observations, les psychologues de la cellule apportent leur éclairage clinique et, si la relation l'autorise, assurent une fonction d'étayage. À la demande du commandant de la base aérienne concernée, les actions de la cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'air sont alors réalisées sur ordre de l'État-major de l'armée de l'Air (EMAA) conseillé par l'adjoint-santé auprès du major général. Les soins s'organisent sous l'autorité technique du chef du SMPCAA en partenariat étroit avec le coordonnateur national du soutien médico-psychologique pour les armées.

Lorsque l'indication d'un déplacement des psychologues sur site paraît d'emblée évidente, par exemple en cas de crash aboutissant à des blessures graves ou un décès, l'évaluation initiale permet principalement d'en déterminer les modalités techniques et pratiques. Il s'agit de bien appréhender les circonstances de l'événement et de repérer les différentes problématiques psychologiques induites afin d'adapter précisément le cadre et les moyens de l'intervention. Afin de faciliter la mise en œuvre du soutien médico-psychologique après accident aérien, la CSMPAA a participé à l'élaboration, à l'intention des médecins des forces, d'une fiche « procédure » et d'une « fiche réflexe » relative au « suivi du personnel assurant la sécurisation et la remise en état d'un site lors d'un dispositif post-SAR (*Search and rescue* : ensemble de l'organisation des opérations de localisation et de secours aux personnes en situation de détresse) » afin de limiter le risque psycho-traumatique induit par le

« ramassage de restes humains » (7, 8) (Annexe 1). Au contraire parfois, l'analyse de la demande révèle l'absence d'indication, voire une contre-indication à l'intervention en urgence de la cellule.

À propos d'une intervention type

Analyse du contexte

Un avion de chasse s'écrase à proximité d'une base aérienne. Le médecin du Centre médical des armées (CMA) part en urgence sur la zone de crash avec une équipe d'infirmiers et d'auxiliaires sanitaires. Le décès du pilote est confirmé. Le médecin des forces pré-alerte la cellule alors qu'il se trouve lui-même sur le terrain. Concomitamment, un second médecin du personnel navigant se rend rapidement à l'escadron de chasse, à l'Escadron de soutien technique aéronautique (ESTA) et à l'Escadron des services de la circulation aérienne (ESCA). Il reçoit en consultation individuelle le personnel navigant qui patrouillait avec le défunt au moment de l'accident, les mécaniciens qui avaient préparé l'avion et, les contrôleurs aériens à poste. En fin d'après-midi, il appelle la cellule pour transmettre ses observations avant d'accueillir l'équipe médicale engagée sur zone.

De cette description des actions immédiates menées localement, se dégagent plusieurs problématiques permettant un premier repérage des personnes « impliquées » susceptibles de nécessiter un soutien médico-psychologique :

– l'exposition à une situation potentiellement traumatisante pour les témoins directs de l'accident et les personnes intervenues sur la zone de crash (confrontées au risque d'explosion et/ou aux « restes humains ») ;

– le rappel de la réalité du risque lié à l'activité aérienne et les possibles identifications au défunt : se pose rapidement la question de la reprise des vols en toute sécurité ;

– les réactions de deuil (normales ou compliquées) pour la famille et les proches du pilote décédé.

Cadre de l'intervention : quoi, quand, où, comment ?

Les médecins des forces et les psychologues de la cellule envisagent les modalités techniques d'une intervention : groupes de débriefing psychologique au profit des personnels directement exposés au crash, groupes de parole organisés au profit d'autres personnes impactées, entretiens cliniques individuels.

Le moment de l'intervention est un paramètre clé : le cadre de l'intervention post-immédiate se confronte aux contraintes du terrain. Si la cellule a pour principe d'intervenir en « post-immédiat » (2 à 15 jours après l'événement), après les cérémonies éventuelles (hommages militaires, obsèques, etc.), de multiples facteurs sont à prendre en compte pour identifier le temps idoine du déplacement. Les besoins exprimés par l'équipe médicale, les attentes du commandement, celles des impliqués, mais aussi le retour aux activités opérationnelles sont autant de nécessités imposant des ajustements.

L'intervention médico-psychologique est préconisée au sein d'un environnement calme et sécurisant. Néanmoins, au gré des missions, les psychologues ont pu constater que les sujets impliqués préféraient les « accueillir » dans leur environnement de travail. Malgré des interruptions fréquentes, notamment par des appels radio, l'adaptation du cadre de l'intervention facilite l'adhésion du personnel. Dans une certaine mesure, il s'agit de consolider les liens non seulement entre les aviateurs, mais aussi avec ce milieu opérationnel au sein duquel leurs missions se poursuivront.

La constitution des groupes de débriefing est une étape essentielle : l'objectif est de s'appuyer sur les ressources du collectif afin de favoriser la parole, là où l'expérience traumatique peut provoquer une rupture du fonctionnement psychique. Ensuite, si nécessaire, l'accueil au CMA reste privilégié afin de mener des entretiens cliniques individuels. En cas de besoin identifié d'un suivi spécialisé, une orientation du parcours de soins est proposée. Après ce crash, des réactions immédiates de sidération et de déréalisation ont été observées chez les personnels militaires arrivés immédiatement sur les lieux, telles les équipes « NEDEX » (neutralisation, enlèvement, destruction des explosifs) chargées de sécuriser la zone. Pour certains, la confrontation psycho-traumatique révèle des problématiques antérieures selon des expressions cliniques variées.

Une coordination des interventions dans la durée : l'exemple du crash d'Albacete

Contexte

Le crash d'un F-16 grec à Albacete en Espagne au cours d'un exercice, cause la mort de neuf aviateurs français. D'autres militaires sont gravement blessés, notamment par brûlures, nécessitant un rapatriement sanitaire à l'HIA Percy. Cet événement a nécessité une prise en charge médico-psychologique à la mesure de son retentissement sur la communauté des aviateurs, en deuil. L'analyse de la situation amène rapidement à décider deux interventions simultanées : l'une sur les lieux du crash, l'autre sur la base aérienne déplorant le plus de victimes. Puis, le parcours de soins s'est construit en fonction de la singularité de chaque situation.

Les soins post-immédiats

Un psychiatre du SMPCAA et un psychologue de la cellule sont projetés sur site 24 heures après l'événement. Une prise en charge médico-psychologique est proposée systématiquement aux 102 militaires présents, originaires de 7 bases aériennes. Pour le personnel dit « impliqué direct », c'est-à-dire ayant vécu la scène du crash, l'indication d'un débriefing psychologique collectif suivi d'un entretien individuel est retenue. Pour le personnel n'ayant pas été directement témoin de la scène du crash mais ayant été confronté à la situation de crise, un groupe de parole ou un entretien individuel est programmé. L'absence de personnel sanitaire francophone sur place n'a pas permis d'effectuer de repérage précis en amont de l'intervention. Les soins s'organisent directement sur place avec l'aide du

commandement, parfois lui-même directement impliqué. Rapidement, des repères temporels sont posés et chacun sait quand il sera reçu et quelle sera la date de son retour en France. Au cours des groupes de débriefing et des entretiens individuels, plus de 40 % des sujets impliqués directs présentent des manifestations cliniques d'état de stress aigu (symptômes dissociatifs, reviviscences, symptomatologies anxieuses, troubles du sommeil, hypervigilance, etc.).

Parallèlement à l'intervention en Espagne, une psychologue de la cellule renforce l'équipe du CMA de la base aérienne déplorant le plus de victimes et intervient auprès des familles, du commandement et des pairs. Des entretiens individuels sont réalisés sur demande spontanée ou sur indication du médecin des forces. Les échanges avec le personnel des unités concernées initient un contact favorisant les demandes de prises en charge ultérieures. Enfin, un temps spécifique est aménagé au profit de l'équipe du CMA.

Notons également que les aviateurs hospitalisés à l'HIA Percy ont bénéficié de soins psychologiques dès que leur état de santé somatique l'a permis.

Le suivi ultérieur

De retour sur leur base en France, une nouvelle évaluation de l'état psychologique de chaque impliqué est organisée par le médecin des forces et réitérée à un mois, trois mois, six mois et un an après l'événement.

Recueil épidémiologique

Concernant l'ensemble du détachement, le taux de symptômes psycho-traumatiques atteignait 4 % à trois mois de l'événement, soit une diminution d'un facteur dix par rapport à l'évaluation initiale. Deux ans après le crash, ce taux est de 2 % alors que 9 % de cette population bénéficient toujours d'une prise en charge psychologique.

Le soutien psychologique opérationnel

Cadre technique

Une pratique dédiée aux missions opérationnelles

En septembre 2007, les escadrons de chasse engagés dans l'opération « Pamir » sont déplacés du Tadjikistan à Kandahar, au cœur du conflit afghan. Les missions opérationnelles des escadrons amènent le commandement à formuler une demande de Soutien psychologique opérationnel (SPO). Les observations de terrain des psychologues-air amènent à proposer des missions d'évaluation de « vigilance médico-psychologique » réalisées régulièrement à partir de 2009 en France et sur le théâtre. Rapidement, le champ d'action des psychologues s'étend du détachement de chasse à Kandahar au détachement d'hélicoptères à Kaboul, puis, à l'escadron de drones à Bagram et aux Commandos parachutistes de l'Air (CPA) déployés sur plusieurs sites. De mieux en mieux identifiés par le personnel de l'armée de l'Air, les psychologues assurent un soutien de proximité aux personnels engagés dans toutes les missions opérationnelles.

Promotion de la santé mentale et prévention du risque d'incapacité opérationnelle

Le SPO n'est pas directement une intervention thérapeutique mais assure une vigilance institutionnelle auprès des combattants amenés à assumer des missions à risque de retentissement psychique pour eux comme pour leurs familles. Il s'agit de développer une démarche préventive permettant de repérer les difficultés dont pourraient souffrir certaines unités afin de proposer des actions promouvant la santé mentale et réduisant le risque d'incapacité opérationnelle. Ces missions offrent aux aviateurs un espace d'expression autour de leur vécu des opérations. Les psychologues évaluent les facteurs de risque inhérents au contexte opérationnel : variabilité de la durée des mandats, contexte sécuritaire, caractère isolé de certains postes au sein de dispositifs internationaux, fatigue opérationnelle, difficultés familiales, etc. Les facteurs protecteurs tels que la motivation opérationnelle, la force identitaire du groupe, la confiance accordée au commandement sont également analysés. Lorsqu'ils rendent compte de leurs observations à l'EMAA, les psychologues de la cellule formulent des recommandations pour contribuer à l'aménagement des conditions de travail dans la mesure où les capacités d'adaptation aux missions, la santé mentale des aviateurs ou la sécurité aérienne seraient en jeu. Le SPO constitue aussi un temps durant lequel les psychologues délivrent des informations sur le repérage et la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques.

Au gré des missions, outre les problématiques de fatigue et de stress opérationnels, d'autres questionnements spécifiques à l'aéronautique de défense émergent tel le risque d'éjection en milieu hostile [9], la délivrance du feu à partir de la « base-mère », le *reachback* (*Remote Split Operations* : capacité de pilotage depuis la base-mère en métropole d'un engin décollé sur sa base de déploiement en opérations extérieures), ou encore la confrontation à des images potentiellement psycho-traumatiques « à distance » via les moyens technologiques modernes.

À propos d'une intervention de soutien psychologique auprès d'une base opérationnelle

Actions et observations

Suite à quatre groupes de parole menés avec les personnels navigants, des échanges informels avec les personnels de l'ESTA et un temps de travail consacré aux questions spécifiques du commandement, du service social et du médecin PN, différentes problématiques sont repérées :

– **la charge opérationnelle :** participant déjà à un théâtre, les escadrons de cette base ont été récemment déployés sur une autre mission, entraînant une augmentation importante de la charge opérationnelle. Se référant à leur expérience d'une opération passée, le personnel craint un état de fatigue opérationnelle dans les mois à venir. Pour autant, les psychologues identifient une forte motivation professionnelle ;

– **le contexte sécuritaire dégradé :** les dangers inhérents au nouveau théâtre sont abordés. Les PN soulignent l'importance d'avoir une connaissance des moyens alloués au dispositif de *Search and Rescue*, inquiétude corrélée à leur crainte d'éjection dans une zone particulièrement hostile ;

– **l'impact des missions sur les familles :** les aviateurs rapportent leurs appréhensions, partagées par leurs familles, concernant les répercussions des contraintes opérationnelles sur leurs vies personnelles.

Proposition de recommandations à la chaîne hiérarchique

– Planification et préparation des missions : une communication claire sur la programmation des projections aide les personnels et leurs familles à se préparer au prochain départ. Au retour, un accès facilité aux permissions favorise la récupération physique et psychique. Cela participe symboliquement à une forme de reconnaissance institutionnelle de l'investissement consenti, individuel et familial. Le choix de mandats d'une durée de deux mois paraît être un format soutenable en termes de rythme de projection ;

– soutien médico-psychologique opérationnel : le maintien d'une collaboration étroite avec le médecin PN permet d'apprécier l'évolution des problématiques liées aux nouvelles missions. En cas d'événement grave, une intervention des psychologues de l'armée de l'air pourrait être organisée en conformité avec le dispositif de soutien médico-psychologique dédié aux opérations extérieures. Par ailleurs, une mission d'évaluation médico-psychologique sur le site où le détachement Air est projeté permettra d'évaluer plus précisément les contraintes opérationnelles et les conditions de vie, d'identifier les éventuelles répercussions psychologiques individuelles et collectives, et enfin d'être identifié par les personnels ;

– accompagnement des familles : les actions sociales proposées aux familles des militaires pendant les détachements manifestent une reconnaissance institutionnelle quant à l'impact de la mission sur les foyers. Il s'agit d'encourager toutes initiatives destinées à maintenir le lien entre l'unité et les familles des personnels projetés.

Activité clinique de consultation ambulatoire et de liaison au sein de l'HIA Percy

Les psychologues cliniciens de l'armée de l'Air assurent une activité de consultation au sein du SMPCAA prioritairement au profit des aviateurs et de leurs familles (consultations entièrement prises en charge par l'institution quel que soit le lien au service de l'affection considérée). Le positionnement de la cellule à l'hôpital Percy permet d'assurer plus facilement l'accueil des personnels rapatriés sanitaires en provenance des théâtres, et d'organiser le suivi de psychologie de liaison en cas d'hospitalisation dans les services médico-chirurgicaux. Enfin, les psychologues de l'armée de l'Air se rendent disponibles en cas d'afflux massif de blessés comme dans les suites des derniers attentats, notamment en cas de constitution au SMPCAA d'un Poste d'urgence médico-psychologique (PUMP).

Activités de sensibilisation et de formation

Sur demande de l'EMAA

Contexte de la prévention des troubles psychiques liés à l'activité opérationnelle

Une des premières mesures préventives des troubles psychiques post-traumatique consiste à éviter l'exposition à un événement potentiellement traumatisant. Aussi peut-on considérer que les actions favorisant la sécurité aérienne et la maîtrise des risques en général relèvent de la prévention primaire. Pour autant, si les mesures de sécurité permettent de réduire les risques, ces derniers ne peuvent être supprimés. La prévention secondaire a pour objectif de repérer et de prendre en charge les risques de survenue de réactions psychiques symptomatiques après la confrontation à un événement grave. Les troubles psychiques de guerre sont parfois difficiles à repérer du fait même de leurs symptômes marqués d'indicibilité. Avant qu'un syndrome de répétition ne soit cliniquement évident, un temps de latence plus ou moins prolongé peut rester cliniquement silencieux au plan des symptômes alors que des signaux faibles arguant d'une probable future désadaptation à l'emploi peuvent déjà être identifiés. Ainsi, cette question du repérage d'un aviateur en souffrance est l'affaire de tous. Les actions de formation, de sensibilisation et de communication auxquelles participent les psychologues de la cellule favorisent une prise en charge précoce et adaptée en facilitant l'accès aux soins, la reconnaissance précoce des troubles, et l'efficacité d'une éventuelle intervention médico-psychologique en coordination avec les structures locales.

Différents modules de sensibilisation

– Au profit du commandement :

La cellule intervient lors des séminaires des officiers de sécurité aérienne organisés par l'EMAA/BMR et lors du séminaire annuel des futurs commandants de base aérienne. En décrivant le dispositif et en informant ces derniers sur les signes de souffrance psychique, il s'agit de faire connaître les interlocuteurs pouvant être sollicités lorsqu'un risque de retentissement psychologique est identifié dans une unité.

– Au profit des primo-intervenants :

Une sensibilisation à la prise en charge immédiate d'un événement grave est proposée chaque année par les psychologues de l'armée de l'air aux « primo-intervenants », c'est-à-dire aux militaires qui, de par leur spécialité ou leur fonction, sont amenés à soutenir des personnes en souffrance dans les suites immédiates d'un événement grave. En réunissant sur une base aérienne les infirmiers, les auxiliaires sanitaires, les assistants de service social, les pompiers de l'air, les aumôniers et les officiers en charge des questions d'état-civil,

ces séances de sensibilisation rassemblent les acteurs qui composent une structure locale, à l'exception du commandement et des médecins qui reçoivent d'autres formations spécifiques.

Trois objectifs principaux sont visés : (i) fournir des repères permettant d'appréhender les problématiques psychologiques potentiellement induites par un événement grave ; (ii) participer à la prévention des répercussions psycho-traumatiques chez les personnes exposées, dont les primo-intervenants, en favorisant une prise en charge précoce ; (iii) préciser le fonctionnement de la cellule de soutien médico-psychologique afin d'optimiser une collaboration future.

– Au profit des unités :

Des sensibilisations portant sur les troubles psychiques post-traumatiques, le stress et la fatigue opérationnels ou encore l'éloignement familial en opération extérieure se sont développées. À la demande de certaines unités fortement projetées, les psychologues délivrent des informations permettant aux aviateurs de repérer les changements de comportements, les signes de souffrance psychique auxquels être attentifs ainsi que les interlocuteurs adaptés à chaque situation.

Production de supports écrits de prévention

Les psychologues rééditent régulièrement des flyers destinés à promouvoir la prévention dans le champ des troubles psychiques post-traumatiques et des conduites auto-agressives (Annexes 2 et 3).

Sur demande du centre de formation en médecine aéronautique la cellule participe aux formations organisées sous l'égide de l'École du Val-de-Grâce :

– au profit des futurs médecins du personnel navigant des armées et de la Gendarmerie lors du BMAD ;

– au profit des infirmiers amenés à servir sur base aérienne et des infirmiers convoyeurs de l'armée de l'Air ;

– au profit des psychologues des armées et du SSA dans le cadre du stage de sensibilisation au dispositif de soutien médico-psychologique dans les suites d'un événement grave ;

– au profit des psychiatres d'active et de réserve du SSA dans le cadre du module de sensibilisation à la psychologie et à la psychiatrie appliquées à l'aéronautique.

Activités de recherche et de communication scientifique

Des échanges réguliers avec l'Institut de recherche biomédicale des armées (IRBA) permettent aux psychologues de rester au plus près de l'actualité de la médecine aéronautique en ouvrant des perspectives de collaboration dans l'espace de la recherche pour des domaines variés (maintien de la vigilance, décision à l'éjection, etc.). En considérant des sujets d'intérêt pour l'armée de l'Air, d'autres axes de recherche pourraient à l'avenir voir le jour : problématiques concernant l'usage de drones armés, questionnements des interactions entre la psychologie clinique, la psychologie du travail et le facteur humain en gardant le point de vue de la sécurité des vols, évolution des conduites à risques auto-agressives et addictives dans les armées, survenue de traumatismes psychiques « à distance » via les moyens de communication modernes, etc. L'objectif de développement d'un haut niveau d'expertise reste d'anticiper les problématiques à venir dans le domaine de l'aéronautique de défense afin d'en aviser les commandeurs. Fort de leurs observations cliniques issues du terrain, les psychologues exerçant au sein du SMPCAA ont acquis un savoir-faire spécifiques en milieu aéronautique militaire les invitant à intervenir lors des journées de médecine aéronautique ou à contribuer à la publication de travaux reposant sur leurs analyses.

Perspectives

Du fait des changements sociétaux et de l'évolution des idées, autant dans l'espace militaire que psychologique, de multiples perspectives émergent : définir la place des psychologues cliniciens dans les événements de nature non conventionnelle (notamment la menace NRBC) et de grande ampleur nécessitant l'articulation des soins psychologiques militaires et civils, mieux comprendre ce que l'on appelle les « risques psycho-sociaux » et leur impact en termes de réduction de la capacité opérationnelle, appréhender les effets de l'hyper-connexion professionnelle, étayer des dispositifs spécifiques au profit des familles (gestion de l'absence notamment), développer des temps d'échanges utiles aux acteurs du soutien psycho-social, considérer sur le plan psychologique le moral, la santé et la sécurité au travail dans les environnements particuliers, etc.

Conclusion

En cohérence et coopération étroite avec le SSA, les psychologues de la cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'Air assurent en permanence une mission de prévention et de soins au profit du personnel de l'armée de l'Air et des familles. Le rattachement hiérarchique de la cellule à l'EMAA/BMR permet d'apporter une contribution notable à la mission de maîtrise des risques tout en développant les analyses concernant des sujets d'intérêt pour l'armée de l'air. Si les missions se sont diversifiées au cours du temps, la première raison d'être de la cellule reste le soutien après événement aérien. Au cours de dix années d'expérience, facilitant le soin psychique du temps de crise à celui du suivi au long cours si nécessaire (10-13), la cellule s'est forgée une pratique clinique désormais reconnue par la communauté des aviateurs. Le nombre annuel des sollicitations après événements graves a doublé à partir de 2012 : en 10 ans d'activité, près de 150 interventions ont été menées dans ce cadre.

Remerciements : les auteurs remercient les colonels Le Bouil et Salvon, du bureau Maîtrise des risques de l'EMAA, ainsi que le médecin en chef Delage, adjoint santé du major général de l'armée de l'Air, pour leurs relectures attentives.

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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Colas MD, Chollet S, Daudin M. Le SMPCAA : un espace pour les combattants de l'air. Annales Médico-Psychologiques 2011;169:674-8.
2. Colas MD, Auxéméry Y, Favodon B, Solignac G. L'expertise médico-psychologique au profit du personnel navigant des forces armées : 50 ans d'expérience au service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique. Médecine et Armées 2016;44:455-60.
3. Directive N°1199/EMAA/BMR/SV et N°3549/DEF/DCSSA/CAB du 11 juillet 2007 relative au soutien médico-psychologique des personnels de l'armée de l'Air et de leurs familles touchés par des événements graves.
4. Instruction ministérielle N°183/DEF/DCSSA/OSP – N°54/DEF/EMAA/SCES relative au dispositif de soutien médico-psychologique de l'armée de l'Air par le Service de santé des armées du 18 janvier 2011.
5. Renard MD, Farret C, Louzon V, Chabane M. Intervention après un événement grave : le crash d'une Mirage 2000N. Le bulletin de sécurité des vols. Spécial RETEX, 2012;227:12-3.
6. Chabane M, Chollet S, Louzon V, Farret C, Renard MD. Le soutien médico-psychologique après accident aérien dans l'armée de l'air. Médecine et Armées 2011;39:143-5.
7. Fiches « procédure » relatives aux accidents aériens » N° 505070/DEF/DCSSA/PC/MA du 22 mars 2017.
8. Note N°504511/DEF/DCSSA/PC/MA relative au suivi du personnel assurant la sécurisation et la remise en état d'un site lors d'un dispositif post-SAR du 1er juillet 2013.
9. Daudin M, Renard MD, Chollet S, Farret C, Louzon V, Chabane M, et al. L'éjection en milieu hostile : aspects médico-psychologiques chez le personnel navigant. Médecine et Armées 2012;40:321-6.
10. Auxéméry Y. Quelle(s) psychothérapie(s) pour les sujets psycho-traumatisés ? De la théorie à la pratique. Annales Médico-Psychologiques 2016;174:309-12.
11. Auxéméry Y, Colas MD, Favodon B. Les psychothérapies individuelles indiquées dans les troubles psychiques post-traumatiques de guerre : analyse des recommandations françaises et américaines. Médecine et Armées 2018;46:91-6.
12. Auxéméry Y. La thérapie dynamique brève. In : Stratégies thérapeutiques des traumas. Rapport du 116e congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Tours : Presses Universitaires François Rabelais, 2018 :103-18.
13. Auxéméry Y. Treatment of post-traumatic psychiatric disorders: a continuum of immediate, post-immediate and follow-up care mediated by specific psychotherapeutic principles. Clinical experience in French-speaking countries. Encephale, 2018, in press.

Annexe I.

SUIVI DU PERSONNEL ASSURANT LA « SECURISATION ET LA REMISE EN ETAT D'UN SITE » LORS D'UN DISPOSITIF POST-SAR[1]

RECOMMANDATIONS MEDICO-PSYCHOLOGIQUES A L'INTENTION DES MEDECINS DES CENTRES MEDICAUX DES ARMEES

Le « ramassage de restes humains » représente une situation à haut risque psycho-traumatique.

1. AVANT LE DEPART SUR ZONE

- Conseiller au commandement de délivrer à son personnel une information précise sur la mission (nature, objectifs, éléments de langage, dignité attendue…)
- Insister auprès du commandement sur la notion de volontariat, et sur l'intérêt d'encourager ceux qui se sentiraient en difficulté à se manifester auprès du médecin à tout moment.
- Sensibiliser les cadres de contact aux risques psycho-traumatiques et les conseiller sur la présélection du personnel volontaire (éléments de vulnérabilité : deuil récent, lien aux victimes…)
- Passer en revue les dossiers médicaux du personnel concerné afin d'identifier d'éventuelles contre-indications médico-psychologiques ⇨ Consultation médicale si nécessaire.

2. SUR ZONE

- Déployer un poste médical sous la responsabilité d'un médecin du CMA de la base aérienne désignée.
- Accueillir le personnel dès son arrivée : délivrer des conseils d'hygiène et de prévention (moyens de protection, le circuit…) ; délivrer une information sur la possibilité de demander à se désengager de la mission si des difficultés personnelles apparaissent, et sur la nécessité de consulter précocement.

3. AU RETOUR DE MISSION

- Rappeler au commandement l'importance de l'attention à porter à ce personnel.
- Réaliser un débriefing collectif et une sensibilisation aux risques psycho-traumatiques ; rappeler l'importance d'une prise en charge précoce.
- Inscrire la participation du personnel à cette mission dans son dossier médical, provoquer l'établissement d'un rapport circonstancié d'accident, inscrire le choc psychologique au registre des constatations de l'unité (sans oublier l'inscription du personnel médical et paramédical dans le journal de marche des opérations du CMA).
- Repérer d'éventuels troubles psycho-traumatiques dans les mois suivants.

La cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'air se tient à votre disposition :

Service Médical de Psychologie Clinique Appliquée à l'Aéronautique
H.I.A PERCY – 101 avenue Henri Barbusse – BP 406
92141 CLAMART CEDEX
01.41.46.70.61

- 2012 -

[1] Ces recommandations sont complémentaires à l'ordre particulier d'opération pour une opération Post-Sar n°4251526/DEF/CDAOA/EM.TN/DPS/ETUDES du 23 juin 2011 et Instruction ministérielle n°183/DEF/DCSSA/OSP – n°54/DEF/EMAA/SCES du 18 janvier 2011.

Annexe II.


Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Que faire ?
Ne restez pas isolé.
Le simple fait d'en parler à quelqu'un peut vous soulager.
Vous avez été confronté à un événement grave...
A qui s'adresser ?
N'hésitez pas à en parler à un médecin ou à des spécialistes militaires ou civils (psychiatres, psychologues).
Lorsque l'événement survient en service, le médecin du centre médical des armées peut solliciter la cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'air.
Contact
Cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'air
Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique
HIA Percy
101, avenue Henri Barbusse
92141 CLAMART
Tél : 01.41.46.70.61
PNIA : 829.926.70.61
Quel retentissement psychologique ?
Cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'air
ARMÉE DE L'AIR

Annexe III.


LA PRÉVENTION
DU RISQUE SUICIDAIRE EN MILIEU MILITAIRE
Les spécificités du milieu militaire (contraintes opérationnelles, port d'arme...) imposent une vigilance de la part de l'ensemble de la communauté : du camarade au commandant d'unité, de l'équipe médicale du CMA aux spécialistes.
Dans la prévention du suicide, on distingue deux types d'actions complémentaires et synergiques :
• les actions psycho-sociales, sous la responsabilité du commandement, qui visent au bien-être des personnels dans leur environnement professionnel ;
• les actions médico-psychologiques, sous la responsabilité du service de santé des armées, qui visent la protection de la santé de l'individu.
Si les conduites suicidaires ne sont pas prédictibles, chaque acteur peut renforcer certains facteurs protecteurs et diminuer les facteurs de risque.
FACTEURS DE RISQUE
Collectifs :
• Facilité d'accès à des moyens létaux (armes, ...)
• Difficultés relationnelles
• Perte du sens de la mission
• Epuisement professionnel
• Absence de reconnaissance
Individuels :
• Antécédents : tentatives de suicide, trouble psychiatrique, conduites addictives, état de stress post-traumatique, maladie somatique...
• Fragilité de l'entourage familial
• Evénements de vie douloureux : deuil, rupture, problèmes financiers...
• Echec professionnel
• Démotivation
FACTEURS PROTECTEURS
Collectifs :
• Cohésion
• Valeurs communes
• Motivation
• Leadership
• Entraînement
Individuels :
• Repérage précoce des signes de souffrance
• Qualité de l'entourage professionnel et familial
• Prévention médico-psychologique (suivi médical périodique, entretiens avant et après OPEX, au retour de CLDM/CLM, après un arrêt maladie...)
• Déstigmatisation et facilité de l'accès direct aux soins
ARMÉE DE L'AIR
Caisse Nationale MILITAIRE de Sécurité Sociale

QUE FAIRE ?

J'OBSERVE

• Les changements de comportement en rupture avec le fonctionnement antérieur : isolement, négligence de l'hygiène corporelle et de la tenue vestimentaire, expression d'idées noires, impulsivité, conduites à risque, conflits relationnels…

• Les arrêts maladie, retards et absences répétés au travail, erreurs professionnelles…

• Les indisciplines : punitions et alcoolisation sur le lieu de travail…

• Les retours d'arrêt maladie, de mission opérationnelle ou après un événement de vie (rupture affective, maladie, deuil, échec à un concours…)

• Les difficultés de concentration, pertes de mémoire, troubles du sommeil ou de l'appétit, perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou les loisirs, chute de la qualité du travail réalisé, difficultés à prendre des décisions et des initiatives, …

J'ORIENTE

• **Vers le médecin du centre médical des armées**

• **En cas d'urgence**
  - Le médecin d'astreinte du centre médical des armées
  - Les pompiers **18** ou le SAMU **15**
  - Le service des urgences de l'hôpital des armées de rattachement ou de l'hôpital de secteur

• **Pour des conseils**
  - Vos interlocuteurs locaux : service social, présidents de catégories, aumônerie
  - Cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'air
  - Numéro Ecoute Defense **08 08 800 321**

J'ACCOMPAGNE

• En ayant une bonne connaissance des personnels,
• En évitant toute stigmatisation individuelle ou groupale,
• En encourageant les initiatives à visée de cohésion,
• En faisant le lien avec la hiérarchie, les présidents de catégories, les différents professionnels du soutien médical, médico-psychologique et du soutien psychosocial.

Il est essentiel d'assurer un suivi et une vigilance dans le temps, au-delà des moments de crise.

→ FAVORISER LE LIEN SOCIAL

Cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'air
Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique
HIA Percy - 101 avenue Henri Barbusse 92141 CLAMART - PNIA 829.926.70.61 - Tél : 01.41.46.70.61

Conception graphique : cellule multimédia CPA 00.530

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS 2018

Ligne éditoriale.

La ligne éditoriale de la revue « Médecine & Armées » est contenue dans son nom. Elle est destinée à publier des articles originaux scientifiques ou occasionnellement historiques traitant de thèmes concernant tous les aspects de la pratique médicale, pharmaceutique, vétérinaire et paramédicale au sein des Armées. Elle a pour but d'être un organe d'expression scientifique et un trait d'union entre les internes en formation, les praticiens d'active, de réserve ou les anciens praticiens du Service de santé des armées. Sont publiés dans « Médecine et Armées » : des travaux originaux, des revues générales, des articles de pratique médico-militaire, des articles historiques, des thèses articles, des cas cliniques (sous forme quel est votre diagnostic). Des dossiers thématiques peuvent regrouper plusieurs articles traitant d'un thème commun.

Présentation du manuscrit.

• Le manuscrit est adressé par E-mail (Internet, Intranet, Lotus).
• Le manuscrit est rédigé :
– en langue française (sauf exception après accord de la rédaction) ;
– maximum 32 000 caractères tout compris ;
– en double interlignage en Times new roman corps 12 ;
– marge gauche ;
– paginé.
• La première page :
– le titre précis et concis sans abréviation, en lettres ;
– le nom du ou/et des auteurs (six maximum), précédé des initiales du prénom (avec un point et un trait d'union pour les prénoms composés) ;
– du grade, du titre et de l'adresse affectation de tous les auteurs et co-auteurs ;
– le nom, l'adresse ; les coordonnées téléphoniques et E-mail du destinataire des correspondances et épreuves à corriger.
• La deuxième page :
– le titre en français ;
– le titre en anglais ;
– le résumé en français (15 lignes maximum sans abréviation, ni référence) ;
– quatre à cinq mots-clés, classés par ordre alphabétique et séparés d'un point ;
– le résumé en anglais, précédé du titre et des mots-clés répertoriés.
• Le texte débute à la troisième page :
– est concis, précis et les évènements passés sont décrits au passé composé ;
– les abréviations sont en nombre limité et exclus du titre et des résumés et sont explicites lors du premier emploi ; le terme entier est précédé de l'abréviation et mise entre parenthèses sans point de séparation lors de la première apparition dans le texte ;
– les renvois en bas de page ne sont pas acceptés ;
– la terminologie est respectée (symbole, unité, nombre écrit en chiffres SAUF inférieur à dix-sept, ou lorsqu'il commence une phrase ou lors d'énumérations fréquentes dans le texte, médicaments) ;
– la présentation est au carré (texte justifié), sans gras ni mot souligné et selon le plan suivant :

Chapitre Section Paragraphe Sous paragraphe – alinéa ; - *sous-alinéa*, • puce

Illustrations.

– sont en nombre limité avec leur légende ;
– numérotées en chiffres arabes (pour les graphiques et photographies) ;
– sont appelés précisément dans le texte, placées ente parenthèses par ordre d'apparition ;
– les photos fournies respectent l'anonymat des patients et sous format JPEG avec l'accord du propriétaire et/ou le copyright.

Tableaux.

– sont en nombre limité avec leur légende ;
– numérotés en chiffres romain ;
– sont appelés précisément dans le texte, placés entre parenthèses par ordre d'apparition ;
– doivent se suffirent à eux même sans que l'on doive se référer au texte.

Les médicaments.

– apparaissent sous leur nom commun (DCI), la première lettre étant une minuscule ;
– sous leur nom de spécialité, la première lettre est alors en majuscule, suivie d'un ®.

Les remerciements et les déclarations de conflits d'intérêt.

– sont placés en fin de texte
– l'absence de conflit d'intérêt doit être mentionnée sous la forme : « les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article ».

Références bibliographiques.

– elles sont numérotées en chiffres arabes placés entre parenthèses (dans le texte, les tableaux et les figures) dans l'ordre d'apparition ;
– les chiffres sont séparés par une virgule, mais au-delà de deux chiffres successifs seuls les deux extrêmes sont présentés et séparés par un trait d'union.

Corps des références bibliographiques selon la convention de Vancouver.

Elles figurent en fin d'article. Strictement limitées aux travaux mentionnés dans le texte et comportent :
- à propos d'un article extrait de revue :
• noms des auteurs (six maximum) en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales des prénoms sans point suivi de la mention « et al » si plus de six ;
• titre intégral dans la langue de publication (caractères latins) et d'un point ;
• titre de la revue (intégrale ou abrégé),
• année de parution, éventuellement série,
• numéro des premières et dernière pages, abrégée au plus petit chiffre explicite séparés par un trait d'union et point final, sans espace ;
Exemple: 1. Lvovschi V, Aubrun F, Bonnet P, Bouchara A, Bendahou M, Humbert B, et al. Intravenous morphine titration to treat severe pain in the ED. Am J Emerg Med 2008;26:676-82.
- à propos d'un livre :
• noms des auteurs (six maximum) en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales des prénoms sans point suivi de la mention « et al » si plus de six,
• titre intégral dans la langue de publication (caractères latins) et d'un point,
• ville de l'éditeur puis deux points,
• éditeur suivi d'un point virgule,
• année de parution ;
– à propos d'un chapitre extrait d'un livre :
• noms des auteurs (six maximum) en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales des prénoms sans point suivi de la mention « et al » si plus de six,
• titre du chapitre et point,
• puis « in: » suivi du ou des noms et initiales des prénoms du ou des coordinateurs suivis de « ed » ou « eds » et d'un point,
• titre du livre et point,
• ville : maison d'édition et point-virgule,
• année d'édition et point,
• numéros de la première page et de la dernière abrégée au plus petit chiffre explicite séparés par un trait d'union et point final, sans espace ;
– à propos d'une thèse :
• noms de l'auteur en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales,
• titre de la thèse,
• ville suivie de deux points et de l'université puis d'un point virgule,
• année de la thèse et nombre de pages et point final.
– à propos de documents électroniques :
• noms de l'auteur si possible,
• titre du document,
• lien internet,
• date de consultation.

Comité de lecture.

Les articles sont soumis anonymement pour approbation à la lecture de deux lecteurs membres du comité ou de deux lecteurs choisis pour leur compétence en la matière. Le comité de lecture se réserve le droit de demander un complément de bibliographie. Les textes, publiés ou non, ne sont pas retournés à l'auteur.

Correction des épreuves.

L'auteur recevra avant publication, les épreuves sous format PDF soit par mail, soit imprimées de l'article pour approbation finale. Le retour dans les huit jours est impératif soit par mail ou papier. Passé ce délai, le texte sera publié tel quel sous la responsabilité de son auteur.

Obligations légales.

Les manuscrits originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure, ni être en cours de publication dans une autre revue. Les opinions, exprimées dans les articles ou reproduites dans les analyses, n'engagent que leurs auteurs, notamment pour les médicaments. Les règles concernant l'exercice du droit d'expression dans les armées doivent être observées, particulièrement lorsqu'il s'agit d'informations nominatives ou protégées. En outre, le respect des dispositions de la loi N°2006-961 du 1er aout 2006, relative à la propriété littéraire et artistique, s'impose.

Toute correspondance doit être adressée à : M. le rédacteur en chef, secrétariat « Médecine et Armées »
1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05 – Tél. : 01 40 51 47 44 – E-mail : medarmees@defense.gouv.fr
E-mail : medarmees@hiavdg.org