

N° 2470

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 16 décembre 2014.

## RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

*en application de l'article 145 du Règlement*

PAR LA COMMISSION DE LA DÉFENSE NATIONALE ET DES FORCES ARMÉES

en conclusion des travaux d'une mission d'information <sup>(1)</sup>  
sur la **prise en charge des blessés**

ET PRÉSENTÉ PAR

M. OLIVIER AUDIBERT-TROIN ET MME ÉMILIENNE POUMIROL,  
Députés.

---

---

(1) La composition de cette mission figure au verso de la présente page.

*La mission d'information sur la prise en charge des blessés est composée de :*

– M. Olivier Audibert-Troin et Mme Émilienne Poumirol, *rapporteurs* ;

– MM. Daniel Boisserie, Sauveur Gandolfi-Scheit, Mme Édith Gueugneau, MM. Francis Hillmeyer, Alain Marty et Mme Paola Zanetti, *membres*.

## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	11
<b>PREMIÈRE PARTIE : LA PRISE EN CHARGE DES BLESSÉS SUR LE TERRAIN</b> .....	15
<b>A. LE CHOIX D'UNE MÉDICALISATION AU PLUS PRÈS DE L'AVANT</b> .....	15
<b>B. LE SAUVETAGE AU COMBAT</b> .....	16
1. Les décès évitables, un exemple américain .....	17
2. Les trois niveaux de sauvetage au combat .....	17
a. Le premier niveau .....	17
b. Le deuxième niveau .....	17
c. Le troisième niveau .....	18
<b>C. LES STRUCTURES MÉDICALES</b> .....	18
1. Les différents rôles .....	18
2. L'activité des personnels soignants en OPEX .....	20
3. Le ravitaillement en produits sanitaires et sanguins .....	20
a. Le ravitaillement sanitaire .....	21
b. Le ravitaillement sanguin .....	21
4. Les évacuations .....	22
a. Les évacuations tactiques .....	23
b. Les évacuations stratégiques .....	23
c. La planification de l'évacuation .....	24
i. La codification des blessures avant l'évacuation .....	24
ii. L'organisation des missions .....	25
d. Le dispositif d'évacuation collective MORPHEE .....	27
5. Le soutien médical des forces spéciales .....	29
a. Les différentes forces et leur soutien médical .....	29
b. Les soignants du commandement des forces spéciales .....	30

c. Des missions exigeantes.....	30
d. Les spécificités du soutien médical des opérations spéciales .....	31
e. La médicalisation de l'extrême avant et le module de chirurgie vitale.....	31
<b>D. LA SPÉCIFICITÉ DU DISPOSITIF DANS LA MARINE .....</b>	<b>32</b>
1. Dans les bâtiments de surface .....	32
2. Dans les sous-marins.....	33
<b>E. LES BLESSÉS SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS .....</b>	<b>34</b>
<b>F. LA DOCUMENTATION DE LA BLESSURE .....</b>	<b>34</b>
<b>DEUXIÈME PARTIE : LE PARCOURS DE SOINS DU BLESSÉ .....</b>	<b>37</b>
<b>A. L'HÔPITAL .....</b>	<b>37</b>
<b>B. LA PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX .....</b>	<b>37</b>
<b>C. LA COORDINATION DES ACTEURS .....</b>	<b>38</b>
1. Les cellules d'aides aux blessés.....	38
a. Présentation .....	40
i. La cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT).....	40
ii. La cellule d'aide aux blessés, aux malades et aux familles de l'armée de l'air (CABMF Air) .....	40
iii. La cellule d'aide aux blessés et d'assistance aux familles de la marine (CABAM).....	40
iv. La gendarmerie .....	41
v. Les services communs.....	41
b. Les actions menées par les cellules .....	41
c. Une future colocalisation aux Invalides ? .....	42
d. Des organismes financièrement dépendants .....	43
2. Le rôle du régiment.....	43
a. Le chef de corps.....	44
b. Le bureau condition du personnel .....	44
c. Le président de catégorie .....	44
3. L'action sociale .....	44
4. Les associations .....	47
a. L'aide financière .....	47
b. Le rôle d'accompagnement.....	47
5. Des mécanismes de coordination récents devenus indispensables .....	48
a. Le commissaire chargé de la mission « blessés et familles endeuillées ».....	48
b. Le bureau « offre de soins » .....	50
i. Le comité national d'évaluation du suivi des blessés et familles de décédés de l'armée de terre, exemple d'une instance pluridisciplinaire .....	51

ii. Les comités de pilotage au niveau régional .....	51
iii. Les commissions multidisciplinaires des blessés en service.....	52
6. Le dossier unique, une volonté d’harmonisation de la prise en charge des soins médicaux .....	52
<b>D. LA RECONSTRUCTION .....</b>	<b>53</b>
1. Une position statutaire favorable .....	53
a. Les différents congés .....	53
b. Les conséquences en matière de rémunération .....	54
c. Les conséquences statutaires .....	55
d. Une gestion difficile .....	55
e. Le rôle de l’inspection du service de santé des armées.....	56
i. L’organisation de la cellule médico-statutaire.....	56
ii. L’intervention de l’inspecteur .....	56
f. Une procédure peu satisfaisante et un isolement du blessé .....	57
g. Le médecin des forces pivot du nouveau dispositif.....	57
2. La création d’un nouveau congé pour les blessés en OPEX.....	58
3. La conquête de l’autonomie.....	59
a. L’appareillage, le CERAH .....	59
b. Les prothèses de nouvelle génération .....	59
c. L’appartement thérapeutique de l’hôpital Percy.....	60
d. La maison des blessés de Percy.....	61
4. Le fonds de prévoyance .....	61
5. La reconstruction par le sport .....	62
a. L’importance d’un réentraînement précoce .....	62
b. Le centre national des sports de la Défense .....	62
i. Offrir les moyens nécessaires à la pratique du sport .....	62
ii. Accompagner l’« Armée des champions » .....	63
c. Le Cercle sportif de L’INI (CSINI) .....	63
d. Les rencontres sportives.....	63
i. Les rencontres militaires blessure et sport (RMBS) .....	64
ii. Le stage « sport, mer et blessure » .....	64
iii. Le centre de réentraînement des blessés de l’armée de terre.....	64
iv. La participation à des compétitions internationales.....	65
v. D’autres voies .....	65

<b>TROISIÈME PARTIE : LE DROIT À RÉPARATION</b> .....	67
<b>A. LA RECONNAISSANCE</b> .....	67
1. Les décorations .....	67
2. Le monument aux OPEX .....	68
3. Le lien armée-Nation .....	68
<b>B. LA PENSION MILITAIRE D'INVALIDITÉ</b> .....	68
1. Une pension fondée sur le lien de la blessure avec le service .....	70
2. L'instruction des dossiers .....	71
a. La sous-direction des pensions .....	71
b. La part des PMI dans l'activité de la SDP .....	71
c. Des délais trop importants .....	72
d. Le long cheminement d'un dossier de PMI .....	73
e. Une évolution du nombre de pensionnés à la baisse .....	77
f. Le bureau de l'expertise et de l'analyse médicale (BEAM) .....	77
g. Une procédure accélérée pour les dossiers des blessés graves en OPEX .....	78
h. Un manque d'experts préoccupant .....	78
i. Les syndromes post-traumatiques et la PMI .....	79
j. Le contentieux .....	80
3. Les axes de progrès .....	80
4. Une conséquence de la PMI : les soins médicaux gratuits .....	82
a. Un département consacré aux soins médicaux gratuits .....	82
b. Un système simple pour le bénéficiaire .....	83
c. Des soins gratuits dans la limite des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale, à quelques exceptions près .....	83
d. Un dispositif de contrôle indispensable .....	84
e. Une dénomination mal comprise .....	84
5. Une nouvelle commission en gestation .....	84
<b>C. L'INDEMNISATION COMPLÉMENTAIRE</b> .....	85
a. Les préjudices indemnisés .....	85
b. Le service instructeur .....	86
c. Le cheminement d'une demande .....	86
d. La diffusion de l'information sur cette indemnisation .....	87
2. Une expertise commune à la PMI et à l'indemnisation complémentaire ? .....	87

<b>QUATRIÈME PARTIE : LE SUIVI APRÈS LE DÉPART DE L'INSTITUTION</b> .....	89
<b>A. LE MODÈLE « SSA 2020 »</b> .....	89
1. La préservation de la médecine des forces .....	89
a. Les CMA de nouvelle génération .....	89
b. L'ouverture sur le territoire de santé publique .....	90
2. Les coopérations interhospitalières.....	90
a. Des accords-cadres pour les deux plateformes hospitalières .....	91
b. Le développement de partenariats pour les hôpitaux hors plateforme .....	91
<b>B. LA RECONVERSION</b> .....	92
1. Le dispositif général.....	92
a. L'accès à la fonction publique.....	92
i. L'article L. 4139-2.....	93
ii. L'article L. 4139-3.....	93
b. L'accès au secteur privé.....	93
i. Les emplois privés.....	93
ii. Le parcours défense-entrepreneurs.....	94
2. Un accompagnement particulier pour les blessés en opération .....	94
a. Des référents « blessés » au sein de l'agence .....	94
b. Une offre de prestations sans condition .....	94
c. Un bilan mitigé.....	95
i. Un taux de reconversion restant faible.....	95
ii. Un périmètre d'action limité .....	96
3. Les offres de formation .....	96
<b>C. CONSERVER UN LIEN : L'ONACVG COMME GUICHET UNIQUE</b> .....	96
1. Un pari difficile mais réalisable.....	97
a. Une prise de conscience des armées .....	97
b. La diffusion de l'information .....	97
i. Le lancement de campagnes de communication .....	97
ii. Le développement de partenariats.....	98
c. La participation à la reconnaissance de la Nation.....	98
2. Des réformes encore nécessaires .....	99
a. Recentrer ses activités sur sa mission de référent.....	99
i. La cession des établissements médicaux-sociaux .....	99
ii. Un maillage territorial repensé .....	99
b. Augmenter la représentativité de son conseil d'administration .....	99

<b>D. L'INSTITUTION NATIONALE DES INVALIDES</b> .....	100
<b>CINQUIÈME PARTIE : LA PROBLÉMATIQUE DES BLESSURES INVISIBLES, ENJEU MAJEUR POUR LA DÉFENSE</b> .....	101
<b>A. L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE DANS LES ARMÉES</b> .....	101
<b>B. LES DÉFIS DU TRAITEMENT DES BLESSURES INVISIBLES</b> .....	103
1. L'apparition de la blessure en différé .....	103
2. Les changements de comportement .....	104
3. Le silence des intéressés et l'absence de demandes de soins.....	104
4. Le choix de quitter l'institution et le risque de rupture.....	104
<b>C. LE DISPOSITIF DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE</b> .....	105
1. La prévention .....	105
a. La prévention primaire.....	106
b. La prévention secondaire .....	106
c. La prévention tertiaire .....	106
2. Les acteurs sur le terrain .....	107
a. La composante médico-sociale.....	107
b. La composante psychosociale .....	108
i. Le commandement .....	108
ii. Les aumôniers.....	108
3. Les moyens d'accompagnement en France .....	109
a. L'entretien post-opérationnel et les visites médicales périodiques .....	109
b. La cellule « Écoute Défense ».....	109
c. Le maillage médico-psychologique du SSA .....	110
i. Les hôpitaux d'instruction des armées et les centres médicaux des armées .....	110
ii. Des méthodes de traitement diverses .....	111
iii. Des restructurations remettant en cause le maillage territorial.....	111
d. Le réseau de psychologues civils .....	111
i. La nécessité de développer un réseau de psychologues civils.....	111
ii. L'amélioration de la prise en charge des soins dispensés dans le civil.....	112
<b>SIXIÈME PARTIE : LA PRÉVENTION ET LA PRÉPARATION DE L'AVENIR</b> .....	113
<b>A. LE RECRUTEMENT</b> .....	113
<b>B. LA PRÉPARATION OPÉRATIONNELLE</b> .....	113
<b>C. LE SAS DE FIN DE MISSION</b> .....	113
1. Présentation.....	114



a. Historique.....	114
b. Les conditions d'activation du sas.....	114
c. La procédure de création d'un sas.....	115
d. Les principales caractéristiques du sas.....	115
2. L'organisation et le bilan du sas de décompression de Chypre.....	116
a. L'équipe de soutien.....	116
b. Les activités.....	116
i. Les activités obligatoires.....	116
ii. Les activités facultatives.....	117
c. Le coût du sas.....	117
d. Une efficacité démontrée.....	117
3. Les conséquences de l'absence de sas : l'opération Sangaris 1.....	119
4. L'avenir du sas.....	119
a. La fermeture du sas de Chypre.....	119
b. La mise en place d'un nouveau sas à Dakar.....	120
c. La sanctuarisation d'un budget sas.....	120
<b>D. PRÉVENIR LES BLESSURES : LES INNOVATIONS POUR MIEUX PROTÉGER LES MILITAIRES.....</b>	<b>120</b>
1. Un budget relativement stable.....	121
2. Un retour d'expérience bénéfique.....	121
3. Le système FELIN, force de protection de nos soldats.....	121
4. Les axes d'innovation du futur.....	122
<b>E. LA RECHERCHE POUR MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES BLESSÉS.....</b>	<b>123</b>
1. Le traitement des urgences du choc hémorragique.....	123
2. Le traitement des grands brûlés.....	124
a. La reconstruction tissulaire.....	124
b. La lutte contre les infections résistantes aux antibiotiques, le succès de projet Phagoburn.....	124
3. Le développement de nouvelles technologies de l'information au profit de la médicalisation de l'avant.....	125
a. Un système d'information et de régulation médical.....	125
b. Un centre de télémedecine.....	125
c. Un module épidémiologie.....	125
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>127</b>
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION.....</b>	<b>129</b>
<b>ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LES RAPPORTEURS ET DES DÉPLACEMENTS.....</b>	<b>143</b>



## INTRODUCTION

*« Ces Français que nous fîmes contraints de jeter dans la bataille, ils ont des droits sur nous »* George Clemenceau, 20 novembre 1917.

Il est jeune. Parachutiste engagé volontaire du 1<sup>er</sup> régiment de chasseurs parachutistes, il se trouve à Beyrouth le dimanche 23 octobre 1983. Avec deux autres militaires, il sort en Jeep et se trouve dans la rue à 6 h 30 quand le quartier général américain explose. Il n'a pas le temps de comprendre ce qui se passe et, à 6 h 35, une deuxième explosion se produit, gigantesque, proche, assourdissante. Un immeuble le sépare de Drakkar, le poste français qu'il vient de quitter. Il essaie de le joindre par radio, mais rien. Il se précipite avec ses camarades. Il ne voit rien à cause de la poussière et finit par se trouver en face d'un cratère en flammes entouré d'amas de ferraille et de béton. Et des corps déchiquetés. Hébété, il lui reste ses réflexes de parachutiste, il veut protéger ses camarades blessés et morts. Il empêche l'enlèvement d'une dépouille, le vol d'une mitrailleuse. Les renforts arrivent vite, dans la demi-heure. Toute la journée, il tourne, guettant un bruit, un signe venant des gravats. Il entend des hurlements, voit des viscères, des crânes éclatés, ceux de ses camarades. On ne s'occupe pas de lui et de ses deux camarades. C'est normal. Ils vont bien, ils ne sont pas blessés. Il semble que l'on ne sait pas quoi faire d'eux. Un camion les emmène de nuit pour retrouver une section de sa compagnie qui était de garde au quartier général, des rescapés eux aussi. Ils sont plus nombreux maintenant mais toujours pas de réponse aux questions, pas d'explications ; l'un des vingt-cinq perd la tête, dégoupille une grenade, veut la lancer dans la pièce, un de ses camarades l'arrête. Il faut ensuite reconnaître les corps rapatriés à l'ambassade de France, la résidence des Pins. Il se souvient d'un tatouage sur un morceau de crâne. Le lendemain un camion emmène la section sur le port de Beyrouth, ils embarquent sur un bateau, toujours sans savoir pourquoi. Le bateau part. Il est trop petit pour les emmener vers la France. Les gendarmes de la prévôté viennent à bord avec des photos. Il faut reconnaître les deux derniers corps. La section quitte finalement le bateau par hélicoptère pour regagner la résidence des Pins. Il sort de l'hélicoptère. L'aumônier est là. Il lui met la main sur l'épaule et lui dit : « Ce soir, tu rentres en France. ». Leurs armes leur sont retirées. Un déchirement. Une escorte légère les accompagne dans Beyrouth vers l'aéroport, une angoisse pour des militaires sans arme. Un Transall arrive. Il porte toujours son treillis du jour de l'attentat, maculé de sang et de poussière. Il a le goût de la poussière dans la bouche. Il arrive à Pau. Il fait froid. La section est dirigée vers la salle des fêtes du régiment où attendent plusieurs gradés. Chacun prend en charge un rescapé individuellement et l'emmène chez lui. Il part avec un adjudant-chef, dans sa famille. Il mange et reste enfermé dans sa chambre dans le noir. Quelques jours. Il n'a pas le droit de rentrer dans sa famille. Il n'a pas de vêtements. Un magasin de sport local a donné une

vingtaine de survêtements. Un survêtement qu'il gardera quelques semaines. C'est tout ce qu'il a avec sa brosse à dents. Il se sent seul, plus que ça, isolé. Le temps passe. Le régiment monte à Paris pour la cérémonie aux Invalides avec les 58 cercueils. Il se retrouve au pied d'un des cercueils. Il sait ce qu'il y a dedans. Pas grand-chose parfois. Il se sent simple spectateur. Ignoré. La cérémonie n'est ni pour lui ni pour ses vingt-cinq camarades. Il flotte entre deux mondes, le monde militaire auquel il n'appartient déjà plus et le monde civil dans lequel il ne se reconnaît pas. Il broie du noir, seul toujours. Puis vient le temps des enterrements individuels dans les familles. Il a été décidé que quelques militaires du régiment assisteraient à chacun de ces enterrements. Il se rend donc, sur ordre, à l'enterrement d'un de ses meilleurs amis. Il part à Lyon avec deux autres militaires qui n'étaient pas à Beyrouth. Il représente l'institution. La famille pose des questions. Il dit ce que la famille peut entendre. Il rentre à Pau. Il ne parle à ses parents qu'au bout de deux semaines. Il se demande encore pourquoi aujourd'hui. Le temps passe. Il erre dans la caserne. À part. Il quitte l'armée avant la fin de son contrat, on ne le retient pas. La barrière s'ouvre. Il est dehors. Il rentre chez lui. Il n'a plus de repères. Les crises d'angoisse commencent. Il se terre dans sa chambre. Il ne dort plus. Le médecin de garde vient régulièrement lui faire des piqûres de calmants. Les mois passent. Il maigrit. Une loque. Il est emmené à l'hôpital. On l'examine. Il voit un psychiatre. Au bout de deux ans. Il craque. Il voit le psychiatre deux fois par semaine. Le psychiatre identifie le besoin de reconnaissance. Lui conseille de demander une pension. Il vit de petits boulots. Il ignore la démarche mais fait une demande. Sans savoir qu'un cauchemar commence. Le médecin expert le reçoit un quart d'heure. Il attend la réponse. Négative. Le monde militaire lui doit quelque chose. Il fait un recours. Prend un avocat. Il attend. Il reçoit des courriers qu'il juge avilissants. Il est au tribunal. Comme un voyou. C'est lui le coupable. Nouvelle réponse négative. L'avocat dit de poursuivre. Le titre de pension arrive enfin. Dévalorisé parce qu'il a dû l'arracher. La reconnaissance est perdue. Son cas s'aggrave des années plus tard. Il fait une nouvelle demande. Une commission l'entend, cinq minutes. Rejet. On lui indique qu'il peut faire un recours en justice. Il explose, menace. Il le regrette aujourd'hui. Il veut se jeter sous le train. Il le prend. Comment, il ne sait pas. Son téléphone sonne. La réactualisation est accordée. Un papier qui se serait perdu. Il n'y croit pas. La reconnaissance est de nouveau foulée aux pieds. Sa santé se dégrade. Il s'est marié dans l'intervalle. Avec l'amie de son camarade mort dans l'attentat. Sa femme le soutient. Le tient. Elle porte le soldat à la place de l'institution. Elle ne comprend pas toujours ses réactions. Son travail en souffre. Elle a des troubles. Sa vie à elle aussi est gâchée. Elle s'épuise. Ils ont des enfants. Qui ne comprennent pas les réactions de leur père mutique. Les enfants aussi ont besoin de reconnaissance. De savoir pourquoi. De savoir que leur père n'est pas seul dans son cas. Il demande à être hospitalisé. Deux fois trois mois. Entrevient des thérapies. Il est en rupture. Presque dans la rue. Il travaille aujourd'hui pour ses enfants. Le travail le tient debout. Mais il a de moins en moins de force. Il va mieux après ses séjours en clinique, mais seulement pendant six mois. Il se rend compte du mal qu'il fait à sa famille et il en souffre. Il ne l'accepte plus. Il peut à

tout moment partir dans la rue. Pour s'isoler. Tout est fragile. Les images sont là tous les jours. Les cauchemars toutes les nuits.

\*

\* \*

Les rapporteurs ont devant eux un homme brisé qui tente de rassembler les miettes de sa vie pulvérisée en même temps que le Drakkar. Mais c'est aussi un homme digne et volontaire qui veut témoigner pour éviter la reproduction des erreurs commises. Il souhaite que sa détresse soit utile. C'est pourquoi les rapporteurs ont choisi de relayer dans toute sa brutalité ce récit emblématique.

Ce récit qui mêle prise en charge médicale, ses lacunes en l'occurrence, et démarches administratives illustre bien la nature du sujet que les rapporteurs abordent ici. La prise en charge est faite de la conjugaison d'actions parallèles, simultanées ou non, reliées par des mécanismes horizontaux qui, tels la chaîne et la trame d'une étoffe, s'entrecroisent pour entourer le blessé de la protection qui lui est due. Les rapporteurs ont voulu analyser chacune des étapes de ce processus depuis le moment de la blessure en allant jusqu'à la réinsertion ou à la reconversion du blessé, en évoquant également la prévention. Mais le sujet est tellement vaste qu'ils en auront certainement négligé certains aspects et dû entendre certaines personnes qui n'ont pu l'être. Ce rapport ne prétend donc pas l'exhaustivité.



## **PREMIÈRE PARTIE : LA PRISE EN CHARGE DES BLESSÉS SUR LE TERRAIN**

La prise en charge des blessés sur le terrain est la raison d'être du service de santé des armées (SSA), qui met tout en œuvre pour toujours améliorer sa performance et intervenir au plus tôt, directement ou en déléguant certains gestes aux combattants. La médicalisation de l'avant est, et a toujours été, un des fondements de la doctrine du service de santé des armées.

Pour ce faire une chaîne santé opérationnelle autonome est mise en place depuis le théâtre jusqu'à l'évacuation médicale stratégique vers les hôpitaux d'instruction des armées (HIA), comprenant toutes les phases d'évacuation intrathéâtre ainsi que la chaîne logistique de ravitaillement sanitaire. Sa grande réactivité et son adaptabilité sont des facteurs clé de l'engagement puisque ces qualités permettent aujourd'hui une entrée en premier sur un théâtre d'opérations. La cohérence de cette chaîne opérationnelle est robuste et détermine la qualité de la prise en charge.

### **A. LE CHOIX D'UNE MÉDICALISATION AU PLUS PRÈS DE L'AVANT**

En opération, les personnels soignants français doivent être en mesure de gérer aussi bien des cas isolés qu'un afflux important de blessés en milieu hostile. La santé doit donc être intégrée dans la conduite des opérations militaires. Pour répondre à cette exigence, le SSA a clairement défini des délais structurant la prise en charge des blessés sur le terrain en conformité avec la doctrine de soutien médical aux opérations alliées de l'OTAN :

– dans les dix premières minutes suivant la blessure, le militaire doit avoir bénéficié des soins immédiats de sauvetage au combat ;

– dans la première heure, le blessé doit être pris en charge par un médecin ;

– avant la fin de la deuxième heure, le blessé doit pouvoir bénéficier d'une intervention chirurgicale de sauvetage.

Ce dispositif a démontré sa performance aujourd'hui et sa mise en œuvre est parfaitement rodée. Dans un passé proche, remontant à vingt ans à peine, la prise en charge du blessé de guerre n'était pas assez précoce et obérait les possibilités de traitement ultérieur, notamment à cause du développement d'infections.

Contrairement au modèle anglo-saxon qui privilégie l'évacuation, le personnel soignant français, qu'il s'agisse des médecins ou des chirurgiens, est placé au plus près des combats, pour traiter les blessés le plus rapidement possible

afin de maximiser leurs chances de survie et de permettre une évacuation, le cas échéant.

La proximité de **ce soutien médical au plus près de l'avant est véritablement une exception française**. La confiance en l'excellence du suivi médical des blessés en opérations et la certitude que l'impossible sera fait pour les secourir est un élément majeur du moral des combattants. Le soutien médical contribue de ce fait pleinement à l'efficacité opérationnelle.

Dans ce cadre, le concept d'intervention se décline en trois actions : le sauvetage au combat, la prise en charge médico-chirurgicale déclinée en quatre niveaux et l'évacuation. De plus, il convient de distinguer les forces spéciales et de souligner le caractère particulier du dispositif santé déployé dans les bâtiments de la marine, en raison des contraintes spécifiques inhérentes au milieu.

**Au cours des entretiens qu'ils ont menés, les rapporteurs ont pu mesurer combien grande était la confiance placée par les soldats en leur service de santé, à laquelle répond le sens de l'engagement sans limite des personnels de santé qu'ils ont rencontrés.**

## **B. LE SAUVETAGE AU COMBAT**

Le sauvetage au combat est un standard de soins dont le but est la survie d'un blessé en opération, dans un contexte sous contrainte ennemie et en minimisant le danger pour l'équipe soignante. Les objectifs de ce standard sont triples : la survie du blessé de guerre, la maîtrise de l'exposition du personnel engagé et la poursuite de la mission opérationnelle. L'ensemble des gestes médicaux constituant ce standard a été défini par les spécialistes de l'urgence, de la réanimation et de la chirurgie à l'école du Val-de-Grâce. Placé sous son autorité, le centre de formation opérationnelle santé (CeFOS) de La Valbonne, près de Lyon, a en charge la formation, d'une part, des formateurs au sein des unités de combat, qui formeront à leur tour leurs camarades, et, d'autre part, celle des médecins et personnels paramédicaux du SSA, qui, une fois le niveau trois acquis, peuvent à leur tour former aux niveaux un et deux. Les remises à niveau sont périodiques en fonction de l'évolution des matériels et des techniques.

La formation spécifique des praticiens et des infirmiers du SSA débute dès la formation initiale et se poursuit par des formations dites de « milieu » ainsi que par des formations adaptées à la projection. Les chirurgiens suivent, par exemple, un cours avancé de chirurgie en milieu hostile (plaies par balle, par arme blanche, selon le principe du *damage control*, polycrissage, prise en charge du polytraumatisé de guerre, etc.). Ainsi, les chirurgiens spécialisés en métropole deviennent en OPEX des chirurgiens parfaitement entraînés à la prise en charge spécifique de la blessure de guerre.



## 1. Les décès évitables, un exemple américain

D'après les statistiques américaines <sup>(1)</sup> fournies par le SSA, parmi les 4 596 Américains décédés au combat entre octobre 2001 et juin 2011, 87,3 % étaient morts avant d'atteindre une structure hospitalière. Parmi eux, 24,3 % auraient pu survivre. Les causes de ces décès évitables étaient à 90,9 % d'origine hémorragique. Ces résultats démontrent, si besoin était, l'importance de la prise en charge du blessé dans les premières minutes de sa blessure. Dans ce contexte, le sauvetage au combat, portant principalement, au premier niveau, sur l'arrêt des hémorragies externes par la pose d'un garrot, prend toute sa pertinence. Ainsi, les *75 th Rangers*, forces spéciales de l'armée de terre américaine, qui ont mis en place des techniques de sauvetage au combat depuis de nombreuses années, ont un taux de létalité 26 % inférieur à celui du reste de leur armée.

## 2. Les trois niveaux de sauvetage au combat

La réalisation des actions de sauvetage au combat se décline en trois niveaux successifs et complémentaires, selon le contexte opérationnel et les compétences des personnels engagés. La formation à ces actions est obligatoire depuis l'engagement en Afghanistan.

### a. Le premier niveau

Le sauvetage au combat de niveau 1 permet une première intervention dans les meilleurs délais afin de juguler l'hémorragie, premier des risques vitaux. Il consiste en la réalisation de gestes compatibles avec l'exposition aux dangers inhérents au combat. Il est mis en œuvre, sous le feu de l'ennemi, dans les premières minutes suivant la blessure, par tout militaire proche de la victime, voire, dans certains cas, par le blessé lui-même. Pour ce faire, chaque soldat est équipé d'une trousse individuelle du combattant (TIC) comprenant un garrot tourniquet, qui permet de stopper une hémorragie, des pansements, des bandages et des antalgiques. En amont de l'opération, tous les soldats aptes à la projection suivent obligatoirement des formations pour maîtriser les gestes de sauvetage de niveau 1, dont la pose de garrot.

La survie du soldat blessé au combat dépend donc en premier lieu de son camarade le plus proche, ce qui nécessite une formation de grande qualité et l'acquisition de réflexes permettant la reproduction quasi automatique et urgente de gestes normés dans un contexte hostile et émotionnellement difficile.

### b. Le deuxième niveau

Le sauvetage au combat de niveau 2 consiste en la réalisation de gestes complémentaires, trachéotomie, pose d'un drain thoracique, installation d'une voie intra-osseuse, par exemple, qui sont réalisés par des auxiliaires spécialement

---

(1) *Eastridge BJ, et al., Death on the battlefield (2001-2011): implications for the future of combat casualty care, J Trauma Acute Care Surg 2012;73:S431-7.*

formés. Il est à noter qu'il s'agit de gestes que ces personnels ne seraient pas autorisés à pratiquer hors contexte de combat.

### ***c. Le troisième niveau***

Enfin, le niveau 3 correspond à l'acquisition d'un niveau supérieur de connaissances en traumatologie et à la pratique de gestes médicaux spécialisés, notamment en matière de réanimation. Ces techniques de sauvetage sont effectuées par les médecins et les infirmiers équipés de la TIC et d'un sac médecin contenant du plasma lyophilisé et parfois un kit de collecte et de transfusion sanguine.

Les trois niveaux de sauvetage au combat font donc intervenir des gestes, des acteurs et des équipements différents. Ainsi, au fur et à mesure de l'éloignement du blessé de la zone de danger, les différentes interventions de sauvetage se complètent jusqu'à l'arrivée du blessé dans la première structure médicale de terrain. Mais le contexte tactique peut, à tout moment, venir bouleverser le déroulement théorique des niveaux de sauvetage.

## **C. LES STRUCTURES MÉDICALES**

### **1. Les différents rôles**

Extrait de la zone de combat, le blessé est dirigé, par tous moyens compatibles avec le contexte, vers une structure de soin. Pour une meilleure efficacité, plusieurs types de structures, représentant des niveaux de prise en charge différents, assurent le suivi médical des blessés dans une même chaîne santé. Ces structures, dénommées rôles<sup>(1)</sup>, vont de 1 à 4, les rôles 1, 2 et 3 étant déployés sur le terrain et le rôle 4 correspondant aux hôpitaux militaires français vers lesquels sont rapatriés les blessés.

Selon le niveau d'engagement et l'analyse des dangers, tous les rôles ne sont pas déployés. Par exemple, dans le cadre de l'opération Serval, le rôle 3 n'a pas été mis en place au Mali.

Chaque théâtre impose en effet des contraintes différentes, nécessitant une adaptation permanente des équipes et de l'organisation de la chaîne santé. Ainsi, les délais d'élongation étant bien supérieurs au Mali qu'en Afghanistan, du fait de l'étendue de la zone géographique, les rôles 1, qui suivaient la progression des troupes vers le nord du pays, ont dû faire preuve d'une grande réactivité en se redéployant régulièrement pour atteindre, en phase de stabilisation, un nombre particulièrement important. De la même façon, le rôle 2 peut être renforcé en fonction du besoin, comme c'est le cas de la structure déployée en RCA, complétée par un psychiatre, un psychologue et un dentiste.

---

(1) De l'anglais *role*, vocabulaire otanien.

- *Le rôle 1*

Il s'agit d'une structure légère et mobile armée par une équipe médicale déployée au sein même des unités de combat. Elle est généralement composée de sept personnes : un médecin, un infirmier et cinq personnels paramédicaux. Elle permet, après les gestes immédiats de survie réalisés par le camarade ou l'auxiliaire sanitaire, une prise en charge médicalisée, une évaluation du pronostic et, si l'état du patient l'exige, une mise en condition d'évacuation.

La prise en charge des blessés n'est qu'une partie de leur quotidien : ils s'occupent des malades, conseillent les militaires en matière d'hygiène et de prévention (piqûres de moustiques, eau potable, cuisine locale...). Leur double fonction est représentative des missions centrales du SSA : sauver des vies et maintenir la capacité opérationnelle.

- *Le rôle 2*

Il s'agit d'une antenne chirurgicale, modulaire, sous tente, aérotransportable, sans capacité d'hospitalisation prolongée, placée au plus près des unités à proximité de la zone de combat qui permet d'effectuer un geste vital selon les principes du « *damage control* », la stabilisation d'une lésion avant évacuation, et d'assurer la mise en condition des blessés aérotransportables vers une structure de soins plus lourde.

Il existe plusieurs niveaux au sein du rôle 2.

Le rôle 2 de base correspond à une unité chirurgicale légère dans laquelle interviennent entre dix et quinze personnes, parmi lesquelles un médecin anesthésiste-réanimateur, un chirurgien orthopédiste, un chirurgien viscéraliste, deux infirmiers anesthésistes, un infirmier de bloc opératoire et six infirmiers ou paramédicaux entraînés à agir dans des situations extrêmes. Ce niveau est essentiel puisque 75 % des décès au combat font suite à une hémorragie non compressible et non garrotable qui n'aurait pas été fatale si un chirurgien avait pu intervenir dans la première heure dite « *golden hour* ».

Le rôle 2 étendu pratique la réanimation et des gestes chirurgicaux complexes afin de stabiliser le blessé avant son éventuelle évacuation. Il comporte, au minimum, un bloc opératoire et une salle de réanimation. L'antenne regroupe de trente à quarante personnels soignants, dont un chirurgien orthopédiste, un chirurgien viscéraliste, un anesthésiste réanimateur, deux infirmiers anesthésistes, un infirmier de bloc et deux infirmiers de soins généraux.

- *Le rôle 3*

Les hôpitaux médico-chirurgicaux (HMC), unités médicales opérationnelles de rôle 3, disposent de plusieurs blocs opératoires, d'équipements d'imagerie médicale et d'un laboratoire d'analyse. Ils dispensent également des

soins spécialisés en neurologie, ophtalmologie, ORL et soins dentaires. Le personnel soignant de ces hôpitaux provient pour l'essentiel des hôpitaux d'instruction des armées (HIA).

Les HMC peuvent être, soit sous tente, comme à Mostar, en Bosnie-Herzégovine, soit dans des locaux existants, comme à Djibouti ou à Kaboul où l'HMC KaIA <sup>(1)</sup> (*Kaboul International Airport*), installé en 2009, a été équipé d'un tomodensitomètre (scanner), doté de plusieurs spécialités en complément de la chirurgie traumatique et armé par une centaine de personnes de plusieurs nationalités (Français, Tchèques, Bulgares, Allemands) sous commandement français, dans le cadre des règles de l'OTAN. À la suite d'une réduction du format de l'hôpital, intervenue en janvier 2014, a eu lieu, le 30 juin 2014, le transfert d'autorité entre le service de santé des armées et la *Task Force 31* de l'armée américaine.

- *Le rôle 4*

Il s'agit de l'un des huit hôpitaux d'instruction des armées de France métropolitaine vers lesquels sont évacués les blessés. Les HIA sont en charge du traitement définitif et des suites postopératoires, dont la rééducation fonctionnelle ou réadaptation.

## **2. L'activité des personnels soignants en OPEX**

L'activité du SSA en OPEX ne se limite bien évidemment, comme cela a été mentionné plus haut, pas au sauvetage au combat et à ses conséquences. Il traite également tous les maux inhérents au contexte opérationnel et environnemental. À titre d'exemple, l'activité médicale lors de Serval 1 et 2 s'est répartie en 62 % de temps de soin, notamment pour 2 017 diarrhées et 30 coups de chaleur<sup>(2)</sup>, et 38 % de temps hors soin, dont le suivi de convois. Le nombre de consultations s'est élevé à 12 050, dont 893 en urgence.

Par ailleurs, l'activité du SSA en opérations intègre systématiquement à son dispositif un volet destiné à l'aide sanitaire des populations, qu'il s'agisse de vaccinations, consultations ou soins d'urgence. Au-delà du secours prodigué, ce soutien concourt à la mission en facilitant les contacts avec la population locale.

## **3. Le ravitaillement en produits sanitaires et sanguins**

Il convient de ne pas oublier le rôle essentiel de la chaîne logistique du ravitaillement sanitaire et sanguin, élément déterminant de la qualité de l'ensemble de la chaîne santé opérationnelle.

Pour chaque opération, une dotation initiale est prévue en fonction des effectifs soutenus et de la nature des engagements. Cependant, quand la mission se

---

(1) Premier hôpital construit par l'OTAN sur un théâtre d'opération.

(2) Source : CESPA et EMO Santé.

prolonge ou que l'intensité des combats augmente, un approvisionnement est nécessaire.

#### ***a. Le ravitaillement sanitaire***

L'approvisionnement des unités médicales opérationnelles est organisé en métropole par la direction des approvisionnements en produits de santé des armées (DAPSA), qui a pour mission de coordonner le soutien santé en opération.

Sur le théâtre d'opération, le pharmacien d'unité collecte les demandes en produits santé et les communique aux établissements de ravitaillement sanitaire des armées (ERSA) situés à Marseille et Vitry-le-François. Selon les cas de figure, les délais d'approvisionnement vont être plus ou moins longs. S'il s'agit d'une commande de routine, la DAPSA va l'exécuter en la transmettant directement à un ERSA. S'il s'agit d'une commande hors catalogue ou d'un équipement important qui nécessite des investissements, la direction centrale du SSA jugera d'abord la pertinence de la demande. Si cette dernière est validée, elle sera transmise à la DAPSA qui déterminera l'ERSA en charge de ce ravitaillement. Ensuite, le centre de soutien des opérations et des acheminements appuyé par la cellule de coordination interarmées des transports, transits et mouvements se chargeront des modalités d'envoi, soit par voie aérienne, soit par voie routière. La survenue d'évacuation sanitaire va également être prise en compte pour les modalités de ravitaillement. En effet, celles-ci sont l'occasion d'utiliser le vol aller pour ravitailler les troupes en produits santé.

#### ***b. Le ravitaillement sanguin***

L'approvisionnement en sang, organisé par le centre de transfusion sanguine des armées (CTSA), est crucial pour la survie des blessés dans la mesure où la première cause de décès est l'hémorragie. Les rôles 2 et 3 disposent des produits sanguins indispensables à la prise en charge des blessés hémorragiques : des concentrés de globules rouges, du plasma lyophilisé <sup>(1)</sup> et des plaquettes. De leur côté, les rôles 1 possèdent du plasma lyophilisé plus compact et donc mieux adapté aux conditions de la médicalisation de l'avant.

Un réapprovisionnement de ces différents produits est effectué régulièrement, environ toutes les trois semaines pour les concentrés de globules rouges. Les médecins des forces peuvent également demander l'envoi de nouveaux éléments sanguins ; les demandes urgentes sont traitées en moins de trois heures, auxquelles il faut ajouter le temps d'expédition. D'ailleurs, une étude sur le largage à haute altitude est actuellement menée au CTSA afin de diminuer les délais de ravitaillement.

En cas d'insuffisance des stocks, une collecte et une transfusion de sang total sont également possibles sur le terrain. Pour réaliser ces opérations, les rôles

---

*(1) Le CTSA est le seul établissement en France à fabriquer du plasma lyophilisé qui se conserve à température ambiante, contrairement au transport du sang qui exige une chaîne de froid contraignante. Le plasma est donc adapté aux conditions de transfusion sur un théâtre d'opération.*

2 et 3 sont équipés de kits « ST R2-3 » et les rôles 1 des unités les plus isolées (forces spéciales et sous-marinières), sont également formés à utilisation d'un kit « ST R1 ». Pour éviter la transmission de maladies lors de ces transfusions, une présélection des donneurs potentiels est réalisée en amont lors de la visite médicale précédant le déploiement.

On relèvera que pour répondre aux besoins des forces engagées, le CTSA doit collecter 420 poches de sang total, 27 de plasma et 20 de plaquettes par semaine, ce qui ne va pas sans difficultés, notamment en période de vacances.

#### 4. Les évacuations

L'évacuation médicale est un maillon essentiel de la chaîne santé qui fait la jonction entre le théâtre et le rôle 4 en assurant la continuité des soins. Le blessé mis en condition d'évacuation, par le rôle 2 ou le rôle 3, est placé pendant le vol sous surveillance permanente, médicale ou paramédicale selon son état avec poursuite de son traitement. La mission est commune au SSA et à l'armée de l'air. Ce type de mission se déroule principalement en OPEX mais également au profit des DROM/COM ou, exceptionnellement de la Corse vers Marseille, les blessés de métropole étant généralement conduits vers l'hôpital le plus proche.

Les équipes mettant en œuvre ce processus, l'équipage et l'équipe soignante, doivent travailler en synergie très étroite car les contraintes liées au vol peuvent influencer sur la condition des blessés qui peuvent souffrir d'effets liés à l'altitude (hypoxie<sup>(1)</sup>, dysbarisme<sup>(2)</sup>, hypothermie) ou au vol (bruit, forces gravitationnelles, vibrations et turbulences). Les soignants doivent en gérer les conséquences sur les blessés et sont susceptibles d'exprimer auprès du commandant de bord des besoins en matière d'altitude de vol, de durée de vol pour l'estimation de la consommation d'oxygène du blessé, de climatisation de la cabine, de pressurisation...

#### Les anges du ciel

Les convoyeuses, et, depuis 2000, les convoyeurs, de l'air sont une unité spécifique de l'armée de l'air, composée pour partie de personnels de l'armée de l'air et de militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées (MITHA) du SSA. L'escadrille aéro-sanitaire, stationnée à Villacoublay, fut créée, sous une autre dénomination, au moment de la guerre d'Indochine ; appartenant à cette unité alors exclusivement féminine, les convoyeuses n'eurent le droit de se marier qu'en 1972.

L'unité compte aujourd'hui cinq infirmiers appartenant à l'armée de l'air et 17 infirmiers appartenant au SSA. Formés en aéronautique, au sauvetage et possédant un bon niveau d'anglais, le personnel infirmier, encadré par un médecin du SSA, est affecté aux évacuations tactiques et stratégiques. Il connaît parfaitement les différents types d'aéronefs, le rôle des équipages et le matériel médical. Les convoyeurs de l'air sont notamment responsables de la sécurité à bord et arment la partie sanitaire des avions avec le médecin aéronautique. Ils effectuent des missions d'évacuation sur tous les types d'aéronefs quelle

(1) Diminution de la quantité d'oxygène apportée aux organes par le sang.

(2) Troubles causés par une diminution brutale de la pression atmosphérique.

que soit la gravité de l'état du patient, des évacuations tactiques en OPEX, des missions d'accompagnement de hautes personnalités de l'État grâce à leur connaissance du module sanitaire de l'A330 présidentiel et exercent également une fonction d'expertise.

Le surnom d'ange du ciel a été donné aux convoyeuses de l'air par les blessés qui se savaient sauvés à leur arrivée. Ce fut notamment le cas de la célèbre convoyeuse Geneviève de Galard surnommée « l'ange de Dien Bien Phu ».

Il existe deux types d'évacuation médicalisée.

#### **a. Les évacuations tactiques**

Les évacuations tactiques consistent à transférer les blessés vers le rôle 3. Elles s'effectuent par voies routière ou aérienne. Si les conditions le permettent, l'hélicoptère est privilégié car il permet de réduire les délais d'évacuation en s'approchant au plus près du blessé puis de l'hôpital, sinon un avion Casa est utilisé. Ces évacuations sont régulées par la *Patient Evacuation Coordination Cell* (PECC) dirigée par le conseiller médical du commandement opérationnel. Cette cellule de coordination reçoit, de la part du médecin des forces, un message standardisé en neuf points, appelé le *9-lines*, transmis dès la prise en charge du blessé à l'avant. L'étude des informations fournies permet la planification des moyens d'évacuation.

Deux types d'évacuation médicale peuvent être décidés. La MEDEVAC (*Medical Evacuation*) est une évacuation médicale réalisée dans l'armée française par un médecin ou un infirmier, contrairement aux armées anglo-saxonnes où elle est effectuée par un personnel paramédical. Le second type d'évacuation, la CASEVAC (*Casualty Evacuation*), correspond à l'évacuation des blessés de la zone des combats sans personnel à bord du vecteur. Le choix entre MEDEVAC ou CASEVAC est réalisé par la PECC en fonction du contexte opérationnel.

#### **b. Les évacuations stratégiques**

Les évacuations stratégiques ou STRATEVAC se déroulent du théâtre d'opérations vers un rôle 4 qui peut être en France ou, très rarement, dans un autre pays de l'OTAN en cas d'urgence, comme cela a été le cas, une fois, de l'Afghanistan à Ramstein, en Allemagne, par un avion américain.

Depuis un rôle 2 ou un rôle 3 selon le théâtre, et après la première prise en charge le mettant en condition d'évacuation, le blessé peut être transporté en France métropolitaine. Il s'agit alors d'une évacuation stratégique.

Il peut s'agir d'une évacuation individuelle, d'un petit nombre de blessés ou d'un grand nombre de blessés. Les moyens matériels et humains sont dimensionnés selon l'état des blessés, leur nombre et l'urgence. Si l'évacuation est très urgente, elle se fera par un Falcon gouvernemental. S'il y a de nombreux blessés, le dispositif de modules de réanimation pour patients à haute élongation d'évacuation (MORPHEE) sera mis en place. Il fut utilisé à cinq reprises depuis le Kosovo et quatre fois depuis l'Afghanistan. Un avion de ligne peut également être

utilisé, soit un vol français, soit un vol international dans le cadre de l'accord passé avec la Belgique, les Pays-Bas et l'Allemagne.

#### ÉVACUATIONS SANITAIRES

Origine	2009	2010	2011	2012	2013	2014 <sup>(1)</sup>
OPEX	318	322	464	301	565	396
DIASS <sup>(2)</sup>	324	295	276	277	309	242
Autres	193	154	119	148	64	32
Total	835	771	859	726	938	670

Source : État-major opérationnel santé.

<sup>(1)</sup> Jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2014.

<sup>(2)</sup> Direction interarmées du service de santé (forces de souveraineté et forces prépositionnées).

#### c. La planification de l'évacuation

Le déclenchement d'une évacuation part toujours du théâtre d'opérations, d'une ambassade ou du directeur interarmées de service de santé outre-mer, pour un rapatriement. Le directeur médical remplit un dossier médical dans lequel les conditions d'évacuation imposées par l'état du patient sont transcrites sous forme d'une classification standardisée. Ce classement, effectué par l'équipe au sol qui dispose de toutes les données médicales, permet sans transmettre de diagnostic de choisir le mode d'évacuation le plus adapté et d'informer le commandant de bord de la nature des blessés qu'il transporte.

Il est rapide lorsqu'il s'agit d'un ou deux blessés mais plus complexe pour une évacuation collective de type MORPHEE pouvant concerner jusqu'à douze blessés dont les besoins peuvent être différents. Le réanimateur fait alors le point avec le médecin du théâtre pour éventuellement revoir les priorités en fonction des blessés et des soins qui seront nécessités à bord.

##### i. La codification des blessures avant l'évacuation

Avant l'évacuation médicale les blessés font donc l'objet d'un tri selon le STANAG 3204 de l'OTAN que la France applique depuis 2005. La France a en effet abandonné la notion de gravité qu'elle utilisait avant son passage à la procédure européenne du *European Air Transport Command* (EATC) <sup>(1)</sup>. Ce STANAG distingue trois aspects :

**La priorité** : P1 : évacuation urgente quasi immédiate pour la survie et la récupération fonctionnelle du blessé avec décollage d'un aéronef en moins de douze heures. P2 : décollage d'un aéronef en moins de 24 heures. P3 : le blessé

(1) Pays-Bas, Belgique, France, Allemagne, Luxembourg et, plus récemment, Espagne et Italie.



peut attendre jusqu'à trois ou quatre jours, sans qu'il soit nécessaire de créer une mission particulière. Les P1 et P2 sont généralement évacués par un avion spécialement affrété pour eux.

**La dépendance** : D1 : le blessé relève des soins intensifs et nécessite la présence d'une équipe de réanimation à bord pour assurer sa survie. D2 : le blessé nécessite au moins la présence d'un médecin à bord car il peut décompenser. D3 : le blessé est sous oxygène, est perfusé ou avec une sonde vésicale mais son état est stable, une présence infirmière peut suffire. D4 : il s'agit d'un blessé ambulatoire assis, portant un plâtre par exemple, qui ne nécessite pas d'accompagnement mais peut avoir besoin d'aide pour se déplacer.

**La classe** : Les trois classes du STANAG concernent la sécurité à bord au profit de l'équipage et des autres passagers.

- classe 1 : blessés ou malades neuropsychiatriques. 1A : le blessé doit être attaché et sous supervision car il constitue un risque pour lui-même et ses voisins. 1B : la contrainte physique est superflue mais le blessé peut nécessiter des calmants à bord et pourrait devenir agressif. 1C : le blessé est coopérant. Les classes 2, 3 et 4 concernent la mobilité du blessé, notamment en cas d'évacuation d'urgence de l'appareil.

- classe 2 : blessés couchés. 2A : blessés couchés incapables d'une quelconque autonomie personnelle. 2B : le blessé est capable d'une mobilité réduite.

- classe 3 : blessés assis. 3A : le blessé a besoin d'une assistance pour sortir de l'avion. 3B : le blessé peut se mouvoir seul.

- classe 4 : blessés ambulatoires totalement autonomes.

Les données médicales du patient sont transmises par *Patient Movement Request* (PMR), une fiche médicale otanienne.

En 2012, 726 évacuations stratégiques ont été effectuées, 938 en 2013 et 330 entre janvier et mai 2014. Mais les chiffres sont difficilement comparables car il y a eu proportionnellement moins d'évacuations depuis l'Afghanistan qui était équipé d'un rôle 3, que du Mali qui ne l'était pas, imposant l'évacuation de blessés légers. En 2014, ont été rapatriés 35 P1, 30 P2 et 622 P3.

## ii. L'organisation des missions

La demande est adressée au point d'entrée en contact (PEC) de l'état-major opérationnel santé (EMO Santé) à la direction centrale du SSA qui assure une permanence 24 heures sur 24, avec astreinte d'un médecin et d'un convoyeur de l'air.

L'EMO Santé dispose du bilan médical complet transmis par le théâtre, idéalement en anglais, en vertu de la collaboration avec l'EATC, situé à Eindhoven, ou traduit par le convoyeur de permanence à l'EMO Santé.

Les vecteurs aériens. Il est, dans la majorité des P1 et des P2, sollicité auprès du cabinet du ministre la mise à disposition d'un avion de la flotte gouvernementale de type Falcon, stationnée à Villacoublay. Les P3 sont transportés sur une ligne régulière, sur demande à l'EATC qui a le contrôle opérationnel (OPCON) des moyens aériens. Il s'agit dans la grande majorité des cas d'un avion français mais la mission étant programmée par l'EATC, ce dernier organise, le cas échéant, l'accueil en hôpital du blessé si l'avion devait être dérouté. Ce système permet d'optimiser à la fois les coûts et l'utilisation des moyens aériens.

Les moyens humains. Le personnel médical à bord est dimensionné en fonction de la priorité établie. Un réanimateur est toujours présent en cas de D1. Dans le cas le plus fréquent, l'évacuation d'un blessé par avion gouvernemental de type Falcon 900 ou, plus rarement 2000, l'équipe est composée de quatre personnes : un réanimateur, un médecin aéronautique, un infirmier anesthésiste ou de base aérienne et un convoyeur de l'air. L'équipe est de douze personnes sur MORPHEE (*cf. infra*).

Une équipe médicale complète est d'astreinte à Villacoublay, ainsi qu'un convoyeur de l'air (doublé d'un second pour remplacer immédiatement le premier le cas échéant) pour un décollage en six heures avec le Falcon 2000, alors que la préconisation du STANAG est de douze heures. Les médecins de Villacoublay sont renforcés par ceux de la base aérienne de Balard. Des médecins parisiens ayant la qualification aéronautique peuvent être sollicités.

Une équipe de réanimation est également d'astreinte dans l'un des deux hôpitaux parisiens pour les P1.

Depuis les DROM-COM et en cas d'évacuation non urgente, des avions de ligne peuvent être utilisés. Dans ce cas, un convoyeur de l'air part de métropole pour ramener le blessé, qui peut toutefois être accompagné par un personnel local, même si c'est plus rare. Sur quelque 950 Medevac en 2013, ont eu lieu 170 évacuations par voie aérienne civile (VAC).

L'accueil des blessés. Organisé par l'EMO Santé, il se fait systématiquement à Paris pour les P1 et 2, les avions gouvernementaux spécialement affrétés y étant stationnés et les équipes médicales l'armant étant parisiennes. L'avion revient donc naturellement vers Paris, avec le bénéfice de la proximité de l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Percy situé à dix minutes de Villacoublay en ambulance, transfert assuré par la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou le SAMU.

Il arrive que des P3 atterrissent à Istres et soient dirigés soit vers les HIA Laveran à Marseille ou Sainte-Anne à Toulon, les compétences médicales existant

localement. Il n'en reste pas moins que l'ensemble de la prise en charge et la disponibilité des différents acteurs conduisent le plus souvent au choix de Paris.

À ce propos, le rapporteur tient à souligner que ce choix systématique ne semble pas tenir compte de l'endroit où demeurent le blessé et sa famille, à leur détriment. Il suggère donc que ce critère soit considéré et que davantage de blessés servant dans le sud-est de la France soient dirigés vers la plateforme de soins de Marseille et Toulon, puisque le lieu d'atterrissage conditionne le lieu de soin. Les aéronefs peuvent se poser à Istres ou Marignane, le transfert étant ensuite effectué par hélicoptère, des coopérations avec les aéroports civils pouvant être mises en place. Cet effort serait bienvenu pour le bien-être psychologique du blessé et de sa famille, y compris pour les blessés les plus graves catégorisés P1 et P2 et pourrait, par ailleurs, être générateur d'économies en matière de transport et d'hébergement des familles. Le tableau ci-dessous indique que la totalité des patients P1 et P2 a été dirigée vers les hôpitaux parisiens en 2013 et 2014.

#### DESTINATION DES ÉVACUATIONS

Aéroports de destination	2013		2014 (janvier à octobre)	
	P3	P1 et P2	P3	P1 et P3
Charles de Gaulle	537		305	
Villacoublay	1	30		87
Orly	8	70 <sup>(1)</sup>	8	
Creil	6			
Orléans	3		10	
Évreux	2		1	
Istres	5		10	
Toulouse	3			
Étranger	23		1	
	588	100	336	87

Source : Armée de l'air.

(1) La piste de l'aéroport de Villacoublay était en réfection.

#### d. Le dispositif d'évacuation collective MORPHEE

Suite à l'attentat de Karachi, le 8 mai 2002, lors duquel l'évacuation des blessés avait été effectuée par l'Airbus sanitaire allemand, le ministre de la Défense de l'époque, a souhaité que la France se dote de moyens d'évacuation de nombreux blessés lourds. Le module de réanimation pour patient à haute élévation d'évacuation (MORPHEE) a donc vu le jour en 2006.

Il s'agit d'un dispositif aéro-médical permettant le transport de blessés lourds dans les meilleures conditions de rapatriement vers la France, le décollage devant intervenir sous 24 heures au maximum. La France a fait le choix, dont elle se félicite, d'une solution mobile et modulable pouvant être installée dans différents types d'aéronefs affectés par ailleurs à d'autres missions. Le principal défi était la mise en place d'un plateau technique performant compatible avec les normes aéronautiques. Le Boeing C135FR des forces aériennes stratégiques

(FAS), dont onze vecteurs étaient disponibles à l'époque, est utilisé aujourd'hui car il est équipé d'une porte cargo et peut parcourir environ 9 000 km en volant dix heures sans escale. Un seul C135 est disponible en alerte temps zéro mais, en cas de besoin, deux avions pourraient décoller simultanément. Le dispositif sera utilisable dans le futur MRTT bien qu'il ne soit pas équipé d'une porte cargo. L'Allemagne, précurseur dans ce domaine, a quant à elle choisi d'équiper de façon pérenne un Airbus A 310 que la *Luftwaffe* utilise pour les seules missions d'évacuation.

Les équipements permettent la mise en place d'un véritable hôpital volant, pouvant transporter jusqu'à douze blessés, douze membres d'équipage et douze soignants, soit deux anesthésistes-réanimateurs, trois infirmiers anesthésistes, deux médecins aéronautiques, deux infirmiers aéronautiques, deux convoyeurs de l'air, la douzième personne étant, selon les circonstances et les besoins établis par l'EMO santé, un psychiatre (comme pour l'embuscade d'Uzbin), un chirurgien orthopédique (comme au Kosovo), un officier de liaison pratiquant la langue de blessés étrangers ou encore un technicien de matériel santé.

Un équipement MORPHEE complet est composé de huit modules de réanimation<sup>(1)</sup>, de deux natures : lourd (*intensive care module*), qui accueille un blessé, et léger (*light care module*), qui accueille deux blessés placés l'un au-dessus de l'autre. La France dispose de deux kits MORPHEE complets de neuf modules chacun, disposant ainsi de deux modules de rechange pour pallier d'éventuels dysfonctionnements. Outre les stations de réanimation, le système comporte un monitoring centralisé de tous les enregistrements de l'ensemble des blessés sur un seul écran, un échographe, un laboratoire d'analyses biologiques, des modules de rangement, une table de préparation et une réserve d'oxygène distincte de celle de l'avion, à laquelle il peut toutefois être fait appel en dernier ressort.

Il s'agit là d'un investissement novateur au profit de l'ensemble des forces, qui témoigne de l'importance accordée au secours des blessés et qui s'avère particulièrement robuste puisque, depuis le départ, seuls les respirateurs ont dû être renouvelés<sup>(2)</sup>. **L'existence de ce dispositif a un impact important à la fois opérationnel et psychologique** : il permet, d'une part, de désengorger les hôpitaux de l'avant et, d'autre part, il est fondamental pour le moral des troupes qui savent pouvoir compter sur cette sécurité et sur l'assurance, en cas de blessure, de pouvoir se trouver en métropole en 24 heures. Les modules sont stockés sur la base aérienne d'Istres et l'approvisionnement médical est assuré par l'établissement de ravitaillement sanitaire (ERSA) de Marseille.

L'organisation d'une mission MORPHEE repose notamment sur l'astreinte de douze personnels médicaux 24 heures sur 24. Un système de phasage de la mission décliné en quatre couleurs, de MORPHEE blanc, disponibilité à 72 heures, à MORPHEE rouge, déclenchement de la mission,

---

(1) Fabriqués par la société autrichienne Air Ambulance Technology.

(2) La durée de vie d'un module est estimée à trente ou quarante ans.

permet un décollage en 24 heures, l'étude de faisabilité aéronautique ayant été effectuée dans l'intervalle. Dans la pratique, les missions se sont toujours déroulées plus rapidement que prévu grâce à la motivation et à l'investissement de l'ensemble du personnel qu'il n'est pas rare de voir revenir hors astreinte pour participer au montage qui, ainsi, se déroule plus vite. À titre d'exemple en 2012, suite à l'attaque sur la base opérationnelle avancée (FOB) de Gwan, en Afghanistan, faisant de nombreux blessés à 7 h 50, un avion MORPHEE se posait à 6 heures le lendemain, soit moins de 24 heures après les faits.

Cinq missions MORPHEE se sont déroulées à ce jour depuis 2006, quatre en Afghanistan et une au Kosovo. Un tel dispositif nécessite une formation des personnels soignants au montage du module et à son utilisation. Des stages se déroulent à cet effet trois fois par an à Istres. Des échanges ont lieu dans le cadre de l'EATC et des médecins allemands et belges ont été formés au module MORPHEE, tandis que des médecins français l'ont été sur l'Airbus allemand.

MORPHEE pourrait être utilisé pour des civils sur autorisation gouvernementale.

**Les rapporteurs, qui ont participé à une journée et à un vol de formation MORPHEE, ont été impressionnés par la qualité et les performances du dispositif autant que par le professionnalisme et l'enthousiasme du personnel soignant pour cet outil extraordinaire.**

## **5. Le soutien médical des forces spéciales**

Les différentes unités de forces spéciales de chaque armée réparties sur l'ensemble du territoire sont soutenues par une antenne médicale spécialisée qui leur est propre.

### ***a. Les différentes forces et leur soutien médical***

Les forces spéciales de l'armée de terre sont composées de 2 600 hommes répartis en cinq unités à Pau, Martignas-sur-Jalle et Bayonne. Le soutien médical de ces forces est effectué par huit médecins, treize infirmiers et 34 auxiliaires sanitaires. La brigade des forces spéciales terre (BFST) représente environ les deux tiers des forces spéciales.

Les fusiliers et commandos marine regroupent 800 hommes, répartis en sept unités, basées à Lorient et Toulon. Ces forces sont suivies par le même nombre de médecins et d'infirmiers que les forces spéciales terre.

Les forces spéciales de l'armée de l'air comptent 420 hommes répartis en trois unités, principalement basées à Orléans, et bénéficient du soutien de deux médecins et quatre infirmiers.

### ***b. Les soignants du commandement des forces spéciales***

Le COS compte donc 18 médecins et un médecin-conseiller. Le profil et les qualifications de ces médecins sont assez homogènes : ils n'arrivent pas au COS frais émoulus de l'école, leur âge médian étant de 41 ans, en raison de critères de recrutement particulièrement nombreux. Ainsi, le médecin doit avoir effectué une partie de sa carrière au sein des forces conventionnelles et doit avoir participé à une OPEX. À ces exigences, s'ajoute une durée de formation de trois à quatre ans pour être autorisé à rentrer dans les forces spéciales. Les primo-arrivants ont donc une trentaine d'années et la durée d'affection est de cinq ans et demi avec un minimum de un an et un maximum de treize ans.

Les médecins affectés doivent posséder plusieurs qualifications. Concernant les aptitudes militaires, tous les médecins sont parachutistes, la plupart possède un brevet de commando (14 sur les 18 médecins) et, dans la marine, deux médecins sont des plongeurs qualifiés. En matière de qualifications médicales, ces médecins sont des urgentistes et ils sont pour un tiers des praticiens certifiés ou confirmés, qualification qui s'obtient à la suite d'un concours sur titres auprès du SSA.

Le soutien santé de l'état-major du commandement des opérations spéciales (COS) est constitué de 95 personnels soignants au total et d'un médecin conseiller qui participe à la planification des opérations, en conseillant le chef des opérations spéciales sur l'articulation du soutien santé pendant la mission, et représente le service de santé des armées (SSA) auprès de l'état-major du commandement des opérations spéciales.

### ***c. Des missions exigeantes***

Le personnel soignant du COS est astreint aux exigences des opérations spéciales, dures moralement et physiquement, avec une empreinte logistique faible dans un environnement austère, si ce n'est hostile.

Les médecins ne peuvent donc pas représenter une charge supplémentaire, doivent être en mesure d'assurer leur propre sécurité et participer aux opérations comme les autres membres du groupe. Ainsi, ils maîtrisent les savoir-faire militaires indispensables pour accompagner une unité de forces spéciales sur l'ensemble du spectre des missions et sont équipés comme les membres de ces forces.

Ensuite, ils doivent être capables de mettre en œuvre les techniques de réanimation pré-hospitalière dans un environnement techniquement et tactiquement difficile, avec des délais de prise en charge au-delà des *time-lines* de l'OTAN.

Enfin, le contrat opérationnel est très exigeant. Ainsi, le rythme de projection et d'entraînement est deux à trois fois supérieur à celui des forces conventionnelles. Le niveau de résilience des personnels soignants doit donc être

élevé pour le tolérer. Ils participent également à de nombreux exercices en métropole et à l'étranger avec les armées alliées et soutiennent six théâtres d'opération. Au cours d'une année, 100 % des médecins et 75 % des infirmiers du COS sont engagés en OPEX.

Face à ce constat, la direction centrale du SSA a promis une augmentation du nombre des médecins affectés aux forces spéciales, afin de pouvoir honorer pleinement le contrat opérationnel et d'avoir un réel parcours de formation professionnelle continue. Il est ainsi envisagé de passer de 18 à 24 médecins. Ces six médecins supplémentaires permettraient de renforcer l'activité dans les bases arrière, laquelle exige une certaine stabilité des personnels pour le suivi des blessés physiques graves et des blessés psychiques.

#### *d. Les spécificités du soutien médical des opérations spéciales*

La spécificité du soutien médical des opérations spéciales est illustrée par la **médicalisation**, non de l'avant, mais **de l'extrême avant**, c'est-à-dire que tous les échelons, dont les groupes tactiques d'une dizaine de personnes, sont médicalisés jusqu'au plus petit d'entre eux. Le médecin doit en conséquence être capable de pratiquer des techniques médicales de réanimation d'urgence malgré une capacité d'emport réduite. Un travail permanent de miniaturisation des équipements est donc à l'œuvre pour essayer de relever ce défi en fournissant des appareils compacts et adaptés à l'environnement dans lequel doit agir le médecin. Ainsi, en six ans, la taille des matériels médicaux spécifiques a été divisée par deux : par exemple, les échographes sont aujourd'hui de la dimension d'une tablette. Cependant, le transport des solutés pose toujours problème.

#### *e. La médicalisation de l'extrême avant et le module de chirurgie vitale*

Cette médicalisation de l'extrême avant s'effectue dans des délais d'évacuation dépassant souvent les « *time lines* » standardisées de l'OTAN. Les délais sont de dix minutes pour le premier intervenant, le secouriste de combat, d'une heure pour la première médicalisation et de deux heures pour l'intervention chirurgicale de sauvetage. Dans le cadre des opérations spéciales, la première heure est couverte par les médecins des forces spéciales. En revanche, il est impossible de tenir les délais d'intervention chirurgicale pour les opérations spéciales, en raison des fortes contraintes liées à ce type de mission.

Pour diminuer ces délais au maximum, et offrir à ces combattants une assistance chirurgicale en accord avec la nature des opérations, un travail est réalisé sur des modèles de petites antennes médicales, dites « modules de chirurgie vitale » (MCV), développés pour la première fois en 2008 à l'occasion des missions de contre-terrorisme maritime et de libération d'otages dans l'océan Indien. Ces modules sont constitués d'une équipe composée d'un chirurgien viscéral, d'un médecin anesthésiste-réanimateur et de deux infirmiers spécialisés projetables par tous vecteurs adaptés aux opérations spéciales, et positionnée à environ une heure du lieu des missions. Les équipements de ce module, dont le

poids est inférieur à une tonne, ont des capacités d'héliportage et d'aérolargage en mer et sur terre avec un déploiement possible dans un avion C130. Des gestes chirurgicaux d'hémostase peuvent être réalisés directement dans la soute de l'avion tactique. Le MCV ne se substitue pas à l'antenne chirurgicale, rôle 2 étendu.

Il s'agit toutefois d'un concept en pleine évolution, car il n'est pas encore arrivé à maturité et se heurte notamment au problème de la disponibilité des chirurgiens. Le médecin conseiller du COS souhaiterait à cet égard pouvoir disposer en permanence d'une équipe chirurgicale d'une douzaine de chirurgiens et d'une douzaine d'anesthésistes, qui pourraient partir pour deux mandats de deux à trois semaines par semestre. Ceci permettrait aux forces spéciales de bénéficier d'interventions chirurgicales dans les délais fixés par l'OTAN tout en n'affectant pas le travail de ces chirurgiens hospitaliers. D'anciens militaires réservistes pourraient également participer à ce dispositif.

## **D. LA SPÉCIFICITÉ DU DISPOSITIF DANS LA MARINE**

Le milieu maritime impose un soutien autonome dans chaque bâtiment. Les équipes doivent donc être en mesure de soigner, de stabiliser, voire d'opérer directement leurs blessés dans un environnement particulier.

La première contrainte réside dans le fait que les soins doivent être réalisés dans un espace restreint. Par exemple, dans les sous-marins nucléaires d'attaque, l'espace consacré au traitement des blessés ne représente que deux m<sup>2</sup>.

La seconde est le nombre de personnels embarqués. Les équipages sont strictement limités : par exemple, les sous-marins nucléaires comptent 110 hommes et les frégates 90. Ces limitations expliquent une organisation des services de soins spécifique dans la marine qui s'articule autour des notions de polyvalence et d'expérience du milieu marin.

### **1. Dans les bâtiments de surface**

Sur les bâtiments de surface, tous les marins possèdent des connaissances de secourisme de niveau 1 pour être en mesure de pratiquer les gestes de premier secours.

Cette polyvalence est indispensable dans le soutien santé de l'équipage pour pallier le nombre restreint de personnels soignants à bord. Ainsi, certains personnels navigants exercent plusieurs tâches et le cuisinier peut devenir brancardier en cas d'urgence. Pour ces personnels dont la santé n'est pas la fonction principale, un diplôme de secourisme de niveau 2 est demandé.

Ce dispositif est complété par des spécialistes de la santé ayant suivi une formation spécifique au centre de médecine navale sur le site de l'HIA Sainte-Anne à Toulon. Au total, la marine dispose de 28 médecins et de



81 infirmiers, dont deux anesthésistes, répartis sur 27 bâtiments. Chaque bâtiment bénéficie de la présence d'un médecin, sauf le Charles-de-Gaulle doté de deux médecins et un infirmier anesthésiste.

À côté de ce dispositif de santé permanent, des dispositifs ponctuels peuvent être mis en place pour répondre à des urgences sanitaires spécifiques. Par exemple, lors de l'évacuation des Français présents au Liban en 2006, le Mistral et le Siroco ont évacué plus de 7 000 de nos ressortissants et dix interventions chirurgicales ont dû être pratiquées à bord de ces bâtiments. Pour être en mesure de faire face à une urgence de grande ampleur, deux équipes médicales constituées en HIA sont en permanence disponibles à terre, en renfort. De même, en application de traités internationaux, un navire informe systématiquement les bateaux étrangers de la présence d'une équipe chirurgicale à son bord.

À titre d'exemple un bâtiment de projection et de commandement (BPC) dispose, pour un équipage de 700 personnes, d'un médecin, de deux infirmiers, d'un matelot affecté au service médical, d'un hôpital de 1 200 m<sup>2</sup> et de 2,5 tonnes de consommables médicaux. Une frégate dispose, elle, pour un équipage de 200 personnes, d'un médecin et d'un infirmier, de locaux sanitaires de 20 m<sup>2</sup> sans capacité opératoire ; le poste médical est divisé en deux locaux situés respectivement à l'avant et à l'arrière du bateau, afin de maintenir une capacité en cas d'avarie.

## **2. Dans les sous-marins**

Dans les sous-marins nucléaires lanceurs d'engins, la contrainte de l'isolement est d'autant plus forte qu'une mission dure 70 jours dans une discrétion absolue. Un médecin et un infirmier anesthésiste sont présents à bord et doivent être en mesure de faire face à toutes les éventualités. Ces personnels soignants suivent une formation complémentaire de deux ans afin d'être prêts à répondre à tout type d'urgence médicale. Cette formation s'articule autour de deux types d'enseignements : une formation médicale sur la chirurgie en milieu confiné et un enseignement spécifique à l'environnement du sous-marin sur les pathologies liées au milieu, complété par des cours à l'École des applications militaires de l'énergie atomique de Cherbourg, portant notamment sur la radioprotection.

Le rôle des soignants à bord, qui disposent du nécessaire mais néanmoins de moyens modestes, revêt un aspect médical et psychologique à la fois, à telle enseigne que l'infirmier est surnommé « le sorcier ». Afin de minimiser les risques, les sous-mariniers subissent un examen médical poussé avant leur départ en mission afin d'établir leur aptitude physique et psychologique.

Depuis les années 1970, 90 interventions chirurgicales ont été réalisées et, en moyenne, une évacuation est réalisée toutes les 32 patrouilles. La majorité des interventions consiste en des appendicites aiguës, soit 35 interventions, les autres faisant suite à des infections, des fractures ou d'autres accidents à bord.

Dans le sous-marin nucléaire d'attaque (SNA) visité par les rapporteurs, le personnel soignant était composé d'un infirmier officiant dans un passage, l'infirmier n'ayant pas été prévue au départ en raison de la durée des missions, initialement pensées courtes. La télémédecine joue un rôle important dans ce cas de figure.

## **E. LES BLESSÉS SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS**

Si le cas des blessures en opérations extérieures focalise l'attention, force est de constater que la très grande majorité des blessures se produit lors de la vie militaire courante, et particulièrement lors des entraînements sportifs, ou encore lors des trajets. Il ne s'agit majoritairement pas d'accidents graves. Ils sont traités dans les antennes médicales ou les centres médicaux des armées et l'urgence est prise en charge par les moyens civils locaux (SAMU, SMUR, pompiers).

Les gendarmes attirent toutefois l'attention sur le fait que les opérations intérieures (OPINT) sont moins bien soutenues sanitaire que les OPEX, alors qu'elles représentent dans certains cas des dangers similaires, comme en Guyane dans le cas des actions contre les orpailleurs clandestins, avec un nombre important de blessés. Il s'agit certes d'une opération de maintien de l'ordre, puisqu'elle se déroule sur le territoire français, mais sa mise en œuvre l'apparente beaucoup à une OPEX. Or, les effectifs de personnels de santé déployés y sont moindres qu'en OPEX alors même que le théâtre d'opération est mal identifié et que le terrain est difficile d'accès. La distinction entre OPINT, supposée calme, et OPEX, supposée de haute intensité, apparaît dans ce cas particulier quelque peu artificielle.

**Aussi les rapporteurs estiment-ils qu'un renforcement du soutien sanitaire, adapté aux risques encourus lors de certaines OPINT, est souhaitable.**

## **F. LA DOCUMENTATION DE LA BLESSURE**

Il peut paraître surprenant d'aborder dans la partie traitant de la prise en charge de la blessure sur le terrain ce point qui semble ressortir du domaine purement administratif. Or la documentation de la blessure revêt une importance capitale car elle permet de la constater et d'en établir le lien indubitable avec le service, ce qui conditionne l'ensemble des droits à réparation et à reconnaissance que pourra faire valoir le blessé par la suite. Une documentation déficiente aura donc des conséquences tout au long de la vie du blessé. Il est donc indispensable de rédiger les documents nécessaires sur le terrain, au plus près de la survenue de la blessure et avant que la mémoire n'occulte des détails importants.

La blessure est consignée dans le registre des constatations tenu dans les infirmeries de régiment et validé par le commandement. La procédure est identique en OPEX où le journal de marche des opérations du régiment permet

d'avoir des informations sur les circonstances dans lesquelles s'est produite la blessure. Un rapport circonstancié est rédigé par le commandant d'unité qui indique la nature de la blessure, ou de la maladie, et donne, en toute objectivité et avec précision, tous les éléments relatifs aux circonstances dans lesquelles elle est survenue. Il ne lui appartient pas de statuer sur l'éventuelle imputabilité au service.

La blessure et les soins prodigués sont également inscrits dans le livret médical ou, en OPEX, dans le livret médical réduit.

Indépendamment de toute blessure, le commandement doit également garder la trace de tout événement particulier exceptionnel et/ou potentiellement traumatisant et en consigner les circonstances.

Il est essentiel que ces documents soient établis avec la plus grande rigueur car ils pourront être recherchés des dizaines d'années plus tard afin de statuer sur une blessure ou sur l'aggravation de ses conséquences. L'ensemble de la chaîne de commandement doit être sensibilisé à cette nécessité qui peut paraître accessoire dans un contexte de combat, mais revêt une importance primordiale pour l'avenir du soldat. Cette tâche administrative doit être considérée comme prioritaire.

Une copie des documents établis doit être remise aux blessés. Ils doivent s'en assurer eux-mêmes et la nécessité de conserver ces documents doit leur être rappelée par le commandement. Il est également nécessaire de s'assurer que les militaires qui quittent l'institution sont bien en leur possession.

#### **Les blessés du SSA**

Au plus près des combats, intervenant dans des contextes très rudes, les personnels du SSA sont particulièrement exposés. Les rapporteurs ont donc souhaité savoir combien étaient ces blessés et quelle était leur typologie.

Le nombre de dossiers de blessés du SSA enregistré aujourd'hui est de 101, dont 54 sont des dossiers actifs.

Ces 54 blessés sont 20 militaires du rang, 25 militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées, quatre sous-officiers et cinq médecins.

Parmi eux, 20 souffrent de syndrome post-traumatique, trois de maladie et 31 d'une blessure de guerre physique.

Ils sont suivis par la CABAT, auprès de laquelle est affecté depuis mai 2013 un personnel du SSA qui est le référent des blessés du SSA, en lien avec le bureau « offre de soins », qui est également chargé de la constitution d'une base de données concernant les blessés du SSA et qui tient le rôle de référent concernant les blessés psychiques de l'armée de terre.



## **DEUXIÈME PARTIE : LE PARCOURS DE SOINS DU BLESSÉ**

### **A. L'HÔPITAL**

La prise en charge hospitalière consécutive au rapatriement concerne en premier lieu les blessés physiques. Ils sont soignés dans des unités de médecine physique et de réadaptation. La prise en charge est toujours multidisciplinaire, notamment psychologique, car 80 % des blessés physiques souffrent d'un stress aigu et 30 % d'entre eux conserveront un stress chronique.

Les blessés physiques que les rapporteurs ont rencontrés se sont déclarés très satisfaits des soins prodigués et semblaient extrêmement à l'équipe soignante. Les problèmes dont ils ont fait état avaient généralement trait à des lourdeurs administratives. Ils ont déclaré avoir été contactés très rapidement par les cellules d'aide.

**Les rapporteurs ont été très favorablement impressionnés par les installations et les équipes des HIA Percy et Sainte-Anne.**

### **B. LA PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX**

Le militaire a le libre choix de son praticien. Rien ne lui impose, en dehors des OPEX, de recourir à la médecine militaire. Les soins dispensés en milieu militaire ne sont pas facturés et financés par le budget du SSA.

En cas d'affection en lien avec le service, un médecin militaire, d'un centre médical des armées (CMA), d'un centre médical interarmées (CMIA) ou d'un hôpital d'instruction des armées établit et vise une déclaration d'accident présumé imputable au service (DAPIAS) qu'il adresse à la CNMSS. Cela constitue un préalable obligatoire à l'ouverture des droits au risque accident du travail / maladie professionnelle (AT/MP). Il informe la victime de la durée de validité de la DAPIAS qui est de six mois renouvelables.

La CNMSS est chargée, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, du règlement des frais de soins dispensés en milieu civil pour les militaires victimes d'une affection présumée imputable au service (APIAS). La prise en charge des frais de soins est fixée à 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale.

Cette mission, déléguée par le ministère de la Défense, fait l'objet d'une convention entre la Direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) et la CNMSS. La convention concerne les militaires de carrière ou servant sous contrat, les fonctionnaires de la poste interarmées et du service de la trésorerie aux armées, les personnels de la réserve opérationnelle ainsi que les militaires des

armées étrangères, élèves ou stagiaires dans les formations militaires françaises. Les militaires de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), les marins pompiers de Marseille, le personnel militaire placé en position de détachement ne sont pas concernés car ils sont pris en charge par leur employeur.

Cette convention s'applique aux soins reçus en métropole et dans les départements d'Outre-mer et en relation avec une affection présumée imputable au service.

La CNMSS enregistre environ 35 000 nouvelles déclarations d'accidents par an, dont 30 % sont des accidents de sport et 15 000 des renouvellements semestriels dans l'attente de l'instruction d'un dossier de PMI.

Les dépassements d'honoraires, les actes hors nomenclature (HN) et les prestations de confort restent à la charge de la victime.

## **C. LA COORDINATION DES ACTEURS**

Plusieurs acteurs, institutionnels ou non, se retrouvent autour du blessé pour l'accompagner dans son parcours de soins : le SSA, le régiment, l'action sociale, les cellules d'aide aux blessés, le secrétariat général pour l'administration (SGA), l'office national des anciens combattants et des victimes de guerre (ONACVG), l'agence de reconversion de la Défense (ARD)... auxquels il faut ajouter la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), les associations, les mutuelles, le fonds de prévoyance et les assurances privées, dans le cadre de la prise en charge non seulement des soins médicaux mais de dispositifs non remboursés ou de problèmes financiers. Face à cette multitude d'acteurs, différents mécanismes de coordination ont été récemment mis en place pour créer des synergies et optimiser l'effet de l'action de chacune des entités.

### **1. Les cellules d'aides aux blessés**

Prévenues immédiatement d'une blessure ou d'un décès, les cellules d'aide comptent parmi les premiers contacts avec les familles dont elles organisent la venue sur le lieu de rapatriement. Rompues à ce type d'exercice, elles savent trouver les mots justes et connaissent, grâce à leur expérience, les besoins des familles. Elles initient parallèlement certaines démarches dont elles assurent le suivi.

Dans le contexte de multiplication des opérations extérieures au cours des dernières décennies, le besoin de créer une structure capable d'accompagner les blessés et leur famille dans leur parcours médical et administratif s'est fait sentir. De création récente, la plus ancienne ayant vu le jour en 1993 dans l'armée de terre, les cellules d'aide aux blessés dont disposent aujourd'hui les trois armées ont pour objectif de porter notamment assistance à tous les militaires blessés, et à leur famille, de leur hospitalisation à leur réinsertion. Si leur action repose sur des fondements communs, leur périmètre d'intervention est différent et leur culture d'armée imprègne le soutien qu'elles dispensent.



### ***a. Présentation***

#### **i. La cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT)**

C'est d'abord dans l'armée de terre, qui recense le plus grand nombre de blessés, que le besoin a été ressenti. La CABAT a été créée en 1993 après le premier bilan tiré de la prise en charge de blessés à Sarajevo. Cette cellule, qui est placée sous la tutelle organique du Gouverneur militaire de Paris et reçoit ses ordres du cabinet du chef d'état-major de l'armée de terre, a pour mission le suivi des blessés en service, dont l'incapacité totale de travail est supérieure à trente jours, et des familles de militaires décédés. Ses effectifs, de l'ordre de 25 personnes, sont répartis selon quatre domaines d'expertise : juridique, réinsertion et reconversion, action sociale et psychologique, auxquels s'ajoute une cellule synthèse. Depuis sa création, la CABAT a accompagné plus de 9 000 dossiers et recense 2 050 blessés depuis 2010. En 2013, elle a suivi 628 nouveaux dossiers, dont 469 pour blessures physiques et 159 pour blessures psychiques. Les régiments organisent des comités trimestriels de suivi des blessés.

#### **ii. La cellule d'aide aux blessés, aux malades et aux familles de l'armée de l'air (CABMF Air)**

La CABMF Air, créée en 2007, est placée sous l'autorité du service des ressources humaines de l'armée de l'air et, contrairement à la CABAT, gère la totalité des blessés, malades et décédés, aussi bien en service que hors service, et leurs familles.

La CABMF Air dispose de six effectifs localisés à Paris : un officier supérieur du grade de commandant, quatre sous-officiers supérieurs, deux pour la partie blessés et malades et deux pour la partie familles, et un militaire du rang qui assure le soutien logistique, dont les transports. En 2013, la cellule a accompagné 42 blessés dont 33 blessés en opérations, et 350 malades. Elle suit environ 35 familles endeuillées par an et 250 orphelins jusqu'à leur insertion professionnelle, en partenariat avec la Fondation des veuves sociales de l'air et les Ailes brisées, dont l'objet est, c'est une particularité, l'aviation militaire aussi bien que civile.

#### **iii. La cellule d'aide aux blessés et d'assistance aux familles de la marine (CABAM)**

La CABAM, créée en 2011, est implantée à Toulon. Rattachée au centre d'expertise des ressources humaines (CERH) de Fort Lamalgue, elle est placée sous la tutelle fonctionnelle du bureau de la condition du personnel de la marine (CPM). Des soins à la réinsertion, elle coordonne le soutien administratif, social, psychologique, juridique et humain des blessés ou malades en service et hors service dont l'indisponibilité est supérieure à 60 jours ainsi que celui des familles endeuillées, que les marins soient décédés en service ou hors service.



La CABAM est composée de deux entités : le pôle d'aide aux blessés et malades (PABM), qui assure le soutien administratif et moral du marin, et le pôle d'aide aux familles (PAF), qui suit les familles de marins décédés. Le personnel toulonnais, spécialisé dans les domaines administratifs, financiers et juridiques, est au nombre de huit et l'antenne parisienne compte deux personnes chargées de la coordination de l'action de la cellule et, plus particulièrement, du suivi des marins hospitalisés en région parisienne.

La cellule suit en moyenne 1 100 dossiers par an. Plus précisément, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 23 juin 2014, la CABAM a suivi 625 nouveaux dossiers, dont 188 blessés et 29 malades en service (parmi eux, 24 blessés et un malade en OPEX), ainsi que six blessés et 402 malades hors service.

#### iv. La gendarmerie

La gendarmerie nationale ne dispose pas de cellule d'aide aux blessés en tant que telle. Néanmoins, un dispositif spécifique reposant sur le maillage régional remplit des fonctions similaires. L'accompagnement des gendarmes blessés est organisé par les sections « actions sociales » présentes dans 22 régions et par la cellule sociale du bureau de l'action sociale pour les blessés graves.

Cependant, la création d'une cellule d'aide aux gendarmes blessés s'inspirant de la CABAT est à l'étude. Les rapporteurs y sont tout à fait favorables. En 2013, la gendarmerie a suivi 7 281 blessés en service dont 1 706 ont été victimes d'une agression.

#### v. Les services communs

Les personnels du SSA sont, par exemple, pris en charge par la CABAT. D'une manière générale et de façon pragmatique, les personnels appartenant au service des essences (SEA), au service du commissariat (SCA) ou autres sont pris en charge par l'armée leader géographiquement ou, en OPEX, par l'armée qui conduit les opérations.

### ***b. Les actions menées par les cellules***

Malgré ces différences d'organisation et de périmètre, les actions menées par les cellules d'aides aux blessés sont similaires : programme d'écoute, aide dans les démarches administratives (demande de pensions militaires d'invalidité, par exemple), organisation de stages sportifs de reconstruction des blessés, aide à la réinsertion ou à la reconversion... Elles sont donc essentielles tout au long du parcours du blessé et prennent à cœur leur rôle de référent auquel le blessé peut s'adresser. Ce rôle est essentiel auprès des militaires blessés placés en position administrative de non-activité, en congé de longue maladie ou en congé de longue durée maladie, qui n'ont souvent plus de contact avec leur unité d'origine, et pour lesquels elles demeurent un des seuls liens avec l'institution.

Les cellules peuvent être plus ou moins actives dans chacun de ces axes d'action. Ainsi, la CABAT se démarque par son rôle de leader dans l'organisation de nombreux stages sportifs interarmées et par l'accent mis sur le suivi psychologique des blessés. Elle compte en effet deux psychologues dans ses effectifs. De son côté, la CABAM a décidé de concentrer une partie importante de ses effectifs dans le suivi des démarches administratives, financières et juridiques des marins blessés. Ce choix s'explique par le fait que la partie administrative est considérée comme l'aspect le plus complexe du parcours du militaire blessé et parce que le suivi psychologique des marins blessés est déjà réalisé de manière efficace par le service de soutien psychologique de la marine.

La CABAT indique avoir comme crainte majeure, et comme moteur de son action, la déshérence sociale des vétérans ou de leurs orphelins, telle que la vivent aujourd'hui des vétérans américains sans domicile fixe, dont le nombre serait estimé à 50 000 sur la côte est des États-Unis.

### *c. Une future colocalisation aux Invalides ?*

Les différentes armées sont attachées à conserver leur propre cellule d'aide en raison de leurs cultures d'armée particulières, chacune souhaitant préserver ses spécificités et compétences propres. Cependant, toutes les armées sont favorables à la colocalisation de leur cellule aux Invalides qui permettrait un partage d'idées et des bonnes pratiques bénéfique à l'ensemble du dispositif.

De plus, la proposition d'une mutualisation d'une part du *back office*, c'est-à-dire des fonctions n'étant pas en contact direct avec les militaires, a été émise lors des différentes auditions.

Ainsi, toutes les cellules pourraient être bientôt regroupées aux Invalides, même si la CABAM conservera son centre de Toulon pour rester à proximité de ses forces et du centre expert des ressources humaines, le suivi administratif des blessés restant une de ses priorités. **Les rapporteurs attirent l'attention des acteurs sur la nécessité de ne pas mettre en échec toute idée de mutualisation des moyens au nom de la spécificité de chaque arme. En ces temps de diète budgétaire, l'effet levier d'une mutualisation de certaines fonctions permettrait d'être encore plus offensif et efficient pour faire face à l'arrivée programmée d'importants contingents de blessés psychiques.**

Cependant, l'espace est rare aux Invalides et certainement très convoité. Aussi les rapporteurs encouragent-ils les autorités compétentes à peser de tout leur poids pour que les cellules regroupées disposent de locaux dans ce bâtiment

symbolique que fonda Louis XIV par l'édit d'avril 1674<sup>(1)</sup> et qui serait ainsi parfaitement fidèle à la vocation initiale du lieu. Au-delà des cellules, cet espace pourrait même s'élargir à un véritable pôle, identifiable par le blessé comme un ensemble cohérent dans lequel il trouverait un ensemble d'interlocuteurs susceptibles de répondre à ses besoins.

#### ***d. Des organismes financièrement dépendants***

Outre les différences de périmètre qui engendrent des différences de traitement, les rapporteurs ont été très surpris de découvrir que les cellules d'aide aux blessés ne disposent d'aucun budget propre. La participation de chacune des armées consiste en la mise à disposition de moyens en logistique et en personnel, ce qui est loin est d'être négligeable en période de déflation des effectifs et que les rapporteurs souhaitent voir préserver à tout prix.

Pour mener à bien leurs actions, les cellules sont donc entièrement dépendantes, d'une part, de l'action sociale interne qu'elles peuvent alerter et, d'autre part, d'aides et de secours versés par des tiers, institutionnels ou non : fondations, associations, ONACVG, CNMSS, mutuelles, assurances, entreprises privées... Une grande partie de leur activité consiste donc à rechercher des financements pour leur action dans la durée et pour des secours d'urgence. Les associations sont, en la matière, d'une grande aide car elles seules peuvent au pied levé mettre à disposition les sommes nécessaires, souvent modestes, pour l'organisation d'un déplacement ou d'un hébergement imprévu, par exemple.

La cellule de l'armée de terre a également recours au mécénat des entreprises de Défense pour le financement des journées sportives, comme les rencontres militaires blessure et sport (RMBS).

## **2. Le rôle du régiment**

Le régiment est un acteur clé du soutien aux blessés et son implication dans le suivi des blessés est fondamentale tant sur le plan pratique que symbolique. Son rôle est d'accompagner au mieux le blessé et sa famille dans ses démarches et de permettre au blessé qui le souhaite de continuer à servir en son sein, en lui apportant toute l'aide nécessaire pour rendre ce projet réalisable. Le soutien au niveau régimentaire s'articule autour de trois acteurs principaux.

---

(1) « [...] Nous avons estimé qu'il n'étoit pas moins digne de notre piété que de notre justice de tirer hors de la misère et de la mendicité les pauvres officiers et soldats de nos troupes qui, ayant vieilli dans le service, ou qui dans les guerres passées ayant été estropiés, étoient non seulement hors d'état de continuer à nous en rendre mais aussi de rien faire pour pouvoir vivre et subsister ; et qu'il étoit bien raisonnable que ceux qui ont exposé librement leur vie et prodigué leur sang pour la défense et le soutien de cette monarchie[...] jouissent du repos qu'ils ont assuré à nos autres sujets et passent le reste de leurs jours en tranquillité. »  
[http://www.servicehistorique.sga.defense.gouv.fr/contenu/functions/dc/attached/FRSHD\\_PUB\\_00000012\\_dc/FRSHD\\_PUB\\_00000012\\_dc\\_att-FRSHD\\_PUB\\_00000012.pdf](http://www.servicehistorique.sga.defense.gouv.fr/contenu/functions/dc/attached/FRSHD_PUB_00000012_dc/FRSHD_PUB_00000012_dc_att-FRSHD_PUB_00000012.pdf)

### ***a. Le chef de corps***

Le chef de corps coordonne les différentes actions d'aide aux blessés au sein du régiment. Dès la survenue d'une blessure, il prévient immédiatement la cellule d'aide aux blessés et le réseau d'assistants du service social. Il établit un rapport circonstancié et inscrit dans le registre des constatations l'événement ayant causé la blessure. Enfin, il veille à l'ouverture du dossier de pension militaire d'invalidité. En ce qui concerne le soutien à la famille, le chef de corps a la responsabilité d'annoncer les blessures et les décès aux familles et de mettre en place une cellule de crise pour les accueillir.

### ***b. Le bureau condition du personnel***

Le bureau condition du personnel communique toutes les informations utiles aux familles des blessés, notamment les modalités d'accès au lieu d'hospitalisation et les démarches administratives à suivre. L'armée de terre a développé un dispositif d'accompagnement important avec un bureau « environnement humain » qui dispose d'un rôle de conseil et de suivi des familles dans leurs démarches en liaison avec les assistants sociaux. Les familles des marins blessés peuvent se tourner vers les pôles « marine accueil » présents dans tous les ports importants de France et à Paris, tandis que sur les bases aériennes, l'accompagnement des familles est réalisé par le secrétariat de la condition du personnel.

### ***c. Le président de catégorie***

Le président de catégorie accompagne au plus près le militaire blessé et se met à la disposition des familles. Son action de proximité est essentielle pour la cohésion du groupe et le moral du blessé tout au long de son processus de reconstruction. Il doit également alerter le bureau condition du personnel et les assistants du service social en cas de dysfonctionnement dans le dispositif.

## **3. L'action sociale**

L'action sociale du ministère de la Défense poursuit trois objectifs : améliorer les conditions de vie professionnelle et personnelle des ressortissants du ministère de Défense, répondre à leurs besoins spécifiques et renforcer la communauté de défense. À cette fin, elle organise des prestations individuelles ou collectives, préventives ou curatives, en complément des dispositifs de droit commun. Pour ce faire, les 1 077 personnels de l'action sociale mettent en œuvre un service au plus près des militaires avec 644 travailleurs sociaux répartis en France, dont 105 conseillers techniques et 539 assistants du service social (ASS).

Dans le cadre de l'accompagnement des militaires blessés, les assistants de service social doivent avoir un contact privilégié avec les chefs de corps des régiments et suivent une formation sur les blessures physiques et le stress post-traumatique. Leur mission principale consiste à informer, orienter et aider les

militaires et leur famille en leur prodiguant un soutien, moral, psychologique, administratif et financier tout au long de leur parcours de soins.

Avant le départ des militaires en mission ou en OPEX, l'assistant de service social mène des actions d'information collective ou de prévention pour les militaires et leurs familles en vue d'aborder des problématiques posées par l'absence prolongée du conjoint : la gestion de l'absence auprès des enfants, la conjugalité et la parentalité, le budget familial, (...) Il œuvre en partenariat avec les autres acteurs institutionnels ou externes.

Lorsqu'un militaire est blessé, les assistants de service social de la formation ou du secteur géographique, immédiatement prévenus, prennent contact avec la famille (au sens large, les conjoints, enfants, ascendants, fratrie,...). Ils assurent un accompagnement en étroite collaboration avec le commandement, ainsi que les acteurs sociaux institutionnels et externes au ministère, apportant conseils, orientation, soutien administratif et financier et soutien psychosocial. Lors d'un décès, l'assistant de service social accompagne la famille dès son annonce. Il se déplace avec elle en région parisienne pour les honneurs rendus officiellement.

Lors de l'hospitalisation, les assistants de service social affectés au sein des hôpitaux d'instruction des armées assurent un soutien aux blessés pendant la durée de leur séjour. Ils veillent, avec les services compétents, à la mise en œuvre des procédures administratives liées à la blessure, notamment au dépôt d'une demande de PMI et participent à l'organisation du retour à domicile du blessé. En outre, ils interviennent dans la prise en charge des frais d'hébergement et de transport des familles sur place. En effet, pour que la famille puisse se rendre à l'HIA auprès du militaire blessé, une aide financière de l'action sociale couvrant les frais de transport, de restauration et d'hébergement durant une période maximale de 21 jours non consécutifs peut être accordée pour deux personnes désignées par le blessé ou à défaut les plus proches parents, exceptionnellement trois, au regard de la gravité de l'état de santé et sur avis du médecin, dans la limite d'un plafond journalier.

**SECOURS ACCORDÉS PAR LE RÉSEAU SOCIAL HOSPITALIER (HIA), DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TRANSPORT ET D'HÉBERGEMENT DES FAMILLES SE RENDANT AU CHEVET DU MILITAIRE BLESSÉ HOSPITALISÉ**

	2013		au 31 octobre 2014	
	Nombre de secours accordés	Montant des secours accordés	Nombre de secours accordés	Montant des secours accordés
<b>Officiers</b>	26	6 070,26 €	18	4 526,54 €
<b>Sous-officiers</b>	120	34 686,23 €	118	32 764,15 €
<b>Militaires du rang</b>	190	49 098,52 €	168	41 834,25 €
<b>TOTAL</b>	<b>336</b>	<b>89 855,01 €</b>	<b>304</b>	<b>79 124,94 €</b>

Source : Action sociale de la Défense.

Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de quinze jours, la famille bénéficie également du chèque emploi-service universel (CESU) Défense qui se présente actuellement sous la forme d'un titre de paiement préfinancé permettant de régler tout ou partie des frais engagés pour des services à la personne pendant l'hospitalisation prolongée du militaire. Le montant est alloué en fonction du quotient familial et de la durée de l'hospitalisation. En 2013, les commandes ont atteint 2 820 500 euros et 2 919 300 euros en 2014.

Ensuite, à la sortie de l'hôpital, l'assistant du service social prend le relais de l'ASS de l'HIA, qui doit s'assurer que la demande de PMI a bien été lancée, et poursuit l'action auprès du blessé rentré à son domicile. Il l'assiste dans le suivi des démarches administratives, de leur élaboration à leur aboutissement et travaille en collaboration étroite avec les services administratifs concernés, ce que font également les cellules d'aide. L'ASS assure également l'accompagnement psychosocial du blessé et de sa famille en complémentarité avec le SSA. De plus, depuis 2010, un protocole a été signé avec l'institution de gestion sociale des armées (IGESA) pour offrir aux familles des militaires blessés ou décédés un séjour de vacances d'une semaine.

L'accompagnement du militaire s'effectue aussi après son départ de l'armée, tout au long de sa vie s'il est pensionné, ou pour une durée de deux ans dans le cas contraire. Une exception a cependant été instaurée pour les blessés psychiques. En cas d'apparition de troubles, l'ASS pourra être prévenue par l'ONACVG pour assurer un soutien rapide, avant même l'aboutissement de sa demande de pension militaire d'invalidité. Les rapporteurs estiment que l'action sociale a dans ce domaine un rôle déterminant à jouer et doit faire porter tous ses efforts sur ce sujet.

Interface entre le monde militaire et civil, l'action sociale travaille avec l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs pour apporter un accompagnement de proximité au blessé et à sa famille, qu'il est important de ne pas oublier dans le dispositif de soutien.

L'action sociale a mis en place un numéro vert « Écoute familles » opéré par une société privée. Ce numéro devrait bientôt fusionner avec « Écoute Défense ».

**Les rapporteurs ont eu le sentiment au cours des entretiens qu'ils ont menés que la synergie entre l'action sociale et les différents acteurs, notamment le SSA et les cellules d'aide, pourrait être améliorée. Ils ont également conscience que les périmètres sont parfois mal définis mais sont convaincus que, si chacun doit jouer pleinement son rôle, seule une action concertée peut donner des résultats.**

#### **4. Les associations**

De nombreuses associations sont impliquées dans le soutien aux blessés. D'abord, chaque armée dispose de sa propre association : Terre et Fraternité, l'Association pour le développement des œuvres sociales de la marine, les ailes brisées et la Fondation des œuvres sociales de l'air ; certaines unités ont fondé des groupes d'entraides (l'entraide montagne ou l'entraide parachutiste, par exemple). Ensuite des associations interarmées complètent ce dispositif : Solidarité Défense, l'association pour le développement des œuvres d'entraide dans l'armée (ADO), l'association nationale des femmes de militaires (ANFEM) et les nombreuses associations d'anciens combattants comme les « Gueules Cassées » ou la Fédération Maginot.

Ces associations possèdent une double fonction : une fonction d'aide financière et un rôle social d'accompagnement des blessés.

##### ***a. L'aide financière***

L'État n'a pas les moyens de financer toutes les actions qu'il serait utile de réaliser en faveur des blessés. Un équilibre a donc été trouvé avec un partenariat entre l'État et les associations, permettant la mise en place d'un véritable modèle français d'aide aux militaires blessés.

En matière d'indemnités directement liées à la prise en charge du handicap, l'État doit être en mesure de financer les soins et les appareillages nécessaires à la reconstruction car il s'agit d'un devoir envers ses soldats. Cependant, l'État n'est pas toujours très réactif et peine à suivre les progrès techniques, comme l'illustre l'exemple des prothèses de nouvelle génération. En effet, avant leur récente prise en charge intégrale, le recours aux associations a été nécessaire pour compléter le remboursement de la CNMSS.

En revanche, pour les frais qui n'ont pas directement trait aux soins ou qui ne relèvent d'aucune aide institutionnelle, les cellules d'aide aux blessés ont recours aux associations pour financer leurs actions. Elles interviennent pour prendre en charge tout ou partie des frais annexes, non couverts par les mutuelles, tels que le trajet et l'hébergement pour les familles venues visiter leur proche à l'hôpital au-delà des 21 jours pris en charge par l'État. De plus, les associations participent au financement de nombreuses actions directes en faveur des blessés comme les stages sportifs, et notamment les RMBS financées, au niveau associatif, par Terre Fraternité, le Bleu de France, Solidarité Défense, les Gueules Cassées et la Fédération Maginot.

##### ***b. Le rôle d'accompagnement***

Les associations ont également un rôle d'accompagnement des militaires blessés et de leur famille.

Tout d'abord, elles soutiennent moralement les blessés et leur entourage. Parmi les nombreuses actions réalisées dans ce cadre, on peut citer l'envoi de colis de Noël personnalisés aux familles des militaires blessés ou décédés par l'association Solidarité Défense. De même, l'ANFEM offre un espace d'écoute et d'entraide pour les conjointes des militaires blessés, qui peuvent ainsi se confier librement.

Ensuite, les associations sont également essentielles dans leur rôle de défenseur des intérêts des blessés. En effet, elles sont souvent les premières à faire remonter les difficultés connues par les blessés dans leur parcours de soins. Ainsi, la Fédération Maginot souhaite que les militaires blessés quittant l'institution reçoivent l'aide et le soutien qu'ils sont en droit d'attendre de l'État, au même titre que les blessés poursuivant leur carrière militaire. Les « Gueules cassées » ont aussi été très actifs en portant leurs inquiétudes aux décideurs politiques sous la forme de 30 propositions, regroupées dans un dossier très complet intitulé « *Blessés pour la France, blessés par la France* ». Cependant, les associations d'anciens combattants, dans leur majorité, ne sont pas représentatives de la nouvelle génération de blessés. En effet, ces derniers restent peu organisés et ne trouvent pas toujours leur place dans les associations existantes.

## **5. Des mécanismes de coordination récents devenus indispensables**

Face à cette multitude d'acteurs dont les travaux étaient bien trop souvent cloisonnés, l'instauration de mécanismes transverses de coordination est apparue nécessaire pour améliorer le parcours de soins du blessé. Ainsi, le SSA s'est doté en 2011 d'une cellule de coordination, le bureau « offre de soins », et le SGA a nommé un commissaire, chargé de la mission « blessés et familles endeuillées », force de proposition et coordonnateur, qui pilote l'ensemble des évolutions.

### ***a. Le commissaire chargé de la mission « blessés et familles endeuillées »***

Le poste de commissaire chargé de la mission « blessés et familles endeuillées » a été créé fin 2012 au sein du SGA afin d'améliorer l'action en faveur des blessés et de faciliter le dialogue entre la multitude d'acteurs concernés par celle-ci. De par sa position, au cabinet du SGA, le commissaire apporte une vision transversale de tous les dispositifs mis en œuvre pour la prise en charge des blessés. Parmi ses responsabilités, on peut distinguer trois fonctions majeures.

D'abord, le commissaire est en contact permanent avec l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs impliqués dans l'accompagnement des blessés. Animateur du réseau, il facilite le dialogue entre l'administration centrale du ministère et les cellules d'aide aux blessés, le SSA, les armées et les associations. Il bénéficie également d'un lien direct avec le conseiller social du ministre de la Défense pour une résolution rapide des dossiers les plus sensibles.

Ensuite, il agit en tant que « facilitateur » de l'exécution des procédures administratives liées au suivi des blessés et de leur famille. Par exemple, il peut



attirer l'attention d'un service sur un cas particulier signalé par une armée, par l'ONACVG ou par une association d'entraide.

Enfin, au sein de la direction du SGA, il participe à l'amélioration des procédures existantes pour perfectionner le dispositif d'accompagnement. Ainsi, le commissaire a joué un rôle décisif dans le financement intégral des prothèses de nouvelle génération par l'État et contribue au développement de projets de recherche et développement pour le soutien aux blessés, notamment dans le domaine de l'appareillage.

Les avancées sont importantes depuis la création, récente, de ce poste, avec notamment :

– l'harmonisation au plan national des indemnisations versées par l'État au titre de la réparation complémentaire « Brugnot » ;

– l'extension du droit au séjour gratuit en centre IGESA aux familles de militaires décédés en opération ;

– la mise en place d'un partenariat entre les armées et l'ONACVG pour assurer le suivi des blessés dans la durée, une fois sortis de l'institution militaire ;

– la prise en charge de cohortes « emblématiques », telle que celle des survivants de l'attentat du Drakkar visant à faire bénéficier les blessés d'opérations extérieures plus anciennes d'un niveau d'accompagnement identique à celui des blessés des OPEX récentes ;

De nouvelles avancées doivent se concrétiser en 2015 :

– la fusion, sous l'égide du SSA, des dispositifs ministériels de soutien psychologique « Écoute familles » et « Écoute Défense » ;

– le développement d'un passeport du blessé, destiné à garder la trace de l'ensemble des accompagnements reçus dans la durée ;

#### **Le passeport du blessé**

Issu des travaux d'un groupe de travail réunissant, sous l'égide du cabinet du ministre de la Défense, le secrétariat général pour l'administration, l'état-major des armées, le centre national des sports de la Défense, la caisse nationale militaire de sécurité sociale, l'agence de reconversion de la Défense, l'institution nationale des Invalides et le centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés, le concept unique de passeport du blessé se décline en trois documents :

– le passeport proprement dit qui est un document interne à l'administration. Ouvert par la cellule d'aide aux blessés, il enregistre l'ensemble des accompagnements reçus. Au départ de l'institution, le passeport sera transmis à l'ONACVG pour la poursuite de l'accompagnement dans la durée ;

– le carnet du blessé est un document remis au blessé sur lequel il fait enregistrer les différents accompagnements reçus tout au long de son parcours de réinsertion ;

– le guide d'information du blessé, est un guide interarmées réactualisé par le groupe de travail.

- la clarification des conditions de port de l’insigne des blessés de guerre, notamment en faveur des blessés psychiques ;
- la modernisation du traitement des PMI, dans le cadre d’un plan d’action établi en réponse aux travaux du comité d’entente des grands invalides de guerre.

**Les rapporteurs estiment qu’il est impératif de sanctuariser ce poste qui permet un dialogue constructif entre tous les acteurs de la prise en charge et débouche sur des actions concrètes.**

***b. Le bureau « offre de soins »***

Pendant du poste de chargé de mission auprès du SGA, mais au sein du SSA, une nouvelle entité, le bureau « offre de soins », a été créée par la DCSSA en novembre 2011. Sa vocation est d’optimiser le parcours de soins du militaire en général, et celui du blessé en opérations en particulier. Son positionnement transversal lui permet d’avoir une vision globale du parcours de soins. Il est le référent de la problématique blessés auprès de la direction centrale du SSA et travaille à la coordination des différents acteurs impliqués dans le dispositif d’aide aux blessés. Dans ce cadre, il est le point d’entrée et l’interlocuteur privilégié au sein du SSA pour l’ensemble de ces organismes dans une dynamique de réseau, dont le chargé de mission du SGA, les cellules d’aide, l’ONACVG, les associations du monde combattant et toutes les associations du monde la défense, les médecins d’appareillage du SSA, la CNMSS... Le bureau a pour objectif de les rassembler au sein d’instances pluridisciplinaires afin d’étudier collégialement l’optimisation des procédures de prise en charge des blessés. Il est partie prenante à tous les projets en lien avec la prise en charge et le suivi des blessés.

Le bureau a également une activité qui se rapproche d’une cellule d’aide, puisqu’il a suivi 120 blessés au cours de ses trois premières années d’existence en lien avec leur famille, leur unité d’affectation (commandement, représentants de catégories) afin de leur faciliter les démarches au sein de la DCSSA, parcours professionnel, affectation, reconnaissance, etc.

Il assure par ailleurs le soutien médical de stages de sports et des compétitions pour les blessés, avec un dispositif particulier pour les RMBS, compte tenu de la présence de blessés tétraplégiques lourdement handicapés, nécessitant un dispositif renforcé (brancardiers, aides-soignants, infirmiers, kinésithérapeutes).

**Les rapporteurs, qui reconnaissent pleinement l’efficacité de cette structure transversale qui place le soin dans une véritable dynamique, s’étonnent de son rattachement hiérarchique à la sous-direction hôpitaux-recherche, alors que sa vocation est plus large. Elle devrait, selon eux, non seulement être pérennisée, mais être rattachée directement à la direction centrale en tant que cheville ouvrière du SSA en matière de projets et de mise**

## **en œuvre de dispositifs concernant l'ensemble de la prise en charge des blessés.**

### **Une initiative de l'hôpital Percy, la commission de réadaptation et de réinsertion du blessé en opération**

La C2RBO a été créée à l'HIA Percy suite au conflit en Afghanistan et au retour en France de nombreux blessés. Cette commission réunit l'ensemble des acteurs concernés dans une approche pluridisciplinaire des situations sous l'angle médical, social, administratif et juridique. Elle réunit donc des acteurs de la santé, du commandement et les cellules d'aide aux blessés autour de 30 à 50 dossiers tous les deux mois. Ses principaux objectifs sont d'apporter une aide concrète aux blessés et de les accompagner dans leur parcours de réinsertion. Depuis sa création, la C2RBO a réalisé 150 accompagnements individualisés, a participé aux rencontres sportives et a organisé le financement de nombreux projets de reconversion. Le « bureau offre de soins » de la DCSSA participe à la C2RBO depuis mars 2012 et peut relayer et appuyer propositions et questions au sein de la DCSSA ou auprès d'autres acteurs, dont le chargé de mission « blessés et familles endeuillées » du SGA. Cette commission s'est imposée ces dernières années comme une force de proposition dans le processus de reconstruction du blessé. Fort de son succès, le modèle de la C2RBO se diffuse aujourd'hui dans d'autres HIA.

- i. Le comité national d'évaluation du suivi des blessés et familles de décédés de l'armée de terre, exemple d'une instance pluridisciplinaire

Le bureau « offre de soins » participe, depuis 2011, au comité national d'évaluation du suivi des blessés de l'armée de terre qui se tient une fois par an. Ce comité, dont il a favorisé la mise en place, réunit sous la présidence du chef d'état-major de l'armée de terre : le groupement de soutien du personnel isolé (GSPI), la CABAT, le chef de la direction des conditions du personnel, le conseiller santé de l'armée de terre et un représentant de la légion étrangère qui dispose d'une organisation de suivi distincte du reste de l'armée de terre. Ce comité fait le bilan des avancées et des améliorations à apporter en matière de soutien administratif, médical, professionnel et de réinsertion des blessés et participe ainsi à l'amélioration globale du dispositif.

**Le rapporteur estime que la réunion de ce comité pourrait être semestrielle et qu'il est absolument indispensable qu'un comité de ce type, les états-généraux de la prise en charge, réunissant tous les acteurs, dont les associations, ait également lieu chaque année sous l'égide de l'état-major des armées afin de faire un point de situation et de dessiner les orientations à suivre.**

- ii. Les comités de pilotage au niveau régional

Le bureau « offre de soins » a également souhaité que des mécanismes de coordination soient mis en place entre les organismes de santé au niveau régional. Ainsi, depuis 2011, des comités de pilotage réunissent la direction régionale du SSA, les centres médicaux des armées (CMA) et les hôpitaux d'instruction militaire (HIA) de la région concernée deux fois par an. Ces réunions permettent

de pallier l'éventuel déficit d'information entre les services ainsi qu'une meilleure coordination des différents acteurs de santé.

iii. Les commissions multidisciplinaires des blessés en service

Des commissions dont l'objet est identique à celui de la C2RBO se tiennent par visio-conférence avec les différents HIA. Elles ont eu lieu à Brest, Marseille, Metz, Lyon, Bordeaux et sont en préparation pour les HIA de Saint-Mandé et Toulon.

**6. Le dossier unique, une volonté d'harmonisation de la prise en charge des soins médicaux**

Plusieurs acteurs peuvent également intervenir dans la prise en charge des soins médicaux ou paramédicaux apportés aux blessés. Les mutuelles militaires, les assurances et le fonds de prévoyance peuvent être sollicités.

Dans une volonté de coordination de ces acteurs et suite à la demande du ministère de la Défense, le dispositif du dossier unique pour les blessés en opération (« DU OPEX »), piloté par la CNMSS, a été créé en septembre 2012 afin d'éviter des ruptures dans le suivi du militaire blessé. À cet effet, le nouvel outil informatique a pour fonction d'améliorer la réactivité des acteurs et l'harmonisation des actions vis-à-vis des blessés et de leur famille.

Ainsi, d'après le décret n° 2013-1142 du 10 décembre 2013, « *ce traitement a pour finalité de coordonner l'instruction et d'assurer le suivi des dossiers relatifs aux aides allouées aux personnels militaires affiliés à la caisse, à leurs familles, aux personnels civils du ministère de la défense et aux titulaires d'une pension militaire d'invalidité. À ce titre, il permet :*

*1° La gestion des demandes, le paiement et le suivi des dossiers des bénéficiaires de prestations supplémentaires et de secours médico-sociaux ;*

*2° Le recensement des montants d'aides consécutives aux blessures subies en opération par les militaires et les personnels civils du ministère de la défense ;*

*3° La gestion des demandes et le suivi des prestations versées aux titulaires d'une pension militaire d'invalidité à la suite d'une maladie ou d'une blessure. »*

Le dispositif regroupe onze partenaires, cinq publics et six privés : la CNMSS, les états-majors, l'action sociale de la Défense, le service de santé des armées, l'ONACVG, la mutuelle Unéo, les mutuelles d'accompagnement social MNM (mutuelle nationale militaire), MAA (mutuelle de l'armée de l'air) et CNG (caisse nationale du gendarme), l'Association générale de prévoyance militaire (AGPM) et le Groupement militaire de prévoyance des armées (GMPA). De plus, la cellule d'aide aux blessés de l'armée d'appartenance du militaire est l'interlocuteur unique pour le blessé et sa famille durant tout le processus.

Le principe du dossier unique s’articule en plusieurs étapes. Avant le départ en OPEX, le militaire doit remplir la première partie de l’imprimé d’identification du blessé en OPEX, qui autorise l’ouverture de son dossier aux partenaires précédemment cités. En cas de blessure physique ou psychique, l’unité informe la cellule d’aide aux blessés concernée qui complète alors l’imprimé d’identification et l’adresse à la CNMSS. Celle-ci ouvre un dossier et le met à disposition des partenaires alertés par courrier électronique. Ces derniers saisissent ensuite le montant de leur participation dans la base de données. Le dossier ne doit jamais être clos et est répertorié sous un numéro unique pour permettre la traçabilité du blessé. Le dossier unique repose donc sur deux piliers : le consentement du blessé et le partage des informations *via* un portail commun.

Dans la mesure où un certain nombre de blessés en OPEX n’ont pas bénéficié de l’ouverture d’un dossier unique au moment de la survenue de leur blessure, une évolution récente du dispositif permet désormais d’intégrer des dossiers en gestion *a posteriori*.

L’action sociale de la Défense indique avoir partagé, au 21 novembre 2014, 83 dossiers sur 120 dossiers enregistrés et versé une contribution financière sur douze d’entre eux, pour une somme de 11 113,75 euros.

Les rapporteurs estiment qu’il s’agit d’une évolution récente très intéressante qui est appelée à jouer un rôle central en matière de coordination des aides financières. Il semble toutefois que peu de formulaires sont correctement remplis et que la déclaration de contributions est moins fréquente qu’espérée. **Les rapporteurs suggèrent donc d’effectuer une évaluation de ce dispositif novateur afin d’en tirer les premiers enseignements et de s’assurer, notamment auprès des partenaires extérieurs, que le dispositif rend bien les services attendus.**

## D. LA RECONSTRUCTION

La reconstruction du blessé est un processus complexe d’ordre physique et psychologique auquel contribuent de nombreux facteurs.

### 1. Une position statutaire favorable

#### a. *Les différents congés*

Le cadre statutaire de la reconstruction du blessé est un régime de congés lui permettant de mener à bien son parcours de soins. Selon la durée de son incapacité à exercer ses fonctions et la nature de son affection, le militaire blessé ou malade est placé par un médecin en congé maladie. Ce congé, dont il est rappelé qu’il est un acte médical de soin, est de trois natures différentes.

- *Le congé maladie*

Le militaire bénéficie dans un premier temps, en cas d'affection dûment constatée le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, d'un congé maladie pouvant aller jusqu'à six mois au cours d'une période de douze mois consécutifs. Le militaire est en position d'activité et perçoit normalement sa solde.

- *Le congé de longue durée*

Toujours dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, le blessé ou le malade est placé, au terme du premier congé, en congé de longue durée maladie (CLM) pour les affections suivantes : « *affections cancéreuses, déficit immunitaire grave et acquis ou troubles mentaux et du comportement présentant une évolution prolongée et dont le retentissement professionnel ainsi que le traitement sont incompatibles avec le service*<sup>(1)</sup>. Il est alors en position de non-activité. Ce congé peut durer jusqu'à trois ans.

- *Le congé de longue durée maladie*

Le congé de longue durée maladie (CLDM) est attribué dans les cas d'affections ne ressortant pas du CLM « *lorsque l'affection constatée met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et qu'elle présente un caractère invalidant et de gravité confirmée* »<sup>(2)</sup>. Il s'agit également d'un congé plaçant le militaire en position de non-activité. Il peut durer jusqu'à huit ans.

Ces deux derniers congés sont renouvelables par périodes de trois à six mois.

En 2013, 2 300 militaires étaient en CLM ou CLDM.

### ***b. Les conséquences en matière de rémunération***

Les conséquences varient en fonction de la durée d'engagement du militaire, de l'imputabilité de l'affection au service et de la nature du congé, ainsi que le présente le tableau ci-après.

---

(1) Code de la défense art. R. 4138-47.

(2) Code la défense, art. L. 4138-13.

Nature du congé	Statut	Non imputable au service	Imputable au service
Congé longue maladie (CLM)	Militaire de carrière	3 ans (1 an solde entière et 2 ans demi-solde)	3 ans (solde entière)
	Militaire sous contrat de plus de 3 ans		
	Militaire sous contrat de moins de 3 ans	1 an (sans solde)	
Congé longue durée pour maladie (CLDM)	Militaire de carrière	5 ans (3 ans solde entière et 2 ans demi-solde)	8 ans (5 ans solde entière et 3 ans demi-solde)
	Militaire sous contrat de plus de 3 ans	3 ans (1 an solde entière et 2 ans demi-solde)	
	Militaire sous contrat de moins de 3 ans	1 an (sans solde)	

Source : Inspection du service de santé des armées.

### c. Les conséquences statutaires

Le blessé en congé maladie initial, de six mois maximum, demeure rattaché administrativement à son unité car il est en position d'activité. En revanche, le passage en CLM ou CLDM place le militaire en position de non-activité et le retire de son unité qui ne le compte plus dans ses effectifs. Il est alors affecté à un organisme d'armée chargé de l'administration des personnels en non-activité. Cet organisme, dépositaire du dossier médical du blessé, gère le congé du militaire et programme les visites médicales inhérentes au déroulement de son congé. Les militaires de l'armée de terre sont, par exemple, administrés par le groupement de soutien des personnels isolés (GSPI).

### d. Une gestion difficile

La position de non activité trouve son fondement dans un acte médical d'expertise qui constate une affection, établit l'impossibilité d'exercice des fonctions et recherche si l'affection a un lien avec le service.

Cette expertise doit être réalisée par un médecin spécialiste des HIA.

L'organisme chargé de l'administration des personnels en non-activité suit le congé du blessé et, à intervalles prescrits, de trois ou six mois, se met en relation avec l'HIA pour fixer les rendez-vous nécessaires. L'HIA est généralement celui dans lequel a été soigné le blessé et peut donc se trouver très loin de son lieu de résidence. Les déplacements sont pris en charge. Les rendez-vous ne sont pas immédiats et nécessitent d'être anticipés.

Cette gestion n'est pas sans poser problème, d'une part, parce que le secret médical peut être mis à mal car, même si le dossier du blessé est traité avec toute la réserve nécessaire, la spécialité du médecin expert donne des indications sur l'affection ; d'autre part, parce que les rendez-vous sont difficiles à obtenir rapidement. La réduction des capacités hospitalières aurait en effet des conséquences sur les délais de rendez-vous, qui sont souvent d'un ou deux mois.

Le spécialiste établit deux certificats distincts ; l'un est un certificat de visite administratif sans donnée médicale, destiné à l'organisme de gestion, et l'autre est un certificat médical de visite détaillé adressé au médecin inspecteur du SA qui formulera un avis. L'avis et le certificat administratif sont ensuite transmis à la DRH d'armée.

La reprise de l'activité suit la même procédure.

***e. Le rôle de l'inspection du service de santé des armées***

***i. L'organisation de la cellule médico-statutaire***

L'inspection du service de santé des armées (ISSA), qui a regroupé en 2011 l'ensemble des inspections techniques et de l'inspection du service de santé, assure notamment une fonction médico-statutaire en matière de congés de position de non-activité et d'aptitude.

Les avis sont émis par des inspecteurs d'armée. La cellule médico-statutaire traite les dossiers des militaires des trois armées, de la gendarmerie et des services interarmées devant être placés en CLM ou en CLDM et instruit les recours des militaires contre les décisions médicales d'aptitude ou d'inaptitude présentées au conseil supérieur de santé des armées.

Les effectifs de cette cellule ont considérablement diminué depuis 2008, où elle comptait 52 personnes dont quatre inspecteurs se consacrant chacun à l'une des armées, à la gendarmerie, et se répartissaient les services interarmées. Elle ne compte en effet plus que 29 personnes et deux inspecteurs, l'un pour l'armée de terre et l'armée de l'air et l'autre pour la marine et la gendarmerie.

En 2013, les deux inspecteurs ont émis 3 386 avis pour l'armée de terre, 1 024 pour l'armée de l'air, 719 pour la marine, 1 247 pour la gendarmerie et 209 pour les services interarmées. Or, il semble envisagé de ne conserver qu'un inspecteur pour l'ensemble des armées, ce qui n'est pas forcément raisonnable compte tenu des données chiffrées précitées et du fait que, de surcroît, le nombre de dossiers de congé pour maladie ou longue maladie en augmentation est de 15 % chaque année <sup>(1)</sup>.

***ii. L'intervention de l'inspecteur***

L'inspecteur contrôle le fond et la forme de la procédure médicale afin d'émettre un avis technique à destination de la direction des ressources humaines concernée. Il dispose pour ce faire d'un certificat médical décrivant l'affection justifiant la demande de congés et le résumé de l'état clinique du malade. Il peut demander tout document complémentaire qu'il juge utile, par exemple, le relevé des congés maladie antérieur à la demande en cours. L'inspecteur s'assure que le

---

(1) *Actu Santé*, n°130, janvier-mars 2013, p.20.



malade ou le blessé bénéficie de ses justes droits. La procédure prend environ un mois.

Sur 7 500 avis techniques rendus annuellement, 30 % d'entre eux se rapportent à des patients porteurs de troubles mentaux et du comportement et 4 à 5 % à des états de stress post-traumatiques. Une augmentation des dossiers présentés à ce titre semble se dessiner, notamment pour ce qui concerne l'armée de terre.

*f. Une procédure peu satisfaisante et un isolement du blessé*

Les retards sont fréquents et il est estimé qu'environ 80 % des avis sont en retard d'un mois. Le renouvellement des congés par période de trois mois n'est pas réalisable dans les faits, le rendez-vous suivant devant être planifié quasiment en même temps que le précédent pour respecter les délais. D'un autre côté, une cadence de trois mois est optimale pour suivre des patients qui ne le sont pas par ailleurs.

Les retards dans les avis ne sembleraient en revanche pas entraîner d'interruption du versement de la solde, les DRH veillant à ce qu'il n'y ait ni coupure, ni rupture statutaire.

Plusieurs blessés ont néanmoins indiqué aux rapporteurs qu'ils avaient connu des ruptures dans le versement de leur solde.

Il est constaté par ailleurs que la position de congé de non-activité isole de fait le malade de l'institution. Il ne dépend plus de son unité d'origine, dont il est parfois éloigné géographiquement ; les contacts qu'il maintient au début de son congé s'estompent ; il est perdu de vue par le médecin des forces ; le parcours de soin interne est interrompu et le seul lien qu'il conserve est le médecin spécialiste militaire qu'il est obligé de voir à intervalles réguliers tous les six mois. Ce type de congé serait, selon certains interlocuteurs des rapporteurs, mal adapté à certaines pathologies dans lesquelles il est essentiel de conserver du lien, telle que le syndrome post-traumatique.

**Les rapporteurs ne comprennent pas pourquoi les personnels en CLM ou CLDM ne pourraient pas continuer à être gérés par leur unité, à condition, bien sûr, qu'ils ne soient pas comptabilisés comme des effectifs actifs. Il leur semble pas aberrant que l'institution provoque d'un côté une rupture, qui va bien au-delà du seul traitement administratif, et favorise ainsi un isolement qu'elle déplore ensuite par ailleurs.**

*g. Le médecin des forces pivot du nouveau dispositif*

Ces constatations ont conduit à considérer qu'il était important de remettre le militaire en congé longue durée au cœur d'un parcours de soins adapté à son état et centré sur le CMA le plus proche de son domicile. Les retards ont été identifiés comme provenant des réductions des capacités hospitalières militaires et

de la chaîne de constitution et de transmission des dossiers. Par ailleurs, la sécurisation du dossier médical devait être garantie.

Il a été décidé en conséquence de rattacher des militaires en CLM/CLDM à un CMA puis à une antenne de proximité. De janvier à avril 2015 l'ensemble des livrets médicaux sera réparti dans les CMA. Les nouveaux militaires entrant en CLM/CLDM, environ 200 par mois, seront gérés selon la nouvelle procédure à partir du mois de janvier.

L'organisme de rattachement conservera la gestion administrative et sera en contact étroit avec le CMA.

**Les rapporteurs partagent l'avis qu'il serait nécessaire d'autoriser d'autres médecins que les médecins hospitaliers à établir les certificats nécessaires au déroulement des différentes procédures et de modifier en ce sens la partie réglementaire du code de la Défense.**

## **2. La création d'un nouveau congé pour les blessés en OPEX**

L'ordonnance du 10 juillet 2014<sup>(1)</sup> crée, au terme du congé initial de six mois, un nouveau type de congé d'une durée maximale de 18 mois au profit des militaires blessés en OPEX ayant une probabilité de réinsertion ou de reconversion au sein du ministère. Ce congé maintient le militaire en position d'activité.

La CABAT indique que se trouvent, au 1<sup>er</sup> décembre 2014, 392 militaires de l'armée de terre en CLDM et 148 en CLM, toutes affections confondues.

**Les rapporteurs saluent ce progrès qui vise à ne pas rompre le lien entre le militaire blessé et son unité, mais ils s'interrogent néanmoins sur l'adéquation des conditions encadrant ce congé dans le cas du syndrome psycho-traumatique, par exemple, considérant que la majorité des blessés quitte l'institution à terme et n'est donc ni réinsérée, ni reconvertie en son sein. L'appréciation de cette probabilité, notion subjective s'il en est, risque, on peut le craindre, d'engendrer des différences de traitement, à moins qu'elle ne soit délibérément portée en fonction de critères particulièrement**

---

(1) Ordonnance du 10 juillet 2014 – Art. 20 : Le même code est ainsi modifié :

II. - Après l'article L. 4138-3 du même code, il est inséré un article L. 4138-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4138-3-1. - Le congé du blessé, d'une durée maximale de dix-huit mois, est attribué, après épuisement des droits à congés de maladie fixés à l'article L. 4138-3, au militaire blessé ou ayant contracté une maladie, en opération de guerre, au cours d'une opération qualifiée d'opération extérieure dans les conditions prévues à l'article L. 4123-4, sauf faute détachable du service, s'il se trouve dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et s'il présente une probabilité objective de réinsertion ou de reconversion au sein du ministère de la défense ou, pour les militaires de la gendarmerie nationale, au sein du ministère de l'intérieur.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'attribution de ce congé. »

III. - Le décret en Conseil d'État prévu au II du présent article fixe également les modalités de ce congé pour les militaires placés, à la date d'entrée en vigueur de ce décret, en congé de longue durée pour maladie ou en congé de longue maladie et qui auraient pu bénéficier du congé prévu à l'article L. 4138-3-1 du code de la défense.

**souples. Les rapporteurs recommandent une évaluation de ce congé deux ans après sa mise en œuvre par décret.**

### **3. La conquête de l'autonomie**

#### ***a. L'appareillage, le CERAH***

Intégré à l'Institution nationale des Invalides depuis 2010, le centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés (CERAH) a pour mission la recherche en matière de handicap moteur. Ses activités en matière d'appareillage, d'aides techniques et de recherche ainsi que son laboratoire d'évaluation technique en font le partenaire privilégié des HIA pour l'appareillage des blessés. Dans le cadre de consultations spécialisées, le CERAH conçoit et réalise des appareillages orthopédiques destinés aux situations d'appareillage complexes. Le CERAH est systématiquement associé aux groupes de travail sur la prise en charge des blessés et leur suivi.

De plus sa présence aux Invalides est un avantage dans la perspective de la création d'un pôle blessés à proximité immédiate.

#### ***b. Les prothèses de nouvelle génération***

Le financement des prothèses de nouvelle génération est emblématique des évolutions intervenues au cours des deux dernières années et de l'appropriation par l'institution des besoins exprimés sur le terrain. Ces besoins, réels mais isolés au départ, ont été dans un premier temps relayés par les cellules d'aide et financés par des partenaires extérieurs regroupés en comité des donateurs. Au terme d'un temps de latence plus ou moins long, indispensable à la remontée des cas individuels et des actions réalisées et, grâce à la mobilisation d'acteurs internes et externes, le ministère entérine le besoin et met en œuvre un projet pour le satisfaire.

Ainsi, une nouvelle convention de gestion, conclue le 18 juillet 2013 entre la DRH-MD et la CNMSS, a intégré la prise en charge des prothèses de nouvelle génération, mettant ainsi un terme au financement partiel assuré par l'État et complété grâce au concours de partenaires institutionnels, associatifs et des cellules d'aide.

Il s'agit essentiellement de la prise en charge de prothèses articulaires, chevilles, mains, coudes, genoux, devant faciliter la réinsertion ou le maintien en poste des blessés en OPEX ou en service qui doivent, pour en bénéficier, obligatoirement s'inscrire dans un parcours de réinsertion professionnelle formalisé.

Le financement<sup>(1)</sup>, comprend outre la part remboursable, un secours comblant l'intégralité du montant qui serait resté à la charge du blessé. Il couvre

---

(1) Assuré par les crédits du programme 169, action 2.

non seulement l'appareillage initial mais aussi son renouvellement, son entretien courant, les réparations et les déplacements. Les prothèses ont, selon leur nature, une durée de vie allant de cinq ans pour une main et de six ans pour un genou. À cette prothèse s'ajoute une prothèse de secours classique remboursée par la sécurité sociale.

Aujourd'hui sept militaires, dont cinq blessés en Afghanistan, ont été appareillés avec ce type de prothèses avant la signature de cette nouvelle convention. S'il n'y a pas eu de prise en charge en 2013, deux dossiers sont en cours et une prothèse pied/cheville de 15 000 euros devrait être financée prochainement dans le cadre de la nouvelle convention. Une somme d'un million d'euros par an est prévue pour l'appareillage d'environ quinze militaires.

Le projet d'appareillage est défini par les spécialistes qui encadrent la réadaptation et la rééducation des blessés dans les HIA et par le centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés (CERAH) en fonction des particularités de chacun. Tous les blessés ne sont pas éligibles à ce type de prothèses.

Un « *Guide à l'usage des militaires blessés en opérations ou en service en matière d'appareillage nouvelle génération* », en cours d'impression à la CNMSS, sera distribué début 2015. Il est en effet apparu, au regard de l'effort consenti et de la technicité de ce type de prothèses, que s'imposait un livret précisant les règles d'utilisation à respecter, les précautions indispensables complétées par des conseils et des informations pratiques ainsi que les coordonnées des différents acteurs.

### ***c. L'appartement thérapeutique de l'hôpital Percy***

Il s'agit d'un appartement, financé par l'association « Les gueules cassées », en apparence ordinaire mais dont tous les éléments ont été pensés pour faciliter la vie quotidienne dont les gestes les plus élémentaires sont devenus complexes en raison du handicap. Poignées ergonomiques, plans de travail et placards automatisés et réglables en hauteur, cellules infrarouges aident le militaire blessé à apprendre de nouveaux gestes pour se déplacer, s'habiller, faire sa toilette, se nourrir.

Une ergothérapeute assiste les patients dans le cadre d'exercices intégrés dans leur parcours de réadaptation. Avant sa sortie, le patient peut passer plusieurs jours dans cet appartement, parfois avec son conjoint qui prend ainsi conscience des difficultés et des aménagements nécessaires.

Des chambres devraient prochainement être équipées en domotique grâce à la contribution de l'association « Terre et fraternité ».

#### ***d. La maison des blessés de Percy***

Mardi 1<sup>er</sup> juillet 2014, a été posée par le ministre de la Défense la première pierre de la Maison des blessés et des familles de l'hôpital Percy.

Dans cinq appartements aménagés de type F2-F3 et six studios, elle accueillera à partir de 2015 les familles des blessés et les blessés revenant en consultation en hôpital de jour. Les blessés hospitalisés pourront, lorsque leur état le leur permet, rejoindre leur famille dans ces appartements aménagés en collaboration avec les ergothérapeutes de l'hôpital.

La construction est prise en charge par le ministère de la Défense dans le cadre d'un partenariat avec les associations qui financent pour leur part la décoration du bâtiment. L'attribution des logements sera proposée par les cellules d'aides et le service social.

#### **4. Le fonds de prévoyance**

Le Fonds de prévoyance militaire a été institué pour couvrir <sup>(1)</sup> le décès des personnels militaires s'il résulte d'un accident ou d'une maladie imputable au service ou en relation avec celui-ci. Une allocation est versée à la victime en cas d'invalidité entraînant la mise à la réforme définitive ou à la retraite.

Les militaires cotisent, soit au fonds de prévoyance de l'aéronautique, s'ils appartiennent à l'armée de l'air, soit au fonds de prévoyance militaire dans tous les autres cas, sous la forme d'un prélèvement de 3 % sur leur indemnité pour charges militaires.

L'allocation consiste en un capital versé en une seule fois au militaire, son conjoint survivant, ses enfants ou ses ascendants. Son montant est doublé lorsque le décès peut être imputé à un risque exceptionnel spécifique au métier militaire.

Les militaires ne pouvaient prétendre à cette indemnité que s'ils avaient quitté l'armée. Depuis l'année dernière, elle est accessible aux blessés, dont la consolidation est médicalement reconnue.

Composée de représentants des armées, et présidée par un conseiller d'État, la commission du Fonds de prévoyance examine les dossiers et se prononce sur le degré de relation entre le décès et le service. La décision d'attribution est prise par le ministre de la Défense et le ministre du Budget. La Caisse des dépôts et consignations assure la gestion administrative et financière ainsi que le secrétariat de la commission ; elle notifie les décisions et procède au paiement.

---

(1) Hors mobilisation générale.

## 5. La reconstruction par le sport

Le sport est un outil majeur de la reconstruction physique et morale du blessé. En effet, il a d'abord une fonction de rééducation physique du blessé en prévision d'une réinsertion potentielle mais également un rôle de réadaptation sociale. Dans ce cadre, deux mesures semblent essentielles et voient le jour progressivement : l'intégration du sport dans le parcours de soins du blessé dès l'hôpital et le développement de structures sportives adaptées.

### *a. L'importance d'un réentraînement précoce*

Après 28 jours d'alitement, le militaire perd en moyenne 22 % de ses capacités physiques. Cependant, un réentraînement précoce permet une certaine récupération des capacités perdues. Ainsi, la reprise rapide d'une activité sportive adaptée est indispensable pour la rééducation du blessé et l'optimisation d'une possible réinsertion au sein de l'armée.

Dans cette optique, des modules de reprise précoce du sport vont être prochainement mis en place à l'HIA Percy au cours du premier semestre 2015.

### *b. Le centre national des sports de la Défense*

Le centre national des sports de la Défense de Fontainebleau, indispensable au maintien en condition opérationnelle des militaires, joue également un rôle de premier plan dans la reconstruction sportive des blessés.

En effet la signature, le 14 mars 2014, d'un protocole additionnel complétant l'accord-cadre sur le sport pour tous et le sport de haut niveau fait de la réinsertion par le sport des militaires blessés l'axe majeur du dispositif commun aux différents ministères. Les ministres concernés <sup>(1)</sup> ont d'ailleurs souligné à cette occasion que « *reconnaissante des sacrifices consentis par ses militaires blessés, la France a le devoir de les accompagner dans leur parcours de réadaptation. Dans ce sens, la pratique sportive doit être encouragée, car elle représente un important vecteur d'intégration et de réinsertion socio-professionnelle des personnes en situation de handicap et des militaires blessés* ». Le centre national des sports de la Défense est l'acteur principal de la mise en œuvre de ce protocole additionnel. Dans ce cadre, ses missions consistent à mettre à disposition les moyens nécessaires à la pratique du sport par les blessés et à gérer les sportifs blessés de haut niveau.

#### i. Offrir les moyens nécessaires à la pratique du sport

Le centre favorise la pratique du sport pour les militaires blessés en mettant à disposition ses nombreuses infrastructures qui ont d'ailleurs fait l'objet d'importants travaux de réhabilitation. Il bénéficie à présent de nouveaux locaux

---

(1) Les ministres de la Défense, de l'Intérieur, des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative et le ministre délégué aux Personnes handicapées et à la Lutte contre l'Exclusion.

dont six bâtiments d'hébergement et trois halles sportives comprenant notamment une piscine de 50 mètres et un mur d'escalade parmi les plus grands d'Europe.

De plus, le centre contribue aux rencontres sportives nationales et internationales destinées aux militaires blessés en offrant un espace d'entraînement d'excellente qualité.

ii. Accompagner l'« Armée des champions »

L'évolution de l'accord-cadre prévoit également plus de souplesse dans le recrutement des sportifs de haut niveau dans l'ensemble des disciplines sportives. Le groupe des militaires blessés sportifs de haut niveau, fait partie de « l'Armée des champions », nom officiel de l'équipe gérée par le centre national des sports de la Défense sous la responsabilité du commissaire aux sports militaires. On rappellera que les militaires représentent un véritable vivier de champions et qu'aux jeux olympiques d'hiver de Sotchi, six des quinze médailles françaises ont été remportées par des sportifs militaires. En tant que vecteur de dépassement de soi par lequel les blessés surmontent les obstacles de leur handicap, la pratique du sport au niveau professionnel peut représenter une nouvelle étape dans leur carrière militaire. Il semble qu'une réflexion soit en cours pour la création d'une catégorie handisport pour les blessés psychiques, ce que soutiennent les rapporteurs.

Mais tous les blessés ne deviendront pas des sportifs de haut niveau et les rapporteurs rappellent que le sport est avant tout un merveilleux outil plutôt qu'un but qui ne s'adresserait qu'à quelques-uns.

*c. Le Cercle sportif de L'INI (CSINI)*

Le Cercle sportif de l'Institution nationale des Invalides (CSINI) est une association créée en 1966. S'il était initialement réservé aux ressortissants du monde combattant, il s'est très rapidement ouvert aux personnes handicapées physiques pour être aujourd'hui l'un des plus importants clubs handisport français tant par le nombre de ses adhérents que par la qualité de ses résultats et de son palmarès. Il accueille près de 400 adhérents dans une dizaine de disciplines comme l'escrime, l'haltérophilie, la natation, le cyclisme, le tennis de table, le foot-fauteuil, le torball, le tir, le ski de fond et le ski alpin...

Sa localisation et sa proximité avec l'INI en font un partenaire naturel des structures médicales et hospitalières dans le cadre du parcours de soins et de rééducation des blessés.

*d. Les rencontres sportives*

Depuis quelques années, la CABAT s'est engagée dans l'organisation de plusieurs stages sportifs destinés à la réadaptation sociale des blessés tout en prenant en compte les besoins particuliers des blessés physiques et psychiques. Ces stages sont interarmées même si la majorité des participants provient

logiquement de l'armée de terre car il s'agit de la branche de l'armée qui a le plus grand nombre de blessés. Ces stages sont également l'occasion pour les blessés de réapprendre le collectif et de réfléchir à leur choix de carrière entre la réinsertion ou la reconversion. Le retour d'expérience de ces stages est donc très positif.

i. Les rencontres militaires blessure et sport (RMBS)

Depuis 2012, les RMBS réunissent les militaires blessés et les partenaires de la réadaptation médicale, psychologique, professionnelle et sociale dans le cadre d'une compétition sportive nationale. Organisée à Bourges du 16 au 4 juillet 2014, la troisième édition rassemblait 54 blessés auxquels se sont ajoutés quatre blessés britanniques invités. Grâce à ces rencontres, chaque blessé découvre un certain nombre de sports adaptés à son handicap et intègre son nouveau schéma corporel. Elles peuvent également être l'occasion de commencer un nouveau parcours sportif dans les antennes handisports réparties en France. D'ailleurs, ce stage s'inscrit dans une logique de continuité en informant les militaires du maillage territorial des structures sportives adaptées.

ii. Le stage « sport, mer et blessure »

Le stage « sport, mer et blessure » accueille chaque année des blessés physiques et/ou psychiques dans le cadre d'activités nautiques encadrées par des moniteurs sportifs et le personnel soignant de l'HIA Percy. Au programme de cette reconstruction sportive, les activités proposées sont : du surf pour retrouver la confiance en soi et l'équilibre, de la pirogue pour la cohésion de groupe et du sauvetage en mer pour l'entraide et prouver sa capacité à aider les autres malgré le handicap. Les autres armées organisent également des stages sportifs destinés aux blessés, ski alpin et nordique, voile et vent.

iii. Le centre de réentraînement des blessés de l'armée de terre

Un peu à part, mais également basé sur le sport, le stage au centre de réentraînement des blessés de l'armée de Terre (CREBAT), qui s'est déroulé en septembre 2014 dans le sud de la France, est destiné aux blessés psychiques. Il a un double but visant, d'une part, la resocialisation, la sensibilisation à l'environnement et le passage du je au nous, et, d'autre part, la valorisation des ressources individuelles, et le retour à la capacité de prise de décision. Dans ce cadre, sont proposées des séances collectives d'accompagnement psychologique, une séance de verbalisation collective, des entretiens individuels et des séances de relaxation (techniques d'optimisation du potentiel – TOP –, sophrologie) et des activités physiques encadrées dont des épreuves d'audace (escalade, canyoning, via ferrata, parcours mangrove, etc.). Les stagiaires organisent eux-mêmes le stage et sont conseillés pour les activités techniques. Les familles peuvent partager une partie des activités et participer au travail de réadaptation. Un psychologue est également présent tout au long du stage. Ce stage s'est révélé particulièrement bénéfique et sera reconduit en 2015 sous forme de quatre sessions annuelles.



#### iv. La participation à des compétitions internationales

Des stages en collaboration avec nos alliés sont également organisés chaque année. En 2014, les militaires blessés français ont été invités aux compétitions sportives *Marine Corps Trials* à San Diego (participation de dix blessés français) et *Invictus Games* à Londres au cours desquels les 18 blessés français ont remporté vingt médailles, avec le concours de l'association « Terre et Fraternité », aujourd'hui principal soutien des actions sportives en faveur des blessés, qui a financé notamment les tenues des participants et l'accompagnement des familles.

#### v. D'autres voies

Des séances d'équithérapie <sup>(1)</sup> dont certains blessés ont pu bénéficier dans l'est de la France auraient également des effets très bénéfiques pour les victimes de syndrome post-traumatique.

C'est ce que confirme l'armée de terre <sup>(2)</sup> qui envisage de développer cette activité au sein des sections équestres militaires réparties sur le territoire national et adossées aux régiments, afin de favoriser la réinsertion des blessés atteints du syndrome post-traumatique. Une action envers les blessés aux handicaps lourds est également envisagée à moyen terme.

Mais certains blessés en OPEX, issus des forces spéciales, ont, eux, bénéficié de cours d'anglais <sup>(3)</sup> individuels à distance dispensés par une société de formation linguistique dans le cadre d'un protocole, intitulé Phénix, signé avec l'armée de l'air.

Les possibilités sont sans limites et bien d'autres activités, telles que le théâtre ou d'autres formes d'expression artistique, si elles ne s'imposent pas de façon aussi évidente que le sport, peuvent avoir des bénéfices thérapeutiques.

---

(1) <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/20140627.OBS2021/equithérapie-des-soldats-traumatises-murmurent-a-l-oreille-des-chevaux.html>

(2) <http://www.recrutement.terre.defense.gouv.fr/actualites/item/1827-interview-du-lieutenant-colonel-autran>

(3) <http://lemamouth.blogspot.fr/2014/11/des-cours-danglais-pour-des-blesses-des.html>



## TROISIÈME PARTIE : LE DROIT À RÉPARATION

### A. LA RECONNAISSANCE

#### 1. Les décorations

La reconnaissance se manifeste par l'attribution de décorations qui tout à la fois symbolisent et matérialisent la reconnaissance par la Nation du sacrifice consenti. Il peut s'agir de la médaille militaire ou de la médaille de la Défense nationale échelon or, mais l'insigne des blessés militaires est la décoration emblématique.

À ce titre, la loi de programmation militaire pour les années 2014 à 2019 dispose dans son article 6.1 qu'« *un effort particulier de reconnaissance doit être entrepris à l'égard des militaires blessés au service de notre pays. Les modalités de la généralisation du droit, actuellement régi par la loi n° 52-1224 du 8 novembre 1952 réglementant le port de l'insigne des blessés de guerre, au port de l'insigne des blessés à l'ensemble des militaires ayant subi, en situation de guerre comme en opération extérieure, une blessure reconnue par le service de santé des armées seront déterminées par un décret pris après avis du Conseil d'État.* »

Or ce décret tarde à être publié et il semble qu'en l'absence de texte clair, et plus particulièrement dans l'armée de terre, les victimes de blessures psychiques sont encore fréquemment exclues de l'attribution de cet insigne qu'elles sont pleinement fondées à recevoir.

Le ministère de la Défense a donc demandé aux armées et aux services d'actualiser conjointement la définition de la blessure en tenant compte de la blessure psychique, dont il conviendra de faciliter l'homologation dès lors qu'elle a été reconnue par le SSA. Des résultats rapides sont attendus.

Dans cette même dynamique, et au regard des constats faits par les médecins militaires, le ministre de la Défense a procédé le 23 octobre 2014 à la remise à titre dérogatoire de l'insigne des blessés aux rescapés du Drakkar, au cours de la cérémonie de commémoration du 31<sup>e</sup> anniversaire de l'attentat.

**Les rapporteurs insistent sur le fait que la reconnaissance, dont les décorations sont un élément majeur, est une étape essentielle du processus de reconstruction du blessé. Ils estiment en conséquence indispensable que le décret en Conseil d'État soit pris sans délai ainsi qu'une instruction ministérielle levant toute ambiguïté afin de remédier à une iniquité particulièrement dommageable aux blessés psychiques. Ils sont également**

**d’avis que, dans l’intervalle, rien ne s’oppose, si ce n’est des résistances internes incompréhensibles, à ce que l’insigne des blessés soit remis aux blessés psychiques éligibles et qu’il convient de les décorer sans attendre.**

**L’attention des rapporteurs a été attirée sur le fait que l’insigne des blessés pourrait voir sa valeur symbolique encore accrue s’il était homologué par la grande chancellerie de la Légion d’Honneur en tant qu’héritage de l’histoire nationale et plus particulièrement du premier conflit mondial. Ils approuvent cette suggestion qui vise à conforter encore la reconnaissance due par la Nation.**

Si elles formalisent la reconnaissance, les décorations ne sont pas tout et il semble, qu’au sein de l’institution, la reconnaissance de la part de sa hiérarchie soit pour le soldat blessé d’une valeur inestimable. Elle ne serait pas toujours exprimée.

## **2. Le monument aux OPEX**

Serpent de mer depuis 2011 et le rapport du général Thorette, **les rapporteurs sont d’avis qu’il serait grand temps que ce monument voie enfin le jour.** Lieu de recueillement, de commémoration, les familles de militaires décédés ainsi que les blessés, qui ont souvent perdu des camarades de combat, l’attendent.

## **3. Le lien armée-Nation**

Les familles des militaires ont autant besoin de reconnaissance que les soldats eux-mêmes. Elles ne sont pas décorées et leurs souffrances et leurs conséquences, loin d’être valorisées, se résument souvent pour l’opinion à un coût social. Interrogée par les rapporteurs sur ce qui fait le plus défaut aux épouses de militaires blessés, la présidente de l’association nationale des femmes de militaires (ANFEM) a répondu : la reconnaissance.

## **B. LA PENSION MILITAIRE D’INVALIDITÉ**

« *Parcours du combattant* », « *Everest à franchir* », la pension militaire d’invalidité (PMI) semble cristalliser les mécontentements, qu’il s’agisse des délais de traitement, des taux d’invalidité accordés et des montants correspondants, ainsi que de la nature des réponses, qui ne sont pas toujours bien comprises, notamment en cas d’aggravation. La procédure est souvent vécue comme opaque, lente et dépourvue de voie de recours équitable, hors la voie judiciaire.

Les explications sont multiples et tiennent à la fois de problèmes d’effectifs et de réorganisations successives du service chargé de les instruire, de la complexité de la procédure, de l’absence d’un réseau d’experts solide et d’un

déficit global d'information en direction du public concerné, du monde associatif et des structures chargées de relayer les dossiers.

Les différents interlocuteurs des rapporteurs ont par ailleurs souligné la complexité du code des pensions d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG) qui ne contribue pas à fluidifier le processus. Une refonte du code, à droit constant, est actuellement confiée à un groupe de travail au sein du ministère. Dans la crainte d'une assimilation au droit commun, les associations sont très vigilantes quant aux modifications de forme qui seront proposées.

Or, la PMI est un élément majeur, si ce n'est l'élément central, du devoir de réparation, et de reconnaissance, tel que le pose l'article premier du code des pensions militaire d'invalidité et des victimes de guerre :

*« La République française, reconnaissante envers les anciens combattants et victimes de la guerre qui ont assuré le salut de la patrie, s'incline devant eux et devant leurs familles. Elle proclame et détermine, conformément aux dispositions du présent code, le droit à réparation due :*

*1° Aux militaires des armées de terre, de mer et de l'air, aux membres des forces françaises de l'intérieur, aux membres de la Résistance, aux déportés et internés politiques et aux réfractaires affectés d'infirmités résultant de la guerre ;*

*2° Aux conjoints survivants, aux orphelins et aux ascendants de ceux qui sont morts pour la France. »*

En conséquence, et au-delà de l'aspect pécuniaire dont il ne s'agit pas de nier l'importance, le blessé ne manque pas de lui attribuer une valeur symbolique. Ainsi un rejet ou un taux d'invalidité ouvrant droit à une pension très faible est vécu par le soldat comme une négation du sacrifice consenti. Les rapporteurs se sont étonnés, par exemple, que dans le cas d'un syndrome post-traumatique grave ayant de forts retentissements sur la vie personnelle et familiale d'un ancien militaire, un taux d'invalidité de 65 %, en apparence non négligeable, donne droit à une pension mensuelle de 360 € seulement. En l'espèce, cette somme ne couvre pas les frais engendrés par le traitement que devrait suivre l'intéressé, un conditionnel potentiellement lourd de conséquences.

Enfin, le bénéfice d'une pension ouvre droit, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, aux soins médicaux gratuits pour les affections pensionnées ainsi qu'à l'appareillage.

Le sujet, sensible, des pensions militaires d'invalidité et de l'indemnisation complémentaire a d'ailleurs fait l'objet, fin 2013, d'une étude très documentée intitulée *« Blessés pour la France, blessés par la France, au service de la France grandeur et misère de nos blessés »* réalisée à l'initiative du Comité d'entente des grands invalides de guerre. Les raisons en sont exprimées dans une présentation de cette étude : *« Il apparaît cependant que de nombreux Blessés expriment leur désarroi devant la complexité des procédures en vigueur et*

*l'intransigeance avec laquelle leur strict respect leur est imposé. Rares sont ceux qui disent avoir été guidés et traités avec considération. Nombreux sont ceux qui se sentent totalement désarmés face à une administration qui n'aurait pour principal souci que de réduire au strict minimum possible les prestations qu'ils estiment légitimes. Un sentiment général finit par prévaloir, chez les Blessés et chez leurs proches, que des accidentés civils sont beaucoup mieux traités qu'eux en matière de réparation des préjudices subis de diverses natures ».*<sup>(1)</sup>

Le comité a formulé trente propositions, dont certaines rejoignent les préconisations des rapporteurs. Le ministère a mis en place un groupe de travail piloté le commissaire chargé de mission « blessés et familles endeuillées » et établi, en réponse, un plan d'action en 27 points.

### **1. Une pension fondée sur le lien de la blessure avec le service**

La PMI indemnise les séquelles de blessures ou de maladies subies ou contractées en raison du service. Le préalable à toute attribution de PMI est donc l'étude de l'imputabilité au service du fait générateur desdites séquelles. Pour la reconnaissance de l'imputabilité, deux conditions doivent être réunies : la blessure doit être constatée et la preuve doit pouvoir être apportée qu'elle a bien été causée par le fait ou à l'occasion du service.

Le demandeur doit donc établir la preuve que sa blessure, ou sa maladie, a été causée du fait ou à l'occasion du service et qu'il existe une relation médicale entre le fait constaté et l'infirmité évoquée. Cette recherche de la preuve est souvent la partie la plus difficile si le demandeur n'a pas conservé ou n'a pas accès aux documents permettant de l'établir.

On relèvera que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005, les militaires en OPEX sont considérés être, sans discontinuité, en service pendant tous les actes effectués au cours de leur mission, y compris pendant le repos et les actes de la vie courante, sauf faute de la victime détachable du service. Les blessures subies sont donc systématiquement présumées imputables au service dans ce cadre précis.

En dehors de la demande initiale et des renouvellements déterminés par la procédure, des demandes peuvent être faites à tout moment pour une nouvelle infirmité ou une aggravation, ou pour obtenir les majorations prévues par les textes. Il n'existe pas de prescription en matière de pension militaire d'invalidité : la demande de pension est recevable, quel que soit le délai écoulé entre la maladie ou la blessure et la date de dépôt de la demande. Cependant, une demande déposée rapidement permet au demandeur de rassembler plus facilement les documents administratifs et médicaux contemporains des faits et de préserver ainsi ses droits à pension.

---

(1) <http://www.pensionsmilitaires.com/>

## 2. L'instruction des dossiers

Les nombreuses entités intervenant dans le processus sont : la sous-direction des pensions (SDP), le bureau de l'expertise et de l'analyse médicale (BEAM) qui relève de la SDP, les experts externes, la commission de réforme des pensions militaires d'invalidité (CRPMI) et la commission consultative médicale (CCM), indépendante de la SDP.

### a. La sous-direction des pensions

La sous-direction des pensions est une des deux sous-directions, avec l'action sociale, du service de l'accompagnement professionnel placé sous l'autorité de la direction des ressources humaines du ministère de la Défense (DRH-MD) et du secrétaire général pour l'administration (SGA). Située depuis quarante ans à La Rochelle, elle compte 315 personnes et traite les pensions de retraite civiles, militaires et ouvrières, correspondant respectivement à 1 500, 12 000 et 4 000 dossiers annuels, ainsi que les accidents de la vie professionnelle et les pensions militaires d'activité.

Au fil de la mise en œuvre des mesures induites par la réforme générale des politiques publiques (RGPP), de la modernisation de l'action publique (MAP) et de la loi de programmation militaire (LPM), ses effectifs, pour un volume d'activité stable, ont évolué ou vont évoluer ainsi :

Date	Emplois autorisés	Variation	Emplois occupés	Variation
31/12/2012	429		401	
31/12/2013	374	- 13 %	345	- 14 %
31/12/2014	342	- 9 %	315	- 9 %
31/12/2015	328	- 4 %	315	0 %

Source : SDP.

En 2014, cette diminution des effectifs devrait avoir, pour la première fois, une incidence négative directe sur les délais qui, fin 2014, ont crû de 11 % par rapport à 2013.

La sous-direction cherche à adapter son fonctionnement interne et a abandonné en janvier 2014 ses sept bureaux spécialisés pour tenter l'adoption d'une organisation transversale basée sur la multicom pétence des agents. La polyvalence ayant montré certaines limites, cette organisation devrait être révisée à la marge prochainement.

### b. La part des PMI dans l'activité de la SDP

La SDP traite annuellement 16 563 demandes de PMI par an sur 64 425 dossiers, tous domaines confondus, ce qui représente un volume de 26 % de son activité. Mais ce chiffre doit être pondéré par la complexité des dossiers de PMI qui font l'objet d'une procédure beaucoup plus lourde que les dossiers de retraites, par exemple.

### *c. Des délais trop importants*

Parallèlement aux réductions d'effectifs, la sous-direction a dû absorber, tout en maintenant le traitement des dossiers, l'activité du service des ressortissants de l'étranger et des 18 directions interdépartementales des anciens combattants (DIAC), qui jouaient un rôle central dans le traitement des PMI. Les DIAC ont fermé de façon échelonnée entre 2010 et fin 2011. Cette suppression s'est notamment traduite par un transfert de dix kilomètres de linéaire d'archives, soit environ un million de dossiers, vers La Rochelle depuis l'ensemble des DIAC réparties sur le territoire.

Ceci a entraîné une augmentation des délais de traitement des demandes de PMI avec, ainsi que l'indique le tableau ci-dessous, un pic en 2011 au moment des dernières fermetures des DIAC.

Une inadaptation du logiciel métier à la pratique des médecins du bureau d'études et d'analyse médicale est également avancée par la SDP comme contribuant à l'allongement des délais. Un projet en cours pourrait réduire les phases de saisie de onze à cinq pour le traitement d'un dossier.

<b>Années<sup>(1)</sup></b>	<b>Délai de traitement en jours</b>	<b>Variation</b>
2008	342	
2009	370	8 %
2010	406	10 %
2011	539	33 %
2012	409	- 24 %
2013	377	- 8 %
2014	343	- 9 %
fin 2014	380	11 %

*Source : SDP.*

Mais sur le terrain, il est fréquent d'entendre évoquer des délais encore bien supérieurs concernant les pensions hors OPEX. Il serait toutefois faux de croire que le délai de traitement du dossier par la SDP soit le seul à peser. Il faut également compter avec le délai de transmission par les GSBdD pour lesquels il semble que parfois, compte tenu des contraintes opérationnelles et des diminutions d'effectifs qui les affectent également, ces dossiers ne constituent pas une priorité. Ce délai de transmission pourrait aller jusqu'à cent jours. S'ajoutent, du fait du demandeur, les dossiers incomplets ou mal remplis, les demandes inutiles car ne remplissant pas les critères, dont les demandes d'aggravation sans objet puisque sans élément nouveau... Tous délais confondus, le traitement d'un dossier peut ainsi aller jusqu'à 680 jours.

En revanche, l'engagement a été pris en 2012, sur décision du ministre de la Défense, de traiter en 180 jours les dossiers de PMI dans le cadre des OPEX,

---

*(1) Jusqu'en 2011, l'indicateur ne comprenait que les dossiers de premières demandes traitées par les DIAC et la SDP. Depuis 2012, l'indicateur comprend la totalité des dossiers gérés par la SDP.*



soit une moyenne de 350 dossiers annuels, dont vingt du fait d'une action de guerre. Ces délais sont actuellement tenus.

Au 31 octobre 2014, le nombre de demandes de PMI en cours de traitement au titre des OPEX est de 360 ; il est de 10 427 pour tous les autres types de demandes de PMI, hors ressortissants de l'ancienne communauté française. Les logiciels de gestion ne permettent pas le suivi selon la typologie de blessure ou de maladie.

#### ***d. Le long cheminement d'un dossier de PMI***

Les délais bien trop importants de traitement des demandes s'expliquent très largement par la complexité administrative considérable du processus. La description détaillée qui suit est à cet égard, hélas, instructive.

La demande de PMI est déposée soit, pour le militaire en activité, dans son unité qui la transmet au commandant du groupe de soutien de base de défense qui joint à la demande le livret médical de l'intéressé, le livret médical réduit, la fiche de sélection incorporation et le certificat de visite ou le certificat médical précisant la (ou les) infirmité(s) à examiner, soit, pour les autres ressortissants, auprès d'un bureau départemental de l'ONACVG, soit, pour les ressortissants résidant à l'étranger, directement auprès de la SDP. Un accusé de réception valant enregistrement de la date de dépôt du dossier est remis.

- La SDP instruit le dossier et étudie en premier lieu son imputabilité administrative, c'est-à-dire le lien entre l'invalidité et le service, en fonction de divers documents, dont le rapport de commandement et l'extrait du registre des constatations ; la procédure est relativement simple pour les militaires d'active<sup>(1)</sup>, elle l'est beaucoup moins pour des blessures remontant à plusieurs dizaines d'années ; certains dossiers sont rejetés à cette étape (rejet sec).

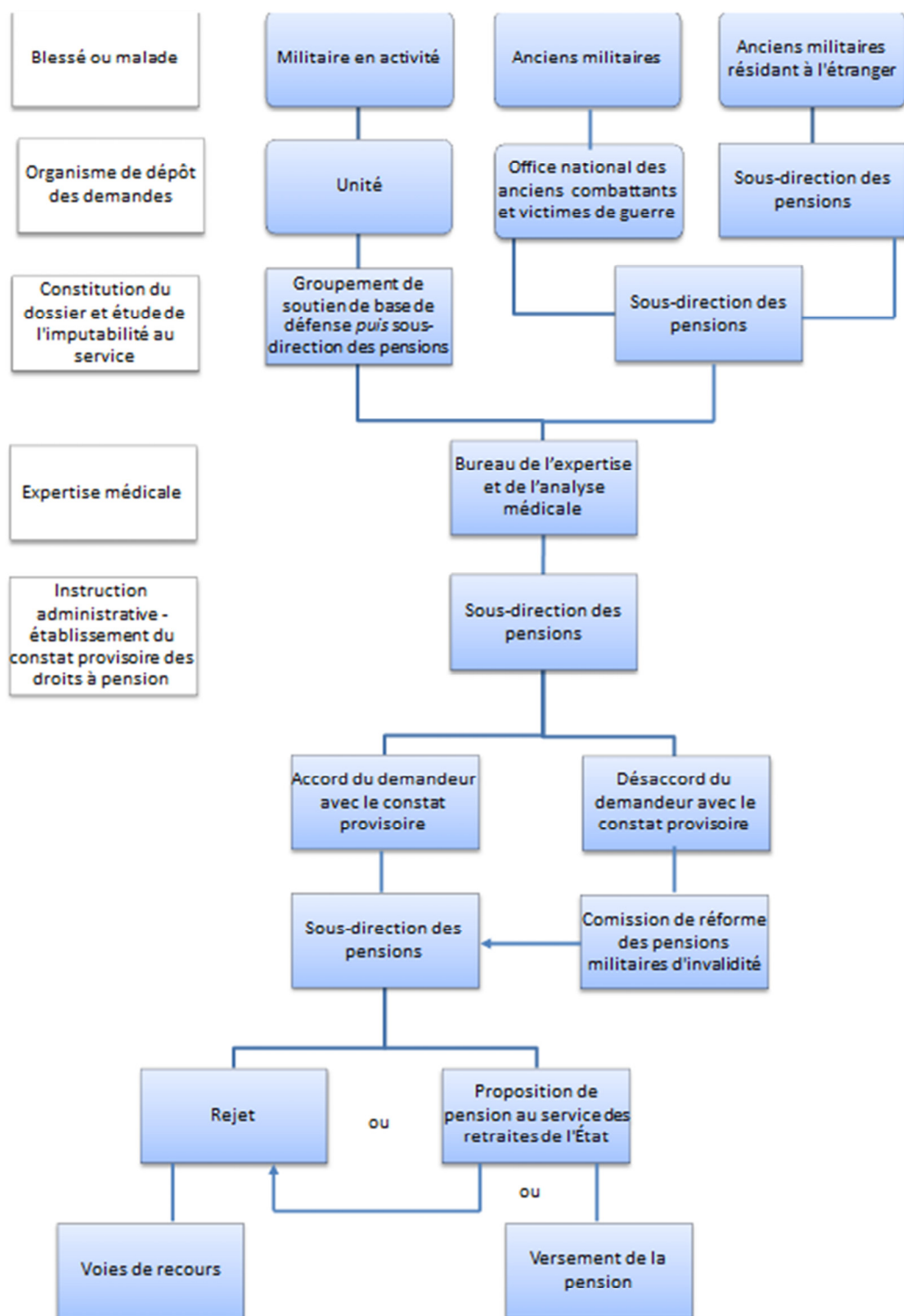
- Le médecin du bureau d'analyse médicale instruit la partie médicale des dossiers dont l'imputabilité est certaine ou présumée et nomme un ou plusieurs experts ou bien rejette le dossier.

- À la réception de l'expertise, le médecin chef rédige un avis et propose un taux d'invalidité.

- Un constat provisoire est rédigé. Le constat, ou le projet de constat, est adressé, dans certains cas, à la commission consultative médicale (CCM) pour avis. Le constat est ensuite transmis au demandeur.

---

(1) Les nombreuses restructurations intervenues dans les armées au cours des dernières années rendent toutefois difficile la traçabilité de certains documents.



### **La commission consultative médicale**

La CCM est une entité, indépendante de la SDP, rattachée au SGA mais située à La Rochelle. Elle agit en tant qu'instance de contrôle de deuxième niveau dont la saisine a été rendue obligatoire par une instruction ministérielle de 1992 dans certains cas tels que les suspensions des grands invalides, les états de syndrome post-traumatique (ESPT), les accidents médicaux en HIA, les propositions d'un taux supérieur à 60 %... La CCM peut également être saisie par la SDP, hors de ce cadre, de dossiers particuliers qu'elle souhaite soumettre à un examen complémentaire ou par le ministère du Budget *via* le service des retraites de l'État (SRE).

Elle n'a en théorie pas de pouvoir de décision. Son rôle est de vérifier la juste application des textes en vigueur et l'exacte interprétation du guide barème. Elle peut demander de nouveaux examens médicaux ou médico-légaux.

La CCM étudie également systématiquement l'imputabilité des décès de militaires d'active, quelles qu'en soient les circonstances.

Composée aujourd'hui de deux médecins et de personnel administratif, la CCM aurait examiné 5 000 dossiers en 2013. Il semble qu'elle restera dans ce format et sera rattachée au service de l'accompagnement professionnel et des pensions de la DRHMD, afin de mieux articuler son action avec celle de la SDP, tout en conservant son autonomie.

Sa suppression a toutefois été demandée dans le cadre des trente propositions formulées par le comité d'entente des grands invalides de guerre, qui estime que cet organe repose sur des fondements juridiques peu solides et qu'il n'a de consultatif que le nom puisque ses avis s'imposent dans la pratique. Elle se heurte dans les faits à une opposition du service des retraites de l'État, pour qui la CCM est un dispositif de contrôle indispensable qu'elle peut saisir.

- Le demandeur a un délai de trente jours, étendu dans les faits à quarante, pour accepter ou refuser ce constat.

- Si le demandeur est d'accord, la SDP prend une décision de rejet ou établit une proposition de pension qu'elle adresse au SRE qui, s'il suit la majorité des décisions, peut s'y opposer et demander des expertises complémentaires.

- Si le demandeur n'est pas d'accord, il peut présenter son dossier à une commission de réforme des pensions militaires d'invalidité (CRPMI) dans laquelle siègent un officier supérieur, un médecin militaire et soit un officier subalterne, soit un sous-officier supérieur. Elle procède à une étude soit sur pièces, soit en présence du demandeur. Les CRPMI, actuellement onze en métropole et six dans les DROM-COM, suivent à de très rares exceptions près les avis de la SDP, seuls 3 % des dossiers faisant l'objet d'un avis, consultatif, divergent.

- Les décisions semblent engendrer beaucoup d'insatisfaction principalement en raison d'une mauvaise information des services et, partant, des demandeurs qui méconnaissent le rôle de la commission et ignorent le caractère consultatif des avis rendus. Si la suppression de cette commission est parfois évoquée, certaines associations y restent attachées car elles la considèrent comme un espace de parole, alors que d'autres en demandent la suppression pure et simple. L'organisation des CRPMI, qui se réunissent, toutes implantations géographiques confondues, lors d'une centaine de sessions annuelles pour

l'examen de quelque 2 000 dossiers, fait également l'objet de discussions. Complexes à organiser, notamment en raison de la difficulté de trouver des médecins et des officiers disponibles, il est envisagé de n'en conserver qu'une basée à La Rochelle, ce que regrettent les associations. **Les rapporteurs s'interrogent sur le bien-fondé de ce projet et sur l'avenir de cette instance de recours. Ils estiment également que les CRPMI ne devraient pas être concentrées à La Rochelle mais continuer à être réunies en plusieurs points du territoire, dans les HIA qui semblent un environnement tout désigné.**

- Une fois l'avis de la CRPMI rendu, la SDP prend une décision de rejet adressée pour signature au ministre, ou envoie une proposition de pension au SRE qui la valide ou la retourne avec des modifications.

- La pension concédée par le SRE l'est à la date d'enregistrement de la demande pour une période temporaire de trois ans renouvelable une fois, dans le cas d'une blessure, et trois fois, dans le cas d'une maladie. La pension devient ensuite définitive. Elle est révisée à chaque renouvellement ou sur demande du pensionné. Le nombre de demandes de révision pour aggravation n'est pas limité, étant entendu que les critères sont plus exigeants que pour l'infirmité en première instance, le surplus d'invalidité devant être exclusivement en rapport avec la blessure ou la maladie qui a motivé le droit à pension.

Années	Part des dossiers ayant fait l'objet d'une attribution	Taux annuel moyen <sup>(1)</sup>
2011	65 %	3 012,00 €
2012	62 %	3 003,00 €
2013	65 %	2 989,00 €
2014	69 %	

Source : SDP.

Le taux d'invalidité ne donne droit à pension qu'à partir de 10 % pour une blessure et de 30 % pour une maladie hors OPEX, le seuil variant en cas d'infirmités multiples. Contrairement aux pensions d'invalidité civiles, le taux peut excéder 100 %.

La pension est versée au militaire d'active au « taux du soldat », un même taux d'invalidité donnant droit à une pension identique quel que soit le grade du militaire <sup>(2)</sup>. Lorsqu'il part à la retraite, la pension peut être élevée, sur demande du

---

(1) Montant moyen annuel d'une PMI, hors ressortissants de l'ancienne communauté française et hors deuxième guerre mondiale et guerre d'Indochine (source : SRE). Il varie selon un barème en points d'indice en fonction du grade après radiation des cadres et du pourcentage d'invalidité, peuvent s'y ajouter diverses majorations et allocations incluses dans le montant moyen. L'arrêté du 28 novembre 2014 fixe la valeur du point d'indice de pension militaire d'invalidité, au 1<sup>er</sup> avril 2014, en application des articles L. 8 bis et R. 1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, compte tenu de la variation de l'indice d'ensemble des traitements bruts de la fonction publique de l'Etat constatée, à 13,97 euros. Elle était de 13,94 euros au 1<sup>er</sup> juillet 2013.

(2) Hors majorations éventuelles liées à la situation personnelle.

pensionné, au « taux du grade », et modulée en fonction du grade atteint par le militaire au moment de son départ de l'armée.

Les PMI ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu.

***e. Une évolution du nombre de pensionnés à la baisse***

De 393 000 en 2005, le nombre de bénéficiaires est passé à 266 000 en décembre 2013. Les dossiers sont aujourd'hui moins nombreux mais plus complexes, tout d'abord parce qu'il se produit souvent plusieurs blessures au cours d'une carrière, mais aussi du fait de l'évolution des techniques médicales qui permet aujourd'hui de maintenir en vie et de soigner des soldats atteints de polytraumatismes auxquels ils n'auraient pu survivre lors de conflits antérieurs.

***f. Le bureau de l'expertise et de l'analyse médicale (BEAM)***

Le BEAM assure la gestion, désormais centralisée, des dossiers de PMI mais aussi d'accidents de la vie professionnelle des personnels à statut non titulaire, ouvriers de l'État et agents sous contrat pour ce qui concerne les expertises médicales.

Il est dirigé par un médecin en chef des services et se compose d'une équipe médicale comprenant un groupe de neuf médecins conseils experts, quatre militaires et cinq civils sous contrat, dont un à mi-temps, et d'une équipe de neuf personnes, chargée de la partie administrative du traitement des dossiers. On relèvera que l'effectif théorique de six médecins militaires n'est pas atteint actuellement.

Les médecins interviennent au cours de la procédure pour constituer le dossier et formaliser les missions à experts, pour désigner un expert du réseau national des experts en PMI et, enfin, pour effectuer une analyse critique des expertises rendues, sous l'angle administratif et juridique. Il est à noter que les experts ne disposent souvent pas de cabinet ; c'est notamment le cas des quatorze experts parisiens actuels et l'expertise se déroule donc à l'INI, qui met trois salles à disposition pour cette mission.

Parallèlement à la fermeture des DIAC, avaient été mis en place onze centres d'expertise et de commissions de réforme (CEM/CR) fin 2011 pour organiser les expertises médicales et la tenue de commissions de réforme au plus près des ressortissants. Ils sont à leur tour en train de fermer pour être regroupés dans la structure unique du bureau d'études et d'analyse médicale de La Rochelle. Le processus est en voie d'achèvement. Il inquiète les associations d'anciens combattants pour la population âgée qui aura de plus grandes distances à parcourir. Par ailleurs, ces centres assuraient un certain suivi de proximité d'un public plus fragile que la moyenne, notamment pour la prise de rendez-vous, qu'une structure centralisée ne sera vraisemblablement pas en mesure d'assurer.

Il est diligenté environ 8 000 expertises par an.

Cette nouvelle organisation, qui pose certaines difficultés pour l'organisation d'expertises à distance, a néanmoins l'avantage de permettre une vision collégiale des dossiers. Les médecins se réunissent hebdomadairement avec l'équipe administrative pour un « colloque médico-administratif en PMI » afin d'évoquer les dossiers complexes et d'harmoniser les décisions.

#### ***g. Une procédure accélérée pour les dossiers des blessés graves en OPEX***

Le blessé grave, en OPEX notamment, est dans l'incapacité d'effectuer une démarche administrative. Le dossier est alors rempli et déposé par l'HIA qui le reçoit. Par ailleurs, depuis 2013, la mise en place du « DU OPEX <sup>(1)</sup> », piloté par la CNMSS, permet à la SDP, dès réception d'un message d'alerte informant de l'identité du militaire blessé en OPEX, d'inviter l'intéressé à déposer une demande de PMI.

Pour ce qui concerne la partie médicale, l'expertise est réalisée selon « *la mission d'expertise précoce du blessé grave en OPEX* » qui consiste en une expertise spécifique réalisée avant la phase séquellaire devant se dérouler au maximum quatre mois après la date de dépôt de la demande.

La procédure administrative permet de veiller au respect de la réglementation en vigueur tout en accélérant les échanges et les saisies informatiques par un suivi spécifique de l'ensemble des documents.

Une cellule « blessés en OPEX » a été spécialement mise en place au sein de la SDP.

#### ***h. Un manque d'experts préoccupant***

Le réseau d'experts privés auxquels recourt la SDP se réduit inexorablement, au point d'être aujourd'hui nettement insuffisant. Les désistements affluent, notamment en raison de la faible rétribution de l'expertise, environ quatre fois inférieure à la rémunération consentie par les assureurs, par exemple. À cela s'est ajoutée, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, la fin de l'exonération de la TVA. Bien que cette mesure ne touche que les médecins dépassant un seuil défini, l'effet d'annonce a amplifié le mécontentement des experts.

Or l'expertise est une procédure longue (étude du dossier, prise de rendez-vous, consultation, rédaction et envoi de l'expertise) nécessitant un savoir-faire spécifique et ne pouvant souffrir d'imprécision. Les experts sont aujourd'hui majoritairement des médecins militaires à la retraite ou des civils qui effectuent cette tâche essentiellement par conviction et attachement au monde militaire. Non seulement les délais de traitement se ressentent de la baisse du nombre d'experts, mais, à très court terme, certains dossiers risquent une mise en sommeil par carence d'experts. Ainsi il devient aujourd'hui très difficile de trouver des experts en médecine générale, ophtalmologie ou otorhinolaryngologie.

---

(1) Dossier unique.

Il est donc urgent de trouver des solutions. Des discussions sont en cours entre le ministère de Finances et le ministère de la Défense. Un dossier de revalorisation, initié en 2012 par le ministère de la Défense et relancé depuis l'été 2013, n'a pas abouti.

Une réévaluation a déjà été envisagée dans le cadre d'un projet d'arrêté, non agréé à ce jour. La cotation des expertises simples serait portée de 2 à 3,5 fois la valeur du tarif conventionné qui est de 23 euros, soit de 46 € à 80,50 €, celle des psychiatres, actuellement de 74 € serait portée à 129,50 €, celle des cardiologues de 91,46 € à 160,46 €. Enfin la cotation des surexpertises serait portée de 3 à 4,5 fois le taux conventionné et pour les professeurs de 3,5 à 6 fois.

Une autre piste pourrait être l'absence d'expertise pour des cas ne présentant pas de difficulté ou des expertises sur pièces pour des dossiers très bien documentés, mais le SRE n'y semblerait pas favorable.

### ***i. Les syndromes post-traumatiques et la PMI***

En 2013, 351 dossiers ont été instruits au titre d'un état de stress post-traumatique (ESPT), avec l'admission de 281 dossiers, soit 80 % d'entre eux. Ces dossiers sont également suivis par la commission consultative médicale (CCM) qui en est obligatoirement saisie. La distinction, souvent complexe, entre ESPT et autres troubles psychiques est importante car le premier est considéré comme une blessure, et les seconds le sont comme une maladie, ce qui ouvre des droits différents. L'indemnisation se fait selon le guide barème sur la base d'une échelle à six niveaux qui évalue le niveau d'altération du fonctionnement existentiel :

0 %	absence de trouble décelable
20 %	troubles légers
40 %	troubles modérés
60 %	troubles intenses
80 %	troubles très intenses
100 %	déstructuration psychique totale avec perte de toute capacité existentielle et besoin d'assistance de la société pour assurer la vie quotidienne

Source : SDP.

Aujourd'hui, la majorité des ESPT est évaluée entre 20 et 40 % mais il existe des cas évalués à 100 %. Il est fréquent d'entendre dire que les victimes d'ESPT ne sont pas indemnisées mais la réalité est, la SDP l'a confirmé, que les blessés psychiques ne présentent souvent pas de demande. En effet, ces blessés sont souvent en rupture avec tout fonctionnement administratif et, dans certains cas, incapables de remplir, ou simplement d'envisager de remplir, des formulaires et de se rendre à des convocations. Ils n'y parviennent souvent que s'ils sont aidés. De plus, la nécessité de devoir prouver une fois encore le lien de leur blessure avec le service est vécue comme une nouvelle remise en cause susceptible, si leur

demande est rejetée ou si l'expertise se passe mal, de provoquer une seconde blessure.

### ***j. Le contentieux***

Les contentieux portent soit sur la reconnaissance de l'imputabilité des infirmités au service, soit sur le taux attribué. Le demandeur dispose, à compter de la notification officielle, de six mois pour les résidents en France métropolitaine, sept pour les résidents dans les DROM-COM et huit pour les résidents à l'étranger pour déposer un pourvoi devant le tribunal départemental des pensions.

Ils relèvent du tribunal des pensions (TDP), juridiction administrative spéciale qui siège au sein d'un tribunal de grande instance. Il est composé d'un président, magistrat professionnel en activité ou honoraire et de deux assesseurs, l'un pensionné, l'autre médecin. Contrairement aux juridictions administratives, la procédure devant les TDP est orale et écrite. Cette composition et l'oralité des débats sont très appréciées par les justiciables, qui voient leur recours jugé par leurs pairs et des professionnels de santé et du droit. Néanmoins si cette juridiction favorise ainsi une meilleure prise de compte de la spécificité de la condition militaire, elle peine à donner satisfaction en raison d'une hétérogénéité de fonctionnement et de compétences inégales. Une réflexion est à l'étude pour réduire le nombre de juridictions et en accroître la spécialisation, tout en dématérialisant une partie de la procédure *via* un coffre-fort électronique et des réseaux sécurisés.

Les jugements rendus peuvent faire l'objet d'un appel devant les cours régionales des pensions, dont les arrêts peuvent ensuite être déférés devant le Conseil d'État par la voie du recours en cassation.

L'essentiel des appels formés par la SDP porte sur la reconnaissance de l'imputabilité au service et non sur le taux des pensions. La procédure du recours gracieux est peu utilisée.

## **3. Les axes de progrès**

La SDP, consciente de la nécessité d'améliorer le service rendu, a déjà entrepris plusieurs démarches : l'amélioration du site Internet sur lequel figurent désormais des explications sur la marche à suivre, des imprimés téléchargeables, un guide à destination des experts et un guide barème des invalidités simplifié, ainsi que la mise en place d'une plateforme téléphonique sélective et de boîtes courriels spécialisées pour mieux répondre aux demandeurs.

Par ailleurs, des réflexions sont en cours quant à la possibilité d'un dépôt direct du dossier sans passage par le GSBdD, et au devenir des commissions de réforme, qui pourraient être transformées en une instance de contestation amiable.

L'accélération de la procédure est d'autant plus importante qu'elle conditionne d'autres aides financières, le montant des indemnités délivrées par les



assureurs et le fonds de prévoyance étant calculé en fonction du montant de la PMI.

Indépendamment d'un audit externe qu'ils estiment inéluctable, **il a semblé aux rapporteurs que plusieurs pistes d'amélioration s'imposent.**

La SDP est un service qui n'est visiblement pas stabilisé et peine à absorber les réformes successives ; il serait sage de déterminer une organisation qui tienne compte des enseignements récents et de la laisser en place afin de lui laisser le temps de produire ses effets. Dans le même temps, la déflation du personnel devrait connaître une pause afin de ne pas fragiliser encore la structure.

Par ailleurs, l'information interne et externe doit être une préoccupation majeure. Les sites Internet, et certainement Intranet même si les rapporteurs ne l'ont pas consulté, peuvent être encore améliorés par des harmonisations et des mises à jour. La page *Info blessés familles* est en revanche bien documentée.

Les entités associées à la procédure doivent avoir une véritable connaissance des PMI. Il est indispensable, par exemple, que les guichets de l'ONACVG qui reçoivent les demandes de PMI ne soient pas de simples boîtes aux lettres ; une formation pourrait être dispensée à ses agents à cet effet. L'information du commandement, des cellules d'aide, des services sociaux, du SSA est tout aussi indispensable.

La révision à la hausse de la rémunération des experts semble inévitable. En contrepartie, la SDP doit pouvoir poser des exigences quant au contenu et à la formalisation des expertises et notamment refuser les expertises manuscrites. Par ailleurs, comme cela a déjà été dit précédemment, les cas simples, qui ne soulèvent aucune difficulté, une entorse, par exemple, devraient pouvoir se passer d'expertise, le BEAM pouvant se prononcer sur les pièces produites et le professionnalisme des médecins de CMA et d'HIA. Les économies ainsi dégagées seraient affectées à la revalorisation de la rémunération des experts mandatés pour les cas qui le nécessitent vraiment. Il convient, par ailleurs, d'éviter la multiplication des expertises pour un même cas.

Il manque visiblement une véritable instance de recours amiable avant que le demandeur ne saisisse la justice. La CRPMI, rebaptisée, voire reformatée, pourrait peut-être jouer ce rôle.

Il est regrettable que le logiciel en place ne permette pas de suivre les demandes et les attributions de PMI en fonction du type de blessure.

Enfin, un délai de transmission de cent jours est inacceptable. Il est nécessaire que soient imposés aux services qui transmettent le dossier de demande de PMI des délais auxquels ils ne peuvent déroger (HIA, GSBdD, ONACVG...), la transmission devant faire l'objet d'une traçabilité.

**Les rapporteurs ont entendu des propos extrêmement durs à l'encontre du processus d'attribution des PMI. Certains pensent qu'il est utile de rappeler à la SDP qu'il ne s'agit pas de données purement comptables mais de reconnaissance. Certaines décisions contrediraient l'esprit même du code et des patients voient leur symptomatologie aggravée à l'issue de ce processus qualifié de douloureux.**

#### **4. Une conséquence de la PMI : les soins médicaux gratuits**

L'attribution d'une PMI rend le pensionné éligible aux soins médicaux gratuits et à l'appareillage, au titre des articles L. 115 et L. 128 du CPMIVG.

*Le premier dispose que « L'État doit gratuitement aux titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du présent code les prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui ouvre droit à pension. »*

*Quant à l'article L. 128 du même code, il prévoit que « Les invalides pensionnés au titre du présent code ont droit aux appareils nécessités par les infirmités qui ont motivé la pension. Les appareils et accessoires sont fournis, réparés et remplacés aux frais de l'État tant que l'infirmité en cause nécessite l'appareillage. L'appareillage est effectué sous le contrôle et par l'intermédiaire de l'État. Il est assuré par les centres d'appareillage du ministère des anciens combattants et victimes de guerre. Le mutilé est comptable de ses appareils qui restent propriété de l'État. Les modalités de l'appareillage sont fixées par instruction ministérielle. »*

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, le ministère de la Défense en a délégué la gestion au travers de plusieurs conventions avec la Caisse nationale militaire de sécurité sociale <sup>(1)</sup>, établissement public national à caractère administratif.

##### **a. Un département consacré aux soins médicaux gratuits**

Entièrement financé par des crédits issus du programme 169 « Reconnaissance et réparation en faveur du monde combattant », le département des soins médicaux gratuits (DSMG) de la CNMSS délivre au bénéficiaire une attestation ouvrant droit aux SMG. Il règle, pendant la validité de la pension, l'ensemble des dépenses de soins et des prestations en relation avec les infirmités consignées dans la fiche descriptive des infirmités (FDI), établie par la SDP. L'arrivée de la FDI dématérialisée déclenche la mise en place des SMG. En cas d'attribution d'un taux d'invalidité inférieur à 10 %, le blessé ne touche pas de pension et n'a donc pas droit aux SMG.

---

(1) La CNMSS gère, au 1<sup>er</sup> janvier 2014, plus de 800 000 bénéficiaires, toutes populations confondues.

Au 30 septembre 2014, le département comptait 62 210 pensionnés inscrits, 197 608 dossiers décomptés et 10 339 carnets de soins délivrés. Il emploie 85 agents rémunérés eux aussi sur les crédits du programme 169.

### ***b. Un système simple pour le bénéficiaire***

Le pensionné ne fait pas l'avance des frais qui peuvent être facturés par les professionnels de santé sous trois formes différentes :

– les feuillets du carnet de soins médicaux gratuits, feuillet n° 1 pour les médecins, feuillet n° 2 pour les prescriptions pharmaceutiques, feuillet n° 3 pour les autres prescriptions médicales et les demandes d'accord préalable ;

– la feuille de soins assurance maladie classique comportant, depuis fin 2012, une case L. 115 à cocher ;

– la transmission, opérationnelle depuis mars 2012, d'une feuille de soins électronique (FSE), par les professionnels de santé qui disposent d'un progiciel agréé SESAM-Vitale 1.40 addendum 6 adapté à la facturation des soins médicaux gratuits.

La facturation s'effectue à 45 % *via* le carnet.

Cette variété de supports constitue un risque non négligeable de facturation multiple. Il ne semble toutefois pas aisé d'y remédier, les pensionnés se déclarant très attachés au carnet de soins gratuits et les professionnels de santé n'étant pas tous équipés de la version adéquate du logiciel *SESAM*. **Les rapporteurs sont d'avis qu'il convient de privilégier la dématérialisation, plus sûre, et porteuse d'économies et de gain de temps pour le personnel chargé du traitement des dossiers.**

En matière d'appareillage orthopédique des pensionnés invalides, la mission est dévolue conjointement à la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) et à la CNMSS. Les pensionnés invalides qui nécessitent un appareillage doivent s'adresser au SSA qui assure l'expertise, le conseil et la prescription médicale. La CNMSS gère l'aspect financier.

### ***c. Des soins gratuits dans la limite des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale, à quelques exceptions près***

Les conditions de prise en charge des actes et prestations délivrées au titre des SMG sont identiques à celles prévues dans le cadre de l'assurance maladie. Le paiement des frais s'effectue à 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale (TRSS), sur la base des tarifs et honoraires médicaux et de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) par l'assurance maladie grâce à une procédure de tiers payant en faveur des professionnels de santé.

Certaines prestations bénéficient d'une prise en charge plus favorable : les prothèses dentaires, l'optique médicale, les orthèses, les appareils électroniques

correcteurs de la surdité, les véhicules pour handicapés physiques, le forfait d'hébergement dans le cadre d'une cure thermique, les actes de pédicurie, certains accessoires d'orthopédie et médicaments non remboursables en assurance maladie pour lesquels une demande d'accord préalable est indispensable.

Pour les prestations en lien avec la ou les infirmités pour lesquelles ils sont pensionnés, les bénéficiaires de SMG ne sont pas astreints à la déclaration d'un médecin traitant. Ils sont, par ailleurs, exonérés du forfait journalier hospitalier (article L.174-4 du CSS<sup>(1)</sup>), de la participation forfaitaire sur chaque acte ou consultation (article L. 322-2 paragraphe II du CSS), du dispositif des franchises médicales (article L. 322-2 paragraphe III du CSS) et de la participation forfaitaire de 18 € pour les actes « lourds » (articles L. 174-4 et R. 322-8 du CSS).

Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge. Le patient relève du régime de l'assurance maladie pour les pathologies non pensionnées.

#### *d. Un dispositif de contrôle indispensable*

La DSMG dispose d'une entité chargée d'assurer le contrôle des prestations servies aux pensionnés, le service du contrôle médical, en lien avec les professionnels de santé. Ce service s'assure que les prestations dues sont délivrées selon « les règles d'un exercice correct et loyal de la médecine et de la pharmacie » et s'appliquent exclusivement au soin des infirmités ayant donné lieu à pension. Ils procèdent, pour ce faire, à tous les contrôles – échanges avec les professionnels de santé, contrôles individuels... – estimés nécessaires.

#### *e. Une dénomination mal comprise*

Les SMG font partie intégrante du droit à réparation. Il est donc parfois estimé <sup>(2)</sup> que leur appellation est impropre car la notion de gratuité, au demeurant mal perçue par les non bénéficiaires, évoque davantage un cadeau qu'un devoir de la Nation envers ceux qui ont souffert et souffrent encore pour l'avoir servie. **Les rapporteurs partagent cet avis et suggèrent de revoir le libellé de ces soins.**

### **5. Une nouvelle commission en gestation**

Les besoins de certains bénéficiaires d'une pension d'invalidité non couverts par les articles L. 115 et L. 128, qui ne considèrent que les prestations prises en charge par l'assurance maladie, et, pour le second, les appareils *stricto sensu* et non, par exemple, les aides techniques ou les aménagements, ont suscité une réflexion. En effet, la création des maisons départementales des personnes handicapées en 2005 a élargi le droit à compensation du handicap des personnes handicapées à titre civil alors que le CPMIVG a peu évolué sur ce point.

---

(1) Code de la sécurité sociale.

(2) Point soulevé notamment à l'occasion du colloque sur le soutien médico-social du militaire organisé par la CNMSS et le SSA le 17 novembre 2014 à l'École militaire.

La « commission des prestations complémentaires et des secours » permettrait d'accorder, toujours en lien avec la pathologie pensionnée, la prise en charge complémentaire ou totale de prestations ou de dispositifs (aides techniques facilitant l'autonomie, séances de psychothérapie, audio-prothèses, par exemple).

Au terme d'un décret en Conseil d'État modifiant les dispositions du CPMIVG relatives à la prise en charge de l'appareillage et des soins médicaux gratuits et d'un arrêté en fixant la composition et le fonctionnement, la commission, rattachée à la DRH-MD, pourrait être mise en place auprès de la CNMSS. Son budget <sup>(1)</sup> serait d'environ 2,5 millions d'euros annuels. Un dossier unique sur le mode du DU OPEX pourrait être envisagé.

Le projet a été présenté aux associations, qui en attendent beaucoup.

### **C. L'INDEMNISATION COMPLÉMENTAIRE**

Jusqu'en 2003, était appliquée la règle dite « du forfait de pension » interdisant à tout agent public d'obtenir de son employeur des indemnités complémentaires au titre de préjudices non réparés par le forfait de pension. Les prestations prévues par les textes (pension, capital-décès, fonds de prévoyance, maintien de la solde, prise en charge des dépenses de santé...) réparaient les conséquences d'un accident en service et compensaient l'atteinte à l'intégrité physique et les pertes financières occasionnées.

Deux décisions du conseil d'État, l'arrêt Moya-Caville <sup>(2)</sup> pour les personnels civils et l'arrêt Brugnot <sup>(3)</sup> pour les militaires, ont mis fin à cette règle.

En conséquence, la réparation concédée au titre de la PMI ne fait plus aujourd'hui obstacle à une demande d'indemnisation complémentaire en droit commun portant sur les préjudices résultant d'un accident imputable au service et distincts de l'intégrité physique.

#### ***a. Les préjudices indemnisés***

Les préjudices indemnisés sont différents selon l'absence ou la présence d'une faute de l'État. En l'absence de faute, les préjudices indemnisés sont principalement les souffrances endurées, le préjudice esthétique, le préjudice d'établissement <sup>(4)</sup>, le préjudice d'agrément, ou le préjudice moral pour les ayants droit d'une personne décédée. En présence d'une faute, l'indemnisation complémentaire répare intégralement l'ensemble des préjudices, dont la perte de revenus. La charge de la preuve incombe au demandeur. Les cas de faute invoquée sont rares.

---

(1) Sur les crédits du programme 169 « Reconnaissance et réparation en faveur du monde combattant ».

(2) CE, Ass. 4 juillet 2003.

(3) CE, 1<sup>er</sup> juillet 2005.

(4) Le préjudice d'établissement consiste en la perte d'espoir et de chance de réaliser un projet de vie familiale en raison de la gravité du handicap, selon la nomenclature Dintilhac.

### ***b. Le service instructeur***

Le traitement des demandes relève des bureaux de contentieux indemnitaires et des dommages généraux de la sous-direction du contentieux des affaires juridiques (DAJ) et de structures relevant du service du commissariat des armées (SCA) sur lesquelles la DAJ exerce une autorité fonctionnelle :

– six services locaux du contentieux (SLC) situés à Metz, Villacoublay, Rennes, Bordeaux, Lyon et Toulon ;

– la direction du commissariat outre-mer et étranger auprès des forces de souveraineté ou des forces prépositionnées ;

– la direction du commissariat en OPEX sur les théâtres d’opération.

Les compétences se répartissent en fonction de critères géographiques et de la nature du dossier. Le SLC de Villacoublay traite tous les dossiers OPEX. La DAJ peut, si elle le juge utile, se saisir de tout dossier et traite les dossiers sensibles, les indemnisations de plus de 100 000 euros et les dossiers de décédés en OPEX.

En 2014, les SLC ont reçu 937 demandes d’indemnisation « Brugnot » adressées par des militaires, dont 248 gendarmes. Le nombre de dossiers traités directement par la DAJ n’a pas été transmis.

Il est à noter que le nombre de demandes d’indemnisation au titre d’un syndrome post-traumatiques contracté en OPEX est passé de 71 en 2013 à 126 en 2014, soit une augmentation de 77 %.

### ***c. Le cheminement d’une demande***

La durée moyenne du traitement d’un dossier par les SLC est de 240 jours pour un dossier classique et de 225 jours pour un dossier OPEX.

#### **Le parcours de la demande**

- La demande est adressée au SLC ou à la DAJ.
- Un accusé de réception est adressé à l’émetteur.
- Une demande d’organisation d’expertise est adressée au SSA.
- Une expertise se déroule, à laquelle le demandeur se fait accompagner du médecin de son choix.
- Le médecin expert du SSA rédige un rapport dans lequel les préjudices sont cotés conformément au barème médico-légal.
- Le rapport d’expertise est adressé au SLC ou à la DAJ.
- Une demande de pièces justificatives est adressée au demandeur, le cas échéant.
- Un protocole transactionnel est adressé au demandeur. Il comporte une proposition d’indemnisation préjudice par préjudice, accompagnée de la justification jurisprudentielle ainsi qu’un article de renonciation à tout recours.

- Si le protocole est retourné signé par le demandeur, la DAJ transmet le dossier pour paiement.
- Si la proposition est contestée, les raisons de la contestation sont examinées et le service instructeur revoit ou maintient son offre.

L'état de santé du demandeur doit être consolidé pour être dûment expertisé et un certificat de consolidation est demandé avant l'organisation d'une expertise. Néanmoins dans certains rares cas de blessure lourde, il arrive que soient faites, avant consolidation et à titre dérogatoire, des offres provisionnelles dont le service instructeur s'assure, après avis sur pièces du SSA, qu'elles ne sont pas susceptibles de dépasser l'indemnisation définitive.

La règle de la prescription quadriennale s'applique. Des dossiers pour aggravation peuvent être présentés.

Il est parfois relevé, pour un préjudice en apparence similaire, des disparités d'indemnisation selon les SLC instructeurs. Les indemnisations sont fondées sur la jurisprudence administrative issue de juridictions ne travaillant pas selon un barème commun. Les écarts sont donc inévitables d'un service à l'autre. Dans un souci d'harmonisation, la DAJ diffuse des notes et des jurisprudences de principe aux différentes structures afin de minimiser ces disparités.

#### ***d. La diffusion de l'information sur cette indemnisation***

Les services instructeurs ne vont pas au-devant des demandes et attendent d'être saisis, sauf en cas de décès ou de blessure très grave où ils adressent un courrier aux ayants droit ou au blessé pour les informer de leurs droits.

L'information figure sur la page *Info blessés familles* du site Internet du ministère dans la rubrique *Mes démarches* et les cellules d'aide sont informées. Il semble néanmoins que beaucoup de militaires ignorent encore son existence.

**Les rapporteurs estiment qu'il serait souhaitable de diffuser cette information, non seulement auprès de l'action sociale et des cellules d'aide, mais également auprès du personnel soignant en contact direct avec le blessé.**

## **2. Une expertise commune à la PMI et à l'indemnisation complémentaire ?**

Le nombre d'expertises réalisées tout au long du « parcours du blessé » n'a cessé d'étonner les rapporteurs. Il leur semble donc logique de saluer l'étude annoncée d'une expertise unique pour la PMI et l'indemnisation complémentaire.

Toutefois, il est vrai que la temporalité et le périmètre des expertises sont différents. L'expertise PMI se déroule aujourd'hui souvent à un stade plus précoce<sup>(1)</sup> que l'expertise nécessitée par l'indemnisation complémentaire qui

---

(1) « Le droit à PMI définitive est acquis lorsque la blessure ou la maladie est reconnue incurable ou après la concession de pensions temporaires (d'une durée de trois ans pour blessure ou de neuf ans pour maladie) ». <http://www.defense.gouv.fr/blesses/je-suis-un-blesse/je-suis-blesse-ou-malade-mes-pensions>

considère impérativement un état consolidé. Est-ce à dire qu'il conviendrait de retarder encore le processus de traitement des PMI ? Ce n'est pas concevable. *A contrario*, l'indemnisation complémentaire devrait-elle être systématiquement accordée à titre provisoire avant consolidation, avec révision à terme ? Ce serait alourdir la procédure et contraire à l'esprit de l'indemnisation.

Par ailleurs, la SDP se débat dans des problèmes d'expertise que ne connaît pas la DAJ, qui se dit extrêmement satisfaite du service rendu par les médecins experts du SSA. À qui seraient confiées les expertises communes ? Au réseau d'experts de la SDP, qui se réduit comme peau de chagrin ? Au SSA qui ne pourrait vraisemblablement pas absorber cette charge supplémentaire ?

Beaucoup de questions demeurent donc ouvertes, le droit à réparation devant rester au centre des préoccupations et le blessé ne pas voir ses droits réduits ou leur attribution décalée dans le temps.



## **QUATRIÈME PARTIE : LE SUIVI APRÈS LE DÉPART DE L'INSTITUTION**

Le suivi des blessés après leur départ de l'armée est aujourd'hui le principal défi à relever. Ce suivi est lacunaire, voire inexistant dans la majorité des cas. Or certaines pathologies, tel le syndrome post-traumatique, n'apparaissant qu'après un délai de latence, parfois très long, nécessiteraient un suivi. Un suivi épidémiologique, par l'Observatoire de la santé des vétérans, par exemple, serait d'un grand intérêt en la matière. La volonté de maintenir un lien semble être aujourd'hui une volonté affirmée de tous les acteurs, dont le service de santé des armées qui est aujourd'hui en pleine mutation. C'est pourquoi la future configuration du SSA est présentée ici, ainsi que l'ARD, l'ONACVG qui devra consolider sa place de guichet unique pour les militaires ayant quitté l'institution et l'INI qui accueille les grands invalides et pourrait jouer un rôle important dans un futur pôle consacré aux blessés.

### **A. LE MODÈLE « SSA 2020 »**

Dans un contexte d'intensification des engagements et de contraintes budgétaires, une réorganisation du service de santé des armées est apparue nécessaire pour la poursuite de ses différentes missions. Le nouveau modèle de service, intitulé « SSA 2020 », présenté le 11 décembre 2014 <sup>(1)</sup>, doit permettre au SSA d'améliorer ses performances opérationnelles, médicales et économiques. Ce modèle doit répondre aux ambitions stratégiques de la France, en particulier sa capacité à entrer en premier sur un théâtre d'opération et à s'adapter aux différentes formes d'engagements. Le SSA doit donc se recentrer sur sa mission opérationnelle. Pour ce faire, les actions en France seront réorganisées autour d'une volonté d'ouverture au service public de santé pour devenir un acteur à part entière du dispositif national. Ces mesures devraient améliorer le suivi des militaires blessés au travers d'un parcours de soins cohérent prenant en compte son passage du monde militaire à la vie civile.

#### **1. La préservation de la médecine des forces**

##### ***a. Les CMA de nouvelle génération***

Le maintien de la proximité avec les forces est une dimension essentielle du plan « SSA 2020 ». Dans ce cadre, les CMA, dits de nouvelle génération, deviennent le pivot du parcours de santé. En 2020, 21 CMA de nouvelle génération (contre 54 CMA aujourd'hui) et 180 antennes médicales constitueront la médecine de proximité de l'armée et leurs effectifs seront renforcés de 108 nouveaux postes. Elle comptera ainsi pour 30 % des ressources du SSA en

---

(1) <http://www.defense.gouv.fr/sante/a-la-une/2014/presentation-du-modele-ssa-2020>.

2020, contre 25 % actuellement. Concentrés sur leurs missions opérationnelles, ils donneront la priorité aux activités de médecine générale et à la pratique des soins dans des domaines d'intérêt majeur pour les armées comme les urgences, la prévention des risques sanitaires et l'expertise médicomilitaire.

Cependant, les CMA ne pourront pas prendre en charge seuls le parcours de soins des militaires blessés, notamment après leur départ de l'institution. Ils devront donc s'ouvrir au secteur de santé civil pour organiser un parcours de soins dans la durée.

### ***b. L'ouverture sur le territoire de santé publique***

L'enjeu de l'ouverture au service de santé publique est double. D'abord, le soutien des acteurs de santé publique est indispensable afin d'assurer la disponibilité des personnels du SSA pour leur mission opérationnelle. Ensuite, cette ouverture doit permettre d'entretenir un niveau d'excellence bénéfique aux deux services de santé.

L'ouverture au service public de santé est donc nécessaire à l'efficacité économique et à la performance technique du nouveau modèle du SSA. Cette ouverture permettra au service d'instaurer un dialogue utile avec les structures médicales civiles, de créer des partenariats, de développer des collaborations et de favoriser l'interopérabilité capacitaire. À cet effet, les CMA ont réalisé des projets d'établissement en adéquation avec les agences régionales de santé et les armées. Des formations dans les structures civiles concernant la prise en charge des urgences ont également été envisagées pour maintenir les capacités des personnels des CMA. Les antennes médicales pourraient aussi développer des partenariats dans des domaines intéressant le monde civil et militaire, comme la médecine du sport. De plus, certains CMA, présents dans des zones où la présence médicale est faible, notamment en milieu rural, ont même proposé d'ouvrir leurs portes aux populations civiles. Cette ouverture à une patientèle civile, dans un premier temps aux familles des militaires et au personnel civil de la Défense, aura le triple effet d'accroître l'activité, et, partant, la performance, d'insérer le CMA dans la politique d'aménagement du territoire et de renforcer le lien armée-Nation.

## **2. Les coopérations interhospitalières**

Les restrictions budgétaires vont peser fortement sur les structures hospitalières qui voient leurs effectifs diminuer de 1 900 postes. Ils ne représenteront plus que 46 % des ressources du SSA en 2020 contre 51 % en 2014. Le nouveau modèle hospitalier s'organise autour de huit hôpitaux différenciés selon leur contribution au contrat opérationnel et s'insère dans le service public de santé. Ainsi, deux plateformes hospitalières militaires (Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur <sup>(1)</sup>) recentreront leurs activités sur la prise en charge des blessés en opération tandis que les quatre hôpitaux hors plateformes

---

(1) HIA Percy, Bégin, Sainte-Anne et Laveran.

(Brest, Bordeaux, Lyon et Metz), qui enregisteront une baisse conséquente de leurs effectifs, contribueront à la relève des équipes sur les théâtres d'opération et seront intégrés dans leur territoire de santé *via* des partenariats et des mutualisations avec les structures civiles.

#### *a. Des accords-cadres pour les deux plateformes hospitalières*

L'accueil des blessés en opération extérieure relève directement du SSA. Cependant, cette mission ne peut être assurée sans un soutien fort des établissements de santé assurant le service public hospitalier. En ce sens, un accord-cadre de coopération entre le SSA et l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) a été signé sous l'égide de l'agence régionale de santé. Un accord similaire devrait bientôt être conclu pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Conformément à celui-ci, des actions de coopération vont être mises en place autour des spécialités médicales et chirurgicales offrant des soins susceptibles de répondre au soutien des forces armées. L'objectif de cet accord est de faire bénéficier les blessés en opération des compétences de l'AP-HP et d'organiser un parcours de soins coordonné et efficient sur le long terme entre les hôpitaux militaires et ceux de l'AP-HP. De plus, cet accord prévoit l'insertion de personnels militaires, susceptibles d'être projetés, au sein des établissements de santé publique. Ce personnel sera intégré au sein des équipes médicales des hôpitaux tout en restant en mesure de répondre aux missions opérationnelles. Un dispositif similaire sera également instauré pour optimiser les activités des réservistes opérationnels du SSA.

#### *b. Le développement de partenariats pour les hôpitaux hors plateforme*

Le spectre des activités des hôpitaux hors plateforme va fortement diminuer. Afin de mutualiser les équipements et les équipes médicales, ces derniers développeront des partenariats étroits avec les hôpitaux du service public. Ainsi, les activités ne contribuant pas directement au soutien des forces, comme la cardiologie ou la pneumologie, pourront être conservées en liaison avec le service public hospitalier, notamment sous la forme d'équipes civilo-militaires ou de services mixtes. De plus, la mutualisation permettra de bénéficier d'équipements de haut niveau afin d'offrir des services d'excellence aux patients. Les modalités précises de coopération et de transfert d'activités devront être déterminées conjointement avec les agences régionales de santé, les établissements du service public ou les établissements de santé privés d'intérêt collectif.

**Il semble également aux rapporteurs qu'il convient de mobiliser davantage la réserve afin de donner une souplesse au dispositif.** En OPEX, par exemple, 10 % des médecins et 5 % des personnels paramédicaux sont des réservistes. Le taux est plus élevé pour les autres opérations au sein des forces de présence et de souveraineté.

## B. LA RECONVERSION

D'une manière générale, dans un premier temps, les militaires blessés souhaitent être réinsérés dans leur régiment, sorte de « deuxième famille », ou du moins retourner dans le milieu militaire. Cependant, le type de blessure va considérablement influencer sur ce choix. Ainsi, 75 % des blessés physiques souhaitent la réinsertion dans le monde militaire contrairement à seulement 25 % des blessés psychiques. Pour répondre à cette demande, le ministère de la Défense a créé des postes adaptés pour les réintégrer dans la structure en tant que civils.

De plus dans l'armée de terre, des postes adaptés, comparables au mi-temps thérapeutique civil, ont été instaurés. Il s'agit de 50 postes non comptabilisés dans la masse salariale, répartis sur le territoire, et permettant au blessé de retrouver son régiment tout en poursuivant ses séances de soins. Ce dispositif évite l'isolement du blessé et lui permet de réfléchir à son avenir professionnel. En effet, créés au départ pour favoriser son retour, les mi-temps thérapeutiques ont également pour vocation de représenter une transition plus douce vers le monde civil si le blessé se rend compte de lui-même qu'il ne regagnera plus sa capacité opérationnelle. Aujourd'hui, 42 postes sont utilisés dans ce cadre et représentent un outil innovant à la disposition de l'armée de terre. La formule donne d'excellents résultats puisque 80 % des personnels occupant ces postes reprennent un poste en activité entre six et neuf mois, 15 % reviennent en congé longue durée maladie et 5 % se dirigent vers une reconversion. **Les rapporteurs souhaitent que ces emplois adaptés soient pérennisés.**

Lorsque le blessé décide de s'orienter vers une carrière civile, l'agence de reconversion de la défense (ARD), aussi appelée « Défense Mobilité », lui propose une aide personnalisée. Cette agence interarmées est née, en 2009, de la fusion de structures existantes dans chaque armée. Comprenant aujourd'hui 700 personnels répartis sur 80 sites au plus près des bases militaires, l'agence organise ses actions autour de quatre axes : l'élaboration d'un projet professionnel, l'accompagnement, l'offre de formations et la mise en relation avec des professionnels.

La CABAT indique que 20 % des blessés qu'elle suit se reconvertissement d'eux-mêmes, soit en trouvant un travail, soit en créant leur entreprise.

### 1. Le dispositif général

En premier lieu, les blessés disposent de l'accompagnement mis en œuvre pour les militaires en reconversion. En 2013, sur les 14 000 personnes accompagnées par l'agence, 9 700 se sont reconvertis dans le secteur privé et 2 000 dans le secteur public.

#### *a. L'accès à la fonction publique*

D'abord, les blessés bénéficient du processus dérogatoire d'accès à la fonction publique prévu par les articles L. 4139-2 et L. 4139-3 du code de la

défense. De plus, ils sont exemptés des conditions réglementaires d'ancienneté ou de grade citées dans ces articles.

i. L'article L. 4139-2

Le premier article offre des possibilités de détachements. Ainsi, il dispose que « *le militaire, remplissant les conditions de grade et d'ancienneté fixées par décret [10 ans de service], peut, sur demande agréée, après un stage probatoire, être détaché pour occuper des emplois vacants et correspondant à ses qualifications au sein des administrations de l'État, des collectivités territoriales, de la fonction publique hospitalière et des établissements publics à caractère administratif, nonobstant les règles de recrutement pour ces emplois. Les contingents annuels de ces emplois sont fixés par voie réglementaire pour chaque administration de l'État et pour chaque catégorie de collectivité territoriale ou établissement public administratif, compte tenu des possibilités d'accueil* ».

Les recrutements doivent ensuite être validés par la commission nationale d'orientation et d'intégration qui se réunit une fois par an pour la fonction publique d'État et six fois par an pour les fonctions publiques territoriale et hospitalière.

ii. L'article L. 4139-3

Le second article permet aux militaires blessés ou ayant au moins quatre ans d'ancienneté de bénéficier d'emplois réservés : « *Le militaire, à l'exception de l'officier de carrière et du militaire commissionné, peut se porter candidat pour l'accès aux emplois réservés, sur demande agréée, dans les conditions prévues par le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre* ».

Il faut donc souligner que le recrutement des militaires blessés tient aussi de la mobilisation des élus locaux dans le cadre des emplois réservés.

**b. L'accès au secteur privé**

i. Les emplois privés

Ensuite, les militaires bénéficient des partenariats signés par l'agence avec une cinquantaine d'entreprises dans plusieurs secteurs d'activité. En ce qui concerne les militaires blessés, une vingtaine d'entreprises ont signé également une annexe concernant les candidats en situation de handicap. D'une manière générale, les entreprises sont disposées à engager des blessés physiques réputés pour être fiables et investis d'autant qu'elles doivent recruter des personnes handicapées à hauteur de 6 % de leur effectif global si elles souhaitent bénéficier de certains avantages fiscaux.

De plus, les militaires bénéficient d'un suivi par un chargé des « relations entreprises » de Défense Mobilité qui va les conseiller dans leurs recherches par

rapport au secteur d'activité et la zone géographique envisagés, puis va les accompagner dans leurs premiers mois au sein de l'entreprise.

Parmi les secteurs les plus demandés, 30 % des militaires s'orientent dans le domaine de la logistique et du transport. La sécurité ne figure qu'en cinquième position en raison du caractère souvent précaire des postes proposés.

## ii. Le parcours défense-entrepreneurs

Le parcours défense-entrepreneurs, lancé par l'ARD et le MEDEF, vise à sensibiliser les militaires sur une possible reconversion vers l'entrepreneuriat. Ce partenariat repose sur 22 binômes composés de chefs d'entreprises et de militaires engagés dans un parcours de création ou de reprise d'entreprise.

De plus, l'agence souhaite accompagner les militaires dans leurs démarches. Ainsi, elle favorise l'accès au financement en mettant en relation les militaires avec de possibles investisseurs et accompagne ceux-ci dans les premières années de leur projet.

## 2. Un accompagnement particulier pour les blessés en opération

En 2012, le ministère de la Défense a engagé un effort important pour améliorer et renforcer l'accompagnement des militaires blessés en opération et de leur famille, afin de traduire la reconnaissance de la France pour les sacrifices consentis par ceux-ci.

### *a. Des référents « blessés » au sein de l'agence*

Dans ce cadre, un référent national pour les blessés et un suppléant dans chacun des six pôles régionaux ont été nommés au sein de l'agence de reconversion de la Défense afin de faciliter le suivi des blessés.

Pour accompagner au mieux les blessés dans leur reconversion, leur suivi est organisé en lien étroit avec les cellules d'aide aux blessés qui les mettent en relation avec l'ARD et le service de santé des armées pour respecter les étapes de reconstruction physique et psychique du blessé. Aujourd'hui, 170 militaires blessés en opération sont suivis par l'ARD. Pour chacun d'entre eux, un suivi particulier est mis en place par un conseiller spécialisé.

### *b. Une offre de prestations sans condition*

Avant les nouvelles réglementations impulsées par le ministère de la Défense, seuls les militaires en activité ou rayés des contrôles depuis moins de trois ans et comptant au moins quatre ans de service pouvaient bénéficier des services de l'ARD. Les autres devaient se diriger vers Pôle Emploi. En 2012, ces conditions ont donc été supprimées pour les blessés, physiques ou psychiques, en opération extérieure ou intérieure.

Tout d'abord, la condition de quatre ans d'ancienneté a été supprimée pour les blessés en opération par la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique.

Ainsi, l'article L. 4139-5 modifié du code de la défense dispose que « *sauf faute de la victime détachable du service, le militaire blessé en opération de guerre, au cours d'une opération qualifiée d'opération extérieure dans les conditions prévues à l'article L. 4123-4, d'une opération de maintien de l'ordre, d'une opération de sécurité publique ou de sécurité civile définie par décret peut, sur demande agréée et sans condition d'ancienneté de service, bénéficier de dispositifs d'évaluation et d'orientation professionnelle destinés à préparer son retour à la vie civile et d'une formation professionnelle ou d'un accompagnement vers l'emploi, destinés à le préparer à l'exercice d'un métier civil* ».

Ensuite, dans le prolongement de cette loi, l'ensemble des prestations d'accompagnement est aujourd'hui accessible à tout militaire blessé en opération sans limite de temps, y compris dans le cas d'un congé de longue durée pour maladie ou d'un congé longue maladie. Précédemment, ces militaires ne bénéficiaient des services de l'ARD que jusqu'à trois ans après leur départ de l'armée.

### ***c. Un bilan mitigé***

#### ***i. Un taux de reconversion restant faible***

Le taux de reconversion des militaires blessés est relativement faible. Ainsi, en 2014, l'ARD a placé 13 blessés et, en 2013, seulement cinq blessés ont été reconvertis, quatre dans le secteur privé et un dans le public. Ce résultat s'explique en partie par un processus de reconversion plus long pour les blessés, car il comprend souvent plus d'entretiens avec les conseillers et peut être interrompu par des périodes d'hospitalisation ou de rééducation. De plus, les blessés psychiques ont plus de difficulté à élaborer un projet professionnel solide et les entreprises sont plus réticentes à les embaucher en raison de l'imprévisibilité de leurs troubles. Leur taux d'échec aux entretiens d'embauche est donc plus important.

Trois expériences de reconversion sont actuellement menées au profit de blessés psychiques avec les entreprises Michelin, Renault Trucks Defense et Areva. **Les rapporteurs saluent cette initiative et souhaitent que les entreprises partenaires de la défense s'investissent toujours plus en ce sens.**

Le personnel de l'ARD, qui a par ailleurs fort à faire pour gérer les nombreux départs actuels, se trouve parfois désemparé face aux blessés psychiques dont les problèmes sont souvent complexes à appréhender et nécessiteraient une approche spécifique à laquelle il n'est pas formé.

## ii. Un périmètre d'action limité

Ensuite, le périmètre de ce droit dérogatoire est à remettre en question dans la mesure où il ne prend pas en compte tous les blessés en service, dont les blessés en opération ne représentent pourtant qu'une faible proportion. Ainsi, s'ils n'ont pas accompli quatre ans de service, ils ne pourront pas bénéficier des prestations de l'ARD mais seulement de celles de Pôle Emploi. La difficile reconversion de ces militaires, également blessés dans l'exercice de leur fonction, pose un problème fondamental dans le dispositif actuellement mis en place.

### 3. Les offres de formation

En fonction du projet professionnel et des compétences du militaire, celui-ci peut bénéficier d'une formation. Aujourd'hui, 3 000 militaires sont actuellement en formation dans des domaines très variés. Ainsi, en 2013, 490 formations dans 59 domaines (transport, bâtiment, logistique, sécurité, etc.) ont été proposées. Pour dispenser ces formations, l'ARD s'appuie sur une vingtaine de prestataires. Les principaux centres sont ceux de ONACVG, qui vont passer sous d'autres tutelles, l'association nationale pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) et le centre militaire de formation professionnelle, situé à Fontenay-le-Comte et relevant de l'ARD.

Les contrats d'assurance souscrits par les militaires financent également des formations.

## C. CONSERVER UN LIEN : L'ONACVG COMME GUICHET UNIQUE

L'ONACVG est informé de l'arrivée de nouveaux blessés par le gouverneur militaire de Paris et se met en ordre de marche pour agir dans leur parcours de reconstruction de manière immédiate et durable.

Tous les blessés en opération <sup>(1)</sup> deviennent ressortissants de l'ONACVG en recevant automatiquement leur carte de combattant. Les autres militaires peuvent obtenir leur carte s'ils ont participé à une unité combattante pendant 90 jours ou à neuf actions de feu et de combat. Aujourd'hui, trois millions de personnes sont ressortissantes de l'ONACVG dont 1,4 million de combattants <sup>(2)</sup>. En tant que ressortissant, le blessé bénéficie des diverses actions menées par l'ONACVG. Ainsi, l'Office est responsable de l'attribution des cartes d'invalidé permettant notamment une réduction dans les services de transports publics (38 000 cartes en circulation à la fin de l'année 2013) et de l'instruction de la carte de stationnement. L'ONACVG offre également des aides à la précarité, à la reconversion et accompagne le blessé dans ses démarches administratives de

---

(1) Au titre d'une blessure homologuée comme blessure de guerre ou d'une blessure survenue en unité combattante.

(2) L'ONACVG s'occupe également des pupilles de la Nation et des familles des militaires décédés.



demandes de PMI. De plus, il finance de nombreuses activités menées par les cellules d'aide aux blessés *via* son association, « Le Bleuet de France ».

Néanmoins, la fonction cruciale de l'ONACVG est sa mission d'accompagnement des militaires une fois qu'ils ont quitté l'institution. Afin de faciliter le suivi, l'office souhaite, et doit, s'imposer comme le référent unique vers lequel les anciens combattants blessés peuvent se tourner. Il s'agit d'un défi ambitieux et indispensable.

### **1. Un pari difficile mais réalisable**

De nombreuses avancées ont permis de concrétiser la volonté de l'ONACVG de se présenter comme le référent unique pour les anciens combattants blessés.

#### ***a. Une prise de conscience des armées***

En raison d'une relation avec l'armée qui n'était pas toujours simple, l'office s'est trop longtemps consacré uniquement aux anciens combattants des guerres précédentes. En effet, les armées ont longtemps considéré que le suivi des militaires blessés était l'une de leurs prérogatives, reléguant de fait l'ONACVG à un rôle de sponsor, *via* son association « Le Bleuet de France » pour le financement de certaines actions d'aide aux blessés. Cependant, l'augmentation du nombre de blessés ces dernières années, a suscité au sein des armées une prise de conscience de l'importance des activités de l'ONACVG, ce qui a permis de poser le premier jalon sur la voie menant l'office au guichet unique.

#### ***b. La diffusion de l'information***

Seule une meilleure communication peut permettre de faire de l'ONACVG un guichet unique vers lequel pourront se tourner les militaires ayant quitté l'institution pour bénéficier des aides auxquelles ils ont droit et être orientés vers les services appropriés. La visibilité du référent « anciens combattants » est d'autant plus importante que les acteurs sont nombreux et qu'émergent les blessés psychiques dont les troubles peuvent apparaître longtemps après leur départ des unités.

##### **i. Le lancement de campagnes de communication**

Ainsi, pour devenir le référent des blessés ayant quitté l'institution, encore faut-il que l'existence et le rôle de l'Office soient connus. Malheureusement, le déficit d'information sur les droits associés au statut d'anciens combattants est un frein majeur à ce projet.

Pour pallier ce problème, l'ONACVG a lancé une campagne de communication en intervenant dans les régiments pour informer les militaires. De plus, il a mis en œuvre la *Journée de solidarité du monde combattant* dans tous les départements français pour se faire connaître en tant que maillon de la chaîne du

dispositif de prise en charge des blessés, en amont, avec l'information sur les droits associés au statut d'anciens combattants et, en aval, avec leur suivi après le départ de l'institution.

ii. Le développement de partenariats

Pour compléter ces campagnes de communication, l'ONACVG a également développé des partenariats avec les armées. Dans ce cadre, l'Office a signé, cette année, deux conventions avec l'armée de l'air et la marine dans lesquelles les cellules d'aide aux blessés s'engagent à informer les blessés des actions conduites par l'ONACVG afin de faciliter leur prise en charge après leur départ de l'armée. Une convention similaire devrait être signée avec l'armée de terre au cours du premier semestre 2015. Un partenariat avec les armées est donc en marche et permettra de travailler sur l'avenir du dispositif.

Cette volonté partenariale ne s'arrête pas à ces conventions. Il existe une véritable volonté de créer une communication de réseau entre tous les acteurs concernés. En effet, l'ONACVG, guichet unique à proximité des militaires, devra s'appuyer sur les réseaux du SSA, de l'action sociale de la Défense, des cellules d'aide aux blessés, des associations..., afin d'assurer un suivi complet des blessés. De plus, cette interconnexion permettra une meilleure lisibilité du dispositif par la définition claire du rôle de chaque acteur.

***c. La participation à la reconnaissance de la Nation***

Le sentiment de reconnaissance est indispensable, les rapporteurs l'ont déjà affirmé, pour la reconstruction du blessé, peut-être encore davantage après son départ de l'institution. L'ONACVG, en tant qu'organisation créée par les anciens combattants pour les anciens combattants, comprend parfaitement ce besoin et travaille activement en ce sens. Il s'agit en premier lieu d'écouter et d'aider les anciens combattants à se confier afin de leur donner la place importante qu'ils méritent pour avoir souffert pour la France, notamment grâce aux 18 missions interdépartementales de mémoire et de communication.

L'importance de ce travail de reconnaissance a été démontré lors de la commémoration de l'attaque du Drakkar en prenant contact avec tous les survivants pour leur apporter une aide personnalisée et vérifier, sans créer de nouveaux droits, que les blessés ont bien bénéficié de l'ensemble des droits auxquels ils pouvaient prétendre, pour éventuellement les diriger vers le SSA ou les assistants de service social. Les rapporteurs espèrent que ce travail se poursuivra pour les cohortes d'Uzbin, de Bouaké, de Guan et du pont de Nijrab. Ils tiennent toutefois à souligner l'extrême difficulté de cette tâche et l'importance de s'assurer que les actions en direction de ce public particulièrement fragile sont bien suivies d'effet et poursuivies dans la durée, afin de lui épargner une nouvelle rupture et une nouvelle désillusion qui seraient très dommageables.

Au-delà de la nécessité de reconnaissance de la part de la Nation, les anciens combattants ont également besoin de donner un sens aux opérations

auxquelles ils ont participé et ils ont besoin de savoir qu'ils n'ont pas souffert en vain. Le suivi assuré par l'ONACVG a pour objectif d'apporter une réponse durable pour permettre à l'ancien combattant de se réinsérer dans la société civile dans les meilleures conditions possibles.

## **2. Des réformes encore nécessaires**

Malgré ces avancées, des réformes sont encore nécessaires pour faire de l'ONACVG un véritable guichet unique pour tous les anciens militaires blessés.

### ***a. Recentrer ses activités sur sa mission de référent***

Aujourd'hui, l'ONACVG est constitué de 105 services de proximité et de 18 établissements médicaux-sociaux, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et écoles de reconversion professionnelle. Une nouvelle étape sur la route du guichet unique des anciens combattants consiste en une restructuration organisationnelle de l'ONACVG pour recentrer ses activités sur cette mission.

#### **i. La cession des établissements médicaux-sociaux**

Dans ce cadre, et en adéquation avec le chantier de modernisation de l'action publique, l'Office va céder ses maisons de retraite et ses écoles de reconversion à d'autres organismes publics. Cette mesure de rationalisation des moyens semble nécessaire, étant entendu que ces établissements sont fréquentés par moins de 1 % de ressortissants du monde combattant.

#### **ii. Un maillage territorial repensé**

De plus, il est important que l'ONACVG conserve un maillage territorial important, avec au minimum un bureau par département pour continuer un travail de proximité avec les anciens combattants. Cependant, le nombre précis de services de proximité et d'effectifs par département doit être repensé selon les besoins pour établir un maillage plus rationnel adapté au nombre de ressortissants à soutenir. À cet égard, une étude monographique est actuellement réalisée.

**Les rapporteurs estiment qu'il faudra non seulement adapter les structures départementales mais qu'il faudra également former le personnel qui, de fait, exercera de nouvelles fonctions.**

### ***b. Augmenter la représentativité de son conseil d'administration***

Le conseil d'administration doit représenter davantage les nouvelles générations de combattants pour être davantage en prise avec leurs préoccupations et leurs attentes. En effet, à l'heure actuelle, les associations d'anciens combattants représentent plus de la moitié du conseil d'administration de l'ONACVG. Les jeunes militaires blessés pourront accéder au conseil d'administration soit par la voie institutionnelle, soit en s'organisant en association. Dans deux ans

l'ONACVG fêtera ses cent ans, ce qui pourrait être l'occasion de revoir la composition du conseil pour que l'Office prenne en main ses nouvelles fonctions.

**Les rapporteurs souhaitent, par ailleurs, que soit engagée une réflexion sur le suivi des anciens militaires blessés qui n'en seraient par ressortissants. Il s'agit vraisemblablement d'un public peu nombreux mais qu'il convient de prendre en compte dans la perspective du suivi durable auquel ils ne devraient pas échapper.**

#### **D. L'INSTITUTION NATIONALE DES INVALIDES**

L'Institution nationale des invalides s'articule autour de trois fonctions : un lieu de vie pour ses pensionnaires, un lieu de soins et un centre d'études consacré à l'appareillage.

Les rapporteurs se sont rendus à l'INI. Les difficultés que rencontre l'institution ne leur étaient pas inconnues et elles ne sont pas le sujet de ce rapport. Néanmoins ils ont senti un réel désarroi du personnel, qui est inquiet et semble souffrir tout à la fois d'une absence de dialogue et d'un manque de perspectives. Les rumeurs se développent dans ce climat peu propice à un travail serein au sein d'un établissement donnant le sentiment d'être peu considéré et peu associé aux projets qui le concernent.

Cette institution présente pourtant un réel intérêt dans le cadre de la prise en charge des blessés qui peuvent être soit des blessés âgés devenant pensionnaires, soit de jeunes blessés bénéficiant du service de médecine physique et de réadaptation. Ainsi le centre des pensionnaires a-t-il accueilli en 2013 quatre jeunes blessés en OPEX. Les soins et les équipements sont parfaitement adaptés et de grande qualité, comme en ont témoigné les patients et les pensionnaires rencontrés par les rapporteurs.

L'INI a également l'avantage de comporter le centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés (CERAH) précédemment évoqué dans le rapport. **Les rapporteurs souhaitent par ailleurs attirer l'attention sur les blessés médullaires, souffrant notamment d'escarres, une pathologie qui ne serait plus prise en charge ailleurs qu'à l'INI. Il s'agit certes de patients lourds et coûteux, nécessitant de nombreuses interventions humaines, mais les rapporteurs estiment qu'il n'est pas acceptable que leur prise en charge soit négligée.**

De plus, dans la perspective de la co-localisation des cellules d'aide aux Invalides, l'INI a un rôle important à jouer en raison de sa charge symbolique, de sa proximité et des prestations qu'elle pourrait fournir si un pôle blessés devait voir le jour.

## **CINQUIÈME PARTIE : LA PROBLÉMATIQUE DES BLESSURES INVISIBLES, ENJEU MAJEUR POUR LA DÉFENSE**

Obusite, traumatisme de guerre lors de la première guerre mondiale, à l'issue de laquelle auraient été recensés 14 500 blessés psychologiques, ou encore névrose de guerre étaient déjà connus. Il a pourtant fallu attendre 1992 pour qu'un décret reconnaisse enfin, pour la première fois, le traumatisme psychique comme blessure de guerre. Cependant, il faudra encore constater le durcissement de l'engagement en Afghanistan, et son impact sur l'opinion publique, pour qu'une véritable politique d'accompagnement des blessés psychiques voie le jour. Face à l'ampleur du phénomène, le ministère de la Défense a élaboré, en 2011, un premier plan d'action. Celui-ci érige au rang de priorité la prise en charge des troubles psychiques. En effet, la qualité et la précocité de cette dernière jouent un rôle déterminant pour limiter l'impact de ces troubles sur la capacité opérationnelle des soldats. Le plan 2013-2015 « Troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées » constitue la seconde étape de cette volonté politique. Il vise à améliorer la prévention santé des militaires tout en renforçant leur soutien médical et psychosocial, ainsi que celui de leur famille.

Répondant à plusieurs dénominations<sup>(1)</sup>, la blessure invisible est aujourd'hui au cœur des préoccupations du ministère de la Défense. Parmi de nombreuses définitions, elle peut notamment être caractérisée comme une effraction de l'irreprésentable dans le psychisme, tel que la confrontation directe à un événement violent et à la mort.

### **A. L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE DANS LES ARMÉES**

Les blessures psychiques dans l'armée sont difficiles à quantifier malgré une prise en compte de plus en plus importante au sein de l'institution. Il est de fait impossible de connaître le nombre exact de militaires souffrant aujourd'hui de troubles psychiques. Cependant, le SSA dispose, depuis quelques années, d'un instrument de recueil épidémiologique hebdomadaire en matière de troubles psychiques en relation avec un événement traumatique, la fiche F5

Le tableau ci-dessous présente le nombre de cas de stress post-traumatique déclarés chaque année.

---

(1) État de stress post-traumatique (ESPT), syndrome de stress post-traumatique (SSPT), troubles psychiques post-traumatiques (TPPT), post-traumatic stress disorder (PTSD).

2007	10
2008	26
2009	55
2010	136
2011	298
2012	282
2013	359

Source : Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (CESPA).

Au total, plus de 1 000 pathologies psychotraumatiques se sont déclarées depuis 2007, dont 80 % liées à l'engagement en Afghanistan. La tendance en 2014 est en légère baisse puisque fin avril, 110 cas ont été recensés contre 140 à la même date l'année dernière.

Ces fiches hebdomadaires recensent deux types de troubles distincts : les troubles aigus et les troubles chroniques. L'état de stress aigu est constitué de réactions psychopathologiques immédiates et brèves, durant quelques jours à quelques semaines. En revanche, l'état de stress post-traumatique chronique peut se révéler tardivement et se prolonger dans la durée. Ses manifestations cliniques sont : les cauchemars, les reviviscences diurnes, les flashes, les conduites d'évitement et les réactions de sursaut. Un indicateur intéressant pour évaluer le nombre de militaires atteints de troubles psychiques durables est le nombre de militaires actuellement en congé longue durée maladie pour état de stress post-traumatique, qui est de 287.

Il est difficile d'établir un profil des militaires atteints de troubles psychiques. Cependant, l'apparition de troubles est corrélée à l'intensité et à la répétition des combats, aux blessures physiques et au nombre de morts au sein de l'unité du militaire concerné.

Ainsi, certaines activités sont identifiées à risque, comme la manipulation et la découverte de cadavres. À ce titre, les gendarmes déployés en OPEX sont particulièrement concernés puisqu'ils réalisent des missions d'expertise et de police judiciaire. Confrontés à un environnement difficile (crash d'avion, exécutions, fosse commune...), ils sont en contact avec la mort au quotidien et soumis à des visions choquantes beaucoup plus fréquemment que ne le sont d'autres militaires. Ils constituent donc une population à risque en matière de syndromes post-traumatiques.

Il est également avéré que des antécédents psychiatriques sont un facteur de risque considérable d'où l'importance de la visite médicale d'aptitude avant le départ en opération. De plus, un certain nombre de facteurs aggravants peuvent venir diminuer la capacité de résilience<sup>(1)</sup> du militaire : le sentiment d'iniquité, l'incompréhension des décisions du commandement, l'ambiguïté ou l'absence de sens donné à la mission, le manque de soutien perçu, le décalage entre l'attente et

---

(1) « La résilience est la capacité d'une personne à se développer, à continuer de se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles et de traumatismes parfois sévères ». [Manciaux, Vanistendael, Lecomte et Cyrulnik (2001)].

la réalité ainsi que le manque de reconnaissance. Lorsqu'un de ces « multiplicateurs de stress » apparaît, les difficultés de la mission jusqu'alors tolérées (conditions de vie, confrontation avec la mort) peuvent engendrer des troubles psychiques.

C'est un sous-officier aguerri qui a participé à de multiples opérations sur tous les théâtres. Il a vécu beaucoup de pertes autour de lui en Afghanistan. Il a participé sur le terrain à l'évacuation des blessés et des morts, à leur identification, entre les embuscades. Un jour, après un nouvel accrochage qui a fait neuf morts dont quatre de son régiment, il n'a plus pu dormir et s'est mis à faire du sport en pleine nuit, de la musculation, pour tomber de fatigue. Il a vu un médecin sur le théâtre mais a refusé les médicaments et il a tenu jusqu'à la fin du mandat. De retour du sas de Chypre, qu'il a vécu comme un sas de compression en raison de l'emploi du temps trop chargé pour lui, il ne supporte plus le bruit, surtout la musique d'ambiance du supermarché. Il est en colère, agressif. Le divorce est évoqué. Il s'abrutit dans le travail, part tôt le matin, rentre tard le soir. Il n'est pas suivi médicalement. Il doit tout à l'institution, il a été cité. Jusqu'au jour où, lui qui respecte tant la hiérarchie, a une vive altercation avec son commandant d'unité qui l'envoie consulter un psychologue réserviste. Il est hospitalisé une journée puis, au cours de huit mois d'arrêt, onze fois pendant une semaine. Il prend un traitement, perd ses repères, la mémoire. Il ne supporte pas qu'on le regarde. Il sait ce que pensent les autres car il a été comme eux, il est le jugeur jugé. C'est dur. Au bout de 17 ans d'armée, on ne va pas voir le médecin ou l'assistante sociale. Depuis trois ans, il est en quelque sorte resté en Afghanistan. Les médicaments l'enferment dans sa grotte, il fait des cauchemars. Il a participé au stage CREBAT de réentrainement à l'automne, qu'il a trouvé exceptionnel.

## **B. LES DÉFIS DU TRAITEMENT DES BLESSURES INVISIBLES**

Le traitement de ces blessures représente un défi car, au-delà de leur invisibilité, elles se développent après un temps de latence en affectant la personnalité des militaires, qui s'isolent dans le silence.

### **1. L'apparition de la blessure en différé**

La caractéristique première des troubles psychiques est le délai de déclenchement, phase de latence entre la confrontation avec l'événement et le développement du trouble, qui peut durer jusqu'à une dizaine d'années. Cependant, cette spécificité est mise en perspective par l'étude du centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (CESPA) publiée en mars 2013. En effet, 50 % des troubles surviennent dans le mois suivant l'événement traumatique, 65 % dans les trois mois et 95 % un an plus tard. Ainsi, pour la grande majorité des blessés psychiques, les troubles apparaissent relativement tôt après le choc traumatique. Les visites systématiques trois mois après le retour en France semblent donc pertinentes.

## 2. Les changements de comportement

La blessure invisible s'accompagne de troubles du comportement affectant la vie sociale du militaire : sentiment d'insécurité permanente, hypervigilance, irritabilité, agressivité, repli social (évitement, enfermement) et perte de repères. Dans la durée, les troubles psychiques peuvent s'accompagner de pathologies associées : dépression, anxiété, hypertension, diabète, obésité et tout type d'addictions. Ainsi, la blessure psychologique se prolonge et évolue dans le temps. Elle nécessite un traitement et un suivi dans la durée.

## 3. Le silence des intéressés et l'absence de demandes de soins

Les militaires sont souvent réticents à demander de l'aide. Plusieurs facteurs expliquent ce silence : la méconnaissance des symptômes, le caractère indicible de l'expérience vécue, la honte, la culpabilité ou la crainte au regard de l'aptitude. La campagne de sensibilisation des militaires est ainsi indispensable. D'ailleurs, depuis la mise en place du premier plan d'action du gouvernement, certains progrès ont été observés puisqu'aujourd'hui, 51 % des demandes de soins sont faites par les militaires eux-mêmes, contre 27 % suite au dépistage, 14 % émanant de l'entourage, 13 % émanant du commandement et 1 % à la suite d'une évacuation médicale.

Il a fait six missions. Il faisait partie des soldats victimes d'un attentat pendant une séance de sport en Afghanistan. Il y a cinq morts et quinze blessés. Il est dirigé vers l'hôpital de KaIA, opéré, puis rapatrié à l'HIA de Bégin. La CABAT est là, très vite, à son chevet. Il rentre chez lui, tout va bien, c'est un mauvais moment à passer. Il est muté. Il se retranche dans sa « grotte », il ne peut pas faire les courses, il ne sort plus. Ce n'est plus vivable, sa femme le quitte. Il se sent soutenu par son régiment. Il se trouve huit mois en arrêt maladie. Il n'a plus d'envie, de motivation, subit des addictions. Au régiment peu de personnes savent de quoi il souffre et très peu savent que les victimes de syndrome post-traumatique sont des blessés et pas des cas sociaux, des « cassos ». Il est exempté de tout, des séances de sport, qu'il fait à son rythme, de tir, des OPEX. Il est à part. Il est hospitalisé. Il a arrêté les cachets et fait des séances d'EMDR<sup>(1)</sup> avec un psychologue militaire. Il ne veut pas être un assisté : un militaire ce n'est pas cela, c'est un guerrier, un gagnant, dans un moule et tous ceux qui en sortent sont considérés comme faibles par leurs camarades.

## 4. Le choix de quitter l'institution et le risque de rupture

Le traumatisme a souvent un effet de rupture avec le système militaire. Ainsi, seuls 25 % des blessés psychiques souhaitent poursuivre leur carrière dans l'armée, contre 75 % pour les blessés physiques. De plus, certains militaires sont contraints au départ en raison de la perte de leur capacité opérationnelle.

Une fois sortis de l'armée, beaucoup de militaires dans cette situation n'ont plus de contact avec l'institution et ne reçoivent pas les soins adaptés à leur

---

(1) Eye movement desensitization and reprocessing.



blessure, ce qui entraîne parfois des effets désastreux sur leur vie familiale et professionnelle. On observe toutefois que les sentiments vis-à-vis de l'institution sont ambivalents et évoluent dans la durée. Si dans un premier temps, et c'est compréhensible, le militaire, qui s'estime rejeté, rejette à son tour l'institution, il semble que, les années passant, toujours en quête de reconnaissance, il tende à s'en rapprocher. C'est là que le suivi de proximité dans les CMA, en lien avec les structures médicales civiles, tel que le préconise le projet SSA 2020, prend tout son sens.

Le docteur Christine Roullière-Le Lidec définit ainsi l'ESPT dans son mémoire de diplôme universitaire intitulé « *Quels liens peuvent être établis entre l'institution militaire et la société civile pour le militaire ayant un syndrome post-traumatique de retour d'OPEX ?* »

Un événement est dit potentiellement traumatique lorsqu'il y a confrontation avec la mort pour soi ou pour autrui. Une effraction du psychisme peut se produire. Nous parlerons alors de blessure psychique. (...) « *C'est un phénomène qui bouleverse le psychisme en réponse à un événement qui implique une menace de mort, ou une altération de l'intégrité physique ou psychique, comme, par exemple, une agression individuelle, un viol, un accident grave, une embuscade, un attentat, une catastrophe* » selon le professeur Crocq. Le syndrome de stress post-traumatique est un ensemble de symptômes survenant à distance d'un événement traumatique (confrontation avec la mort pour soi, pour un proche, pour un groupe), symptômes plus ou moins réversibles pouvant invalider la vie relationnelle et professionnelle. (...)

La clinique comporte trois volets essentiels :

– le syndrome de répétition comprenant sept manifestations : des reviviscences hallucinatoires, des reviviscences par illusion, des souvenirs forcés, la rumination mentale, le vécu, comme si l'événement allait se produire, l'agir, comme si l'événement se reproduisait, le cauchemar de répétition et souvent le somnambulisme ;

– l'altération de la personnalité (...);

– des symptômes non spécifiques : une asthénie physique, psychique et sexuelle, une anxiété, un syndrome psychonévrotique (crises ou conversions hystériques, phobie, rituels obsessionnels), des plaintes somatiques et psychosomatiques, des troubles des conduites alimentaires, addictions, auto et hétéroagressivité.

## C. LE DISPOSITIF DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

### 1. La prévention

Il est important de préciser que, fort heureusement, la plupart des soldats ne souffrira jamais de syndrome post-traumatique et que, en réponse à ceux qui craignent la stigmatisation, la population militaire n'est pas plus fragile qu'une autre. Elle se trouve simplement, en raison des spécificités de la condition militaire, confrontée à des situations et des environnements hors du commun.

La politique de prévention s'adresse donc à tous les militaires et s'appuie sur trois composantes.

### ***a. La prévention primaire***

L'objectif de la prévention primaire est de réduire au maximum l'apparition des troubles psychiques dans les armées. Dans ce cadre, les militaires sont d'abord durement entraînés pour faire face aux situations difficiles auxquelles ils seront confrontés sur le terrain. Les mises en condition opérationnelles visent notamment à améliorer la résistance des forces à l'environnement de combat tandis que les visites d'aptitude doivent éviter le déploiement de militaires à risque, c'est-à-dire présentant des facteurs favorisant l'apparition de troubles psychiques (antécédents psychiatriques, difficultés familiales...).

Certains interlocuteurs des rapporteurs estiment qu'il serait nécessaire d'organiser à destination des soldats des séances d'information abondant, parmi d'autres sujets, le thème de la mort, celle qu'ils ont le pouvoir exorbitant de donner légalement, et celle qu'ils ont accepté de recevoir. Ceci pourrait, dans une certaine mesure, atténuer le choc visuel du contact avec la mort, susceptible de provoquer par la suite des syndromes post-traumatiques, dont le déclenchement est toutefois beaucoup plus complexe. D'autres pensent que ce serait inutile, voire contre-productif. Les formations dispensées aux militaires avant leur déploiement en OPEX ont néanmoins pour but de prévenir, du moins d'atténuer, l'effet de ce choc. Cependant, il reste difficile de préparer les militaires, au demeurant souvent très jeunes, car, au moment du départ, ils ressentent tous un sentiment d'immortalité qui est en quelque sorte consubstantiel de leur mission. L'effort est donc concentré sur la communication en matière de dispositif de soutien et de l'importance de la parole, car la précocité de la prise en charge des blessés psychiques est un élément déterminant dans leur guérison.

Enfin, il est intéressant de noter que la marine conduit cette prévention dès le recrutement avec la participation de son service de soutien psychologique. Les marins sont les seuls à bénéficier d'une visite psychologique lors de leur recrutement. Cette visite consiste en un entretien individuel et des tests psychotechniques. Elle permet de mesurer la qualité d'investissement et les ressources du candidat, contribuant à un taux de résiliation très bas des contrats.

### ***b. La prévention secondaire***

Elle vise à réduire de manière significative la durée et l'intensité des troubles engendrés. Le SSA élabore des traitements de l'avant afin de prendre en charge rapidement les troubles de stress aigus, pour qu'ils ne se transforment pas en stress chronique. Ainsi, un traitement par loxapine, un neuroleptique, est aujourd'hui au stade de l'essai clinique pour permettre aux soldats de rejoindre rapidement leur régiment.

### ***c. La prévention tertiaire***

La prévention tertiaire a pour but de réparer la souffrance mentale du militaire et d'éviter les rechutes. Cependant, il n'existe pas de mécanismes identifiés expliquant les rechutes. Des études sont actuellement en cours à

l'institut de recherche biomédicale des armées (IRBA) pour établir leurs facteurs d'apparition.

Il est auxiliaire sanitaire. En Afrique, il est au contact de la population, il voit des enfants qui meurent dans les bras, des exécutions sommaires. À la fin d'une mission, il rentre chez lui et passe de 45° à -10°. C'est un choc. Il doit très vite redevenir chef de famille. Au bout de trois semaines il repart à Sarajevo. La tension est palpable. Il subit tous les jours le passage des check-points, un combattant ivre lui pointant un pistolet sur la tempe. Tout est dangereux. Les snipers tirent sur les toilettes de campagne. On hésite à retirer son gilet pare-balle. Puis un jour, il emprunte, dans un VAB qui transporte aussi des gradés étrangers, une piste très dangereuse, avec d'un côté une falaise et, de l'autre le vide. Le véhicule est pris dans un tir d'artillerie, il saute dans tous les sens. Après il ne sait plus, il a cru mourir. Il ne dort plus. Il est dirigé vers l'hôpital de Sarajevo, puis Split, puis l'HIA Bégin. Il est shooté. Avant son rapatriement son colonel le convoque pour lui dire qu'il est la honte de l'armée française. Il reste trois jours à Bégin. Il rentre chez lui. Il vit le retour au régiment comme un « cassage en règle ». Il fait un malaise lors d'une prise d'armes. C'est un enfer après ce malaise. Il a failli. Ses parents ne le comprennent pas. Sa femme et ses enfants s'éloignent. Il pensait être soutenu, mais pour eux il s'agit juste d'un récit. L'empathie du début s'estompe. Les jours, les mois, les années passent. Il ne peut pas faire les courses. Il se jette à plat ventre dans la rue s'il entend un bruit, il sort en courant des magasins. Il veut travailler mais n'arrive pas à monter dans sa voiture. Les phobies s'enchaînent. Il a des problèmes financiers. Il fait une demande de pension qui lui est refusée dans un premier temps. Il manque des preuves. Il appelle un jour le numéro d'Écoute Défense. Il reste toute la matinée au téléphone avec le psychologue. Il s'entend dire merci, enfin. Il découvre l'EMDR qui lui fait du bien. Il voit toujours des images et fait toujours des cauchemars mais il apprend à vivre avec. Le plus dur est de se resocialiser. Un major l'a pris sous son aile, lui fait confiance. Il a rencontré un chef de corps qui comprend, il a pu témoigner. Il espère obtenir un emploi réservé par l'ONACVIG. Sa compagne est patiente. Ils ont un enfant. C'est dur pour elle aussi. Il faut tout faire à deux, elle doit l'emmener ou alors trouver quelqu'un pour rester avec lui. Le sentiment de honte est partagé. On se demande pourquoi il ne travaille pas et le trou dans le curriculum vitae est inexplicable.

## **2. Les acteurs sur le terrain**

En OPEX, comme en France, le dispositif d'accompagnement psychologique est organisé autour de deux composantes, la composante médico-sociale assurée par le SSA et la composante psychosociale gérée par le commandement.

### ***a. La composante médico-sociale***

Lors des opérations extérieures, des psychologues et des psychiatres du SSA sont présents sur le théâtre d'opération. Face à un événement potentiellement traumatisant, le SSA agit dans deux domaines : les débriefings et la traçabilité de l'événement. Dans un premier temps, les médecins d'unité et/ou les psychologues du SSA organisent des débriefings, collectifs et individuels, pour contextualiser l'événement et apporter un soutien rapide aux militaires qui en auraient besoin. Durant cette première phase, un premier dépistage et traitement peuvent avoir lieu. Ensuite, ils vont établir le lien avec l'événement, indispensable dans les

perspectives futures de prise en charge et de réparation en remplissant plusieurs documents : le rapport circonstancié du commandement, la déclaration d'affection présumée imputable au service (DAPIAS), le journal de marche d'unité et le livret médical en opération.

Le SSA coordonne ses efforts avec les cellules psychologiques institutionnelles, également présentes sur le terrain. En effet, chaque armée dispose de son propre service de psychologie qu'elle peut déployer à tout moment. Ces cellules sont la cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de terre (CISPAT), le service médical de psychologie clinique appliqué à l'aéronautique (SMPCAA), le service psychologique de la marine (SPM) et le service psychologie-soutien-intervention de la gendarmerie (PSI). Par exemple, dans la marine, le SPM dispose d'une force de frappe de quarante psychologues pouvant être déployés pendant les opérations. Ces psychologues sont systématiquement envoyés auprès des forces spéciales et dans les missions considérées comme psychologiquement difficiles. De plus, pour toutes les opérations, un psychologue est envoyé sur place un mois avant le retour en France.

### ***b. La composante psychosociale***

#### **i. Le commandement**

Le commandement a mis en place un dispositif complémentaire à celui du SSA avec des conseillers « facteur humain ». Ces derniers suivent un stage dans les services de psychiatrie du SSA et forment des « référents section » en relation directe avec les auxiliaires sanitaires directement affectés dans les unités combattantes. Ces liens permettent la mise en place d'un maillage resserré autour des militaires pendant l'opération. De plus, le commandement peut demander, sur avis médical, des renforts avec l'arrivée de nouveaux psychologues et le rapatriement de certains soldats atteints de forts troubles psychiques. Enfin, il contribue à la rédaction des fiches de suivi opérationnel relatant le parcours du militaire (événements vécus potentiellement traumatiques et problèmes associés). Ces fiches sont une aide précieuse dans le suivi du militaire après son retour en France.

Cette organisation ne peut fonctionner sans une véritable implication du commandement.

#### **ii. Les aumôniers**

Les aumôniers, dits également « Padre », jouent eux aussi un rôle important sur le terrain à la fois dans l'accompagnement des militaires et dans la détection des syndromes de stress post-traumatique. Leur présence est essentielle pour le moral des soldats, quelle que soit leur confession, et ils font pleinement partie du dispositif de soutien du militaire. En effet, les militaires sont parfois plus enclins à parler de leurs problèmes avec les aumôniers, qui partagent leurs conditions de vie en dehors de tout lien hiérarchique ou médical. Cet espace de

« parole libre » est un outil indispensable contre le mutisme, premier obstacle au dépistage.

### **3. Les moyens d'accompagnement en France**

#### ***a. L'entretien post-opérationnel et les visites médicales périodiques***

Après le retour en France, le dépistage se fait à l'aide de l'échelle PCLS (*post traumatic stress disorder checklist scale*), répertoriant les manifestations cliniques caractéristiques des troubles psychiques post-traumatiques, au cours de l'entretien postopératoire, trois mois après la mission puis lors des visites médicales périodiques. Ainsi, le dépistage est à l'origine de 27 % des demandes de soins. Pour améliorer les capacités de dépistage des médecins, ces derniers participent à des journées de formation dans les services cliniques des HIA avec une journée consacrée aux troubles psychiques, à leur repérage et à l'utilisation de la grille d'évaluation.

Une réflexion doit être menée en ce qui concerne les réservistes et les contractuels en fin de contrat qui ne sont pas soumis aux visites médicales périodiques, afin de dépister les personnes atteintes de stress post-traumatique imputable au service. Les réservistes constituent une population à risque puisque, par nature, moins bien préparée et moins bien suivie dans la durée. De plus, l'idée d'élargir le champ des troubles psychiques vient d'apparaître car certaines pathologies psychiatriques, dites « *borderline* », ne sont pas encore bien définies et ne rentrent pas dans le périmètre de l'échelle PCLS. Il faut donc que les militaires qui en sont atteints puissent être suivis et que celles-ci soient reconnues comme blessures liées au service.

En ce qui concerne le cas des forces spéciales, le modèle instauré par la marine de visites systématiques auprès d'un psychologue à la fin de chaque opération chez les commandos marine a fait ses preuves et devrait être généralisé à l'ensemble des unités de forces spéciales.

#### ***b. La cellule « Écoute Défense »***

« Écoute Défense » est un numéro d'appel anonyme et gratuit destiné aux militaires blessés en opération. Sa fonction est triple : une fonction de soins par la dimension d'écoute, une fonction d'information sur les soins et les droits à réparation dont bénéficient les militaires et une fonction d'orientation vers les structures de soins. L'accueil est réalisé par seize psychologues du SSA qui travaillent dans les HIA ou CMA en complément de leur activité hospitalière. De janvier 2013 à janvier 2014, 330 appels ont été recensés dont 80 % provenant de militaires issus de l'armée de terre. Il s'agissait du premier contact avec les services de soins pour 60 % des appelants. Les appels proviennent majoritairement des militaires bien qu'une centaine d'entre eux émane d'un proche, conjoint ou parent. Ce numéro est également ouvert aux victimes de harcèlement et de violences sexuelles.

Un autre numéro vert adressé aux familles existe, ce qui crée une certaine confusion sur le rôle de chaque numéro. La suppression de ce dernier est envisagée pour ne conserver qu'une seule plateforme et simplifier l'accès à ce dispositif d'écoute.

Un blessé, qui cherchait, un soir de désespoir, à joindre le numéro « Écoute Défense », dont il connaissait l'existence mais avait oublié l'intitulé, a indiqué aux rapporteurs ne pas être parvenu à le trouver sur Internet. Il ne figure effectivement ni sur la page *Infos blessés famille*, ni sur la page thématique consacrée au syndrome post-traumatique. Les rapporteurs espèrent que cette lacune sera comblée rapidement.

### ***c. Le maillage médico-psychologique du SSA***

- i. Les hôpitaux d'instruction des armées et les centres médicaux des armées

Les moyens d'accompagnement des blessés psychiques en France s'organisent autour des huit hôpitaux d'instruction des armées qui disposent chacun d'un service de psychiatrie. Au total, ce dispositif représente trente psychiatres, auxquels sont associés quatorze psychologues. De plus, les 55 centres médicaux des armées complètent le maillage médico-psychologique du SSA dans le cadre de la médecine de proximité. Quatre CMA, proches d'unités opérationnelles sujettes à des missions difficiles, sont considérés prioritaires et bénéficient de la présence d'un psychologue à temps plein. Pour les autres sites, onze psychologues réservistes peuvent être appelés à intervenir.

Pour favoriser l'accès aux soins, le SSA envoie également des psychiatres d'HIA dans les unités les plus touchées par des événements potentiellement traumatisants. Le bilan de ces déplacements est positif, de nombreux militaires venant consulter et parler de leurs problèmes.

#### **Le dispositif spécifique de la gendarmerie**

La gendarmerie dispose de son propre réseau de psychologues. Aujourd'hui basés à Paris et déployés sur demande, ces psychologues seront bientôt répartis sur tout le territoire à raison d'un psychologue par région de gendarmerie. Cette amélioration permettra une prise en charge rapide des gendarmes atteints de troubles psychiques.

Cependant, si le psychologue n'est pas disponible ou ne se trouve pas à proximité, la gendarmerie a à sa disposition l'une des solutions suivantes : soit un psychologue de la cellule centrale de la gendarmerie de Paris peut être déployé, soit un psychologue d'une autre armée basée à proximité peut intervenir. En effet, une charte interarmées datée de 2012 met en place ce dispositif d'action favorisant la proximité pour une réponse de soutien rapide du militaire. Ce système permet de mettre fin au cloisonnement entre armées, tout en respectant leurs spécificités, le gendarme pouvant par la suite demander à être suivi par un psychologue de la gendarmerie. Selon les données communiquées par le conseiller technique de la direction générale de la gendarmerie nationale, environ 30 % des gendarmes qui consultent seraient actuellement pris en charge par des médecins issus d'autres armées, en raison du maillage territorial.

## ii. Des méthodes de traitement diverses

Plusieurs méthodes de traitements sont proposées dans les différents HIA et CMA. Il s'agit d'approches complémentaires mais leur nombre restreint de praticiens ne permet pas d'offrir une large proposition de soins sur chaque site. Parmi les méthodes classiques, on retrouve la psychanalyse, les thérapies cognitivo-comportementales (TTC), l'hypnose<sup>(1)</sup> et la thérapie familiale. Certaines structures proposent également l'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) comme le CMA de Toulouse. Originaire des États-Unis, cette technique vise à associer les souvenirs de l'événement traumatisant et des séries de stimulations bilatérales, oculaires, tactiles ou sonores, jusqu'à ce que le ressenti de l'événement ne soit plus source de perturbations. Cette approche est utilisée depuis quelques années et semble avoir fait ses preuves dans le traitement des troubles psychiques chez les militaires. Enfin, la thérapie par réalité virtuelle pourrait bientôt être proposée aux militaires blessés grâce à l'acquisition par le service de psychiatrie de l'HIA Sainte-Anne<sup>(2)</sup> d'un casque de réalité virtuelle. S'intégrant dans un projet de recherche sur les mécanismes explicatifs de l'état de stress post-traumatique et l'amélioration des traitements, le casque permettra de mesurer l'activité cérébrale du patient lorsqu'il est plongé dans un environnement virtuel de conflit armé. De plus, l'immersion dans une réalité virtuelle possède des vertus thérapeutiques, démontrées dans le civil, notamment pour le traitement des phobies. Ce programme débutera au cours du second trimestre 2015 avec un groupe de patients volontaires.

## iii. Des restructurations remettant en cause le maillage territorial

Le maillage territorial des CMA et de leurs antennes permet de répondre à une logique de proximité et de prendre en charge un maximum de blessés atteints de troubles psychiques. Cependant, les restructurations prévues par le plan « SSA 2020 » vont diviser par deux le nombre de CMA existants. Dans ce contexte, il semble urgent de développer un réseau de psychologues civils.

### **d. Le réseau de psychologues civils**

#### i. La nécessité de développer un réseau de psychologues civils

Dans les « déserts militaires », le SSA doit pouvoir s'appuyer sur un réseau de psychologues civils. La question du syndrome post-traumatique dans les armées a également eu un retentissement dans la société civile. Cet intérêt pourrait permettre la création d'un réseau civil de psychologues et psychiatres vers lesquels les militaires pourraient se diriger. Cependant, si les formations sur le stress post-traumatique existent dans le civil, l'acculturation à la spécificité militaire fait encore défaut. Un enseignement portant sur les problématiques spécifiques liées au stress post-traumatique chez les militaires dans le cadre de

---

(1) L'académie nationale de médecine indique dans son rapport de 2013 sur les thérapies complémentaires que l'hypnose « a montré son efficacité dans l'état de syndrome post-traumatique ».

(2) Financé en partie par l'AGPM via son comité de solidarité, <http://www.varmatin.com/toulon/lhopital-sainte-anne-a-toulon-se-dote-dun-detecteur-de-stress-post-traumatique.1908115.html>

diplômes universitaires (DU) permettrait de spécialiser un certain nombre de praticiens et, ce n'est pas là son moindre intérêt, de renforcer le lien entre l'armée et la société civile. Dans le cadre des travaux de fusion des dispositifs ministériels de soutien psychologique, le SSA développe un réseau de psychologue civil dont les pratiques sont en conformité avec la Haute Autorité de Santé (HAS). La première vague de labellisation est en cours, avec l'aide de l'association française des thérapies cognitives et comportementales (AFTCC). D'ores et déjà, 240 thérapeutes ont été labellisés. Cette première vague va se poursuivre et pourra être complétée par une seconde vague, orientée vers le réseau pratiquant la thérapie EMDR, également reconnue par la HAS.

ii. L'amélioration de la prise en charge des soins dispensés dans le civil

Si, pour des raisons d'éloignement ou par choix, le militaire suit des séances de psychothérapie dans le milieu civil, il devra faire face à des problèmes de remboursement de ses soins. En effet, la CNMSS ne rembourse qu'à hauteur de 20 euros des séances qui coûtent en moyenne 60 euros. Pour les militaires de l'armée de terre, deux protocoles ont été signés le 29 novembre 2013 par le chef d'état-major de l'armée de terre avec le SSA et l'association Terre Fraternité afin de permettre la prise en charge intégrale de leurs séances. À la connaissance des rapporteurs, ce n'est pas encore le cas pour la marine et l'armée de l'air, bien que des évolutions semblent apparaître depuis peu dans le cadre des travaux de convergence des dispositifs ministériels de soutien psychologique. L'instauration d'un dispositif équitable entre les trois armées leur semble s'imposer.



## **SIXIÈME PARTIE : LA PRÉVENTION ET LA PRÉPARATION DE L'AVENIR**

Au risque de formuler une lapalissade, la meilleure prise en charge d'une blessure ou d'un incident est sa prévention. C'est à ce titre que le dispositif de sas de fin de mission, élaboré et mis en œuvre par l'armée de terre pour faciliter le retour à la vie militaire en régiment et à la vie civile en famille, est traité dans ce chapitre. L'autre axe de la prévention est la recherche pour améliorer la protection et le soin des soldats.

### **A. LE RECRUTEMENT**

La première étape de la prévention est le recrutement dont le but est de sélectionner des militaires qui permettront à l'armée de remplir sa mission, notamment grâce aux qualités de résistance physique et psychologique qu'ils mettront à son service. Si toutes les armées soumettent les candidats à des tests psychotechniques, seule la marine prévoit un entretien systématique avec un psychologue lors du processus de recrutement.

Il semblerait que des signes de moindre appétence pour la carrière militaire aient été identifiés. Il ne faudrait pas que cette tendance amène à revoir les critères de sélection à la baisse, ce qui mettrait en danger la capacité opérationnelle et les individus.

### **B. LA PRÉPARATION OPÉRATIONNELLE**

Préalablement à leur départ en opérations, les soldats suivent plusieurs mois de préparation et d'entraînement visant à les endurcir, à leur faire acquérir des réflexes permettant de remplir leur mission une fois sur le terrain. Cette mise en condition, dont le but est le succès des opérations, est aussi un gage de sécurité pour les hommes qui, bien préparés, seront plus résistants et il est essentiel que la santé soit intégrée à ce processus.

### **C. LE SAS DE FIN DE MISSION**

Le sas de fin de mission, plus couramment appelé sas de décompression, est un maillon majeur du dispositif d'accompagnement psychologique des militaires en opération afin de les préparer à leur retour en France. En effet, à l'issue de six mois d'opération, un retour immédiat créerait un décalage trop violent.

Déconditionnement venant après le conditionnement et les combats, l'enjeu du sas, sorte de zone tampon, est donc avant tout de permettre aux

combattants de se distancier psychiquement et physiquement de l'expérience qu'ils viennent de vivre. Ce dispositif, qui n'est pas un dispositif médical, il est important de le rappeler, et n'a pas été élaboré dans un objectif spécifique de prévention du syndrome post-traumatique, a toutefois démontré son utilité dans de nombreux domaines dont la prévention, la détection et la prise en charge immédiate de troubles psychiques. Chacun regagnant son unité, le sas est également une étape utile du processus de dissolution de la cohésion d'un groupe d'individus qui a vécu ensemble des événements particulièrement forts.

Un référent facteur humain rencontré à Chypre par les rapporteurs a défini le sas comme une zone de silence entre deux portes, l'une qui se ferme et l'autre qui s'ouvre.

## **1. Présentation**

### ***a. Historique***

Le concept de décompression, temps de relaxation en dehors de la zone de combat, est apparu aux États-Unis pendant la guerre du Vietnam. Des années plus tard, la détérioration de la situation dans le conflit afghan et l'augmentation du stress constatée ont entraîné la création d'un sas de fin de mission français, véritable synthèse des dispositifs mis en place chez nos alliés anglo-saxons. Après une première expérimentation à Bagram en 2008, le commandement des forces terrestres installa le sas, dans sa forme actuelle, à Paphos, à Chypre, en juin 2009. Il était, dans un premier temps, réservé aux militaires de l'armée de terre ayant participé aux combats puis devint interarmées, s'ouvrant à tous les militaires déployés pour plus d'un mois sur le théâtre d'opération. Cependant, les forces spéciales ne bénéficient toujours pas de ce temps de relaxation avant leur retour en France. Au total, 26 400 militaires revenus de l'opération Pamir en Afghanistan ou Serval au Mali y ont transité, soit 90 % du personnel déployé. En juin dernier, ce système a été réactivé au profit des troupes revenant de République centrafricaine.

### ***b. Les conditions d'activation du sas***

Le sas de décompression est activé par le commandement conformément à une directive du chef d'état-major des armées de 2010 disposant que toute opération peut justifier la mise en œuvre d'un sas de fin de mission, si le personnel engagé a été exposé à des risques importants et à des situations traumatisantes qui nécessitent une période de réadaptation avant le retour en garnison. Une opération courte, mais potentiellement traumatisante, peut également justifier la création ponctuelle d'un sas. Dans ce cas, la décision est prise par le sous-chef opération de l'EMA. L'organisation et la conduite du sas sont alors déléguées à l'armée de terre. Cette dernière choisit la localisation du sas et en conduit la planification en liaison avec le centre de planification et de conduite des opérations (CPCO). Les autres armées concernées participent en appui à l'encadrement du sas de fin de mission.

Trois critères d'éligibilité ont été élaborés par des psychologues de la cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de terre (CISPAT) et proposés au commandement afin de faciliter la décision d'activation d'un sas :

– le degré d'hostilité du théâtre c'est-à-dire la dangerosité et la violence de l'environnement, pas seulement en termes de combats mais de la situation en elle-même (pour rappel, l'intervention ayant engendré le plus de troubles psychiques a été le Rwanda, avec 70 % des militaires touchés) ;

– le décalage entre les conditions d'existence sur le théâtre avec les standards habituels : les conditions de vie pendant la durée de la mission ;

– le degré d'incertitude de la mission, par exemple, le degré d'alerte.

### *c. La procédure de création d'un sas*

La création d'un nouveau sas de fin de mission est soumise à la réglementation du code des marchés publics et nécessite donc un délai de six mois. Le contrat est ensuite signé pour une durée d'un an renouvelable à deux reprises pour six mois. L'armée n'est pas engagée financièrement car il s'agit d'un marché à bons de commande sans minimum et sans maximum, permettant de répondre à l'imprévisibilité des opérations. Une fois le contrat signé, l'armée peut demander l'activation d'un sas dans des délais restreints en cas de besoin. Le choix du prestataire se fonde donc essentiellement sur sa réactivité : il doit avoir la capacité de mettre rapidement à disposition des chambres pour accueillir les soldats et faire face à des situations extrêmes ; la société Drakos, titulaire du marché à Paphos, est ainsi parvenue à faire ouvrir l'aéroport un jour de grève pour faire atterrir une rotation.

### *d. Les principales caractéristiques du sas*

Le sas doit répondre à plusieurs critères pour satisfaire les exigences de la CISPAT : il doit avoir la juste durée, fixée à trois jours, afin de ne pas être vécu comme un prolongement futile de la mission et doit représenter une source d'apaisement sur le plan psychique. Le sas doit également constituer une transition entre le théâtre d'opération et le foyer domestique, ce qui implique une étanchéité aux familles, c'est-à-dire une inaccessibilité garantie par son positionnement géographique tout en offrant une capillarité avec le milieu civil pour permettre le retour à la vie normale. Enfin, il doit s'agir d'un dispositif non médical relevant du commandement, et dans lequel les chefs conservent leurs prérogatives.

De plus, le sas ne peut se dérouler que dans une structure privée ouverte, c'est-à-dire un hôtel fréquenté par des vacanciers, pour répondre aux caractéristiques établies par la CISPAT. En effet, conformément au cahier des charges, la structure doit posséder des salles de conférence, cinq salles pour les moniteurs sportifs et les psychologues, une piscine intérieure et extérieure et un accès direct à la plage. Toutes les prestations ne sont donc pas réalisées par

l'armée qui recourt au prestataire organisateur pour l'hôtellerie, la restauration et les séances de massages.

## **2. L'organisation et le bilan du sas de décompression de Chypre**

### ***a. L'équipe de soutien***

L'équipe de soutien est dimensionnée en fonction du volume de la rotation (50 à 250 soldats), de son caractère interarmées et de la nature des unités. Cette équipe est donc taillée sur mesure pour répondre au mieux aux besoins des militaires et peut comprendre entre une quinzaine et une trentaine de personnes, provenant en majorité de l'armée de terre. Par exemple, quand le nombre de militaires était important et incluait des gendarmes, l'équipe pouvait atteindre 32 personnes dont un psychologue de la gendarmerie.

### ***b. Les activités***

Plusieurs activités sont organisées par le groupe de soutien au cours des trois jours. Leur organisation est pyramidale, les activités allant décroissant au fil du séjour, pour terminer par une demi-journée libre avant le retour.

#### **i. Les activités obligatoires**

D'abord, les militaires doivent participer à un débriefing collectif et une réunion d'information post-OPEX. Ces débriefings ont pour but de conseiller les militaires et de revenir sur leur expérience. Ceux-ci sont également un excellent outil de détection des premiers signes de troubles psychiques ou de détresse chez certains militaires, pouvant donner lieu à des entretiens individuels. Ainsi, quelle que soit l'intensité des combats et de manière quasi invariable, environ 3 % du personnel transitant par le sas de fin de mission demandent un entretien individuel auprès d'un psychologue et 1 % du personnel en transit est ensuite orienté vers une prise en charge médico-psychologique assortie éventuellement d'un signalement au commandement.

Ensuite, pour la réparation physique, les militaires bénéficient de massages de dos et de séances de techniques d'optimisation du potentiel (TOP). Des études menées par l'IRBA ont validé ces techniques en prouvant qu'elles constituaient une méthode efficace de prévention du stress de bas niveau.

#### **Les techniques d'optimisation du potentiel : une sophrologie adaptée au militaire**

Développées dans les années quatre-vingt-dix pour améliorer la préparation mentale et la récupération du sportif, les techniques d'optimisation du potentiel ont été progressivement adaptées aux besoins quotidiens des militaires. Il s'agit d'un ensemble de méthodes faisant appel à la respiration, la relaxation ou encore l'imagerie mentale, permettant d'améliorer la qualité du sommeil, la mémorisation, la concentration, la confiance en soi. Elles optimisent ainsi les compétences et savoir-faire acquis lors des formations professionnelles et militaires, permettant au soldat de mener à bien ses missions dans les meilleures conditions.

En bref : il s'agit de « récupérer dès qu'on le peut, pour se dynamiser quand il le faut », résume l'adjudant-chef Lerouge, moniteur TOP au 1<sup>er</sup> régiment médical (1<sup>er</sup> RMED).

Une « boîte à outils » à personnaliser : à l'image d'une boîte à outils, les TOP regroupent différentes techniques, adaptées aux situations diverses que le militaire peut être amené à rencontrer, en opération comme en France :

– avant la mission, les techniques de régulation permettent d'optimiser les compétences et savoir-faire acquis ;

– pendant la mission, les techniques de dynamisation aident à mobiliser ses capacités physiques et psychologiques au bon moment ;

– après la mission, les techniques de récupération favorisent le retour au calme, et permettent de régénérer l'organisme.

Le rôle de l'instructeur TOP est de faire connaître ces outils. À chacun de les personnaliser, de les adapter à ses besoins pour utiliser, en toute autonomie, la bonne technique au bon moment.

De fait, ces techniques, qui complétaient déjà les TTA 121 « force et calme des troupes » et 122 « l'action du commandement dans la gestion du stress » voient leur enseignement se généraliser, grâce à l'action du centre national des sports de la Défense (CNSD).

Source : <http://www.defense.gouv.fr/terre/actu-terre/les-top-se-preparer-faire-face-recuperer>

Enfin, des activités ludiques comme une mini-croisière et une visite des ruines de Paphos doivent permettre aux militaires de transiter du monde combattant à la vie civile.

## ii. Les activités facultatives

De nombreuses activités facultatives sont également proposées : séances d'information sur le retour en famille, qui enregistre une faible participation de 10 à 15 %, entretiens individuels à la demande, plage, piscine, sauna, musculation, footing, etc.

### *c. Le coût du sas*

Le sas de Chypre a coûté 16,4 millions d'euros, soit 645 euros par homme pour l'ensemble du séjour, frais de soutien inclus indépendamment du surcoût aérien. Si cette somme peut paraître importante au premier abord, il faut toutefois la mettre en perspective. En effet le coût médico-psychologique d'une personne traitée pour troubles psychiques en France est estimé à 150 000 euros.

### *d. Une efficacité démontrée*

L'apport du sas est indéniable en matière de détection et de prévention des conduites à risque et des troubles psychiques. Sa fonction d'apaisement est un accélérateur du retour à la normale. Ainsi, une étude conduite en 2012 par le bureau des conditions du personnel de l'armée de terre établit que sur les 88 % des militaires qui ont bénéficié du sas de fin de mission à Chypre en 2011, 92 % se disaient satisfaits de l'aide apportée. Au-delà du simple indice de satisfaction, le sas a permis à 78 % des militaires de se réadapter plus facilement à la « vie

normale » et à 49 % de parler plus facilement avec un médecin des troubles psychologiques. De plus, le rôle d'orientation des acteurs de proximité apparaît également essentiel puisque 88 % des militaires ayant eu besoin d'un soutien psychologique après leur retour en France savaient vers qui se tourner.

Enfin, des bénéfices psycho-sociaux pas toujours chiffrables en termes d'impacts immédiats ont également été remarqués avec une influence sur certains facteurs sensibles comme l'absentéisme, l'attrition, la motivation au travail et l'adaptation sociale.

**Les rapporteurs, qui se sont rendus sur place à Chypre et ont participé aux activités du sas, ont été pleinement convaincus de son utilité.** Grâce à de nombreux contacts avec les encadrants et les soldats, ils ont pu apprécier combien le dispositif permettait, naturellement, de faire émerger la parole qui pouvait passer en quelques jours de « *Tout va bien, on fait tout un foïn de ce qui se passe là-bas (en RCA) mais franchement je ne vois pas pourquoi* » à « *Finale, oui c'était dur, surtout quand j'ai vu... et mon copain, il a vu ça aussi...* ».

#### Le sas britannique

Les rapporteurs ont eu le privilège de pouvoir visiter le sas britannique qui reçoit depuis 2003 tous les militaires, quel que soit leur grade, et le personnel civil, en provenance du théâtre afghan, à partir de trente jours en opérations, sur le chemin du retour vers le Royaume-Uni.

Le sas britannique à Chypre, est situé sur deux emprises militaires sises en territoire britannique à Bloodhound Camp, une ancienne base de missiles, et sur la base souveraine d'Episkopi dans Happy Valley.

Contrairement au dispositif français, le sas se déroule en milieu militaire fermé durant une période d'environ 36 heures, soit une journée d'activités et une matinée au cours de laquelle le transport retour est organisé à des horaires variables.

Le programme est le suivant : l'arrivée se fait à la base aérienne britannique d'Akrotiri. Un accueil est organisé dans un centre situé à cinq mn du terminal avec briefing de présentation du programme et consignes, petit-déjeuner chaud, remise des uniformes à la lingerie et douches. Les soldats revêtent des vêtements civils et sont transportés vers Episkopi pour une matinée au bord de la plage de Tunnel Beach, une baie bordée de hautes falaises, qui est effectivement accessible uniquement par un tunnel. De 9 h 30 à 14 h 30, après un briefing de sécurité, sont proposées de nombreuses activités sportives et ludiques aquatiques ou non, des jeux sont organisés et beaucoup de matériel est à disposition. Un repas est fourni mais, sur la plage, des vendeurs de burgers et de glaces rencontrent un grand succès. À 14 h 30, tout le monde est transporté vers Bloodhound Camp à quelques kilomètres, où se déroulent des activités libres, dont le cinéma (dans une salle mobile de fabrication française), Internet... À 17 h 30, se tient une séance d'information obligatoire, notamment sur la sécurité routière (*road safety brief*). Au cours des quinze dernières années, le Royaume-Uni a perdu davantage de soldats dans des accidents de la route qu'en opérations. Une information est ensuite délivrée par une infirmière psychiatrique, puis vient le tour de l'aumônier, surnommé Padre comme les aumôniers français, qui intervient à propos du retour à la maison et des relations familiales et sociales. Les soldats peuvent, à titre individuel, s'adresser à l'un ou à l'autre s'ils en éprouvent le besoin. À 18 h 00 est organisé un grand barbecue, avec de la viande fraîche et non surgelée a-t-on précisé aux rapporteurs, et bière ou vin, limités à quatre cannettes ou verres (les Britanniques

n'autorisent aucun alcool en opérations). Le repas est suivi à 19 h 15 par un spectacle de 1 h 15 avec deux comédiens et sept musiciens (le *CSE show*). Des films sont ensuite diffusés avec une nuit en dortoirs à 22 heures.

À leur retour, les soldats passent une semaine, dite de normalisation, dans leur régiment.

### **3. Les conséquences de l'absence de sas : l'opération Sangaris 1**

La mise en place du sas n'est pas systématique et dépend de la décision de l'État-major des armées. Dans le cas où le sas n'est pas déployé comme pour l'opération Sangaris 1, la CISPAT projette une cellule de psychologues sur le théâtre d'opération. Les moyens sont néanmoins limités à six psychologues, c'est-à-dire un psychologue pour 15 000 hommes. Quand cette cellule n'a plus été pas suffisante, la CISPAT a envoyé deux psychologues sur place pour délivrer l'aspect psychologique du sas sur le théâtre à 500 militaires rentrant en février et mars 2014. Cependant, il s'agit d'un projet moins ambitieux que le sas, sur une journée seulement et dans un cadre, « sous l'aile de l'avion », ne se prêtant ni à la normalisation ni à l'apaisement. Beaucoup de personnels, au moins un tiers, n'ont donc pas pu être suivis pour leurs problèmes psychiques.

En conséquence, le bilan est très négatif pour l'opération Sangaris 1 : 12 % des militaires de retour de République centrafricaine présentaient des déséquilibres psychologiques se traduisant par un contact altéré avec la réalité contre 8 % pour l'opération Pamir. Ce résultat n'est malheureusement pas étonnant dans la mesure où le contexte opérationnel réunissait tous les ingrédients pour que l'impact psychologique soit douloureux : horreur de la guerre civile, impuissance relative de la force, volatilité et dangerosité du milieu, conditions matérielles très rudimentaires, ennemi mal identifié et perte de contrôle de la violence.

Ce fâcheux exemple est une nouvelle illustration de la pertinence du sas de fin de mission pour permettre une transition en douceur vers la France. Face au besoin criant d'un sas pour l'opération Sangaris, le commandement a décidé de le réactiver en juin 2014.

### **4. L'avenir du sas**

#### ***a. La fermeture du sas de Chypre***

Le contrat avec la société Drakos est arrivé à expiration le 2 septembre 2014. Malgré la grande qualité des prestations proposées, qu'il faut souligner, Chypre ne constitue plus une étape logique sur la route de retour de nos soldats, maintenant engagés en Afrique, et engendrait un surcoût avion de 800 000 euros par relève. Une localisation en Méditerranée occidentale avait d'abord été privilégiée pour permettre une économie importante en matière de transport avec un surcoût quasi nul. Une étude de faisabilité avait donc été effectuée sur la possibilité d'un sas en Sardaigne en juillet dernier. Cependant, la procédure a été

déclarée sans suite en raison d'offres inadaptées aux besoins en septembre. Le choix s'est finalement porté sur le Sénégal et le sas est aujourd'hui installé à Dakar.

### ***b. La mise en place d'un nouveau sas à Dakar***

Actuellement mis en œuvre par une vingtaine de personnes, le sas de Dakar reprend les mêmes principes que le sas de Paphos dans un complexe hôtelier où les soldats participent pendant trois jours à des réunions d'information sur le retour, à des groupes de parole, des séances de TOP et des sorties culturelles.

### ***c. La sanctuarisation d'un budget sas***

Le financement du sas est aujourd'hui prélevé sur le budget OPEX. Ce financement apparaît donc trop fragile en période de contrainte budgétaire. Le budget sas devrait donc être isolé du budget OPEX et pérennisé.

## **D. PRÉVENIR LES BLESSURES : LES INNOVATIONS POUR MIEUX PROTÉGER LES MILITAIRES**

Selon une analyse américaine <sup>(1)</sup>, la réduction de la mortalité au combat des soldats américains, de la guerre du Vietnam aux opérations en Irak et en Afghanistan, est passée de 25 % à 10 %, en raison, par ordre d'importance, des effets de protection, du sauvetage au combat standardisé et de la chirurgie précoce associée à une réanimation intensive. Ceci montre bien quelle place prépondérante occupent l'évolution des matériels et la recherche

Une des missions principales de la direction générale de l'armement (DGA) est de protéger nos forces armées des dangers auxquels elles seront confrontées sur le terrain. Afin de préparer les équipements répondant à cette exigence, la DGA finance des études amont puis développe et délivre les systèmes aux forces armées. Dans ce cadre, elle privilégie une expertise de haut niveau en collaboration étroite avec le service de santé des armées dans le but d'anticiper les risques, d'accroître l'efficacité des équipements dans la protection du combattant et d'optimiser leur efficacité dans des situations extrêmes. Pour ce faire, trois axes structurent le travail de la DGA dans ce domaine :

– la définition des différents risques identifiés dans le cadre des opérations comme les conditions de l'environnement ou le type d'armes utilisées par l'adversaire ;

– la protection physique des forces contre l'ennemi, les phénomènes physiques (pression, dépression, températures extrêmes) et les risques NRBC (nucléaire, radiologique, biologique et chimique) ;

---

(1) Gawande A. *Casualties of war-military care for the wounded from Iraq and Afghanistan*. NEJM 2004 ; 351 : 2471-5.



– l’amélioration de la perception du combattant vis-à-vis de son environnement.

### **1. Un budget relativement stable**

La DGA bénéficie d’un budget alloué à la recherche et au développement des systèmes de protection des forces armées relativement stable malgré le contexte de contrainte financière actuel. Les engagements successifs ont d’ailleurs fait de cette problématique de protection une préoccupation majeure dans une société qui accepte de moins en moins les pertes en vies humaines associées aux risques du métier de militaire.

Ainsi, la protection balistique comprend un budget de deux millions d’euros par an pour la protection directe du combattant (casques, gilets...) et un budget de cinq millions d’euros pour le blindage des véhicules. La protection contre les risques NRBC bénéficie d’un budget d’études amont propre de 4,5 millions d’euros. Enfin, le budget des autres actions de protection contre les risques liés au champ de bataille (hors NRBC) comme la protection contre le bruit, les contraintes thermiques ou les rayonnements électromagnétiques s’élève à trois millions d’euros, dont 2,5 millions d’euros sous-traités.

### **2. Un retour d’expérience bénéfique**

Les études amont pilotées par la DGA dans le domaine de la protection ont bénéficié du retour d’expérience et des besoins opérationnels des conflits récents, notamment de la guerre en Afghanistan. Ainsi, les améliorations des gilets pare-balles ont été permises par le retour d’expérience opérationnel et les constatations médicales issues des observations effectuées sur les militaires blessés ou décédés au combat. De plus, la prise de conscience des risques NRBC au moment de la première guerre du Golfe a permis de développer de nombreuses innovations en matière de protection dans ce domaine : masques, tenues, appareils de détection et procédés de décontamination.

### **3. Le système FELIN, force de protection de nos soldats**

Le système FELIN (fantassin à équipement et liaison intégrés), qui équipe une partie des régiments d’infanterie depuis 2011, illustre l’innovation française en matière de protection du combattant et permet aux militaires français d’être parmi les mieux équipés du monde. Ce système développé par Sagem Défense Sécurité a permis de renforcer la protection individuelle du militaire, sa capacité de combat de jour comme de nuit et fait toujours l’objet de recherche d’amélioration, prioritairement dans le domaine d’un allègement des équipements à niveau de protection égale.

En ce qui concerne la protection individuelle du combattant, le système FELIN a permis d’améliorer significativement le niveau de protection balistique au niveau du gilet de protection. Le soldat est aujourd’hui protégé des munitions

perforantes de 7,62 millimètres et du multi-impactage de 5,56 millimètres. Une nouvelle version du gilet est en cours d'étude pour l'alléger et le rendre encore plus modulable en fonction des missions. De plus, les tenues de combat FELIN possèdent également une protection contre le feu, contrairement aux tenues de combat traditionnelles. Concernant la protection de la tête, le casque FELIN présente un compromis entre poids et protection au meilleur niveau. Il possède trois fonctions : la protection balistique, l'intégration d'un bandeau de communication et d'équipements optroniques amovibles. Il peut également être équipé d'une protection auditive en prévention de traumatismes sonores. À l'heure actuelle, la DGA a entamé une étude pour augmenter encore le niveau de protection offert par le casque, en dotant sa surface d'une capacité de ricochet sans impact sur son poids.

Ensuite, le système FELIN améliore de manière considérable la capacité du combattant à percevoir son environnement, avec une plateforme électronique portable présente dans un gilet électronique. Un écran lui permet de connaître sa position personnelle et celle de ses camarades grâce à un GPS intégré et un système de communication composé d'ostéo-micros et d'ostéo-écouteurs fonctionnant par vibration osseuse. Le chef de section dispose de terminaux d'information tactique présents dans les véhicules de l'avant blindé pour interagir avec ses hommes, connaître leur position, recevoir des photographies et des vidéos afin d'améliorer l'attribution des missions et veiller au bon fonctionnement de l'opération. Pour les combattants, les commandes du poste de radio et du terminal informatique sont intégrées dans la poignée du fusil FAMAS dont les performances ont également été augmentées. Par exemple, le combattant peut choisir pour sa lunette de tir entre le mode infrarouge et le mode « intensification lumière ». Grâce à ces modifications, les militaires peuvent repérer leur objectif de jour comme de nuit avec une qualité de vision exceptionnelle qui permettrait, selon la DGA, un accroissement des performances du fusil de l'ordre de 70 % de jour et 160 % de nuit.

Ce système de protection efficace et évolutif représente une avancée importante dans la protection de nos soldats et devrait équiper l'ensemble des régiments d'infanterie d'ici 2015.

#### **4. Les axes d'innovation du futur**

La DGA travaille dans une optique de long terme afin de protéger au mieux les militaires face aux dangers à venir. Dans ce cadre, elle a défini plusieurs axes majeurs de recherches.

Tout d'abord, la DGA travaille conjointement avec le SSA pour améliorer les connaissances sur les traumatismes induits par les impacts balistiques et le souffle des explosions sur les combattants. Cette recherche devrait permettre *in fine* de développer des équipements anti-trauma, notamment au niveau du casque pour les traumatismes crâniens.

La protection contre le bruit est également une des préoccupations majeures de la DGA. Il s'agit d'un domaine d'étude crucial dans la mesure où plus de 1 100 soldats souffrent chaque année de traumatismes sonores. Dans ce cadre, des protections auditives atténuant le bruit tout en conservant une capacité de communication ont été développées. Elles sont actuellement livrées dans les armées.

Enfin, la protection contre le risque NRBC a connu de nombreux progrès et reste aujourd'hui parmi les grands projets dans le domaine de la prévention des blessures. Elle concerne notamment le perfectionnement des tenues de protection et des appareils de détection.

## **E. LA RECHERCHE POUR MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES BLESSÉS**

Les recherches destinées à la prise en charge médicale des militaires blessés privilégient actuellement trois domaines : les chocs hémorragiques, la reconstruction tissulaire et le développement du système d'information ISSAN.

Dans ce cadre, le SSA est l'émetteur du besoin mais aussi un acteur actif de la recherche en tant qu'expert dans le domaine.

### **1. Le traitement des urgences du choc hémorragique**

Comme évoqué au début de ce rapport, les chocs hémorragiques sont la première cause de décès évitable dans nos forces. Il est donc essentiel de poursuivre la recherche afin de réduire au maximum l'impact de ceux-ci.

La priorité pour le blessé hémorragique est la mise en œuvre des mesures d'hémostase le plus rapidement possible. Actuellement, celles-ci débutent par l'application d'un pansement compressif ou du garrot tourniquet pour les hémorragies des membres. Cependant, il n'existe pas encore de mesures à disposition du soldat pour les hémorragies intervenant au niveau du cou et des racines des membres. C'est donc sur cette lacune que doit se concentrer la recherche. Une seringue remplie d'éponges expansibles, *XStat*, a récemment été développée aux États-Unis. Dans le cadre de son partenariat avec l'*Institute of Surgical Research*, le centre de transfusion sanguine des armées (CTSA) a sollicité des éléments d'information sur les données cliniques de son utilisation. On peut donc espérer que ces données ouvriront la voie à de nouvelles recherches dans ce domaine si important pour nos armées.

De plus, les transfusions de sang sont également un élément fondamental à la suite d'un choc hémorragique. Le CTSA travaille donc sur l'optimisation de la sécurisation du sang prélevé sur le terrain. Pour les rôles 1 des forces spéciales, dotés d'un kit de transfusion, le centre étudie actuellement un procédé de concentration du plasma lyophilisé mieux adapté à la capacité d'emport des médecins sur le théâtre d'opération.

## **2. Le traitement des grands brûlés**

### ***a. La reconstruction tissulaire***

Plusieurs travaux sont en cours dans le domaine de la thérapie cellulaire. D'abord, l'unité de thérapie cellulaire du CTSA développe depuis quelques années des cultures de tissus cellulaires pour le traitement des grands brûlés. Cependant, des recherches amont soutenues par la DGA sont en cours pour que le centre puisse développer ces cultures à grande échelle et acquière une autonomie dans ce domaine.

Ensuite, le CTSA travaille également sur de nouvelles avancées dans le domaine de la thérapie cellulaire comme la production de feuillets épidermiques, la réinnervation cutanée ou la reconstruction osseuse.

Plus particulièrement, pour les grands brûlés militaires ayant besoin de greffes, la prise en charge thérapeutique française dépend actuellement de la production de greffons réalisée par la société américaine *Genzym* pour un coût de 85 000 euros par patient. Face à cette dépendance et dans une optique de baisse des coûts, une première étude clinique devrait aboutir en 2018 afin d'examiner les possibilités de transfert technologique et d'industrialisation du procédé au profit d'un prestataire externe.

Par ailleurs, la lyophilisation de plasma à façon pour les États-Unis est sur le point d'aboutir, ce même système devant être mis en place pour la Norvège dans le courant de l'année 2015.

### ***b. La lutte contre les infections résistantes aux antibiotiques, le succès de projet Phagoburn***

Les polytraumatisés et les grands brûlés sont des blessés extrêmement vulnérables et pour lesquels la quantité d'antibiotiques doit être réduite au maximum. De plus, de manière générale, on observe également le développement d'infections résistantes aux antibiotiques. La recherche a donc dû se porter sur des méthodes de traitement des infections ne les faisant pas intervenir. C'est dans ce contexte que le projet Phagoburn a vu le jour.

Né d'un groupe de travail de l'OTAN sur la prise en charge des brûlés sur le terrain, ce projet est le fruit d'une coopération européenne entre la France, la Belgique et la Suisse sur l'utilisation de bactériophages, véritable alternative aux antibiotiques. Ces dernières ont la capacité de s'attaquer aux bactéries sans endommager les cellules humaines et constituent ainsi un outil de lutte contre l'anti-biorésistance. Au départ, Phagoburn a été lancé par une petite entreprise française d'une dizaine d'employés, *Pherecydes Pharma*. Ce projet, soutenu par le SSA, a bénéficié de financement de la part de la DGA et de l'Union européenne à hauteur de 3,8 millions d'euros. D'autres entreprises se sont ensuite jointes au projet notamment pour maîtriser la bioproduction des bactériophages, comme l'entreprise *Clean Cells*.

Contrairement aux antibiotiques qui peuvent avoir un spectre large, les bactériophages sont spécifiques : pour l'instant celles développées se concentrent sur l'*Escherichia coli* et le *pyocyanique*. Par la suite, il faudra définir les bactéries émergentes, c'est-à-dire celles qui poseront des problèmes dans les prochaines années, afin de développer les bactériophages adaptés.

Les premiers patients militaires devraient être pris en charge en janvier 2015. Il s'agit d'une avancée pour la prise en charge des soldats, mais aussi plus généralement d'une innovation de santé publique.

### **3. Le développement de nouvelles technologies de l'information au profit de la médicalisation de l'avant**

Lancé en 2012, le programme « ISSAN » (*Infostructure santé*) a pour objectif de fournir aux médecins des forces sur le terrain trois outils d'action pour améliorer l'ensemble de la chaîne santé autour du blessé en opération.

#### ***a. Un système d'information et de régulation médical***

La mise en place d'un système d'information est une avancée majeure car le partage d'information et la continuité des données entre le théâtre d'opération et la métropole sont les principales lacunes du système de santé actuel. Ce système permettra d'abord d'améliorer la prise en charge des blessés en opération. En effet, la connaissance des ressources disponibles facilitera la continuité des soins et/ou l'évacuation du patient. Ensuite, il garantira la traçabilité des actes médicaux par la numérisation des documents médicaux, nécessaire pour le suivi du blessé sur le terrain puis en métropole.

#### ***b. Un centre de télé-médecine***

Le programme vise également à offrir aux médecins des forces une capacité de télé expertise, disponible 24 heures sur 24. En effet, ils pourront faire appel à des experts dans plusieurs spécialités médicales en leur envoyant des images de scanner ou des radiographies afin de recevoir un deuxième avis sur les soins à dispenser au patient. Ce centre améliorera de manière significative l'assistance aux personnels de santé isolés.

#### ***c. Un module épidémiologie***

Enfin, un outil de surveillance épidémiologique en temps réel consacré à l'évaluation des risques fait également partie du programme en cours. Mis en place à Djibouti, cet outil permet un traitement statistique des données afin d'évaluer l'efficacité de la chaîne santé et de réaliser des analyses épidémiologiques des pathologies enregistrées. De plus, il offre un tableau de bord au commandement pour la mise en place de contre-mesures médicales appropriées dans le cas d'une alerte épidémiologique.

La DGA a ainsi pour objectif de développer un projet assurant la traçabilité des données médicales tout en assurant leur confidentialité et cela malgré les contraintes d'éloignement des théâtres d'opération. Le programme ISSAN est donc une véritable innovation pour la prise en charge et le suivi des blessés.

## CONCLUSION

« Époustouflants », « considérables », ce sont certains des adjectifs employés par de nombreux interlocuteurs des rapporteurs concernant les progrès accomplis au cours des deux dernières années en matière de prise en charge des blessés. Et il est vrai que l'État n'est pas en reste et assure un soutien de qualité sans compter les moyens, ce qui mérite d'être souligné en période de contrainte budgétaire, remplissant ainsi le devoir de la Nation à l'égard des militaires blessés dans l'accomplissement du leur. Le modèle français est particulier, en ce que l'État prend en charge la très grande majorité du soutien nécessaire, le secteur associatif, très actif au demeurant, pouvant intervenir pour le compléter, dans un dialogue nourri. C'est l'inverse du système anglo-saxon qui délègue beaucoup aux associations, dans le cadre d'un lien armée-Nation, il est vrai, culturellement très différent du nôtre. Force est de constater que notre système fonctionne.

Le service de santé des armées accomplit un travail remarquable que les rapporteurs tiennent à saluer. Par sa qualité, son engagement, sa capacité à s'adapter aux situations les plus diverses, il assure des prestations d'un niveau très élevé. Chaque soldat sait que tout sera fait pour le sauver quelles que soient les circonstances, y compris les plus difficiles.

Les rapporteurs souhaitent néanmoins, au-delà des observations formulées dans leur rapport attirer l'attention sur les recommandations suivantes.

– Un **groupe de réflexion sur le syndrome post-traumatique** doit être mis en place, rassemblant tous les acteurs **médicaux, sociaux, administratifs, sportifs** du soutien, dont l'ONACVG. Il s'agira d'identifier les bonnes pratiques de soin et d'accompagnement, de les unifier, de mettre en place des formations pour les personnels au contact des blessés, et d'évaluer les actions en cours, comme le rétablissement d'un lien avec les cohortes d'anciens combattants blessés, par exemple.

– Les rapporteurs ont évoqué la **colocalisation des cellules d'aide** à l'Hôtel des Invalides. Ils pensent que cette concentration géographique devrait donner lieu à un projet beaucoup plus ambitieux, celui d'une véritable **Maison interarmées du blessé** qui, dans un environnement géographique déjà favorable avec la présence de l'ONACVG, de l'INI et du CERAH, du CNISI, rassemblerait des représentants de l'ensemble des acteurs <sup>(1)</sup> intervenant dans la prise en charge. Ces représentants, au-delà du service rendu aux blessés, seraient également des référents nationaux pour les personnels en contact avec les blessés sur le territoire, dont les rapporteurs ont constaté qu'ils pouvaient avoir besoin de conseils et se trouver désemparés dans certaines situations. Ce centre, lieu d'échanges et de

---

(1) Santé, action sociale, reconversion, service gestionnaire des personnels isolés, chargé de mission du SGA, prévoyance, bureaux d'aide aux familles...

partage, pourrait également accueillir pour de courts séjours les blessés, psychiques notamment, et leur famille pour rompre leur isolement et faire un point de situation.

– Les rapporteurs saluent les avancées concernant la prise en charge des blessés en OPEX qui étaient nécessaires et sont les bienvenues. Ils recommandent néanmoins de prendre garde à **ne pas creuser un écart avec les blessés en service hors OPEX**, qui sont de loin les plus nombreux. Bien que le sacrifice des uns soit plus visible, et souvent plus grave, que celui des autres, la différence de prise en charge de la blessure de ceux qui, en métropole, soutiennent l'action de leurs camarades et préparent leur relève, pourrait faire naître un fort sentiment d'iniquité nuisible à la cohésion. Dans le même esprit, les rapporteurs recommandent de veiller toujours à l'**équité** de traitement des ressortissants de chaque armée.

– Les rapporteurs l'ont déjà évoqué mais tiennent à le répéter : il convient de **simplifier** toutes les **procédures administratives** qui peuvent l'être, notamment celle de la demande de pension d'invalidité et de réfléchir, dans ce cadre, au mécanisme de reconnaissance de l'imputabilité de la blessure au service et à une fusion des expertises, en tenant compte des réserves exprimées dans le rapport.

– Les efforts récents se concentrent sur les jeunes blessés inscrits dans un processus de réinsertion ou de reconversion. Les rapporteurs souhaitent que les **anciens militaires blessés**, et particulièrement les plus âgés d'entre eux, ne soient pas oubliés. Le ministère leur a envoyé un signal positif en établissant un plan d'action en réponse aux trente propositions formulées par le comité d'entente des grands invalides de guerre. Cette dynamique doit se poursuivre.

– Les rapporteurs estiment anormal et tout à fait incompréhensible que le SSA ne soit pas en mesure de leur fournir des **données chiffrées** concernant la **totalité des blessés**, offrant une cartographie complète de toutes les armées indiquant nombre, type de blessure, unité, circonstance de la blessure, cohorte... Une **exploitation statistique** permettrait d'en tirer des enseignements essentiels pour le suivi des blessés, des cohortes et pour les orientations à venir. Un tel fichier permettrait de croiser les actions du SSA et du commandement et, à terme, d'établir le coût du traitement des blessés. Le manque de cet outil de travail est unanimement déploré. Il est urgent d'y remédier.



## TRAVAUX DE LA COMMISSION

*La Commission procède à l'examen du rapport de la mission d'information sur la prise en charge des blessés au cours de sa réunion du mardi 16 décembre 2014.*

**M. Philippe Nauche, président.** Nous allons entendre Mme Émilienne Poumirol et M. Olivier Audibert-Troin, rapporteurs de la mission d'information sur la prise en charge des blessés. Notre commission a en effet décidé de se saisir de ce sujet car, aussi étonnant que cela puisse paraître, alors que nos armées participent à des missions de plus en plus difficiles en opérations extérieures, payant pour cela trop souvent le prix du sang, aucun rapport d'information sur le sujet n'a été réalisé par le Parlement. Il est donc apparu aussi opportun qu'urgent de se pencher sur cette question à la fois complexe et douloureuse.

Je signale à l'ensemble de la commission que cette réunion est ouverte à la presse et que nous avons en outre le plaisir d'accueillir un groupe de stagiaires de classes de troisième, qui suivront le début de nos travaux.

**M. Olivier Audibert-Troin, rapporteur.** Le rapport que nous avons l'honneur et le plaisir de vous présenter aujourd'hui est, comme vous venez de le dire, le premier rapport d'information traitant de la prise en charge des militaires blessés au sein de nos armées. Il s'inscrit pleinement dans la mission de la commission et se trouve être d'actualité en raison des opérations extérieures dans lesquelles la France est engagée. Celles-ci ne le sont malheureusement pas sans entraîner le décès ou les blessures de nos soldats dont nous tenons à saluer ici le courage et le sens du devoir. Notre démarche a été de broser le tableau le plus large possible de ce sujet dont nous soupçonnions certes la richesse mais méconnaissions l'étendue, et nous avons en effet vu le spectre de notre mission s'élargir au fur et à mesure de nos auditions. Car la partie médicale de la prise en charge, qui vient à l'esprit en premier lieu, s'inscrit dans une dynamique complexe à laquelle participent de très nombreux acteurs. Tellement nombreux d'ailleurs que nous en avons sûrement oublié certains et que nous aurions pu continuer notre mission encore quelques mois. Nous avons donc effectué un travail de défrichage dont nous sommes persuadés qu'il livrera à nos collègues des sujets pour les futurs travaux de cette commission.

Nous nous sommes donc intéressés à l'ensemble de la chaîne de prise en charge, depuis la prévention de la blessure jusqu'à la réinsertion ou la reconversion du blessé, selon qu'il demeure dans l'armée ou la quitte. De la même façon, nous avons considéré non seulement le blessé de guerre mais également le blessé en service. Nous avons également consacré une partie de notre rapport au syndrome post-traumatique, une question dont nous estimons qu'il est urgent de se saisir, ce que confirment les chiffres en constante augmentation. Nous avons pour

cela rencontré, ici et sur le terrain, de nombreux médecins du service de santé des armées, des représentants des différentes armées et de la gendarmerie, des responsables de services administratifs, des représentants d'associations et bien sûr des blessés. Nos auditions, nos déplacements nous ont rapidement amenés à constater que les blessés de l'armée française étaient très bien traités et qu'une grande attention leur était portée. Néanmoins tout système est perfectible et nous évoquerons quelques points nécessitant selon nous une attention particulière et nous proposerons quelques changements. Car si pour ce qui concerne le volet médical, le travail est excellent, le système administratif est, lui, bien français et nous a conduits à faire quelques propositions de simplification.

**Mme Émilienne Poumirol, rapporteure.** Je pense moi aussi qu'il sera intéressant que nos collègues se saisissent un jour à nouveau du sujet pour mesurer les évolutions intervenues. Mais venons-en au blessé de guerre et au système mis en place par le service de santé pour le secourir. Ce système joue un rôle fondamental dans le moral du soldat et participe de ce fait pleinement à l'efficacité opérationnelle. Il est important de rappeler également que le déploiement précoce des structures médicales en OPEX est un élément essentiel de la faculté d'entrer en premier qui est une caractéristique française.

Le système repose sur le sauvetage au combat et sur la médicalisation de l'avant, voire de l'extrême-avant pour les forces spéciales, qui est, elle aussi, une exception française. Le sauvetage au combat répond à un déroulement chronométré : dans les dix premières minutes le blessé doit avoir reçu les premiers soins, généralement prodigués par le camarade de combat le plus proche. Pour cela, tous les soldats ont été formés et possèdent une trousse de secours. Il s'agit principalement de stopper les hémorragies qui sont la première cause de décès, dont 90 % sont évitables s'ils sont pris en charge dans les premières minutes. Dans l'heure qui suit, un médecin doit avoir vu le blessé, qui doit bénéficier d'une intervention chirurgicale de sauvetage avant la fin de la deuxième heure. Le service de santé installe sur le terrain plusieurs structures qui peuvent aller, selon l'environnement et les nécessités découlant de l'engagement, du poste médical avancé au plus près des combats à un véritable hôpital, comme à Kaboul. Une fois mis en condition pour être transporté, le blessé est évacué vers une structure de soin, par avion, par hélicoptère ou par voie terrestre selon les circonstances. Il reste sur place s'il peut être soigné et reprendre son service, ou bien il est évacué vers la France pour y être soigné. La blessure peut également se produire sur un navire. La chaîne de soins y est évidemment différente puisque le médecin y est contraint à l'autonomie, qu'il s'agisse d'une structure hospitalière remarquable sur un BPC, comme nous l'avons vu à Toulon, ou de la structure rustique de deux mètres carrés dont dispose le médecin d'un sous-marin nucléaire d'attaque et je peux confirmer, pour l'avoir vu, que l'espace dévolu aux soins est extrêmement restreint.

L'évacuation aérienne est soit individuelle, soit collective. Les moyens aéronautiques sont adaptés à l'urgence et à la gravité de l'état du blessé, exprimés sous forme de classements parfaitement maîtrisés par l'ensemble de la chaîne

santé. En cas d'urgence, il s'agit d'un Falcon de la flotte gouvernementale dont la mise à disposition est demandée au ministre. Si l'urgence est moindre, il peut s'agir d'un avion du commandement européen de transport aérien (EATC), dont le siège se trouve à Eindhoven et auquel appartient la France, ou même d'un avion de ligne civil. Les blessés sont toujours accompagnés par du personnel médical et un convoyeur de l'air, une fonction très importante, et nous présentons dans notre rapport le corps des convoyeurs qui joue un rôle très précieux. En cas de situation de crise et d'un grand nombre de blessés, l'armée dispose d'un outil exceptionnel, le module MORPHEE. Ce module de réanimation permet de transformer, comme nous avons pu le voir sur la base aérienne d'Istres où nous nous sommes rendus, un Boeing C135 en un service de réanimation volant pouvant accueillir jusqu'à douze patients. C'est un outil remarquable équipé de tout le matériel nécessaire au soin et au suivi du blessé qui a servi une fois au Kosovo et quatre en Afghanistan. De retour en France, les blessés intègrent ensuite la filière de soins hospitalière qui les mène, toujours dans l'excellence, jusqu'à la réadaptation.

Mais dans l'intervalle, et c'est là que le système devient complexe à appréhender, interviennent d'autres acteurs auprès des familles, puis des blessés : le régiment, l'action sociale et surtout les cellules d'aide aux blessés. Chaque armée possède la sienne, sauf la gendarmerie, dont le dispositif d'aide fonctionne différemment, mais qui envisage d'en créer une, tellement ces cellules rendent de services au soldat. Ces cellules sont très attachées à la spécificité de leur armée et, si nous avons au cours de nos auditions évoqué une possibilité de fusion des cellules, nous avons vite battu en retraite tant cela paraît inenvisageable à chacune des armées. Les cellules fonctionnent toutes selon le même principe : elles procurent au blessé et à sa famille un soutien moral, matériel et administratif qu'elles assurent dans la durée. Pour ce faire elles ne disposent, ce ne fut pas le moindre de nos étonnements, ... d'aucun budget ! Leurs actions sont entièrement financées par les associations qui sont très réactives et viennent pallier l'urgence ou les lacunes de la prise en charge institutionnelle. Là aussi chaque armée a sa (ou ses) propre association de soutien. À titre d'exemple, l'action sociale de la Défense finance un séjour de 21 jours auprès du blessé pour deux membres de sa famille. Une fois ce temps écoulé, la cellule pourra, en cas de nécessité, solliciter une association pour le financement de la prolongation du séjour. À ce propos, un grand progrès vient d'être franchi puisque la première pierre de la maison des blessés et des familles a été posée le 1<sup>er</sup> juillet dernier par le ministre de la Défense dans l'emprise de l'hôpital Percy, une cérémonie à laquelle nous avons assisté. Cette maison proposera cinq appartements pour les familles et six studios pour les blessés en hôpital de jour. Cette maison voit le jour dans le cadre d'un partenariat caractéristique de la politique de soutien menée par l'État en faveur des militaires blessés : il assure le principal, très largement, et laisse le complément à l'initiative privée, dans ce cas précis, la décoration, à rebours du modèle anglo-saxon dans lequel le suivi des blessés est principalement assuré par les charités.

**M. Olivier Audibert-Troin, rapporteur.** Après la prise en charge sur le théâtre d'opérations, l'hospitalisation, vient pour les blessés et leur famille, le droit à réparation. Nous nous sommes donc également intéressés à l'aspect administratif

de la prise en charge et d'abord au statut du blessé durant sa convalescence. Le blessé en service bénéficie d'un statut très favorable puisqu'à l'issue du congé maladie initial de six mois, il peut se voir proposer, selon son affection, un congé de longue maladie, ou de longue durée maladie, pouvant aller jusqu'à cinq ou huit ans. Mais ce congé fait sortir le blessé de son régiment, c'est un élément important que je tiens à souligner, pour l'attacher à une unité administrative de gestion, laquelle s'occupe notamment des renouvellements successifs de son congé et de la prise des rendez-vous auprès du praticien hospitalier que le blessé a consulté initialement, souvent loin de chez lui. Comme le système ne donnait pas entière satisfaction et que le respect du secret médical laissait à désirer, le service de santé a décidé de rapatrier en début d'année prochaine le livret médical des personnels en congé longue durée dans les centres médicaux des armées proches du domicile du patient. Celui-ci peut être en effet amené à se déplacer pour des visites de contrôle très loin de son domicile, ce qui entraîne une gêne et a également un impact budgétaire. Une initiative que nous saluons car ce rapprochement géographique aura certainement pour effet de recréer un lien avec un patient qui, n'appartenant plus à son régiment, s'est isolé au fil du temps.

Il est utile de rappeler que le patient militaire, blessé ou non, a la liberté du choix de son praticien, hormis en OPEX. Les soins en secteur civil liés à une blessure sont remboursés par la caisse nationale militaire de sécurité sociale à 100 % du tarif de responsabilité de la sécurité sociale si le médecin militaire a rempli une déclaration d'affection présumée imputable au service. Il s'agit d'un lien de causalité que nous allons retrouver très régulièrement dans le cadre du droit à réparation. Cela implique notamment que tous ceux qui ont la charge de rédiger les documents qui permettront de garder une trace de la blessure et de ses circonstances ne fassent pas passer cette tâche administrative au second plan, alors qu'elle est de la plus haute importance pour l'avenir du blessé.

Ce patient que nous venons d'évoquer a vraisemblablement dû déposer au début de son congé une demande de pension militaire d'invalidité, une procédure dont il va malheureusement tarder à voir le terme. À moins qu'il ne soit un blessé en OPEX, pour lequel a été mise en place une procédure particulière de traitement de son dossier en 180 jours maximum, sur une demande expresse du ministre de la Défense. Dans le cas contraire, il devra attendre longtemps, pour ne pas dire très longtemps. La sous-direction des pensions annonce un délai de traitement de 380 jours fin 2014, malheureusement en augmentation, ce qui nous inquiète beaucoup. Mais à ce délai moyen, dont on peut penser qu'il est parfois bien plus élevé en fonction de la complexité du dossier, s'ajoutent les délais de transmission du dossier par les intermédiaires. Il peut s'agir, là encore, d'une tâche considérée comme secondaire par les groupements de soutien des bases de défense (GSBdD) et cent jours s'écoulent parfois avant la transmission du dossier. Le délai atteint alors facilement 600 jours et plus. Comment cela se fait-il ? Nous avons cherché à comprendre et les raisons sont multiples : une déflation des effectifs du service peut-être trop rapide et trop importante, des réorganisations multiples, dont la fermeture des directions interdépartementales des anciens combattants, un code et une procédure complexes, un réseau d'experts civils sous-payés qui ne cesse de

diminuer... L'insatisfaction est grande chez les blessés et les malades, qu'ils soient en attente de leur première pension ou anciens combattants présentant une demande d'aggravation. La situation est paradoxale à mon sens, car l'excellente prise en charge médicale se trouve en quelque sorte battue en brèche par les difficultés administratives. La situation doit donc être redressée mais cela ne sera pas facile. Des mesures simples, telles qu'une pause des réformes et des déflations, une meilleure information de tous les acteurs de la chaîne, une meilleure documentation de la blessure et de ses circonstances pourraient peut-être y contribuer ainsi qu'un audit du service. Mais les résultats seront modestes et loin d'être immédiats pour résorber l'ensemble du retard.

Le blessé peut, depuis 2003, obtenir du ministère une indemnisation complémentaire en vertu de l'arrêt « Brugnot ». Il s'agit de l'indemnisation, après consolidation de la blessure, de préjudices tels que les souffrances endurées, le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément et le préjudice moral. Le « Brugnot », c'est ainsi que le nomme le monde de la Défense, nécessite une expertise à l'instar de la pension militaire d'invalidité mais d'un périmètre et à un moment potentiellement différent. Les expertises sont effectuées par le service de santé des armées à la satisfaction de tous, semble-t-il. Nous avons en revanche souvent entendu déplorer le manque d'information à propos de cette indemnisation que beaucoup de blessés ignoreraient encore.

L'ensemble de ces démarches représente souvent pour le blessé et sa famille un parcours du combattant, c'est de rigueur, qui nécessite un accompagnement en règle générale assuré, comme nous l'avons vu, par les cellules d'aide. Mais des initiatives ont été prises pour aller au-delà, non seulement pour s'assurer de la bonne marche du présent mais également pour préparer l'avenir. Des structures transverses ont été créées par le ministère pour fédérer l'action de tous ces acteurs : un poste de commissaire chargé de mission « blessés et familles endeuillées » auprès du secrétaire général pour l'administration et un bureau « offre de soins », comptant deux médecins, au sein du service de santé des armées. Les avancées sont nombreuses, nous les énumérons dans notre rapport, et leur mérite est de mettre en place des outils dans une vision globale qui n'exclut aucun aspect de la prise en charge du blessé. Parmi ces avancées, nous tenons à saluer la prise en charge des prothèses nouvelle génération. Jusqu'à l'année dernière ces prothèses n'étaient prises en charge que partiellement par l'État, les partenaires institutionnels et associatifs assurant la part, très importante, du financement complémentaire. Une convention de gestion a été signée en juillet 2013 avec la caisse nationale militaire de sécurité sociale et une main bionique d'un montant de 56 400 euros et une prothèse pied/cheville de 15 000 euros ont déjà été financées dans ce cadre. Il est prévu d'appareiller environ quinze militaires par an qui, pour bénéficier de ces prothèses, doivent avoir été blessés en service et s'inscrire dans un parcours de réinsertion formalisé. Les partenaires de l'État, dégagés de cette charge, se sont tournés vers le financement de prothèses de sport.

En effet, nous avons pu constater la place centrale que tient le sport dans la vie du soldat. Il y consacre beaucoup de temps et la blessure vient interrompre cette activité brutalement, ce que beaucoup vivent très mal. Mais le sport est aussi un élément essentiel de la réadaptation et de la reconstruction, non seulement pour ses vertus physiques mais aussi, et presque surtout, pour ses vertus psychologiques en renforçant la confiance en soi et favorisant la resocialisation. De très nombreux stages sont donc mis en place à destination des blessés par les cellules d'aide, autour d'un sport ou d'un milieu. Des rencontres sportives sont organisées, comme les Rencontres militaires blessure et sports, dont la troisième édition à Bourges, a permis encore cette année à 54 blessés de découvrir de nouveaux sports. Il n'est d'ailleurs pas rare que des blessés se reconvertissent en moniteur de sport. Je veux également citer le stage CREBAT organisé par l'armée de terre pour les blessés psychiques, qui s'appuie sur des activités physiques mais aussi sur des séances collectives d'accompagnement psychologique et des entretiens individuels pour réapprendre le groupe et valoriser ses ressources individuelles. Nous avons rencontré un blessé qui a suivi ce stage et qui en a retiré de grands bienfaits.

**Mme Émilienne Poumirol, rapporteure.** Ceci nous offre une transition toute trouvée pour aborder le thème de la blessure invisible, du syndrome post-traumatique auquel nous consacrons une partie de notre rapport. Nous tenons en premier lieu à répondre à des objections ou des réserves que nous avons pu entendre formuler ici ou là quant à la gravité, voire à la réalité de ce trouble. Nous avons rencontré plusieurs blessés, nous leur avons parlé, ils nous ont raconté leur histoire et nous sommes en mesure de vous affirmer que leur souffrance est bien réelle et que cette blessure les empêche de mener une vie normale et retentit sur leur entourage, qui souvent s'écarte d'eux. Reconnu comme blessure de guerre seulement depuis 1992, mais identifié depuis l'antiquité, le syndrome post-traumatique s'est imposé comme une problématique à considérer à la suite du durcissement du conflit en Afghanistan. Le ministère de la Défense a élaboré deux plans successifs traitant des « troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées », en 2011 et 2013 afin d'en améliorer la prévention et de renforcer le soutien médical et psychosocial des militaires et de leur famille. Confrontation à l'irreprésentable, l'état de stress post-traumatique se caractérise par les symptômes que sont les cauchemars, les reviviscences diurnes, les flashes, les conduites d'évitement et de sursaut. Il s'accompagne de troubles du comportement tels qu'un sentiment d'insécurité permanente, l'hypervigilance, l'agressivité, le repli sur soi. Les addictions sont fréquentes.

L'apparition des troubles semble en relation avec l'intensité des combats, à leur répétition – un élément particulièrement important puisque nos soldats sont engagés dans des OPEX qui se succèdent - et au nombre de blessures physiques et de décès dans l'unité. Le service de santé a mis en place un recueil épidémiologique hebdomadaire de ces troubles : 136 cas ont été enregistrés en 2010, 298 en 2011, 282 en 2012 et 359 en 2013. Une étude du centre d'épidémiologie et de santé publique des armées indique toutefois, que si le délai de latence peut atteindre dix ans, 50 % des troubles apparaissent un mois après

l'événement déclencheur, 65 % dans les trois mois et 95 % un an plus tard. Des visites systématiques ont été instaurées trois mois après le retour d'opération extérieure et sont à l'origine de 27 % des demandes de soins. Mais le mur le plus difficile à vaincre est celui du silence. Il est donc important d'informer les militaires car la honte n'est pas la seule raison de ce silence, il y a également la méconnaissance des symptômes et la crainte de perdre son aptitude. La prévention s'articule autour de la mise en condition opérationnelle qui vise à améliorer la résistance, autour de l'information sur les troubles et autour du rappel de l'importance de la parole.

Sur le terrain le soldat ne se trouve pas isolé et un dispositif d'accompagnement est organisé par les psychologues et les médecins d'unité afin d'intervenir rapidement en cas d'événement potentiellement traumatisant. Les psychologues et les psychiatres du service de santé agissent en coordination avec les services de psychologie dont dispose chaque armée. Le plus important est celui de la marine qui compte quarante psychologues, qui interviennent notamment auprès des forces spéciales. Le commandement a, de son côté, mis en place un dispositif reposant sur des conseillers facteur humain et des référents sections, en relation directe avec les auxiliaires sanitaires. L'aumônier joue également un rôle important car il se situe hors de tout lien hiérarchique ou médical.

Les soldats en souffrance peuvent s'adresser anonymement à un psychologue en appelant le numéro Écoute Défense, qui a reçu 330 appels en un an lesquels ont permis de détecter 176 cas de syndrome post-traumatique. Les différents hôpitaux militaires et les centres médicaux des armées proposent divers traitements parmi lesquels on trouve la psychanalyse, les thérapies cognitivo-comportementales, l'hypnose, selon l'orientation du praticien. Un réseau de psychologues et de psychiatres civils labellisés est en cours de constitution afin de couvrir les territoires dans lesquels l'armée n'est pas présente. Nous souhaitons que la prise en charge financière de ces consultations soit assurée pour les ressortissants de toutes les armées car seule l'armée de terre en bénéficie aujourd'hui grâce à l'intervention de l'association Terre et Fraternité.

Au-delà des soins, au-delà des aides financières, les militaires ont besoin de reconnaissance, qui est un élément essentiel de la reconstruction. La reconnaissance exprimée par la hiérarchie et la reconnaissance exprimée par la Nation qui prend la forme d'une décoration, l'insigne des blessés. Or si la dernière loi de programmation militaire indique clairement qu'« un effort particulier de reconnaissance doit être entrepris à l'égard des militaires blessés au service de notre pays. », il semble que cet effort se heurte à des résistances et nous estimons, tous deux, que rien ne s'oppose à la remise de l'insigne des blessés à l'ensemble des blessés physiques ou psychiques à partir du moment où le service de santé a reconnu leur état. Nous espérons que cette question sera résolue rapidement.

**M. Olivier Audibert-Troin, rapporteur.** Les blessés sont nombreux à quitter l'armée à l'issue de l'expiration de leurs droits à congés de maladie, par choix ou parce qu'ils ne sont plus aptes. Ils font face à plusieurs défis qui sont

aussi des défis pour l'institution : leur reconversion et leur suivi. Leur reconversion est assurée par Défense mobilité et, nous l'avons constaté, beaucoup par les cellules d'aide et les blessés eux-mêmes qui souvent font preuve de beaucoup d'énergie pour se prendre en charge. Quant à leur suivi, il revient à l'office national des anciens combattants et des victimes de guerre (ONACVG) qui se positionne aujourd'hui comme interlocuteur privilégié en s'ouvrant à la nouvelle génération du feu et a signé pour cela des conventions avec l'armée de l'air et la marine, et bientôt l'armée de terre, afin de prolonger l'action des cellules d'aide. La volonté est immense et l'effort sera exigeant, notamment pour le suivi des blessés atteints de syndrome post-traumatiques, qui ne s'improvise pas. Nous attendons beaucoup de ce suivi dont nous nous félicitons car nous sommes convaincus qu'il faut à tout prix éviter de rompre le lien.

Nous allons vous parler maintenant du sas de fin de mission. Pourquoi maintenant, nous direz-vous ? Pourquoi pas avec le syndrome post-traumatique ? Parce que ce sas de décompression n'est pas un dispositif médical et qu'il s'adresse à tous les soldats projetés, à partir du moment où le commandement a estimé que les difficultés de la mission nécessitaient son activation. Le sas de Chypre avait été désactivé – les premiers soldats de Serval n'ont donc pu en bénéficier – puis réactivé avant de fermer définitivement et d'ouvrir à nouveau au Sénégal pour les soldats des opérations Barkhane et Sangaris. Ce passage fait partie intégrante de la mission et il fonctionne comme une zone tampon permettant de prendre ses distances physiquement et psychologiquement de la zone de combat. Autrefois les longs voyages en bateau offraient naturellement un éloignement graduel que ne permet plus la brutalité des voyages en avion si rapides. Le sas français est né en Afghanistan et, après quelques essais, le concept a été pérennisé dans sa forme actuelle que nous avons pu vivre de l'intérieur en nous rendant à Chypre lors d'une relève de retour de Centrafrique. Le sas se déroule dans un milieu ouvert fréquenté par des vacanciers. Il dure trois jours, ce qui est suffisant pour se détendre et suffisamment court pour ne pas être vécu comme une contrainte. L'hôtel est de bon niveau afin d'offrir un contraste et un repos après des conditions vie rustiques. Les activités obligatoires sont, d'une part, un débriefing collectif et une réunion d'information post-OPEX et, d'autre part, la réparation physique, car les soldats sont très fatigués. Elle consiste en des massages de dos et des séances de techniques d'optimisation du potentiel. Des activités ludiques comme une mini-croisière et une visite archéologique facilitent le retour à la vie civile. Des activités facultatives sont également proposées : séances d'information sur le retour en famille, entretiens individuels à la demande, plage, piscine, sauna, musculation, footing... Quelle que soit l'intensité des combats, et de manière quasi invariable, environ 3 % du personnel transitant par le sas de fin de mission demandent un entretien individuel auprès d'un psychologue et 1 % du personnel en transit est ensuite orienté vers une prise en charge médico-psychologique. Nous avons pu apprécier l'efficacité de ce dispositif en parlant avec les soldats et en les observant durant 48 heures durant lesquelles nous les avons vus se détendre et se mettre à parler. Nous sommes revenus pleinement convaincus de l'utilité de ce dispositif. Nous étions d'ailleurs inquiets de savoir



que le sas de Chypre allait fermer définitivement en raison de l'expiration du marché et d'une localisation géographique moins favorable depuis l'Afrique alors qu'elle était parfaitement adaptée à un retour d'Afghanistan. Nous avons été rassurés qu'un sas soit installé à Dakar, car l'opération Sangaris présente toutes les caractéristiques d'une mission difficile aux conséquences psychologiques potentiellement lourdes.

Venons-en maintenant au dernier point de notre rapport qui traite de l'arme la plus efficace contre la blessure : sa prévention. Elle est assurée notamment par la protection des soldats et l'évolution des matériels. Le blindage des véhicules a fait beaucoup pour sauver des vies, tout comme le gilet pare-balles. Des études amont sont menées pour l'amélioration constante des matériels. L'institut de recherche biomédicale des armées conduit des recherches sur les chocs hémorragiques et la reconstruction tissulaire pour les grands brûlés. L'avenir est également fait du développement de nouvelles technologies de l'information au profit de la médicalisation de l'avant, avec le programme Infostructure santé lancé en 2012. Il permettra de fournir aux médecins des forces sur le terrain trois outils d'optimisation de la chaîne santé autour du blessé en opération : un système d'information et de régulation médical entre le théâtre d'opération et la métropole, un centre de télé-médecine et un module épidémiologique.

**Mme Émilienne Poumirol, rapporteure.** Enfin, comme vous avez pu le constater, nous ne vous avons pas abreuvés de chiffres. Et peut-être vous en étonnez-vous comme ce fut notre cas, lorsque commençant notre cycle d'auditions nous avons innocemment sollicité des chiffres qui ne sont pas venus, ou très tard et parcellaires. Car, aussi étrange que cela puisse paraître, personne n'est en mesure de dire aujourd'hui précisément combien il y a de blessés dans l'armée. Il y a bien un recueil épidémiologique, mais limité à certaines pathologies. Il y a le nombre d'évacuations sanitaires, qui ne dit rien sur les blessés traités sur place. Il y a les chiffres communiqués par les cellules d'aide mais tous les cas ne sont pas suivis et les périmètres sont différents. Il n'y a aucune consolidation de tous ces chiffres que chaque entité tient dans son coin. Tous nos interlocuteurs l'ont d'ailleurs déploré et nous ne comprenons pas comment l'institution peut se priver d'un outil statistique aussi utile. Il s'agit de notre première recommandation.

Nous n'allons pas rappeler toutes les observations et les recommandations formulées dans notre rapport mais seulement celles qui nous semblent les plus importantes, tout en saluant le travail accompli, en particulier sur le syndrome post-traumatique, par le ministère au cours des deux dernières années. En effet de nombreux groupes de travail ont été mis en place par le ministère, réunissant le SSA, le commandement, les cellules d'aide, les associations, ce qui permettra très certainement des améliorations rapides de ce système complexe.

Nous avons évoqué dans notre rapport une colocalisation des cellules d'aide, qui pourraient mettre en commun une partie de leurs moyens. Il nous semble que cet ensemble devrait s'élargir et comprendre des référents blessés

représentant les différents services interlocuteurs du blessé et même accueillir des blessés au sortir de l'hôpital pour baliser leur suivi médical, sportif, administratif et social. Une sorte de maison du blessé qui trouverait naturellement sa place aux Invalides. Il s'agit d'un projet ambitieux mais d'une grande cohérence. Nous tenons également à ce que tout soit fait pour simplifier les procédures, et notamment celle de la pension militaire d'invalidité car j'ai eu le sentiment qu'il particulièrement difficile et incompréhensible pour les militaires, qui souffrent déjà de leur blessure, d'avoir toujours à se justifier, au mépris de la reconnaissance, pour peu que la rédaction de ce que j'appelle le certificat initial ait été approximative.

Et enfin, il nous semble impératif que soit poursuivie au sein du ministère une réflexion médicosociale sur la prise en charge du syndrome post-traumatique afin de mener des actions adaptées en prévoyant de former le personnel impliqué. C'est un problème auquel sont confrontés, dans le civil, d'autres ministères, les Affaires étrangères et l'Intérieur notamment, et je pense qu'il serait intéressant de disposer d'un système interministériel de référence.

**M. Philippe Nauche, président.** Votre exposé a suscité beaucoup d'intérêt et soulève beaucoup de questions. En premier lieu, a-t-on une idée du nombre de militaires blessés en service qui arrivent à être reclassés au sein de leur régiment ?

**Mme Émilienne Poumirol, rapporteure.** Il existe certes des cellules qui s'occupent du reclassement des blessés mais nous ne disposons que de peu de chiffres précis sur ce sujet. Nous savons que 75 % des blessés psychiques quittent l'armée alors que la proportion est d'environ 50 % pour les blessés physiques. Nous disposons de très peu de chiffres sur le reclassement en 2013, quatre ou cinq dossiers sur 50 ont été acceptés, ce qui est extrêmement peu.

**M. Olivier Audibert-Troin, rapporteur.** En lieu de chiffres, nous avons surtout eu des pourcentages, alors même que de petites mutuelles d'assurance sont en mesure de produire des chiffres. Nous avons constaté que dans chaque arme, y compris pour la gendarmerie qui dispose d'un système à part, personne n'utilise les mêmes bases d'analyse. Par exemple, la cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre (CABAT) ne s'occupe que des blessés en service, tandis que l'armée de l'air s'occupe également des blessés hors service et des familles. C'est une vraie difficulté pour disposer de statistiques à périmètre égal. S'agissant des mi-temps thérapeutiques, il n'existe que 50 postes disponibles, dont seulement 42 sont effectivement pourvus.

**M. Joaquim Pueyo.** Je tiens à remercier les rapporteurs pour la grande qualité de leur rapport qui suscite beaucoup de questions. J'ai du mal à comprendre l'absence de statistiques concernant les blessés en OPEX ou en entraînement, qui pourraient pourtant nous permettre une meilleure analyse. S'agissant du reclassement des militaires, celui-ci est-il majoritairement fait au sein du ministère de la Défense ou le secteur privé est-il également réceptif aux

demandes de reclassement des militaires blessés ? Par ailleurs, pouvez-vous nous éclairer sur les modes d'action d'assistance aux blessés dans d'autres pays ? Je ne parle pas des États-Unis qui, ayant connu deux guerres successives en Irak et en Afghanistan, ont développé un programme de soins et de transition, le warrior care and transition program (dit WCTP), mais des pays européens ? Notre prise en charge des blessés est-elle de bonne qualité ? Est-elle perfectible ?

**Mme Édith Gueugneau.** Je salue le travail des rapporteurs qui nous fournit une base utile pour nos travaux futurs. Je souhaiterais savoir comment s'organise, en cas de nécessité, le rapatriement des blessés sur d'autres bases d'autres pays. Par ailleurs, comme membre de la Délégation aux droits des femmes, je souhaiterais savoir si on dispose de statistiques concernant le genre, en particulier, le pourcentage de femmes blessées est-il important ? De quel type de blessure s'agit-il ?

**Mme Geneviève Gosselin-Fleury.** Je suis impatiente de prendre connaissance de l'intégralité de votre rapport. Il semblerait que le taux de reclassement des blessés reste relativement faible. Que se passe-t-il concrètement pour ceux qui ne sont pas reclassés ? Vous avez également parlé de réticence relative à l'attribution de la médaille des blessés, à ceux atteints d'un syndrome post-traumatique. Quelles sont les causes de cette réticence ?

**Mme Émilienne Poumirol, rapporteure.** Le taux de reclassement est très faible. Il existe certes des conventions avec le privé, en particulier avec les entreprises de défense. Nous avons constaté que l'armée regrette que les collectivités locales n'aient pas suffisamment d'ouverture vers les blessés et qu'il n'existe pas d'obligation de recrutements de blessés dans les marchés publics, contrairement à ce qui existe au Canada.

Les blessés touchent leur solde pendant un temps relativement long, de trois à cinq ou huit ans. Le problème est qu'ils sont ensuite perdus de vue par l'institution militaire. L'ONACVG, qui devrait d'ailleurs s'appeler l'office national des combattants, devrait jouer un rôle plus important dans le suivi. En effet il dispose d'antennes dans tous les départements et de référents qu'il faudrait néanmoins former. Il s'agit d'un réseau de maillage intéressant à valoriser pour accompagner au mieux les anciens militaires blessés.

Pour ce qui concerne le rapatriement sur d'autres bases en Europe, nous avons noté que cela s'est produit en Allemagne, même si le principe reste un rapatriement direct, la plupart du temps sur vers les hôpitaux Percy à Clamart et Sainte-Anne à Toulon. Il convient de souligner qu'il existe une convention dite EATC (European Air Transport Command - Commandement du transport aérien européen) qui offre la possibilité d'affréter des avions pour le rapatriement des blessés, ce qui permet de diminuer les coûts. Le système modulable de rapatriement collectif français MORPHEE est très différent du système allemand, qui exploite un Airbus hôpital installé de façon pérenne. MORPHEE est en alerte 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, qui permet en moins d'une journée

d'équiper des avions avec tout le matériel et les médicaments nécessaires, permettant de transporter six blessés très graves et six moins graves.

Nous avons bien senti que les associations d'anciens combattants estiment qu'on s'occupe très bien des blessés en OPEX mais moins des anciens combattants. De la même façon, on entend dire qu'on s'occupe beaucoup des blessés victimes de stress post-traumatique, notion qui reste encore inconnue. Nous sommes persuadés que l'attribution de la médaille des blessés serait pour les militaires souffrant de stress post-traumatique quelque chose de très important.

**M. Olivier Audibert-Troin, rapporteur.** Nous n'avons pas eu le temps d'explorer ce qui se faisait dans les pays étrangers mais nous pensons néanmoins, d'après les témoignages recueillis, que la France est plutôt très avancée en matière de soutien aux blessés. Nous avons en particulier visité à Chypre le sas britanniques. Il s'agit d'un programme d'une journée, dans un camp militaire, où les soldats dorment en dortoir après avoir pratiqué des activités sportives. C'est une façon totalement différente de celle dont nous traitons le retour de nos soldats.

S'agissant de la reconversion, l'Agence de la reconversion nous a fourni quelques statistiques. En 2013, quatre blessés ont été reconvertis dans le secteur privé et un dans le secteur public. En 2014, treize blessés seulement ont été reconvertis. Il est intéressant de constater que les industriels de la défense essaient réellement de jouer le jeu, notamment pour ce qui concerne le stress post-traumatique. Trois expériences ont ainsi été menées chez les entreprises Michelin, Renault Trucks Defense et Areva pour ce qui concerne les stress post-traumatique. Le rapatriement avec les armées alliées fait l'objet d'échanges de bons procédés. Les Allemands arment en permanence leur Airbus, contrairement au modèle français qui repose sur l'insertion de modules dans des avions de transport de troupes de type Boeing C135. Je rappelle également que nous disposons d'un droit de tirage en matière de rapatriement sanitaire dans le cadre de l'EATC. Nous avons constaté qu'il existe un réel choc de générations parmi les anciens combattants. L'ONACVIG et le secrétariat d'État aux Anciens combattants et à la mémoire devraient faire un réel effort pour éviter une cassure entre les anciens combattants et la nouvelle génération.

Pour les blessés psychiques, j'ai assisté il y a un mois et demi à une réception au cours de laquelle les rescapés du Drakkar ont été enfin reconnus et récompensés par l'insigne des blessés par le ministre de la Défense. Nous avons par ailleurs reçu il y a quinze jours, lors d'une audition à l'Assemblée nationale, un rescapé du Drakkar qui était au bord des larmes. Il ne s'en est pas encore remis, 31 ans après. Il a quitté le bâtiment à 6 h 32 et deux minutes après, celui-ci s'est effondré. Il continue aujourd'hui à se poser la question de savoir pourquoi lui a eu la chance de s'en sortir, alors qu'il ne porte évidemment aucune responsabilité dans cette tragédie. La prise en charge des rescapés du Drakkar mériterait à elle seule un chapitre complet de notre rapport, tellement les manquements à l'endroit de ces rescapés ont été particulièrement criants et étonnants. Ce n'est que justice

de reconnaître aujourd'hui à leur juste valeur ces rescapés et la reconnaissance de la Nation reste à juste titre pour eux extrêmement importante.

**M. Philippe Nauche, président.** Je crois qu'il y avait là un vrai problème culturel car je me souviens du médecin-général Crocq qui, le premier dans la période contemporaine, avait identifié le syndrome post-traumatique, en s'appuyant sur des exemples de la guerre d'Algérie. C'était alors quelque chose de difficile à reconnaître.

**M. Daniel Boisserie.** Quels sont les régiments les plus touchés ? Disposez-vous de statistiques à ce sujet ? Par ailleurs, est-ce que vous pensez que les efforts faits en matière de protection et de prévention sont aujourd'hui suffisants ?

**M. Olivier Audibert-Troin, rapporteur.** Les unités les plus exposées sont naturellement les forces spéciales. Et je tiens à saluer le travail remarquable des médecins de ces unités qui les accompagnent.

Pour ce qui concerne la protection, beaucoup de recherches sont aujourd'hui faites sur les blindages. L'hélicoptère que pilotait le premier militaire ayant trouvé la mort au cours de l'opération Serval était dépourvu de blindage. Avec un appareil de nouvelle génération, on aurait probablement pu sauver la vie de son pilote. C'est un exemple cruel.

Nous avons été impressionnés par les recherches qui sont faites, non seulement sur les protections, mais aussi sur les nouvelles technologies qui permettent de communiquer depuis le terrain quasiment en vidéo-conférence. Les techniques pour la protection de nos soldats avancent, donc.

**Mme Émilienne Poumirol, rapporteure.** Pour ma part, j'ai été vraiment impressionnée par l'excellence du milieu médical dans l'armée, que ce soit au niveau des médecins, des chirurgiens, des infirmiers mais aussi des soldats, qui sont tous capables d'effectuer les premiers soins sur le terrain. Et dans les forces spéciales, les médecins sont non seulement d'excellents médecins mais aussi, selon les cas, d'excellents parachutistes ou nageurs de combat.

En matière de prévention, nous avons rencontré la DGA et avons pu constater qu'elle conduisait beaucoup de recherches dans ce domaine. En outre, au centre de transfusion des armées de Percy, des travaux de recherche ont permis de miniaturiser les plasmas lyophilisés, par exemple, que les soldats emportent sur eux. Beaucoup de progrès ont donc été faits ces dernières années par les armées dans le domaine de la prévention et des soins.

**M. Olivier Audibert-Troin, rapporteur.** Quelques chiffres : la DGA consacre à la recherche en matière de protection balistique des combattants – gilets et casque – un budget de deux millions d'euros par an, au blindage, cinq millions d'euros, à la protection contre les risques NRBC, 4,5 millions

d'euros, à la protection contre le bruit et les contraintes thermiques, trois millions d'euros. Un effort de recherche important est donc consacré à ces questions.

\*

\* \*

*La commission **autorise** à l'unanimité le dépôt du rapport d'information sur la prise en charge des blessés en vue de sa publication*

## ANNEXE

### LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LES RAPPORTEURS ET DES DÉPLACEMENTS

*Par ordre chronologique*

#### 1. Auditions

➤ **Mme le médecin général inspecteur Sylvie Faucompret**, adjoint au directeur « offre de soins et expertise », et **Mme le médecin en chef Sonia Maresca**, référent « médecine d'armée » du bureau offre de soins (trois auditions)

➤ **M. le général de brigade aérienne Bruno Duvert**, officier général chargé des affaires nucléaires, de la sécurité aéronautique et de la navigabilité à l'état-major de l'armée de l'air, **Mme le médecin-chef des services Christine Roul**, adjoint santé près le major général de l'armée de l'air, conseiller du commandement en matière de santé, **M. le lieutenant-colonel Margaron**, chef du bureau condition du personnel au sein de la direction des ressources humaines de l'armée de l'air, **Mme l'adjutant-chef Berthet-Costell**, cellule d'aide aux blessés, malades et familles de l'armée de l'air (CABMF Air)

➤ **M. le lieutenant-colonel Thierry Maloux**, chef de la cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT) et **M. le lieutenant-colonel Pierre Chareyron**, officier chargé des relations extérieures à l'état-major de l'armée de terre (deux auditions)

➤ **M. le médecin en chef Emmanuel Angot**, chef de l'état-major opérationnel santé

➤ **M. le professeur Jean-Philippe Rondier**, médecin-chef, psychiatre à l'HIA Percy, **M. le médecin chef des services Christian Colas**, médecin réserviste au service médico-psychologique des armées, **M. le professeur Franck de Montleau**, chef de service de psychiatrie de l'HIA Percy, **M. le capitaine Saintot**, psychologue du service médico-psychologique des armées

➤ **M. le lieutenant-colonel Sylvain Siad**, chef de la cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de terre (CISPAT), **M. le chef d'escadron Frédéric Pinck**, chef de la section réglementation du bureau opérations logistiques de la division logistique du commandement des forces terrestres, **M. le colonel François Vallette**, chef du bureau « condition du personnel, environnement humain » de la DRH-AT (BCP-EH), **M. le lieutenant-colonel Vincent Gelez**, chef de la section études psychologiques du BCP-EH

➤ **M. le commissaire en chef des armées Gaël Dettwiler**, chargé de mission auprès du secrétariat général pour l'administration

➤ **M. le médecin en chef Jean-François Boin**, chef du bureau médecine d'armée, sous-direction « Plans-Capacités », direction centrale du service de santé des armées

➤ **M. le médecin en chef des services Rémi Macarez**, chef du bureau « offre de soins », sous-direction hôpitaux-recherche, direction centrale du Service de santé des armées

➤ **M. le médecin en chef Pierre Mahé**, conseiller santé de l'état-major du commandement des opérations spéciales

➤ **M. le vice-amiral d'escadre Christophe Prazuck**, directeur du personnel de la marine, **M. le capitaine de vaisseau Olivier Bodhuin**, chef du bureau condition du personnel militaire, **M. le médecin en chef Jean-Bernard Orthlieb**, conseiller santé auprès de l'état-major de la marine, **M. le médecin en chef Laurent Martinez**, chef du service de psychologie militaire de la marine

➤ **M. le médecin chef des services hors classe Sylvain Rigal**, chef du service de chirurgie orthopédique de l'hôpital d'instruction des armées Percy, **M. le Médecin en chef des services Lionel Bourdon**, chef de la division recherche scientifique à l'institut de recherche biomédicale des armées (IRBA), **M. le médecin en chef Frédéric Canini**, chef de département à l'IRBA, **Mme le médecin chef des services Anne Sailliol**, directrice du centre de transfusion sanguine des armées (CTSA), **M. le médecin en chef Eric Lapeyre**, chef du service Médecine physique et de réadaptation de l'HIA Percy, **M. le médecin en chef Sylvain Ausset**, adjoint au chef du service d'anesthésie réanimation de l'HIA Percy, **M. le médecin en chef Stéphane de Rudnicki**, adjoint au chef du service d'anesthésie réanimation de l'HIA Val de Grâce, **M. le médecin en chef Patrick Jault**, adjoint au chef du service d'anesthésie réanimation de l'HIA Percy, **M. le pharmacien en chef Pascal Favaro**, chef du bureau politique des approvisionnements en produits de santé, direction centrale du service de santé des armées, **Mme le pharmacien en chef Christine Amourette**, chef du bureau recherche à la direction centrale du service de santé des armées

➤ **Mme Rose-Marie Antoine**, directrice générale de l'office nationale des anciens combattants et des victimes de guerre (ONACVG), et **M. le contrôleur des armées Frédéric Charlet**, conseiller auprès de la directrice générale

➤ **M. le colonel Jean-Marc Teissier**, chef du bureau de l'action sociale de la gendarmerie nationale, **M. le médecin chef Yann Dasse**, conseiller technique de la direction générale de la gendarmerie nationale

➤ **M. le général d'armée (2S) Bernard Thorette**, président de l'association Terre et Fraternité



➤ **M. l'ingénieur général hors classe de l'armement Vincent Imbert**, directeur général adjoint de la délégation générale pour l'armement, **Mme le pharmacien en chef Haude Tymen**, adjoint santé du directeur, service d'architecture des systèmes de forces, **M. l'ingénieur général de l'armement Yannick Morel**, responsable du pôle sciences de l'homme et protection ; **MM. Jean-Baptiste Paing et Guillaume Vega**, conseillers techniques au cabinet du DGA

➤ **M. le général Arnaud Martin**, directeur de l'agence de reconversion de la Défense, et **M. le colonel Philippe Debesse**, chef du bureau d'accès à l'emploi en entreprise

➤ **Mme Catherine Goudeau**, présidente de l'association des femmes de militaires (ANFEM)

➤ **M. le général (2S) Bertrand de Lapresle**, vice-président de l'Union des blessés de la face et de la tête (Les Gueules cassées)

➤ **M. l'amiral (2S) Jacques Lanxade**, président de l'association Solidarité Défense

➤ **M. l'amiral Henri Lacaille**, vice-président de la Fédération nationale André Maginot des anciens combattants et victimes de guerre, **M. Alain Clerc**, vice-président de la Fédération nationale André Maginot des anciens combattants et victimes de guerre

➤ **M. le médecin général des armées Érick Dal**, contrôleur général des armées en mission extraordinaire, ancien inspecteur du service de santé pour la marine et la gendarmerie nationale, **M. le médecin en chef Bruno Bonnin**, chef de la cellule médico-militaire de l'inspection du service de santé des armées

➤ **M. Alain Attanasio**, sous-directeur du contentieux, direction des affaires juridiques du ministère de la Défense, **Mme Sophie Raymond-Andujar**, adjointe au chef du bureau des dommages généraux

➤ **M. Christophe Jayet**, ancien militaire

➤ **M. Serge Moguérou**, sous-directeur du service des pensions, **M. Yannick Le Manchec**, adjoint du sous-directeur, **M. le médecin chef des services Michel Watel**, chef du bureau des expertises et des analyses médicales

➤ **M. René Partouche**, sous-directeur de l'action sociale, **Mme Valérie Meunier**, adjointe à l'inspecteur technique des conseillers techniques et des assistants de service social

➤ **M. le médecin général Jean-Marc Debonne**, directeur du service de santé des armées

## **2. Déplacements**

➤ le 24 juin 2014 à Bourges, troisièmes rencontres militaires blessure et sport (RMBS)

➤ du 2 au 5 juillet 2014 au sas Sangaris à Paphos, Chypre, **M. le lieutenant-colonel Marc Hourriez** et ses équipes ; **Mme Christina Drakos**, directeur général de Drakos DMC ; sas de l'armée britannique

➤ le 10 juillet 2014 à l'HIA Percy à Clamart, **M. le médecin général inspecteur Christian Plotton**, directeur de l'HIA et ses équipes

➤ le 16 juillet 2014 à l'Institution nationale des Invalides, **M. le lieutenant-colonel Joël Orvoën**, adjoint au directeur de l'INI et son équipe, **Mme le docteur Pascale Fodé**, chef du centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés ; les pensionnaires de l'INI

➤ les 17 et 18 juillet 2014 au BCRM de Toulon, **M. le médecin-chef Perrichot** et les équipages du BPC Dixmude, de la FASM Montcalm et du SNA Saphir, HIA Sainte-Anne, **M. le médecin chef Bouat**, directeur de l'HIA et ses équipes, caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), **M. Thierry Barrandon**, directeur et son équipe

➤ le 18 novembre 2014 à Istres, base aérienne, **M. le colonel Thierry Garreta**, commandant de la base, et ses équipes ainsi que les équipes de formation MORPHEE

➤ le 2 décembre 2014 au centre médical des armées de Toulouse-Castres, **M. le médecin chef Philippe Victoire**, commandant le CMA, ses équipes et les participants à la table ronde