



HAL
open science

Intérêt et modélisation d'un protocole de délégation d'actes à l'infirmier dans le cadre du repérage des troubles psychiques post-traumatiques en médecine des forces armées

Claire Herranz

► To cite this version:

Claire Herranz. Intérêt et modélisation d'un protocole de délégation d'actes à l'infirmier dans le cadre du repérage des troubles psychiques post-traumatiques en médecine des forces armées. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01780371

HAL Id: dumas-01780371

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01780371v1>

Submitted on 27 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 3

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Intérêt et modélisation d'un protocole de délégation d'actes à
l'infirmier dans le cadre du repérage des troubles psychiques
post-traumatiques en médecine des forces armées

Présentée et soutenue publiquement
le 31 janvier 2017

Par

Claire HERRANZ

Née le 14 août 1990 à Talence (33)

Dirigée par Mme Le Médecin en Chef Marie-Dominique Colas,
Professeur agrégée du Val-de-Grâce

Jury :

M. Le Professeur Henri Partouche, PU Président

M. Le Médecin en Chef Franck de Montleau, Professeur agrégé du Val-de-Grâce

M. Le Docteur Laurent Martinez, MG

M. Le Docteur Gérald Samy, MG



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE

A Monsieur le médecin général inspecteur François PONS

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Commandeur de la Légion d'honneur

Commandeur de l'ordre national du Mérite

A Monsieur le médecin général Humbert BOISSEAUX

Directeur-adjoint de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'honneur

Officier de l'ordre national du Mérite

Chevalier de l'ordre des Palmes académiques

Hôpital d'Instruction des Armées PERCY

Monsieur le médecin général inspecteur Jean-Paul PEREZ

Médecin-chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy

Chevalier de la Légion d'honneur

Officier de l'ordre national du Mérite

Madame le médecin chef des services Pascale BONNEFOND épouse CREPY

Médecin-chef adjoint de l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy

Chevalier de la Légion d'honneur

Chevalier de l'ordre national du Mérite

**A NOTRE DIRECTRICE DE THESE
ET MEMBRE DU JURY,**

Madame le médecin en chef Marie-Dominique COLAS

Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Chef du service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique du DEA -
CPEMPN de l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart.
Chevalier de la Légion d'honneur
Chevalier de l'ordre national du Mérite

Vous nous avez fait l'honneur de guider ce travail. Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordée. Vous nous avez assistée à chaque étape de nos recherches et nous ne saurions trop vous manifester notre reconnaissance. Sans votre disponibilité, sans votre rigueur, sans votre patience, cette thèse n'aurait pas pu être menée à bien. Nous espérons avoir à retravailler avec vous et gardons, en attendant, un excellent souvenir de ce chemin parcouru ensemble.

A Monsieur le Président du jury,

Monsieur le professeur Henri PARTOUCHE

Professeur des Universités de médecine générale à Paris Descartes

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse. Nous vous remercions pour votre confiance et l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Nous vous prions d'accepter l'assurance de notre profonde gratitude.

Aux membres de notre jury,

Monsieur le médecin chef des services Franck de MONTLEAU

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chef du service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart

Titulaire de la chaire de psychiatrie et de psychologie clinique appliquées aux armées

Chevalier de la Légion d'honneur

Chevalier de l'ordre national du Mérite

Chevalier de l'ordre des Palmes académiques

Nous vous remercions de la confiance dont vous nous témoignez en acceptant de juger notre thèse. Votre expertise éclaire notre travail sur la psychiatrie appliquée à la médecine des forces. Soyez assuré de notre extrême reconnaissance.

Monsieur le médecin en chef Laurent MARTINEZ

Coordonnateur national du service médico-psychologique des armées

Chevalier de l'ordre national du Mérite

Vous nous faites l'honneur, en siégeant à notre jury, d'apporter votre expérience unique à la critique de notre travail, nous vous prions de bien vouloir accepter notre respectueuse considération.

Monsieur le médecin en chef Gérald SAMY

Responsable de l'antenne médicale de Bricy

Vous avez accepté bien volontiers de nous guider et de participer à notre jury. Nous vous en remercions vivement. Nous vous exprimons également toute notre gratitude pour le semestre passé à vos côtés. Nous vous sommes reconnaissante pour votre disponibilité sans faille, vos conseils toujours avisés, et votre regard bienveillant quant à ce travail qui n'aurait pas pu voir le jour sans votre équipe...

Remerciements

À notre co-directeur de thèse,

Monsieur le médecin principal Yann AUXEMERY, pour m'avoir guidée dans le début de mes recherches,

À l'équipe de l'antenne médicale de Bricy,

Aux pionniers du projet, l'infirmière de classe normale JAVAUDIN et le médecin en chef FAYARD,

Aux médecins, Gérard, Gaëlle, Anne-Camille, Mathieu, François,

Aux infirmières, Pauline, Marianne, Anne-Lise, Amandine, Sandra, Anne,

Aux auxiliaires sanitaires, Thomas, Stella, Audrey, Melissa, Elodie, Emmanuelle, Espéranza,

À l'adjudant-chef BOUE et les secrétaires, Marie-Audrey et Cécile,

À notre externe, Mathilde,

À l'AMS,

Au service de psychiatrie du Val-de-Grâce,

A ses psychiatres, le médecin chef des services BOISSEAUX, le médecin en chef LAHUTTE, le médecin principal GUILLAUME, le médecin principal RAFFRAY, le médecin principal DUZAN, l'interne des hôpitaux des armées DAVID,

À ma tutrice, le médecin principal Laëtitia MARION MONIN,

A son équipe soignante, Célia, Sabrina, Gilles, Boris, Jérôme, Laëtitia, Camille, Brigitte, Fazia, Clara, Mireille...

Au CESPA et au médecin en chef MARIMOUTOUT, au médecin en chef MICHEL et au médecin principal MARCHI pour leur aide notamment dans la partie épidémiologique,

Au SMPCAA et ses psychologues, merci pour votre disponibilité,

A l'EVDG, au médecin chef des services BAY, au médecin en chef MILOCHE, au médecin en chef COSTE, à Madame BAILLY, au médecin principal VAUTIER

A l'EPPA, au médecin chef des services ORTHLIEB, à Madame la directrice des soins hors classe ARMERO, à l'ICaSP CHATELET, au capitaine TRENEL

À la bibliothèque de l'Ecole du Val-de-Grâce, toujours réactive et efficace,

A l'antenne médicale de Villacoublay, au médecin en chef MADEC et à l'infirmière de classe normale SCHERRER qui ont pris le temps de partager avec moi leur savoir-faire.

Remerciements

À mes parents et mon frère Pierre, vous m'avez appris le goût du travail et de l'effort, la persévérance jusqu'à la réalisation des objectifs... Merci maman,

À Rémi, pour ton soutien, ton amour, ta motivation et la relecture. Merci d'être présent dans ma vie,

À mes amis d'enfance des Sables d'Olonne qui m'ont appris à m'endurcir dès le plus jeune âge,

À mes amis de Guez de Balzac, Antoine, Kévin, Adrien, Maxime, Sylvain,

A mes professeurs, Monsieur Pèbre, Monsieur Geoffroy, Monsieur Dupuy, Monsieur Dupont,

À mes amis,

A Clara et Emeric,

A Bourbotte, Bobo, Léo, Quentin, William,

A Anne-Emmanuelle, Pauline, pour les signatures en urgence et les soirées « travail »

A Rachel, Charlotte, Anne-Pauline, Méva, Morgane, Julia,

A la salle secteur Lyon Nord, William, Pierre-Luc, Jérémy, Mickaël...

A Steven, Ronan, Guillaume, Clément, Alex, Camille,

Aux Volleyeuses de la Boîte, Marie, Marina, Miléna, Acanthe, Julie, Marion..., pour tous ces fous rires, ces victoires, ces McDonald's,

À Santé Navale,

A la promotion 2008 Santé Navale,

A la famille matriculaire « 35-44 »,

À la Boîte,

A la promotion Guénon qui nous a si bien accueillis à notre arrivée à Lyon,

Au secteur Lyon Sud pour les soirées Ameuso,

A ma famille Santarde,

Au BIA,

À nos anciens et à nos bizuths et foeti.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Table des matières

<u>REMERCIEMENTS</u>	6
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	8
<u>TABLE DES MATIÈRES</u>	9
<u>GLOSSAIRE</u>	12
<u>INTRODUCTION</u>	13
<u>I. LES TROUBLES PSYCHIQUES POST-TRAUMATIQUES DANS LES FORCES ARMÉES FRANÇAISES : ETAT DES LIEUX</u>	16
I.1 PANORAMA HISTORIQUE	16
I.2 CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE	19
I.3 ASPECTS CLINIQUES	29
I.4 ASPECTS ÉTIOPATHOGENIQUES	35
I.5 PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE.....	40
<u>II. LES ACTEURS DU SOUTIEN SANITAIRE DES FORCES ARMÉES FRANÇAISES : ASPECTS SPÉCIFIQUES AU TPPT</u>	44
II.1 POLITIQUE DE PREVENTION DU SSA	44
II.2 LES ACTEURS DU SOUTIEN SANITAIRE	48
II.2.1 LE MEDECIN DES FORCES	48
II.2.2 LE PERSONNEL PARAMEDICAL : L'INFIRMIER DES FORCES	51
II.2.3 LE PERSONNEL PERIMEDICAL : L'AUXILIAIRE SANITAIRE	53
II.3 LE DISPOSITIF DE SOUTIEN MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DES FORCES ARMEES	53
II.3.1 ORGANISATION GENERALE	53
II.3.2 DISPOSITIF DE L'ANTENNE MEDICALE DE NOTRE ETUDE	55
<u>III. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE</u>	58
III.1 ÉTUDE PREPARATOIRE SUR LES PRATIQUES DU DEPISTAGE DES TPPT EN CMA.....	58
III.2 OBJECTIFS DE NOTRE ETUDE	60
<u>IV. MATÉRIEL ET MÉTHODE</u>	61
IV.1 CADRE DE L'ÉTUDE	61
IV.2 POPULATION DE L'ÉTUDE	61
IV.3 PRE-REQUIS DU PROTOCOLE DE DELEGATION D'ACTES A L'INFIRMIER.....	63
IV.3.1 FORMATION DE L'INFIRMIER.....	63
IV.3.2 SENSIBILISATION DU COMMANDEMENT DES UNITES	65

IV.4 PROTOCOLE DE L'ENTRETIEN INFIRMIER DANS LE DEPISTAGE DES TPPT	65
<i>LOGIGRAMME DU PROTOCOLE DE L'ENTRETIEN INFIRMIER</i>	<i>70</i>
IV.5 LA DELEGATION D'ACTES A L'INFIRMIER : LES DIFFERENTES ETAPES DE L'ENTRETIEN	71
IV.5.1 ACCUEIL DANS UN CADRE DEDIE	71
IV.5.2 TEMPS D'INFORMATION PERSONNALISE	71
IV.5.3 ENTRETIEN ET PCLS	72
IV.5.4 BILAN DE L'ENTRETIEN ET ORIENTATION	73
IV.5.5 TRAÇABILITE	73
IV.6 DEMARCHE QUALITE ET SECURITE DES SOINS.....	74
<u>V. RÉSULTATS</u>.....	76
V.1 ÉVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE DU PROTOCOLE	76
V.1.1 ÉVALUATION DE LA FORMATION DE L'IDE DU CMA.....	76
<i>V.1.1.1 ÉVALUATION DE LA FORMATION INITIALE</i>	<i>76</i>
<i>V.1.1.2 ÉVALUATION DE LA FORMATION CONTINUE</i>	<i>78</i>
V.1.2 PROCESSUS DE RENCONTRE AVEC LE PERSONNEL MILITAIRE.....	79
V.2 ÉVALUATION DE L'IMPACT ORGANISATIONNEL.....	82
V.3 ÉVALUATION DE LA SATISFACTION	83
V.3.1 LA SATISFACTION DES USAGERS	83
V.3.2 LA SATISFACTION DES INFIRMIERS VIS-A-VIS DE LA DELEGATION D'ACTES	86
<u>VI. DISCUSSION</u>	89
VI.1 FAISABILITE ET ACCEPTABILITE DU PROTOCOLE DE DELEGATION D'ACTES.....	89
VI.1.1 UN MODULE DE FORMATION SPECIFIQUE A L'ENTRETIEN MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	89
VI.1.2 LA SUPERVISION, VALEUR AJOUTEE DU PROTOCOLE	90
VI.1.3 UN PROTOCOLE STRUCTURE ET UNE TRACABILITE DU SUIVI.....	91
<i>VI.1.3.1 DES CONVOCATIONS OBLIGATOIRES</i>	<i>92</i>
<i>VI.1.3.2 L'ADHESION DU COMMANDEMENT</i>	<i>92</i>
VI.1.4 AU-DELA DES RETICENCES INITIALES : LE REPERAGE DU PERSONNEL EN SOUFFRANCE	92
<i>VI.1.4.1 LES RETICENCES DU PN.....</i>	<i>92</i>
<i>VI.1.4.2 LES CAUSES DES REFUS DES PNN.....</i>	<i>93</i>
<i>VI.1.4.3 DES PERSONNES EN SOUFFRANCE REPEREES.....</i>	<i>93</i>
VI.2 INTERET DE CE PROTOCOLE DE DELEGATION D'ACTES A L'INFIRMIER POUR LE DEPISTAGE DES TPPT ...	94
VI.2.1 CREER LES CONDITIONS D'UNE RENCONTRE AVEC LE MILITAIRE DE RETOUR D'OPEX	94
VI.2.2 UN DEPISTAGE AVANT TOUT CLINIQUE	95
VI.2.3 LA COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE	95
VI.3 PERSPECTIVES : VERS UNE APPLICATION AU SEIN DU SSA ET EN SANTE PUBLIQUE	96
VI.3.1 VERS UNE STANDARDISATION DANS LE SSA	96
VI.3.2 INTERET EN SANTE PUBLIQUE.....	97
VI.3.3 APPLICATION AU DOMAINE DE LA MEDECINE DU TRAVAIL.....	97
<u>CONCLUSION</u>.....	98

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	101
<u>ANNEXES</u>	108
1 : ÉCHELLE PCLS	109
2 : GRILLE « PROTOCOLE DE COOPERATION » DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	110
3 : FICHE F5	137
4 : QUESTIONNAIRE D'ETAT DES LIEUX DU DEPISTAGE DES TPPT EN CMA	138
5 : FORMATION INITIALE DES INFIRMIERS – ICN GOEURIOT (PPT)	140
6 : INFORMATION DES COMMANDANTS D'UNITE – ICN JAVAUDIN (PPT)	143
7 : E-MAIL DE DEMANDE AU COMMANDEMENT D'AUTORISATION D'INTERVENTION DANS LEUR UNITE	150
8 : DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DES TPPT PAR L'ENTRETIEN INFIRMIER – IHA HERRANZ (PPT)	151
9 : CAHIER « PERCEPTION ET RETOUR DU DMR »	152
10 : CONVOCATION AVEC COUPON-REPONSE (DECEMBRE 2015 – MARS 2016).....	153
11 : CONVOCATION (A PARTIR DE MARS 2016).....	154
12 : E-MAIL DE CONVOCATION POUR RETOUR DU DOSSIER MEDICAL REDUIT.....	155
13 : E-MAIL DE RAPPEL POUR REPONSE AU COUPON REPONSE DE LA CONVOCATION A L'ENTRETIEN INFIRMIER DE DEPISTAGE DES TPPT (DECEMBRE 2015 – MARS 2016).....	156
14 : E-MAIL DE RAPPEL POUR RENDEZ-VOUS NON HONORE DANS LE CADRE DU DEPISTAGE DES TPPT PAR L'ENTRETIEN INFIRMIER (A PARTIR DE MARS 2016)	157
15 : FICHE DE SYNTHESE POUR LA « REUNION MENSUELLE »	158
16 : FICHE « ENTRETIEN INFIRMIER RETOUR D'OPEX »	159
17 : FICHE D'EVALUATION IMMEDIATE DE LA FORMATION INITIALE DES INFIRMIERS	160
18 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PERSONNEL REÇU PAR L'INFIRMIER	161
19 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DESTINE AUX INFIRMIERS DE L'AM BRICY	162
20 : POSTER REALISE DANS LE CADRE DE LA XVIIEME JOURNEE DE MEDECINE AERONAUTIQUE DE L'HIA PERCY DU 9/12/16	163
<u>RESUME</u>	164

Glossaire

AM	=	Antenne médicale
ARS	=	Agence régionale de santé
AuxSan	=	Auxiliaire sanitaire
BA	=	Base aérienne
BdD	=	Base de défense
CESPA	=	Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées
CIM	=	Classification internationale des maladies
CEMPN	=	Centre d'expertise médicale du personnel navigant
CFMA	=	Centre de formation en médecine aéronautique
CMA	=	Centre médical des armées
CMIA	=	Centre médical inter-armées
DAPIAS	=	Déclaration d'accident présumé imputable au service
DCSSA	=	Direction centrale du service de santé des armées
DES	=	Diplôme d'études spécialisées
DMR	=	Dossier médical réduit
DRSSA	=	Direction régionale du service de santé des armées
DSM	=	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
EPPA	=	Ecole du personnel paramédical des armées
ESA	=	Etat de stress aigu
ESPT	=	Etat de stress post-traumatique
HAS	=	Haute Autorité de santé
HIA	=	Hôpital d'instruction des armées
IDE	=	Infirmier diplômé d'état
IFSI	=	Institut de formation en soins infirmiers
ISRS	=	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
LUMM	=	Logiciel unique médico-militaire
MCD	=	Mission de courte durée
MEDEVAC	=	Medical evacuation
MITHA	=	Militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées
OM	=	Outre-mer
ONU	=	Organisation des nations unies
OPEX	=	Opération extérieure
OPINT	=	Opération intérieure
PCLS	=	Post-traumatic check-list scale
PN	=	Personnel navigant
PNN	=	Personnel non navigant
PTSD	=	Post-traumatic stress disorder
REP	=	Régiment étranger parachutiste
RPIMA	=	Régiment parachutiste d'infanterie de marine
SMPCAA	=	Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique
SSA	=	Service de santé des armées
TPPT	=	Troubles psychiques post-traumatiques
VMP	=	Visite médicale périodique
VSU	=	Visite systématique à l'unité

Introduction

Notre initiation à la médecine des forces a été marquée par des rencontres, par des expériences qui ont donné à notre pratique un élan. Nous n'oublierons pas cette première journée de consultation sur la base aérienne d'Orléans-Bricy, guidée par une infirmière expérimentée...

Les combattants de retour de mission se pressent à l'accueil de l'antenne médicale, désireux de retrouver rapidement leur foyer. L'infirmière prend la parole, d'un ton assuré, et leur donne des informations sur le dispositif mis en place pour leur suivi médico-psychologique. Curieuse de découvrir les modalités de ce type de repérage des troubles psychiques post-traumatiques, nous sollicitons la possibilité d'assister à l'un des entretiens proposés.

Nous rencontrons alors le sergent T. dans un bureau, au calme, pour un « bilan » avec cette infirmière. Ce mécanicien avion est rentré il y a trois mois d'une opération extérieure (OPEX) en Afrique.

L'entretien débute par une sensibilisation sur la démarche mise en œuvre par l'équipe de cette antenne médicale : *« une véritable veille psychologique est assurée par la chaîne sanitaire, du théâtre des opérations à l'unité, afin de repérer les événements à risque psycho-traumatique, de détecter le plus précocement possible les éventuels signes de souffrance et d'orienter les combattants vers des soins »*, précise l'infirmière. Cette initiative a vu le jour dans les suites du plan d'action du service de santé des armées (SSA) intitulé « Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées, lutte contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique » de 2011 [1].

Nous nous apercevons au fil de la consultation que nous n'avons jamais eu l'occasion au cours de nos études d'être présente lors d'un entretien mené par un infirmier, en particulier en ce qui concerne le domaine de la santé mentale. Le premier contact avec le sergent T. est facilité du fait des échanges antérieurs avec cette infirmière lors de la préparation de son départ en OPEX, la réalisation de vaccins ou de demandes de conseils. Le style est direct, chaleureux, tout en maintenant une certaine distance. Le premier temps de l'entretien est exclusivement consacré au parcours professionnel du sergent, à son expérience opérationnelle et à sa trajectoire de vie. Nous percevons alors les effets d'une telle approche qui crée un climat de confiance, propice aux confidences.

Le personnel est souriant ; il répond spontanément et naturellement aux questions. La mission est abordée subtilement par ses aspects positifs, les coordonnées de la motivation du sujet et le « retour d'expérience ». « *Des évènements particuliers auraient pu vous marquer durant cette mission ?* », propose l'infirmière avec délicatesse.

Le sergent T. répond que non, mais avec une forme d'hésitation, d'évitement du regard que nous percevons clairement. L'infirmière se saisit de ce mouvement émotionnel en lui demandant si ses relations étaient bonnes avec le commandement, ses collègues, si le travail était intéressant. D'une voix feutrée, le sergent T. précise que « *d'un point de vue professionnel tout s'est bien passé mais que ce qu'il a pu voir doit rester là-bas, qu'il doit oublier...* ». Qu'essaie-t-il de nous dire ?

Après un temps de silence, il nous explique que lors d'une patrouille ils ont été confrontés à l'horreur dans un village... : « *des corps mutilés, des enfants...* ». Il nous regarde, s'assure de notre attention et nous confie : « *j'ai repensé de temps en temps au corps froid de cet enfant inanimé, le soir quand nous avons terminé nos gardes... J'ai hésité à l'enterrer, tellement il me rappelait mon neveu* ».

Il se ressaisit et conclut avec fermeté : « *c'était le côté compliqué de la mission ; je n'étais pas le seul dans ce cas. Tout va bien depuis que je suis rentré !* ».

L'infirmière l'invite à préciser s'il a remarqué ou si son entourage a repéré un changement de comportement depuis son retour, s'il a pu se reposer durant ses permissions, si la reprise du travail s'est déroulée dans de bonnes conditions. Le sergent T. a rempli au préalable son auto-questionnaire PCLS (post-traumatic check list scale) et l'infirmière reprend certains items à la recherche d'un syndrome de répétition traumatique (Annexe 1).

Le score n'est pas probant. Le Sergent T. affirme ne présenter aucun des troubles recherchés. Néanmoins, étant donné les éléments relatés durant cette mission, l'infirmière invite avec tact le sergent T. à la revoir dans le mois et lui propose également de rencontrer le médecin avec qui il a réalisé sa dernière visite médicale périodique. Elle consigne les données de l'entretien dans son dossier médical et évoque sa situation avec son médecin référent. Le sergent T. comprend les enjeux de ce bilan et accepte un nouveau rendez-vous avec l'infirmière qui termine cet entretien par un temps de sensibilisation. Elle l'informe sur les différents lieux d'écoute et de soins, lui donne aussi le numéro « Ecoute Défense » et réaffirme sa disponibilité pour le recevoir à tout moment s'il le souhaite.

Cet entretien clinique a suscité un questionnement sur notre pratique et sur la place de l'infirmier en médecine des forces. Au cours de notre stage dans cette antenne médicale, nous avons choisi de réfléchir à la façon de modéliser un protocole de délégation d'actes à l'infirmier pour le repérage et le suivi des sujets à risque sur le plan des troubles psychiques post-traumatiques, comme ce sergent. Guidée par les praticiens du service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique qui nous avaient sensibilisée sur ce sujet au préalable, nous avons souhaité mettre en exergue l'importance de la collaboration interprofessionnelle entre le médecin et l'infirmier en milieu militaire. Nous avons cherché à rencontrer d'autres praticiens travaillant en CMA (centre médical des armées), notamment sur la base aérienne de Villacoublay. Une étude a ainsi pu voir le jour, portée par cette expérience partagée avec l'équipe des infirmiers de l'antenne médicale de Bricy.

Ce travail de thèse s'est construit pas à pas et a nécessité des ajustements au cours des mois. Nous souhaitons rendre compte de nos recherches et des enseignements pour notre pratique en tant qu'omnipraticien, médecin généraliste des forces armées. Nous présenterons d'abord un état des lieux historique, épidémiologique, clinique, étiopathogénique et thérapeutique sur les troubles psychiques post-traumatiques. Puis, nous nous intéresserons aux différents acteurs du soutien sanitaire des forces armées françaises en nous centrant sur le médecin des forces et son infirmier. Nous aborderons ensuite les différentes étapes de l'étude que nous avons menée sur notre lieu de stage, afin de dégager les objectifs d'un protocole de délégation d'actes à l'infirmier. Le protocole et son évaluation seront détaillés selon les critères établis par la Haute Autorité de santé (HAS) (Annexe 2). Enfin, notre discussion portera sur sa faisabilité, son acceptabilité et son intérêt en médecine des forces armées pour le repérage des troubles psychiques post-traumatiques selon le cadre du plan d'action du SSA. Les perspectives dans le champ de la santé publique seront également esquissées.

I. Les troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées françaises : état des lieux

La délégation d'actes entre professionnels de santé exige une connaissance solide du sujet concerné. Il s'agit ici du dépistage des troubles psychiques post-traumatiques en milieu militaire. Pour cerner l'objet de notre étude, nous proposons un état des lieux selon une approche transversale : historique, épidémiologique, clinique, étiopathogénique et thérapeutique.

I.1 Panorama historique

Connus depuis l'Antiquité, ce sont les conflits armés et les états de violence qui remettent périodiquement la question des troubles psychiques post-traumatiques au-devant de la scène.

La Première Guerre mondiale marque une avancée majeure d'un point de vue de la sémiologie observée et des principes thérapeutiques. Millian décrit « l'hypnose des batailles » l'état d'hébétéude, de sidération, d'effroi des survivants des attaques meurtrières [2]. Les effets neuropsychologiques de l'explosion des obus sont reconnus et décrits sous la dénomination « *shell shock* » ou « *obusite* », proche du vent du boulet des guerres napoléoniennes [3,4]. Il s'agit d'un état anxieux, une « neurasthénie » qui apparaît dans les quinze jours après le blast. La confusion mentale et les troubles somatoformes dominent l'ensemble de la pathologie observée.

Les médecins du front sont débordés par l'afflux des blessés. La nécessité de traiter les blessés psychiques à l'avant s'impose dès 1915. Les soldats choqués sont évacués juste à l'arrière des lignes, pour se reposer, se laver, manger correctement. Puis, ils sont renvoyés à l'avant après environ trois semaines de pause opérationnelle [5,6].

En 1917, Salmon, un médecin militaire américain, synthétise par cinq grands principes la prise en charge des troubles psychiques de guerre : la centralité, l'immédiateté des soins, la proximité du lieu d'intervention, l'espérance de guérison, le principe d'expectative face aux symptômes initiaux, et la simplicité des moyens [5]. Cela répond également à la demande du commandement de limiter les pertes et d'améliorer le « tri » des blessés psychiques.

Après ce conflit particulièrement meurtrier et à l'origine de millions de blessés, la nécessité d'une réparation des séquelles s'est imposée. Par décret du 29 mai 1919, un guide-barème

applicable au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre fixe les règles pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre ouvrant des droits à pension selon leur gravité [7,8]. Cependant, la terminologie employée reste stigmatisante : on évoque « le pithiatisme », « la sinistrose », etc.

Durant la Deuxième Guerre mondiale, d'autres formes cliniques sont mises en exergue. D'un point de vue étiopathogénique, le concept de « stress » apparaît avec le « *battle stress* » (stress de combat) et la fatigue de combat « *combat exhaustion* » [9]. On met en cause la violence et la durée des missions de guerre. On décrit également le « syndrome des déportés » de Targowla ou syndrome des camps de concentration, un syndrome asthénique et dépressif qui est en fait une forme de névrose traumatique [10].

Dans l'après-coup de l'engagement américain au Vietnam, émerge la notion de « Post-traumatic Stress Disorder » (PTSD). Ce syndrome, véritable problème de santé publique aux Etats-Unis avec environ 40% des « GI » souffrant de troubles sévères [11], est inscrit pour la première fois en 1980 dans le DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual 3^{ème} édition) grâce à l'action des vétérans, animés par un besoin de reconnaissance de leurs troubles [12, 13]. Ce syndrome est alors considéré comme une variété du stress et associé aux troubles anxieux.

Ce processus de reconnaissance franchit en France une nouvelle étape avec le décret du 10 janvier 1992 [14]. Cette annexe au guide-barème permet de clarifier la notion d'état de stress post-traumatique. Il bannit les termes péjoratifs et permet une reconnaissance des troubles psychiques post-traumatiques comme d'authentiques blessures de guerre.

Peu à peu, l'information se diffuse dans l'armée française sur l'existence de troubles psychiques différés et sur la nécessité d'une prise en charge thérapeutique précoce.

La psychiatrie de l'avant connaît d'autres évolutions avec les conflits modernes. La première guerre du Golfe, caractérisée par l'attente et la menace chimique, est surtout marquée par des manifestations anxieuses et dépressives avec leurs masques somatiques. Les psychiatres sont déployés sur le terrain, mobiles et disponibles, à proximité des troupes. Ils permettent une « veille psychiatrique » nécessaire à une hygiène mentale optimale sur le terrain [8,15]. Naît également le principe de non obligation de retour au combat.

De nouvelles difficultés surgissent lors des missions d'interposition de l'Organisation des Nations Unies (ONU). Weisaeth parle de « syndrome de stress des soldats de l'ONU » [16]. Ces derniers sont soumis à une interdiction de riposte dans un contexte de grande insécurité. Ils sont témoins de scènes d'horreur : violents massacres de civils, problème humanitaire des enfants soldats, découverte des charniers, etc. En 1994, suite à l'épidémie de choléra au Rwanda lors de l'Opération turquoise, un psychiatre militaire est projeté pour soutenir les soldats, notamment le génie de l'air, confrontés à l'horreur des corps décomposés dans les fosses communes [8,17]. De même, suite à une prise d'otage de soldats français par l'armée serbe, en 1995, des psychiatres interviennent sur le théâtre de l'opération [8].

Enfin, le durcissement de l'engagement sur les théâtres afghan et irakien n'est pas sans conséquence sur le plan des pertes psychiques. Il est difficile d'évaluer l'incidence de tels troubles. Au retour d'Irak dans l'armée américaine, l'incidence varie de 1.4% à 31% en fonction des questionnaires utilisés selon une méta-analyse de 2009 [18]. En France, des moyens de dépistage s'imposent, particulièrement dans les suites de l'embuscade mortelle de la vallée d'Uzbin en Afghanistan du 18/08/2008.

Le dépistage et la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques sont devenus une priorité de l'état-major des armées et du service de santé des armées. Un plan d'action spécifique « Troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées, lutte contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique » a été mis en application dès 2011 avec des actualisations successives, en concordance avec le plan « santé mentale » du ministère de la santé [1]. Il s'agit de repérer, diagnostiquer, soigner, reconnaître et réinsérer les blessés en les inscrivant dans un parcours de soins sur mesure. L'enjeu majeur pour les armées est aussi le maintien de la capacité opérationnelle.

Pour cela, la précocité et la qualité de la prise en charge des TPPT permettent d'en limiter l'impact éventuel. Les plus à même de repérer ces troubles sont le médecin et l'infirmier des forces, au plus près des combattants sur le terrain et dans les CMA, par le lien de confiance établi avec eux dans la durée.

Depuis 2011, les médecins des forces bénéficient d'une formation continue et pratique, ouverte également aux infirmiers, afin d'améliorer leur connaissance des ESPT et leur capacité à les dépister (objectif 1 du plan d'action 2013-2015) [19].

L'intervention des forces françaises au Mali depuis 2013 a prouvé la nécessité de renforcer ce dispositif. De même, l'opération intérieure « Sentinelle » sur le territoire national (OPINT) est

source d'un stress non négligeable favorisant un état de fatigue, d'usure. Ces missions peuvent aussi exposer les soldats à des situations potentiellement psycho-traumatiques (attentats à Paris en novembre 2015 et à Nice en juillet 2016, agressions, etc.) Les soldats évoluent dans un climat d'insécurité permanent avec une nouvelle difficulté, celle de reconnaître « l'ennemi ».

Ce bref panorama historique nous conduit à mieux cerner les caractéristiques épidémiologiques des TPPT. En effet, il apparaît clairement ces dernières années une amélioration de la reconnaissance des blessures psychiques, mais aussi la nécessité de mieux connaître leurs formes cliniques, leurs profils évolutifs.

L'objectif pour la psychiatrie appliquée aux armées est de pouvoir repérer précocement leurs expressions symptomatiques et d'inscrire le combattant dans un parcours de soins. Le pronostic évolutif des troubles en dépend.

I.2. Contexte épidémiologique

I.2.1 Données de la littérature en population générale

La majorité des études sur les ESPT dans la population générale sont des études Nord-américaines. Une variabilité des résultats, en particulier de larges écarts de prévalence des TPPT, a été retrouvée. Outre le polymorphisme des populations étudiées, les écarts statistiques transatlantiques peuvent être rapportés à la diversité des critères diagnostiques (définition de l'OMS comparée à celle du DSM-V), à leurs modifications successives au fil du temps (DSM-IV puis DSM-V), ainsi qu'à la multiplicité des méthodologies employées. Des différences de prévalence entre les sexes ont également été remarquées, ce que Kessler attribuait à une plus forte exposition aux violences sexuelles chez les femmes [20].

- Aux USA :

La première étude de grande ampleur en population générale date de 1991. Aux Etats-Unis, à Détroit, 1007 adultes de 21 à 30 ans avec une forte majorité de femmes (65%) ont été interrogés [21]. 39,1% de la population ont été confrontés au cours de la vie à un événement potentiellement traumatisant et parmi eux 23,6% présentaient un ESPT. La prévalence de l'ESPT, indépendamment de l'histoire de vie, est calculée à 9,2%.

En 1995, la *National Comorbidity Survey* a interrogé 5877 sujets, âgés de 15 à 54 ans, dispersés sur l'ensemble du territoire américain. Elle met en évidence un taux d'exposition à un événement traumatique de 55% et une prévalence sur la vie entière de l'ESPT inférieure à 10% (7,8%) [20].

- En Europe :

En 2004, l'*European Study of the Epidemiology of Mental Disorder* a réussi à sonder 21425 adultes dans 6 pays différents d'Europe [22]. Elle met en évidence une prévalence de l'ESPT sur la vie entière de seulement 1,9%. Ces résultats montrent également un plus fort risque d'ESPT dans les populations les plus exposées aux événements traumatisants comme les anciens combattants, les forces de police, les pompiers ou encore les personnels de secours aux victimes.

En France, des résultats comparables à l'étude européenne ont été retrouvés. Sur un échantillon de 2894 personnes, la prévalence vie entière de l'ESPT est de 3,9% [23]. Dans le cadre d'une exposition à un événement potentiellement traumatique, comme un attentat, les statistiques sont bien plus élevées [11]. Par exemple, lors de l'explosion dans le RER à la station Port Royal en 1996, l'interrogatoire de 56 victimes parmi les 111 survivants a trouvé 41% d'ESPT 6 mois après l'évènement, 34% à 18 mois, et 25% à 32 mois [24].

Ces différentes études se rejoignent pour conclure que les sujets confrontés à un événement à risque traumatique sont plus à risque de développer un TPPT. Ce qui nous amène à analyser les études concernant les militaires particulièrement exposés à des situations dites « traumatogènes ».

I.2.2 En milieu militaire

- Evolution aux USA :

Les premières études d'importance en milieu militaire furent réalisées dans les années 1980 au profit des vétérans américains de la guerre du Vietnam. La plus fréquemment citée, la *National Vietnam Veterans Readjustment Study* révéla une prévalence des ESPT complets de 15% au moment de l'étude et de 31% sur la vie entière [25]. Devant la variabilité des résultats des diverses et nombreuses études, Mac Farlane rédigea en 1996 une revue de la littérature qui retrouvait une prévalence des ESPT allant de 2 à 17% [26].

Les conflits en Afghanistan et en Irak furent l'objet d'études assez nombreuses et proches des événements reflétant ainsi au mieux la réalité du terrain. Ainsi, Hoge comptabilisa en 2004 les soldats exposés à un événement potentiellement traumatique. Il aboutit à un taux d'exposition de 97% du personnel au retour d'Irak et de 84% pour l'Afghanistan. L'incidence des ESPT complets était de 12,9% en Irak et de 6,2% en Afghanistan pour une incidence de 5% avant le départ [27].

Une méta-analyse, réalisée en 2009, montre quant à elle une incidence des TPPT au retour d'Irak dans l'armée américaine variant de 1.4% à 31% en fonction des questionnaires utilisés [18].

- En France :

En France, peu de travaux en langue française ont été réalisés pour quantifier l'incidence des TPPT. La seule étude française, réalisée hors conflit en 2005, retrouvait une prévalence des ESPT de 1,7% parmi les militaires de deux régiments de l'Armée de Terre [28]

En 2009 – 2010, Pommier de Santi et Paul réalisent une étude au sein de deux régiments parachutistes particulièrement exposés aux embuscades et d'un régiment des troupes alpines de retour d'Afghanistan depuis deux mois. Les combattants devaient répondre à deux auto-questionnaires différents. Tous les sujets positifs à l'une ou l'autre de ces deux échelles étaient revus en consultation ainsi que trois témoins tirés au sort pour chaque sujet positif. Sur les 581 militaires inclus, 205 ont été également rencontrés en entretien clinique. Plus de 51% des militaires de l'échantillon positif ont été confrontés au risque de mort (événement potentiellement traumatisant). 19,1% (111/581) avaient été confrontés soit à la perspective de

leur propre mort ou soit à un vécu d'horreur. 7,8% s'estimaient spontanément en souffrance. Sur les 205 militaires vus en entretiens semi dirigés, 7% présentaient un ESPT [29]. Cependant ces résultats ne pouvaient pas être généralisés aux forces armées françaises car ils concernaient une population de combattants n'étant pas le reflet de toutes les forces engagées en Afghanistan (un militaire combattant pour trois militaires appartenant au soutien logistique).

Le service de santé des armées dans sa « Grande enquête sur les besoins en prévention et en santé des militaires » a mis en exergue les enjeux de santé publique concernant les effets du stress opérationnel et les ESPT. La Surveillance Epidémiologique des Armées (SEA) a permis de repérer 127 cas d'ESPT en 2010 et 305 en 2011 [29]. Ces résultats variables ont incité le SSA à uniformiser les pratiques de repérage en sélectionnant une échelle de dépistage unique.

L'étude citée précédemment a permis de valider pour l'armée française une seule échelle de dépistage : l'auto-questionnaire de la *Post-traumatic stress disorder Checklist Scale* (PCLS) [30]. La PCLS, créée en 1993 par Weathers et al., a été traduite en français et validée en 2003 pour le dépistage et le suivi des ESPT. La sensibilité retrouvée pour le diagnostic d'ESPT est de 97% et la spécificité de 87%. Validée dans les forces armées françaises, la PCLS est diffusée auprès des médecins généralistes militaires comme une aide diagnostique.

Elle se compose de 17 questions qui explorent les différents clusters du DSM IV. Chaque question est à coter entre 1 (pas du tout) et 5 (très souvent) suivant l'intensité et la fréquence des symptômes au cours du mois précédent. Le résultat est évalué sur 85 points [31, 32]. Le seuil de 34 permet, avec une sensibilité de 78% et une spécificité de 94%, de repérer les sujets relevant d'une prise en charge médico-psychologique au-delà de la présence ou non d'un ESPT [30]. Un score supérieur à 44 est fortement corrélé à un ESPT. Pour ce dernier seuil, la sensibilité du questionnaire évaluée en population militaire française est de 80% et sa spécificité de 95% [30]. Il présente donc une excellente efficacité discriminante, notamment par rapport aux troubles anxieux, ainsi que des atouts de simplicité et de rapidité d'utilisation.

1.2.3 Situation actuelle de la surveillance épidémiologique dans les forces armées Françaises

En France, la surveillance épidémiologique des armées (SEA) s'intéresse aux troubles en lien avec un évènement traumatisant depuis 2002. Deux moyens sont actuellement en place pour recueillir les données : le Message Epidémiologique Hebdomadaire (MEH), qui recense chaque

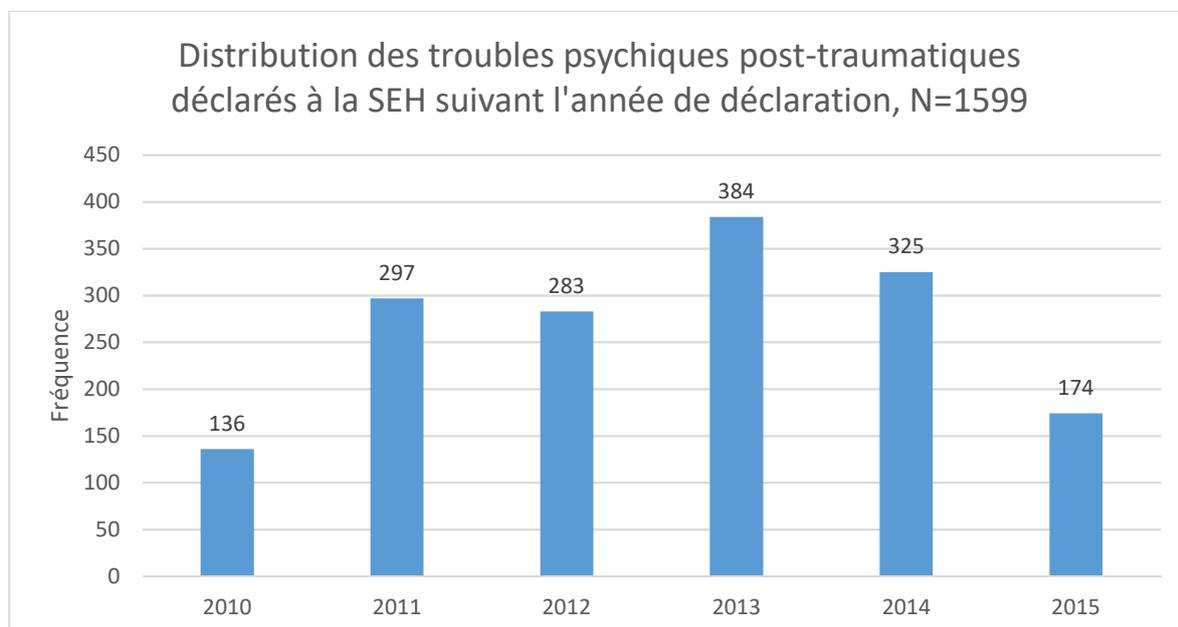
pathologie d'importance déclarée en Centre Médical des Armées (CMA), et la fiche spécifique de déclaration dite « F5 » à remplir par tout médecin des forces et par tout psychiatre faisant le diagnostic de traumatisme psychique (Annexe 3).

Les différentes données et diagrammes qui vont suivre sont issus des analyses de la surveillance épidémiologique des armées françaises du CESPAS entre 2010 et 2015.

I.2.3.1 Epidémiologie descriptive

Entre 2010 et 2015, 1599 cas d'ESPT ont été déclarés, avec environ les deux tiers des cas déclarés entre 2010 et 2013 (Figure 1). Avec la fermeture du théâtre en Afghanistan, le nombre d'ESPT a diminué. En 2015, on a repéré moins de la moitié de ce qui avait été diagnostiqué en 2013. Plus de 90% des militaires touchés étaient des hommes. Ceci s'explique par les caractéristiques démographiques des forces armées majoritairement composées d'hommes, notamment dans les régiments les plus opérationnels.

Figure 1 [33]:

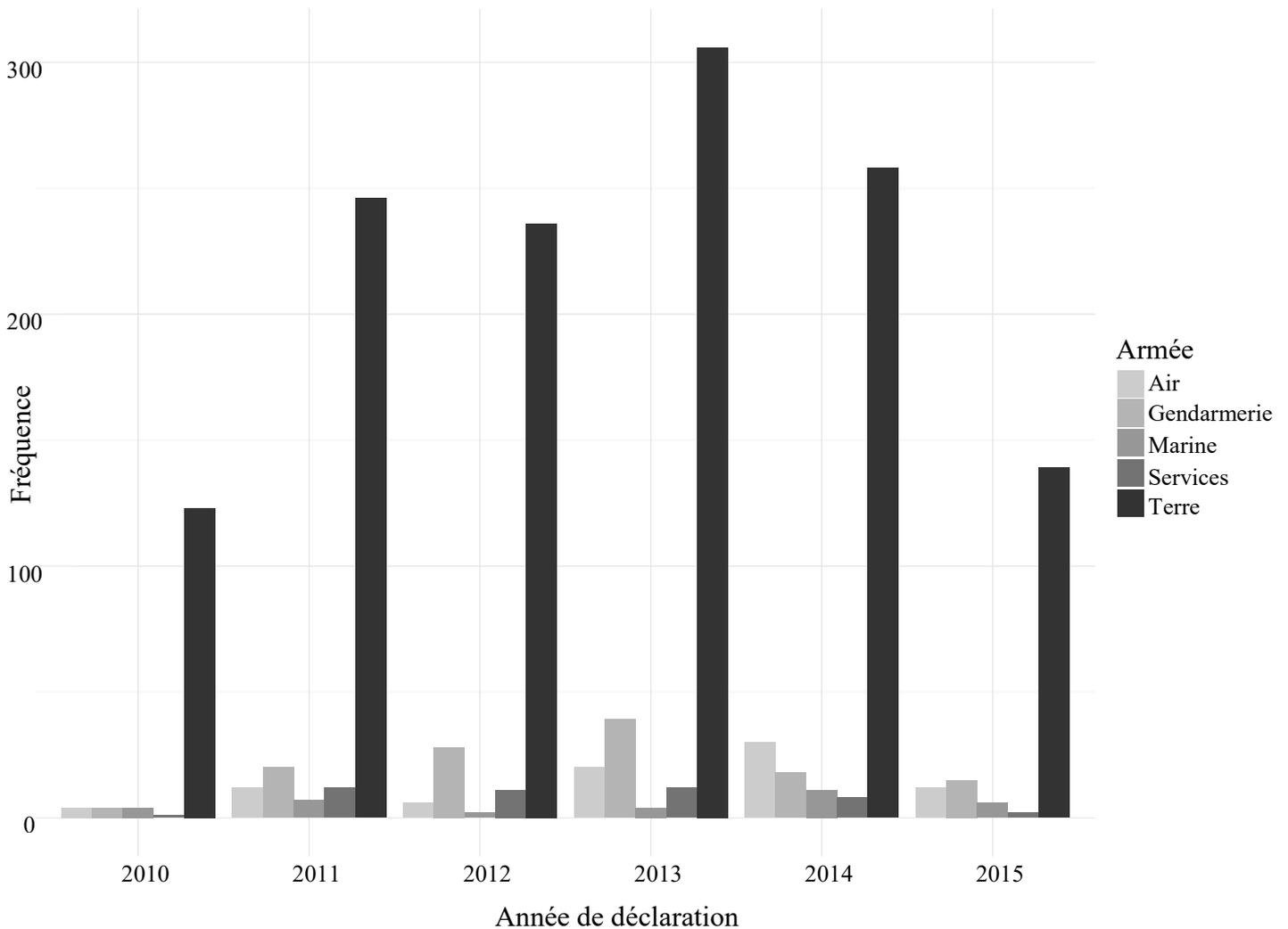


82% des troubles psychiques sont détectés chez des militaires appartenant à l'armée de Terre (Figure 2). Vient ensuite la gendarmerie avec 7,8% d'ESPT détectés [33]. Cette population est régulièrement confrontée à des situations à risque psycho-traumatique : découvertes de

cadavres, d’homicides, scènes de violences, etc. L’armée de l’air qui nous intéresse plus particulièrement pour notre étude compte 5,3% d’ESPT dans ses rangs.

Figure 2 [33] :

Distribution des cas de troubles psychiques post-traumatiques déclarés dans les armées de 2010 à septembre 2015, selon l’armée d’appartenance



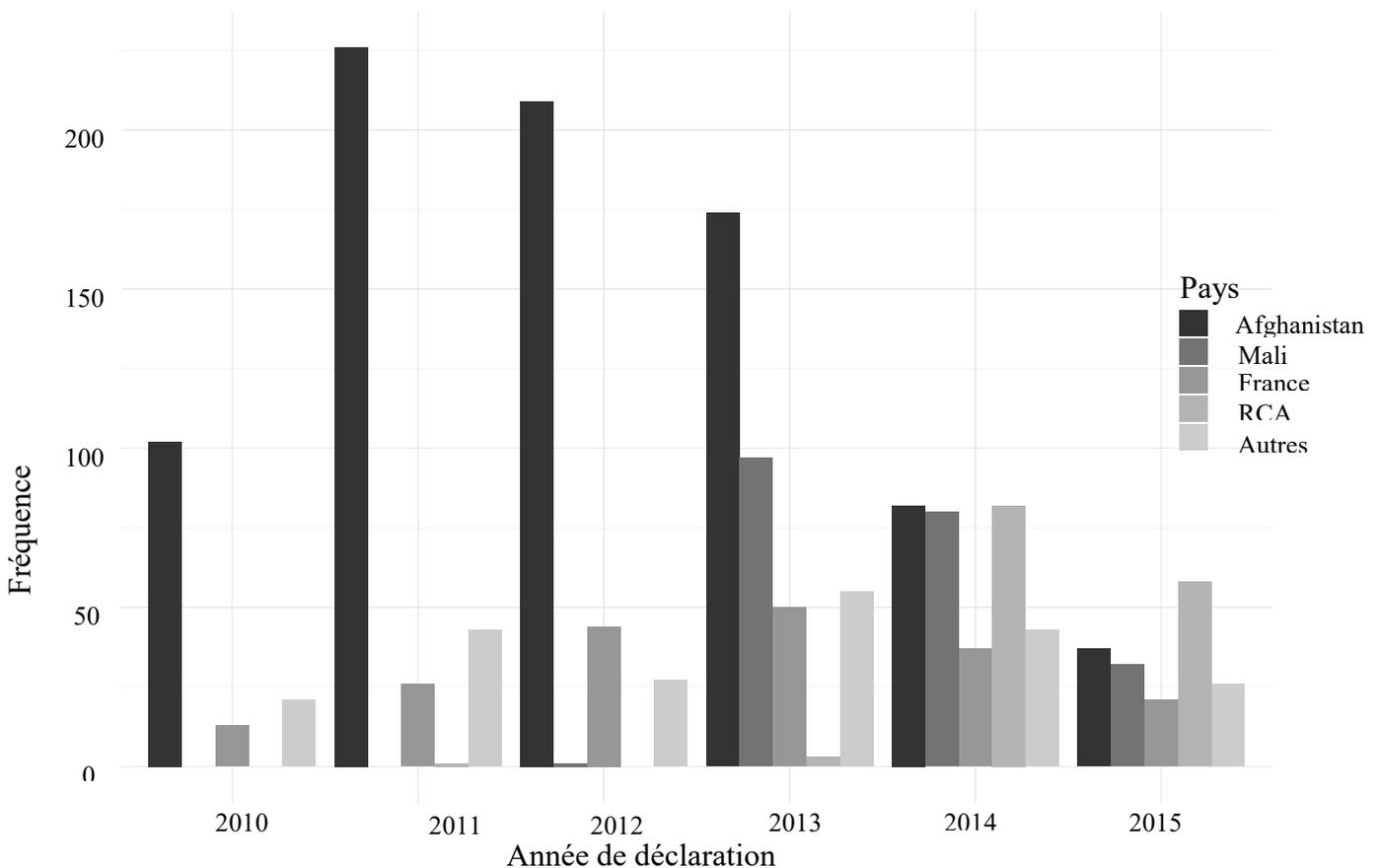
L’âge des soldats touchés est en moyenne de 29,9 ans avec une moyenne de deux OPEX réalisées pour la plupart, en comptant environ sept ans d’expérience professionnelle.

- **Répartition des lieux des événements traumatisants (Figure 3)**

Les événements traumatisants sont survenus pour plus de la moitié des cas en Afghanistan (52,2%). Étonnamment, la confrontation avec un événement traumatisant survient avec le même ratio en France métropolitaine (12%) qu'au Mali (13,2%) ou en République de Centrafrique (9,1%) [33]. L'étude des TPPT au cours des OPINT serait un travail intéressant à mener pour essayer de comprendre ces résultats.

Figure 3 [33]:

Distribution des cas de troubles psychiques post-traumatiques déclarés dans les armées de 2010 à septembre 2015, selon le lieu de survenu de l'événement traumatisant, $p < 0,001$

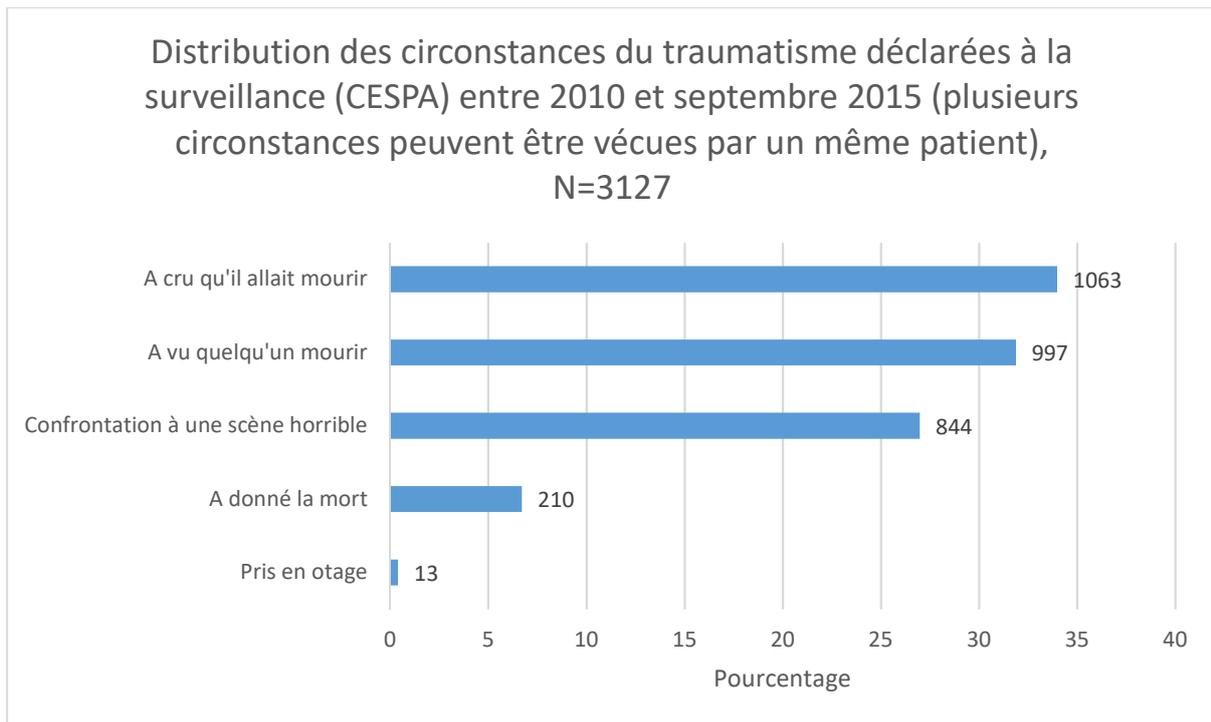


On pourrait expliquer ces chiffres par les particularités du théâtre afghan où dominent les embuscades, les attentats, les attaques par engins explosifs improvisés (ou IED) et par les roquettes dans les *Combat Outpost* (COP) ou les *Forward Operating Base* (FOB). La menace IED, ubiquitaire et subie passivement, peut toucher n'importe quel convoi [33].

- **Circonstances du traumatisme (Figure 4)**

Dans 88,6% des cas, une confrontation avec la mort était rapportée. 65,4% ont cru qu'ils allaient mourir ; 61,3 % ont été confrontés à la mort d'un autre et 51,9% ont été exposés à des scènes particulièrement horribles (charniers, etc.). Pour 12,9%, le fait de donner la mort aurait provoqué un ESPT.

Figure 4 [33]:

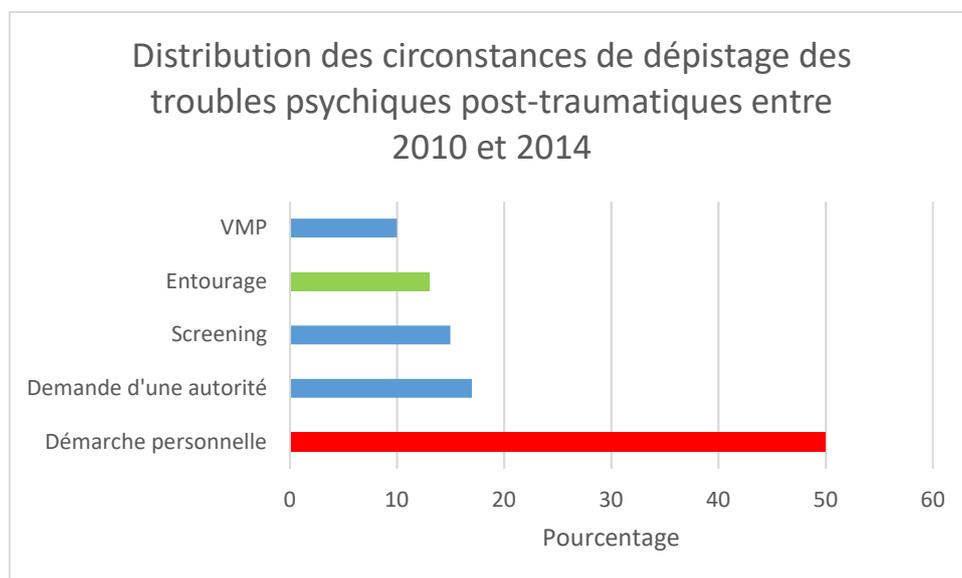


I.2.3.2 Données sur le dépistage

- **Circonstances du dépistage (Figure 5)**

Dans presque la moitié des cas (49,6%), c'est une démarche personnelle du militaire qui l'a conduit à consulter. On peut considérer qu'il s'agit d'un effet indirect du plan d'action du SSA. 17,7 % ont été amenés à consulter à la demande de leur commandement qui, sensibilisé, a pu repérer des modifications de comportement ou une souffrance et a pu les conseiller au mieux. Enfin, le dépistage systématique au retour de mission et celui effectué lors de la visite médicale périodique (VMP) ont pu détecter respectivement près de 13% et 8,3% des ESPT.

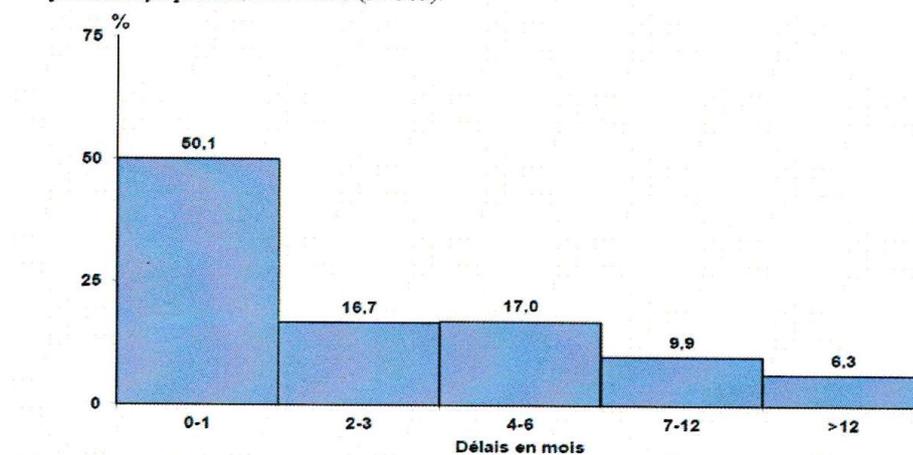
Figure n° 5 : Schéma issu du Powerpoint du MC Marimoutou présenté lors de la journée sur les TPPT en mai 2015 [34].



- **La phase de latence (Figure 6)**

Figure 6 : Délai d'apparition des symptômes en mois, déclarés à la SEH, entre l'événement traumatisant et la survenue des premiers symptômes, 2010 – 2011 (N=365) [29]

Figure 6 : Distribution des délais en mois, entre l'événement traumatisant et la survenue des premiers symptômes, 2010-2011 (N=365).



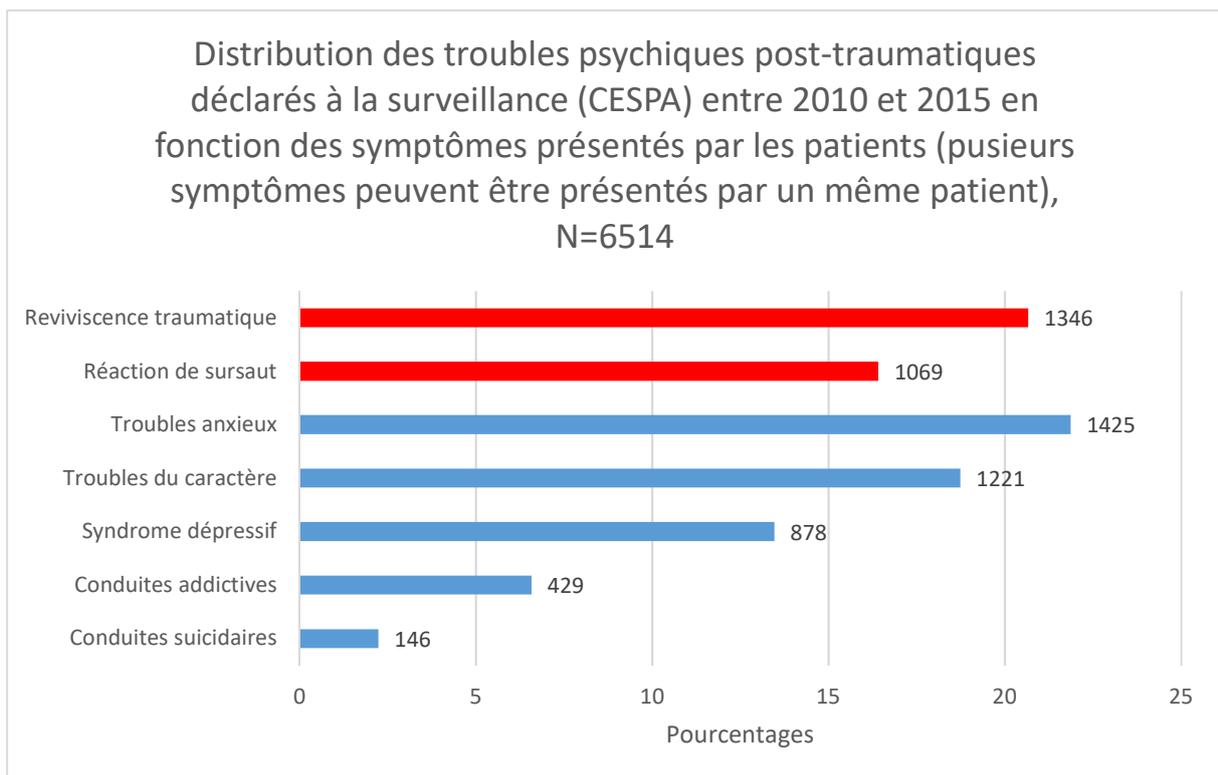
66,8 % des premiers symptômes sont apparus à 3 mois et 83,8% à 6 mois. Ainsi, 2/3 de l'échantillon ont un délai d'apparition des symptômes compris entre 0 et 3 mois. On comprend donc l'intérêt d'un dépistage entre trois et six mois après le retour.

I.2.3.3 Données sur les manifestations cliniques

- **Symptômes cliniques**

Les symptômes les plus fréquemment rapportés par les soignants sont les reviviscences traumatiques, signes pathognomoniques de l'ESPT, présents dans 82,8% des cas. Les troubles anxieux étaient, pour la plupart, des troubles associés (en bleu sur le graphique) car ils ont été rapportés dans 87,6% des cas déclarés. Les trois quarts avaient des troubles du caractère. Les réactions de sursaut (hyperréactivité) ont été notifiées dans 65,7% des cas. Plus de la moitié (54%) souffraient de syndrome dépressif. Des comorbidités comme les conduites suicidaires (9%) ou les conduites addictives (26,4%) n'étaient pas à négliger [33].

Figure 7 [33] :



- **Retentissement psycho-social**

Au niveau du retentissement social, 64,6% avaient une altération des relations sociales et 40,5% souffraient de conflits familiaux. 16,9% ont rapporté une séparation ou un divorce.

Au niveau professionnel, même si 62,5% nécessitent un arrêt maladie pour leur prise en charge, seulement 10,5% ont été déclarés inaptes définitivement aux OPEX. 41,1% ont présenté un trouble de l'adaptation en milieu militaire. 7,1% ont eu des sanctions disciplinaires probablement à cause d'un trouble des conduites ou de conflits dûs aux troubles du caractère.

Finalement, la cible du repérage est centrée sur les signes cliniques d'expression précoce évocateurs d'un TPPT. Ce sont les mêmes signes cliniques que l'on retrouve dans l'autoquestionnaire PCLS. Cet outil sert de médiation pour l'entretien clinique et ainsi peut orienter le dépistage.

I.3 Aspects cliniques

Réfléchir à un protocole de délégation d'actes entre professionnels de la santé impose une connaissance clinique solide de la pathologie concernée. Le repérage des TPPT est particulièrement centré sur une approche sémiologique et sur l'identification du contexte psycho-traumatique.

Les troubles psychiques post-traumatiques sont des troubles psychiques secondaires à une confrontation violente et soudaine avec la mort (sa propre mort ou celle d'autrui). Cet événement, qualifié de traumatisant, bouleverse l'équilibre du fonctionnement psychique, selon des modalités cliniques et évolutives propres à chaque individu.

Figure 8 [35] :



I.3.1 La rencontre traumatique :

La rencontre traumatique est une rencontre avec le « réel de la mort ». Ce face-à-face peut avoir lieu lorsque l'individu :

- s'est vu blessé ou mourir (péril vital) ;
- a vu quelqu'un mourir ou être blessé (action de combat, explosion d'une mine, accident, etc.) ;
- a été confronté à une somme d'événements insupportables : des visions d'horreur répétées associées à un vécu d'impuissance (cadavres sur les lieux d'une catastrophe, tâches mortuaires par exemple) [36].

Cette rencontre peut avoir lieu à l'insu du sujet.

Ce moment est marqué par la surprise et l'effroi, le sujet est sidéré. Parfois, le patient n'est plus acteur mais spectateur de l'action ; il est dans un cadre espace-temps différent, hors de lui-même : c'est la dissociation péri-traumatique. Il s'agit d'un état de déréalisation et de dépersonnalisation.

Pour mieux comprendre le mécanisme du traumatisme, il convient de faire la différence avec la notion de stress.

Le stress est un état d'alerte, une réaction psychique, physique, neurovégétative et comportementale permettant de faire face à une agression. Il exerce une contrainte sur le psychisme, telles les branches d'un arbre qui plient sous le vent, mais sans effet de rupture. Dès que le stress disparaît, le patient ressent un soulagement avec une sensation d'épuisement, une impression « d'être vidé ». La répétition de ces situations aiguës peut favoriser l'apparition rapide d'un état de « fatigue opérationnelle » chez les combattants.

Le processus traumatique est différent par sa violence, sa fulgurance, sa soudaineté et sa capacité à dépasser, bouleverser brutalement les défenses psychiques de la personne, en la confrontant à l'impensable, au néant. Une effraction se fait dans le psychique. La scène traumatique s'incruste, tel un corps étranger, sous forme de reviviscences de l'événement, laissant le sujet impuissant [37].

I.3.2 Les réactions immédiates et l'état de stress aigu

Après un événement traumatisant, le patient peut manifester des symptômes de stress aigu. Il peut s'agir de manifestations anxieuses aiguës souvent liées à un vécu de peur. Elles peuvent être bénignes, adaptatives et rapidement résolutives. Le stress aigu est dit « dépassé » lorsque

les réactions sont très intenses. Elles peuvent aller de l'attaque de panique à la sidération, en passant par des états de désorganisation psychique majeurs avec syndrome confusionnel, troubles du comportement, pouvant mettre en danger l'individu et son groupe [38].

Dans les 48 heures qui suivent l'évènement, on observe très fréquemment des troubles de l'attention et de la concentration, une hypersensibilité aux moindres stimuli sensoriels, des troubles du sommeil. La majorité des sujets reprennent progressivement leurs activités quotidiennes. Certains restent bloqués dans un état d'hébétude, proche de la prostration. D'autres encore vivent dans un état d'alerte permanent, avec un sentiment d'insécurité et d'hostilité ambiante.

Le diagnostic d'état de stress aigu (ESA) est posé quand la réaction dure plus de deux jours et moins d'un mois. Il s'y associe des symptômes de dissociation psychique, de reviviscence de l'expérience traumatique, des attitudes d'évitement des situations qui peuvent rappeler l'évènement, ainsi qu'une hyperréactivité émotionnelle et neurovégétative. La durée et l'intensité de ces troubles sont des facteurs de risque d'évolution vers un Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT).

I.3.3 La phase de latence

Il est fréquent d'observer une période d'absence de symptôme clinique entre la fin de l'ESA et le début d'un ESPT. C'est la phase de latence. Elle dure de quelques semaines à plusieurs années. Parfois, certains patients développent un état de stress post-traumatique sans avoir développé d'état de stress aigu. Cette phase consiste en un travail de réorganisation psychique, en une tentative de limiter les effets de l'effraction traumatique. Elle est régulièrement marquée par des modalités de suppléance telles que le surinvestissement professionnel, un engagement politique, la création artistique, etc.

Une défaillance de ces suppléances peut induire des comportements à risque comme des conduites addictives ou auto voire hétéro-agressives. La crise suicidaire reste la complication la plus grave. Les comorbidités les plus fréquentes sont les manifestations anxieuses et dépressives [38].

I.3.4 Les réactions différées et l'état de stress post-traumatique

Les troubles psychiques post-traumatiques se déclenchent avec l'apparition d'un syndrome de répétition traumatique, le plus souvent entre 3 et 6 mois après l'événement traumatisant.

On parle de déclenchement, car il apparaît de façon soudaine et constitue une rupture d'équilibre. Le premier cauchemar provoque chez le sujet le même effet de surprise et d'horreur que la scène traumatique initiale.

Il existe deux modalités de déclenchement du syndrome de répétition traumatique :

- Soit un événement réactualise le traumatisme (deuil, commémoration, remise de décoration, départ à la retraite, etc.).
- Soit il y a une mise en échec de ce qui voilait l'effraction traumatique (par exemple, nouvelle rencontre traumatique au Mali pour des soldats qui ont déjà vécu un événement traumatisant en Afghanistan).

Il existe une importante variabilité interindividuelle [38].

Depuis 2015, la cinquième version du DSM de l'association américaine de psychiatrie répertorie l'ESPT sous une nouvelle dénomination : le « trouble stress post-traumatique » (TSPT) [39]. Il n'y a plus de répartition des symptômes en cluster (intrusion, évitement, hypervigilance). Le TSPT est défini comme un syndrome de répétition auquel s'ajoutent trois groupes de symptômes : l'évitement persistant, les altérations négatives des cognitions et de l'humeur, les altérations marquées de l'éveil et de la réactivité pendant plus d'un mois. Un sous-type avec symptômes dissociatifs est spécifié. Ces troubles ne doivent pas être en lien avec les effets d'une substance psychoactive ou avec une autre affection médicale. Ils doivent faire suite à un événement dit « traumatique ». Il peut s'agir d'une exposition (directe ou témoin passif) à la mort, à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. Cet événement peut aussi concerner des proches, notamment l'annonce brutale d'un décès par accident violent. Ces critères prennent aussi en considération les primo-intervenants impliqués par exemple dans le ramassage de restes humains, les policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants. Enfin, la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

La CIM-10 de l'organisation mondiale de la santé (OMS) est le référentiel utilisé dans les forces armées françaises [40]. Celle-ci décrit l'état de stress post-traumatique comme : « une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ».

Les symptômes typiques sont marqués par la reviviscence répétée de l'événement traumatique s'exprimant par des souvenirs envahissants, intrusifs (les « flashbacks ») et des cauchemars réplicatifs. Ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir traumatique. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neurovégétatif avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire.

La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais peut évoluer vers un amendement symptomatique. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité.

1. Le repérage des troubles est exclusivement clinique. L'élément à rechercher systématiquement est le syndrome de répétition :
 - La nuit, il apparaît sous forme de **cauchemar traumatique**. C'est un élément quasi pathognomonique. Le cauchemar s'impose de façon imprévisible. Sa réitération est crainte, entraînant des troubles du sommeil, par anticipation ou en écho (insomnie d'endormissement). Parfois, le sujet adapte sa vie pour éviter ces cauchemars, en prenant des emplois de nuit.
 - Le jour ou à l'état de veille, les phénomènes de répétition sont appelés « **flashback** » ou « **ecmnésie** ». Ces reviviscences surviennent tel un court-circuit interrompant la trajectoire diachronique du sujet. Au milieu de l'activité consciente du patient, des images traumatiques s'imposent à lui, sans anticipation possible. Il revit la séquence, impuissant, avec les gestes et les propos correspondants. Il ne s'agit pas d'une remémoration, mais c'est « comme si » le passé devenait présent ; le sujet agit en réaction à ce qu'il revit intensément. L'apparition des ecmnésies est fréquemment due

à l'effet d'un déclencheur, à la manière d'un stimulus sensoriel (bruit, odeur, etc.). Ce phénomène se manifeste comme un forçage de la pensée [38].

Le sujet reste ainsi « fixé » à la temporalité particulière de sa rencontre traumatique. Il assiste à l'inéluctable retour de ce face-à-face avec l'irreprésentable de la mort.

Cette expérience de la mort entraîne une forme de fascination à l'origine de sentiments de honte et de culpabilité, qui laissent le sujet dans le silence et la souffrance. C'est ici qu'intervient l'importance du repérage précoce de ces patients en détresse.

I.3.5 Formes cliniques

D'après l'arrêté de 1992 servant de guide pour les expertises psychiatriques des blessures psychiques, différentes formes cliniques peuvent être recensées [14]. Ainsi, on distingue le « psycho-syndrome névrotique » (section A), les troubles névrotiques avec les troubles anxieux, les troubles phobiques, les troubles obsessionnels et les conversions (section B), les troubles de la personnalité (section C), les troubles schizophréniques ou délires non schizophréniques (section D), les troubles psychotiques aigus (section E), les troubles de l'humeur (section F) et les troubles démentiels (section G). La clinique est très polymorphe, mais les TPPT se repèrent souvent par un changement de comportement ayant un retentissement familial et professionnel.

I.3.6 Comorbidités

Il existe un certain nombre de symptômes associés aux traumatismes psychiques sans toutefois faire partie du tableau clinique. Les comorbidités ont un impact certain sur le psychisme du sujet et sur l'évolution des troubles. Les troubles cognitifs ou des conduites, les addictions et les modifications de la personnalité accroissent le sentiment de changement perçu par le patient et ses proches et grèvent le pronostic de la maladie [41].

Les principales comorbidités rencontrées dans l'ESPT sont les addictions. Chez les patients traumatisés, le risque de polyconsommation de tabac, d'alcool, de cannabis, de cocaïne, d'opiacés est augmenté. Généralement, la consommation est constatée après l'exposition à un événement traumatisant.

L'addiction la plus fréquemment rencontrée est celle liée au mésusage d'alcool. Pour atténuer le sentiment d'angoisse que provoque le syndrome de répétition traumatique, les patients boivent, notamment le soir. Une autre alternative, tout aussi inquiétante, est l'automédication

par des anxiolytiques, comme les benzodiazépines ou des somnifères à la recherche d'un apaisement psychique pour trouver le sommeil. Le plus souvent, les patients présentent une triple addiction : tabagisme actif, alcoolisations vespérales et consommation de benzodiazépines au coucher.

Les algies chroniques existent dans 80% des ESPT. Leur prise en charge conjointe est nécessaire, car ces douleurs chroniques grèvent le pronostic global de la maladie traumatique. Beaucoup de soldats souffrant d'ESPT ont été amenés initialement à consulter pour des symptômes somatiques qui étaient en fait une somatisation de leur souffrance psychique, tels qu'un ulcère gastrique, une HTA, une algie chronique, des troubles sexuels, etc.

Enfin, les troubles anxieux généralisés et les troubles dépressifs occupent une part importante des comorbidités. Une surmortalité par accident de la voie publique, suicide ou prise de toxiques a été constatée d'après une étude réalisée chez les vétérans américains de la guerre du Vietnam. En effet, les conduites suicidaires sont plus fréquentes au retour de mission, comme les conduites addictives, les passages à l'acte hétéroagressifs, les prises de risque inconsidérées comme la conduite automobile dangereuse.

Les complications dans la sphère sociale, familiale et professionnelle comme les incidences judiciaires ne sont pas à méconnaître.

Ce rappel clinique est la pierre angulaire du repérage des TPPT. Tout soignant amené à effectuer un entretien de dépistage doit être familiarisé avec cette sémiologie du trauma.

I.4 Aspects étiopathogéniques

Les modèles de compréhension des TPPT permettent de mieux appréhender certains aspects cliniques, notamment la notion de « réaction au stress » qui peut être concomitante du traumatisme psychique.

Les recherches étiopathogéniques concernant le stress et le traumatisme psychique sont nombreuses et variées. Un travail de synthèse majeur, publié en janvier 2009, le « *Cape Town consensus on posttraumatic stress disorder* », a été réalisé par des experts majoritairement américains et israéliens [42].

Les incidences thérapeutiques sont aussi éclairées par les différentes hypothèses développées par les recherches en cours.

I.4.1 Hypothèse de l'anomalie de la mémorisation [43, 44]

L'hypothèse de l'anomalie de la mémorisation assimile l'ESPT à une « peur apprise ». Elle implique les structures neurophysiologiques en lien avec le réseau de la peur (amygdale-hippocampe et cortex frontal).

D'un côté, on parle d'un excès de mémorisation qui entraîne une réorganisation cérébrale de la mémorisation autour du traumatisme. La mémorisation émotionnelle (amygdale cérébrale) prend l'ascendant sur la mémorisation contextuelle (hippocampe). La sensibilité et la réactivité sont plus élevées face au souvenir de l'événement traumatique (abaissement du seuil de la perception sensorielle). L'amygdale est activée par l'action synergique des catécholamines et des glucocorticoïdes, molécules impliquées dans la réaction de stress.

D'un autre côté, on parle d'un déficit d'extinction de la mémorisation traumatique. Le mécanisme d'inhibition de l'amygdale par le cortex frontal et l'hippocampe est déficient chez les sujets atteints de trouble psychique post-traumatique. Des travaux de cartographie en neuro-imagerie cérébrale ont effectivement trouvé une diminution du volume de l'hippocampe chez les porteurs d'ESPT. De même, une dysfonction du cortex frontal est en cohérence avec l'hypothèse d'un déficit frontal, souvent retrouvé en IRM fonctionnelle.

I.4.2 Hypothèse d'une réaction de stress inadaptée [44]

La pathologie traumatique est vue par certains auteurs comme le débordement des défenses psychiques du patient face au stress. Celui-ci passe d'un état de stress adapté à un état de stress inadapté, le rendant totalement inopérant. Ce phénomène s'expliquerait par l'excès d'activation du système sympathique et un défaut d'activation de l'axe corticotrope (déficit en glucocorticoïdes). Enfin, les glucocorticoïdes ont une action inhibitrice de l'hippocampe.

D'une part, le stress entraîne une importante libération de catécholamines (adrénaline et noradrénaline). Elles sont produites, sous le contrôle du système nerveux autonome (SNA), par

la glande médullo-surrénale. Elles provoquent un ensemble de réactions physiques permettant une adaptation du sujet au stress.

Cet excès d'activation catécholaminergique participe à l'émergence de symptômes centraux (hyperéveil, flashbacks, mémorisation émotionnelle, etc.) et périphériques (augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire, hypertonie musculaire, activation métabolique, inhibition digestive et sexuelle). Pour appuyer cette hypothèse, on a remarqué que le propranolol (β -bloquant franchissant la barrière hémato-encéphalique) réduirait le risque d'évolution d'un état de stress aigu vers un état de stress post-traumatique.

D'autre part, l'exposition au stress active l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui libère une importante quantité de cortisol. Dans l'ESPT, la cortisolémie de base est abaissée à cause d'une augmentation de la sensibilité de l'axe corticotrope au rétrocontrôle inhibiteur du cortisol.

I.4.3 Hypothèse « d'un excès de réactivité cérébrale » [44, 45, 46]

Plusieurs neuromédiateurs impliqués dans la régulation de la réaction de stress au niveau cérébral sont modifiés chez les sujets présentant un traumatisme psychique.

- Excès d'activation :
 - Le glutamate (neurotransmetteur excitateur) et le CRF induisent un excès d'activation cérébrale. Le glutamate intervient dans la transmission informationnelle et dans la mémorisation à long terme au niveau de l'hippocampe et de l'amygdale.
 - Le système dopaminergique est activé dans les situations imprévues et libère de la dopamine dans le cortex frontal et sous cortical. Ces deux structures sont impliquées dans les émotions. Une augmentation de l'élimination urinaire de dopamine a été mesurée chez les porteurs d'ESPT. Un fort tonus dopaminergique semble renforcé dans les réactions de stress.

- Défaut d'inhibition :
 - Le GABA intervient dans la vigilance, l'anxiété et la mémorisation. La dysfonction de la neurotransmission GABAergique entraîne un défaut d'inhibition cérébrale. Sa quantité libérée est réduite lors d'un état de stress et la fonctionnalité des récepteurs GABA est dégradée.

- Le système peptidergique (neuropeptide Y ou opiacés) s'oppose à l'action activatrice des catécholamines lors du stress. Le neuropeptide Y, retrouvé à un taux plus faible chez des vétérans souffrant d'ESPT par rapport à des vétérans indemnes, est anxiolytique et régulateur de stress. La morphine réduit l'activation du *locus coeruleus*, donc limite l'activation des catécholamines.
- La sérotonine (5-HT) est un neuromédiateur largement libéré durant le stress. Il intervient sur la réactivité au monde environnant via la régulation de l'humeur, de l'agressivité et de l'anxiété. Il agit aussi sur la récupération post-stress par son action sur le sommeil, l'appétit et la mémorisation. L'efficacité de la neurotransmission sérotoninergique est dégradée dans les ESPT. L'action positive des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) est en faveur de cette hypothèse.

I.4.4 Modèle psychodynamique : [37, 47, 48, 49]

Il ne faut pas perdre de vue la perspective psychodynamique et l'apport de la psychanalyse dans le domaine du psycho-traumatisme.

L'expérience traumatique peut être envisagée sous l'angle de l'inattendu. Le traumatisme psychique constitue une rupture radicale dans la vie du sujet. Cette rupture met en évidence un vécu d'impossibilité du retour vers un « avant » cette rencontre avec le « réel de la mort ».

Reprenons le modèle psychopathologique freudien de l'effraction traumatique, adapté par le professeur Lebigot, psychiatre militaire [47, 48]. Il faut imaginer l'appareil psychique comme un volume sphérique, contenu dans une membrane, qui le protège des agressions extérieures.

Les « excitations » du monde extérieur, comme un évènement stressant, constituent de grandes quantités d'énergie qui viennent déformer la membrane. Tant qu'elles ne sont ni trop intenses, ni trop prolongées, elles ne parviennent pas à rompre la continuité de la membrane. Le milieu intérieur est donc provisoirement modifié, mais l'intégrité des barrières lui permet d'empêcher l'envahissement du milieu intérieur. Ce phénomène se traduit cliniquement par de l'angoisse. Ainsi, en l'absence d'effraction traumatique, le sujet peut retrouver son état antérieur.

L'évènement traumatique, sous forme d'excitation intense, traverse les défenses psychiques du patient par effet d'effraction. L'image du néant, l'image du réel de la mort, s'incruste dans le

psychisme du patient. Cette rupture de la membrane et cette rencontre avec le néant provoquent un chaos d'émotion que nulle représentation, aucun mot, ni affect, ne peuvent symboliser.

En effet, l'expérience traumatique traverse l'appareil psychisme jusqu'à une zone refoulée et interdite, zone des expériences extrêmes de néantisation, de morcellement, d'avant le langage. Ce retour en arrière est une transgression majeure qui produit un sentiment de faute dont le sujet ne sait que faire. La culpabilité est inhérente à l'expérience traumatique ; elle se mêle aux sentiments d'abandon, de honte, de fascination/répulsion pour l'horreur, créant ainsi une gamme de symptômes qui constitueront la clinique du traumatisme psychique et de ses conséquences sur la structure subjective.

L'évènement est vécu dans un état d'effroi. Le sujet est comme abandonné par le langage, sa pensée est vide. Or, le langage, c'est ce qui fait l'être de l'homme. Il se sent alors comme exclu de l'ensemble des humains, en proie à un sentiment de honte devant sa deshumanisation. Ce sentiment d'abandon et le caractère ineffable de l'expérience sont à l'origine de son repli sur lui-même.

Cette image du néant réapparaît dans le syndrome de répétition, la nuit dans les cauchemars et le jour dans les flashbacks. Elle installe la certitude de sa propre mort dans le psychisme du sujet. C'est la « fin de l'illusion de l'immortalité » (Ferenczi, 1918). Pour le patient, la mort est toujours présente. Lacan, d'ailleurs, écrit que se donner la mort serait ici « une façon de récupérer son immortalité » (Lacan, 1968) [47].

Ce rapport à la mort donne au sujet le sentiment d'être devenu différent des autres. Il s'agit d'un véritable effondrement narcissique qui participe à la tristesse permanente, si fréquente chez les blessés psychiques.

Il est intéressant, à ce stade, de constater que les modèles de compréhension du stress et du traumatisme psychique font appel à une écoute attentive du vécu du patient. Les cibles du traitement, dans une approche intégrative, seront dans un premier temps symptomatiques, centrées sur les phénomènes de « stress » et « d'hyperéveil », puis nécessiteront un travail d'élaboration psychodynamique de la position subjective du patient au cœur de sa trajectoire de vie.

I.5 Principes de prise en charge

I.5.1 Objectifs

L'objectif principal de la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques est de diminuer la violence du syndrome de répétition traumatique et de permettre au sujet de se dégager de ses effets mortifères. Il s'agit aussi de faire céder l'angoisse et les effets de stress. La précocité de la prise en charge d'un état de stress aigu dans la phase immédiate et post-immédiate est capitale. Elle permet d'infléchir favorablement le pronostic d'un éventuel ESPT. Les TPPT sont chroniques et évoluent par éclipses. Ainsi, l'inscription du patient dans un parcours de soins au long cours est un enjeu majeur. La capacité des soignants à maintenir un cadre thérapeutique ajusté à l'évolution clinique et psychosociale est le garant d'un processus de réhabilitation globale.

I.5.2 Le soutien psychologique : une approche dynamique et continue [38]

Le principe du soutien psychologique a été construit en trois temps : immédiat, post-immédiat et à distance. Une prise en charge précoce et efficace permet de limiter l'impact éventuel des TPPT sur la santé des combattants. L'enjeu majeur est le maintien de la capacité opérationnelle des forces.

○ Les soins immédiats (dans les premières 24 heures) : le defusing

Les premiers temps de la prise en charge se basent sur le principe de Salmon : immédiateté, proximité, expectative, simplicité. Le cinquième principe est la « non obligation du retour au combat pour le soldat traumatisé ».

Le soutien psychologique immédiat est appelé *defusing*. Il a pour objectif d'agir sur le stress aigu, d'évaluer et de réamorcer les capacités « ordinaires » de pensées (processus d'idéation) du combattant traumatisé. Il procède d'un temps d'accueil dans un lieu sécurisé.

Il réintroduit le sujet, pris dans l'expérience traumatique, dans une relation de parole qui lui redonne des repères temporels et spatiaux, par l'entremise de consignes claires avec calme et conviction. Face à un combattant en état de dissociation péritraumatique, on veillera à le désarmer, à évaluer la nécessité d'un traitement de type Loxapine et surtout à mettre en œuvre une surveillance constante [38].

- Les soins post-immédiats : le debriefing

Les soins post-immédiats sont centrés sur le débriefing médico-psychologique. Il s'organise dans les 2 à 10 jours après l'événement, si possible après les rites sociaux (honneurs militaires, cérémonies). Il a pour objectif d'aménager un espace intermédiaire entre l'expérience potentiellement traumatisante et le quotidien, d'assurer une élaboration, mise en mot d'une expérience, relance le travail de symbolisation.

Cet entretien peut être individuel ou collectif. Il vise à sortir le groupe impliqué de l'isolement et le sujet du groupe. Chacun est invité à parler librement de ce qu'il a pu ressentir ou penser au moment des faits, pour exprimer ses propres questions. Il s'agit aussi d'un temps d'information [38].

Si le tableau persiste au-delà de 48-72h, une évacuation sanitaire doit être organisée sans tarder vers le rôle 2 (antenne chirurgicale) ou 3 (l'hôpital médico-chirurgical), car il existe un risque sur le plan de la sécurité individuelle et collective.

- La prise en charge à distance :

Il s'agit de créer un lien de confiance, une alliance thérapeutique avec le sujet. C'est la condition indispensable pour créer un climat propice à l'échange et au suivi dans la durée. La psychothérapie est le cœur de la prise en charge au long cours. Qu'elle soit d'inspiration psychanalytique, cognitivo-comportementale ou de type *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing* (EMDR), elle implique une coordination dans un parcours de soins entre le spécialiste, psychiatre ou psychologue, et le médecin des forces [50].

Dans une démarche psychodynamique, le sujet est engagé à témoigner de son expérience traumatique, à s'interroger sur la place qu'elle occupe dans le déroulement de son histoire personnelle : « Que s'est-il passé pour moi à cet instant-là ? » [38].

La place de la parole et des soins se situe dans la prise en compte de ce qui surgit d'indéchiffrable, d'irreprésentable, et qui se noue dans une chaîne signifiante, un récit au fil des séances. Cet accompagnement concourt à aider l'individu à se dégager de la fascination qu'exerce sur lui le traumatisme et à combattre un vécu d'abandon, d'isolement.

Le traumatisme ne s'efface pas, mais l'événement peut progressivement perdre de son intensité mnésique et intégrer le réseau des souvenirs.

I.5.3 Les traitements médicamenteux

- En phase aiguë :

Face à des états d'angoisse majeurs et d'hypervigilance, les psychiatres engagés sur les théâtres d'opérations ont remarqué, de manière empirique, l'efficacité de la *Loxapine* (traitement neuroleptique à visée anxiolytique) à petite dose (10 à 15 gouttes au coucher), sur une courte durée, pour lutter contre l'hyperéveil et, ainsi, favoriser le processus de récupération avec un sommeil de meilleure qualité.

Les anxiolytiques de type antihistaminique (comme l'*Hydroxyzine*) sont également utilisés pour leur action sédatrice sur les troubles du sommeil, les flashbacks, les manifestations anxieuses [38].

- En phase chronique :

Face aux manifestations d'hyperéveil, d'hypervigilances résistantes, aux reviviscences très envahissantes, la *Loxapine* comme la *Cyamémazine* (neuroleptique) peuvent aussi être efficaces à petites doses ajustées en fonction de la tolérance et en l'absence de QT long (ECG normal).

Les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) font l'objet d'un consensus [52]. En cas de symptômes prolongés d'anxiété, de troubles de l'humeur (dépression) ou face à la persistance d'un syndrome de répétition traumatique envahissant, la *Paroxétine* et la *Sertaline* peuvent être indiquées. Dans le cadre d'un traitement au long cours, ces traitements sont à préférer aux anxiolytiques, notamment aux benzodiazépines ou aux hypnotiques pour lesquels un risque d'enkystement des symptômes voire de dépendance existent.

I.5.4 Aspect psychosociaux

La reconnaissance, la réparation et la réinsertion socio-professionnelle font partie du processus de reconstruction du combattant. Parfois, ces aspects psycho-sociaux prennent une part très importante dans le discours du patient.

Depuis 1992, les ESPT sont reconnus comme des blessures imputables au service au même titre que les blessures physiques. Elles ouvrent droit à une réparation au titre des pensions militaires d'invalidité (seuil de 10% pour les TPPT), ce qui a également un impact thérapeutique [14]. L'attribution d'une pension participe à la reconnaissance institutionnelle. Elle facilite la réhabilitation psycho-sociale qui est décrite comme un véritable « parcours du combattant » par

les patients confrontés à de multiples procédures d'expertise et des démarches administratives complexes.

Au niveau du devenir médico-militaire, les ESPT posent des questions d'aptitude difficiles à systématiser. Les possibilités de réinsertion professionnelle dépendent de la sévérité des troubles, de l'adhésion aux soins, de la spécialité et du type d'emploi, de la motivation et de la demande du patient. Un aménagement du poste de travail peut être organisé en lien avec le commandement. Quand les séquelles sont majeures, une présentation devant la commission de réforme des militaires peut se révéler nécessaire au terme d'un congé de longue durée pour maladie (CLDM) qui peut durer jusqu'à huit ans.

Conclusion

Les TPPT, affections chroniques évoluant par éclipses, peuvent entraîner de graves conséquences sur la vie du sujet au niveau social, familial et professionnel. Si aucun protocole ne permet de prévenir les traumatismes psychiques, il est capital de savoir repérer précocement les signes cliniques. Cela implique pour les équipes des CMA de maintenir un lien de proximité avec les unités. Il s'agit d'être attentif au personnel des forces armées de retour de mission et lors de leurs visites médicales périodiques (VMP) tout au long de leur carrière. La traçabilité est importante et fait l'objet du troisième plan d'action « Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées », en date du 18 décembre 2015 [53].

Il ne faut pas perdre de vue que l'enjeu majeur est le maintien de la capacité opérationnelle des armées. Un des conseils donnés au commandement face au risque traumatique est de sensibiliser les combattants, l'encadrement de proximité et les familles aux signaux d'alerte de souffrance psychique, afin de mettre en place une prise en charge adaptée avec le médecin de l'unité dans un parcours de soins coordonné. Cela participe à la « déstigmatisation » de ce type de « blessure invisible » et favorise le recours au dispositif de soutien médico-psychologique. La précocité des soins permet d'infléchir favorablement le pronostic évolutif des troubles psychiques post-traumatiques.

Cela souligne la nécessité d'une vigilance continue avec un dépistage précoce et systématique, objet de notre thèse.

Il s'agit maintenant de déterminer la place de chaque acteur du parcours de soins et, tout particulièrement, de l'infirmier des forces sous la responsabilité du médecin du CMA.

II- Les acteurs du soutien sanitaire des forces armées françaises : aspects spécifiques au TPPT

Un plan d'action pour les troubles psychiques post-traumatiques existe depuis 2011. Chaque acteur, lié par ce plan d'action, a une place bien définie. Nous décrirons dans un premier temps ce plan d'action, puis dans un second temps nous aborderons la place singulière du médecin des forces et de son infirmier. Enfin, nous identifierons le réseau des acteurs du soutien médico-psychologique du blessé psychique.

II.1 Politique de prévention du SSA

Le plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques » 2011-2018 est né des suites de la « Grande enquête » effectuée en 2009 par la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) et le service de santé des armées (SSA) concernant les besoins en prévention du personnel de la défense [1, 19, 53].

L'enjeu majeur de ce plan pour les forces armées est le maintien de la capacité opérationnelle des combattants. En effet, la précocité et la qualité de la prise en charge des TPPT permettent de limiter l'impact éventuel de ces troubles sur l'aptitude.

Ce plan a fixé six objectifs principaux et onze axes stratégiques pour les atteindre. Les deux axes en lien avec notre travail sont les suivants : « mieux informer, prévenir, repérer et diagnostiquer les troubles liés au traumatisme psychique » (axe 1), mais aussi « mieux prendre en charge les conséquences immédiates, à court et à long terme d'une rencontre avec un événement traumatique au plan psychique » (axe 2) [19].

C'est le médecin des forces qui est au cœur du dispositif. Il est la « pierre angulaire » de la chaîne santé. Autour de lui, s'articulent les différents acteurs du soutien médico-psychologique du blessé psychique, qui sont : les psychiatres des HIA, les psychologues cliniciens du SSA et des forces armées, mais aussi les infirmiers dont le premier rôle est de seconder le médecin dans toutes ses missions.

La mise en place de ce plan d'action a entraîné des directives relatives au parcours de soins du blessé psychique (action 2.1) : « Dépister individuellement et de façon systématique les TPPT 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 événement ou une situation potentiellement traumatisante au plan psychique. Ce dépistage est systématiquement étendu au retour des missions des personnels isolés. » Même en l'absence de manifestation, dès qu'un militaire a été exposé à des situations de combat ou à tout événement grave, il fait l'objet d'un dépistage systématique à 3-6 mois [19].

« Il est proposé que les entretiens à visée de dépistage effectués dans les CMA soient systématisés par une visite dédiée post-opérationnelle au troisième mois (avec utilisation de la PCLS) » (axe 2 - objectif 1) [19].

Un second objectif du plan d'action a donc été de donner à tous les médecins des forces les compétences pour dépister les militaires souffrant de TPPT, le savoir-faire pour initier les soins, orienter le militaire en souffrance vers une prise en charge adaptée. De même, les infirmiers des forces doivent être capables de seconder efficacement l'action du médecin, dans un travail d'équipe, grâce à une formation initiale et continue.

Dans ce but, depuis 2011, les médecins des forces et les infirmiers bénéficient d'une formation initiale spécifique et de séances de formation continue communes afin d'améliorer leurs connaissances des ESPT et leur capacité à les repérer, notamment avec l'utilisation de la PCLS (objectif 1) [1, 19].

Plusieurs modules de formation ont été établis pour les médecins et les infirmiers concernant le stress post-traumatique :

- Un programme de formation initiale des médecins à l'Ecole du Val-de-Grâce (EVDG) lors de leur internat (diplôme universitaire « urgences des temps de crise »). Sont abordés dans ce module le dépistage des décompensations psychiatriques en OPEX : les troubles psychiques aigus de guerre et de catastrophe, l'hygiène mentale des groupes projetés et isolés en OPEX, le travail commun avec les intervenants du soutien psychologique des forces, la mise en place du soutien psychologique des personnels au retour et leur suivi à plus ou moins moyen terme [54].

- Un module de formation continue spécifique « diagnostic et prise en charge des TPPT », dans le cadre de l'EVDG, sous l'égide de la chaire de psychiatrie et de psychologie

clinique appliquées aux armées. Six à huit formations annuelles par HIA sont proposées, comprenant 12 à 15 participants par session (axe 1 – action 1.1). Des séances organisées à l’initiative des directions régionales du SSA sont également délocalisées dans les CMA et animées par les psychiatres des hôpitaux des armées.

- Un module de deux jours pour le médecin et l’infirmier des forces, de « Simulation pour la prise en charge psychiatrique », centré sur les techniques de débriefing médico-psychologique selon la méthode du CRM (*crisis resource management*) [55 : fiche D02-0058]. Il est mis en œuvre par le CESimMO (Centre d’enseignement et de simulation à la médecine opérationnelle), centre de formation de l’Ecole du Val-de-Grâce créé en 2014 [56].

- Le CAMMEEx, cours avancé de médecine en mission extérieure, est une formation obligatoire dans la formation initiale des internes et des assistants des spécialités médicales depuis 2011. Les internes doivent valider l'ensemble des 4 modules pour obtenir le diplôme du CAMMEEx. Le module 1 se concentre sur le soutien psychiatrique et psychologique en OPEX [55 : fiche D02-00271].

- A l’EPPA (Ecole du personnel paramédical des armées), conformément à l’arrêté du 31/07/2009 relatif à la formation des infirmiers et au plan d’action 2013-2015 (axe 1 - action 1.4), un enseignement relatif à l’entretien infirmier et aux troubles psychiques post-traumatiques est réalisé.

* Lors de la formation initiale, en première et troisième année, un psychologue dispense six heures de cours dans l’unité d’enseignement 4.2 « Soins relationnels ». Dans l’unité d’enseignement 2.6 « processus psychopathologique », deux heures sont dédiées au « Stress et à l’état de stress post-traumatique » parmi l’ensemble des cours consacrés à la compétence 4 « mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ».

* Lors de la formation complémentaire dispensée aux élèves diplômés en quatrième année, lors de la FMO (formation militaire opérationnelle), on retrouve un complément de formation avec notamment dans le module 5, l’UF B.4 « Gestion du stress », huit heures de cours sur l’« Infirmier militaire face à une situation de stress - Gestion du stress en opération » réparties de la façon suivante : Les mécanismes du stress (deux heures), les conséquences du stress en opération (trois heures) et la gestion du stress (trois heures). Une dernière heure de cours présentant les cellules médico-psychologiques a lieu dans le module 6 UF B.3 « Médecine de catastrophe » [57].

- Le CFMA (centre de formation en médecine aéronautique) dispense un enseignement sur le dispositif de soutien médico-psychologique après accident aérien lors de différentes formations :

- Lors du stage de formation milieu « air » au profit des infirmiers affectés dans les centres médicaux des armées (MITHA –Air) qui est destiné aux élèves infirmiers de l'Ecole du personnel paramédical des armées (EPPA) en fin de cursus, appelés à servir dans les centres médicaux des armées et antenne médicale soutenant des unités de l'armée de l'air (trois heures de cours et d'échange sur les pratiques avec les spécialistes du SMPCAA et les psychologues cliniciennes de l'armée de l'air).
- Le certificat d'infirmier convoyeur de l'armée de l'air (ICvAA), au profit des infirmiers sélectionnés pour rejoindre l'escadrille aérosanitaire de Villacoublay, offre également neuf heures de formation sur les spécificités de la psychiatrie opérationnelle aéronautique, les évacuations sanitaires pour motif psychiatrique et la gestion des urgences médico-psychologiques à bord d'un avion.
- Lors du brevet de médecine aéronautique de défense (BMAD) qui est une formation spécialisée et qualifiante destinée aux médecins chargés du personnel navigant des unités de l'Armée de l'Air (AA), de l'Aviation Légère de l'Armée de Terre (ALAT), de l'Aéronautique Navale (AN) et des Forces Aériennes de la Gendarmerie (FAG) [55 : fiche D03-0019].
- Lors du brevet international de médecine aéronautique (BiMA) dont le contenu pédagogique correspond à la formation théorique du BMAD au profit de médecins militaires de pays francophones dans le cadre d'accord de coopération.
- Lors du brevet supérieur de médecine aéronautique (BSMA).
- Lors du certificat de médecine appliquée au parachutisme (CMAP), destiné aux médecins affectés dans les unités aéroportées non titulaires du BMAD.
- Enfin, le CFMA a récemment créé un stage au profit des psychologues cliniciens du SSA et des forces. Il s'agit d'un stage de sensibilisation au dispositif de soutien médico-psychologique dans les suites d'un événement aérien.

II.2 Les acteurs du soutien sanitaire

II.2.1 Le médecin des forces :

Le médecin des forces est spécialiste en médecine générale et médecin expert pour les forces armées.

○ Son diplôme :

Diplômé d'un DES de médecine générale, la formation initiale médico-militaire de six ans se fait à l'Ecole de santé des armées (ESA) et à la faculté de médecine civile. La suite de la formation a lieu à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce pendant trois ans où il obtient un diplôme universitaire intitulé « urgence en temps de crise » (DU UTC) [54].

○ Son lieu d'exercice :

Il exerce principalement dans les centres médicaux des armées (CMA) ou dans les CMIA (centre médicaux inter-armées) outre-mer, mais aussi à bord d'un bâtiment de la marine nationale ou dans les centres d'expertise initiale.

Le CMA est une formation administrative organique du SSA, directement subordonnée à une direction régionale du service de santé (DRSSA). Chaque CMA est constitué d'une ou plusieurs antennes médicales distantes géographiquement. L'antenne médicale colocalisée avec l'échelon de commandement du CMA est appelée « site principal » du CMA. Par exemple, l'antenne médicale de Bricy est dirigée par le CMA de Tours qui dépend de la DRSSA de Brest. Le CMA est commandé par un praticien du corps des médecins des armées, le médecin-chef de la Base de Défense [58].

La mission principale du CMA est la satisfaction du besoin en soutien médical des forces armées pour toutes les activités opérationnelles :

- « Par la réalisation des soins médicaux urgents et courants, visant au maintien du bon état sanitaire et de l'aptitude médicale opérationnelle du personnel militaire.
- Par le contrôle de l'aptitude médicale du personnel.
- Par l'action permanente dans le domaine de la prévention médicale, de l'hygiène individuelle et collective et de l'amélioration des conditions de travail.
- Par l'organisation du soutien médical des activités à risques » [59].

○ Ses multiples missions en métropole :

La place du médecin des forces est tout à fait singulière. Il assure des missions de diagnostic clinique et de soins au profit du militaire, associées à des missions d'expertise destinées à renseigner le commandement sur l'aptitude du personnel à accomplir en tout temps et en tout lieu sa mission sans impact sur la santé individuelle, le groupe et à niveau de sécurité optimal.

La médecine de prévention est une tâche indissociable de son activité, avec notamment des missions d'information, de conseil au commandement dans le domaine de la santé et de l'hygiène sur le territoire national comme en OPEX. Il procède à l'éducation sanitaire des militaires (hygiène, prophylaxie).

La visite médicale périodique (VMP) est réalisée tous les deux ans pour chaque militaire par le médecin des forces (certaines catégories de personnel comme par exemple le PN ou les sous-marinières ont des visites spécifiques plus rapprochées, selon un cadre réglementaire propre) [60, 61, 62]

Ce temps initialement dédié à l'évaluation de l'aptitude du militaire est souvent associé à un temps d'éducation sanitaire, de dépistage, de suivi de l'état de santé physique et psychique.

Cette pratique unique dans le monde de la santé se fait dans le strict respect du secret médical. Le médecin des armées a un code de déontologie spécifique fixant le cadre de sa pratique en situation d'exception [63]. Il n'appartient pas à l'ordre des médecins.

Enfin, dans le cadre de son rôle de soignant, il a également la possibilité de participer à la réalisation de soins, de consultations, au profit des familles de militaires et du personnel civil de la défense.

○ Ses missions en opération extérieure :

Un dernier versant du métier de médecin militaire est lié à sa sujétion opérationnelle. Il est projetable sur les théâtres d'opérations ou à bord des bâtiments de la marine nationale. Vivant aux côtés des militaires en opération, en mer ou outre-mer, il est le premier recours pour traiter et évacuer les blessés. Il dispense les informations sanitaires nécessaires et surveille les conditions d'hygiène des lieux de vie. Il conseille le commandement en ce sens.

Avant le départ en mission, il participe à la préparation opérationnelle des forces et de ses propres éléments. Il s'assure de la mise en condition médicale et concourt à la formation du personnel dans le domaine du sauvetage au combat.

- Une exigence de formation :

Le médecin d'unité a une obligation de moyens. Ainsi, il doit en permanence veiller au maintien de ses compétences et s'assurer de la formation professionnelle continue du personnel sous ses ordres (infirmiers et auxiliaires sanitaires).

- Le médecin des forces et ses missions de repérage des TPPT :

Dans le cadre des troubles psychiques post-traumatiques, le médecin des forces a un rôle central. Du fait de sa proximité avec les combattants, en CMA comme sur les théâtres d'opérations, il peut suivre l'évolution du groupe, repérer le personnel nécessitant des soins et conseiller le commandement. Avec l'infirmier et le renfort éventuel d'un psychiatre et/ou d'un psychologue clinicien, il prend en charge immédiatement les militaires souffrant de troubles aigus.

Il organise le dépistage systématique des éventuels TPPT dans les trois à six mois qui suivent le retour des militaires, dès lors qu'ils ont été exposés à des situations de combat ou à tout événement grave, même en l'absence de manifestations aiguës.

Garant de la continuité et de la cohérence de la prise en charge, il organise et coordonne le parcours de soins du blessé psychique, en synergie avec les acteurs du dispositif de soutien médico-psychologique militaire et civil.

En sa qualité de conseiller du commandement, le médecin des forces concourt également à la sensibilisation des militaires sur les troubles psychiques post-traumatiques.

Le médecin des forces est détenteur du livret médical du militaire, garant de la traçabilité des souffrances liées à l'exercice du service (déclaration d'affection présumée imputable au service - DAPIAS - rapport circonstancié, etc.). Son action préserve les droits du militaire sur le plan statutaire (congrés liés à l'état de santé notamment) et pour ce qui concerne la réparation des séquelles liées à sa blessure (pension militaire d'invalidité, jurisprudence Brugnot, etc.). Il participe également activement à la surveillance épidémiologique des armées en lien avec le CESP (centre d'épidémiologie et de santé publique des armées).

Pour assurer ces différentes missions, le médecin des forces est secondé par l'infirmier des forces.

II.2.2 Le personnel paramédical : l'infirmier des forces

L'infirmier des forces appartient au corps relevant du statut des « militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées » (MITHA) depuis 2014 [64, 65].

Les infirmiers sous-officiers sont recrutés, conformément aux dispositions de l'article L.4132-4 du code de la défense, parmi les militaires engagés qui satisfont aux conditions exigées (article 6). Ils accèdent à leur corps d'accueil à l'issue d'une formation militaire et d'une formation spécialisée, sanctionnée par un certificat ou un diplôme.

La formation des infirmiers militaires se fait à l'Ecole du personnel paramédical des armées à Toulon, bientôt délocalisée à Lyon-Bron. La formation est calquée sur la formation civile [66]. Ainsi, le diplôme d'état d'infirmier s'obtient après une formation théorique, sous la forme de cours magistraux, travaux dirigés et travail personnel guidé, et une formation clinique avec la réalisation de stages. La durée pour obtenir le diplôme d'état d'infirmier est de trois ans.

Les élèves infirmiers des forces sont plus sensibilisés aux pathologies susceptibles de toucher le personnel militaire, notamment les TPPT. Que ce soit en milieu civil ou militaire, chaque infirmier apprend à réaliser un entretien infirmier.

Les infirmiers des forces possèdent des compétences et des niveaux de qualification conformes aux spécificités des unités soutenues au sein de la base de défense. Ils accomplissent les actes médicaux infirmiers répondant aux besoins de santé du personnel et des formations soutenues dans les domaines du soin, de la médecine de prévention, de l'éducation sanitaire et de l'hygiène, et dans le respect des bonnes pratiques professionnelles.

Ils participent aux missions du SSA dans les emplois d'encadrement, de soins, de rééducation, et les postes médico-techniques ou administratifs correspondant à leur qualification professionnelle. Ils assurent le soutien sanitaire des activités à risque (par exemple, le soutien de l'activité parachutiste, des parcours de risques, etc.).

L'infirmier des forces a les mêmes compétences techniques qu'un infirmier civil. L'ensemble des soins qu'il peut réaliser sont définis par décret [67, 68, 69]. Les compétences des infirmiers se déploient autour de deux axes : rôle propre et rôle médico-délégué, selon l'article R.4311 du code de la santé publique [70]. L'infirmier identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue (surveillance). Il a les compétences pour prendre des initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires. Il peut élaborer des protocoles de soins infirmiers. Il gère le dossier de soins infirmiers [68]. L'exercice de la profession comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation des soins infirmiers et leur évaluation.

L'infirmier a également un rôle sur prescription. L'infirmier est chargé de la mise en application des prescriptions médicales et de la surveillance des effets secondaires ou complications qui pourraient en découler. Il n'est pas qu'un simple exécutant, mais il doit faire le lien entre ses connaissances et les ordonnances faites par les médecins. Ce rôle sur prescription est le lien hiérarchique premier qui existe entre le médecin et l'infirmier.

Dans le code de la santé publique, il est stipulé que « l'infirmier participe à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes (...) » [67]. De même en unité, l'infirmier des forces participe à la prévention, au dépistage et à la prise en charge des blessures psychiques du soldat.

L'infirmier des forces en CMA comme en opération, du fait de sa proximité avec les militaires, est souvent le professionnel de santé de premier recours. Il est 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 une relation de confiance et s'inscrivant dans la durée. Il est amené sur le terrain à prendre en charge immédiatement les militaires souffrant de troubles aigus.

L'infirmier diplômé d'état doit donc savoir dépister, informer et orienter un blessé psychique, en coordination et sous la responsabilité des médecins des forces.

II.2.3 Le personnel périmédical : l'auxiliaire sanitaire

Le personnel périmédical militaire en CMA sert en qualité de militaire du rang. Ce sont des militaires engagés volontaires de l'armée de terre (EVAT), des militaires techniciens de l'air (MTA), des volontaires du service de santé des armées (VSSA) ou des gendarmes adjoints volontaires (GAV), en fonction de leur armée d'appartenance. A Bricy, il s'agit essentiellement d'auxiliaires sanitaires qui ont le diplôme d'ambulancier. Dans l'armée de terre, ce sont des brancardiers secouristes. Ce personnel participe à l'accueil et à la prise en charge des patients au sein du CMA, sous la responsabilité de l'équipe médicale. Des tâches administratives leur sont également allouées, notamment quant à la préparation du dossier médical réduit avant un départ en OPEX [59].

Ils ont un rôle non négligeable dans le dépistage des TPPT dans la mesure où leur formation à l'accueil au sein du CMA leur permet d'être à l'écoute du personnel, en première ligne et de façon informelle.

II.3 Le dispositif de soutien médico-psychologique des forces armées

II. 3. 1 Organisation générale

Le dispositif de soutien médico-psychologique des forces armées est basé sur un réseau de spécialistes. Ce dispositif est régi par la charte d'organisation relative aux interventions sur le terrain en cas d'événement potentiellement traumatique des psychiatres et des psychologues des établissements de santé des armées et des psychologues des armées et de la gendarmerie. Elle a été signée en 2013 par les majors généraux des armées, de la gendarmerie nationale et par le directeur central adjoint du SSA [71].

Ce réseau de psychiatres des HIA, de psychologues du SSA d'active et de réserve, de psychologues institutionnels des forces armées forme le service médico-psychologique des armées (SMPA), dirigé par le coordonnateur national affecté à la DCSSA.

La mise en œuvre de la prise en charge médico-psychologique sur le territoire national et en opération extérieure après événement grave s'effectue selon le cadre de la note N° 514208 DEF/DCSSA/AAD-EMP/CN-SMPA du 21 juin 2016 [72]. Cette note souligne la place centrale du médecin des forces et de toute son équipe au plus près de l'événement et des unités à soutenir. La précocité et la continuité des soins sont au cœur de ce dispositif au profit des forces armées.

Ce soutien se fait également via le numéro vert « Ecoute Défense » mis place depuis 2013 et assuré par les psychologues du SSA H24 [73].

Dans l'armée de l'air, le soutien psychologique après accident aérien fait l'objet d'un cadre d'intervention spécifique, selon une instruction ministérielle [74]. Le médecin des forces est le conseiller du commandement quant à l'activation de sa cellule psychologique, composée de psychologues officiers de l'armée de l'air, en synergie avec les moyens déployés par le SSA.

Les psychologues du SSA sont tous des cliniciens ; ils appartiennent désormais au corps des psychologues MITHA. Ils sont environ quarante psychologues d'actives aujourd'hui dans le SSA à exercer dans les HIA, les CMA, la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) et la DCSSA. Actuellement, il existe 16 psychologues en CMA. Depuis le premier plan d'action 2011-2013, ces psychologues assurent le soutien psychologique des combattants tout au long de la carrière ; ils ont aussi un rôle dans la formation, la sensibilisation et le conseil au commandement [1].

Les psychologues institutionnels appartiennent aux armées. Chaque armée a ses propres modalités de recrutement. Il est à noter que les psychologues servant dans les forces armées sont soit spécialisés en psychologie du travail et des groupes (missions de recrutement, de tests des aptitudes psychotechniques, d'audit, de bilan de carrière dans le cadre des ressources humaines, etc.), soit en psychologie clinique [75]. Seuls ces derniers peuvent avoir une action soignante dans le parcours de soins coordonné par les praticiens du SSA.

Ces acteurs institutionnels exercent au sein :

- De la cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'air composée de psychologues cliniciens et localisée au sein du service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique (SMPCAA) du département d'expertise aéronautique de l'HIA Percy, sous la responsabilité technique du psychiatre chef de service.
- Des services locaux de psychologie appliquée (SLPA) de la marine, composés de psychologues cliniciens, et dirigés par un psychiatre du SSA chef du service de psychologie de la marine (SPM).
- De la cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de terre (CISPAT) sous la responsabilité du bureau de la condition du personnel- et environnement humain (BCP-EH).

- Du dispositif de soutien psychologique de la gendarmerie nationale, composé de psychologues cliniciens de la section « psychologie soutien intervention » (PSI) du pôle central et de psychologues cliniciens « conseillers techniques régionaux » (CTR) du pôle régional.

II. 3. 2 Dispositif de l'antenne médicale de notre étude

Le soutien médico-psychologique de la base aérienne de Bricy (Orléans), lieu de notre étude, est organisé en lien avec le service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique (SMPCAA) dans la mesure où il s'agit du service du SSA dédié au personnel navigant et d'une unité de soins ambulatoires de l'hôpital de rattachement. Le service de psychiatrie de l'HIA Percy est également un acteur de la prise en charge du personnel nécessitant un suivi et parfois un temps d'hospitalisation.

Le SMPCAA a été créé en 1963 par le Médecin Général André MISSENERD [62], psychiatre militaire soucieux d'accueillir dans un lieu spécifique le personnel navigant. A l'origine, centre dépendant de l'armée de l'air et exclusivement réservé à ses aviateurs, le SMPCAA, en intégrant le service de santé des armées (SSA), a vu progressivement s'élargir ses missions d'expertise au profit des navigants des autres forces armées (l'aviation légère de l'armée de terre, la gendarmerie et l'aéronavale de la marine nationale) et de ceux de l'aviation civile.

Accueillie pendant longtemps sur le site de l'état-major de l'armée de l'air à Paris, quartier Balard, cette unité fonctionnelle du département d'expertise aéronautique est implantée depuis 1996 sur l'îlot de l'HIA Percy, à Clamart, à proximité du CPEMPN (centre principal d'expertise médicale du personnel navigant) devenu depuis 2013 un « Aeromedical Center » [62]. Le SMPCAA est un service de référence pour l'aéronautique de défense et pour les instances médicales de la DGAC (direction générale de l'aviation civile). Sa mission première est d'assurer le suivi de l'aptitude médico-psychologique de tous les navigants qu'ils soient pilotes de chasse ou de transport, pilotes d'hélicoptères, mécaniciens navigants, navigateurs officiers systèmes d'armes, convoyeurs, agents sécurité cabine, pilotes de ligne, hôtesses de l'air ou stewards de l'aviation civile, mais aussi contrôleurs aériens et chuteurs à très grande hauteur (commandos parachutistes), sans oublier les pilotes de l'aviation de loisir.

Plusieurs générations de psychiatres et de psychologues se sont relayées pour poursuivre cette mission et accompagner en toute circonstance, du temps de paix (celui de l'entraînement) à celui de la guerre, ces combattants de l'air [76].

Des liens privilégiés se sont noués entre cette unité et les centres médicaux sur les bases aériennes. De plus, la formation initiale et la formation continue des médecins chargés du PN et des infirmiers des bases aériennes sont également organisées avec les praticiens du SMPCAA.

Depuis 2007, ce service accueille la cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'air, composée aujourd'hui de trois psychologues cliniciens. Leur mission première est l'intervention en cas d'événement grave, au profit du personnel de l'armée de l'air et des familles, en offrant des soins précoces et dans la continuité du parcours de soins [77]. Dans le cadre du soutien opérationnel des unités du commandement des opérations spéciales, les psychologues de l'armée de l'air assurent mensuellement une consultation délocalisée à l'antenne médicale spécialisée de la BA de Bricy. Cela favorise les échanges techniques avec les équipes médicales et l'orientation du personnel en souffrance, en étroite collaboration avec le médecin des forces. Le dispositif de soins de l'antenne médicale de Bricy prend également en compte les spécialistes de la santé mentale du secteur civil (centres médico-psychologiques, centres hospitaliers, cellules d'urgence médico-psychologiques, praticiens libéraux, etc). Des contacts ont été pris avec ces différents partenaires pour faciliter le suivi de proximité. Depuis peu, des psychologues cliniciens du SSA, d'active ou de réserve, enrichissent ce réseau de soins en exerçant au profit d'un CMA et en se déplaçant dans les antennes médicales.

Par ailleurs, la cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'air a mis en place une formation destinée aux primo-intervenants (auxiliaires sanitaires, pompiers, assistants sociaux, aumôniers, etc.) afin de les sensibiliser sur les impacts psychologiques individuels et collectifs des événements graves et de favoriser le repérage des signes d'alerte. Ces sentinelles facilitent l'accompagnement des impliqués en difficulté vers la chaîne de soins. Les médecins et les infirmiers sont invités à participer à cette sensibilisation afin de mieux connaître au sein de leur base les personnes du réseau d'aide.

Cette cellule de soutien propose un modèle de partenariat actif du temps de la crise, avec la possibilité d'une intervention médico-psychologique post-immédiate sur site, à celui du suivi dans la durée en lien avec les acteurs du soin. Sa connaissance du milieu aéronautique et du personnel est un atout majeur pour permettre au sujet de s'engager dans une démarche de soin.

Fort de ces liens historiques et d'une expérience commune, ce projet d'étude d'un protocole de délégation d'actes à l'infirmier pour le repérage des TPPT a été élaboré en collaboration avec l'équipe du SMPCAA qui s'est investie à nos côtés dans la formation et la supervision des

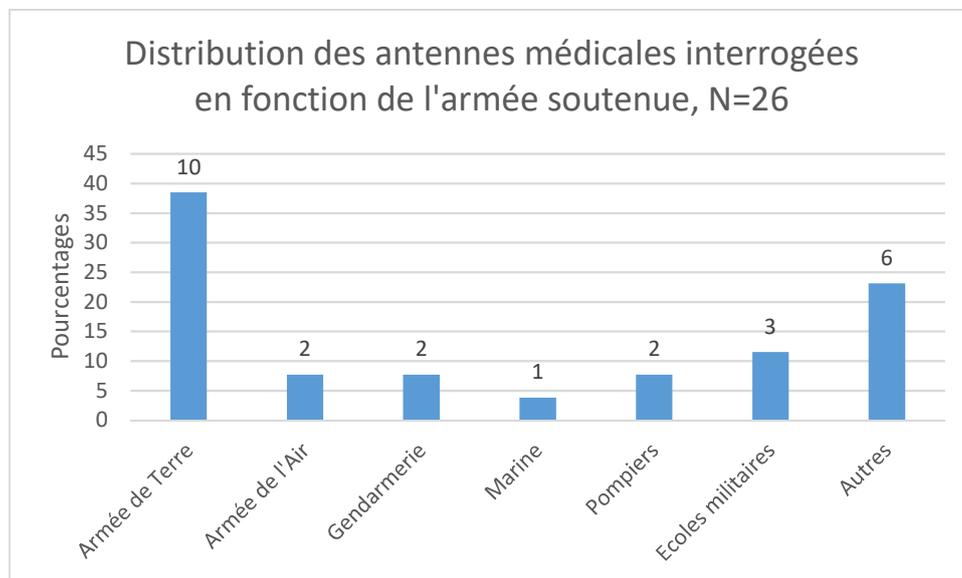
infirmiers de l'antenne médicale de Bricy. Le suivi du personnel chez qui nous avons dépisté un état de souffrance a pu être assuré par les praticiens de cette unité.

III- Contexte et objectifs de l'étude

Le dépistage systématique des troubles psychiques post-traumatiques trois à six mois après le retour de mission est prescrit par le plan d'action du SSA [1, 19]. Nous nous sommes intéressés à l'organisation pratique de ce repérage par les soignants d'un CMA. Nous avons mis à profit notre stage d'interne chez le praticien des forces pour connaître les modalités de mise en œuvre des entretiens au retour de mission du personnel militaire et mener une étude visant à faciliter cet acte de dépistage en impliquant l'infirmier.

III.1 Etude préparatoire sur les pratiques du dépistage des TPPT en CMA

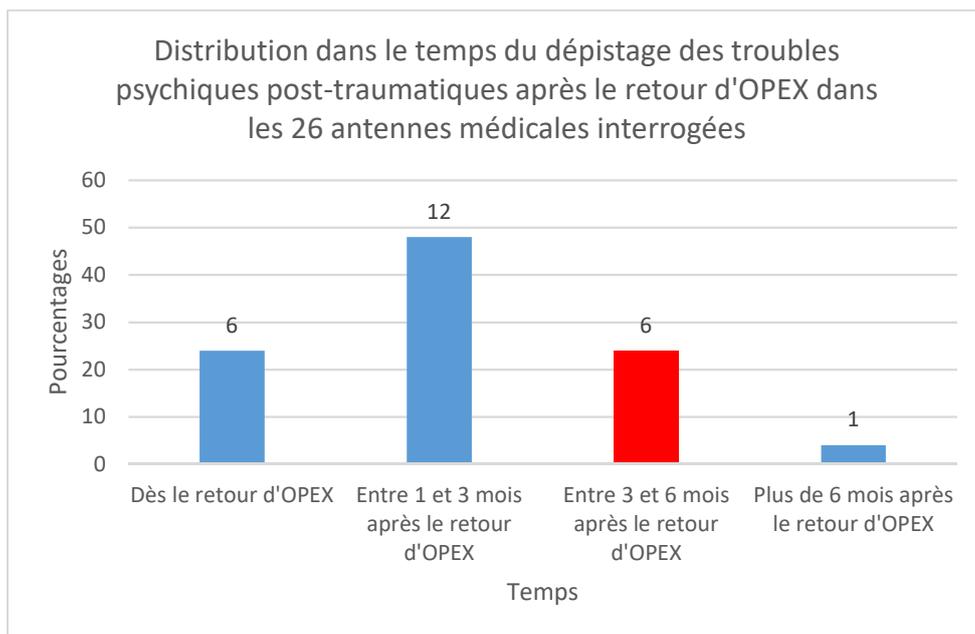
Dans le but d'analyser les pratiques en CMA dans le dépistage des TPPT, nous avons réalisé une étude en 2015 basée sur six questions posées aux internes de notre promotion en stage en unité à cette période (Annexe 4). Sur 76 antennes médicales interrogées, 26 ont répondu. 38,5% provenaient d'un régiment de l'armée de terre, 7,7% provenaient de l'armée de l'air, 7,7% de la gendarmerie, 7,7% de brigades de sapeurs-pompiers et 3,8% de la marine nationale.



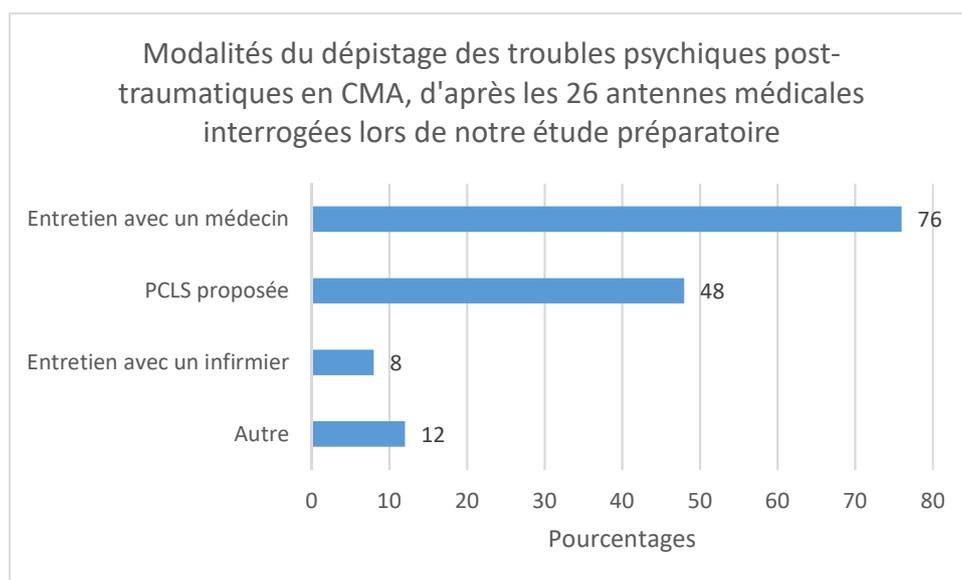
Un dépistage est mis en place dans 76% des antennes médicales interrogées, mais seulement la moitié est systématique. Dans les CMA où le dépistage n'est pas mis en place de façon

systématique, il se réalise dans 50 % des situations au cas par cas en consultation et dans 41,7% des cas en VMP.

Dans la majorité des CMA ayant répondu au sondage, le dépistage se fait entre un et trois mois. Or, d’après le plan d’action, ce dépistage est censé être réalisé entre trois et six mois après le retour de mission, au moment où sur un plan épidémiologique un pic d’apparition des symptômes d’ESPT est observé [19, 33].



Le dépistage est réalisé par le médecin dans 80% des cas, soit lors d’un entretien dédié, soit lors de la Visite Médicale Périodique (VMP) tous les deux ans.



A la lumière de l'analyse de ce questionnaire, on constate qu'il n'y a pas d'uniformité des pratiques dans le dépistage des TPPT en CMA.

III.2 Objectifs de notre étude

Etant donné l'organisation de la chaîne sanitaire au profit des forces, il nous est apparu opportun de nous centrer sur la place de l'infirmier. Il est effectivement le soignant au plus près des combattants et possède une culture opérationnelle, une connaissance des unités soutenues par le CMA. Il est au cœur de la prise en charge. De plus, un entretien avec un infirmier pourrait apparaître pour le personnel militaire comme moins stigmatisant, moins menaçant pour l'aptitude.

Déléguer à l'infirmier le repérage clinique des TPPT, au retour de mission, permettrait de seconder le médecin dans ses missions (rôle premier de l'infirmier), d'optimiser la mise en œuvre de la vigilance médico-psychologique et la précocité de la prise en charge.

Ainsi notre travail de thèse s'est attaché à modéliser un protocole de repérage des TPPT au sein des CMA par l'infirmier. Pour ce faire, nous avons travaillé avec le SMPCAA pour élaborer un module de formation à l'entretien psychiatrique destiné aux infirmiers. Nous avons mis en œuvre ce dispositif de repérage dans notre stage en unité durant un an. L'objectif final est de proposer un repérage clinique en premier recours par l'infirmier, dans un cadre technique défini et avec une supervision médicale.

Notre thèse a également pour objectif de développer les compétences des infirmiers des CMA quant à l'évaluation de la santé mentale et d'apprécier l'acceptabilité comme la faisabilité de cette coopération entre l'infirmier et le médecin des forces dans le repérage des troubles psychiques post-traumatiques.

IV – Matériel et méthode

IV.1 Cadre de l'étude

Cette étude visant à l'élaboration d'un protocole de coopération entre professionnels de santé a été réalisée au sein de l'antenne médicale de Bricy entre novembre 2015 et octobre 2016. Nous décrirons ce protocole selon le modèle consacré par la Haute Autorité de santé (Annexe 2) [78, 79, 80].

La coopération entre professionnels de santé est possible en France depuis le 21 juillet 2009 (articles L.4011-2 et L.4011-3). L'article 51 de la loi relative à la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins [78-84]. C'est dans ce cadre que nous avons choisi de construire notre coopération de soins.

L'acte qui fait l'objet d'une délégation à l'infirmier du CMA est l'entretien clinique, après la passation de l'auto-questionnaire PCLS, proposé systématiquement trois mois après le retour d'OPEX du militaire selon les recommandations du plan d'action du service de santé des armées. Il se déroule dans un bureau dédié, dans le respect de la confidentialité, à l'antenne médicale (AM) d'Orléans-Bricy, avec l'autorisation du Médecin-chef du centre médical des armées de nouvelle génération (CMA-NG) de Tours, qui supervise l'AM de Bricy.

IV.2 Population de l'étude

Environ 4000 personnes travaillent sur la base aérienne (BA) 123 d'Orléans-Bricy. Cette base aérienne présente une forte capacité opérationnelle. En effet, certaines unités appartiennent aux forces spéciales comme le Commando Parachutiste de l'Air n°10 (CPA10) et l'escadron de transport opérationnel dénommé « Poitou ». Les hommes de ces unités réalisent trois ou quatre missions de deux mois dans l'année. Sur la BA, deux autres escadrons de transport font transiter essentiellement du matériel et des passagers : le Touraine et le Franche-Comté [85]. Cette base aérienne accueille sur son site une unité de gendarmerie (GMCO), des pompiers de l'air (ESIS), un escadron de protection (EP), des parachutistes (CASV), une tour de contrôle (ESCA), un service des essences (SEA) et un groupement de soutien de la base de défense (GSBDD) avec

un mess. La BA 123 est également un lieu de formation pour les mécaniciens-navigants et les pilotes.

Près de 2000 personnes partent chaque année en mission (OPEX, OPINT, OM, MCD...).

Le critère d'inclusion dans notre protocole est le suivant : être un militaire de la BA 123 de retour d'opération extérieure à qui un dossier médical réduit (DMR) a été délivré (traçabilité médicale du CMA).

Le dossier médical réduit est un document résumant les informations du livret médical restant à l'antenne médicale. Il est utilisé par le médecin sur le théâtre des opérations si le militaire a besoin de soins et ainsi connaître ses antécédents, ses allergies, l'état de ses vaccinations, la confrontation à des situations particulières, etc. C'est une pièce médico-réglementaire indispensable donc obligatoire au départ en mission à l'étranger ou sur le territoire national pour les OPINT.

Dans la population incluse dans ce protocole, les militaires ont été répartis en deux groupes distincts : le personnel navigant (pilotes, mécaniciens navigants, agents sécurité cabine, etc.) et le personnel non navigant (PNN). En effet, le contrôle de l'aptitude répond à un cadre réglementaire différent pour ces deux catégories de personnel [60, 61, 86, 87].

Le personnel navigant est soumis à un contrôle plus fréquent de l'aptitude médicale avec des visites systématiques à l'unité (VSU) tous les 6 mois et des visites au CEMPN une fois par an. A partir du mois de mars 2016, nous avons donc décidé pour simplifier le protocole des convocations et pour éviter la répétition des déplacements au CMA, de réaliser l'entretien infirmier de dépistage de façon systématique au moment de la VSU.

Le personnel non navigant est reçu pour la majorité des spécialités en visite d'aptitude tous les deux ans lors des visites médicales périodiques (VMP) [61]. Les visites étant espacées dans le temps, les entretiens de dépistage sont réalisés trois mois après le retour d'OPEX.

Le personnel du CPA 10 n'a pas été inclus dans ce protocole. Tout d'abord, il n'est pas géré par l'antenne médicale de Bricy, mais par une antenne médicale spécialisée dédiée (AMS). De plus, un bilan post-opérationnel est réalisé tous les ans par un psychologue de l'armée de l'air et une consultation délocalisée mensuelle est organisée au profit de cette unité très engagée.

IV.3 Prérequis du protocole de délégation d'actes à l'infirmier

IV.3.1 Formation de l'infirmier

- Compétences requises :

Afin de réaliser les entretiens infirmiers de dépistage des TPPT, des compétences cliniques ainsi qu'une formation spécifique préalable sont nécessaires.

L'infirmier doit connaître la notion de trouble psychique post-traumatique. De par sa formation initiale à l'EPPA, il doit savoir réaliser un entretien infirmier psychiatrique [57, 66, 88-92], mais également informer, sensibiliser, et conseiller le patient sur la conduite à tenir si un trouble psychique est repéré.

Au niveau de l'expérience professionnelle, pour être capable d'appliquer le protocole, un diplôme d'IDE (EPPA ou IFSI) est indispensable (les étudiants sont donc exclus de ce protocole). Pour une meilleure connaissance du contexte opérationnel, il est préférable que l'infirmier ait déjà servi en OPEX, mais ce n'est pas un critère d'exclusion.

- Formation initiale :

- *De l'infirmier référent :*

Afin de réactualiser ou d'acquérir ses compétences, une formation théorique et pratique a été mise en place. L'infirmier assiste à une formation théorique sous forme de séminaire sur les TPPT et la PCLS, d'une demi-journée, organisée par les services de psychiatrie des HIA conformément au plan d'action du SSA.

La formation pratique a lieu au SMPCAA durant une journée. L'infirmier assiste aux entretiens des psychiatres. La technique de l'entretien est enseignée à partir des situations rencontrées en consultation. Un temps de travail sur la clinique des TPPT est proposé, puis une initiation à la pédagogie à partir de la réalisation d'un PowerPoint.

- *Des autres infirmiers du CMA :*

Les mêmes compétences initiales sont nécessaires. C'est l'infirmier référent qui forme les autres infirmiers de l'antenne médicale à l'aide d'un PowerPoint (Annexe 5). Ce cours, d'une heure environ, reprend la définition, la clinique, et la prise en charge d'un TPPT. Il rappelle les

différentes étapes et techniques de l'entretien infirmier. Il est demandé aux infirmiers d'assister à un ou deux entretiens(s) infirmier(s) avec l'infirmier référent.

- Formation continue :

Comme stipulé dans le plan d'action 2015-2018, un temps de formation continue est prévu avec un psychiatre du SMPCAA [53]. Après une quinzaine d'entretiens infirmiers réalisés, l'infirmier participe à une journée de consultations avec un psychiatre et aux temps de synthèse clinique avec l'équipe du SMPCAA. A cette occasion, il assiste à des entretiens psychiatriques de patients souffrant d'état de stress post-traumatique. Cette journée lui permet d'apprendre à mieux repérer les signes cliniques évocateurs d'un TPPT (sphères émotionnelle, affective et comportementale) et d'acquérir des outils pour amorcer un entretien. Ces liens privilégiés avec le SMPCAA lui permet de personnaliser les modalités d'adresse des patients vers cette structure et de l'informer sur le parcours de soins pour un TPPT.

- Supervision :

- Par le médecin de l'antenne médicale :

Si l'infirmier a rencontré des difficultés ou ressenti des doutes quant à des manifestations de souffrance masquée lors d'un entretien, il doit faire une synthèse clinique avec un médecin de l'antenne médicale.

Pour garantir une qualité et une sécurité des soins, le délégué (l'infirmier) doit déclencher l'intervention du délégant (médecin) selon des critères d'alerte définis ci-dessus (Annexe 2) [78].

- Par le psychiatre ou le psychologue du SMCPAA :

Les infirmiers sont reçus au SMPCAA par un psychologue clinicien du SMPCAA de façon semestrielle. Cette analyse des pratiques professionnelles dans le champ médico-psychologique permet d'identifier certains aspects de la dynamique transférentielle et contre-transférentielle au cours des entretiens infirmiers, de reprendre les situations complexes sur le plan clinique. Cette supervision peut se faire également sous la forme d'un groupe de pairs avec les infirmiers du CMA. Chacun peut exprimer ses difficultés et les situations marquantes ayant entraîné des interrogations ou une réaction jugée inadéquate.

IV.3.2 Sensibilisation du commandement des unités

La sensibilisation du commandement, commandant d'unité et cadres de contact, est indispensable à la bonne diffusion de l'information et à la mise en place du protocole. Un commandement informé prend les dispositions nécessaires pour inciter le personnel à venir aux entretiens. La sensibilisation passe par une intervention dans les unités pour expliciter les enjeux de ce dépistage, sur le plan individuel et collectif, notamment en termes d'incidence sur la capacité opérationnelle des combattants.

Dans le cadre de ce protocole, nous avons choisi d'organiser une présentation PowerPoint, en amphithéâtre, réalisée par l'infirmier référent appuyé par le médecin-chef. Tous les commandants d'unité étaient conviés (Annexe 6). Le PowerPoint a été réalisé par l'ICN Javaudin, pionnière de ce protocole de dépistage en 2014.

Le commandement est un acteur clé dans la bonne fonctionnalité du protocole. Il est de sa responsabilité en milieu militaire de s'assurer de l'aptitude de son personnel (statut général des militaires). Il montre aussi l'exemple en venant réaliser un entretien à trois mois. Il lui incombe également le rôle de transmettre les convocations au personnel.

Lorsque la fréquentation des entretiens infirmiers s'est faite plus rare, un e-mail de rappel sur la nécessité des entretiens de dépistage a été envoyé aux commandants d'unité (Annexe 7). Une intervention sous forme de briefing à l'aide d'un PowerPoint de quinze minutes, au profit des unités très engagées dans les différentes opérations, a été associée au message (Annexe 8).

IV.4 Protocole de l'entretien infirmier pour le dépistage des TPPT

Les différents temps de ce protocole ont été formalisés sous forme de logigramme pour que les étapes soient respectées.

Nous avons pris le parti de distinguer le retour d'un PN et d'un PNN. Dans les deux cas, au retour d'OPEX, le militaire effectue un circuit retour d'OPEX et vient rapporter son dossier médical réduit (DMR) à l'antenne médicale. Il est reçu rapidement en entretien par un auxiliaire sanitaire. Ce court temps d'échange permet de délivrer une information sur le dépistage mis en place et de demander à la personne si « son OPEX s'est bien passée ; si elle n'a pas été confrontée à un éventuel événement grave ou si elle souhaite d'emblée rencontrer un personnel de l'équipe médicale ».

- Le militaire est un personnel navigant :

A l'issue de l'entretien « retour de DMR » par l'auxiliaire sanitaire, le PN ne recevra pas de convocation à trois mois de son retour. L'entretien infirmier de dépistage sera réalisé lors de sa visite systématique à l'unité semestrielle (VSU). Cette visite médicale est réglementaire. Elle est réalisée par le médecin chargé du personnel navigant pour contrôler l'aptitude à exercer un métier dit de sécurité (pilote, contrôleur de circulation aérienne, etc.) [61, 86] Ainsi, il est vu au minimum une à deux fois par an par un infirmier. L'entretien infirmier se déroule de la même façon que pour les PNN.

- Le militaire est un personnel non navigant :

Il définit avec l'auxiliaire sanitaire une date de rendez-vous, dans trois mois, pour effectuer l'entretien infirmier de dépistage. Cette date est notée sur la convocation qui lui sera envoyée trois mois plus tard. Tous les rendez-vous sont notés dans l'agenda dédié et dans le cahier "retour de DMR". L'entretien infirmier se déroule ensuite de la façon détaillée ci-dessous.

Certains militaires peuvent être réticents à l'entretien infirmier. Un rendez-vous leur est donné systématiquement, ne serait-ce que pour qu'ils identifient le soignant et remplissent une PCLS.

- Mode de convocation :

La récupération du listing complet des départs en opération extérieure n'est pas aisée sur la BA 123 du fait de l'appartenance à des armes différentes. Dans le but d'une exhaustivité la plus complète possible, nous avons choisi de créer un cahier de « perception - retour du dossier médical réduit » pour assurer le suivi des départs, des retours et des entretiens infirmiers (Annexe 9). A l'intérieur du cahier de recueil, appelé « cahier de perception-retour des DMR », on note le nom, le prénom, l'unité, les coordonnées téléphoniques, les dates de départ et de retour prévues. Il permet ainsi de savoir quand les militaires sont censés être rentrés, s'ils ont rapporté leur DMR, s'ils ont fait leur entretien de retour d'OPEX, et si une convocation a été envoyée.

Ce cahier « perception-retour DMR » est un document papier, car tout renseignement avec le nom d'une personne dans un tableau informatisé requiert une demande d'autorisation à la CNIL [93].

Le classement des militaires par ordre chronologique de départ et non par ordre de retour d'OPEX a posé quelques difficultés à l'infirmière référente en l'obligeant à parcourir tout le

cahier « perception-retour DMR » à chaque synthèse mensuelle. Pour faciliter cette action, un code couleur a été mis en place. Etaient surlignés en jaune dans le cahier les militaires ayant répondu à la convocation et ayant refusé l'entretien et en orange, ceux qui avaient été vus en entretien infirmier à trois mois. Dans la même optique de simplification de sa tâche, l'infirmière référente a décidé de faire une fiche récapitulative mensuelle sur laquelle était inscrit le nom de toutes les personnes convoquées en début de mois (unité, téléphone, et leur nombre). Ainsi, elle n'avait pas à jongler avec le cahier retour de DMR dès le retour d'un coupon-réponse.

Chaque premier mardi du mois, l'infirmier envoie les convocations pour le mois à venir (Annexe 10 et 11). Cette convocation redonne une information brève sur les TPPT et rappelle au militaire la date de son rendez-vous avec l'infirmier.

- Modalités de relance des convocations :

Le mois suivant, si la personne n'est pas venue à son rendez-vous avec l'infirmier, un email de relance lui est renvoyé (Annexes 13 et 14).

Si le mois d'après, le militaire n'a toujours pas pris contact avec l'antenne médicale, malgré le mail de rappel, une convocation via son commandant d'unité, par le cahier journalier, est envoyée.

Initialement, les rendez-vous n'étaient pas donnés de façon obligatoire. De novembre 2015 à janvier 2016, les entretiens se faisaient sur la base du volontariat. Très peu de réponses nous sont revenues. Pour réduire le nombre de non revus, nous avons donc décidé d'ajouter un coupon réponse à la convocation (février 2016) (Annexe 11). Malgré cela, le taux de participation aux entretiens était très faible (4/42 en mars 2016) et l'étude présentait un biais de sélection non négligeable. La viabilité et pérennité de l'étude étaient donc en péril.

Or, le plan d'action du SSA de 2011 stipule bien qu'il faut : « 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 événement ou une situation potentiellement traumatisante au plan psychique. Ce dépistage est systématiquement étendu au retour des missions des personnels isolés » [1]. Nous avons donc initialement pris le parti de « proposer systématiquement » cette action de dépistage. Fort de nos observations, nous avons dû décider de rendre l'entretien

obligatoire. C'est également à ce moment-là que nous avons reçu les PN lors des VSU de façon obligatoire.

Ainsi, à partir du mois d'avril, lors de l'entretien « retour DMR » avec l'auxiliaire sanitaire, une date de rendez-vous est fixée avec le militaire. Elle est notée sur la convocation. La personne sait déjà qu'un rendez-vous obligatoire est prévu ; elle a la possibilité de décaler la date de ce rendez-vous si elle a un empêchement.

- Modalités de suivi des convocations :

Le suivi des convocations s'effectue, le premier mardi du mois, à l'aide du tableau récapitulatif mensuel (Annexe 15). Sont consignées dans ce tableau les informations suivantes :

- Le nombre de retours d'OPEX
- Le nombre de retours DMR
- Le nombre de personnes convoquées
- Le nombre de refus de participation avec la cause du refus
- Le nombre de rendez-vous décalés et attendus le mois prochain
- Le nombre de personnes reçues en entretien infirmier
- Le nombre d'entretiens VSU réalisés
- Le nombre de relances (convocation et retour DMR) envoyées par mail
- Le nombre de convocations envoyées via le cahier journalier avec le commandement en copie
- Le temps consacré aux militaires dans le cadre du protocole par infirmier et par mois.

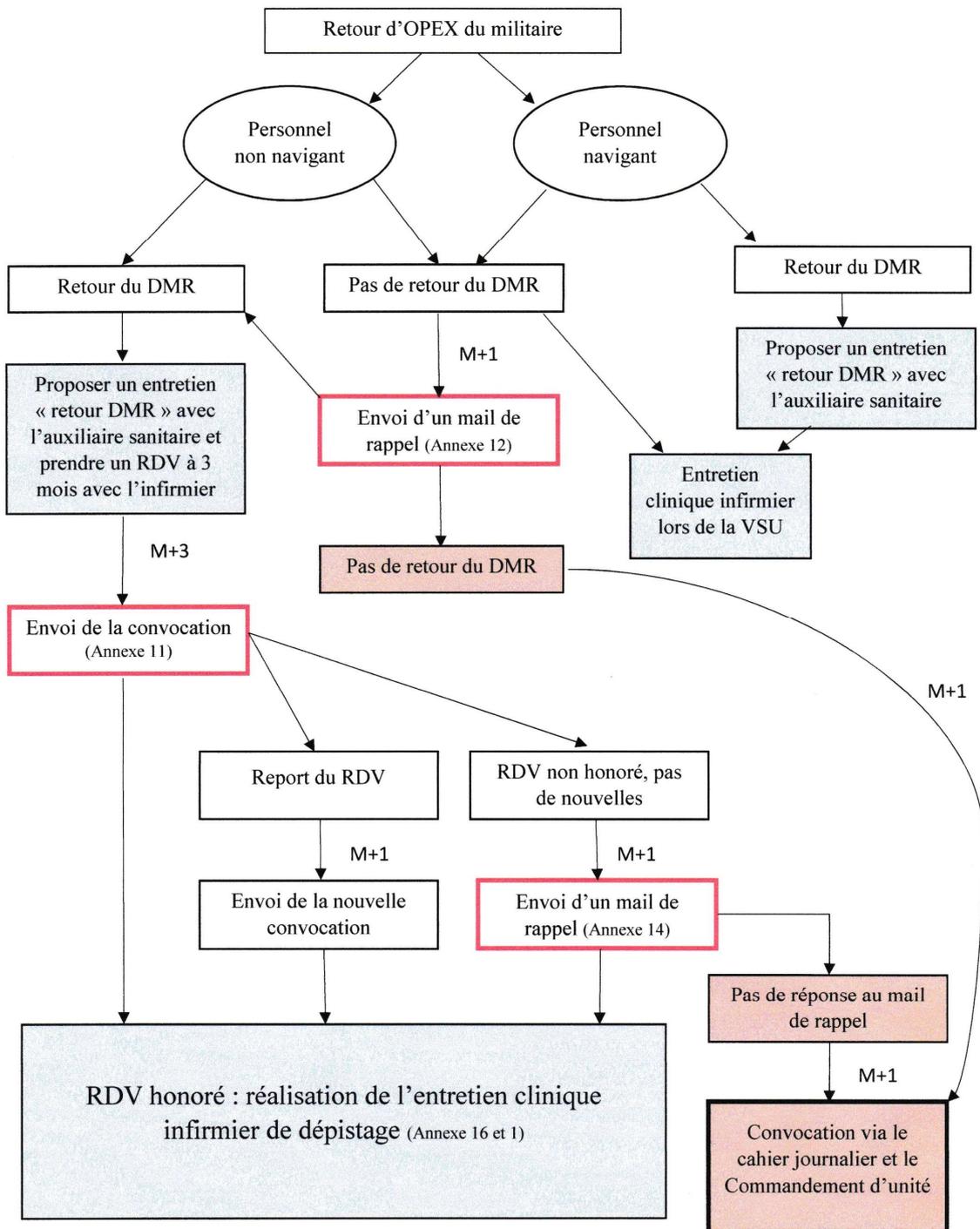
Une réunion mensuelle, chaque deuxième lundi du mois, est organisée avec le médecin-chef et les infirmiers afin de faire le point sur le suivi des convocations et sur d'éventuels difficultés ou éléments à améliorer lors des entretiens infirmiers (Annexe 15).

- Modalité de rappel des retours des DMR :

A trois mois du début de l'étude, un constat a été fait. De nombreux DMR n'avaient pas été rapportés, alors que d'après le cahier « perception-retour des DMR » le militaire était censé être rentré de mission. Il a fallu sensibiliser les militaires à la nécessité de rapporter leur DMR en

main propre dès leur retour de mission. Des temps d'information au profit des unités, surtout au moment du départ en mission, ont été dispensés. Un message explicatif collé sur le DMR a été ajouté. Enfin, si au bout de trois mois, le DMR n'avait toujours pas été rapporté, un mail de convocation était envoyé (Annexe N°12). Si le mois suivant le DMR n'avait toujours pas été rapporté, le commandement était informé. Ces différentes actions ont permis d'augmenter la fréquence des retours des DMR.

Logigramme du protocole de l'entretien infirmier dans le dépistage des troubles psychiques post-traumatiques – AM Bricy



- : Entretien clinique
- : Situation du ressort du commandement

IV.5 La délégation d'actes à l'infirmier : les différentes étapes de l'entretien

IV.5.1 Accueil dans un cadre dédié

L'infirmier reçoit le personnel de retour d'OPEX dans un lieu dédié pour l'entretien, dans un bureau insonorisé pour garantir la confidentialité. Ces conditions favorisent l'échange, la libération de la parole.

L'infirmier explique à la personne le principe de la Post-traumatic Checklist Scale (PCLS) (Annexe 1). Il lui demande de répondre à l'auto-questionnaire qui par définition se réalise seul. Ce temps permet à l'infirmier de prendre connaissance du dossier médical et de répondre à d'éventuelles questions relatives à la PCLS.

IV.5.2 Temps d'information personnalisé

Il existe différents temps pour l'information du personnel.

Une première information sur les TPPT et le protocole mis en place est donnée par les auxiliaires sanitaires au militaire partant en mission extérieure au moment de la perception du dossier médical réduit. Une notice écrite sur le DMR spécifie la nécessité de rapporter le DMR en main propre dès le retour de mission.

Au retour du Dossier Médical Réduit (DMR), l'auxiliaire sanitaire ou l'infirmier donne au militaire une information sur les troubles psychiques post-traumatiques et les contacts utiles pour consulter rapidement. Il explique la mise en place des entretiens infirmiers systématiques de dépistage à trois mois du retour d'opération extérieure.

Lors de l'entretien à trois mois, l'infirmier précise en introduction l'objectif de cette consultation (démarche, intérêt du dépistage précoce, risques liés aux TPPT). Il recueille le consentement de l'intéressé.

Il s'agit de créer un climat de confiance propice à la confiance. Une information claire et loyale sur les incidences de cet entretien (traçabilité, lien avec le médecin, etc.) favorise l'installation d'une relation soigné-soignant.

Lors des visites médicales périodiques (VMP), le médecin redonne une information sur les TPPT et le dépistage mis en place.

Des plaquettes réalisées par la cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'air, intitulées « *Vous avez vécu un événement grave ?* », sont également disponibles dans la salle d'attente et peuvent être distribuées si besoin.

IV.5.3 Entretien et auto-questionnaire PCLS

L'infirmier demande au patient de se présenter : âge, grade, statut matrimonial, ancienneté dans l'institution, parcours professionnel, spécialité, fonctions (dans son unité et pendant l'OPEX), différentes OPEX effectuées, etc. Il s'intéresse à la vie du militaire (situation familiale, événements de vie...). La confrontation à des événements graves est recherchée.

Puis, l'infirmier aborde le sujet de la dernière OPEX : « *Avez-vous vécu un événement particulier durant votre OPEX ?* ». L'infirmier est attentif au contact, à la présentation du patient : logorrhée anxieuse, bizarrerie, fièvre, hyperémotivité, réticence, agressivité, opposition, etc. Il repère d'éventuels signes d'alerte pouvant toucher les contenus ou le cours de la pensée (émergence de flashbacks ou d'idées parasites, ruminations anxieuses, distractibilité, coq-à-l'âne, tachypsychie, bradypsychie, etc.), la sphère émotionnelle (angoisse, peur, craintes envahissantes, tristesse, colère, vécu de culpabilité, d'abandon, etc.) et le comportement (hypervigilance, réactions de sursaut quand une porte claque, repli, agitation, évitement des situations lui rappelant un événement particulier, phénomènes agoraphobiques, etc.). Il explore également le sommeil (hyperéveil, insomnie d'endormissement, réveils itératifs, cauchemars réplicatifs ou rêves d'angoisse, somnambulisme, etc.), les troubles des conduites alimentaires, la consommation de substances psychoactives licites ou non (automédication de psychotropes, majoration de sa consommation de café, de tabac, d'alcool voire de cannabis, etc.). Il peut éventuellement prendre le pouls, la tension artérielle et la température d'un patient présentant des manifestations d'hyperactivité neurovégétative, des symptômes somatoformes (douleurs diffuses, céphalées, plaintes concernant un vécu de fatigue, etc.). Il invite le sujet à préciser si ses proches, ses collègues ou ses chefs ont repéré un changement de comportement, des manifestations en rupture avec son fonctionnement antérieur comme une irritabilité, des réactions caractérielles voire de l'agressivité, un repli, des prises de risque, une baisse de performance, etc. La question de la motivation professionnelle fait l'objet d'une attention particulière.

Puis, l'infirmier confronte son analyse clinique au résultat de la PCLS. Une PCLS supérieure à 34 est significative d'une souffrance psychique et oriente vers le diagnostic de TPPT « incomplet ». Une PCLS supérieure à 44 est en faveur d'une très forte probabilité de TPPT [19].

L'infirmier informe la personne de son bilan infirmier et des résultats de la PCLS. La conduite à tenir proposée est expliquée et des conseils sont donnés.

IV.5.4 Bilan de l'entretien et orientation

Si l'infirmier repère des troubles psychiques, il doit orienter le militaire vers un parcours de soins adapté. Il propose un rendez-vous avec le médecin des forces. Si le militaire refuse mais sans critère de gravité retenu, l'infirmier l'informe sur les structures de soins existants à proximité de son lieu de vie et sur le plan institutionnel. Il lui donne les coordonnées du service de psychiatrie de l'HIA de rattachement, du SMPCAA, du centre médico-psychologique de son secteur (CMP), du numéro « Ecoute défense », et il le sensibilise sur les TPPT. L'infirmier lui donne un autre rendez-vous dans les huit jours pour le revoir et lui transmet les coordonnées du CMA.

L'infirmier a également la possibilité d'adresser directement le patient dans un service de psychiatrie d'un HIA et au SMPCAA.

Les critères d'alerte entraînant l'orientation vers le médecin après l'entretien infirmier dépendent de la gravité de la situation clinique, mais aussi de la nécessité d'un examen médical face à des signes atypiques ou inquiétants. La proximité au sein de l'antenne des médecins facilite cette démarche et la possibilité d'une prise en charge en urgence. Il peut s'agir d'un patient qui évoque des idées suicidaires, manifeste un comportement agressif, un état délirant, ou présente une angoisse majeure voire une augmentation conséquente de sa consommation à l'alcool. Un patient évoquant des problèmes somatiques non explorés seront également orientés vers un médecin. Le militaire peut aussi avoir des problèmes familiaux ou professionnels sans rapport avec sa mission, mais entraînant un mal-être incompatible avec la reprise du service. Dès qu'un militaire présente une détresse psychique, il est adressé à un médecin.

IV.5.5 Traçabilité

La traçabilité se fait tout au long du protocole, de la perception du DMR jusqu'aux résultats de la PCLS et de l'orientation.

- Le dossier médical / Logiciel unique médico-militaire (LUMM) :

Le contenu des entretiens est consigné dans le dossier médical (format papier) et sur le logiciel unique médico-militaire (LUMM). L'infirmier inscrit la date de l'entretien, son contenu, le résultat de la PCLS. Il précise l'orientation proposée. Un refus sera également consigné. Ces

informations permettront au médecin d'explorer le risque psycho-traumatique lors d'une prochaine consultation ou d'une VMP. Le logiciel LUMM présente des modalités d'informatisation des données médicales dans les CMA qui facilite le suivi des patients. Ainsi, grâce à LUMM, l'infirmier a la possibilité de créer une fenêtre de rappel qui s'ouvrira lors de la prochaine consultation du médecin. Dans le cas d'un refus, l'infirmier note que le patient a été informé des numéros et des différentes structures de soins. Il mentionne également la date du prochain rendez-vous, s'il y en a un, et le fait d'avoir transmis les éléments cliniques au médecin du CMA

- La « fiche entretien infirmier » (Annexe 16) :

Cette fiche permet de tracer l'entretien et d'y noter les éléments cliniques. Elle sert aussi d'aide-mémoire à l'infirmier réalisant l'entretien. A l'arrière de cette fiche, se trouve la PCLS que le militaire remplit. Elle est rangée dans le dossier médical papier à la fin de l'entretien infirmier. La première case est remplie lors de l'entretien « retour du DMR ». Les trois autres cases sont remplies lors de l'entretien infirmier. Elle permet également une uniformité des prises en charge.

- Le cahier « retour de DMR » :

Tout militaire partant en opération extérieure perçoit un dossier médical réduit (DMR). A cette occasion, le cahier "perception – retour de DMR" (Annexe 9) est rempli. Il permet la traçabilité du dossier et sert de base pour le suivi des retours de mission, le suivi des convocations et celui des entretiens infirmiers. Il peut servir d'outil épidémiologique.

IV.6 Démarche qualité et sécurité des soins

La prise en charge du personnel incluant l'acte de délégation de soins se réalise dans le respect d'une démarche qualité et de sécurité des soins. Pour cela, les risques inhérents à ce transfert d'actes ont été évalués. Les risques pourraient être en lien avec une difficulté de repérage d'un patient en grande souffrance qui à l'issue de l'entretien pourrait se mettre en danger ou présenter un état de péril imminent. Ces situations qui ne peuvent jamais être exclues dans la pratique médicale nécessitent de pouvoir faire appel au moindre doute à l'équipe médicale du CMA pour une analyse collégiale, voire de solliciter les conseils d'un psychiatre de l'hôpital de rattachement ou de proximité. L'un des autres risques objectivés est celui d'une

perte d'information médicale, un défaut de transmission. Ce risque est pallié par la retranscription de l'entretien infirmier dans le dossier médical informatisé sur LUMM.

Si des événements indésirables surviennent, ils sont alors signalés immédiatement au médecin-chef. Ils peuvent également être consignés dans le dossier médical ainsi que sur la "fiche entretien patient". L'analyse de ces événements indésirables se fait lors des réunions mensuelles. Une supervision technique est de toute façon indispensable.

V - RESULTATS :

En prenant pour modèle la grille d'évaluation de l'HAS (Annexe 2) [78], nous avons évalué l'intérêt et la modélisation d'un protocole de délégation d'actes à l'infirmier dans le repérage des TPPT en CMA en nous basant sur des critères d'acceptabilité et de faisabilité.

V.1 Evaluation de la mise en œuvre du protocole

La modélisation du protocole a nécessité la mise en place d'un temps de formation des infirmiers à l'entretien clinique médico-psychologique, centré sur le dépistage des troubles psychiques post-traumatiques, et à l'analyse de la PCLS en tant qu'outil pouvant favoriser l'échange, l'ouverture de certaines questions. Puis, la mise en œuvre du processus de rencontre avec le personnel militaire passe par la formalisation du retour du dossier médical réduit, de la convocation à l'entretien infirmier et du protocole de sa réalisation, comme des modalités d'orientation.

Ce dispositif s'évalue sur différents points : la faisabilité de la formation initiale et continue, la faisabilité du protocole et du mode de convocation. L'analyse du processus a évolué au cours du protocole pour arriver à la construction d'un protocole efficace, viable, pratique, reproductible et adapté à la population.

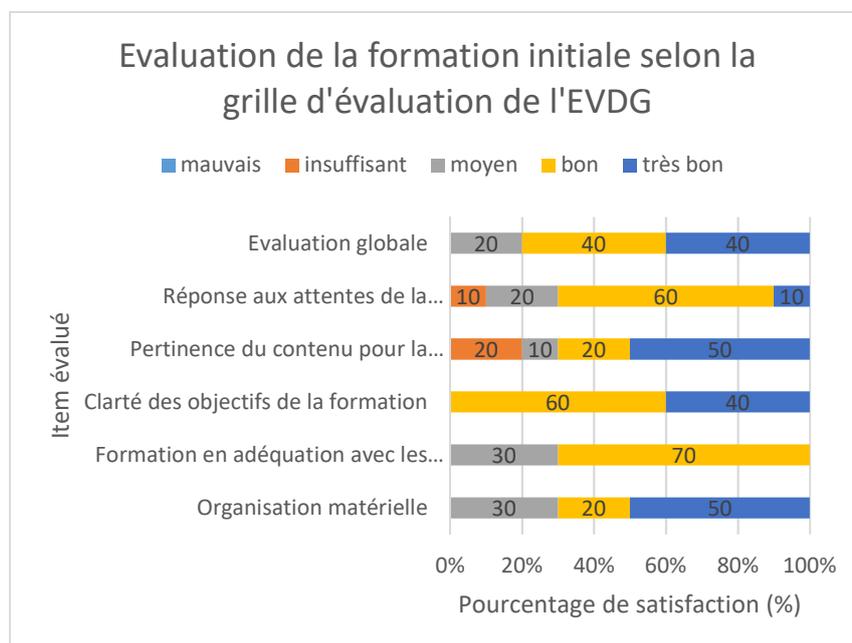
V.1.1 Evaluation du module de formation de l'IDE du CMA

- Evaluation de la formation initiale

Deux cours sur la clinique des troubles psychiques post-traumatiques et les modalités de l'entretien infirmier ont été dispensés par l'infirmier référent à tout le personnel de l'antenne médicale de Bricy. Cet infirmier référent a été préalablement formé au SMPCAA six semaines auparavant.

Le premier cours a eu lieu le 23/06/2015. Le second cours a été donné le 25/11/2015 à 10 soignants de l'AM de Bricy (auxiliaires sanitaires, infirmiers, médecins). Un questionnaire d'évaluation standardisé de l'Ecole du Val-de-Grâce a été distribué à l'issue du cours (Annexe 17). Chaque personne présente évalue la durée, la forme, le contenu, et la pertinence à assister au cours.

Figure 1 : Evaluation de la formation théorique initiale selon la grille d'évaluation de l'Ecole du Val-de-Grâce (EVDG)



D'après ce questionnaire, l'information donnée était claire à très claire, d'une durée suffisante. Le support sous forme de diaporama convenait très bien pour 5 personnes ; il était assez bien pour 3 autres. Les attentes étaient satisfaites dans 7 cas contre 3 moyennement satisfaites. Le degré de difficulté du cours était adapté pour 7/10 personnes voire facile pour 3 personnes. En partant d'un niveau moyen de connaissance sur l'objet du cours pour 50% du personnel ayant assisté au cours, les nouvelles connaissances apportées leur semblaient suffisantes (7/10) pour réaliser les entretiens. Le cours était évalué comme bien (4/10) à très bien (4/10).

Commentaires libres :

« Le cours était fluide, clair, bien expliqué. Cette formation donne suffisamment d'éléments pour commencer les entretiens. »

« Les auxiliaires sanitaires peuvent-ils réaliser des entretiens de dépistage ? »

« Et si la souffrance exprimée ne concerne pas l'OPEX ? »

« Que faire quand certains sont réticents et refusent l'entretien ? »

On peut conclure que 80% des infirmiers formés estiment la formation initiale de bonne qualité.

- Evaluation de la formation continue

Extrait du compte rendu d'une des infirmières de l'antenne médicale de Bricy concernant la formation continue dont elle a bénéficié le 27 juillet 2016 :

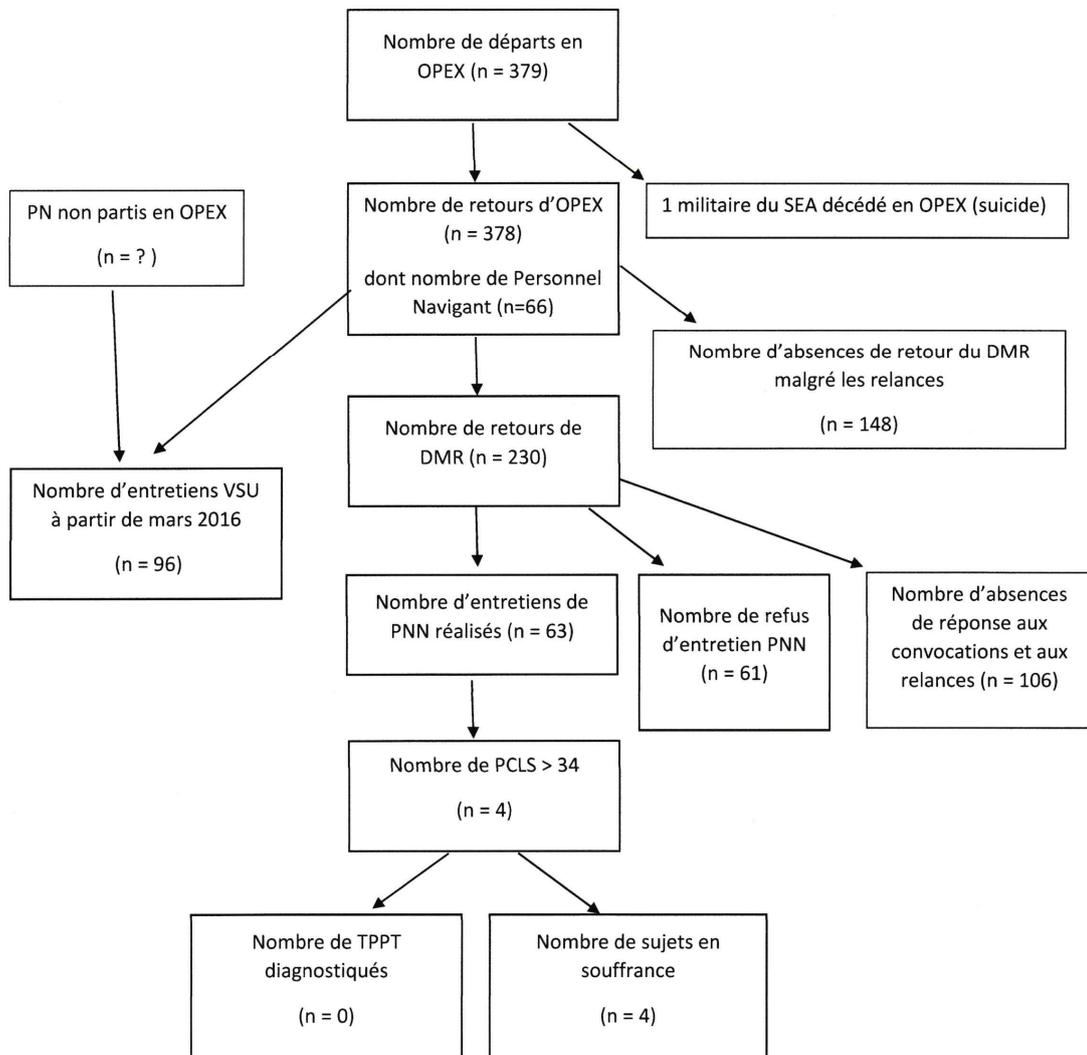
« Lors de ma journée au SMPCAA, le chef de service m'a proposé de participer à une consultation de suivi pour l'une de ses patientes. L'objectif était de me laisser mener un entretien seule avec sa patiente et de lui faire remplir une PCLS. J'ai donc mis une vingtaine de minutes à effectuer cet entretien puis, j'ai assisté à la consultation de la patiente avec son psychiatre pendant l'heure et demie qui suivait. Cette consultation a été formatrice pour moi car elle m'a permis d'observer les méthodes pour approcher les patients en état de mal-être psychologique et les « stratégies » pour amener la patiente à parler de sa souffrance et surtout des symptômes qu'elle pouvait avoir.

A l'issue, je me suis entretenue avec la psychiatre sur l'entretien que j'avais mené et sur ce que j'avais pu repérer lors de cet entretien avec la patiente ainsi que sur mes ressentis dans l'observation de la consultation. Le psychiatre m'a rappelé l'importance de la détection des signes d'alerte de mal-être et des symptômes amenant le repérage d'un éventuel syndrome post-traumatique. Elle m'a également rappelé l'importance de savoir démêler, écouter les manifestations psychiques d'anxiété, les changements de comportement liés à un retour d'OPEX et ceux liés à une situation personnelle difficile ou à un contexte de travail tendu en métropole. Elle m'a apporté de précieux conseils et m'a redonné confiance en ma capacité à mener un entretien infirmier et en mon utilité dans la détection des PTSD.

En ce sens, je trouve cette journée très utile et formatrice et je pense que chaque infirmier devrait pouvoir bénéficier de cette journée de formation au sein du SMPCAA. Cette journée est loin d'avoir été vaine et m'a beaucoup intéressée, en plus d'avoir reçu un accueil de très grande qualité de la part de toute l'équipe... »

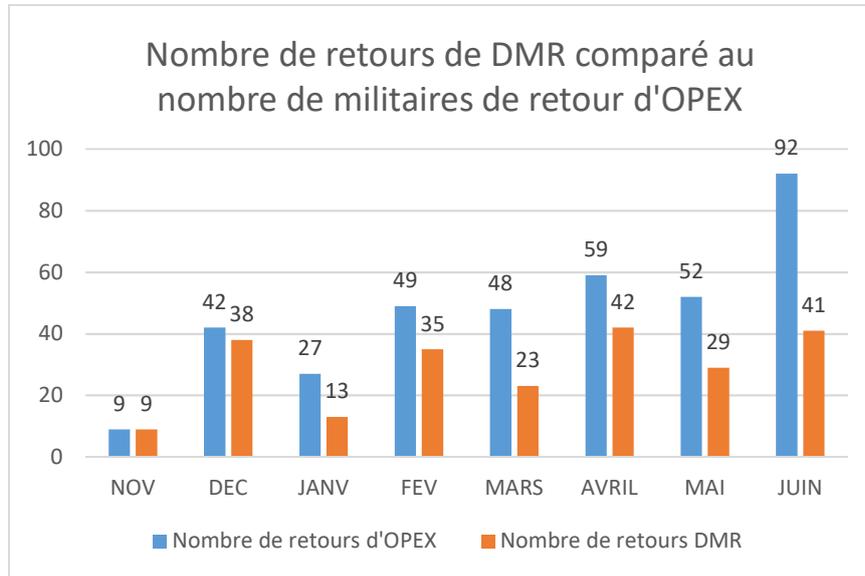
V.1.2 Processus de rencontre avec le personnel militaire

Figure 2 : Diagramme des flux du personnel de retour d'OPEX et des PN entre novembre 2015 et juin 2016 :



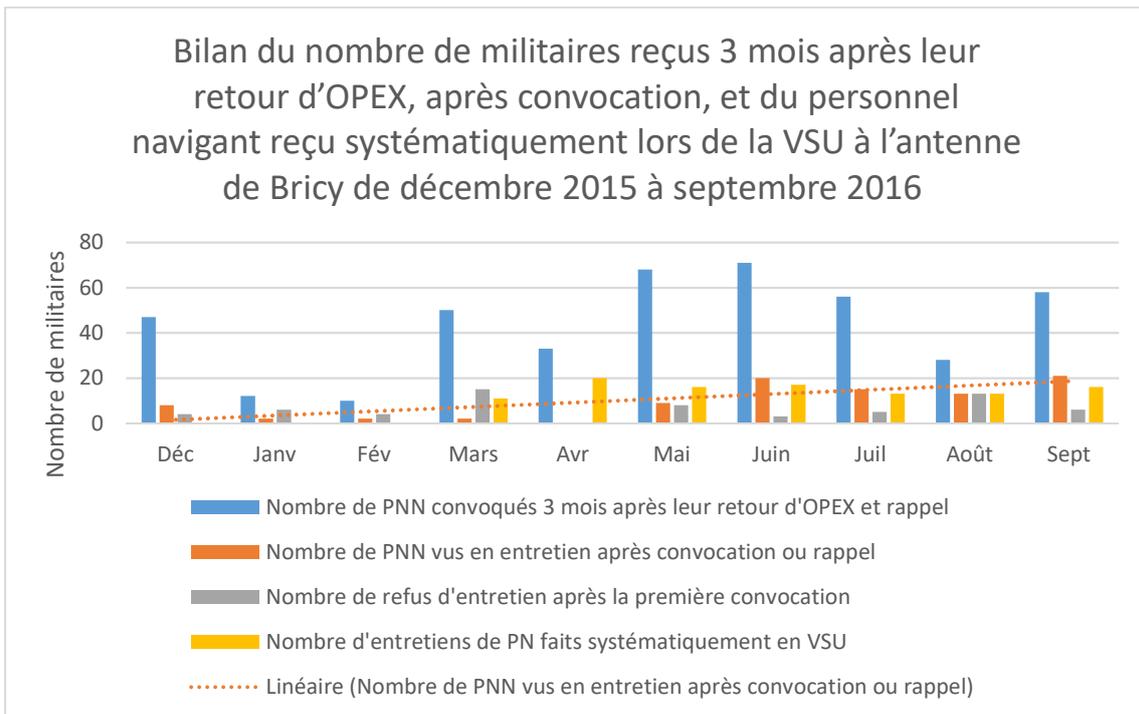
Sur la période de novembre 2015 à juin 2016, 378 militaires sont revenus d'OPEX. Seuls 230 militaires ont rapporté leur DMR au CMA.

Figure 3 : Nombre de retours de dossier médical réduit comparé au nombre de militaires de retour d'OPEX :



L'éducation au retour des DMR n'est pas acquise par tous. On observe par exemple que la moitié des DMR n'a pas été rapportée en mars et en juin. Cette action est encore perfectible.

Figure 4 : Bilan des convocations, avec coupon-réponse (décembre - mars 2016), avec des rendez-vous obligatoires (à partir d'avril 2016) (Annexes 10 et 11)



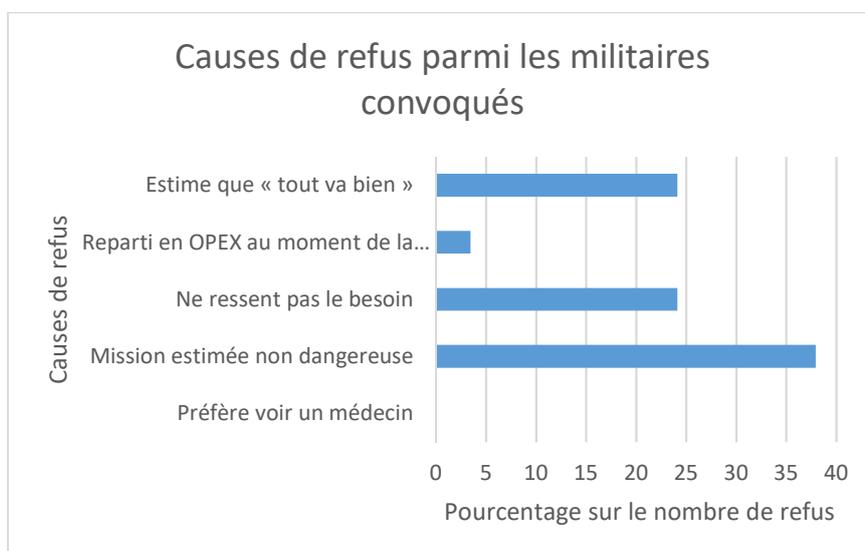
Sur ces 230 militaires convoqués entre février et septembre 2016, 63 ont été reçus en entretien et 61 ont refusé. On constate une hausse de la fréquentation des rendez-vous une fois le rendez-vous devenu obligatoire. De plus, 96 entretiens infirmiers ont été réalisés lors des VSU entre mai et septembre 2016, alors que 66 PN sont partis en mission.

Nous pouvons conclure que ce protocole est plus efficace quand le DMR est rapporté directement à l'antenne, avec un accueil dédié, et que la convocation rend l'entretien obligatoire.

Les entretiens et les modalités d'orientation :

Quatre personnes en souffrance psychique ont été repérées lors des 159 entretiens réalisés. Entre novembre 2015 et fin octobre 2016, aucun patient n'a eu un score PCLS supérieur à 44. Trois militaires ont eu un score supérieur à 33. L'entretien infirmier a permis d'éliminer un ESPT, mais a découvert une souffrance psychique professionnelle et/ou personnelle. Ils ont tous les trois été orientés vers le médecin. Un d'entre eux était déjà suivi par un psychologue, le second n'a pas été adressé à un psychiatre à l'issue de la consultation médicale. Le dernier a refusé de rencontrer le médecin et il n'a pas recontacté l'infirmière. Sans critère de gravité identifié, un rappel dans les commentaires informatisés actifs de LUMM a été noté ainsi que dans le dossier médical afin que le médecin puisse faire un bilan clinique lors de la prochaine consultation ou VMP.

Figure 5 : Les causes de refus parmi les militaires convoqués



Les rendez-vous non honorés concernent essentiellement les militaires qui ont refusé l'entretien infirmier en début d'étude. Ces refus s'expliquent par les caractéristiques de leur mission : des missions considérées comme non dangereuses ou trop courtes, sans événement particulier d'après eux. Ils se sont donc sentis moins concernés. Beaucoup se sentaient « bien » et ne ressentaient pas le besoin de venir en entretien.

V.2 Evaluation de l'impact organisationnel

Aucun système de quantification du temps n'a été mis en place pour chiffrer le volume horaire de ce type d'activité de dépistage délégué à l'infirmier. Néanmoins, on peut estimer ce temps grâce à l'organisation mensuelle et hebdomadaire, en termes « d'équivalent temps plein » (ETP).

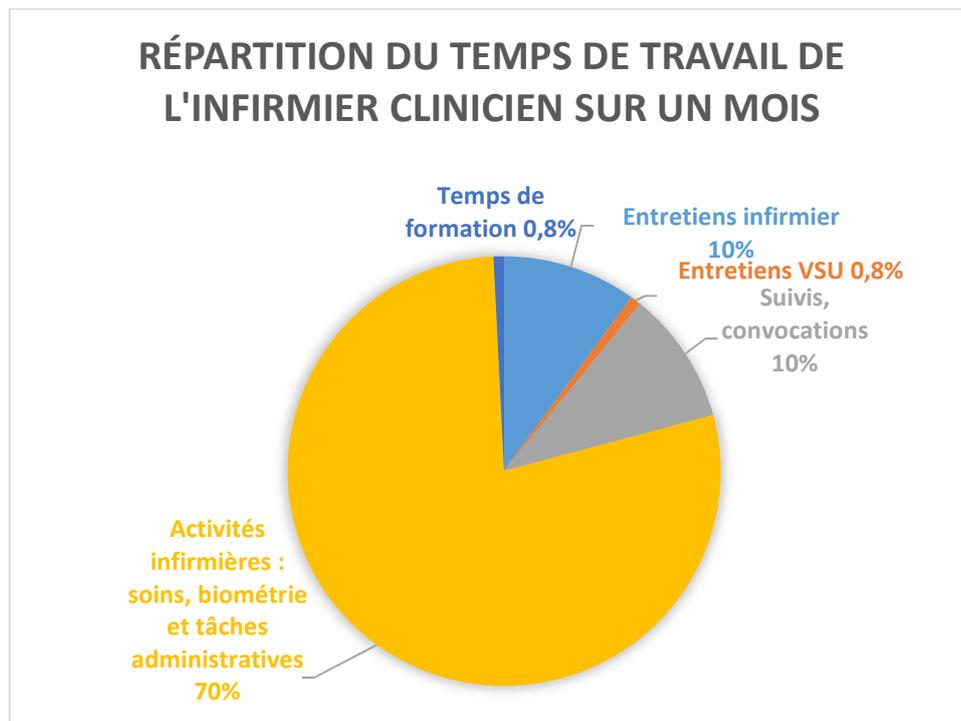
Si on considère qu'un entretien infirmier dure entre 20 et 40 minutes, on va fixer une moyenne de 30 minutes par entretien. Les entretiens infirmiers sont répartis sur toute la matinée du mardi matin entre 9h et 12h, soit six entretiens de 30 minutes par semaine. Cette demi-journée dédiée aux entretiens infirmiers ne monopolise qu'un infirmier par semaine. Nous avons 4 infirmiers ce qui fait qu'il ne consomme qu'une demi-journée par semaine aux entretiens, soit $1/10^{\text{ème}}$ d'ETP.

Ajoutons environ 16 entretiens de VSU par mois, soit 8h/mois à répartir entre les 4 infirmiers. Le temps consacré aux entretiens de VSU équivaut à 2h par infirmier et par mois.

Le temps consacré par l'infirmier référent pour comptabiliser le nombre de retours des DMR (Annexe 6), envoyer les convocations et les relances, lui prend une à deux journées entières de 8h par mois (en début de chaque mois), soit 2 jours/mois = $1/10$ ETP.

Le temps de formation est estimé à 3 demi-journées tous les six mois.

Figure 6 :



Au total, le temps consacré au repérage des TPPT correspond à 12 heures par mois.

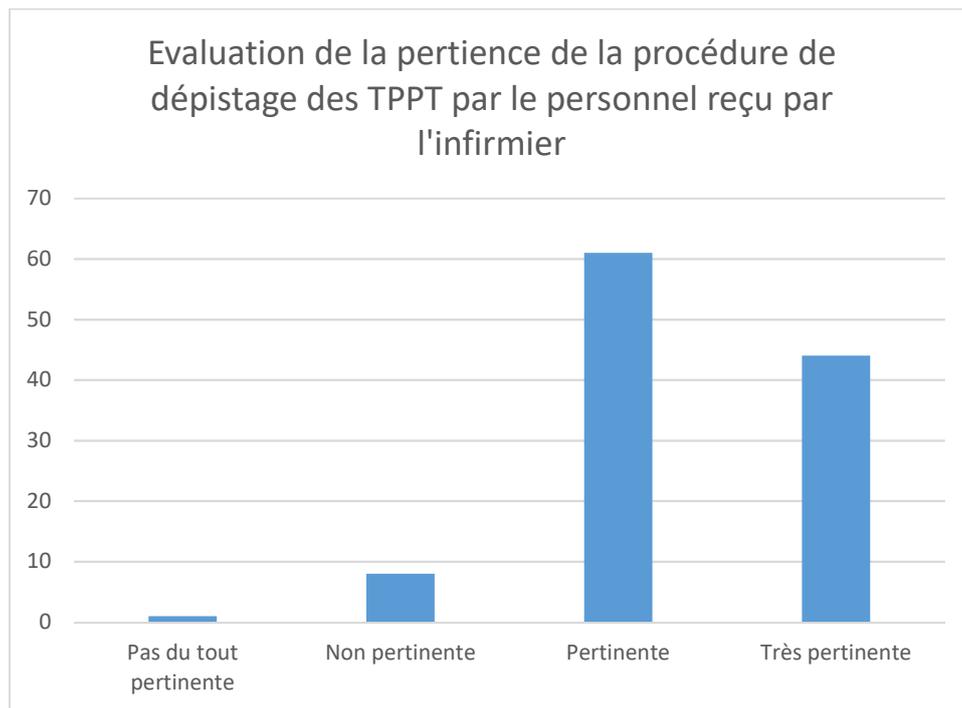
V.3 Evaluation de la satisfaction

V.3.1 Satisfaction des usagers

L'acceptabilité de ce protocole a été évaluée par un questionnaire de « satisfaction du personnel reçu par l'infirmier » (Annexe 18), rempli de façon anonyme à la fin de l'entretien infirmier par l'utilisateur. Le critère de jugement principal est l'utilité des entretiens de dépistage. Les critères de jugement secondaires sont la pertinence des entretiens, leur accessibilité, et l'acceptabilité de la forme du dépistage.

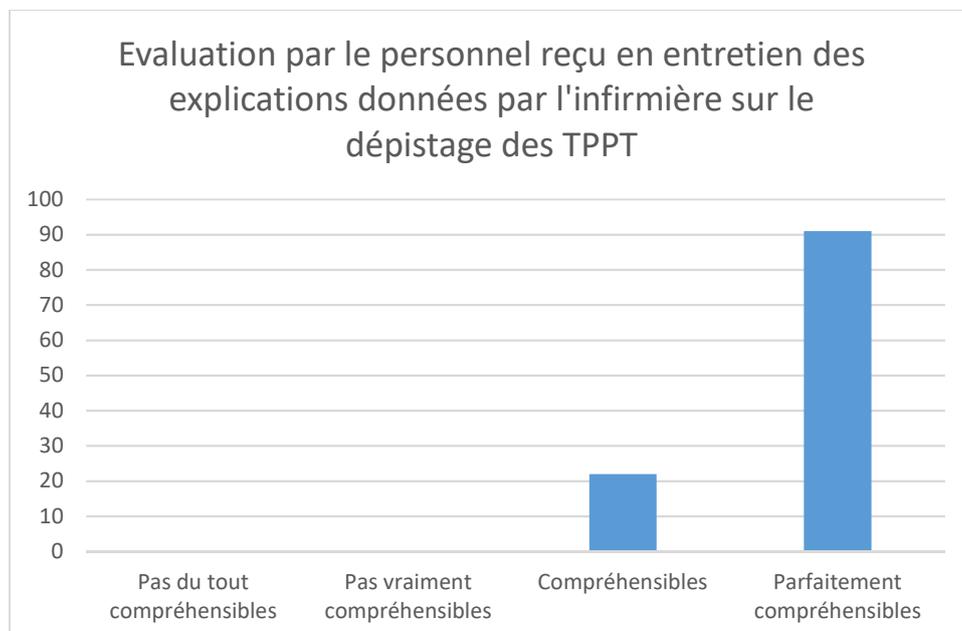
114 questionnaires ont été remplis sur les 159 entretiens réalisés.

Figure 7 :



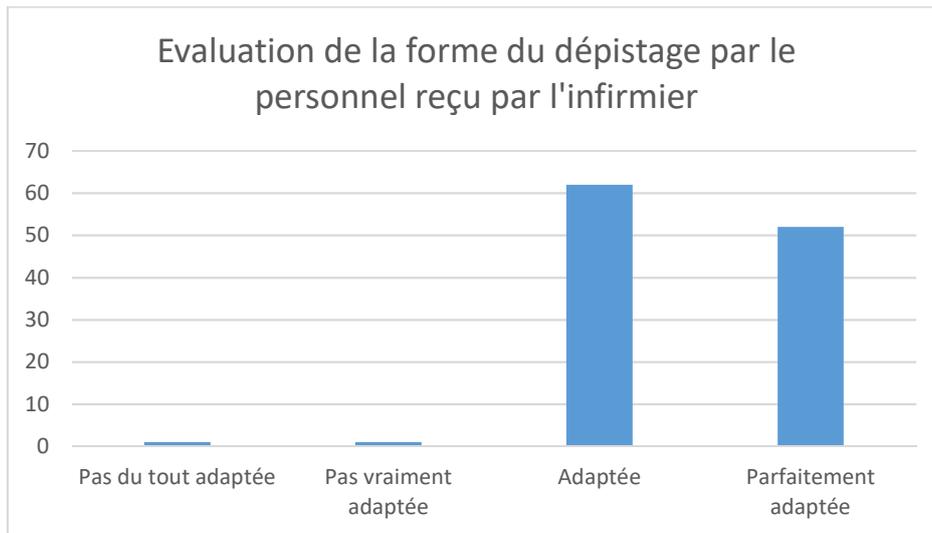
Ces questionnaires de satisfaction du personnel reçu par l'infirmier montrent une satisfaction de 98% et une pertinence du protocole de 91%.

Figure 8 :



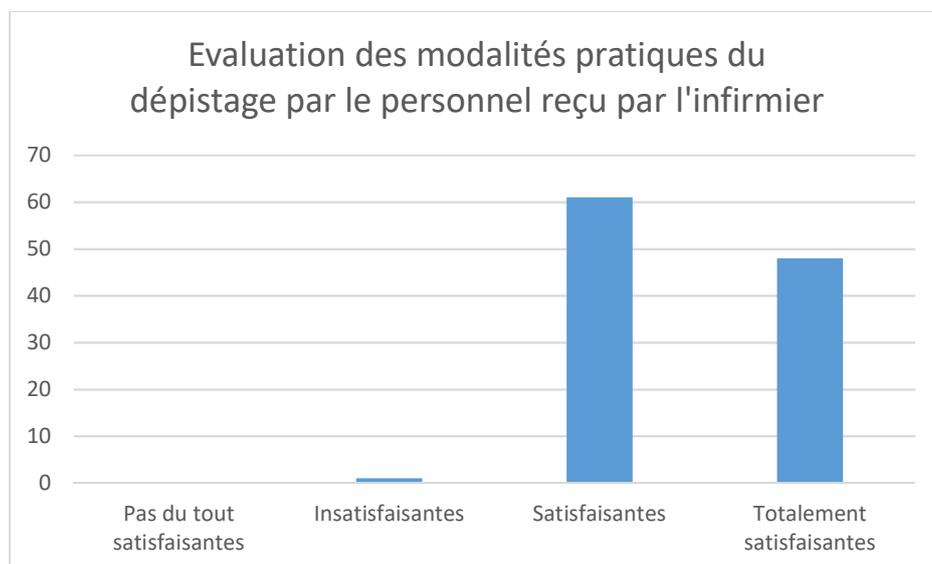
Les explications données sur le dépistage des TPPT par l'infirmier étaient parfaitement compréhensibles (91/114).

Figure 9 :



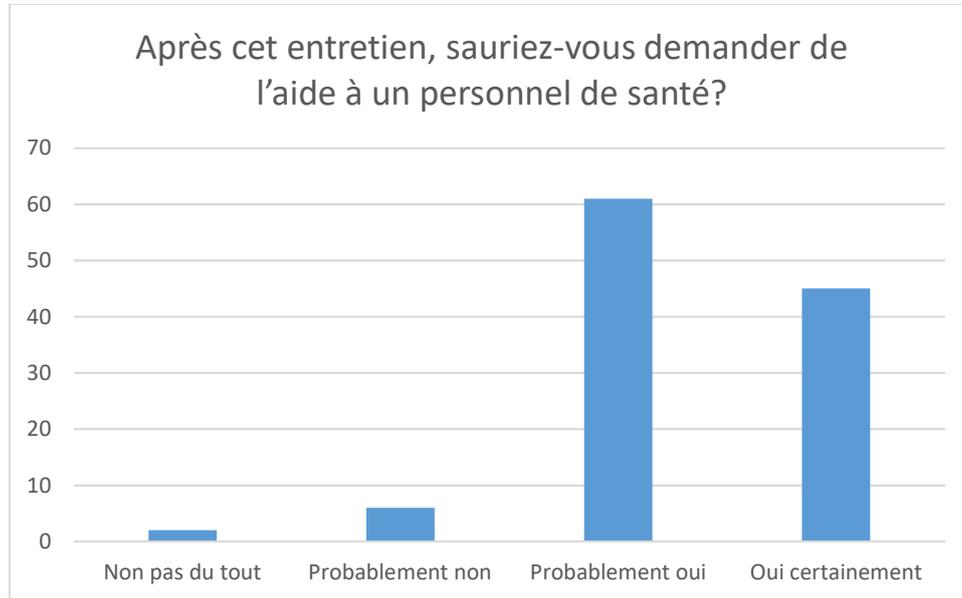
La forme du dépistage par un entretien infirmier était adaptée (62/114) voire parfaitement adaptée (52/114). La satisfaction du PN face à ces entretiens à caractère obligatoire lors des VSU a été modérée voire faible, car certains ne se sentaient pas concernés du fait de la réalisation de leur dernière OPEX il y a 4 ans. Les PN sont assez réticents aux entretiens médico-psychologiques imposés dans un cadre formel. En revanche plusieurs d'entre eux ont proposé un temps d'échange à l'unité pour que les infirmiers puissent être acculturés à leur milieu et mieux comprendre ce qu'ils font : « *Je peux organiser des visites ainsi qu'une présentation de l'unité pour améliorer la connaissance du cadre d'emploi des équipages* », rapportait un pilote.

Figure 10 :



Les modalités pratiques du dépistage leur semblaient satisfaisantes (61/110).

Figure 11 :



La plupart des militaires se sont sentis capables de demander de l'aide, si nécessaire, suite à l'entretien.

Certains ont souligné la barrière de l'uniforme ; d'autres ont proposé de faire plus de communication dans les unités concernant les possibilités de consultation et d'évaluation psychologique.

La satisfaction exprimée est globalement mise en lien avec l'écoute qui leur est offerte par l'équipe du CMA et la reconnaissance institutionnelle veillant à leur bien-être psychique. L'implication du commandement en témoigne d'ailleurs.

V.3.2 Satisfaction des infirmiers vis-à-vis de la délégation d'actes

Deux moments ont été choisis pour évaluer la satisfaction des infirmiers : le premier à trois mois du début de l'étude sous forme d'une table ronde, puis à 6 mois sous la forme d'un questionnaire semi-dirigé anonyme.

- **Résultat des échanges lors de la table ronde :**

Cette table ronde, à trois mois du début de l'étude, a permis de recueillir un premier avis des infirmiers sur leur satisfaction, leurs attentes vis-à-vis de cette participation au repérage des TPPT, leur avis sur la formation. Les idées globales qui ressortaient étaient les suivantes :

- *« Je pense qu'il serait utile et nécessaire d'assister à des entretiens avec un psychiatre, avant de commencer les entretiens infirmiers de dépistage, afin d'observer les différents types de symptômes susceptibles d'être rencontrés en entretien pour ne pas passer à côté ».*
- *« J'ai l'impression d'être « trop scolaire » lors des entretiens. » « Je ne suis pas assez à l'aise, je manque de spontanéité ».*
- *« Je me sens inutile, j'éprouve un sentiment d'échec face aux personnes fermées (non volontaires et contraintes) avec lesquelles les questions fermées alourdissent encore plus l'entretien. Cependant, le fait d'avoir pu déceler une fatigue psychique sur les 5 personnes vues en entretien m'a rappelé l'utilité des entretiens ».*

Les infirmiers soulignent l'opportunité d'un tel dépistage pour le personnel militaire de retour d'OPEX et ils confient le besoin de se recentrer sur la clinique dans leurs activités au sein du CMA.

- **Résultat des questionnaires semi-dirigés :**

Des questionnaires de satisfaction semi-dirigés ont été proposés aux cinq infirmiers de l'antenne médicale de Bricy afin d'évaluer leur vécu d'un tel protocole de délégation d'actes (Annexe 19). Ils ont été remplis de façon anonyme au bout d'une dizaine d'entretiens réalisés. On y aborde la satisfaction de la formation reçue, les difficultés rencontrées lors des entretiens, l'impact économique en termes de temps et de personnel.

Au niveau de la **pertinence** du protocole, l'ensemble des infirmières l'estime pertinent lorsqu'il concerne les militaires de retour de mission, mais il ne leur semble pas adapté pour les VSU (certains PN ne sont pas partis depuis 3 ans) ou les missions de deux ou trois jours.

La **faisabilité** est parfois complexe quand il y a beaucoup d'entretiens de VSU.

Le temps passé à ce protocole est variable d'un infirmier à l'autre. Un infirmier s'occupe de tous les entretiens sur une semaine, une semaine toutes les 5 à 6 semaines. Généralement, les

entretiens sur rendez-vous prennent une heure de temps le mardi matin. Puis, les entretiens des VSU peuvent prendre jusqu'à 3h30 par semaine. Ce protocole est surtout chronophage pour l'infirmière référente, en début de mois, car elle a besoin d'une journée entière pour faire la synthèse du mois précédent et relancer les militaires qui n'ont pas répondu aux convocations. Un problème d'organisation et de conciliation entre le poste de travail et les entretiens a pu occasionnellement gêner le fonctionnement de l'antenne médicale. Des difficultés de coordination entre les entretiens de VSU, la biométrie, et la consultation avec le médecin ont pu perturber les emplois du temps des consultations. Certains infirmiers ont demandé un allègement du planning des entretiens ou la création d'un poste dédié à « temps plein » à ces entretiens : « *On ne peut pas cumuler plusieurs tâches au même moment et s'y consacrer correctement* ».

Les autres difficultés mises en avant étaient liées aux aspects techniques de l'entretien médico-psychologique et à la maîtrise de la clinique des troubles psychiques post-traumatiques, surtout pour les plus jeunes. Certains infirmiers ont fait état de l'impact d'un manque de technique d'entretien et de formation pratique pour mener un entretien clinique fluide. Certains patients étaient perçus comme méfiants vis-à-vis de l'infirmier car ils ne s'ouvraient pas. Néanmoins, seule une infirmière a eu besoin de solliciter le médecin suite à un entretien pour un patient en souffrance.

La nécessité de venir au SMPCAA sur une journée pour mieux aborder un entretien, savoir comment poser les questions, structurer un entretien et recentrer un patient logorrhéique a été mise en avant.

Au niveau de la **satisfaction**, la plupart des infirmiers étaient contents de participer à ce protocole. « *Le protocole est très valorisant pour le métier d'infirmier en CMA. Il donne une place entière à l'infirmier dans la prise en charge et surtout le dépistage.* » Pour certains, ce dépistage était indispensable. Pour un autre, c'est l'apport en termes de connaissances et de compétences qui était souligné. Un seul se sentait inutile dans ce protocole.

Globalement, l'**efficacité** du protocole est ressentie par tous les infirmiers qui se sentent capables de repérer un personnel en souffrance. La majorité a rapporté sa satisfaction. En revanche, un ressenti d'impuissance voire d'échec a pu être perçu face aux réactions de réticence de certains militaires peu enclins à se confier. Le besoin d'une formation pratique complémentaire a été unanimement reconnu.

VI-Discussion

VI. 1. Faisabilité et acceptabilité du protocole de délégation d'actes

En s'aidant de la grille d'évaluation des protocoles de coopération de l'HAS (Annexe 2) [78-84], comme défini dans l'article L.4011-2 du code de la santé publique, nous avons essayé de proposer une réponse pragmatique à la demande de dépistage en matière de TPPT. Un de nos objectifs était d'offrir un cadre pour garantir sa reproductibilité en CMA. Cette proposition de protocole a mûri durant un an avec des évolutions dans les modalités de convocation et d'accompagnement des infirmiers durant notre stage. Ce dispositif a nécessité une participation et une adhésion active du commandement. Accepté par tous, il a été qualifié de satisfaisant par les usagers et les soignants. Il s'est aussi révélé efficace dans le repérage des souffrances psycho-sociales et l'orientation des patients. La supervision est apparue comme ayant une réelle plus-value dans la pratique quotidienne des infirmiers en CMA, soucieux d'améliorer la qualité des soins réalisés au profit du personnel qu'ils soutiennent.

VI.1.1 Un module de formation spécifique à l'entretien médico-psychologique

La subtilité de la clinique des troubles psychiques post-traumatiques implique un niveau de formation suffisant pour dépister les personnes en souffrance. La formation proposée aux infirmiers a été jugée par ces derniers adaptée et satisfaisante. Elle nécessite cependant un prérequis qui est, d'après les infirmiers interrogés, de savoir mener un entretien clinique psychiatrique.

Notre étude a mis en évidence un besoin de formation plus important qu'initialement prévu. Dans le protocole mis en place, un infirmier référent était formé au SMPCAA pendant deux jours, puis ce dernier formait ses collègues infirmiers à l'aide d'un cours théorique et à partir de l'observation de quelques entretiens cliniques à ses côtés. Les infirmiers de l'AM de Bricy étaient désireux d'assister à des entretiens au SMPCAA avec des psychiatres, soulignant que les cours théoriques dispensés lors de leur cursus de formation ne pouvaient remplacer une mise en situation avec un praticien expérimenté.

Un manque de formation pratique était souligné dans l'évaluation de la satisfaction des infirmiers. Ainsi, il a été décidé avec l'accord du Médecin-chef du CMA d'organiser une journée de stage au SMPCAA pour compléter les compétences de l'infirmier, notamment lui donner des repères dans la réalisation d'un entretien clinique. Au cours de cette journée, les infirmiers ont appris à mieux appréhender les signes cliniques évocateurs d'un TPPT et à se

familiariser avec la question de la relation soigné-soignant en psychiatrie, au cœur de la dynamique de l'entretien spécialisé. L'étude n'ayant duré qu'un an, nous avons peu de recul pour évaluer la formation continue qui a vocation à se poursuivre semestriellement.

Si le protocole venait à se pérenniser avec un nombre croissant d'infirmiers formés, d'autres services de psychiatrie des HIA seraient sollicités. Les psychologues d'active du SSA servant en CMA ou en HIA seraient aussi impliqués dans ce dispositif pour accompagner les infirmiers dans cette délégation d'actes et assurer une formation continue en partenariat avec les médecins des forces.

Dans le but d'améliorer la formation initiale, le retour d'expérience de cette étude questionne la nécessité d'ajouter un module de formation à l'entretien clinique, voire le recours aux techniques de « simulation » telles qu'elles sont actuellement pratiquées à l'EVDG pour l'apprentissage de la mise en œuvre d'un débriefing médico-psychologique après un événement grave [94].

Par ailleurs, il apparaît que les éléments techniques spécifiques devraient plutôt être enseignés par un psychiatre que par un infirmier référent. Néanmoins, l'expérience a montré que le recours à un psychiatre reste compliqué en termes de faisabilité, de proximité, et que la présence de l'infirmier référent facilite le compagnonnage au profit des plus jeunes. L'analyse des pratiques entre pairs est aussi un facteur favorisant l'inter-contrôle et participe à l'amélioration de la qualité de la délégation d'actes.

VI.1.2 La supervision, valeur ajoutée du protocole

A notre connaissance, très peu d'études de délégation de soins dans le dépistage des syndromes de stress post-traumatique existent. Chaque CMA organise selon un processus propre le repérage des TPPT des militaires de retour de mission. Nous avons pu accéder à deux procédures expérimentales dans les antennes médicales de Villacoublay et de Mérignac [95]. Cependant, aucune publication officielle n'a été rédigée à ce jour.

La supervision technique par un psychiatre ou un psychologue d'une structure de soins du SSA est la spécificité de notre protocole par rapport à ces études. Les infirmiers ont pu confier leur appréhension face aux réactions des patients peu enclins à la verbalisation ou opposants. Le face-à-face avec le combattant de retour de mission peut aussi entraîner chez le soignant des réactions d'angoisse, d'agacement, d'impuissance, d'échec ou de trop forte empathie. Savoir écouter son contre-transfert n'est pas aisé. Les séances de supervision au SMPCAA ont permis à certains de mieux saisir les enjeux de la relation de soins et d'écouter les phénomènes à

l'œuvre comme de véritables signes cliniques. La prudence dans l'utilisation de certains mots ou le respect des moments de silence en entretien doivent faire l'objet d'une attention particulière [96, 97].

Les situations décrites comme mettant l'infirmier mal à l'aise ou en difficulté ont été travaillées.

Deux ont été signalées :

- Le personnel des forces spéciales est supposé avoir vécu des missions très dures. Certains infirmiers ont confié craindre les éventuelles descriptions chargées de violence, saturées d'horreur. A l'idée de les rencontrer, ils ont exprimé leur inquiétude d'être débordés et de ne pas trouver la bonne distance ou la réponse adéquate pour les aider.
- Les entretiens des personnes réticentes, sur la défensive, aux réponses laconiques, ont pu être vécus comme un échec par certains.

La supervision technique avec un psychologue du SMPCAA a permis aux infirmiers de saisir les fondements subjectifs de ce ressenti d'inquiétude et de garder une attitude soignante de clinicien, neutre et bienveillante.

Si ce protocole était amené à être généralisé, on pourrait envisager une supervision technique avec le psychologue du CMA et des temps de synthèse clinique, d'échanges sur les pratiques professionnelles avec les équipes de psychiatrie des HIA de proximité. L'infirmier garderait la possibilité de s'engager à titre personnel dans une démarche de supervision avec le psychologue ou le psychiatre de son choix.

VI.1.3 Un protocole structuré et une traçabilité du suivi

La pérennité du protocole dépend en grande partie du suivi administratif des dossiers médicaux réduits, des convocations et des rendez-vous. Ce suivi nécessite un personnel dynamique et motivé. La synthèse mensuelle demande un suivi hebdomadaire du carnet de retour des dossiers médicaux réduits (DMR). Ce n'est pas un acte médical, l'infirmier et le médecin peuvent donc être secondés dans ce rôle par le personnel administratif (auxiliaires sanitaires et secrétaires).

L'expérience a montré que le classement par date de départ en OPEX n'est pas le plus judicieux. Un classement par date de retour prévue serait plus pratique. En outre, noter les départs reste indispensable pour disposer d'un listing exhaustif du personnel à dépister. On peut ainsi rattraper le militaire qui n'a pas rapporté son DMR. On pourrait également créer deux listings : un listing des « perceptions et retours des DMR » et un listing du « suivi des rendez-vous et des convocations ». Le but est que l'infirmier ne perde pas de temps dans ce suivi administratif.

VI.1.3.1 Des convocations obligatoires

D'après cette étude, l'expérience a montré qu'il est préférable que les convocations soient obligatoires. Comme le montre les résultats, le système d'entretien clinique proposé sur volontariat (avec ou sans coupon-réponse) n'était pas efficace. La période de décembre 2015 à mars 2016 a effectivement montré des taux extrêmement faibles de participation aux entretiens. Les interventions dans les unités, même si nous avons été très bien accueillis, n'ont pas suffi à fédérer les militaires autour de ce dispositif de suivi. Un système de convocation avec des rendez-vous obligatoires, donnés dès le retour, a dû être instauré. Il a montré son efficacité. Notons que ce repérage, cohérent avec les besoins du militaire, s'effectue conformément aux directives du service de santé des armées [19, 98] et du ministère de la santé [99, 100].

VI.1.3.2 L'adhésion du commandement

Comme évoqué précédemment, nous avons pu constater que de nombreux DMR ne sont pas rapportés malgré les séances de sensibilisation du commandement et les relances par mail. Il est important de gagner l'adhésion des commandants d'unité et des cadres de contact pour que les militaires de retour d'OPEX bénéficient d'une vigilance médico-psychologique. Comme pour le contrôle de l'aptitude, le commandement doit veiller à la réalisation de ces actes de dépistage qu'il s'agit de considérer comme des mesures préventives. Il a un rôle majeur dans la préservation du bien-être du personnel en facilitant l'accès aux soins comme aux entretiens infirmiers de repérage des TPPT.

VI.1.4 Au-delà des réticences initiales : le repérage du personnel en souffrance

VI.1.4.1 Les réticences du PN

La mise en place de ce protocole a été accueillie de façon favorable par les usagers et les infirmiers. On a pu observer une satisfaction de la part de l'ensemble du personnel, hormis certains PN en VSU. Il s'agit d'une population très suivie médicalement. En effet, tout état de souffrance psychique d'un navigant peut mettre en danger l'ensemble de l'équipage ou de la mission. Des médecins spécialisés en médecine aéronautique, notamment les médecins chargés du PN dans les CMA, sont formés spécifiquement à évaluer l'équilibre psychique de ce personnel. Dans le suivi réglementaire de cette population, il n'est pas prévu de rencontre systématique avec un psychiatre, mais une vigilance continue tous les six mois à l'unité ou au

CEMPN. Ainsi, le PN doit régulièrement rencontrer un médecin qui doit juger de son aptitude. Cette démarche imposée est source de stress. Le fait de rajouter une évaluation lors de la VSU participe à ce vécu de réticence et d'ambivalence à l'égard d'un questionnaire comme la PCLS. En revanche, le fait de pouvoir parler à un infirmier avant l'examen par le médecin est vécu comme moins menaçant sur le plan des conséquences sur l'aptitude. Certains ont pu proposer des visites à l'escadron pour permettre au personnel paramédical de se familiariser avec leurs contraintes professionnelles et de découvrir la nature de leurs missions, des dernières OPEX et les situations à risque psycho-traumatique. L'infirmier peut alors jouer un rôle plus « informel » dans cette investigation subtile de la santé mentale des PN. Le dépistage des TPPT chez les navigants doit être systématique à chaque VSU et après tout événement grave (crash, éjection, événement de guerre, etc.). Toute incapacité subite ou subtile en vol peut avoir des conséquences majeures pour leur santé et la sécurité de la mission aérienne. Le drame du crash aérien de la Germanwings, du 24 mars 2015, a montré que des troubles psychiques pouvaient survenir même chez les PN qui sont soumis à un suivi très encadré. Le protocole que nous avons proposé a donc tout son intérêt dans le suivi du PN.

VI.1.4.3 Les causes de refus des PNN

Un tiers des militaires convoqués ont refusé l'entretien et ne voient pas l'intérêt d'un suivi. Ces chiffres concordent avec l'étude du CESPAS de 2013 [29]. Il faudrait néanmoins ne pas passer à côté d'une réticence qui serait en réalité un vécu de honte et de culpabilité masqué. Le protocole a plusieurs niveaux d'intervention qui peuvent permettre de créer les conditions d'une rencontre : l'accueil par l'auxiliaire sanitaire, l'entretien infirmier et le suivi en VMP par le médecin des forces. La personne est informée de la possibilité d'être reçue par le praticien de son choix.

Tout militaire qui refuse catégoriquement l'entretien de dépistage, sans signe clinique de gravité, fera l'objet d'une attention particulière, notamment lors des visites médicales. L'information sera tracée dans son dossier médical.

VI.1.4.3 Des personnes en souffrance repérées

Au-delà des réticences exprimées, ce protocole a permis le repérage de quatre militaires en souffrance psychique en lien avec des problématiques personnelles ou des risques psycho-sociaux. Ils ont été orientés vers un médecin ou un psychiatre pour la mise en place d'un suivi psychologique.

Sur la période de novembre 2015 à octobre 2016, nous n'avons pas dépisté de troubles psychiques post-traumatiques. Cela est cohérent avec l'étude épidémiologique du CESPAS qui retrouve seulement 5,3% de TPPT dans l'armée de l'air. Elles ont également montré une baisse du nombre de TPPT depuis 2013 [33].

VI.2. Intérêt de ce protocole de délégation d'actes à l'infirmier pour le dépistage des TPPT

VI.2.1 Créer les conditions d'une rencontre avec le militaire de retour d'OPEX

Pour le repérage des TPPT, l'enjeu est de créer les conditions d'une rencontre avec les militaires de retour d'OPEX. L'entretien clinique est le cœur de ce dispositif. Nous avons rappelé la phénoménologie du trauma dans une première partie. Il s'agit de pouvoir être vigilant au cours de la période où statistiquement les symptômes peuvent se manifester, dans les trois mois après une exposition traumatique, sans préjuger de la durée de la phase de latence. Seul l'examen du patient, l'écoute de son vécu subjectif permettent d'observer les signes évocateurs d'une blessure psychique. Chaque rencontre fera l'objet d'une attention spécifique.

L'entretien infirmier est l'occasion d'entrer en relation avec le militaire, de répondre à ses inquiétudes, à ses interrogations et de l'informer. Il s'agit d'un moment clé qui nécessite de créer un climat de confiance, un lien sur lequel il pourra s'appuyer en cas de difficulté.

La modélisation décrite précédemment est une illustration pratique du dépistage qui peut s'appliquer après tout événement grave potentiellement traumatisant.

Dans ce cadre, l'infirmier a une place légitime. Il tient une position centrale, au plus proche des combattants. A l'instar du médecin des forces, il est un interlocuteur privilégié. Son rôle de soignant, sans la casquette de l'expert chargé de déterminer l'aptitude à servir, le rend très abordable. Ce protocole a permis de mettre en perspective l'ensemble de ses missions dans le cadre de la médecine des forces : soins, écoute, prévention, veille sanitaire, encadrement, information et traçabilité des données médico-administratives.

Pour gagner la bataille du repérage précoce des TPPT, il est nécessaire de pouvoir compter sur l'ensemble des infirmiers du SSA formés aux spécificités de l'entretien médico-psychologie, travaillant de concert avec les médecins des forces.

VI.2.2 Un dépistage avant tout clinique

Ce modèle s'appuie sur la clinique des troubles psychiques post-traumatiques, base du repérage. Le soldat peut émettre des réticences à réaliser l'entretien, par peur de perdre son aptitude, par crainte de l'effondrement ou de paraître faible, défaillant, ou en raison d'un vécu d'incommunicabilité de l'expérience traversée [101]. Cette difficulté pour le sujet à parler de son ressenti nous a amenés à corréler les entretiens aux résultats de la PCLS remplie par l'intéressé.

Nous avons pu constater que même si le but de ce dépistage est compris, certains militaires ne remplissent pas avec véricité la grille de la PCLS. Ils minimisent leurs symptômes et décalent les croix d'une à deux colonnes vers la gauche. C'est justement face à une personne réticente que les signes cliniques sont à explorer de façon exhaustive.

La PCLS est finalement un outil complémentaire d'orientation, de médiation, qui a une valeur diagnostic relative sans l'écoute d'un professionnel. L'analyse du score sert de repère dans la prise en charge du patient qui peut se représenter de manière plus « objective » l'intensité de ses troubles. Cette quantification peut contribuer à une acceptation de la souffrance ressentie et répondant à des critères validés par une échelle.

La délégation d'acte porte exclusivement sur l'entretien médico-psychologique et non sur le recueil des données de la PCLS. Elle ne vise pas l'établissement d'un diagnostic, mais la réalisation d'un bilan psychologique par l'infirmier permettant d'orienter la personne vers un parcours de soins adapté et si possible à proximité de son lieu de vie.

VI.2.3 La coopération entre professionnels de santé

Cette collaboration présente un double intérêt. D'une part, le travail d'équipe entre le médecin et l'infirmier garantit un dépistage des TPPT complémentaire et synergique. D'autre part, elle renforce les liens entre ces deux professionnels par l'intermédiaire de la formation continue au sein du CMA et grâce à des échanges cliniques indispensables pour l'ajustement du projet de soins du patient.

Le rôle premier de l'infirmier est de seconder efficacement le médecin [19]. Ce partenariat est la base de ce protocole de délégation de soins qui s'appuie sur les compétences spécifiques de chacun. Il fait la force de ce binôme naturel, particulièrement en OPEX. Cette collaboration permet un redéploiement du temps médical pour d'autres missions et un enrichissement des pratiques professionnels de l'infirmier.

Le médecin a la responsabilité dans l'antenne médicale des actions de soins, de prévention et de la supervision technique des infirmiers et des auxiliaires sanitaires [58, 59]. La délégation

d'actes impose un renforcement de la formation de l'équipe et l'animation de « staffs » médicaux où les dossiers de repérage des TPPT sont analysés.

Ce protocole de délégation d'actes centré sur l'entretien clinique répond au projet de la Loi Santé 2014 « *le métier d'infirmier clinicien sera reconnu : celui-ci pourra dorénavant (...) participer à des activités de prévention* » [100]. Notre dispositif a permis de former des « infirmiers cliniciens » et de valoriser le statut d'infirmier des forces.

En accord avec les objectifs de ce projet de Loi, ce protocole améliore la prévention et l'accès au dépistage, encadré par un médecin, et encourage les « stratégies de prévention innovantes » [99].

Enfin, il participe également à la reconnaissance institutionnelle des troubles psychiques post-traumatiques en lien avec le service [102].

VI.3 Perspectives : vers une application au sein du SSA et en santé publique

Cette étude, innovante en la matière, pourrait ouvrir d'autres champs d'application pour les infirmiers militaires et civils. Elle s'adapte à la nouvelle Loi Santé et au plan d'action du SSA concernant les troubles psychiques post-traumatiques.

VI.3.1 Vers une standardisation dans le SSA

Le modèle « SSA 2020 » propose une « une redistribution des rôles et des responsabilités entre praticiens et paramédicaux » [103]. Notre modèle de délégation d'actes à l'infirmier s'inscrit dans cette dynamique.

Avec la mutualisation des CMA et le regroupement en CMA-NG, les pratiques ont tendance à s'uniformiser tout en respectant certaines spécificités comme celles liées au soutien du PN. Ce protocole ayant été accepté par l'ensemble des membres de la BA 123, il pourrait être généralisable aux autres CMA en collaboration avec les services de psychiatrie des HIA de rattachement. La place du psychologue du SSA exerçant en CMA pourra aussi être précisée quant à ces actions de dépistage des TPPT en lien avec le médecin des forces et l'infirmier.

VI.3.2 Intérêt en santé publique

Cette collaboration prend tout son sens dans le contexte des attentats qui ont touché la population sur le territoire national. Ce protocole initialement conçu pour les militaires exposés en opérations extérieures semble pouvoir s'appliquer aux victimes civiles. Il s'agit de repérer précocement les blessés psychiques et de les suivre. Le nombre d'impliqués dans les récentes catastrophes impose un réseau de soignants en nombre. Les infirmiers civils pourraient être formés sur le modèle de notre protocole pour seconder les médecins et aider les psychiatres.

VI.3.3 Application au domaine de la médecine du travail

Cette collaboration pourrait également s'ouvrir au domaine de la médecine du travail et s'appliquer au dépistage des risques psychosociaux. Des personnes en souffrance au travail ont déjà été repérées grâce à ce protocole. L'élargissement des compétences de l'infirmier militaire en médecine du travail, qui existe déjà dans le milieu civil, pourrait être étudié dans le SSA [104].

Par ce dispositif, on replace l'infirmier au cœur du processus de soins et de prévention.

Conclusion

Notre stage en unité à l'antenne médicale (AM) d'Orléans-Bricy nous a permis de nous familiariser avec les différentes facettes du binôme médecin-infirmier. La modélisation d'un protocole de délégation d'actes à l'infirmier a imposé de bien définir les responsabilités de chacun et les enjeux des missions partagées au sein d'un centre médical des armées (CMA), notamment en ce qui concerne les actions de prévention.

L'intensification des opérations extérieures (OPEX) et intérieures (OPINT) actuelles entraîne une majoration des risques d'exposition à une situation psycho-traumatique. Afin de repérer précocement les troubles psychiques post-traumatiques (TPPT), nous avons élaboré avec l'équipe de l'AM de Bricy et le SMPCAA un protocole de délégation d'actes à l'infirmier des forces visant à proposer un entretien clinique de dépistage à tout militaire de retour d'OPEX. Ce protocole de coopération entre professionnels de santé s'inscrit dans le cadre du plan d'action du service de santé des armées (SSA) et répond à la nécessité d'orienter le patient vers un parcours de soins adapté à sa situation. Cette démarche d'accompagnement peut infléchir favorablement le pronostic évolutif des troubles psychiques ainsi diagnostiqués.

Nous avons standardisé ce protocole selon la grille établie par la Haute Autorité de santé dans le respect de la démarche qualité et de la sécurité des actes de dépistage.

Sa mise en œuvre a révélé qu'il convient de le rendre obligatoire pour tous les combattants, trois mois au retour de mission. Les craintes suscitées par l'entretien infirmier systématique peuvent être dépassées en veillant à délivrer une information claire et à obtenir l'adhésion du commandement. Par ailleurs, les spécificités propres à certaines catégories de personnel, comme le personnel navigant, ont été prises en compte en proposant de réaliser notre protocole lors de la visite systématique à l'unité et ce malgré une certaine réticence initiale.

Sur le temps de l'étude (de novembre 2015 à octobre 2016), aucun trouble psychique post-traumatique n'a été repéré chez les 159 militaires reçus. En revanche, quatre situations de souffrance liées à des difficultés professionnelles ou familiales ont pu être objectivées et adressées à des spécialistes. Ce protocole centré sur la réalisation d'un entretien clinique a été jugé comme pertinent, à la fois par le personnel de retour d'OPEX et par les infirmiers de la base aérienne de notre étude, en termes de faisabilité et d'acceptabilité selon les critères de la

Haute Autorité de santé. La plupart des militaires se sont sentis capables de demander de l'aide, si nécessaire, après ce bilan médico-psychologique avec l'infirmier. L'enjeu majeur de ce protocole est de créer les conditions d'une rencontre avec un soignant du CMA et ainsi de faciliter le recours aux soins spécialisés par tout combattant en souffrance.

Ce protocole de délégation d'actes à l'infirmier répond à une logique d'efficacité, de traçabilité et d'harmonisation du repérage des troubles psychiques post-traumatiques, basée sur une formation initiale et continue à l'entretien médico-psychologique et sur une supervision technique. Il a été conçu pour être applicable et généralisable à l'ensemble des CMA. Les temps de perfectionnement aux spécificités de l'entretien médico-psychologique impliquent un partenariat avec les services de psychiatrie des hôpitaux d'instruction des armées (HIA) de rattachement et une coordination du développement professionnel continu avec l'Ecole du Val-de-Grâce, notamment la chaire de psychiatrie et de psychologie clinique appliquées aux armées. L'expérience du psychologue clinicien exerçant en CMA sera précieuse, notamment en offrant une supervision de proximité en lien avec les praticiens des HIA.

Par ailleurs, cette étude a permis d'enrichir les liens techniques entre les équipes soignantes, mais également de replacer la clinique au centre du dépistage. Ce protocole a nécessité des temps communs de formation aux spécificités de la sémiologie psychiatrique. L'utilisation de l'échelle PCLS, telle qu'elle est indiquée dans le plan d'action du SSA, est apparue comme un outil complémentaire qui peut faire médiation avec un patient réticent, peu enclin à la verbalisation. L'infirmier des forces est reconnu par l'ensemble des spécialistes de la santé mentale comme ayant une place majeure dans ce repérage. Ses compétences de clinicien sont ainsi valorisées.

Ce travail de thèse nous a permis de découvrir l'univers du CMA et la richesse de ses missions. Nous avons pu apprendre à créer un programme pédagogique au profit de l'équipe médicale et accompagner sa mise en œuvre pratique. La collaboration interprofessionnelle nous a donné l'opportunité de nous investir dans le management du personnel soignant, autour d'un projet commun. De plus, les briefings et les interventions dans les unités nous ont permis de saisir notre rôle de conseiller du commandement en tant que futur médecin des forces.

Enfin, cette étude innovante en termes de délégation de soins répond au projet de modernisation de notre système de santé et au projet de service du SSA 2020. Elle pourrait faire l'objet d'une

validation officielle auprès des agences régionales de santé (ARS) et ouvrir des applications dans le champ de la santé publique. Les événements graves qui ont touché la France durant les derniers mois nécessitent un dispositif de repérage continu des TPPT dans la population civile. Les infirmiers ont un rôle majeur à jouer en premier recours et ce quel que soit leur cadre d'exercice.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Directive n°564/DEF/DCSSA/AST/TEC du 10 mars 2011 relative au Plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques dans les armées » 2011-2013.
- [2] Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. Ann Méd-psychol. 2010 ; 168 : 311-319.
- [3] Berrios GE, Porter R. A History of Clinical Psychiatry : The Origin and History of Psychiatric Disorders. Athone ; 1995.
- [4] Clercq M. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson ; 2002.
- [5] Roussy G, Lhermitte JJ. Les psychonévroses de guerre. Paris : Masson ; 1917.
- [6] Colas MD. Ceux de 1915 : « La guerre des nerfs ». Le Casoar 2015 Juil ; 218 : 37-39.
- [7] Décret du 29 mai 1919, le guide-barème des invalidités applicable au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.
- [8] Lebigot F, Colas MD. Reconnaissance et réparation des blessures psychiques de guerre. Stress et Trauma 2004 ; 4(2) : 103-111.
- [9] Grinker RR, Siegel JP. Men under stress. Philadelphia : Blakiston ; 1945.
- [10] Targowla R. A form of asthenic syndrome of deported persons and prisoners of war (1939-45) ; syndrome of late emotional paroxystic hypermnesia. Presse Med. 1950 ; 58 : 728-730.
- [11] Koch L. Intérêt du concept de résilience dans la prise en charge du traumatisme psychique. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Paris : Université Paris Descartes Faculté de Médecine ; 2013.
- [12] Wilson M. DSM-III and the transformation of American psychiatry : a history. Am J Psychiatry 1993 ; 150 : 399-410.
- [13] Shatan CF. The grief of soldiers : Vietnam combat veterans' self-help movement. Am J Orthopsychiatry 1973 ; 43 : 640-653.
- [14] Décret du 10 janvier 1992 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre (JORF 12 janvier 1992).
- [15] Lafont B, Raingeard D. Psychiatre dans le Golfe. Médecine et armées 1992 ; 20 (3) : 261-266.
- [16] Doutheau C et al. Facteurs de stress et réactions psychopathologiques dans l'armée française au cours des missions de l'ONU. Revue Internationale des Services de Santé des Armées 1994 ; 67 : 30-34.
- [17] Raingeard D, Lebigot F. Action psychologique et psychiatrique en faveur des soldats de l'Opération turquoise. Ann Méd-Psychol. 1996 ; 154 (2) : 103-133.

- [18] Sundin J, Fear NT, Iversen A, Rona RJ, Wessely S. PTSD after deployment to Iraq : conflicting rates, conflicting claims. *Psychological medicine* 2009 ; 40 : 367-82.
- [19] Directive n°517996/DEF/DCSSA/PC/CN.SMPA du 20 décembre 2013 relative au Plan d'action « Troubles psychiques post traumatiques dans les forces armées » 2013-2015 « Lutte contre le stress opérationnel et le stress post traumatique ».
- [20] Kessler RC et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995 ; 52 : 1048-1060.
- [21] Breslau N, et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48 : 216-222.
- [22]
Alonso, J. et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 21–27 (2004)
- [23] Vaiva G et al. Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: Santé Mentale en Population Générale (SMPG). *Encephale* 2008 ; 34 : 577-583.
- [24] Jehel L, Duchet C, Paterniti S, Consoli SM, Guelfi JD. Prospective study of post-traumatic stress in victims of terrorist attacks. *Encephale* 2001; 27: 393–400.
- [25] Creamer M et al. PTSD among military personnel. *Int Rev Psychiatry* 2011; 23 : 160-165.
- [26] De Girolamo G, McFarlane AC. Epidemiology of victims of intentional Violence : A Review of the Literature. *Int Rev Psychiatry* 1996 ; 2: 93-119.
- [27] Hoge CW, Castro CA, Messer SC et al. Combat Duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med.* 2004 ; 351 : 13-22.
- [28] Vallet D, Arvers P, Furtwengler P et al. Etude exploratoire sur l'état de stress post-traumatique. *Medecine et Armées* 2005 ; 35 : 441-6
- [29] Deparis X, Pommier de Santi V, Marimoutou C, Paul F. Rapport n° 129/CESPA/USEE du 25/03/ 2013 sur la surveillance épidémiologique des troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant dans les armées – Années 2010-2011.
- [30] Paul F, Pommier de Santi V, Marimoutou C, Deparis X. Validation de l'échelle PCLS et d'un autoquestionnaire court dans le cadre de retour de mission. 2010.
- [31] Weathers F, Litz B, Herman D, Huska J, Keane T. The PTSD Check List reliability, validity and diagnostic utility. Annual meeting of the international society for traumatic stress studies. San Antonio 1993.
- [32] Yao SN, Cottraux J, Note I et al. Evaluation of Posttraumatic Stress Disorder : validation of a measure, the PCLS. *Encephale* 2003 ; 29 : 232-8.
- [33] CESPA, Troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant, résultats de la surveillance épidémiologique des armées. 2012-2014.

- [34] Marimoutou C. Données de la surveillance épidémiologique. 3^{ème} séminaire Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées ; 27 mai 2015 ; Ecole du Val-de-Grâce, Paris, France.
- [35] Devillières P. L'état de stress post-traumatique. *Actu santé*. 2013 Avr-Juin ; (131) : 12.
- [36] Colas MD. *Le visage des hommes (1914-2014) Un face-à-face avec le blessé de guerre* ; Panazol : Lavauzelle ; 2014.
- [37] Crocq L. *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob ; 2012. p.14.
- [38] Colas MD, Lahutte B, Vautier V. Chapitre 6 - Troubles psychiques post-traumatiques : précocité et continuité des soins. In : Mérat S, Collectif. *Le Blessé de guerre*. Paris : Arnette, John Libbey Eurotext ; 2014. p. 573-584.
- [39] American Psychiatric Association. *DSM-5, Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*, 5^{ème} édition. Paris : Elsevier Masson ; 2015 ; 309 : 320-331.
- [40] Organisation Mondiale de la Santé *Classification internationale des maladies*, dixième révision. Chapitre V. Troubles mentaux et troubles du comportement. Genève, Paris, Milan, Barcelone : Masson ; 1993 p.305.
- [41] Auxéméry Y. Une conception moderne du traumatisme psychique à l'usage des médecins somaticiens : des différentes formes cliniques du trauma à leurs perspectives pharmacologiques. *La Revue de médecine interne* 2012 ; 33 : 703-708.
- [42] Stein Dan J; Cloitre Marylene; Nemeroff Charles B; Nutt David J; Seedat Soraya; Shalev Arieh Y; Wittchen Hans-Ulrich; Zohar Joseph. Cape Town consensus on posttraumatic stress disorder. *CNS spectrums* 2009; 14(1 Suppl 1):52-8.
- [43] Colas MD, Lahutte B. Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique. *Médecine et Armées* 2009 ; 37 (5) : 399-410.
- [44] Canini F, Trousselard M, Andruetan Y. Mécanismes neurobiologiques des états de stress. *Médecine et Armées* 2011 ; 39 (2) : 129-132.
- [45] Monin L. Conséquence médico-psychologique d'un événement traumatique impact psychique du bombardement d'une unité militaire à Bouaké le 6 novembre 2004. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Paris : Université Paris Descartes Faculté de Médecine ; 2010 : p. 20-21.
- [46] Bourgues R. Intérêt du suivi psychométrique des états de stress post-traumatiques chez les vétérans d'Afghanistan. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2014.
- [47] Lebigot F. *Traiter les traumatismes psychiques – Clinique et prise en charge*. Paris : Dunod ; 2005.
- [48] Lebigot F. Le traumatisme psychique. *Stress et Trauma* 2009 ; 9 (4) : 201-204.

- [49] Grall B. Perception des médecins des forces de leur rôle dans la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Paris : Univeristé Paris Descartes Faculté de Médecine ; 2015.
- [50] Bourhis MV. Le médecin militaire d'unité dans l'approche et la prise en compte des états de stress post-traumatique. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Paris : Université Paris Val-de-Marne Faculté de Médecine de Créteil ; 2011.
- [51] Boisseaux H. Prise en charge individuelle du traumatisé psychique – L'improvisation préparée. Revue du Prat. 2003 Avr 7 ; 53 : 852-857.
- [52] HAS. Affections psychiatriques de longue durée troubles anxieux graves. Guide Affection de longue durée. 2007 Juin.
- [53] Note n° 527740/DEF/DCSSA/AAD-EMP du 18 décembre 2015 relative au Plan d'Action 2015-2018 « Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées ».
- [54] Ecole du Val-de-Grâce. (page consultée le 15/04/2016). Formation initiale des médecins, [en ligne]. [http://www.ecole-valdegrace.sante.defense.gouv.fr/les-
formations/medecins/formation-initiale-des-medecins](http://www.ecole-valdegrace.sante.defense.gouv.fr/les-formations/medecins/formation-initiale-des-medecins).
- [55] Catalogue des formations de l'Ecole du Val-de-Grâce, 2016 avril.
- [56] Décision n°521621/DEF/DCSSA/RH/PF2R du 16 octobre 2014 relative à la création du centre d'enseignement et de simulation à la médecine opérationnelle.
- [57] Carpentier JP. Formations institutionnelles – Contenu des unités de formation du 15 novembre 2011.
- [58] Directive provisoire n°503254/DEF/DCSSA/PC/MA du 12 février 2015 relative à la mise en place des centres médicaux des armées nouvelle génération expérimentaux.
- [59] Instruction n°2600/DEF/DCSSA/OS/ORG du 30 novembre 2012 relative à l'organisation et au fonctionnement des centres médicaux des armées et des centres médicaux interarmées.
- [60] Arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire.
- [61] Instruction n°1700/DEF/DCSSA/PC/MA du 31 juillet 2014 relative à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire.
- [62] Colas MD, Auxéméry Y, Favodon B, Solignac G. L'expertise médico-psychologique au profit du personnel navigant des forces armées : 50 ans d'expérience au service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique. Médecine et armée décembre 2016.
- [63] Décret n° 2008-933 du 12 septembre 2008 portant statut particulier des praticiens des armées.
- [64] Décret n°2002-1490 du 20 décembre 2002 fixant le statut des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées.

[65] Décret n°2014-342 du 14 mars 2014 modifiant le décret n°2002-1490 du 20 décembre 2002 fixant le statut des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées et le décret n°2008-959 du 12 septembre 2008 relatif aux militaires commissionnés.

[66] Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

[67] Décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles.

[68] Décret de compétence n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

[69] Izeos. (page consulté le 20/04/2016). Profession IDE, [en ligne]. www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/.

[70] Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique (Articles R4311-1 à R4311-15).

[71] Charte N° 1275/DEF/DCSSA/PC/MA du 7 mars 2013 d'organisation relative aux interventions sur le terrain en cas d'événement potentiellement traumatique des psychiatres et des psychologues des établissements de santé des armées et des psychologues des armées et de la gendarmerie.

[72] Note N° 514208 DEF/DCSSA/AAD-EMP/CN-SMPA du 21 juin 2016 relative à l'organisation de la prise en charge médico-psychologique après événement grave sur le territoire national et en OPEX.

[73] Note n°24/DEF/DCSSA/AAD-EMP du 23 janvier 2013 portant organisation du numéro « Ecoute Défense » dans le cadre des mesures ministérielle d'accompagnement des blessés psychiques.

[74] Instruction ministérielle N° 183/DEF/DCSSA/OSP - N° 54/DEF/EMAA/SCES du 18 janvier 2011 relative au dispositif de soutien médico-psychologique de l'armée de l'air par le service de santé des armées.

[75] Ostojic A. (page consultée le 23/04/2016) Psychologues aux armées : la double casquette, Quoi de neuf Docteur, Maladies mentales, n°9, juin-juillet-août 2013, [en ligne]. <http://le-cercle-psy.scienceshumaines.com>.

[76] Colas MD, Chollet S, Daudin M. Le SMPCAA : un espace pour les combattants de l'air. Ann Med-psychol. 2011 ; 169 (10) : 674-678.

[77] Chabane Hénin M, Chollet S, Louzon V, Farret C, Renard MD. Le soutien médico-psychologique après un accident aérien dans l'armée de l'Air. Médecine et armées 2011 ; 39 (2) : 143-145.

[78] HAS. (page consultée le 15/06/2016). Délégation, transfert, nouveaux métiers... Recommandation ; 2008 avril, [en ligne]. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante.

[79] Article L.4011-1 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[80] Arrêté du 23 octobre 2014 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.

[81] Arrêté du 12 janvier 2015 autorisant le financement dérogatoire de protocoles de coopération entre professionnels de santé.

[82] Instruction n° DSS/SD1B/2015/151 du 29 avril 2015 relative au déploiement du protocole de coopération ASALEE dans le cadre de la procédure dérogatoire du « collègue des financeurs.

[83] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (page consultée le 13/06/2016). Coopérations entre professionnels de santé, [en ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/la-cooperation-entre-les-professionnels-de-sante.html>.

[84] HAS. (page consultée le 13/06/2016). Protocole de coopération entre professionnels de santé ; avril 2012, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante.

[85] Armée de l'Air. (page consultée le 10 mars 2016) Escadrons de transport (mise à jour le 11/08/ 2016) [en ligne] www.defense.gouv.fr/air/activites/unites-aeriennes/escadrons-de-transport.

[86] Instruction n°800/DEF/DCSSA/AST/AME du 20 février 2008 relative à l'aptitude médicale aux emplois du personnel navigant des forces armées.

[87] Instruction n°4000/DEF/DRH-AA/SDEP-HP/BPE du 26 novembre 2014 relative aux normes médicales d'aptitude applicables au personnel militaire de l'armée de l'air et à la définition des standards d'aptitude médicale minimaux à requérir dans les emplois du personnel navigant.

[88] Arrêté du 31/07/2009 relatif au DEI – Référentiel activités infirmier, Annexe I.

[89] Arrêté du 31/07/2009 relatif au DEI – Impact portfolio - Référentiel compétences infirmier, Annexe II.

[90] Langenfeld S, Couturat F. Les essentiels en IFSI : Soins relationnels, soins palliatifs. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011 : 224.

[91] Pitard L, Peruzza E, et al. Cahier des sciences infirmières : Soins UE 4.1, 4.2, 4.7. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010 : 247.

[92] Ministère de la santé et des sports. Formations des professions de santé. Profession infirmier : recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession. Paris : Berger-Levrault ; 2011 : 203.

[93] Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (modifiée le 22 novembre 2016).

- [94] Vautier V, Ringeval JF, Delahaye A, et al. Apprentissage du débriefing médico-psychologique et simulation : exemple d'une expérience pédagogique originale intégrée à un CITeRa CESimMo de l'Ecole du Val-de-Grâce. *Médecine et armées* 2016 ; 44 (3) : 243-245.
- [95] Scherrer C, Madec S, Saboureau S. Les entretiens infirmiers : expérience du CMA de Villacoublay. *Journée du PTSD 2015* ; 2015 Juin 18 ; Ecole du Val-de-Grâce, Paris, France.
- [96] Grimaldi A. *La relation médecin-malade au cours de la maladie chronique*. EMC. 2014.
- [97] Rouy JL, Pouchain D. *Relation médecin-malade et médecine générale*. Akos. 2003 ; 1 : 0025.
- [98] Note n° 503256/DEF/DCSSA/PC/MA du 12 février 2015 Fiche technique : visite retour OPEX – MCD.
- [99] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Dossier de presse : *Projet de loi santé*. 2014 oct 15.
- [100] Touraine M. Conférence de presse : *Loi de santé*. 2015 Mar 9. p.4.
- [101] Briole G, Lebigot F, Lafont B. *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle*. Paris : ADDIM ; 1998.
- [102] Ministère de la Défense. *Guide du parcours du militaire blessé*. 2015 Déc.
- [103] Ministère de la Défense. (page consultée le 15/12/2014). Présentation du modèle SSA 2020 ; mise à jour : 13/12/2014), [en ligne] www.defense.gouv.fr/sante/actualites/presentation-du-modele-ssa-2020.
- [104] Hiriart C. *Adaptation de la surveillance médicale en médecine du travail du personnel hospitalier, Développement de la collaboration pluridisciplinaire avec la mise en place des entretiens infirmiers en santé au travail au CHU de Bordeaux*. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine du travail]. Bordeaux : Université Victor Ségalen Faculté de Médecine ; 2012 oct 17.

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle PCLS

Instructions :

Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez **entourer un chiffre à droite** pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le **mois précédent**.

L'événement stressant que vous avez vécu était (décrivez le en une phrase) :

.....

Date de l'événement :

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple, battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant	1	2	3	4	5
6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Être en état de super-alarme, sur la défensive ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5

Annexe 2 : Grille « protocole de coopération entre professionnels de santé » de la Haute Autorité de santé

Grille protocole de coopération conforme à l'annexe 1 modèle de protocole mentionné à l'article 1 de l'arrêté du 31 décembre 2009

Article L. 4011-1 à L. 4011-3 du code la santé publique

~

« Art. L. 4011-1 du CSP – Par dérogation, les professionnels de santé (inscrits à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux :

- des transferts d'activités ;
- ou d'actes de soins ;
- ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient. »

Date de création : juillet 2010
Date de révision : ...

À LIRE IMPÉRATIVEMENT AVANT DE REMPLIR LA GRILLE

La grille du protocole de coopération proposée a pour but d'aider les professionnels de santé à rédiger efficacement leur protocole de coopération.

Avant d'utiliser cette grille, les professionnels de santé sont invités à lire attentivement au moins la fiche « professionnels de santé » figurant dans le guide méthodologique publié le XXXXXX par la HAS et disponible sur le site Internet de la HAS.

* www.has-sante.fr.

Tous les sigles et/ou les acronymes employés dans le protocole de coopération doivent être explicités.

MODE OPÉRATOIRE

EN PRATIQUE, si vous souhaitez rédiger un protocole de coopération :

- 1) Télécharger / Enregistrer la grille sur votre ordinateur.
- 2) Renseigner tous les items.
- 3) Penser à être précis et synthétique dans votre rédaction.
- 4) Sauvegarder la grille une fois remplie.

INFO-BULLE – Lorsque ce mot apparaît, placer-y le curseur et des informations apparaîtront en appuyant sur la touche : « F1 » du clavier sur PC, ou sur la touche « aide » sur Mac.

Des LIENS INTERNET sont activés. En plaçant le pointeur sur le lien et en appuyant sur la touche [Ctrl] du clavier vous serez automatiquement dirigé vers le site Internet mentionné.

I. – SYNTHÈSE DU PROTOCOLE DE COOPÉRATION – Article L. 4011-2 du code de la santé publique

Région : A - H / I - Z

Date de création : 00/00/0000

Items	Réponses :
<i>Besoin de santé régional auquel répond ce protocole de coopération</i>	Dépistage précoce des troubles psychiques post-traumatiques (TPPT) de personnel des Forces armées de retour d'OPEX
<i>Intitulé du protocole de coopération</i>	Protocole de délégation d'actes à l'infirmier des forces dans le cadre du repérage des TPPT
<i>Caractéristiques des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération</i>	Personnel des Forces armées
<i>Liste exhaustive d'acte(s) ou activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i>	Entretien clinique médico-psychologique de dépistage
<i>Nature de la dérogation (plusieurs réponses possibles)</i>	<input type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée diagnostique avec ou sans interprétation <input type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée thérapeutique avec ou sans interprétation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée préventive, préciser : <input checked="" type="checkbox"/> dépistage, <input type="checkbox"/> vaccination, autres : <input checked="" type="checkbox"/> Interprétation d'un examen <input type="checkbox"/> Prescription <input checked="" type="checkbox"/> Autres, préciser : interprétation de l'auto-questionnaire PCLS
<i>Lieu de mise en œuvre du protocole de coopération</i>	Centres médicaux des armées (CMA)
Protocole de coopération autorisé le : 00/00/0000, mis en ligne le : 00/00/0000	

II. – INTITULÉ DU PROTOCOLE

Les informations demandées doivent permettre d'identifier l'acte(s) de soins, ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé entre eux auprès du patient, et les professionnels de santé concernés par le protocole de coopération au sens du code de la santé publique.

Il s'agit ici de mentionner uniquement un titre. Celui-ci ne devrait pas dépasser 2 lignes. Pour un exemple de rédaction, appuyer sur la touche « F1 » du clavier sur PC, ou sur la touche « aide » sur Mac

Cadre réservé à la HAS

Thème du protocole

À la réception du protocole, la HAS définira un thème qui sera intégré dans le système d'information national. Le thème a pour objectif de faciliter la recherche des protocoles autorisés.

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE

A) Justification de la demande

1) Identifier le problème à résoudre ou le besoin constaté au niveau régional

INFO-BULLE (appuyer sur la touche « F1 » du clavier sur PC, ou sur la touche « aide » sur Mac)

2) Préciser en quoi la problématique identifiée justifie une dérogation au titre de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ?

INFO-BULLE (appuyer sur la touche « F1 » du clavier sur PC, ou sur la touche « aide » sur Mac)

NB : La HAS pourra vous demander le ou les texte(s) réglementaire(s) à l'appui de votre argumentation.

@ Zone info

*Documents / outils /
instances pouvant être
utilisés ou consultés*

- *Projet régional de santé (PRS).*
- *Agence régionale de santé (ARS).*
- *Union régionale des professions de santé (URPS).*
- *Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).*
- *Programme de formation, textes réglementant la profession, etc.*
- *Consultation des instances ordinales ou des associations professionnelles concernées.*
- *Etc.*

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement **ACTUEL**

1) Organisation des professionnels de santé

a) Informations concernant le profil du **DÉLÉGAN** :

Spécialité	Médecin des forces armées			
Profession du délégant				
Spécialité pour les infirmier(e)s	<input type="checkbox"/> IADE	<input type="checkbox"/> IBODE	<input type="checkbox"/> Puéricultrice	<input checked="" type="checkbox"/> Autres, préciser : Service de santé des armées
Qualification ordinaire (médecin)				
Mode d'exercice	<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salarié hospitalier	<input type="checkbox"/> Salarié non hospitalier	
Effectif/discipline du délégant				

b) Informations concernant le profil du **DÉLÉGUÉ** :

Spécialité	Infirmier diplômé d'état militaire			
Profession du délégué	Infirmier diplômé d'état militaire			
Spécialité pour les infirmier(e)s	<input type="checkbox"/> IADE	<input type="checkbox"/> IBODE	<input type="checkbox"/> Puéricultrice	<input checked="" type="checkbox"/> Autres, préciser : Service de santé des armées
Qualification ordinaire (médecin)				
Mode d'exercice	<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Salarié hospitalier	<input type="checkbox"/> Salarié non hospitalier	
Effectif/discipline du délégué				

@ Zone info

Voir à la fin de ce document la définition de délégant et de délégué.

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement ACTUEL (suite)

1) Organisation des professionnels de santé (suite)

c) Existe-t-il un système d'information partagée entre les professionnels de santé ? OUI NON

Si possible, expliquez le processus de partage de l'information entre les différents professionnels :

Logiciel unique médico-militaire et médical (LUMM) et Dossier ou Livret médical réduit

d) Quelles sont les modalités d'analyse des pratiques existantes à ce jour ? – *Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »*

e) L'accès aux soins

La continuité des soins est-elle organisée ? OUI NON

La permanence des soins est-elle organisée ? OUI NON

Quels sont les délais moyens d'obtention d'un rendez-vous ou de prise en charge ?

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement **ACTUEL** (suite)

2) **Chiffrer la file active de patients**

Les informations demandées doivent permettre d'identifier le flux de patients pris en charge par les professionnels de santé en précisant la période considérée

Personnel militaire de retour d'opération extérieure (OPEX) et Visite systématique à l'unité (VSU)

3) **Décrire le processus clinique actuel** – Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »

@ Zone info

**Documents / outils /
Instances pouvant être
utilisés ou consultés**

- Toutes les études réalisées dans ce domaine.
- Données du PMSI.
- Données des organismes d'assurance maladie.
- Etc.

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

A) Objectifs du protocole de coopération entre professionnels proposés

1) Information du patient

Expliquer les modalités prévues pour l'information du patient et pour le recueil de son consentement éclairé dans le cadre du protocole de coopération

2) Expliquer les objectifs poursuivis à travers le protocole de coopération entre professionnels de santé

INFO-BULLE

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel

1) Présenter les professionnels de santé qui soumettent le protocole de coopération à l'ARS

Les informations demandées doivent permettre d'identifier au moins (prénom, nom, profession) un référent pour chaque profession à l'origine de la création du protocole de coopération ainsi qu'une personne à contacter (prénom, nom, téléphone, adresse mail) pour l'instruction du protocole de coopération.

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

2) Préciser le cadre de la coopération envisagée. Les informations demandées doivent permettre de comprendre les caractéristiques médicales et/ou sociales des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération

Lieu de réalisation de la coopération

- Cabinet d'exercice libéral de groupe
- Cabinet d'exercice libéral individuel
- Centre de santé
- Établissement de santé
- HAD
- Maison de santé
- Pôle de santé
- Réseau de santé

Liste non exhaustive, préciser le lieu s'il ne figure pas dans la liste :

CMA

@ Zone info

**Documents / outils /
instances pouvant être
utilisés ou consultés**

- Données du PMSI.
- Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).
- Données des organismes d'assurance maladie.
- Etc.

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

3) Répondre aux questions suivantes

<i>Comment vont s'articuler les différents intervenants et comment est orienté le patient ?</i>	<i>Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »</i>
<i>Quel est le système d'information informatisé utilisé ?</i>	
<i>Quelles sont les ressources matérielles et techniques utilisées ?</i>	
<i>Quels sont les gains cliniques attendus et ceux-ci peuvent-ils être mesurés ?</i>	<i>Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »</i>
<i>Des conditions de financement complémentaires de l'intervention de certains professionnels sont-elles requises ?</i>	

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

- 4) Décrire les actes de soins, les activités de soins, ou la réorganisation des modes d'intervention n'incluant pas d'entente illicite dérogatoire au regard des dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice des professions de santé concernées et les modalités de surveillance qui en découlent

Les actes des soins, les activités ou la réorganisation des modes d'intervention seront décrits ci-après. Dès la phase de création d'un protocole de coopération, les professionnels doivent être vigilants sur le fait que la mise en œuvre d'une pratique dérogatoire aux conditions légales d'exercice devra prendre en compte les interdictions telles que le compérage figurant dans les règles professionnelles ou règles déontologiques applicables aux professionnels (lorsqu'elles existent).

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients

a) Description de la prise en charge du patient et de l'acte(s) de soins ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient

Décrivez le processus global de prise en charge du patient, indiquez qui fait quoi, à quel moment se réalise(nt) l'acte(s) ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient, décrire comment s'articulent les professionnels de santé entre eux et quel est leur niveau de responsabilité.

Dans le cadre de la dérogation aux conditions légales d'exercice, listez ci-dessous de manière exhaustive l'acte(s) de soins ou activité(s) transféré(s) au délégué ou la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient.

Précisez pour chaque acte si besoin, ou globalement, la nature de l'intervention du délégant pour contrôler la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s).

Astreinte, supervision, validation, autres (préciser) :

INFO-BULLE

Quels sont les moyens utilisés par le délégant pour s'assurer de la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s), ou quels sont les moyens utilisés par les professionnels de santé qui réorganisent leur mode d'intervention auprès du patient ?

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)

a) Description de la prise en charge du patient... (suite)

Décrire ci-dessous comment le délégué réalise l'acte(s) de soins ou l'activité(s), ou comment les professionnels de santé se sont réorganisés pour intervenir auprès du patient ?

*Temps consacré à la réalisation de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s) pour chaque acteur, ou temps consacré à la nouvelle prise en charge dans le cadre d'une réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient. Préciser ci-dessous le temps estimé pour le délégué et le temps passé par le délégant à faire cet acte(s) ou activité(s) avant la coopération. **Utiliser la même unité de temps pour chaque acteur.***

Temps estimé pour le délégué :

Temps passé par le délégant avant le transfert :

Temps consacré à la nouvelle prise en charge si réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient :

Où a lieu la mise en œuvre du protocole de coopération (préciser si les professionnels de santé sont sur des sites différents) ?

INFO-BULLE

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)

b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient

Quels sont les critères d'alerte du délégué qui déclenchent l'intervention du délégant, ou quels sont les critères d'alerte des professionnels de santé dans le cadre d'une réorganisation de leurs modes d'intervention auprès du patient ?

Listez les risques inhérents à ce transfert d'acte(s) de soins ou d'activité(s) ou de réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient.

Quelles sont les actions préventives mises en œuvre eu égard aux risques identifiés ?

Comment allez-vous procéder pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération ?

Quels sont les outils et les documents utilisés pour la gestion des événements indésirables dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération ?

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)

b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient (suite)

Quelles sont les modalités d'analyse des pratiques existantes avant la coopération et celles qui sont prévues dans le cadre du protocole de coopération ?

<i>Avant la coopération, précisez la périodicité (plusieurs réponses possibles)</i>	Modalités d'analyse des pratiques du délégué		Modalités d'analyse des pratiques du délégant	
	<input type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques		<input type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	
	<input type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire		<input type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	
	<input type="checkbox"/> Réunions de suivi		<input type="checkbox"/> Réunions de suivi	
	<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité		<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	
	<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé		<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé	
	<input type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu		<input type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu	
	<input type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre		<input type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	

@ Zone info

Avant la coopération, les professionnels de santé peuvent être engagés dans des modalités d'analyse des pratiques différentes. Pendant la mise en œuvre du protocole de coopération, il est fortement recommandé que les professionnels de santé s'inscrivent ensemble dans un même processus d'analyse des pratiques.

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)

b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient (suite)

<i>Dans le cadre du protocole de coopération, précisez la périodicité (plusieurs réponses possibles)</i>	<input type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	
	<input type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	
	<input type="checkbox"/> Réunions de suivi	
	<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	
	<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé	
	<input type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu	
	<input type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	
<i>Quels sont les outils utilisés pour la démarche qualité dans le cadre du protocole de coopération ?</i>		
<i>Décrire les gains attendus eu égard à la mise en œuvre du protocole de coopération</i>		
<i>Pour le patient :</i>		
<i>Pour le délégué :</i>		
<i>Pour le délégant :</i>		

V. – RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET RECOMMANDATIONS

Quelles expertises ont été mobilisées pour la rédaction du protocole ?

Existe-t-il des expériences équivalentes documentées ?

OUI NON Ne sais pas
Si oui, citer la référence : INFO-BULLE

Existe-t-il une réglementation sur ce sujet dans d'autre(s) pays ? Si oui : coordonnées éventuelles d'une personne contact dans ce(s) pays ?

OUI NON Ne sais pas
Si oui, dans quel pays ?
Coordonnées personne contact :

**VI. – EXPÉRIENCES ACQUISES ET/OU FORMATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES SUIVIES
PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ IMPLIQUÉS**

Informations demandées dans le cadre du protocole de coopération :

<i>Décrivez les compétences à acquérir par le délégué pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i>				
<i>Décrivez le contenu <u>minimum</u> de la formation théorique à acquérir pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i>	INFO-BULLE			
<i>Décrivez la formation pratique <u>minimale</u> suivie par le professionnel pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i>	INFO-BULLE			
<i>Précisez le nombre d'heures <u>minimum</u> de formation théorique et pratique pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i>	INFO-BULLE			
	Nombre d'heures de formation théorique		Nombre d'heures de formation pratique	
<i>Précisez l'expérience professionnelle souhaitée pour être capable d'appliquer le protocole de coopération</i>	INFO-BULLE			

VII. – INDICATEURS SELON LESQUELS L'EFFICACITÉ, LA SÉCURITÉ, L'UTILITÉ ET LE COÛT DE MISE EN ŒUVRE DU PROTOCOLE SERONT APPRÉCIÉS

A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ?

Un indicateur n'a de sens qu'au regard de l'objectif poursuivi. Il appartient aux professionnels de santé, en fonction de la nature de leur activité, de l'objectif(s) poursuivi(s), de définir leurs indicateurs dans les 5 champs ci-dessous et lorsque cela est possible, ils fixeront un seuil d'alerte c'est-à-dire la limite à partir de laquelle les professionnels de santé devront réagir. Dans certains cas, les seuils d'alerte ne pourront être fixés qu'au vu des résultats des indicateurs de suivi.

1) Indicateurs proposés pour mesurer les résultats médicaux attendus pour les patients

Nombre de patients réhospitalisés

Nombre de complications en lien avec le transfert d'actes de soins ou d'activité ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient

Nombre d'événements indésirables survenus chez les patients suivis dans le cadre du protocole de coopération par rapport au nombre total de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération

Indicateurs possibles sur les valeurs biologiques

Indicateurs possibles sur les signes cliniques du patient

@ Zone info

- Pour vous aider, des exemples d'indicateurs sont proposés dans différents champs.
- Pour vous permettre d'élaborer vos propres indicateurs, vous trouverez dans le guide méthodologique et à la fin de ce document une fiche descriptive de présentation d'un indicateur*. La HAS pourra vous demander ces fiches.

🔗 Lien

* [Cliquer ici pour voir la fiche descriptive de présentation d'un indicateur.](#)

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ? (suite)

2) Indicateurs pour mesurer la satisfaction des acteurs qui mettront en œuvre le protocole de coopération.

Obligatoire : La formation théorique a-t-elle été réalisée conformément au programme prévu. Si non, pourquoi ?

Obligatoire : La formation pratique a-t-elle été réalisée conformément au programme prévu. Si non, pourquoi ?

Obligatoire : La durée prévue a-t-elle été modifiée. Si oui, pourquoi ?

Obligatoire : L'expérience professionnelle prévue dans la spécialité concernée était-elle adaptée. Si non, pourquoi ?

Obligatoire : Expliquer les modalités en œuvre pour le développement professionnel continu

Autre(s) indicateur(s) pour mesurer la satisfaction des acteurs :

- indicateur
- indicateur
- etc.

3) Indicateurs pour mesurer la satisfaction des usagers qui seront pris en charge dans le cadre du protocole de coopération

Indicateur(s) pour mesurer la satisfaction des usagers :

- indicateur
- indicateur
- etc.

@ Zone info

Dans le cadre de la mise en œuvre d'un protocole de coopération, l'évaluation de la formation reçue et l'évaluation de la satisfaction des usagers sont obligatoires. Vous devez élaborer, par ailleurs, les indicateurs qui rendent compte de la satisfaction des acteurs et des usagers.

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ? (suite)

4) Indicateurs proposés pour mesurer l'impact organisationnel lié à la mise en œuvre du protocole de coopération

Nombre de refus de participation des patients par rapport au nombre de patients potentiellement informés de la mise en œuvre du protocole de coopération
Nombre de professionnels de santé ayant adhéré au protocole de coopération sur le nombre de professionnels potentiellement concernés dans l'équipe soignante
Nombre de patients sortis du protocole de coopération pour une prise en charge uniquement par le délégant sur le nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération
Nombre de patients vus dans le cadre du protocole de coopération par rapport au nombre de patients prévus dans le protocole de coopération
Nombre d'actes de soins réalisés par rapport aux nombre d'actes de soins initialement prévus dans le cadre du protocole de coopération
Nombre d'exams réalisés par le délégant pour corriger une mauvaise réalisation de l'acte(s) ou de l'activité(s) par le délégué sur le nombre d'acte(s) ou d'activité(s) réalisé par le délégué
Délai d'obtention d'un rendez-vous pour une consultation depuis la coopération par rapport au délai avant la coopération
Nombre d'alerte(s) non pertinente(s) du délégant par le délégué sur le nombre d'alerte total
Délai d'intervention du délégant après alerte du délégué
Nombre de réunions réalisées pour l'analyse des pratiques professionnelles sur le nombre de réunions prévues dans le cadre du protocole de coopération
Nombre de compte-rendu(s) réalisé(s) lors des réunions d'analyse des pratiques professionnelles par rapport au nombre de réunion tenues dans le cadre du protocole de coopération
Temps (en unité de temps) consacré aux patients dans le cadre du protocole de coopération par rapport au temps consacré au patient avant la coopération
Temps gagné en unité de temps par le délégant dans le cadre du protocole de coopération par rapport au gain estimé
Autre(s) indicateur(s) pour mesurer l'impact organisationnel

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ? (suite)

5) Indicateurs pour mesurer l'impact économique lié à la mise en œuvre du protocole de coopération

6) Les professionnels élaborent eux-mêmes les critères à partir desquels la fin de l'application du protocole de coopération devrait être envisagée

7) Les professionnels expliquent ici les modalités prévues pour la prise en charge du patient s'il est mis fin à la mise en œuvre du protocole de coopération

@ Zone info

*Documents / outils /
instances pouvant être
utilisés ou consultés*

- Sociétés savantes.
- Conseils nationaux professionnels spécialisés.
- HAS.
- AFSSAPS.
- Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).
- Etc.

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

B) Calendrier de mise en œuvre

Étapes préalables au démarrage (décrire ces étapes : recrutement, formation, travaux d'aménagement, acquisitions de matériel d'équipement, ...)

Date de démarrage effective prévue

Montée en charge éventuelle

Durée prévue de la mise en œuvre

VIII. – COMPÉTENCES COMPLÉMENTAIRES À INSCRIRE DANS LE PROGRAMME DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONCERNÉS

Compétences complémentaires à inscrire en formation initiale

INFO-BULLE

Compétences complémentaires à inscrire en formation continue (DPC)

INFO-BULLE

ESPACE À DISPOSITION POUR TOUTE(S) INFORMATION(S) COMPLÉMENTAIRE(S) SUR LE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

ANNEXE I. – FICHE DESCRIPTIVE DE PRÉSENTATION D'UN INDICATEUR*

Libellé de l'indicateur	
Nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	
Population concernée par le protocole de coopération	
Objectif à atteindre	
Définition de l'indicateur	
Modalités de recueil des données	
Numérateur	
Dénominateur	
Périodicité	
Seuil d'alerte	
Recommandation professionnelle	
Remarque(s)	

[↗ Lien](#)

* Fiche téléchargeable sur www.has-sante.fr.

[@ Zone info](#)

Des exemples d'indicateurs formulés selon la fiche descriptive de présentation d'un indicateur sont disponibles sur le site Internet de la HAS.

ANNEXE II. – DÉFINITIONS*

Délégant :	<i>Professionnel de santé qui transfère un acte de soins ou une activité à un autre professionnel.</i>
Délégué :	<i>Professionnel qui accepte de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du délégant.</i>
Astreinte :	<i>Le délégant doit être joignable en cas de besoin identifié par le délégué</i>
Supervision :	<i>Le délégant est informé à des moments clés du processus</i>
Validation :	<i>Le délégant contrôle l'acte ou l'activité du délégué</i>

* Source : « Concevoir un projet de coopération : Intégrer de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante » - HAS 2010.

Annexe 3 : Fiche F5



A remplir obligatoirement par le médecin. Les informations de ce cadre sont détruites après anonymisation

Première lettre du nom * Prénom *

34989

en entier et lettres capitales

Fiche 2016 S.S.A.		F 5	Trouble psychique en relation avec un événement traumatisant		HIA
<p>Critères de déclaration : Tout trouble psychique (anxiété, dépression, trouble des conduites, reviviscence de l'évènement...) dans les suites proches ou lointaines d'un événement traumatique (confrontation soudaine ou répétée avec la mort, la sienne ou celle d'un autre, associée à un vécu d'impuissance ou d'horreur)</p>					
<i>Réservé au CESPA</i>	<i>CODE ANONYMAT</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<i>CODE UNITE</i>	<i>N°</i>
<p>CARACTERISTIQUES DU PATIENT</p> <p>Date de naissance * <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Sexe * M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Armée * Terre <input type="radio"/> Air <input type="radio"/> Mer <input type="radio"/> Gendarmerie <input type="radio"/> Services communs <input type="radio"/> Professionnel de santé <input type="radio"/></p> <p>Unité d'appartenance * <input type="text"/> Département unité <input type="text"/> Nb d'OPEX réalisées <input type="text"/></p> <p><small>(si personnel en opex ou en MCD : unité en métropole)</small></p> <p>Date d'incorporation <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> N° sem MEH <input type="text"/></p>					
<p>TABLEAU CLINIQUE Date des 1ers signes cliniques * <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Troubles anxieux <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Syndrome dépressif <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Cauchemars <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Troubles du caractère <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Conduites suicidaires <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Reviviscence traumatique <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Score PCLS si réalisé <input type="text"/> Conduites addictives <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Réaction de sursaut <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>					
<p>CHRONOLOGIE <i>Si pas de date précise, indiquer la date de début et la date de fin de la période</i></p> <p>Date du 1er événement traumatisant Mois <input type="text"/> Année <input type="text"/> Date de début de la période Mois <input type="text"/> Année <input type="text"/> Date de fin de la période Mois <input type="text"/> Année <input type="text"/></p> <p>Pays <input type="text"/> Lieu précis <input type="text"/></p> <p>En service * <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> inconnu</p> <p>Nombre d'évènements traumatiques <input type="text"/> <small>(évènements traumatisants répétés par exemple, plusieurs embuscades)</small></p>					
<p>CIRCONSTANCES DU TRAUMATISME</p> <p>Le sujet a cru qu'il allait mourir, être tué <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Quelqu'un a été grièvement blessé / est mort brutalement sous ses yeux <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Vision d'horreur : charnier, cadavres mutilés, blessés <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Le sujet a donné la mort <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Le sujet a été blessé physiquement au cours de l'évènement traumatisant <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Autres, précisez <input type="text"/></p>					
<p>PARCOURS DE SOINS Date du premier recours aux soins pour ce motif <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Circonstances du premier recours aux soins <input type="checkbox"/> VMP <input type="checkbox"/> demande commandement <input type="checkbox"/> dépistage</p> <p><input type="checkbox"/> initiative personnelle <input type="checkbox"/> demande entourage</p> <p>Lieu du premier recours aux soins <input type="radio"/> outre-mer <input type="radio"/> métropole</p> <p>Déjà suivi / orienté vers <input type="checkbox"/> psychiatre <input type="checkbox"/> psychologue <input type="checkbox"/> en milieu militaire <input type="checkbox"/> en milieu civil <input type="checkbox"/> non suivi/non orienté</p> <p>Diagnostic retenu <input type="text"/></p> <p>Ce diagnostic a-t-il été confirmé par <input type="checkbox"/> psychiatre <input type="checkbox"/> psychologue <input type="checkbox"/> aucune confirmation diagnostique</p>					
<p>RETENTISSEMENT SOCIAL (si évaluable)</p> <p>Conflits familiaux <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Divorce ou séparation <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Altération des relations sociales <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>			<p>RETENTISSEMENT PROFESSIONNEL (si évaluable)</p> <p>Inaptitude partielle <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Arrêt maladie <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>CLDM <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Trouble de l'adaptation en milieu militaire <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Sanction disciplinaire <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>		

Médecin déclarant (Grade et nom)

Date / /

Structure déclarante

Tél

*** Champs obligatoires**

Annexe 4 : Questionnaire – Etat des lieux du dépistage des TPPT en CMA

12/3/2016

Questionnaire sur le dépistage des troubles psychiques post-traumatiques en unité

[Modifier ce formulaire](#)

Questionnaire sur le dépistage des troubles psychiques post-traumatiques en unité

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse sur le "dépistage des troubles psychiques post-traumatiques en unité", j'aurais besoin de savoir ce qui est déjà mis en place dans votre CMA.

Merci de bien vouloir répondre aux 5 questions suivantes.

Amicalement,

IHA Claire Herranz

Nom de votre unité/CMA:

Type de régiment :

- Armée de Terre
- Armée de l'Air
- Marine
- Gendarmerie
- Pompiers
- Ecoles militaires
- Autre :

1- Avez-vous un dépistage des troubles psychiques post-traumatiques mis en place au retour d'OPEX?

- OUI
- NON

2- Est-il fait de façon systématique à chaque retour d'OPEX?

- OUI
- NON

<https://docs.google.com/forms/d/13WusKxRPcDmf6Hg0oZcx4I9W8q00-U5htfEjClIFAB/viewform>

1/2

Si non, quand le faites-vous ?

- à la demande
- au cas par cas
- en VMP
- Autre : _____

3- Quand se fait ce dépistage?

- dès le retour d'OPEX
- entre 1 et 3 mois après le retour d'OPEX
- entre 3 et 6 mois après le retour d'OPEX
- plus de 6 mois après le retour d'OPEX

4- En quoi consiste ce dépistage mis en place?

- un entretien infirmier
- un entretien avec le médecin
- une PCLS
- Autre : _____

Remarques / Commentaires :

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Fourni par

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

Annexe 5 : Formation initiale des infirmiers – ICN Goeuriot (PPT)

Guide de l'entretien infirmier pour le repérage des TPPT* au retour d'OPEX en CMA.

Projet Antenne Médicale de Bricy

Troubles psychiques post-traumatiques

Service de santé des armées

Introduction

Actualiser les données (cf séminaire du SSA de mai 2015 sur intrasan)

- Un constat: Suivis dans le SSA entre 2002-2013: 935 militaires atteints de stress post traumatique (tous lieux de survenue) dont 52,4% pour l'Afghanistan
- Une cible : le repérage précoce des TPPT pour une orientation vers des soins spécialisés (parcours de soins)
- Notre projet s'inscrit dans 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 ».

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

- Un savoir-faire des IDE : une dynamique de formation continue au repérage des TPPT
- Vers un processus de délégation de soins

Stress?

Traumatisme psychique?

Aspects cliniques

Stress Traumatisme



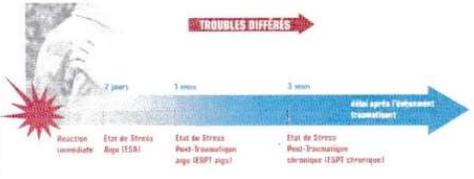
Individu soumis aux contraintes / effet de résistance : une logique adaptative



Effet d'effraction et de rupture: tout ou rien!

Les troubles psychiques post-traumatiques

Comprendre la Chronologie et l'installation des TPPT



TROUBLES DIFFÉRÉS

2 jours 1 semaine 2 semaines plus de 3 mois après l'événement traumatique

Réaction immédiate Etat de Stress Aigu (ESA) Etat de Stress Post-Traumatique aigu (ESPT aigu) Etat de Stress Post-Traumatique chronique (ESPT chronique)

Séminaire SSA de Actu santé n° 101, avril-juin 2013 dossier l'épave de stress post-traumatique - Page 13

Stress et Traumatisme

RÉACTION AIGUË AU STRESS	ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE
Effet de contrainte et de résistance	Effet d'effraction et de rupture
Troubles psy post immédiats à l'événement grave vécu	Troubles psy différés récurrents (phase de latence de 1 mois à plus de 10 ans)
Manifestations cliniques à caractère aigu	Caractère chronique
Proportionnalité entre intensité de l'événement et intensité des troubles	Pas de proportionnalité entre intensité de l'événement et intensité des troubles
Les troubles immédiats peuvent cesser avec l'arrêt de l'exposition à l'événement	Son apparition n'est pas systématiquement liée à l'émergence de troubles immédiats
N'induit pas systématiquement des troubles différés	La dissociation péri-traumatique est le seul syndrome prédictif d'ESPT

Des manifestations psychiatriques polymorphes

Les TPPT peuvent être d'expressions polymorphes, donc trompeuses:

- Les troubles dépressifs
- L'anxiété généralisée, troubles phobiques (agoraphobie..)
- Les plaintes somatiques
- Les addictions
- Le retentissement affectif, professionnel, familial (isolement, conjugopathie, désocialisation, ...)
- Les troubles du caractère, les troubles des conduites (hétéro voire auto-agressivité...)

Principaux symptômes de l'ESPT

Trois sphères à explorer

Principaux symptômes de l'ESPT

- Comportement :
 - Évitement de certains stimuli qui rappelleraient l'événement stressant, repli sur soi, isolement
 - conduites dangereuses ou autodestructrices (OH, SPA illicites)
 - état d'hypervigilance, sursauts, qui-vive
 - troubles du sommeil, difficulté à s'endormir, réveils itératifs,...

Principaux symptômes de l'ESPT

- Pensées :
 - reviviscences diurnes (flashback) et nocturnes (cauchemars) de la scène de l'événement, envahissantes et répétées évoluant par éclipses
 - restriction des pensées positives, vécu d'impuissance et de honte
 - incapacité de se rappeler des moments précis de l'événement traumatique.
 - difficultés à se concentrer

- Affectivité :
 - perte d'intérêt, insensibilité au plaisir.
 - pleurs spontanés déclenchés par des stimuli, incapacité à avoir des sentiments d'amour envers ses proches.
 - modification de l'humeur irritabilité, colère, tristesse

Entretien infirmier mené dans le cadre du dépistage de l'ESPT.

- 1. Temps de l'accueil :
 - recevoir le patient dans un lieu dédié à l'entretien (confidentialité, secret médical).
 - faire remplir la PCLS seul dans le bureau: lui expliquer le principe de l'auto-questionnaire, la consigne (mettre la PCLS dans ce PPT pour relire avec vos infirmiers les différents items)
 - Une clinique du contact: observation ++ (anxiété, évitement, bizarrerie...)
- 2. Temps de l'introduction :
 - expliquer l'objectif de cet entretien (démarche: ESPT)
 - les circonstances de la rencontre (retour OPEX, à 3 mois, base du volontariat ou à la demande)

Entretien infirmier mené dans le cadre du dépistage de l'ESPT.

- 3. Amorce de l'entretien :
 - présentation du patient « *Pouvez-vous vous présenter tout d'abord ?* »
 - ancienneté dans l'institution, son parcours, sa spécialité et sa fonction dans son unité et en OPEX, différentes OPEX effectuées... événements graves traversés?
 - situation familiale / événements de vie?

Entretien infirmier mené dans le cadre du dépistage de l'ESPT.

- 4. Temps du « dépistage » :
 - aborder le sujet de l'OPEX, « *avez-vous vécu un événement particulier durant votre OPEX ?* »
 - déceler les signes d'alertes : pensée, affectivité, comportement
 - confronter votre analyse clinique au résultat de la PCLS
- PCLS > 34 : significatif d'une souffrance psychique et oriente sur le diagnostic d'ESPT « incomplet »
- PCLS ≥ 44 : très forte probabilité d'ESPT
- informer la personne de vos constats et de la CAT proposée

Entretien infirmier mené dans le cadre du dépistage de l'ESPT.

- 5. Temps de l'orientation si repérage de troubles psychiques :
 - prise de RDV avec le médecin d'unité.
 - si refus de voir le médecin, lui parler du numéro « Ecoute défense », l'informer sur les structures et les réseaux de soins existants à proximité et institutionnels (fiche CSMPAA...), le sensibiliser sur les TPPT.
 - donner un autre RDV pour le revoir et lui transmettre vos coordonnées.

Entretien infirmier mené dans le cadre du dépistage de l'ESPT.

- 6. Temps de la traçabilité :
 - inscrire dans le dossier médical la réalisation de l'entretien + PCLS: **si refus d'une suite de PEC** par médecin, inscrire qu'il a été informé des numéros et des différentes structures identifiées de soins
 - inscrire le prochain RDV si nécessaire.

Supervisions

- Organiser des synthèses avec les médecins du CMA autour des situations cliniques rencontrées
- Prévoir des temps de supervision au SMPCAA pour les infirmiers avec un psychologue du SSA ou un psychiatre : supervision semestrielle individuelle et à la demande (contacts téléphoniques avec un praticien du SMPCAA) : vous pouvez commencer!
- But :
 - analyser les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels dans le cadre des entretiens réalisés à l'antenne médicale.
 - revenir sur les difficultés rencontrées, les situations

Conclusion

- Établir une relation de confiance avec le personnel de la base, se faire connaître, communiquer, aller dans les unités
- Capacité à seconder les médecins dans le repérage des TPPT via une formation spécifique et continue
- Dépister précocement les militaires souffrant de TPPT = pronostic plus favorable car accès à des soins spécialisés et prévention des complications

Annexe 6 : Information des Commandants d'unités – ICN Javaudin (PPT)



Transversalité des soins
Coopération dans la prise en charge des troubles psycho-traumatiques



**Dispositif de repérage des troubles
psychiques post-traumatiques au
retour de mission :**

Place de l'entretien infirmier
ICN A.JAVAUDIN
CMA Orléan-Bricy

PLAN

- 1.Contexte du projet**
- 2.Présentation des unités soutenues**
- 3.Mode opératoire**
- 4.Supervision et formation**

Contexte du Projet

- Durcissement de l'engagement opérationnel (Afghanistan, Mali, bande Saharo-Sahélienne...)
- Taux d'incidence des troubles psychiques post traumatiques dans les armées étaient de 92,8 pour 100.000 personnes-années sur l'année 2011 (surveillance épidémiologique des armées, 2013)
- Projet d'établissement du CMA OAN
- Place de l'infirmier d'unité dans le parcours de soins

Présentation des unités soutenues



10% des effectifs soutenus sont projetés en permanence

50% des effectifs soutenus devraient être projetés au cours de l'année 2015

Tous théâtres confondus

Départ isolé ou en équipage peu nombreux



Mode opératoire des actions de repérages
des troubles psychiques post-traumatiques

Préparation avant projection

Suivi du temps de projection

Accueil au retour

Entretien PCLS à 3-6 mois

Traçabilité

Avant projection:

Recensement des personnels projetés : *cellule condition du personnel et secrétariat d'unité*

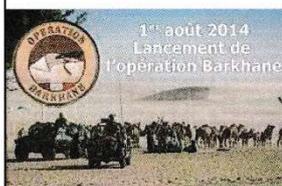
- Perception du DMR en mains propres
(*départ isolé ou équipage*)
- Consignes de remise du DMR en mains propres à l'infirmier après le retour de mission



Pendant projection



Le CMA se tient informé des difficultés des unités projetées



Accueil au retour

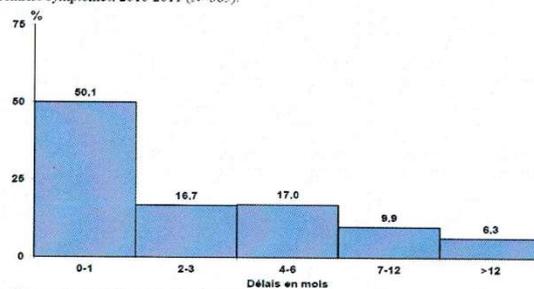
- Remise du DMR en mains propres à l'infirmier (espace dédié)
- Entretien bref informel recherchant des difficultés en cours de mission et permettant une information sur les troubles psycho traumatiques et leurs prises en charge
- Rendez-vous proposé (entretien PCLS) entre 3 et 6 mois après le retour : délai choisi d'après le plan d'action et les données de la surveillance épidémiologique des armées



« 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). »

Plan d'action 2013-2015

Figure 6 : Distribution des délais en mois, entre l'événement traumatisant et la survenue des premiers symptômes, 2010-2011 (N=365).



27/10/2014

Entretien PCLS à M3-M6 post-retour

- Le personnel complète la PCLS
- Réalisation de l'entretien infirmier dans un bureau dédié
- Une synthèse clinique est rapportée par l'infirmier au médecin



Traçabilité

- **Registre dédié** référençant l'identité du personnel, les dates de perception et de remise du DMR, la planification du rendez-vous d'entretien infirmier.
- **Dossiers médicaux** référençant les données cliniques et psychométriques recueillies

Supervision, formation, évaluation

- **Pilote du projet** : Médecin-chef du CMA OAN
- **Conseillers techniques** : psychiatres et psychologues du SMPCAA
- **Infirmier référent du CMA** : formé à la conduite de l'entretien infirmier au SMPCAA avec supervision subséquente
- **Évaluation** à six mois d'après différents indicateurs

Questions ?

Annexe 7 : Demande adressée par mail au commandement pour une intervention de sensibilisation au dépistage des TPPT dans les unités

Bricy, le 1^{er} avril 2016

Monsieur le Commandant de l'ET 3/61,

J'ai l'honneur de vous recontacter dans le cadre du dépistage des troubles psychiques post-traumatiques organisé par l'Antenne médicale de Bricy.

Interne de Médecine générale à l'Hôpital du Val-de-Grâce, je réalise une thèse sur le dépistage des troubles psychiques post-traumatiques par l'entretien infirmier systematique entre trois et six mois au retour d'OPEX sur la Base Aérienne de Bricy. Je suis supervisée dans ce travail par le Médecin en chef Samy et le Professeur Colas, psychiatre au SMPCAA (HIA Percy).

Comme le stipule les différents plans d'action du Service de Santé des Armées, ce dépistage doit se faire au moment du pic d'apparition des éventuels symptômes, entre trois et six mois après le retour. Pour ce faire, nous avons choisi de mettre en place un listing et un système de convocation basés sur le retour des dossiers médicaux réduits (DMR). Cependant, nous sommes confrontés à de nombreuses absences de retour de DMR et surtout de convocation. Sur 50 convocations envoyées sur le mois de mars, seulement une dizaine de personnes nous ont répondu. Nous avons constaté le même taux de réponse pour les mois de janvier et de février et ce malgré des relances sous forme papier.

Nous avons donc décidé de mettre en place pour le Personnel Navigant, un entretien systématique au moment des VSU.

Afin, qu'il n'y ait pas d'amalgame entre la visite d'aptitude et les entretiens de dépistage, nous aimerions faire une intervention orale auprès de votre personnel. Cela nous permettrait d'expliquer les nouvelles modalités mises en place à l'Antenne médicale, d'insister sur la nécessité de répondre aux convocations et de participer aux entretiens, qui je le rappelle doivent être « systématiques » selon le plan d'action 2013-2015 du SSA.

Je vous remercie de l'aide que vous pourrez m'apporter dans mon travail.

Respectueusement

IHA HERRANZ Claire

Annexe 8 : Dépistage systématique des TPPT par l'entretien infirmier – IHA HERRANZ (PPT)

Dépistage systématique des Troubles Psychiques Post-traumatiques par l'entretien infirmier

IHA HERRANZ Claire (interne)

Les Troubles Psychiques Post-Traumatiques (TPPT)



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

Le dépistage des TPPT sur la BA de Bricy

Plan d'action 2011-2013, Service de Santé des Armées :

« 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 événement ou une situation potentiellement traumatisante au plan psychique. Ce dépistage est systématiquement étendu au retour des missions des personnels isolés. »

= OBLIGATOIRE

Modalité de dépistage des TPPT sur la BA de Bricy

- 1. Retour du cahier DMR
- 2. Entretien rapide au retour du DMR pour tous, pour notifier un éventuel événement traumatisant
- 3. Prise d'un RDV pour dans 3mois
- 4. Entretien infirmier à 3 mois du retour avec questionnaire PCLS.

Dépistage des PTSD pour le PN

- 1. Retour du cahier DMR et entretien rapide.
- 2. Entretien infirmier lors des VSU.
 - VSU et entretien de dépistage des TPPT sont 2 choses différentes
 - Mais UNE seule demi-journée d'absence de l'unité

CONCLUSION

- **IMPORTANCE** du retour du DMR
- Dépistage **OBLIGATOIRE** (même si l'entretien est de courte de durée pour « dire que tout va bien »)
- Ne pas attendre la relance de la convocation !!

Merci de votre attention!

Des questions?

Annexe 10 : Convocation avec coupon-réponse (décembre 2015 – mars 2016)



MINISTÈRE DE LA DÉFENSE



NOTE EXPRESS
NON PROTEGE – DIFFUSION RESTREINTE – CONFIDENTIEL DEFENSE

Origine	: Centre médical des Armées d'Orléans-Bricy
Destinataire (pour action)	:
Destinataire(s) (pour information)	: Monsieur le Commandant
Copies intérieures	: Chrono - Archives

Le __/__/____	N° /CMA Orléans-Bricy
OBJET	: Dépistage des états de stress post traumatique
<p>Au vu du contexte opérationnel actuel, il est constaté une recrudescence des Etats de Stress Post Traumatique. Ces états peuvent engendrer des conséquences majeures sur le plan personnel, professionnel et social. Le dépistage de ces états de stress post-traumatique de façon précoce est devenu une priorité pour le Service de Santé des Armées qui a ainsi mis en place un plan d'action à l'échelle nationale.</p> <p>Dans le cadre de ce plan d'action, l'Antenne Médicale de Bricy a initié un suivi du personnel rentrant d'OPEX en proposant systématiquement un entretien infirmier à 3 mois du retour de mission.</p> <p>Vous demande de bien vouloir inviter le....., à prendre contact avec l'antenne médicale de Bricy au poste 26859 ou 26274 afin de programmer un rendez-vous avec un infirmier qualifié pour effectuer cet entretien de dépistage. Dans tous les cas, merci de bien vouloir nous renvoyer le coupon-réponse ci-dessous dûment rempli.</p> <p style="text-align: right;"></p> <p>Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.</p>	

Grade :	NOM :	Prénom :	Unité :
<input type="radio"/> OUI, je souhaite un entretien infirmier. J'ai pris rendez-vous le __/__/____.			
<input type="radio"/> NON, je ne souhaite pas d'entretien infirmier, car :			

BP 64229 – 45144 SAINT JEAN DE LA RUEILLE CEDEX
 Tél : 02 38 42 68.34 – PNIA : 811 123 6834 – Fax : 02 38 42 69 16 – PNIA : 811 123 6916
 – Email : sec.sm.ba123@air.defense.gouv.fr

Annexe 11 : Convocation (à partir de mars 2016)



MINISTÈRE DE LA DÉFENSE



NOTE EXPRESS
NON PROTEGE – DIFFUSION RESTREINTE – CONFIDENTIEL DEFENSE

Origine : **Antenne Médicale d'Orléans-Bricy**
Destinataire :
(pour action)
Destinataire(s) : Monsieur le Commandant
(pour information)
Copies intérieures : Chrono - Archives

Le __/__/____ N° /CMA NGE/AM BRICY/ SEC

OBJET : Dépistage des états de stress post traumatique

Au vu du contexte opérationnel actuel, il est constaté une recrudescence des Etats de Stress Post Traumatique. Ces états peuvent engendrer des conséquences majeures sur le plan personnel, professionnel et social. Le dépistage de ces états de stress post-traumatique de façon précoce est devenu une priorité pour le Service de Santé des Armées qui a ainsi mis en place un plan d'action à l'échelle nationale.

Dans le cadre de ce plan d'action, l'Antenne Médicale de Bricy a initié un suivi du personnel rentrant d'OPEX en proposant systématiquement un entretien infirmier à 3 mois du retour de mission.

Votre rendez-vous d'entretien de dépistage avec un infirmier qualifié est prévu :
le __/__/____ à __ h __.

Pour modifier ce rendez-vous, merci de bien vouloir contacter l'antenne médicale de Bricy au poste 26859 ou 26274.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

IHA HERRANZ Claire

Annexe 12 : E-mail de convocation pour retour du dossier médical réduit

Bricy, le 1^{er} avril 2016

OBJET : Convocation pour le retour du Dossier Médical Réduit (DMR)

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous recontacter dans le cadre du dépistage des troubles psychiques post-traumatiques organisé par l'Antenne médicale de Bricy.

Comme le stipule les différents plans d'action du Service de Santé des Armées, ce dépistage doit se faire au moment du pic d'apparition des éventuels symptômes, entre trois et six mois après le retour. Pour ce faire, nous avons choisi de mettre en place un listing et un système de convocation basés sur le retour des dossiers médicaux réduits (DMR).

Nous vous demandons de bien vouloir nous rapporter au plus vite votre DMR en main propre.

Nous vous remercions pour votre compréhension.

IHA HERRANZ Claire

**Annexe 13 : E-mail de rappel de retour du coupon-réponse de la
convocation à l'entretien infirmier de dépistage des TPPT
(décembre 2015- mars 2016)**

Bricy, le 1er avril 2016

OBJET : Rappel pour retour du coupon-réponse de la convocation à l'entretien de dépistage des TPPT

Madame, Monsieur,

Voilà plus de trois mois que vous êtes revenu d'opération extérieure. Conformément au plan d'action du Service de Santé des Armées, un dépistage systématique des troubles psychiques post-traumatiques est à réaliser entre trois et six mois après le retour d'OPEX. Il revêt un caractère obligatoire.

Une convocation papier vous a été envoyée il y a un mois avec un coupon réponse. Nous vous demandons de bien vouloir nous renvoyer celui-ci ou nous recontacter au 26859 ou 26274 afin d'organiser un nouvel entretien avec un infirmier. Il s'agit d'un temps important à prendre pour vous.

Nous vous remercions pour votre compréhension.

IHA HERRANZ Claire

Annexe 14 : E-mail de rappel pour rendez-vous non honoré dans le cadre du dépistage des TPPT par l'entretien infirmier (à partir de mars 2016)

Bricy, le 1^{er} avril 2016

OBJET : Rappel pour rendez-vous non honoré dans le cadre du dépistage des troubles psychiques post-traumatique

Madame, Monsieur,

Voilà plus de trois mois que vous êtes revenu d'opération extérieure. Conformément au plan d'action du Service de Santé des Armées, un dépistage systématique des troubles psychiques post-traumatiques sont à réaliser entre trois et six mois après le retour d'OPEX. Il revêt un caractère obligatoire.

Une convocation papier vous a été envoyée il y a un mois pour un rendez-vous auquel vous ne vous êtes pas présenté. Merci de bien vouloir nous recontacter au 26859 ou 26274 afin d'organiser un nouvel entretien avec un infirmier. Il s'agit d'un temps important à prendre pour vous.

Nous vous remercions pour votre compréhension.

IHA HERRANZ Claire

Annexe 15 Fiche de synthèse pour la réunion mensuelle

REUNION MENSUELLE
Mois : _____

Entretien infirmier – dépistage TPPT :

Nombre de RDV donnés en _____ (mois) :	
Nombre de RDV honorés :	
Nombre de RDV non honorés (sans justificatif, sans nouvelles) :	
Nombre de RDV annulés et/ou reportés :	
Nombre de PCLS > 33 :	

Nombre d'entretiens VSU faits :	
---------------------------------	--

Convocations pour le mois à venir (M+1) :

Nombre de RDV relancés par mail :	
Nombre de RDV relancés par le cahier journalier :	
Nombre de convocations envoyées pour le mois de (M+1)_____ :	

Retour DMR :

Nombre de retour OPEX prévu en _____ (mois) :	
Nombre de DMR rapportés :	
Nombre de convocations pour le retour du DMR envoyées par mail pour (M+1)_____ :	

Observations :

Annexe 16 : Fiche « Entretien infirmier - retour d'OPEX »

ENTRETIEN INFIRMIER RETOUR OPEX

GRADE NOM PRENOM :

UNITE :

LIEU et DATES DE L'OPEX :

1- ENTRETIEN au Retour du Dossier Médical Réduit (DMR):

Date retour DMR :

Réalisé par :

Eléments particuliers rapportés par l'intéressé et observés par l'auxiliaire sanitaire :

Proposition systématique d'un entretien à 3mois : Date du RDV : le __/__/____ à __ h __

Si Refus, Pourquoi ? _____

2- ENTRETIEN A 3 MOIS :

Date entretien :

Réalisé par :

STATUT DE L'INTERESSE

(spécialité, ancienneté (opex(s) antérieure(s) ...), statut familial (marié ? enfant ?))

CARACTERISTIQUES DE L'OPEX

(type de mission, événements graves rencontrés, TIC, contraintes opérationnelles, ambiance, cohésion, ...)

LE RETOUR D'OPEX

(réadaptation professionnelle et familiale, sommeil, cauchemars, flashback, hypervigilance, anxiété, irritabilité, fatigue persistante, augmentation de la consommation d'alcool, problèmes de santé...)

Annexe 17 : Fiche d'évaluation immédiate de la formation initiale des infirmiers (modèle EVDG)

Intitulé du cours :
Date du cours :
Nom de l'animateur :

EVALUATION IMMEDIATE

Ce document est destiné à recueillir votre opinion à propos de la formation à laquelle vous avez participé. Merci de remplir la grille ci-dessous avec précision

1 = mauvais 2 = insuffisant 3 = moyen 4 = bon 5 = très bon

Les réponses choisies sont à entourer. Une seule réponse par item.

Items	--	-	=	+	++
	1	2	3	4	5
1/ L'organisation matérielle vous convient-elle ?	1	2	3	4	5
2/ La formation est-elle en adéquation avec les thèmes et les objectifs annoncés ?	1	2	3	4	5
3/ Les objectifs de la formation sont-ils clairs ?	1	2	3	4	5
5/ Le contenu vous semble-t-il pertinent pour votre pratique quotidienne professionnelle ?	1	2	3	4	5
6/ Cette formation répond-elle à vos attentes ?	1	2	3	4	5

Evaluation Globale :

Noter de 1 à 5 ce cours et cocher une des trois colonnes.

	Note de 1 à 5	A conserver	A améliorer	A supprimer
<u>Cours théorique :</u>				

COMMENTAIRES :

.....

Annexe 18 : Questionnaire de satisfaction du personnel reçu par l'infirmier

Questionnaire de satisfaction du personnel reçu par l'infirmier

Dans le cadre du plan d'action 2013-2015 «*Lutte contre le stress opérationnel et le stress post traumatique* », votre Centre Médical des Armées (CMA) a mis en place un entretien infirmier systématique à 3 mois du retour d'OPEX afin de repérer les troubles psychiques post-traumatique (TPPT). Nous aimerions recueillir votre avis sur la délégation de ce dépistage à l'infirmier. Ce questionnaire sera traité de façon anonyme. Merci de ne donner qu'une seule réponse par question.

1- Cette nouvelle procédure de dépistage des troubles psychiques post-traumatiques vous semble-t-elle pertinente?

- Pas du tout pertinente Non pertinente Pertinente Très pertinente

2- Les explications données par l'infirmière sur le dépistage des troubles psychiques post-traumatiques vous semblent-elles compréhensibles?

- Pas du tout compréhensibles Pas vraiment compréhensibles Compréhensibles Parfaitement compréhensibles

3- La forme du dépistage, sous forme d'un entretien infirmier, vous paraît-elle adaptée ?

- Pas du tout adaptée Pas vraiment adaptée Adaptée Parfaitement adaptée

4- Les modalités pratiques mises en place (ex : prise de rendez-vous...) vous semblent-elles satisfaisantes ?

- Pas du tout satisfaisantes Insatisfaisantes Satisfaisantes Totalement satisfaisantes

5- Après cet entretien, sauriez-vous demander de l'aide à un personnel de santé?

- Non, pas du tout Probablement, non Probablement, oui Oui, certainement

Avez-vous des remarques ?

.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 19 : Questionnaire de satisfaction destiné aux infirmiers de l'AM Bricy

Questionnaire de satisfaction destiné aux infirmiers de l'antenne médicale

A déposer dans l'urne au secrétariat

Dans le cadre de l'expérimentation d'un protocole de délégation de soins aux infirmiers des CMA pour le repérage des troubles psychiques post-traumatiques au retour de mission, vous avez été formé(e), puis habilité(e) à réaliser des entretiens cliniques au profit du personnel militaire.

Nous avons besoin de recueillir votre retour d'expérience et votre appréciation concernant la mise en œuvre depuis 6 mois d'un tel protocole. Il pourra ainsi être amélioré et répondre au mieux aux objectifs fixés : repérer précocement les signes de souffrance du personnel engagé dans les différentes missions opérationnelles de nos forces armées.

Vos réponses seront traitées en respectant l'anonymat, sous forme de synthèse globale.

1. Quel est votre avis sur la pertinence et la faisabilité de ce dispositif ?
2. Etes-vous satisfait(e) de pouvoir contribuer à ce protocole ?
3. Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ?
4. Vous sentez-vous suffisamment formé(e) pour réaliser ces entretiens ?
5. Avez-vous sollicité un médecin du CMA ou le SMPCAA pour une aide technique ?
6. Combien de temps par semaine avez-vous consacré à ce protocole depuis 6 mois ?
7. Vous sentez-vous efficace lors de l'entretien clinique visant à repérer les troubles psychiques post-traumatiques ou toute forme de souffrance en lien avec le travail ? Combien de personnes avez-vous orientées vers un médecin ?
8. Avez-vous des attentes, des suggestions à formuler pour améliorer le protocole ?

En vous remerciant pour votre participation,
IHA Claire Herranz

Annexe 20 : Poster réalisé dans le cadre de la XVIIème Journée de médecine aéronautique de l'HIA Percy du 9 décembre 2016

XVIIème Journée de médecine aéronautique de l'HIA Percy

Intérêt et modélisation d'un protocole de délégation d'actes à l'infirmier dans le cadre du repérage des troubles psychiques post-traumatiques en médecine des forces armées

IHA Claire Herranz¹, ISG1G Pauline Goeuriot², ISG2G Mariane De Barros³, ISG1G Sandra Coelho², MC Gérald Samy³, MP Yann Auxéméry⁴, MC Marie-Dominique Colas⁵

¹ Interne des hôpitaux des armées, Hôpital d'Instruction des Armées Percy (Clamart)

² Infirmières de l'antenne médicale de Briey, CMA-NG Tours

³ Médecin en chef, Responsable de l'antenne médicale de Briey, CMA-NG Tours

⁴ Médecin principal, service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique, DEA-CPEMPN, Hôpital d'Instruction des Armées Percy (Clamart)

⁵ Médecin en chef, Chef du service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique, DEA-CPEMPN, Hôpital d'Instruction des Armées Percy (Clamart)

Introduction

Le service de santé des armées a mis en œuvre un plan d'action visant à repérer précocement les troubles psychiques post-traumatiques (TPPT) des combattants. Le médecin des forces est en première ligne [1]. Nous nous sommes intéressés à la place de l'infirmier dans ce dispositif de dépistage. Nous avons proposé de formaliser un protocole de délégation d'actes, adapté aux critères de l'HAS, pour les centres médicaux des armées (CMA) [2].

Matériel et méthode

Cette étude a été réalisée de novembre 2015 à octobre 2016, sur la base aérienne 123 d'Orléans-Briey, lors de notre stage en unité.

Dans le cadre de l'élaboration de ce protocole de délégation d'actes, la sensibilisation aux spécificités de l'entretien clinique de repérage des TPPT est faite par un infirmier référent, formé au préalable au service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique. Une journée de formation continue est ensuite organisée dans ce service pour chaque intervenant et une supervision est proposée tous les six mois avec un psychologue.

Dès son retour d'opération extérieure (OPEX), tout militaire doit rendre son dossier médical réduit (DMR) au CMA. Un rendez-vous est alors fixé pour un entretien trois mois plus tard avec l'infirmier. Une convocation lui est envoyée. Le caractère obligatoire de l'entretien est décidé à partir du mois de mai 2016 et un rappel de convocation est adressé à ceux qui n'avaient pas répondu initialement.

Le militaire est accueilli et informé dans un bureau dédié où l'auto-questionnaire de la PCLS (Post traumatic Check List Scale) lui est proposé. L'infirmier est attentif aux signes cliniques observables, aux symptômes décrits, voire aux difficultés exprimées (syndrome de répétition traumatique, troubles du sommeil, fatigue, irritabilité, tensions familiales, changements de comportement au travail, etc.). Les résultats de la PCLS et les données de l'entretien clinique sont analysés. Dans l'éventualité où des manifestations évocatrices d'un trouble psychique post-traumatique ou de toute autre forme de souffrance sont repérées, une orientation vers une prise en charge spécialisée est proposée en lien avec un médecin du CMA. Cet acte infirmier est inscrit dans le dossier médical de l'intéressé.

Pour le personnel navigant (PN), le dispositif a été adapté aux spécificités du rythme opérationnel. L'entretien est réalisé lors de la visite systématique à l'unité (VSU).

Résultats

80% des infirmiers formés estiment la sensibilisation initiale de bonne qualité à condition qu'elle soit associée à une formation pratique.

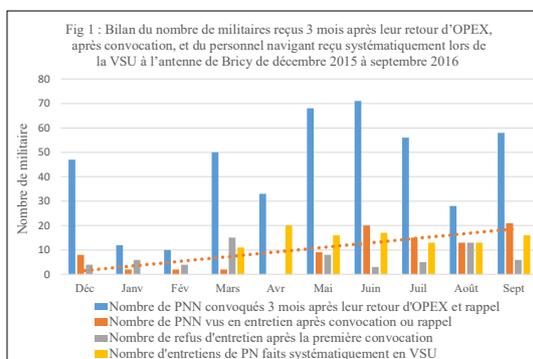
Sur la période de novembre 2015 à juin 2016, 378 militaires (personnel non navigant PNN) sont revenus d'OPEX. Seuls 230 militaires ont rapporté leur DMR au CMA. Sur ces 230 militaires convoqués entre février et septembre 2016, 63 ont été reçus en entretien et 61 ont refusé. De plus, 96 entretiens infirmiers ont été réalisés lors des VSU entre mai et septembre 2016.

Quatre personnes en souffrance psychique ont été repérées lors des 159 entretiens.

Nous constatons que ce protocole est plus efficace quand le DMR est rapporté et que la convocation rend l'entretien obligatoire (Figure 1).

Les 159 questionnaires de satisfaction du personnel reçu par les infirmiers montrent une satisfaction de 98% et une pertinence du protocole de 91%.

Des questionnaires semi-dirigés ont été proposés aux cinq infirmiers de l'antenne médicale afin d'évaluer leur vécu d'un tel protocole de délégation d'actes. La majorité a rapporté sa satisfaction. Néanmoins, un ressenti d'impuissance voire d'échec a pu être perçu face aux réactions de réticence de certains militaires peu enclins à se confier. Le besoin d'une formation pratique complémentaire a été unanimement reconnu.



Discussion

Ce protocole, fondé sur une formation et une supervision clinique des infirmiers, est innovant dans la mesure où il place l'infirmier au cœur du dispositif de repérage des TPPT au profit des combattants de retour de mission et lors des VSU du PN. Cela implique des temps de synthèse clinique avec le médecin des forces et une coordination des actes effectués.

Par ailleurs, ce protocole a mis en exergue la question de la faisabilité pratique d'un tel dépistage qui doit prendre un caractère obligatoire pour être effectif. Il ne peut être réalisé sans la collaboration du commandement. On remarque que la systématisation de l'entretien infirmier lors de la VSU est une méthode plus efficace que celle de la convocation au retour de mission.

La délégation d'actes à l'infirmier permet de créer les conditions d'une rencontre avec un professionnel de la santé, identifié comme plus proche des unités. Ce temps clinique est capital pour repérer les TPPT dont le pronostic va dépendre de la possibilité d'inscrire le sujet dans un parcours de soins.

Le binôme médecin-infirmier s'appuie sur une expérience clinique partagée au quotidien. Le plan d'action du SSA prévoit à ce titre une formation initiale et continue pour les équipes médicales des CMA [1].

Conclusion

L'implication de l'infirmier dans les missions de soins et de prévention au profit des forces armées, conformément au projet SSA 2020, est valorisée par ce protocole de délégation d'actes pour le repérage des TPPT [3]. Sa standardisation au niveau national pourrait être envisagée dans l'institution militaire, mais aussi en milieu civil. En effet, les récents attentats qui ont touché la France montrent la nécessité de pouvoir compter sur l'expertise de soignants formés pour réaliser un bilan clinique initial et orienter les blessés psychiques vers des soins spécialisés.

REFERENCES

- [1] Direction Centrale du Service de Santé des Armées, Plan d'action « Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées » 2011-2013, Note n°564/DEF/DCSSA/AST/TEC du 10 mars 2011.
- [2] DCSSA, Plan d'action « Troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées » 2013-2015 « Lutte contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique » Note n°517996/DEF/DCSSA/PC/CN/SMPA du 20 décembre 2013.
- [3] DCSSA, Plan d'action « Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées » 2015-2018 Note n° 527740/DEF/DCSSA/AAD/EMF du 18 décembre 2015.
- [4] Arrêté du 23 octobre 2014 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.
- [5] Projet de service SSA 2020, n° 515696/DEF/DCSSA/PS du 25/11/2013.

Intérêt et modélisation d'un protocole de délégation d'actes à l'infirmier dans le cadre du repérage des troubles psychiques post-traumatiques en médecine des forces armées

Résumé :

Dans le cadre du plan d'action relatif au repérage précoce des troubles psychiques post-traumatiques (TPPT) dans les forces armées, nous avons proposé de formaliser un protocole de délégation d'actes à l'infirmier en référence aux critères de la Haute Autorité de santé. Une étude a été menée lors de notre stage chez le praticien à l'antenne médicale de la base aérienne d'Orléans-Bricy de novembre 2015 à octobre 2016.

Au préalable, l'infirmier est formé aux spécificités de l'entretien clinique de dépistage des TPPT. Il bénéficie également d'une supervision technique avec un spécialiste de la santé mentale.

Dès son retour d'opération extérieure, tout militaire doit rendre son dossier médical réduit à l'antenne médicale. Un rendez-vous avec l'infirmier est systématiquement fixé trois mois plus tard.

Le militaire remplit tout d'abord l'auto-questionnaire PCLS (Post-traumatic Check List Scale). L'infirmier est ensuite attentif aux signes cliniques observables, aux symptômes décrits voire aux difficultés exprimées. Si des manifestations évocatrices d'un TPPT ou d'une autre forme de souffrance sont repérées, une prise en charge spécialisée est proposée. Cet acte infirmier de prévention est inscrit dans le dossier médical de l'intéressé.

Les questionnaires de satisfaction du personnel reçu (n=159) et des infirmiers ont souligné la pertinence de ce protocole tant sur le plan de sa faisabilité que de son acceptabilité globale. Toutefois, le dépistage doit prendre un caractère obligatoire pour être effectif et ne peut être réalisé sans l'adhésion du commandement. Sa généralisation aux autres centres médicaux des armées et son adaptation dans le champ de la santé publique pourraient être proposées.

Mots clés : délégation d'actes, entretien infirmier, dépistage, troubles psychiques post-traumatiques, médecine des forces.

Interest and protocol of delegating medical procedure to nurses within the screening of Post-Traumatic Stress Disorder in the military medicine

Abstract :

The French Military Health Service established an action plan to detect early post-traumatic stress disorder (PTSD) in the French Armed Forces. Our purpose is to set up a protocol to delegate medical procedure to nurses according to High Authority of Health criteria. This study was carried out during our internship in Bricy Airbase from November 2015 to October 2016.

The nurses are first trained in clinical interview's specificities to detect PTSD, and besides, counselled by a mental health specialist.

Each soldier must bring its reduced medical file back to the medical centre after the return from an overseas operation. Then, a mandatory meeting with a nurse is set three months later.

The soldier is asked to fill the post-traumatic stress disorder checklist scale (PCLS). The nurse is receptive to each warning signs, each symptoms and suffering expressed by him or her. If a PTSD is detected, a specialized care is proposed in connection with the Medical Officer of the centre and specified in the soldier's medical file.

Soldiers and nurses' satisfaction survey (n=159) shows the protocol relevance in terms of feasibility and global acceptability.

Moreover, we noticed that the screening must be obligatory to be efficient. This cannot be carried out without the participation of the chain of command. The generalisation to the other military medical centres and its adaptation in the Public Health field should be proposed.

Keywords: delegation of medical procedure, nursing clinical interview, screening, post-traumatic stress disorder, military medicine.

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06**