

Réflexions à propos de l'aide médicale apportée aux populations locales par les équipes chirurgicales du Service de Santé des Armées déployées en opération extérieure

Ollat D^{1,2}, Versier G²

1. 14^e Antenne Chirurgicale Parachutiste

2. Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, Hôpital d'instruction des Armées Bégin, Saint-Mandé.

Med Trop 2009 ; 69 : 228-230

La chirurgie militaire ne se résume pas uniquement à la prise en charge des soldats blessés sur le champ de bataille même si cela reste sa raison intrinsèque d'exister. En effet, l'Histoire nous rappelle que le Service de santé des armées (SSA) français a toujours apporté son secours aux populations des pays où il a été amené à exercer. Depuis l'époque des « colonies » jusqu'à aujourd'hui, la médecine tropicale et ses réseaux de dispensaires en sont le témoin. Le chirurgien militaire a toujours su faire face à cette dualité, prenant en charge aussi bien les plaies de guerre que les problèmes chirurgicaux des populations locales. L'évolution de la géopolitique et les conflits modernes ont contraint les forces armées à s'adapter à d'autres formes d'agressions (terrorisme international) et d'autres modes d'interventions (missions d'interposition des Nations-Unies). Ces changements ont eu des répercussions sur la pratique du chirurgien militaire déployé en opération extérieure (OPEX). L'aide médicale aux populations (AMP) est ainsi devenue une activité pratiquée de façon usuelle, intégrée dans l'action globale de la force. Cela pose de nombreuses questions, à la fois techniques et éthiques.

Notre propos se limitera à la problématique posée par l'AMP au sein des structures chirurgicales militaires du SSA français, en excluant les soins pratiqués dans le cadre de la coopération ainsi que les soins purement médicaux. En effet la coopération s'effectue dans un cadre et une logistique non directement militaires avec des moyens techniques totalement différents. L'activité médicale, essentiellement représentée par les consultations, est en effet beaucoup plus souple à la différence de la pratique chirurgicale qui impose un plateau technique et une logistique beaucoup plus importants avec le problème de la gestion des suites post-opératoires et notamment des complications éventuelles. Il faut également différencier l'AMP de l'AMH (Aide Médicale Humanitaire). L'AMH est le plus souvent une réponse à une situation de crise humanitaire et s'exerce de concert avec d'autres organisations de solidarité internationale. L'AMP désigne l'ensemble des soins pratiqués par les personnels du SSA envers les populations locales d'un théâtre où sont déployées des forces armées.

Actuellement, le SSA déploie sur les théâtres militaires extérieurs 5 structures médico-chirurgicales dédiées au soutien des forces armées engagées localement (3 en Afrique, 1 au Kosovo et 1 en Afghanistan). Il s'agit d'antennes chirurgicales parachutistes ou aéro-largables (équivalent de rôle 2 LM (Light Manoeuver) OTAN) ou de groupement médico-chirurgical (GMC) (rôle 2 Enhanced ou 3 OTAN selon le niveau d'équipement).

L'antenne chirurgicale est une structure réduite à 12 personnels dont un médecin anesthésiste-réanimateur, un chirurgien viscéraliste et un chirurgien orthopédiste. Ils travaillent dans une structure « souple » sous tente (3 tentes, 1 bloc, 2 lits « chauds » et 12 lits « tièdes » de soins postopératoires). Il s'agit de structures dont l'autonomie est réduite à 10 interventions chirurgicales sur 48 heures de soins. L'antenne peut être déployée de façon autonome, en quelques heures, avec un soutien direct de proximité très réduit. Le groupement médico-chirurgical est une structure beaucoup plus importante comportant en plus une section d'auxiliaires sanitaires et de conducteurs ambulanciers, une section de ravitaillement sanitaire (SRS) responsable de l'approvisionnement du théâtre en produit de santé à partir de la métropole, un médecin, voire un chirurgien spécialiste tel qu'un ophtalmologiste par exemple. Il existe 2 blocs, une imagerie médicale (radio voire scanner), un laboratoire d'analyses biologiques. La capacité d'hospitalisation est d'environ 20-30 lits et une réanimation post-chirurgicale de 4 lits. La structure est en « dur » de type « métal-textile » ou de type « shelters » qui sont des containers à tiroir déployant. Le déploiement d'un GMC dure plusieurs jours et nécessite un environnement logistique immédiat relativement important. L'ensemble de ces matériels est en cours de refonte. Les nouvelles antennes chirurgicales ACA05 sont actuellement opérationnelles et les nouveaux GMC/HMC (hôpital modulaire de campagne) sont imminents.

La doctrine générale d'emploi des formations sanitaires de campagne de l'armée française est clairement orientée vers le soutien des forces armées engagées sur le théâtre d'opération. Le sujet de l'aide médicale aux populations pourrait donc paraître inopportun. Il existe cependant des situations où l'activité est exclusivement dévolue à l'aide médicale aux populations sinistrées. Le séisme au Pakistan 2005 (opération Bahral) en est le dernier exemple. Les



Figure 1. Tente d'antenne chirurgicale parachutiste.

• Correspondance : didier.ollat@gmail.com

• Article reçu le 09/08/2008, définitivement accepté le 15/05/09



Figure 2. Le sourire de cet enfant avant son opération justifie à lui seul l'aide médicale aux populations.

antennes chirurgicales, compte tenu de leur souplesse d'emploi et de leur rusticité, ont déjà été déployées, plusieurs fois, au titre de l'aide internationale, sur des catastrophes naturelles. Il faut alors préciser que ces antennes n'ont pas de dotation spécifique et sont utilisées en configuration réglementaire « standard ». Ceci pose donc le problème d'un équipement suffisant polyvalent pour pouvoir répondre à des missions variées et non strictement militaire (AMP, AMH).

L'AMP est clairement évoquée dans les « priorités » d'action consignées dans les directives médico-militaires du commandement. Il existe une hiérarchisation comprenant le soutien de nos propres forces, ensuite celui des forces « amies » en présence, puis la prise en charge des « dégâts collatéraux » civils et enfin l'AMP. La place dévolue à cette activité est cependant rarement développée avec précision. Il est en effet difficile de définir une doctrine générale d'emploi du SSA pour l'aide aux populations car chaque théâtre est différent avec des besoins particuliers et des problèmes spécifiques. Cependant des précisions dans l'emploi s'imposent car le système actuel fait apparaître de grandes variations d'action d'une équipe à l'autre. Par exemple, certaines équipes vont développer de façon importante l'aide médicale, d'autres plutôt la limiter, certains vont effectuer de la chirurgie pédiatrique ou gynécologique, d'autres pas... Il est vrai que les compétences techniques chirurgicales sont désormais plus variables chez les jeunes chirurgiens qui ont une formation souvent plus spécialisée et une expérience du terrain tropical en situation de précarité plus limitée que leurs anciens qui effectuaient plus de séjour en pays en développement notamment dans le cadre de la coopération. Le chirurgien militaire peut être amené à effectuer, dans le cadre de l'AMP, des gestes chirurgicaux éloignés de sa pratique métropolitaine habituelle. Afin d'optimiser la formation théorique et pratique des jeunes chirurgiens, une formation essentiellement orientée vers les gestes d'urgence, est maintenant dispensée. Il faut néanmoins penser remettre à niveau régu-

lièrement la formation notamment en matière de chirurgie pédiatrique, de césariennes et d'accouchements par exemple.

De plus les moyens humains et logistiques étant limités, il ne peut s'agir que d'une aide « ciblée »... Se posent alors certains problèmes comme la hiérarchisation de l'accès aux soins et leur organisation (qui et comment soigner ?). Les soins des blessés par action de guerre sont bien codifiés (1). Il existe par exemple un procédé de triage et de catégorisation en cas d'afflux saturant (2). Par contre il n'y a pas de définition précise des modalités de pratique de l'AMP. Elle ne peut pas mener des actions de fond étalées dans le temps comme le réalisent les associations humanitaires, même si certaines formations sanitaires de campagnes sont déployées depuis plusieurs années. De plus la capacité de soins des forces armées ne doit pas être amputée par l'AMP. Les événements récents en république de Côte d'Ivoire ou en Afghanistan montrent l'importance de la permanence opérationnelle du SSA sur le terrain.

Compte tenu de la spécificité de chaque théâtre, la directive d'emploi incombe en pratique au chef du dispositif santé du théâtre (vision d'ensemble) en étroite collaboration avec les chirurgiens (expertise technique).

La chaîne logistique a un rôle extrêmement important car la chirurgie est gourmande en produits de santé. Ainsi, le ravitaillement en médicaments, consommables chirurgicaux conditionne directement le niveau d'activité opératoire. Les antennes chirurgicales, à la différence des GMC, n'ont pas de SRS intégrée. Les antennes doivent gérer directement leurs commandes de ravitaillement avec une SRS délocalisée sur le théâtre ou, plus rarement, en métropole. Ces commandes sont délivrées après des délais de trois à cinq semaines pour les commandes de routine et de 10 jours environ pour les commandes urgentes du fait notamment des contingences d'acheminement. Les produits sanguins labiles (concentrés globulaires) sont délivrés de façon automatique, sans procédure préalable de commande toutes les trois semaines. D'une façon générale, les produits ravitaillés sont listés au sein d'un catalogue de produits disponibles et géré par la Direction des Approvisionnement en Produit de Santé des Armées (DAPSA). Cette liste est nécessairement limitative pour des raisons de gestion de stocks et de mise à disposition. Ces articles sont clairement orientés vers le soutien des forces armées (blessures traumatiques, balistiques ou non, de l'adulte jeune). Il est donc difficile de se procurer des articles relevant de domaines plutôt spécifiques de l'AMP tel le matériel pédiatrique ou certains matériels d'ostéosynthèse orthopédique par exemple.

On s'aperçoit ainsi que le matériel de dotation s'avère souvent trop limité sur le plan technique pour effectuer de l'AMP. Dans ce dernier cas les délais d'approvisionnement sont plus long pouvant atteindre plusieurs mois. Il s'avère alors nécessaire pour les structures isolées de réaliser des stocks afin d'avoir une réserve de sécurité. La création de lots d'optimisation optionnels pourrait répondre à ces besoins spécifiques.

La présence d'un système de soins local, préexistant au déploiement des forces armées et des formations sanitaires de campagne, doit être prise en compte au niveau de la doctrine d'emploi. Souvent défaillant par manque de moyens et d'organisation, le système de soins local ne doit pas cependant être ignoré. En effet, la mise en place d'une AMP, gratuite et disposant de moyens plus importants, risque de créer une situation conflictuelle. La population peut se détourner du système de soins local, souvent payant, et contribuer à sa détérioration par disparition des soignants, par exemple, qui deviennent moins rémunérés. Il faut donc plutôt privilégier une démarche de collaboration et d'entraide avec les équipes

médicales autochtones avec, par exemple, des activités de soins communes et des formations techniques. L'AMP apportée par les formations sanitaires des armées est obligatoirement transitoire dépendant de la durée de la présence des forces armées dans le pays. Il faut donc veiller à ne pas créer des besoins et des espoirs parmi la population qui disparaîtront ensuite lors du retrait des forces armées. Souvent d'ailleurs la durée de la mission militaire n'est pas connue ou difficile à évaluer. L'AMP doit donc s'adapter aux besoins locaux ce qui nécessite une expertise préalable (notamment par des épidémiologistes et des planificateurs de soutien santé) et une certaine flexibilité. La coopération avec le système de soin local est un gage de pérennisation des actions de soins dans la durée.

L'AMP contribue par ailleurs largement à l'acceptation des troupes militaires étrangères dans un pays. Cela est d'ailleurs parfois critiqué par les ONG, ou associations de solidarité internationale, qui dénoncent une confusion des « genres » entre humanitaire et militaire, et qui appliquent une doctrine précise de stricte neutralité et refusent donc d'afficher une quelconque collaboration avec les soignants des forces armées. Il doit clairement être rappelé que les médecins et chirurgiens du Service de santé des Armées ne pratiquent pas l'AMP dans ce but, même si le fait qu'elle favorise la communication avec la population soit particulièrement apprécié du commandement ! L'aide aux populations est issue d'une longue tradition du SSA qui existait bien avant toute la médiatisation moderne actuelle... En réalité, sur le terrain, il existe des contacts avec les ONG et des aides ponctuelles sont assurées notamment pour les urgences dépassant leurs moyens thérapeutiques.

Il existe des contingences multiples qui rendent difficiles les modalités de prise en charge dans les pays en développement. Ainsi le soldat blessé bénéficie localement de soins initiaux puis est évacué vers son pays d'origine pour la poursuite des soins. Les formations sanitaires de campagne ne sont que l'étape initiale dans le processus global des soins. Par contre, dans le cadre de l'AMP, les soins destinés aux populations locales doivent être complets jusqu'à guérison car il ne peut y avoir de rapatriement et évacuation vers une structure hospitalière tierce hormis les structures locales souvent déficientes et généralement payantes. Ce point essentiel explique que certaines pathologies chirurgicales qui nécessitent des soins prolongés et très consommateurs ne peuvent être prises en charge. En effet, les formations sanitaires de campagnes disposent de moyens limités (matériel technique, lits d'hospitalisation, personnels soignants). Les soins doivent être rationalisés et optimisés pour le plus grand nombre. On doit donc privilégier les pathologies pouvant être assumées jusqu'à guérison, limitées dans le temps et peu gourmandes en moyens humains et matériels (3).

Le climat (hygrométrie et température) influence notablement l'activité chirurgicale. L'humidité rend les suites opératoires plus longues et compliquées en retardant la cicatrisation des plaies opératoires et en augmentant leur risque de surinfection. Une température élevée rend indispensable l'utilisation de climatiseurs pour les salles d'opérations et également le stockage des médicaments et certains consommables. Les climatiseurs nécessitent une ressource électrique importante qui est parfois difficile d'obtenir.

L'apparition de souches bactériennes résistantes aux antibiotiques est de plus en plus fréquente. Ceci s'explique par l'utilisation inappropriée d'antibiotiques soit par prescription inadéquate, faute notamment d'antibiogrammes, soit par non-observance du malade. Le patient écoute ainsi le traitement fourni gratuitement parfois pour le revendre ce qui favorise les auto-médications et les thérapeutiques trop brèves. Les moyens diagnostiques et la pharmacopée doivent donc être pensés en conséquence.

Les implications chirurgicales de certaines pratiques religieuses doivent être connues. Par exemple l'amputation a un caractère très péjoratif dans la religion musulmane. Si l'amputation est acceptée, la pièce anatomique doit être rendue à la famille afin qu'elle procède aux pratiques religieuses. Dans ces pays sans protection sociale, le handicap est souvent mal toléré sur le plan relationnel. Il peut précipiter le patient dans la misère et l'abandon. Choisir d'amputer implique de penser à l'appareillage ultérieur du membre. Or il est souvent difficile de pouvoir obtenir une prothèse d'appareillage (matériel inexistant localement ou trop cher pour le patient). La kinésithérapie post-opératoire et la rééducation fonctionnelle sont également souvent quasiment inexistantes. Il faut alors éviter certaines opérations qui nécessitent une rééducation importante ou accepter un résultat final moins bon. De même après certaines interventions le patient doit prendre, à vie, un traitement médicamenteux substitutif. Si le traitement n'est pas accessible (inexistant ou trop cher) l'intervention devra être refusée.

De plus l'AMP nécessite des matériels parfois absents de la dotation réglementaire des formations sanitaires militaires. En effet les pathologies traitées sont très variées et parfois très éloignées des blessures balistiques militaires. Dans les pays en développement la natalité est très forte, les enfants et les femmes enceintes constituent une part importante des consultants et des opérés. Il est ainsi apparu l'impérieuse nécessité d'avoir du matériel adapté : par exemple pour l'anesthésie pédiatrique et des médicaments au dosage pédiatrique. La pratique de césariennes est aussi fréquente et les médicaments nécessaires pour cette intervention ne sont pas habituellement en dotation.

En conclusion, les forces armées, non seulement françaises mais aussi des autres pays de l'Union européenne, de l'OTAN ou de l'ONU ainsi que de l'organisation des pays africains, sont de plus en plus utilisées comme forces d'interposition dans les conflits inter-ethniques ou dans la lutte contre le terrorisme international. Ceci implique un contact étroit entre les populations « secourues » et les forces militaires en présence. L'aide aux populations notamment sur le plan de la santé est en train de devenir une composante « parallèle » de l'action militaire. Différente et parfois très éloignée des missions initiales de soutien des troupes, l'aide médicale aux populations soulève nombre de questions et invite à la définition d'une doctrine d'AMP plus précise et adaptable aux différentes situations sur le terrain. En augmentant la flexibilité et en développant les moyens sanitaires des structures sanitaires militaires déployées outre-mer, la qualité de soins pour les populations devrait être optimisée, sans nuire, bien évidemment, à la mission de soutien des forces armées qui reste prioritaire. Dans le but de clarifier cette AMP, un cadre réglementaire se met en place progressivement. Témoin de la dynamique et de l'adaptation du SSA, des règles d'éthiques applicables aux personnels de SSA ont été publiées (4) et la diffusion d'une doctrine générale de l'AMP est imminente (5).

Remerciements. Les auteurs tiennent à remercier pour leur collaboration : le Lieutenant-Colonel Pichouron JM et le 3^e Régiment d'Infanterie de Marine à Vannes.

Références

1. Conventions de Genève et protocoles additionnels du 12 août 1949, Comité international de la Croix-Rouge.
2. Houdelette P. Le triage des blessés en chirurgie de guerre et situation d'exception. *J Chir* 1996
3. Morand JJ, Lightburn E. Dermatologue en opération extérieure : mission Licorne en Côte d'Ivoire *Med Trop* 2005; 65 : 2.
4. Décret n° 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées (J.O. du 18 septembre 2008).
5. Doctrine interarmées de l'aide médicale aux populations PIA 09/101.