



MINISTÈRE DE LA DÉFENSE



DIRECTION CENTRALE

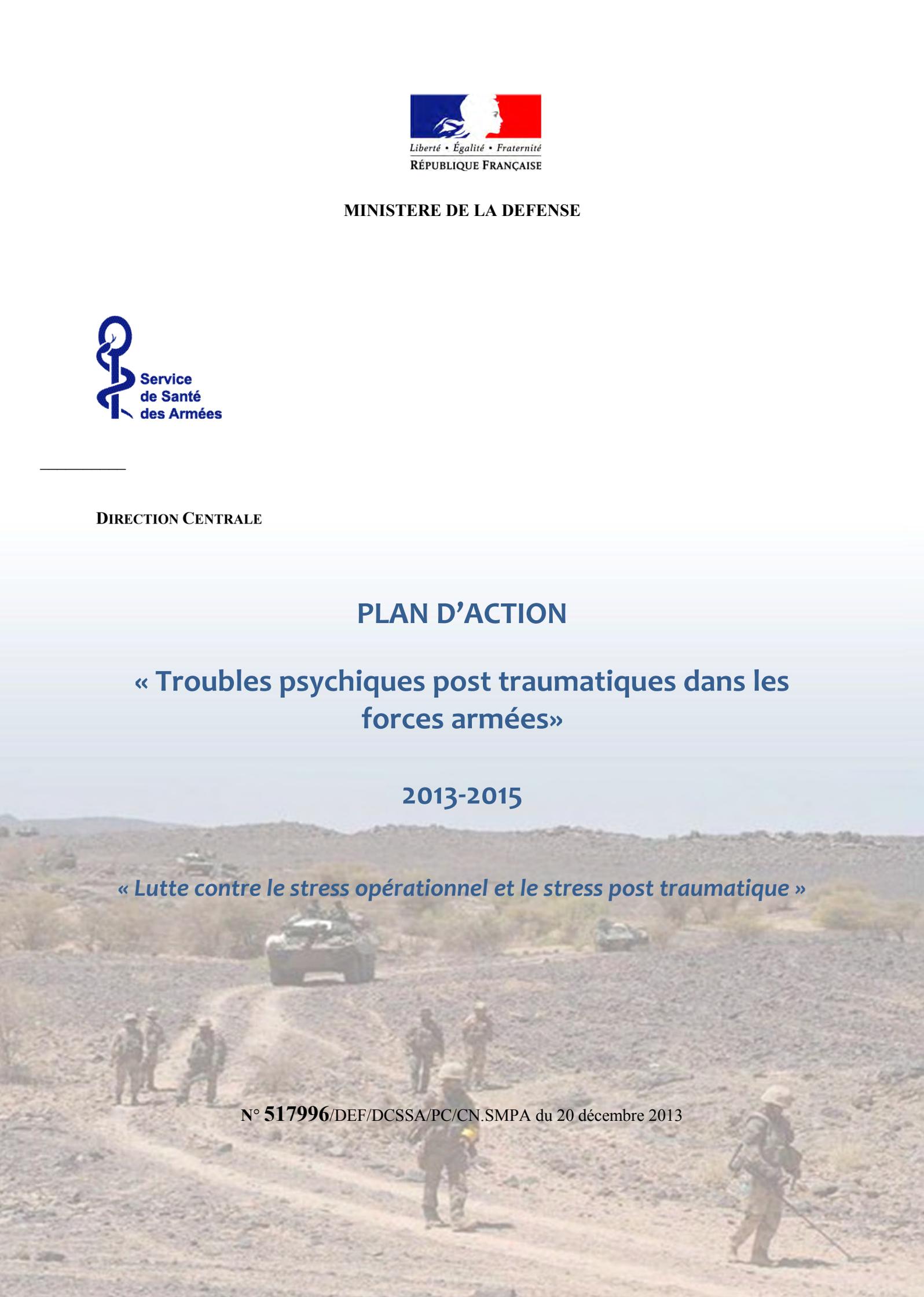
PLAN D'ACTION

« Troubles psychiques post traumatiques dans les forces armées »

2013-2015

« Lutte contre le stress opérationnel et le stress post traumatique »

N° 517996/DEF/DCSSA/PC/CN.SMPA du 20 décembre 2013



SOMMAIRE

PREAMBULE.....	5
1. CONCEPTS STRATEGIQUES DU PLAN D’ACTION	6
1.1 LE MEDECIN DES FORCES, PIERRE ANGULAIRE DE LA CHAINE SANTE, ET COORDONNATEUR DU PARCOURS DE SOINS DU BLESSE PSYCHIQUE	7
1.2 IMPORTANCE ET ENJEUX DE LA TRAÇABILITE	8
2. BILAN SYNTHETIQUE DU PLAN D’ACTION 2011 - 2013	9
3. OBJECTIFS DU PLAN D’ACTION 2013 - 2015.....	11
3.1 ILS SE DECLINENT EN SIX OBJECTIFS PRINCIPAUX	11
3.2 LE NOUVEAU PLAN D’ACTION S’INSCRIT DANS LA CONTINUTE ET OUVRE DE NOUVEAUX AXES.....	11
4. LES ONZE AXES STRATEGIQUES	12
AXE 1 RENFORCER LA FORMATION PRATIQUE DES PERSONNELS DE SANTE, MEDECINS DES FORCES ET INFIRMIERS, AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT DES TROUBLES PSYCHIQUES POST-TRAUMATIQUES. (ACTEUR : SERVICE DE SANTE DES ARMEES).....	12
AXE 2 FACILITER L’ACCES AUX SOINS APPROPRIES DANS UN PARCOURS DE SOINS COORDONNE PAR LE MEDECIN DES FORCES REFERENT D’UNITE (ACTEUR : SSA), RECHERCHER ET DEVELOPPER LES PARTENARIATS (ACTEURS : SSA, CNMSS, ARMEES)	13
AXE 3 ASSURER LA COORDINATION ET L’HARMONISATION DES INTERVENTIONS DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE SUR LE TERRAIN, DES PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES DES ETABLISSEMENTS DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES ET DES PSYCHOLOGUES INSTITUTIONNELS. (ACTEURS : SSA, ARMEES).....	16
AXE 4 RENFORCER LA SENSIBILISATION ET LA FORMATION DES MILITAIRES SUR LE STRESS OPERATIONNEL ET LES TROUBLES PSYCHIQUES POST-TRAUMATIQUES (ACTEURS : ARMEES, SSA, CNSD)	17
AXE 5 AMELIORER LA REPONSE AUX BESOINS SPECIFIQUES D’ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DU MILITAIRE ET DE SA FAMILLE (ACTEURS : ARMEES, DRHMD/AS, CELLULES D’AIDE AUX BLESSES, ONAC, SSA, DEFENSE MOBILITE)	19
AXE 6 : ASSURER LA TRAÇABILITE DES EXPOSITIONS A RISQUES ET DES CONSTATATIONS CLINIQUES POUR GARANTIR UNE JUSTE REPARATION DES TROUBLES PSYCHIQUES POST-TRAUMATIQUES (ACTEURS : EMA, ARMEES, SSA, SGA)	21
AXE 7 : PILOTER UNE POLITIQUE COHERENTE DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES TROUBLES PSYCHIQUES POST-TRAUMATIQUES CHEZ LES MILITAIRES ET LES ANCIENS MILITAIRES (ACTEURS : SSA, OSV, ARMEES, DRHMD, CNMSS)	22
AXE 8 : PROMOUVOIR LA RECHERCHE (ACTEURS : SSA, EMA, DGA).....	24
AXE 9 : ASSURER LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES FORCES SPECIALES (ACTEURS : COMMANDEMENT DES FORCES SPECIALES, EMA, SSA)	25
AXE 10 : COORDONNER TOUTES LES ACTIONS ENTREPRISES AU PROFIT DES FAMILLES ET DES PROCHES DES MILITAIRES BLESSES PSYCHIQUES (ARMEES, SSA, DRHMD, CELLULES D’AIDES AUX BLESSES, ASSOCIATIONS).....	26
AXE 11 : COMMUNIQUER ET INFORMER SUR LES ACTIONS CONDUITES DANS LE CADRE DU PLAN D’ACTION, ET EN EFFECTUER UNE SYNTHESE (SSA, ARMEES, DICOD).....	26
5. EVALUATION DU PLAN 2013-2015.....	27
5.1 MISE EN PLACE ET SUIVI D’INDICATEURS	27
5.2 EVALUATION DE L’EFFICACITE DES MESURES	28
5.3 ACTEURS DE L’EVALUATION DU PLAN	28
6. PILOTAGE ET CONDUITE DU PLAN	29
6.1 COMITE DE PILOTAGE	29
6.2 COMITE DE SUIVI	29

7. ECHEANCIER.....	29
7.1 DUREE PREVISIONNELLE DU PLAN.....	29
7.2 AGENDA	29
SYNTHESE.....	31
GLOSSAIRE	34
CONTACTS UTILES	37

**BLESSURE PSYCHIQUE
BLESSURE INVISIBLE**

Un numéro d'appel pour les militaires,
les anciens militaires et leur famille

ÉCOUTE DÉFENSE
08 08 800 321

 **24/7**
Appel gratuit et anonyme

**DES PSYCHOLOGUES
DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES
VOUS ÉCOUTENT ET VOUS INFORMENT
SUR L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE**

www.defense.gouv.fr/sante



© photo : J-R Drahi – Sirpa Terre – Création graphique : BCISSA/DCSSA

Préambule

Le plan d'action 2013-2015 « Troubles psychiques post traumatiques dans les forces armées », sous-titré « Lutte contre le stress opérationnel et le stress post traumatique » s'inscrit dans la continuité du plan 2011-2013 « Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées » et constitue la seconde étape d'une véritable politique de santé thématique, adaptée aux spécificités de la Défense visant l'amélioration de la prévention en santé des militaires, à la demande du ministre de la Défense. Le sous-titre a pour objectif de prendre en compte les mesures de prévention également à prendre en matière de stress opérationnel, et de focaliser sur le stress post traumatique, affection au sein des troubles psychiques post-traumatiques dont la survenue, qui peut être longtemps différée après l'événement causal, est particulièrement redoutée de par son potentiel de chronicité.

Le plan d'action du 10 mars 2011¹ a fixé les grandes orientations d'une politique de prévention en santé des militaires dont l'objectif est de garantir à tout militaire ou ancien militaire, victime de troubles psychiques post-traumatiques du fait du service, le soutien et la reconnaissance qu'il est légitimement en droit d'attendre de l'institution et de la nation.

La prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques est une priorité de l'état-major des armées et du service de santé des armées. Le durcissement de l'engagement sur le théâtre Afghan a montré la nécessité de renforcer le dispositif en la matière dans ses deux composantes que sont le soutien psychosocial, qui relève du commandement, et le soutien médico-psychologique, qui relève de la compétence du service de santé des armées. L'intervention des forces françaises au Mali début 2013 confirme cette nécessité.

L'enjeu majeur du plan pour les armées est le maintien de leur capacité opérationnelle; la précocité et la qualité de la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques permettent d'en limiter l'impact éventuel sur l'aptitude opérationnelle des militaires. En outre, les conséquences du traumatisme n'affectent pas seulement les militaires mais touchent leur famille et leur entourage. C'est donc à un problème de santé publique que les armées font face et à ce titre ce plan d'action est en concordance avec le plan « Santé Mentale » du ministère de la santé.

Le plan d'action 2011-2013 « Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées », a été diffusé dans les armées, directions et services. Il a fait l'objet d'une évaluation en 2013. La prise en compte du fait psychologique dans les armées est une réalité, les ressources humaines et matérielles sont disponibles.

Le service de santé des armées, et ses interlocuteurs des armées directions et services², se sont massivement investis dans toutes les actions nécessaires à la réussite de ce plan. On peut citer la formation des acteurs de santé, la concrétisation d'une collaboration entre les acteurs du soutien psychologique, la facilitation de l'accès aux soins, l'amélioration de la traçabilité des expositions à risque et de la surveillance épidémiologique, la dynamisation de la recherche. C'est donc bien l'ensemble de la communauté de défense qui s'est saisie de cette question, afin d'en traiter tous les aspects de la clinique à la prise en charge psycho-sociale.

Le nouveau plan d'action 2013 – 2015 engageant la lutte contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique dans les forces armées, est rédigé conformément au relevé de décisions du comité de pilotage du précédent plan d'action. Il vient consolider les actions réalisées précédemment et en proposer de nouvelles. Trois nouveaux axes sont créés : un premier consacré au soutien psychologique des forces spéciales, un deuxième à la coordination du soutien des familles et des proches et un troisième qui regroupe les actions de synthèse et de communication

¹ Plan d'action « Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées » 2011–2013 n°564/DEF/DCSSA/AST/TEC du 10 mars 2011.

² Etat-major des armées, direction des ressources humaines du ministère de la défense, armées et gendarmerie nationale, direction générale de l'armement, caisse nationale militaire de sécurité sociale, centre national des sports de la défense.

1. CONCEPTS STRATEGIQUES DU PLAN D'ACTION

Au cours de leurs missions, les militaires sont exposés au stress et à des situations potentiellement traumatisantes.

Les personnels en opérations sont soumis à un stress opérationnel, tension psychique née d'une pression psychologique résultant de facteurs complexes, souvent intriqués, nécessitant des adaptations permanentes, et dont l'intensité varie selon les théâtres, le type de mission conduite, leur durée et les risques associés. La tension nerveuse continue, le manque de sommeil, la fatigue, associés à la rupture d'avec les repères sociaux et familiaux habituels, peuvent conduire à des réactions de stress dépassé et affecter rapidement le potentiel opérationnel des militaires. La gestion du stress doit être prise en compte dans le cycle de formation des militaires, et le stress opérationnel prévenu au mieux sur le terrain.

Le traumatisme psychique résulte d'une confrontation à la mort dans la surprise et l'effroi. A la suite d'une exposition traumatique, on observe des réactions psychopathologiques immédiates (en quelques heures) ou précoces (après quelques jours) et souvent transitoires (2 jours à 4 semaines), constituant l'état de stress aigu. Les symptômes peuvent persister et évoluer vers un état de souffrance chronique constituant alors l'état de stress post-traumatique. Les manifestations cliniques peuvent se révéler de manière différée, tardivement, de plusieurs mois à plusieurs années après l'évènement traumatisant. Toutes ces manifestations constituent les troubles psychiques post traumatiques.

Les troubles psychiques post traumatiques, souvent désignés sous le terme de blessures psychiques retentissent sur l'état de santé et la qualité de vie du militaire et de son entourage familial et professionnel. La qualité du pronostic en cas de blessure psychique dépend de la précocité et de l'efficacité de la prise en charge médicale ainsi que de la qualité du support psychosocial dont va pouvoir bénéficier le militaire. La qualité de la réparation en matière de pension militaire d'invalidité et d'éventuels préjudices extra patrimoniaux associés est incluse dans le support psycho-social.

La stratégie de prévention des troubles engendrés par le stress opérationnel et le stress post traumatique cherche à s'appuyer sur les trois composantes en cette matière :

- la prévention primaire, qui porte sur la modification des comportements visant à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux.
- la prévention secondaire, qui vise à réduire de manière significative la durée et l'intensité d'évolution des troubles engendrés.
- la prévention tertiaire, s'attachant à réparer la souffrance mentale et à réinsérer le personnel en difficulté.

La prévention doit s'adresser à tous, et une attention particulière et permanente doit être apportée pour les personnels isolés et les unités pouvant accéder plus difficilement à l'offre de soins du service de santé des armées, notamment concernant les forces spéciales.

Le plan d'action donne une meilleure connaissance de l'impact sur les hommes des missions opérationnelles menées par les armées françaises, et ainsi permet d'adapter la stratégie de prévention. Les missions extérieures récentes à caractère expéditionnaire apparaissent à plus haut risque traumatique que les missions d'interpositions antérieurement menées. L'enjeu des mesures mises en place, outre de maintenir le potentiel opérationnel des unités, est de contribuer à diminuer la souffrance des combattants et de leur permettre d'avoir accès à des soins lorsque cela s'avère nécessaire, ainsi qu'à pouvoir leur garantir la reconnaissance légitime de la part de l'institution et de la Nation.

La qualification de blessure psychique, à l'instar de la blessure physique, la qualité du dépistage et de la traçabilité, l'information dispensée dans le milieu militaire, alliée à la médiatisation, ainsi que l'attention portée aux familles de militaires en souffrance, la disponibilité du réseau de soins, et

l'implication de tous ont contribué à combattre les facteurs de résistance des militaires à venir vers les soins.

L'accent peut être mis au plan stratégique sur deux composantes importantes à souligner, concernant les actions menées et à poursuivre, que sont le parcours de soins organisé pour le militaire, coordonné par le médecin des forces, et l'importance de la traçabilité des expositions afin de pouvoir au mieux garantir les mesures de réparation pour le militaire, toutes deux nécessitant la levée des tabous et des résistances du militaire à se tourner utilement vers l'institution.

1.1 Le médecin des forces, pierre angulaire de la chaîne santé, et coordonnateur du parcours de soins du blessé psychique

Dans le parcours de soins du blessé psychique, le médecin des forces est la pierre angulaire de la chaîne santé. Il organise un réseau de soins, et coordonne le parcours de soins du blessé psychique ; il est également attentif aux retentissements des blessures psychiques du militaire sur la famille et les proches. La stratégie proposée se doit de prendre en compte toutes ces composantes, en plaçant le médecin des forces au centre du dispositif de la chaîne santé laissant guider ses actions par la doctrine de précocité, proximité et de permanence dans la continuité des soins. Le médecin des forces est aussi le lien naturel avec le commandement et ses partenaires institutionnels pour les actions conduites en matière psychosociale.

Le médecin et l'infirmier des forces, en position de référents d'unité, en centre médical des armées comme sur le terrain, du fait de leur proximité d'avec les militaires, sont les mieux à même d'intervenir précocement, de repérer et d'accompagner les militaires blessés psychiques tout au long de leur parcours de soins, dans le cadre d'une alliance thérapeutique de qualité, basée sur le fondement de la confiance, s'inscrivant dans la durée.

En sa qualité de conseiller du commandement, le médecin des forces concourt également à la sensibilisation et à la formation des militaires sur le stress opérationnel et les troubles psychiques post-traumatiques ainsi qu'à l'information et au soutien des familles.

Présents sur les théâtres d'opérations, les médecins des forces et les infirmiers, avec le renfort éventuel d'un psychiatre et/ou d'un psychologue clinicien prennent en charge immédiatement les militaires souffrant de troubles aigus. Même en l'absence de ce type de manifestations, dès lors qu'un militaire a été exposé à des situations de combat, il fait l'objet d'un dépistage systématique d'éventuels troubles psychiques post-traumatiques dans les trois à six mois qui suivent son retour.

Pour cela la formation du médecin des forces ainsi que celle des paramédicaux est renforcée en matière de repérage et de prise en charge des troubles psychiques post traumatiques. Les médecins des forces sont sensibilisés dès leur formation initiale au dépistage et à la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques. Depuis 2011, ils bénéficient également d'une formation continue et pratique, ouverte également aux infirmiers, sous forme de stages dans les services de psychiatrie des hôpitaux d'instruction des armées.

Le médecin des forces coordonne le parcours de soins du militaire, il doit pouvoir disposer d'un réseau de soins au maillage serré, comprenant au premier chef les thérapeutes militaires et réservistes, au sein d'établissements du service de santé des armées ou en dispositif de proximité, élargi au secteur civil en fonction des éloignements et de la demande des patients. Le recours au secteur civil s'effectue dans le respect des bonnes pratiques et du libre choix du professionnel de santé par le militaire. Cependant, le recours aux praticiens militaires s'avère souvent plus adapté du fait de leur connaissance du milieu, de leur expérience opérationnelle et de leur expertise dans le domaine des troubles psychiques de guerre.

Sur le territoire national comme en opérations extérieures, le médecin des forces, au cœur du dispositif, dans le cadre d'actions coordonnées au niveau de la direction centrale concernant les interventions dans les suites d'un événement grave potentiellement traumatisant, peut bénéficier du renfort sur le terrain au besoin de psychiatres et psychologues du service de santé des armées, ainsi que de celui des psychologues institutionnels de milieu.

En dehors de son rôle de clinicien et de thérapeute, le médecin des forces est détenteur du livret médical militaire, garant de la traçabilité des souffrances liées à la blessure du traumatisé psychique. Son action préserve les droits du militaire (droits à réparation, à congé de longue durée pour maladie...). Pour optimiser son action, la recherche et la surveillance épidémiologique auquel il participe activement, viennent compléter la stratégie basée sur l'action du médecin des forces en lui apportant des informations pertinentes.

Le médecin des forces participe à la coordination de toutes les actions entreprises pour les familles et les proches des militaires blessés psychiques, et à celles visant à permettre d'atteindre en matière de prévention et de soins tous les militaires, notamment ceux n'intervenant pas en unités constituées, les isolés, les forces spéciales, ainsi que les militaires ayant quitté l'institution.

1.2 Importance et enjeux de la traçabilité

La traçabilité est définie comme l'aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'une entité au moyen d'identifications enregistrées. En matière de santé, il s'agit de l'ensemble des procédures consistant à recueillir et à conserver les informations relatives aux personnels exposés et aux expositions. La traçabilité est l'élément clé de la prise en considération des expositions à des dangers susceptibles d'être mises en cause dans la survenue d'affections médicales, y compris celles survenant tardivement.

L'enjeu en est particulièrement important dans le cadre de l'état de stress post-traumatique qui présente la particularité de ne pas avoir une inscription linéaire dans le temps (survenue différée, intervalles libres, périodes de rémission et d'aggravation, durée du traitement...). La qualité de l'archivage permet de réunir les éléments de preuves de leur imputabilité au service. Une traçabilité rigoureuse est donc un impératif.

Le commandement, participe en sa qualité d'employeur : à la prise en compte de la réparation globale au titre de la reconnaissance institutionnelle et de la nation, à la préservation de la santé des militaires, à l'amélioration de la qualité de la gestion de la ressource humaine, à l'amélioration du suivi de carrière, de la formation, de l'entraînement, à l'information des familles, en les associant au dispositif d'accompagnement institutionnel, ainsi qu'à la préservation des intérêts de l'Etat.

La traçabilité donne ainsi au commandement la capacité de : conserver une attitude « d'employeur responsable » vis-à-vis des militaires en mission dans des conditions de contraintes opérationnelles; fournir aux militaires et/ou à leurs familles tous les éléments nécessaires pour faire valoir leurs droits légitimes ; agir en transparence ; se prémunir des rumeurs et rétablir l'exactitude des informations grâce à une communication interne et externe adaptée à la réalité.

Sur le plan administratif, la traçabilité a des implications concrètes pour le commandement. En premier lieu vient l'inscription au registre des constatations qui rattache l'événement au service, mais également la tenue des listes des personnels exposés (journal de marche, journal de bord, relevé de mission), le dossier militaire, la fiche de suivi post opérationnel de l'armée de terre qu'il est proposé d'étendre à toutes les armées, et la fiche emploi nuisance.

Pour le service de santé des armées, la traçabilité est un impératif de l'ensemble des systèmes d'information sanitaires des armées, elle doit être active tout au long de la vie du militaire. La démarche de traçabilité est partie intégrante de l'activité médicale. En ce sens, elle respecte les règles de la confidentialité et du secret médical. Elle constitue à la fois un devoir médico-légal de recueil pour tout médecin, un impératif pour la qualité du suivi médical (anamnèse consolidée, trace des constatations, actes et examens effectués, adaptation à l'emploi), une protection du militaire en garantissant ses droits à juste réparation, une base nécessaire à la réalisation d'études épidémiologiques.

L'imputabilité au service des troubles psychiques post-traumatiques ouvre droit à réparation au titre des pensions militaires d'invalidité pour les séquelles et au titre de la jurisprudence dite « Brugnot » pour les préjudices extrapatrimoniaux (*quantum doloris*, préjudice esthétique, préjudice d'agrément...)

L'état de stress post traumatique est considéré comme une blessure psychique, qui lorsqu'elle est contractée en service est indemnisée à partir d'un pourcentage d'invalidité de 10% par les pensions militaires d'invalidité (alors qu'il s'agit de 30% en cas de maladie).

La réparation des troubles psychiques de guerre occupe une place importante dans le parcours de soins des militaires qui souffrent de telles pathologies. L'étude du dossier d'indemnisation implique une expertise psychiatrique. Celle-ci peut apporter un soulagement important par la reconnaissance des souffrances endurées. Elle peut aussi aggraver celles-ci si les éléments à même d'apporter les preuves nécessaires ne sont ni présents ni accessibles, accréditant le doute. Il importe donc que les procédures ouvrant droit à réparation soient facilitées et que l'expert, dont le rôle sera de reconnaître la réalité des troubles et l'imputabilité de ceux-ci, puisse disposer de tous les éléments nécessaires.

Le livret médical militaire est le support de la traçabilité médicale pendant toute la durée du service avec inscription : des visites systématiques annuelles devenues visites médicales périodiques ; des compte rendus de consultation et d'hospitalisation ; du certificat médical de constatation du rapport circonstancié ; des arrêts de travail ; de la déclaration d'affection présumée imputable au service ; des visites médicales de fin de service ; d'un exemplaire de la fiche de suivi post opérationnel de l'armée de terre. Le livret médical réduit est utilisé en opérations extérieures. Le dossier médical militaire est en cours d'informatisation, par mise en route du logiciel unique médico-militaire.

2. BILAN SYNTHETIQUE DU PLAN D'ACTION 2011 - 2013

Le plan d'action « Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées 2011-2013 » comportait neuf axes et trente-trois actions. Vingt-trois ont été réalisées, neuf se poursuivent, et une doit être mise en place avec le nouveau plan conformément aux décisions prises en comité de suivi³ et entérinées par le comité de pilotage⁴.

Deux programmes de formations ont été établis l'un pour les médecins et infirmiers concernant le stress post-traumatique, l'autre pour les militaires concernant le stress opérationnel. Deux directives ont été élaborées, dont une interarmées portant sur l'intégration de modules de formation spécifiques à la gestion du stress opérationnel dans le cycle de formation des militaires ; l'autre sur l'emploi des psychologues affectés en centres médicaux des armées.

Il a été décidé de créer un corps de psychologues cliniciens pour servir directement dans les forces, destinés à être employés dans les centres médicaux des armées les plus éloignés d'une offre de soins spécialisée en hôpital d'instruction des armées⁵.

Une directive interarmées est en cours de finalisation et concerne la traçabilité des expositions à risques et des constatations cliniques.

Une charte d'organisation des interventions du soutien psychologique sur le terrain, au profit des militaires et de leurs familles en cas d'événement grave a été signée par les majors généraux des armées, de la gendarmerie nationale et par le directeur central adjoint du service de santé des armées et diffusée par l'état-major des armées⁶.

Les interventions de soutien psychologique sur le terrain s'effectuent désormais dans le cadre de la doctrine de proximité, précocité et permanence dans la continuité des soins. En 2012, treize actions de

³ Note n°1994/DEF/DCSSA/PC/CNPsy du 15 avril 2013 ; compte rendu de la réunion du comité de suivi du plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques 2011-2013 ».

⁴ Note n°2271/DEF/DCSSA/AAD/EMP du 29 avril 2013 ; réunion du comité de pilotage du plan d'action « troubles psychiques post traumatiques dans les armées 2011-2013 »-relevé de décisions.

⁵ Note n°0676/DEF/DCSSA/PC/MA du 6 février 2013 ; directive provisoire relative à l'emploi des psychologues du service de santé des armées affectés en centres médicaux des armées.

⁶ Charte interarmées n° 4487/DEF/DCSSA/CAB du 21 décembre 2012 ; « Charte d'organisation relative aux interventions sur le terrain en cas d'événement potentiellement traumatique des psychiatres et psychologues des établissements du service de santé des armées, et des psychologues des armées et de la gendarmerie nationale »

soutien psychologique après survenue d'un événement potentiellement traumatisant sur le territoire national ont été réalisées, en synergie entre les praticiens du SSA et les acteurs institutionnels.

Une vaste campagne d'information médiatique a été lancée pour informer les militaires et leurs proches au sujet du traumatisme psychique. Un guide interarmées du militaire blessé ou malade a été édité, ainsi qu'un guide à l'usage du commandement en cas de décès d'un personnel militaire, dans le cadre de l'accompagnement de sa famille. Par ailleurs, une fiche d'informations sur les procédures d'indemnisation complémentaire des militaires atteints d'une affection liée au service a été adressée aux médecins, en vue de pouvoir mieux informer leurs patients⁷. Un dispositif d'appel gratuit et anonyme « Ecoute Défense »⁸ a été mis en place au profit des militaires et de leurs familles, à la demande du ministre de la Défense, facilitant l'orientation des blessés psychiques vers le réseau de soins constitué⁹. La dynamisation du recueil épidémiologique a permis notamment de mieux cerner l'importance du phénomène, ainsi que l'adaptation des moyens. La recherche permet de cerner des thérapeutiques et des actions de plus en plus adaptées.

L'armée de terre a mis en place un « sas de décompression » à Chypre depuis 2009¹⁰ pour les militaires engagés en opérations extérieures en Afghanistan, qui a fonctionné également pour les premiers mois de l'engagement au Mali. Un dispositif interarmées externalisé au bénéfice des familles et proches de militaires projetés en Afghanistan a été mis en place en 2011 également étendu au Mali. Fruit d'une collaboration entre la direction des ressources humaines du ministère de la Défense et l'état-major des armées, il offre par l'intermédiaire d'un numéro vert une possibilité de prise en charge thérapeutique au besoin, ainsi que des séances d'informations pour les familles avant départ et retour des unités en opérations extérieures.

Dans le cadre du plan d'action troubles psychiques post-traumatiques dans les armées 2011-2013, une seule action n'a pas été mise en place, s'agissant du recueil des données auprès de la sécurité sociale militaire du nombre de soins pratiqués en matière d'atteintes liées aux troubles de stress post traumatique et plus généralement en matière de santé mentale, afin de mieux mesurer et décrire l'ampleur du phénomène (elle fera l'objet d'une priorité dans le nouveau plan d'action 2013-2015).

Les actions de formation et de sensibilisation ont été mises en place et sont à poursuivre. Notamment les médecins et infirmiers projetés en opérations extérieures ont tous reçu une formation en matière de troubles psychiques post traumatiques, pour la pratique de médecine de l'avant en opérations. Le module de formation continue spécifique a été dispensé pour plus de la moitié des médecins des forces, et doit donc être maintenu afin que tous aient bénéficié de cette formation à l'échéance du nouveau plan d'action.

D'autres actions en cours sont à améliorer avec la pratique et les retours d'expérience. Ainsi le parcours de soins est bien connu des médecins des forces. Il reste à augmenter le maillage du réseau de soins, pour le rendre plus dense, entrant ainsi dans le cadre du projet du service de santé de recentrage sur le militaire et d'ouverture vers le réseau civil. Dans ce sens, la mise en place d'un dispositif de remboursement des psychothérapies par psychologue du secteur civil est en voie de finalisation. La réinsertion de blessés physiques et psychiques au sein de leurs unités de l'armée de terre, en postes adaptés, avant obtention de la consolidation, en vue d'éviter notamment l'effet de rupture par la position intermédiaire de congé en position de non activité, doit faire l'objet d'une évaluation de la pertinence du dispositif. La mise en place du dossier unique du blessé au sein des armées, venant de débiter fera également l'objet à moyen terme d'un retour d'expérience.

Des actions ont été ajoutées et réalisées en sus de celles prévues initialement, notamment en matière d'information des militaires et de leurs familles et proches, actions de communication et de synthèse, s'agissant d'un plan vivant et réactif.

⁷ Fiche d'information pour les praticiens des armées n° 139 DEF/DCSSA/AA/AJ2D du 15 janvier 2013 : Procédure d'indemnisation complémentaire des militaires atteints d'une blessure ou d'une maladie liée au service.

⁸ N° Ecoute Défense 0808800321

⁹ Note n°0834/DEF/DCSSA/PC/MA du 15 février 2013

¹⁰ Lettre 140/DEF/EMAT/ES/AES/NP du 7 septembre 2009 relative au sas de décompression.

Enfin d'autres actions en cours concernent le nécessaire travail en commun du service de santé des armées, de la direction des ressources humaines du ministère de la défense, de l'office national des anciens combattants et de l'observatoire de santé des vétérans.

Au total, l'évaluation de la mise en œuvre du premier plan d'action troubles psychiques post traumatiques dans les armées a permis de constater que d'une part la prise en compte du fait psychologique dans les armées est une réalité concrète et d'autre part que les ressources humaines et matérielles que cette prise en compte implique sont disponibles au service des forces.

Le nouveau plan d'action, troubles psychiques post traumatiques dans les armées 2013-2015 s'inscrit donc dans la continuité et le renforcement des actions du plan précédent et prendra en compte toutes les actions nouvelles qui ont semblé nécessaire en complément pour soutenir des objectifs ambitieux concernant la santé des militaires, de leurs familles et de leurs proches, en matière de prévention du stress opérationnel et d'état de stress post traumatique.

3. OBJECTIFS DU PLAN D'ACTION 2013 - 2015

Les objectifs majeurs du plan d'action sont de fournir aux militaires tous les outils de prévention et de gestion du stress opérationnel, ainsi que de garantir à tout militaire ou ancien militaire victime de blessures psychiques du fait du service, le soutien médical et psycho-social pour lui et son entourage et la reconnaissance qu'il est légitimement en droit d'attendre de l'Institution et de la Nation. Ces objectifs impliquent de mieux informer en amont et de mieux prévenir le stress opérationnel, de mieux assurer la prise en charge immédiate et dans la durée des syndromes de stress post traumatique.

3.1 Ils se déclinent en six objectifs principaux

1. Mieux informer, prévenir, repérer et diagnostiquer les troubles liés au stress opérationnel et aux traumatismes psychiques.
2. Mieux répondre aux besoins psychosociaux spécifiques du militaire et de sa famille, avant, pendant et après les missions, mais aussi tout au long de sa carrière et au-delà, après son retour à la vie civile.
3. Mieux prendre en charge les conséquences immédiates, à court et à long terme, d'une rencontre avec un événement traumatique au plan psychique.
4. Garantir une juste réparation des états de stress post-traumatiques.
5. Mieux appréhender l'ampleur et l'impact des troubles psychiques résultant du stress opérationnel et du stress post-traumatiques liés aux missions des armées.
6. Mieux informer les militaires et leurs familles sur le stress opérationnel, les troubles psychiques post traumatiques et le dispositif de soutien.

3.2 Le nouveau plan d'action s'inscrit dans la continuité et ouvre de nouveaux axes

Les objectifs du nouveau plan 2013-2015 sont de consolider les réalisations du plan d'action 2011 – 2013, de maintenir les objectifs majeurs, et de lancer de nouvelles initiatives.

Tout en restant centré sur le combattant, le plan d'action 2013 - 2015 ouvre de nouveaux champs d'actions. Il concourt à mieux sensibiliser les militaires sur la gestion du stress opérationnel et à en prévenir les effets potentiellement délétères, ainsi qu'à sensibiliser l'entourage du blessé psychique, à coordonner les actions de soutien aux familles et aux proches, à s'intégrer d'avantage dans les réseaux de soins du service public de santé, et enfin à développer le soutien psychologique des forces spéciales. Il cherchera en outre à profiter de l'expérience de nos partenaires et alliés étrangers confrontés également à la prise en charge de ces troubles.

Il s'appuie sur les avancées conceptuelles et organisationnelles du plan précédent, tout en ouvrant de nouvelles perspectives d'évolution. Il se décline en onze axes stratégiques.

4. LES ONZE AXES STRATEGIQUES

Les huit premiers axes du premier plan d'action sont à poursuivre, car ils en sont l'épine dorsale et mettent en place un dispositif connu et efficace de soutien psychologique du combattant, de sa famille et de ses proches, qui peut encore être amélioré et faire l'objet d'un suivi à l'aide d'indicateurs. Les onze axes stratégiques donnent lieu à la mise en place de onze groupes de travail, qui conservent les mêmes pilotages que le précédent plan d'action pour les huit premiers, et seront confiés à trois nouveaux pilotes pour les derniers.

Axe 1 Renforcer la formation pratique des personnels de santé, médecins des forces et infirmiers, au diagnostic et au traitement des troubles psychiques post-traumatiques. (Acteur : service de santé des armées).

Cet axe s'inscrit dans la continuité du plan précédent où a été mis en place un module de formation initiale et continue.

CONSTAT

Le médecin omnipraticien exerçant en centre médical des armées, au sein des forces, spécialiste en médecine générale et médecin expert au plus près du militaire, en centre médical des armées (CMA) comme sur le terrain, notamment en opérations extérieures dans le cadre de la doctrine de médecine à l'avant, est au cœur du dispositif. Il accompagne le militaire tout au long de son parcours de soins et de son parcours professionnel.

Il commande une équipe de paramédicaux, et à ce titre pour le seconder a besoin de personnels infirmiers également formés en matière de troubles psychiques post-traumatiques.

Le service de santé des armées est responsable de la formation de son personnel, et doit lui apporter l'aide pédagogique nécessaire.

OBJECTIFS

Donner à tous les médecins des forces la capacité de dépister les militaires souffrant de troubles psychiques post-traumatiques, le savoir-faire pour initier des soins, orienter tout militaire souffrant de troubles psychiques post-traumatiques vers les soins les mieux adaptés à sa situation et leur rappeler leur rôle dans les procédures de réparation.

Donner aux infirmiers des forces la capacité de seconder efficacement l'action des médecins des forces dans un travail d'équipe, tant par une formation initiale que continue.

Assurer le suivi des indicateurs de formation concernant les troubles psychiques post-traumatiques.

La cible prioritaire sera les médecins puis les infirmiers. Tous les médecins des forces devront avoir été formés à la fin de l'année 2014.

MOYENS

- **Action 1.1** Poursuivre le programme de formation initiale des médecins à l'Ecole du Val-de-Grâce (EVDG), ainsi que le module de formation continue spécifique « *Diagnostic et prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques* »¹¹, au profit des médecins des forces référents d'unité et des infirmiers, dans le cadre de l'Ecole du Val-de-Grâce, sous l'égide de la chaire de psychiatrie et de psychologie clinique appliquée aux armées. Le rythme de formation est établi à six à huit formations annuelles par hôpital d'instruction des armées (HIA), comprenant de douze à quinze participants par session et par hôpital d'instruction des armées.

¹¹ Lettre de compte rendu du groupe de travail axe 1 du 27 mars 2012: création du module de formation continue.

- **Action 1.2** Adapter l'organisation des modules de formation continue « *Diagnostic et prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques* » en coordination avec les directions régionales du service de santé des armées (DRSSA), en fonction de la disponibilité opérationnelle et de l'éloignement géographique des médecins des forces, par exemple en délocalisant certaines formations dans des centres médicaux des armées, ou d'autres hôpitaux d'instruction des armées que celui de rattachement de la région, ou faire coïncider avec d'autres calendriers de formation.
- **Action 1.3** Organiser un stage annuel d'acculturation en unité pour les internes de spécialité de psychiatrie, ainsi que pour les psychologues des hôpitaux d'instruction des armées (ou s'appuyer sur les consultations de spécialistes délocalisées en centres médicaux des armées) ;
- **Action 1.4** Etendre le programme de formation initiale des médecins à l'Ecole du Val de Grâce à celui de la formation initiale des infirmiers à l'Ecole du Personnel Paramédical des Armées (EPPA).
- **Action 1.5** Etendre le dispositif de formation au dépistage des médecins des forces aux psychologues cliniciens sous l'égide du service médico-psychologique des armées.
- **Action 1.6** Fournir des indicateurs semestriels, en juin et décembre, par les DRSSA à la direction centrale du service de santé des armées. Les indicateurs suivis seront le :
 - ✓ nombre de médecins des forces formés (en formation initiale et continue) rapporté au nombre total de médecins des forces en région ;
 - ✓ nombre d'infirmiers des forces formés (en formation initiale et continue) rapporté au nombre total d'infirmiers des forces en région.

Axe 2 Faciliter l'accès aux soins appropriés dans un parcours de soins coordonné par le médecin des forces référent d'unité (Acteur : SSA), rechercher et développer les partenariats (Acteurs : SSA, CNMSS, Armées).

Cet axe comprend le regroupement des axes 2 et 9 du plan précédent, facilitation du parcours de soins et recherche de partenariats.

CONSTATS EN MATIERE DE DEPISTAGE

Les troubles psychiques post-traumatiques sont de diagnostic difficile, ceux qui en souffrent n'en parlent pas spontanément ou très peu. Ce silence est lié à la nature même de ces troubles, au sentiment de honte ou de culpabilité qu'ils peuvent susciter, à la crainte d'une inaptitude opérationnelle. Leur dépistage nécessite de fait une démarche active du médecin. La précocité du diagnostic, donc de la prise en charge, limite l'évolution vers leur chronicisation, avec les difficultés personnelles, professionnelles familiales et sociales qui en découlent.

Le médecin des forces, du fait de sa proximité et de sa connaissance du milieu, de la confiance dont il bénéficie est le mieux à même d'exercer le repérage des troubles. C'est aussi vers lui que se tournent le commandement et les proches lorsqu'ils observent des modifications de comportement de militaires ayant subi des événements à risque traumatique pour initier une prise en charge.

REALISATIONS EN MATIERE DE DEPISTAGE

Le plan de formation des acteurs de soins a été mis en œuvre, et l'utilisation de l'échelle de dépistage *Post traumatic stress disorder check list scale* (PCLS)¹² a été généralisée dans l'ensemble des centres médicaux des armées et des hôpitaux d'instruction des armées.

¹² Rapport sur la validation d'un outil de dépistage des états de stress post-traumatiques dans l'armée de terre au retour d'Afghanistan n°83/MTSSA/DESP/US2E du 01/03/2010

Dans les hôpitaux recevant les évacuations médico-chirurgicales des théâtres d'opérations, un entretien psychiatrique systématique de dépistage est réalisé pour les blessés corporels du fait du risque accru de blessure psychique associée (qualifié de « double blessure » à la fois physique et psychique).

Il est proposé que les entretiens à visée de dépistage effectués en centre médical des armées soient systématisés par une visite dédiée post-opérationnelle au troisième mois (avec utilisation de l'échelle PCLS). Cette visite inclut les groupes constitués et au profit des personnels isolés et réservistes, ainsi qu'après toute exposition à un événement grave potentiellement traumatisant. Le médecin des forces, référent d'unité, est le médecin omnipraticien qui se trouve au plus près du militaire, à l'unité comme sur le terrain. Il peut être amené à solliciter un avis spécialisé auprès d'un psychiatre mais également auprès d'un psychologue clinicien.

Les militaires radiés définitivement des contrôles bénéficient d'une visite médicale de fin de service qui, sur le plan médico-psychologique, a un quadruple objectif : faire le point sur l'état de santé psychique du militaire au moment du départ avec notamment la recherche de troubles psychiques post-traumatiques, faire le point sur les risques auxquels le militaire a pu être exposé en cours de carrière, y compris les situations potentiellement traumatiques au plan psychique, s'assurer de la transcription de ces deux points dans le livret médical, et enfin s'assurer que les éventuels droits à pension du militaire liés à ces troubles sont préservés.

CONSTAT EN MATIERE DE RESEAU DE SOINS

Les médecins militaires -omnipraticiens et psychiatres- ont une bonne connaissance de la culture militaire et des théâtres d'opérations ce qui facilite la relation de confiance avec les patients militaires. Les praticiens civils, à l'exception des réservistes du service de santé des armées, ne possèdent ni cette culture, ni cette connaissance. Cependant, l'accès aux hôpitaux d'instruction des armées n'est pas toujours aisé du fait de leur éloignement des centres médicaux des armées et des implantations militaires.

Le militaire, comme tout citoyen français, a le libre choix de son médecin, de sa spécialité, du lieu de prise en charge. Quel que soit son choix, le médecin militaire se doit de le guider et de l'accompagner tout au long de son parcours de soins.

Certains soins recommandés par la haute autorité de santé et les psychiatres du SSA ne sont pas ou partiellement pris en charge au titre des affections présumées imputables au service où des soins médicaux gratuits, à l'instar du régime général de la sécurité sociale. C'est le cas des soins dispensés dans le secteur privé par les psychologues cliniciens, les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

REALISATIONS EN MATIERE DE RESEAU DE SOINS

Le suivi assuré dans les établissements du service de santé des armées est privilégié. Lorsque le médecin des forces est amené à solliciter le tissu médical civil de proximité, le recours est recommandé vers un psychiatre exerçant en secteur hospitalier ou en libéral en secteur 1.

Dans certains centres médicaux des armées, des psychologues du service de santé des armées ont été affectés. Pour d'autres, des dispositifs de soins de proximité ont été mis en place en faisant appel à des psychiatres et psychologues réservistes. Le remboursement de psychothérapies effectuées par des psychologues du secteur privé est en cours de mise en place.

OBJECTIFS

Dépister le plus précocement possible les militaires souffrant de troubles psychiques post-traumatiques.

Proposer à tout militaire souffrant de troubles psychiques post-traumatiques une prise en charge thérapeutique adaptée dans un parcours de soins coordonné par le médecin des forces, référent d'unité.

Mettre en place des réseaux de soins en privilégiant les soins au sein de l'institution.

Atténuer le poids financier des soins restant à la charge du patient.

Rappeler à tous les médecins des forces l'importance de leur rôle dans les procédures de réparation.

Faire bénéficier tout personnel soignant du service de santé des armées des mêmes procédures de dépistage et de soins.

MOYENS

- **Action 2.1** Etablir une directive relative au parcours de soins du blessé psychique :

- ✓ *Rappeler les modalités préconisées par le premier plan d'action (cf. encadré)*

Dépister individuellement et de façon systématique les troubles psychiques post-traumatiques chez les militaires, dépistage effectué par le médecin des forces, avec passation individuelle du questionnaire PCLS lors d'une visite systématique, dans une démarche clinique et thérapeutique, dans les trois mois qui suivent l'exposition à un évènement ou une situation potentiellement traumatisante au plan psychique. Ce dépistage est systématiquement étendu au retour des missions des personnels isolés. Les réservistes, les vétérans, les gendarmes et les personnels du service de santé des armées seront sensibilisés au préalable par l'organisation de séances d'informations collectives dans les groupements de soutien des bases de défense.

Le parcours de soins s'appuie sur un réseau de soins, coordonné par le médecin des forces référent d'unité qui initie la prise en charge, conseille le patient sur les différentes thérapies qui peuvent lui être proposées, oriente si nécessaire vers les psychiatres compétents du service de santé des armées dans la mesure du possible, élabore un protocole de soins avec le psychiatre, informe le patient sur les modalités de prise en charge financière des soins proposés, et établit la synthèse dans le livret médical des soins prodigués au patient.

Poursuivre le renforcement des liens entre le médecin des forces et les spécialistes, favoriser et faciliter l'accès des militaires aux consultations spécialisées.

Poursuivre les actions de partenariats avec des réseaux de soins civils pour pallier aux problèmes d'éloignement géographique dans le respect du libre choix des patients, et renforcer les liens avec les praticiens civils de proximité.

Rechercher préférentiellement la collaboration des réservistes du service de santé des armées et des praticiens appliquant les tarifs du secteur 1, et créer des liens avec le réseau des cellules d'urgences médico-psychologiques départementales.

- ✓ *De nouvelles modalités seront ajoutées*

Organiser des consultations psychiatriques de proximité au sein des centres médicaux des armées ;

Etablir une fiche médicale de traçabilité d'un évènement potentiellement traumatisant ;

Fixer le positionnement du service de santé des armées vis-à-vis des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), et notamment vis-à-vis des thérapies cognitives et comportementales ainsi que de *l'Eyes Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR).

- **Action 2.2** Densifier les réseaux de soins autour du médecin des forces référent d'unité.

Entretenir les réseaux de professionnels et consolider les dispositifs d'appui aux établissements des services sanitaires et médico-sociaux.

Etablir et diffuser aux médecins de centres médicaux des armées la liste des acteurs de soins civils (cellules d'urgences médico-psychologiques, centres médico-psychologiques, centres et consultations spécialisées en psycho traumatologie, professionnels identifiés...).

- **Action 2.3** Mettre en cohérence l'offre de soins et la prise en charge financière des soins

Proposer à la caisse nationale militaire de sécurité sociale la prise en charge de tout ou partie des soins non remboursés actuellement.

Elargir aux cellules d'aides aux blessés des autres armées et directions et services, le projet de convention de prise en charge financière de consultation de psychologue en milieu civil, qui a été établi entre la direction centrale du service de santé des armées et la cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre ainsi que la caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Susciter une participation financière des autres acteurs du monde médico-social de la défense, partenaires de la caisse nationale militaire de sécurité sociale au sein du Comité inter-partenaire de prévention (la mutuelle UNEO, la MSPP, l'AGPM, le GMPA, l'action sociale aux armées...).

Mettre en place au besoin des réseaux de proximité.

- **Action 2.4** Etudier les spécificités concernant la gendarmerie nationale et proposer les adaptations nécessaires propres à faciliter l'accès aux soins appropriés dans un parcours de soins coordonné par le médecin de milieu référent.

Axe 3 Assurer la coordination et l'harmonisation des interventions de soutien psychologique sur le terrain, des psychiatres et psychologues des établissements du service de santé des armées et des psychologues institutionnels. (Acteurs : SSA, Armées)

Cet axe s'inscrit dans la continuité du plan précédent qui a établi une charte du soutien psychologique dont les modalités pratiques sont à mettre en œuvre sur le terrain.

CONSTAT

Les militaires identifient difficilement les rôles respectifs des psychiatres du service de santé des armées et celui des psychologues institutionnels cliniciens ou non, dans les situations d'urgence notamment. Ceci peut être préjudiciable à une prise en charge thérapeutique à venir.

Pour clarifier aux yeux des militaires le rôle et les compétences des psychiatres, des psychologues institutionnels, des psychologues cliniciens, une charte a été établie intitulée « *Charte d'organisation relative aux interventions sur le terrain en cas d'événement potentiellement traumatique des psychiatres et psychologues des établissements du service de santé des armées, et des psychologues des armées et de la gendarmerie nationale* », établie entre les armées, la gendarmerie nationale et le service de santé des armées, signée par le directeur central adjoint et les majors généraux des armées et de la gendarmerie, diffusée à tous les cadres par l'état-major des armées.

Les médecins des forces exerçant en centres médicaux des armées et centres médicaux interarmées, et les médecins placés organiquement au contact des forces (commandement des opérations spéciales, force d'action navale, force océanique stratégique), ont vocation à s'impliquer dans la prise en charge immédiate et le suivi des troubles psychiques post-traumatiques dans le cadre du parcours de soins et de la doctrine en matière d'interventions de soutien psychologique sur le terrain.

Ils sont en lien avec les psychiatres et psychologues du service de santé des armées servant au sein des établissements du service de santé des armées dans un cadre interarmées. Ils travaillent également avec les acteurs institutionnels des armées et de la gendarmerie¹³.

Des psychologues du service de santé des armées ont été recrutés et affectés en janvier 2013 dans des centres médicaux des armées éloignés des hôpitaux d'instruction des armées et à proximité d'unités opérationnelles fortement confrontées à des événements graves potentiellement traumatisants, améliorant ainsi le maillage du réseau de soins. Ils ont vocation également à participer aux interventions médico-psychologiques dans la base de défense, en cas de survenue d'événements graves potentiellement traumatisants, en immédiat et post-immédiat, comme mentionné dans la directive provisoire n°0676 DEF/DCSSA/PC/MA du 6 février 2013.

¹³ Les acteurs institutionnels des armées et de la gendarmerie sont : la cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'air, localisée au sein du service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique, la cellule de soutien médico-psychologique, émanant du service de psychologie de la marine comportant 14 services locaux de psychologie appliquée, la cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de terre, le dispositif de soutien psychologique en gendarmerie nationale, composé de psychologues cliniciens de la section psychologie soutien intervention, pôle central, et de psychologues cliniciens conseillers techniques régionaux, pôle régional.

OBJECTIFS

Assurer en permanence le soutien psychologique des militaires et de leurs familles et proches en cas d'événements graves potentiellement traumatisant.

Préserver la santé individuelle, le maintien et la récupération du potentiel opérationnel, tant au plan individuel que collectif, des militaires soumis à des événements graves potentiellement traumatisants, tout en garantissant la sécurité des opérations.

Faire connaître ce dispositif, et poursuivre la diffusion des points principaux de cette charte à tous les militaires.

MOYENS

- **Action 3.1** Suivre les dispositions de la charte portant sur l'organisation du soutien psychologique sur le terrain en déployant un réseau fonctionnel d'intervention en cas d'événement grave potentiellement traumatisant. A charge du coordonnateur national du service médico-psychologique des armées de coordonner et d'harmoniser ces interventions.
- **Action 3.2** Suivre ces actions à l'aide d'un indicateur de suivi qui sera le nombre d'actions de soutien psychologique réalisées suite à un événement grave potentiellement traumatisant sur le territoire national par rapport au nombre de demandes effectuées par les unités.
- **Action 3.3** Diffuser les points principaux de cette charte à tous les militaires. Diffuser un texte à visée pédagogique et informative présentant le périmètre des acteurs et les points principaux de la charte par les vecteurs que sont Actu Santé, BUS...

Axe 4 Renforcer la sensibilisation et la formation des militaires sur le stress opérationnel et les troubles psychiques post-traumatiques (Acteurs : Armées, SSA, CNSD)

Cet axe s'inscrit dans la continuité du précédent plan d'action, qui va mettre en œuvre la directive établie concernant la formation des militaires en matière de gestion du stress.

CONSTAT

Le stress opérationnel et les troubles psychiques post-traumatiques sont longtemps restés un sujet tabou, car très souvent assimilés à un aveu de faiblesse. La prise de conscience de leur impact délétère sur la capacité opérationnelle des armées a récemment incité les armées à former certains militaires à leur repérage.

Une directive a été établie par l'état-major des armées¹⁴. Son idée maîtresse est de donner au commandement, notamment aux cadres de proximité, les principes et les outils utiles à l'exercice de leurs responsabilités dans la gestion du stress de leur personnel. En effet l'expérience prouve qu'ils sont parfois mal appréhendés.

Cette directive souligne l'importance de la prévention du stress opérationnel et du soutien psychologique des combattants et de leurs proches. Elle indique la nécessité d'intégrer ces dimensions dans les cursus de formation du commandement, et a pour objet de guider les armées, directions et services dans le cadre de la préparation et de la conduite opérationnelle des unités, en fournissant des modalités pratiques qui aideront le commandement à compléter, voire à structurer, le dispositif déjà en place. Les armées, directions et services l'adopteront en fonction des besoins et des formations spécifiques propres à leur politique et à leur culture de milieu opérationnel. Le but est d'augmenter ou de maintenir l'efficacité des unités dans le cadre des opérations militaires.

¹⁴ Directive n° D-13-009803/DEF/EMA/RH/FORM/NP du 30 juillet 2013 portant sur la sensibilisation et formation des militaires à la prévention du stress opérationnel.

Un projet de formation initiale et continue est proposé sur le stress opérationnel et les troubles psychiques post traumatiques, avec trois modules qui sont :

- Module 1 : « le stress : définitions, situations, manifestations », pour un niveau de sensibilisation en formation initiale ;
- Module 2 : « réduire les effets délétères du stress », niveau formation d'adaptation en école d'application ou de spécialisation ;
- Module 3 : « tenir compte des conséquences psychologiques possibles du milieu militaire : un acte de commandement », pour un niveau de préparation à un commandement d'unité (cours des futurs commandants).

Dans le cadre de la prévention du stress opérationnel, deux modules de formation aux techniques d'optimisation du potentiel (TOP) ont été proposés pour la formation des « moniteurs TOP ».

- Module 1 : « sommeil-vigilance et prévention de la fatigue », en réactivant le module spécialisé sur le sommeil des instructeurs et moniteurs TOP développé il y a quelques années au sein de l'institut de recherche biomédicale des armées ;
- Module 2 : « l'opération extérieure et les effets perturbateurs du stress ».

Des actions concrètes de communication sont mises en place vers les militaires et leurs familles, ainsi que pour l'identification des acteurs et des réseaux de soutien, en sensibilisation et formation, qu'il s'agisse de la chaîne de commandement ou des réseaux de soutien formels et informels.

OBJECTIFS

Mettre en œuvre la directive de sensibilisation et formation des militaires à la prévention du stress opérationnel, avec un premier point d'avancement des actions transmis à l'EMA début 2014.

Augmenter ou maintenir l'efficacité des unités dans le cadre des opérations militaires ;

Donner à tout militaire la capacité de repérer chez lui-même ou chez un camarade les signes évocateurs d'une souffrance psychique post-traumatique ;

Donner à tout militaire la connaissance de la conduite à tenir et des interlocuteurs à solliciter face à sa propre souffrance ou à celle d'un camarade ;

Permettre à tout militaire de différencier les rôles des différents intervenants, psychiatres et psychologues.

MOYENS

- **Action 4.1** Réaliser le suivi annuel dans les armées, directions et services de l'application de la directive interarmées produite par l'état-major des armées, qui comprend les actions :

Inscrire le thème des troubles psychiques post-traumatiques dans le programme de formation initiale et continu de tout engagé ;

Proposer ou renforcer une formation spécifique pour les cadres, adaptée à leur niveau de responsabilité et à leurs fonctions ;

Développer la formation aux techniques d'optimisation du potentiel (TOP) ;

Développer l'information sur les interlocuteurs à solliciter face à un militaire en souffrance ;

Développer la communication sur la question des troubles psychiques post-traumatiques vers les militaires et vers leurs familles.

- **Action 4.2** Effectuer des points de situation semestriels, à l'aide de l'indicateur : nombre de militaires (par catégorie) ayant suivi un module (ou un parcours) de formation rapporté à la population militaire globale. Le service de santé des armées devra être associé au suivi annuel de l'application de cette directive interarmées qui ressort de la responsabilité de l'état-major des armées.

- **Action 4.3** Conduire des actions de communication internes à destination des personnels et de leurs familles, en concertation avec le GT 11.

Axe 5 Améliorer la réponse aux besoins spécifiques d'accompagnement social du militaire et de sa famille (Acteurs : Armées, DRHMD/AS, Cellules d'aide aux blessés, ONAC, SSA, Défense mobilité).

Cet axe est dans la continuité du plan précédent et vise, tout en maintenant les acquis, à continuer d'améliorer l'aide psychosociale et la qualité de vie des militaires souffrant de troubles psychiques post-traumatiques et de leurs familles.

CONSTAT

Les troubles psychiques post-traumatiques ont un impact délétère sur la vie professionnelle, personnelle, familiale et sociale de ceux qui en souffrent, et d'autre part le pronostic d'évolution des troubles psychiques post traumatiques dépend de la qualité du support psychosocial. Les aides sont à adapter aux situations individuelles et au contexte socio familial des blessés psychiques.

Un numéro vert a été mis à disposition du soutien des familles de militaires en Afghanistan par l'intermédiaire d'une société privée, et élargi pour le Mali.

Les blessés psychiques ont été intégrés dans chaque action menée ou à mener dans le cadre plus large des travaux de la direction des ressources humaines du ministère de la défense sur l'accompagnement des militaires blessés en opérations et de leurs familles. En particulier, en vue d'améliorer la réactivité et la coordination des acteurs attribuant des aides financières pour pallier les handicaps liés notamment à des pathologies psycho-traumatiques, a été mis en place, en 2012, un dossier unique du blessé en opération (action sociale de la défense et caisse nationale militaire de sécurité sociale).

De même, des blessés en opérations extérieures vont intégrer des postes dédiés spécifiquement dans les armées, en vue d'aider à la réintégration professionnelle de ces derniers (50 postes ouverts). Cette expérimentation s'adresse à des blessés physiques, mais pourra comprendre des « doubles blessés » physiques et psychiques.

La notion d'apparition retardée des troubles psychiques post-traumatiques a été prise en compte, notamment de la possibilité de leur expression alors que le sujet a quitté l'institution. Une demande a été adressée à l'office national des anciens combattants par le sous-directeur de l'action sociale pour que les anciens militaires qui déposent un dossier de pension militaire d'invalidité soient systématiquement réorientés vers l'action sociale de la défense et bénéficient ainsi des mesures d'accompagnement.

L'inspecteur technique des conseillers techniques et assistants de service social a intégré une formation spécifique à la formation initiale des assistants de service social nouvellement affectés, en vue d'améliorer l'accompagnement des personnels touchés par des pathologies post-traumatiques.

En matière d'aide à la reconversion, des mesures d'élargissement de l'accessibilité de l'offre ont été proposées. Une action visant l'ouverture du droit à la reconversion sans ancienneté de service est en cours.

OBJECTIFS

Améliorer le support psychosocial et la qualité de vie des militaires souffrant de troubles psychiques post-traumatiques et de leur famille.

Assurer une aide financière pour pallier les handicaps que peut entraîner une pathologie psycho-traumatique.

MOYENS

- **Action 5.1** Aider à la réintégration professionnelle, dans l'emploi initial ou dans un nouvel emploi. Aider à la réintégration des blessés dans l'emploi initial, ou au sein des cellules de blessés spécifiques.

- **Action 5.2** Poursuivre la Facilitation de l'aide à la reconversion. Des aides sont déjà accessibles aux militaires blessés psychiques sans conditions d'ancienneté de service. Ainsi, les droits de reconversion doivent être maintenus pour des délais supérieurs à trois ans.

En matière d'aide à la reconversion, une étude est entreprise pour permettre de réaliser un transfert au conjoint des droits à la reconversion du blessé en opération dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle.

Cette action est déjà en cours impliquant la sous-direction de la fonction militaire, l'agence de reconversion et la sous-direction de l'action sociale. L'état-major des armées envisage un travail sur un projet de loi portant création d'un congé du blessé.

- **Action 5.3** Assurer le suivi social après le départ de l'institution militaire. Travailler conjointement avec l'office national des anciens combattants, qui, lors de constitution du dossier de pension militaire d'invalidité, réorientera les blessés psychiques vers l'action sociale de la défense
- **Action 5.4** Assurer le soutien psychologique des familles de militaires engagés en opérations extérieures. Proposer une politique coordonnée de suivi des familles, définir la place du service de santé des armées dans le soutien des familles. Conduire une réflexion et mener des actions cohérentes pour permettre un suivi des familles et une coordination des services intervenant auprès de ces dernières.

Ce travail devra s'étendre à la prise en charge des deuils ; en effet, le soutien des veuves et veufs doit être structuré de manière pérenne.

- **Action 5.5** Evaluer les actions pilotes telles la prise en charge des familles par les thérapies familiales à l'hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne à Toulon, et les complémentarités entre Ecoute Défense et le numéro vert de l'organisme privé mandaté par la DRHMD, l'Institut d'accompagnement Psychologique et de Ressources (IAPR).
- **Action 5.6** Soutenir l'action du psychologue du service de santé des armées affecté au PAM 2013 à la cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT).
- **Action 5.7** Adapter les aides sociales aux situations individuelles.

Afin d'adapter au mieux les aides aux situations individuelles, une note devra être adressée par l'inspecteur technique des conseillers techniques et assistants de service social au directeur central du service de santé des armées. Son objet est de proposer l'établissement d'une procédure visant à ce que le médecin avec l'accord de son patient puisse mettre au courant l'assistant du service social des armées géographiquement compétent de la situation de stress post-traumatique d'un patient.

Pour de raisons juridiques il ne semble pas possible de pouvoir faire bénéficier le conjoint touché par la perte d'emploi et de revenus du militaire de la pension d'invalidité de celui-ci. Etudier la possibilité de la mise en place d'une indemnité compensatrice pour les conjoints.

- **Action 5.8** Inclure les assistantes de service social dans le suivi des troubles psychique post-traumatique chez les militaires.

Pour cela informer en présence et avec l'accord du patient l'assistant de service social géographiquement compétent du suivi en cours d'un état de stress post-traumatique. Une note de l'inspection technique de l'action sociale à la direction centrale du service de santé des armées a été adressée afin de proposer une procédure¹⁵.

¹⁵ Lettre n°44015/DEF/SGA/DRHMD/ARD du 21 février 2013 adressée à la DCSSA.

AXE 6 : Assurer la traçabilité des expositions à risques et des constatations cliniques pour garantir une juste réparation des troubles psychiques post-traumatiques (Acteurs : EMA, Armées, SSA, SGA)

Cet axe s'inscrit dans la continuité de l'axe précédent qui a favorisé la reconnaissance des états de stress post traumatiques en matière de réparation.

CONSTAT

L'imputabilité au service des troubles psychiques post-traumatiques ouvre droit à réparation au titre des pensions militaires d'invalidité pour les séquelles et au titre de la jurisprudence dite « *Brugnot* » pour les préjudices extrapatrimoniaux (quantum doloris, préjudice esthétique, préjudice d'agrément...).

Les troubles psychiques post-traumatiques de guerre sont considérés comme des accidents en service et indemnisés à partir d'un pourcentage d'invalidité de 10% par les pensions militaires d'invalidité.

Les troubles psychiques post-traumatiques font peu souvent l'objet d'une inscription au registre des constatations. Or, la reconnaissance de l'imputabilité au service d'une affection repose sur l'existence de pièces administratives et médicales indispensables pour l'étude des droits à réparation.

Tous les militaires ont un dossier médical détenu par le centre médical des armées pour les militaires d'active, sous la responsabilité du médecin commandant le centre médical des armées, ou par les organismes dédiés aux archives pour les anciens militaires. Dans ce dossier sont rassemblés le livret médical proprement dit sur lequel sont consignés toutes les consultations et résultats d'examens réalisés au centre médical, le livret médical réduit sur lequel sont consignés tous les faits survenus en opérations extérieures ou en missions de courte durée, et enfin tous les documents médicaux, médico-administratifs et administratifs concernant le militaire et transmis au médecin des forces.

Le compte-rendu de consultation des psychologues institutionnels n'est pas archivé dans le dossier médical à l'exception des cas où le militaire a été adressé en consultation par le médecin des forces.

La réparation des troubles psychiques de guerre occupe une place importante dans le parcours de soins des militaires qui souffrent de telles pathologies. L'étude du dossier d'indemnisation implique une expertise psychiatrique. Celle-ci peut apporter un soulagement important par la reconnaissance des souffrances endurées. Elle peut aussi redoubler celles-ci si les éléments à même d'apporter les preuves nécessaires ne sont ni présents ni accessibles, accréditant le doute.

La mise en place du plan d'action précédent a favorisé la reconnaissance des troubles psychiques post traumatiques, avec doublement du nombre d'attribution de pensions en 2012 par rapport à l'année 2011.

OBJECTIFS

Assurer la traçabilité des événements potentiellement traumatisants survenus en service, de leurs conséquences sur la santé de ceux qui s'y trouvent exposés, afin de :

Garantir une juste réparation des troubles psychiques post-traumatiques.

Garantir à l'intéressé ses droits à une juste réparation des troubles psychiques post traumatiques, tout en préservant les intérêts de l'état.

Préciser les responsabilités des armées, directions et services et du secrétariat général pour l'administration.

MOYENS

- **Action 6.1** Diffuser après agrément du comité de pilotage la directive interarmées relative à la traçabilité des blessés psychiques dans les armées.
- **Action 6.2** Faciliter l'inscription d'un événement potentiellement traumatisant au registre des constatations. Cette action nécessite de redéfinir le circuit impliquant dorénavant le chef de

corps, le médecin commandant le centre médical des armées, le groupement de soutien de la base de défense.

- **Action 6.3** Proposer une adaptation de la fiche de suivi post-opérationnel de l'armée de terre pour l'étendre à l'ensemble des armées.
- **Action 6.4** Consigner systématiquement les consultations dans le livret médical militaire et tenir les archives à disposition du militaire et de la commission de réforme des pensions militaires d'invalidité pour les aspects relatifs aux blessures psychiques.
- **Action 6.5** Prendre en compte les évolutions de l'informatisation du recueil des données. Cette action tiendra compte de l'informatisation du livret unique médico-militaire avec notamment l'intégration d'une page médico-psychologique.
- **Action 6.6** Proposer des améliorations du réseau d'experts.

AXE 7 : Piloter une politique cohérente de surveillance épidémiologique des troubles psychiques post-traumatiques chez les militaires et les anciens militaires (Acteurs : SSA, OSV, Armées, DRHMD, CNMSS)

Cet axe s'inscrit dans la continuité du plan précédent qui a mis en place les bases d'une politique cohérente de surveillance épidémiologique qu'il s'agit de piloter, avec un effort particulier concernant les anciens militaires.

CONSTAT

L'amélioration du repérage des troubles par les médecins des forces et leur déclaration épidémiologique a été obtenue par la systématisation du screening à l'aide de l'administration de l'auto-questionnaire fondé sur l'échelle *Post traumatic stress disorder Chek List Scale* (PCLS).

Le recueil épidémiologique s'effectue par la fiche F5 troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant (TPRE), refondue en 2010, avec une double déclaration par les médecins des forces et par les psychiatres des hôpitaux d'instruction des armées (auparavant uniquement les médecins des forces étaient concernés).

L'ampleur des « troubles psychiques post-traumatiques » est aujourd'hui mieux connue, mais sa connaissance épidémiologique peut encore être améliorée au sein des armées françaises. S'il faut prendre en compte les difficultés relatives aux caractéristiques de pathologies souvent difficiles à appréhender, particulièrement dans les armées, il est cependant important de pouvoir mieux cerner l'importance du phénomène pour pouvoir prendre la mesure des moyens à mettre en œuvre.

Surveillance épidémiologique des armées par le service de santé des armées

En l'absence de toute politique d'évaluation les données issues de la surveillance épidémiologique et de quelques études ponctuelles sont parcellaires. Par ailleurs, elles ne concernent que les militaires en activité. Le dispositif repose sur le renseignement d'une fiche spécifique des pathologies post traumatiques. Le recueil porte maintenant sur l'ensemble des « troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant » et non plus uniquement sur les « états de stress post-traumatiques ». Cette nouvelle définition, plus large, permet d'améliorer la sensibilité de la surveillance épidémiologique. Toutefois pour se comparer aux autres armées il est nécessaire d'en extraire spécifiquement les états de stress post traumatiques avérés.

Surveillance des anciens militaires : l'observatoire de la santé des vétérans (OSV)

Malgré la création de l'observatoire de la santé des vétérans en 2004, il n'y a pas de surveillance épidémiologique des anciens militaires. Or, l'observatoire de santé des vétérans est un organisme interministériel chargé « en collaboration avec les états-majors, les directions et les services du ministère chargé de la défense et avec les services des ministères chargés de la santé, de la sécurité sociale et des anciens combattants, de coordonner les activités destinées à améliorer la prise en charge

médicale des militaires et anciens militaires. Il définit les outils nécessaires à l'identification des risques, au suivi des vétérans et à la prise en charge d'une réparation éventuelle ; il participe à leur création et veille à leur mise en œuvre. ». Le rapport d'audit de 2009 effectué par l'inspecteur général du service de santé des armées démontre les difficultés de fonctionnement de cet observatoire, notamment pour le recueil, auprès des états-majors d'armées, des expositions à risques sur les théâtres d'opérations.

Des données non exploitées

Des données sont disponibles, relatives aux rapatriements et évacuations sanitaires, aux congés de longue durée pour maladie, aux pensions militaires d'invalidité, aux dépenses liées aux affections présumées imputables au service, mais sont peu ou pas exploitées.

OBJECTIFS

Obtenir une meilleure appréciation de l'incidence des troubles psychiques post-traumatiques chez les militaires d'active et chez les anciens militaires, en poursuivant la dynamisation du dispositif de surveillance épidémiologique dans les armées.

Appréhender l'impact réel des opérations menées par les forces armées françaises en termes de troubles psychiques post-traumatiques, chez les militaires d'active et les anciens militaires, par des études ciblées sur certaines unités, sur certaines populations.

Renforcer le réseau de collecte des données en y intégrant les psychiatres, les médecins et les psychologues cliniciens des services locaux de psychologie appliquée et du service médical et de psychologie clinique appliqué à l'aéronautique.

Recueillir et exploiter les motifs des évacuations et des rapatriements sanitaires pour raisons psychiatriques.

Recueillir et exploiter les diagnostics des affections psychiatriques à l'origine des congés de longue durée pour maladies pour raisons psychiatriques et la nature de leur lien au service.

Mettre en place une concertation entre les différents partenaires au sein du SSA et au sein du ministère de la défense, afin de définir les outils de surveillance adaptés.

Apporter aux partenaires l'expertise méthodologique du centre d'épidémiologie et de santé publique des armées pour un soutien dans la mise en place du recueil des données, l'analyse et la synthèse.

Exploiter et mettre en réseau des bases de données existantes, inciter à la création de nouvelles bases de données (caisse nationale militaire de sécurité sociale, congés de longue durée pour maladie...).

Mettre en place la surveillance épidémiologique des anciens militaires, en donnant pour mission à l'observatoire de santé des vétérans l'étude des troubles psychiques post-traumatiques chez les anciens militaires. Inciter pour cela les armées à collaborer avec l'observatoire de santé des vétérans

MOYENS

- **Action 7.1** Développer la participation du service psychologique de la marine et du service médical et de psychologie clinique appliqué à l'aéronautique dans le travail de recueil épidémiologique.
- **Action 7.2** Effectuer un suivi à deux ans des deux cohortes de l'armée de terre rentrées d'Afghanistan qui ont déjà fait l'objet d'une étude épidémiologique à neuf mois du retour. Etudier la mise en place d'un suivi de cohorte pour l'opération SERVAL.
- **Action 7.3** Mettre en place une concertation avec les différents partenaires au sein du service de santé des armées et du ministère de la Défense, afin de définir avec eux les outils de surveillance adaptés.
- **Action 7.4** Exploiter et mettre en réseau des bases de données existantes, inciter à la création de nouvelles bases de données.

Nota : L'inspection du service de santé des armées met en place un outil informatique destiné à l'analyse des dossiers patients en congé de longue durée pour maladie.

- **Action 7.5** Demander d'inscrire dans la cohorte « Constances » la problématique militaire.¹⁶
 - **Action 7.6** Mettre en place la surveillance épidémiologique des anciens militaires.
-

AXE 8 : Promouvoir la recherche (Acteurs : SSA, EMA, DGA)

Cet axe est dans la continuité du travail accompli dans le plan précédent. La recherche a été très active avec de nombreux travaux effectués et permet de fonder des espoirs en matière de prévention et sur la mise en route de nouvelles thérapeutiques.

CONSTAT

Les avancées de la recherche biomédicale ne permettent pas encore de comprendre les mécanismes physiopathologiques et psycho-pathologiques d'installation des troubles psychiques post-traumatiques.

Les recherches sur la résilience d'un individu ont montré l'existence de facteurs individuels et de facteurs communautaires

Elles ont mis en évidence le rôle majeur de la capacité d'adaptation cognitive et sociale d'un individu et les compétences à développer ou acquérir pour prévenir la désadaptation.

De nouvelles thérapeutiques médicamenteuses sont prometteuses, notamment si elles sont mises en place dès le début des troubles, elles pourraient améliorer le pronostic évolutif. Il en va de même des techniques psychothérapeutiques.

Le précédent plan d'action a donné lieu à de nombreux travaux réalisés et en cours ; il est nécessaire de poursuivre dans tous les axes de la recherche, et ce en partenariat avec les chercheurs des armées étrangères et du monde civil, afin de faire bénéficier les militaires de la meilleure prévention et prise en charge des troubles psychiques post traumatiques.

OBJECTIFS

Améliorer la prise en charge thérapeutique des états de stress aigus et des états de stress post-traumatiques.

Renforcer l'aguerrissement et la résistance individuelle au stress pour prévenir les effets du stress aigu.

Optimiser la préparation au combat du militaire

MOYENS

- **Action 8.1** Mettre en place une implication et une participation à des réseaux nationaux. Exploiter la passerelle entre l'institut de recherche biomédicale des armées et l'ITMO neurosciences, intégrer le réseau « ABC des psycho traumas ».
- **Action 8.2** Coordonner, valoriser les thèses et les publications des internes des hôpitaux des armées.

Assurer une coordination en amont et une centralisation des sujets de thèses par l'Ecole du Val-de-Grâce ; proposer par exemple un grand projet unique à plusieurs internes, chacun contribuant au projet pour un aspect particulier.

Valoriser les thèses, en particulier par des publications en langue anglaise.

Capitaliser les thèses réalisées dans chaque service ; établir systématiquement un document livrable avec préconisations ou recommandations.

¹⁶ « Constances » est une grande cohorte épidémiologique constituée d'un échantillon représentatif de 200 000 adultes qui a pour objet principal l'étude des déterminants professionnels et sociaux de santé.

- **Action 8.3** Coordonner, valoriser et dynamiser le travail de recherche.

Centraliser annuellement les travaux de recherche des services cliniques et de l'institut de recherche biomédicale des armées.

Prendre en compte la recherche clinique appliquée (recherche psychopathologique) aux côtés d'une recherche plus fondamentale ou épidémiologique.

Réaliser un retour d'expérience sur les formations données, la périodicité des formations, la réévaluation périodique, l'adaptation du contenu de ces formations.

Réaliser un appel à projet de type programme hospitalier de recherche clinique ciblé.

Organiser des rencontres scientifiques sur le stress réunissant des chercheurs et des cliniciens ainsi que des infirmiers de retour d'opérations extérieures.

- **Action 8.4** Encourager, recueillir et faire connaître les travaux de recherche et les expériences réussies à l'étranger et sur notre territoire ; les intégrer dans le développement de recommandations.

Avoir recours de manière plus systématique aux procédures PPRC (petits programmes de recherche clinique) et PRC (programmes de recherche clinique), ainsi qu'aux programmes de recherches de l'agence nationale de recherche et thèses direction générale de l'armement (MRIS).

AXE 9 : Assurer le soutien psychologique des forces spéciales (Acteurs : commandement des forces spéciales, EMA, SSA).

Cet axe nouveau est créé en raison d'un véritable besoin dans ce cadre spécifique.

CONSTAT

Le commandement des forces spéciales est demandeur de soutien psychologique pour ses personnels, mais compte tenu de ses missions, demande aussi une confidentialité et une prise en compte des spécificités de leur milieu. Il a pu être fait appel à des psychologues réservistes mal identifiés par le service de santé des armées.

Le soutien psychologique des commandos de marine est organisé depuis plusieurs années, pouvant faire l'objet d'un retour d'expérience de soutien pour l'ensemble des forces spéciales.

Un psychologue du service de santé des armées a été récemment affecté au centre médical des armées de Pau-Bayonne-Tarbes, dont une des missions est au profit des forces spéciales. Une évaluation de son action devra être effectuée.

Le soutien psychologique des forces spéciales ne doit pas constituer une exception au soutien psychologique apporté par le service de santé des armées. Pour ces raisons est créé un axe spécifique à la problématique des forces spéciales.

OBJECTIF

Elaborer le concept et la doctrine qui président à ce soutien.

MOYENS

- **Action 9.1** Organiser le soutien médico-psychologique des forces spéciales.
- **Action 9.2** Mettre en place les formations au sein de ces unités aux troubles psychiques post-traumatiques et au stress opérationnel.
- **Action 9.3** Mettre en place une surveillance épidémiologique adaptée à ces unités.
- **Action 9.4** Etudier la pertinence de l'utilisation par les forces spéciales des outils d'évaluation de la personnalité et des styles de *coping* utilisés en groupements de recrutement et de sélection.

AXE 10 : Coordonner toutes les actions entreprises au profit des familles et des proches des militaires blessés psychiques (Armées, SSA, DRHMD, cellules d'aides aux blessés, associations).

Ce nouvel axe est créé, pour apporter une coordination et une harmonisation des actions, et par là une amplification de l'efficacité de celles-ci, au profit des familles et des proches des militaires.

CONSTAT

Les familles et l'entourage proche du militaire sont touchés par l'altération de l'état de santé du blessé psychique et s'en inquiètent. Ils sont atteints également par les retentissements socio-familiaux délétères qui peuvent s'instaurer dans ce contexte, et peuvent avoir besoin d'un soutien personnel.

Un dispositif d'aide et de soutien par l'intermédiaire d'un numéro vert a été mis en place par la direction des ressources humaines de la Défense au profit des familles des militaires en Afghanistan. Le numéro Ecoute Défense est dédié à la communauté de Défense pour informer et orienter les militaires blessés psychiques. A ce titre les familles sont mieux informées de l'offre de soins et du circuit de soins. En cas d'événement grave potentiellement traumatisant une cellule de crise est mise en place par le commandement, incluant les familles et les proches.

De nombreuses actions ont été mises en place pour le soutien des familles et des proches des militaires, mais sans coordination réelle ; certaines actions portent sur le soutien des familles des militaires engagés en opérations extérieures, sans préjuger d'une atteinte psycho-traumatique, d'autres concernent celles des militaires blessés psychiques.

Il apparaît nécessaire de coordonner toutes les actions entreprises pour les familles et les proches des militaires blessés psychiques.

OBJECTIFS

Coordonner toutes les actions entreprises pour les familles et les proches des militaires blessés psychiques. Ce nouvel axe de travail portant sur le soutien des familles et des proches inclura l'information, le numéro Ecoute Défense, l'offre de soins, les cellules d'aide aux blessés et les associations.

Faciliter la demande de soins des familles, les aider à dépasser les réticences.

MOYENS

- **Action 10.1** Coordonner et harmoniser les actions des différents acteurs du soutien des familles et des proches des militaires ; effectuer un bilan des actions menées.
- **Action 10.2** Etudier la prévention des retentissements du stress professionnel du militaire sur les familles.

AXE 11 : Communiquer et informer sur les actions conduites dans le cadre du plan d'action, et en effectuer une synthèse (SSA, armées, DICOD).

Ce nouvel axe a été créé du fait de l'importance quantitative et qualitative des actions d'information et de communication, et pour intégrer une dimension de synthèse active au sein du nouveau plan d'action.

CONSTAT

En matière d'information et de communication

L'information se doit d'être pleine et entière, et une vaste campagne d'information a été mise en place. Elle s'est effectuée par voie d'affiches au sein des unités, informant sur les signes principaux de l'état de stress post-traumatique (ESPT), orientant les militaires vers le médecin des forces dans les centres

médicaux des armées.

Egalement cette information a été dispensée sur le site du ministère de la Défense et par voie de presse lors de rencontres avec des journalistes comme lors du séminaire du 3 décembre 2012 au Val-de-Grâce, et à bien d'autres occasions. Du fait de l'intérêt soulevé par cette question, les journalistes ont largement dispensé de l'information dans ce domaine, témoignant par ailleurs de l'intérêt de la nation pour la santé des militaires.

Cette information et le concept de blessure psychique, mettant au même plan la blessure du corps et celle de l'esprit, ont contribué à lever des réticences à venir vers les soins.

Les armées ont édité un guide du blessé en opérations, les cellules d'aide aux blessés se montrent très actives. Les médecins des forces informent leurs patients sur les démarches en matière de réparation.

Le ministre de la Défense a souhaité adjoindre un numéro d'appel anonyme et gratuit, fonctionnant 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Ce numéro Ecoute Défense (08 08 800 321) mis en place le 20 janvier 2013, a trouvé naturellement sa place dans le plan d'action ; les psychologues du service de santé des armées écoutent, informent et orientent les appelants, dont certains sont d'anciens militaires.

Toutes les rencontres entre le médecin et le militaire à l'occasion des visites médicales périodiques sont l'occasion, en sus du dépistage de la dispense d'une information. A ce titre la visite de fin de service est l'occasion également de dispenser une information sur l'ESPT, affection pouvant être différée dans sa survenue symptomatique, après que le militaire ait quitté l'institution.

En matière de synthèse

L'expérience acquise lors du précédent plan d'action a montré la nécessité d'une réactivité à la mise en place de nouvelles actions utiles et d'adaptations pour d'autres, afin d'optimiser le plan d'action. De ce fait de fréquentes synthèses ont été réalisées ; par ailleurs ces synthèses optimisent également le pilotage et la communication concernant le plan d'action.

OBJECTIFS

Mieux faire connaître les troubles psychiques post-traumatiques, tant au plan militaire que scientifique et public.

Assurer un suivi du plan d'action qui sera intégré dans le projet d'établissement.

MOYENS

- **Action 11.1** Communiquer sur les troubles psychiques post-traumatiques dans les armées.

Le groupe de travail constitué organisera une conférence annuelle, pilotera les publications et éditera un document de synthèse exportable et diffusable. Un numéro thématique de Médecine et Armées est à prévoir au premier trimestre 2014.

- **Action 11.2** Effectuer des rapports de synthèse semestriels avec suivi des indicateurs mis en place, qui seront intégrés au tableau de bord du directeur central du service de santé des armées.
 - **Action 11.3** Intégrer le plan d'action dans le projet d'établissement.
-

5. EVALUATION DU PLAN 2013-2015

5.1 Mise en place et suivi d'indicateurs

Des indicateurs ont été mis en place, propres à mesurer la quantité et la qualité des actions menées, et par là permettant un suivi de l'impact de la stratégie. Certains domaines font l'objet d'un suivi particulier, il en va ainsi des formations, des actions de soutien psychologique sur le terrain et des données épidémiologiques visant à mesurer l'ampleur des atteintes de stress post-traumatiques.

Les formations

L'axe 1 a établi un module de formation continue des médecins et infirmiers des forces par les psychiatres des hôpitaux d'instruction des armées; la poursuite de cet enseignement a pour objectif prioritaire que tous les médecins aient reçu une formation fin 2014. Les indicateurs semestriels fournis en juin et décembre par les directions régionales seront le nombre de médecins des forces formés/nombre de médecins en région, et le nombre d'infirmiers formés/nombre d'infirmiers en région.

L'axe 4 de formation des militaires sur le stress opérationnel et l'état de stress post traumatique a mis en place le programme de formation qui va être appliqué dans les forces armées ; le suivi s'effectuera par le nombre de formations effectuées annuellement. Le ratio nombre de militaires formés/nombre global de militaires fera l'objet d'un compte rendu semestriel.

Le soutien psychologique sur le terrain

L'axe 3 est concerné. L'indicateur de suivi est le nombre d'actions de soutien psychologique réalisées suite à un événement grave potentiellement traumatisant sur le territoire national par rapport au nombre de demandes effectuées par les unités.

La mesure de l'ampleur des troubles psychiques post-traumatiques

L'axe 7 comprend le recueil épidémiologique. L'incidence des pathologies post-traumatiques dans les armées est variable en fonction des engagements des forces.

La qualité du dépistage et du renseignement des fiches épidémiologiques permet désormais une meilleure connaissance de la situation réelle au sein des armées.

L'indicateur de suivi est le nombre de fiches F5 établies par semaine et en données cumulées sur l'année, en comparaison avec les années précédentes. Les études de cohortes viennent compléter ce recueil ; toutes ces données doivent être analysées en fonction du contexte (celui des types d'interventions des forces armées et des facteurs de risques associés, mais aussi par exemple par le fait qu'une meilleure sensibilisation et un meilleur dépistage entraînent une augmentation des cas déclarés...).

Un nouvel indicateur est à l'étude, concernant les congés de longue durée attribués pour état de stress post-traumatique, marqueur de la sévérité des affections, ainsi que le taux de réforme pour troubles psychiques post-traumatiques.

5.2 Evaluation de l'efficacité des mesures

L'évaluation globale du plan pourra être effectuée sur le taux de réalisation des actions préconisées.

Concernant l'efficacité des actions entreprises, celle-ci ne pourra être véritablement évaluée objectivement sans données chiffrées comme par exemple le nombre de militaires engagés dans des soins pour des pathologies post traumatiques par rapport au nombre de cas déclarés.

Chaque groupe de travail s'attachera à définir et proposer des indicateurs d'efficacité supplémentaires ou des études produites dans ce sens.

Toutefois certains critères d'efficacité resteront subjectifs comme le sentiment de bénéficier d'une information et d'un soutien psychologique et d'une offre de soins de qualité, voire la qualité de vie des familles, l'image des armées, les conséquences sur l'attractivité du métier des armes... Il peut être envisagé de mettre en place des *enquêtes de satisfaction* pour recueillir ces éléments.

5.3 Acteurs de l'évaluation du plan

Les acteurs principaux de l'évaluation du plan sont :

Pour le SSA :

La DCSSA ;

Les psychiatres référents chargés de mettre en œuvre le plan ;

Les psychiatres des hôpitaux en charge de l'enseignement des personnels du SSA ;

Le CESPAS pour le recueil et l'analyse des données.

Pour les armées et la gendarmerie

Les représentants des états-majors des armées, de la gendarmerie, de la DRHMD/AS, de la CNMSS.

6. Pilotage et conduite du plan

6.1 Comité de pilotage

Les membres du COPIL sont les suivants

Adjoint « Emploi » au directeur central, président du comité de pilotage.

Chef du pôle moral formation (PMF), EMA/ESMG/PMF.

Conseiller santé du CEMA.

Sous-directeur de l'action sociale de la DRH-MD.

Directeur de la CNMSS.

Délégué de l'observatoire de santé des vétérans.

Chefs des cellules d'aide aux blessés des armées , CABAT, CABMF et CABAM.

Le coordonnateur national du service médico-psychologique des armées est chargé de la présentation des travaux au COPIL.

6.2 Comité de suivi

Les membres du comité de suivi sont :

Le sous-directeur Plan Capacités, président du comité de suivi.

Les pilotes des onze groupes de travail issus de l'EMA, du SSA, des Armées, de la CNMSS, de la DRHMD.

Les médecins conseillers santé des états-majors des armées et de la gendarmerie

Le coordonnateur national du service médico-psychologique des armées est chargé de la présentation des travaux au comité de suivi.

7. Echancier

7.1 Durée prévisionnelle du plan

3 années avec évaluation à l'issue.

L'enjeu reste une mobilisation sur le long terme, du fait de la nécessité d'un suivi médico-psychologique prolongé et des actions menées et à mener pour les vétérans.

7.2 Agenda

Deuxième semestre 2013 :

Diffusion du plan d'action « Troubles psychiques post traumatiques dans les forces armées, lutte contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique » aux armées directions et services.

Formation des GT avec désignation des responsables et définition du mandat

Premier semestre 2014 :

Première réunion du comité de suivi.

Rapport au directeur central

Point d'étape adressé au cabinet du ministre de la défense.

Deuxième semestre 2014

Deuxième réunion du comité de suivi.

Première réunion du COPIL

Premier semestre 2015.

Troisième réunion du comité de suivi.

Nouveau point d'étape au cabinet du ministre.

Deuxième semestre 2015.

Quatrième réunion du comité de suivi.

Deuxième réunion du comité de pilotage.

Evaluation finale du plan d'action.

Compte rendu au directeur central du service de santé des armées et au cabinet du ministre.

SYNTHESE

Le plan d'action « Troubles psychiques post traumatiques dans les armées, lutte contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique » fixe pour 2013-2015 les grandes orientations d'une politique de prévention voulue par le ministre de la Défense. Il continue le plan précédent en poursuivant sur le long terme les actions mises en place et apporte les améliorations jugées nécessaires. Il comprend six objectifs, onze axes et quarante-neuf actions.

6 objectifs

- 1) Mieux informer, prévenir, repérer et diagnostiquer les troubles liés au stress opérationnel et aux traumatismes psychiques.
- 2) Mieux répondre aux besoins psychosociaux spécifiques du militaire et de sa famille, avant, pendant et après les missions, mais aussi tout au long de sa carrière et au-delà, après son retour à la vie civile.
- 3) Mieux prendre en charge les conséquences immédiates, à court et à long terme, d'une rencontre avec un événement traumatique au plan psychique.
- 4) Garantir une juste réparation des états de stress post-traumatiques.
- 5) Mieux appréhender l'ampleur et l'impact des troubles psychiques résultant du stress opérationnel et du stress post-traumatiques liés aux missions des armées.
- 6) Mieux informer les militaires et leurs familles sur le stress opérationnel, les troubles psychiques post traumatiques et le dispositif de soutien.

11 axes stratégiques

- 1) Renforcer la formation pratique des personnels de santé, médecins des forces et infirmiers, au diagnostic et au traitement des troubles psychiques post-traumatiques. (Acteur : service de santé des armées).
- 2) Faciliter l'accès aux soins appropriés dans un parcours de soins coordonné par le médecin des forces référent d'unité (Acteur : SSA), rechercher et développer les partenariats (Acteurs : SSA, CNMSS, Armées).
- 3) Assurer la coordination et l'harmonisation des interventions de soutien psychologique sur le terrain, des psychiatres et psychologues des établissements du service de santé des armées et des psychologues institutionnels. (Acteurs : SSA, Armées).
- 4) Renforcer la sensibilisation et la formation des militaires sur le stress opérationnel et les troubles psychiques post-traumatiques (Acteurs : Armées, SSA, CNSD).
- 5) Améliorer la réponse aux besoins spécifiques d'accompagnement social du militaire et de sa famille (Acteurs : Armées, DRHMD/AS, Cellules d'aide aux blessés, ONAC, SSA, défense mobilité).
- 6) Assurer la traçabilité des expositions à risques et des constatations cliniques pour garantir une juste réparation des troubles psychiques post-traumatiques (Acteurs : EMA, Armées, SSA, SGA).
- 7) Piloter une politique cohérente de surveillance épidémiologique des troubles psychiques post-traumatiques chez les militaires et les anciens militaires (Acteurs : SSA, OSV, armées, DRHMD, CNMSS).
- 8) Promouvoir la recherche (Acteurs : SSA, EMA, DGA).
- 9) Assurer le soutien psychologique des forces spéciales (Acteurs : commandement des forces spéciales, EMA, SSA).
- 10) Coordonner toutes les actions entreprises au profit des familles et des proches des militaires blessés psychiques (armées, SSA, DRHMD, cellules d'aides aux blessés, associations).
- 11) Communiquer et informer sur les actions conduites dans le cadre du plan d'action, et en effectuer une synthèse (SSA, armées).

49 Actions

- 1) Action 1.1 Poursuivre le programme de formation initiale des médecins à l'Ecole du Val-de-Grâce (EVDG), ainsi que le module de formation continue spécifique « Diagnostic et prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques », au profit des médecins des forces et des infirmiers.
- 2) Action 1.2 Adapter l'organisation des modules de formation continue « Diagnostic et prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques » en coordination avec les directions régionales du service de santé des armées (DRSSA), en fonction de la disponibilité opérationnelle et de l'éloignement géographique des médecins des forces.
- 3) Action 1.3 Organiser un stage annuel d'acculturation en unité pour les internes de spécialité de psychiatrie, ainsi que pour les psychologues des hôpitaux d'instruction des armées (ou s'appuyer sur les consultations de spécialistes délocalisées en centres médicaux des armées).
- 4) Action 1.4 Etendre le programme de formation initiale des médecins à l'Ecole du Val de Grâce à celui de la formation initiale des infirmiers à l'Ecole du Personnel Paramédical des Armées (EPPA).
- 5) Action 1.5 Etendre le dispositif de formation au dépistage des médecins des forces aux psychologues cliniciens sous l'égide du service médico-psychologique des armées.
- 6) Action 1.6 Fournir des indicateurs semestriels, en juin et décembre, par les DRSSA à la direction centrale du service de santé des armées.
- 7) Action 2.1 Etablir une directive relative au parcours de soins du blessé psychique.
- 8) Action 2.2 Densifier les réseaux de soins autour du médecin des forces.
- 9) Action 2.3 Mettre en cohérence l'offre de soins et la prise en charge financière des soins.
- 10) Action 2.4 Etudier les spécificités concernant la gendarmerie nationale et proposer les adaptations nécessaires propres à faciliter l'accès aux soins appropriés dans un parcours de soins coordonné par le médecin de milieu référent.
- 11) Action 3.1 Suivre les dispositions de la charte portant sur l'organisation du soutien psychologique sur le terrain en déployant un réseau fonctionnel d'intervention en cas d'événement grave potentiellement traumatisant.
- 12) Action 3.2 Suivre ces actions à l'aide d'un indicateur de suivi.
- 13) Action 3.3 Diffuser les points principaux de cette charte à tous les militaires. Diffuser un texte à visée pédagogique et informative présentant le périmètre des acteurs et les points principaux de la charte par les vecteurs que sont Actu Santé, BUS...
- 14) Action 4.1 Réaliser le suivi annuel dans les armées, directions et services de l'application de la directive interarmées de formation à la gestion du stress et stress post traumatique.
- 15) Action 4.2 Effectuer des points de situation semestriels, à l'aide de l'indicateur : nombre de militaires (par catégorie) ayant suivi un module (ou un parcours) de formation rapporté à la population militaire globale.
- 16) Action 4.3 Conduire des actions de communication internes à destination des personnels et de leurs familles.
- 17) Action 5.1 Aider à la réintégration professionnelle, dans l'emploi initial ou dans un nouvel emploi. Aider à la réintégration des blessés dans l'emploi initial, ou au sein des cellules de blessés spécifiques.
- 18) Action 5.2 Faciliter l'aide à la reconversion. Des aides doivent être accessibles aux militaires blessés psychiques sans conditions d'ancienneté de service.
- 19) Action 5.3 Assurer le suivi social après le départ de l'institution militaire. Travailler conjointement avec l'office national des anciens combattants, qui, lors de la constitution du dossier de pension militaire d'invalidité, réorientera les blessés psychiques vers l'action sociale de la défense.
- 20) Action 5.4 Assurer le soutien psychologique des familles de militaires engagés en opérations extérieures.
- 21) Action 5.5 Evaluer les actions pilotes et les complémentarités entre Ecoute Défense et le numéro vert de l'organisme privé mandaté par la DRHMD.

- 22) Action 5.6 Soutenir l'action du psychologue du service de santé des armées affecté au PAM 2013 à la cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT).
- 23) Action 5.7 Adapter les aides sociales aux situations individuelles.
- 24) Action 5-8 Inclure les assistants de service social dans le suivi des troubles psychique post-traumatique chez les militaires.
- 25) Action 6.1 Diffuser après agrément du comité de pilotage la directive interarmées relative à la traçabilité des blessés psychiques dans les armées.
- 26) Action 6.2 Faciliter l'inscription d'un événement potentiellement traumatisant au registre des constatations.
- 27) Action 6.3 Proposer une adaptation de la fiche de suivi post-opérationnel de l'armée de terre pour l'étendre à l'ensemble des armées.
- 28) Action 6.4 Consigner systématiquement les consultations dans le livret médical militaire et tenir les archives à disposition du militaire et de la commission de réforme des pensions militaires d'invalidité pour les aspects relatifs aux blessures psychiques.
- 29) Action 6.5 Prendre en compte les évolutions de l'informatisation du recueil des données. Cette action tiendra compte de l'informatisation du livret unique médico-militaire avec notamment l'intégration d'une page médico-psychologique.
- 30) Action 6.6 Proposer des améliorations du réseau d'experts.
- 31) Action 7.1 Développer la participation du service psychologique de la marine et du service médical et de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique dans le travail de recueil épidémiologique.
- 32) Action 7.2 Effectuer un suivi à deux ans des deux cohortes de l'armée de terre rentrées d'Afghanistan qui ont déjà fait l'objet d'une étude épidémiologique à neuf mois du retour. Etudier la mise en place d'un suivi de cohorte pour l'opération SERVAL.
- 33) Action 7.3 Mettre en place une concertation avec les différents partenaires au sein du service de santé des armées et du ministère de la Défense, afin de définir avec eux les outils de surveillance adaptés.
- 34) Action 7.4 Exploiter et mettre en réseau des bases de données existantes, inciter à la création de nouvelles bases de données.
- 35) Action 7.5 Demander d'inscrire dans la cohorte « Constances » la problématique militaire.
- 36) Action 7.6 Mettre en place la surveillance épidémiologique des anciens militaires.
- 37) Action 8.1 Mettre en place une implication et une participation à des réseaux nationaux.
- 38) Action 8.2 Coordonner, valoriser les thèses et les publications des internes des hôpitaux des armées.
- 39) Action 8.3 Coordonner, valoriser et dynamiser le travail de recherche.
- 40) Action 8.4 Encourager, recueillir et faire connaître les travaux de recherche et les expériences réussies à l'étranger et sur notre territoire ; les intégrer dans le développement de recommandations.
- 41) Action 9.1 Organiser le soutien médico-psychologique des forces spéciales.
- 42) Action 9.2 Mettre en place les formations au sein de ces unités aux troubles psychiques post-traumatiques et au stress opérationnel.
- 43) Action 9.3 Mettre en place une surveillance épidémiologique adaptée à ces unités.
- 44) Action 9.4 Etudier la pertinence de l'utilisation par les forces spéciales des outils d'évaluation de la personnalité et des styles de *coping* utilisés en groupements de recrutement et de sélection.
- 45) Action 10.1 Coordonner et harmoniser les actions des différents acteurs du soutien des familles et des proches des militaires ; effectuer un bilan des actions menées.
- 46) Action 10.2 Etudier la prévention des retentissements du stress professionnel du militaire sur les familles.
- 47) Action 11.1 Communiquer sur les troubles psychiques post-traumatiques dans les armées.
- 48) Action 11.2 Effectuer des rapports de synthèse semestriels avec suivi des indicateurs mis en place, qui seront intégrés au tableau de bord du directeur central du service de santé des armées.
- 49) Action 11.3 Intégrer le plan d'action dans le projet d'établissement.

GLOSSAIRE

La Prévention

La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) a proposé la distinction, aujourd'hui classique, en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire

La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation, activité physique et sportive, vaccinations...) et collective (distribution d'eau potable, élimination des déchets, salubrité de l'alimentation, vaccinations, hygiène de l'habitat et du milieu de travail). Cette conception traditionnelle de la prévention débouche inévitablement sur un programme très vaste d'amélioration de la qualité de la vie et de réforme des institutions sociales.

La prévention secondaire

La prévention secondaire comprend «tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie». Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.

La prévention tertiaire

La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation : elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale.

Techniques d'optimisation du potentiel (TOP) ¹⁷

Le concept

« Les TOP sont un ensemble de moyens et de stratégies mentales permettant à chacun de mobiliser au mieux ses ressources physiques et psychologiques en fonction des exigences des situations rencontrées.

Les TOP regroupent donc un ensemble de techniques relevant d'une approche pédagogique.

Elles font appel aux procédés de base que sont la respiration, la relaxation et l'imagerie mentale (ou représentation mentale). Chaque technique proposée comporte un ou plusieurs de ces procédés, utilisés suivant différents protocoles établis en fonction de l'objectif recherché. Les TOP représentent une « boîte à outils » que chacun devra personnaliser et adapter à ses besoins pour utiliser, en toute autonomie, la bonne technique au bon moment. Elles optimisent les compétences et savoir-faire acquis lors des formations professionnelles et militaires permettant au personnel de mener à bien ses missions, dans les meilleures conditions. »

La finalité opérationnelle

« Les indications des TOP sont nombreuses :

Optimiser la récupération physique et mentale (post-mission ou en fin de journée) ;

Permettre la dynamisation physique et psychologique avant une activité. Cette méthode apprend à gérer les temps d'activité et de repos. Elle régule les états de stress, permet de se motiver, de lutter contre le découragement et de s'adapter à son environnement ;

Apprendre à aborder positivement les événements ; Améliorer et renforcer la connaissance de soi ;

¹⁷ Circulaire n°7835/DEF/EMA/CNSD/DEHN/BREF du 19 février relative à la formation et à l'enseignement des techniques d'optimisation du potentiel au sein des forces armées.

Renforcer et développer les aptitudes motrices, techniques et cognitives (attention, concentration, mémorisation, etc.) ;

Aider à la prise de décision ;

Favoriser la communication, la cohésion et la synergie au sein du groupe. »

Les troubles psychiques post-traumatiques

Ils surviennent après un événement grave confrontant à la mort et comprennent outre les réactions immédiates des premières 48 heures, un état de stress aigu, dont la durée d'évolution est inférieure à un mois. On parle de stress post traumatique lorsque les symptômes de reviviscence évoluent depuis plus d'un mois ; il s'agit alors d'un état de stress post traumatique aigu, qui devient chronique au-delà de trois mois d'évolution. Cette affection stress post-traumatique est souvent différée, après le retour d'opération, comme représenté dans le schéma ci-dessous¹⁸



La résilience

La résilience peut se définir au plan médical comme « un processus de protection et d'élaboration qui permet la reprise d'un nouveau développement après un traumatisme. Ce processus met à contribution des ressources relevant de compétences internes et de compétences externes à l'individu, ce qui permettra de réunir les conditions pour la reconstruction psychique et la reprise d'un néo développement malgré l'adversité. Ainsi, le processus de résilience peut être appréhendé comme un phénomène multifactoriel, qui comprend des dimensions individuelles (caractéristiques de l'individu), des dimensions socio-affectives (familiales, amoureuses, amicales) et enfin des dimensions contextuelles ou socio-environnementales » (Anaut 2008)¹⁹

¹⁸ Schéma issu de Actu santé n° 131 avril-juin 2013-dossier l'état de stress post-traumatique. Page 12

¹⁹ ANAUT M. (2008) *La Résilience. Surmonter les traumatismes*. Paris. Armand Colin, collection psychologie-128, deuxième édition réactualisée. (cité dans *Trauma et résilience-Victimes et auteurs-* collection psychothérapies, sous la direction de Roland COUTANCEAU, Joanna SMITH et Samuel LEMITRE. Dunod, Paris, 2012. 450 pages).

LISTE DES ACRONYMES

AGPM : Association générale de prévoyance militaire
APIAS : Affection présumée imputable au service
ASA : Action sociale des armées
CABAT : cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre
CESPA : Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées
CISPAT : Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de terre
CNMSS : Caisse nationale militaire de sécurité sociale
CNSD : Centre national des sports de la Défense
DCSSA : Direction centrale du service de santé des armées
DRHMD : Direction des ressources humaines du ministère de la Défense
EMA : Etat-major des armées
ESPT : Etat de stress post-traumatique
EVDG : Ecole du Val-de-Grâce
GMPA : Groupement militaire de prévoyance des armées
HAS : Haute autorité de santé
HIA : Hôpital d'instruction des armées
MSPP : Mutuelle des sapeurs-pompiers de Paris
OSV : Observatoire de la santé des vétérans
PCLS: *Posttraumatic stress disorder CheckList Scale*
SLPA : Service local de psychologie appliquée
SMG : Soins médicaux gratuits
SMCPAA : Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique
SPM : service de psychologie de la Marine
SSA : Service de santé des armées
TOP : Techniques d'optimisation du potentiel

Contacts utiles

Le plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées-lutte contre le stress opérationnel et le stress post traumatique » a été voulu par le Ministre de la Défense, qui en a confié le pilotage au Directeur central du service de santé des armées.

- *Direction centrale du service de santé des armées*

Président du comité de pilotage : Médecin général inspecteur Jean-Paul BOUTIN, Adjoint « Emploi » au directeur central du service de santé des armées (DCSSA/ADJEMP).

jean-paul.boutin@intra.def.gouv.fr

Président du comité de suivi : Médecin général Philippe ROUANET DE BERCHOUX, Sous-directeur plans-capacités (DCSSA/SDPC).

philippe.rouanet@intra.def.gouv.fr

Coordonnateur plan d'action: Médecin chef des services Patrick DEVILLIERES, Coordonnateur national du service médico-psychologique des armées (DCSSA/PC/CN.SMPA).

patrick.devillieres@intra.def.gouv.fr (tel : 01 41 93 28 91/06 25 94 33 43)

Référent médecine d'armée et aptitude : Médecin chef des services Pierre-Etienne BERTRAN, Chef du bureau médecine d'armée (DCSSA/PC/MA)

pierre-etienne.bertran@intra.def.gouv.fr (01 41 93 25 30)

Référent parcours de soins : Médecin en chef Rémi MACAREZ, Chef du bureau offre de soins (DCSSA/HR/ODS)

remi.macarez@intra.def.gouv.fr (tel : 01 41 93 28 84/06 14 79 44 57)

Point de contact numéro Ecoute Défense : Capitaine Marc SAINTOT, Psychologue référent SMPA (DCSSA/PC/MA)

marc.saintot@intra.def.gouv.fr (tel : 01 41 93 26 25/07 86 48 66 76)

- *Psychiatrie hôpitaux d'instruction du service de santé des armées*

Consultant national de psychiatrie : Médecin chef des services Michel PILARD, chef du service de psychiatrie de l'hôpital d'instruction des armées Laveran (Marseille).

Titulaire de la chaire de psychiatrie et de psychologie clinique des armées : Médecin chef des services Patrick CLERVOY, hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne (Toulon).

