

« PRO PATRIA ET HUMANITATE »

LE SSA : DU SOUTIEN MÉDICAL VERS UN APPUI MÉDICAL À PART ENTIÈRE

*Entretien avec le médecin en chef Edouard Halbert,
chef de l'Etat-major opérationnel du service de santé des armées*



French Military Medical Support In Transition

Ever since no less than three centuries, French armed forces have relied on a fully operational medical support service to provide health services in peacetime and on the battlefield. A distinct corps, the SSA (« Service de santé des armées ») has undergone multiple evolutions. The interview below with the Chief of staff for operations, Médecin en chef Halbert, highlights the most recent transformation the service has been going through in face of French defense reforms as well as the impact of Afghanistan on forward medical care.

Spécificité française vieille de trois siècles, le Service de santé des armées (SSA) a subi au fil des ans de multiples restructurations et évolutions : la période actuelle constitue sans aucun doute une époque charnière de transformation tant en raison de facteurs intérieurs qu'extérieurs. ■ Sur le plan intérieur, la suspension de la conscription voici une dizaine d'années avait déjà contraint le SSA à réduire de moitié son dispositif hospitalier au cours des années 2000 et avait entraîné une perte d'effectif importante, puisqu'à l'époque du service militaire, plus d'un quart des médecins et plus des deux-tiers des pharmaciens venaient du contingent. Depuis quelques années, le processus de RGPP (Révision générale des politiques publiques) et le Livre Blanc sur la défense et la sécurité nationale incitent le SSA au même titre que le reste des forces armées à optimiser le fonctionnement de ses institutions, à s'adapter à la réforme des Bases de défense et à réduire ses coûts (réduction des effectifs de six cent personnes à l'horizon 2014). Des coûts jugés encore trop importants par la Cour des Comptes, qui dans un rapport d'octobre 2010 dénonce en particulier des taux d'occupation des lits insuffisants (cinquante deux pour cent) par rapport au secteur civil (soixante quinze à quatre vingt cinq pour cent). Si la période actuelle n'autorise pas à faire fi des contraintes économiques et budgétaires, il faut malgré tout prendre garde à ne pas perdre de vue la fonction première du SSA qui est de couvrir les besoins médicaux en période de guerre et en situation de conflits.

[SLD] Docteur, vous êtes chef du bureau Opérations, devenu depuis septembre 2009 l'Etat-major opérationnel santé (EMO-S) : comment s'intègre cette fonction au sein de la Direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) ?

Médecin en chef Halbert : L'EMO Santé est un bureau de la direction centrale du service de santé des armées. Il est donc situé à Vincennes, mais rejoindra Balard en 2014. L'EMO Santé compte actuellement dix personnes et passera à seize à l'été 2011, puis à vingt en 2014. La transformation du bureau opérations en EMO facilite les échanges mutuels d'informations. C'est la meilleure façon pour que le soutien

médical soit bien pris en compte au sein des opérations. Au quotidien, l'EMO Santé travaille avec le Centre de planification et de conduite des opérations (CPCO) et les EMO d'armées. A l'identique de ces derniers, l'EMO Santé est organisé en sections désignées par une lettre et un chiffre. La lettre M a été choisie pour « médical » et pour « *Medical Support* » en anglais :

- La section M1 conduit les relèves des théâtres d'opération et des missions de courte durée comme à Djibouti [Ndlr : *l'hôpital Bouffard s'avère être un outil de soutien précieux et de prépositionnement en Afrique régulièrement mis à contribution,*

C'est ce que fait déjà au quotidien près d'un personnel du SSA sur sept, puisque mille trois cent quarante sept de ses personnels sont partis en OPEX en 2009 sur un total de dix mille militaires engagés sur les théâtres extérieurs : l'Afrique, mais aussi Haïti et bien sûr l'Afghanistan, lequel constitue un champ d'action singulièrement différent de l'expérience traditionnelle française tout en confirmant certaines tendances amorcées depuis la Bosnie au début des années quatre-vingt dix. L'outil médical militaire français s'est ainsi adapté au cours de ces dernières années aux défis posés par la multinationalisation et l'évolution des tactiques vers une médicalisation de l'avant de plus en plus poussée. Et ce, avec succès, puisque la France est nation-cadre dans nombre d'opérations et dirige en particulier l'Hôpital médicochirurgical de Kaboul (HMC KAIA, c'est à dire « *Kabul International Airport* ») depuis juillet 2009. ■ Dans l'article ci-dessous, le Médecin en chef Halbert retrace pour nous l'ensemble de ces défis et les réponses apportées par le SSA afin d'y faire face au quotidien et de préserver cette « assurance-vie » des soldats que représente le soutien médical.

<< La vitesse de brancardage sous le feu est d'environ deux cent mètres par heure. >>

Crédit : exercice de validation avant projection en Afghanistan (Jalalabad), Jean-Marc Tanguy, Bourg Saint Maurice, octobre 2010



tel qu'en septembre 2009 lors de l'attentat de l'aéroport de Mogadiscio au sein de la base de l'AMISOM- African Mission in Somalia — par des rebelles somaliens]. M1 gère environ sept cent personnels de la fonction santé ;

- La section M2 est chargée du domaine technique médical. Ceci inclut l'évaluation des risques sanitaires (épidémies, thérapeutiques, etc) ;



Les distances et les délais inhérents à toute opération en Afrique ne permettent pas de dissocier les équipes médicales qui doivent toujours inclure un médecin.

Crédit photo :
Prise en charge et évacuation sanitaire en hélicoptère de soldats gabonais victimes d'un accident de la route entre Libreville et Lambaréné, Thomas Samson, ECPAD, Gabon, janvier 2000

- M3 conduit les opérations médicales. Cette section gère les évacuations médicales des théâtres d'opérations vers la France. Les patients, qu'ils soient blessés ou malades, sont évacués par avion gouvernemental médicalisé. A la demande du chef santé d'une opération, l'EMO Santé organise la mission en demandant la mise à disposition d'un avion au cabinet du ministre de la défense et en désignant l'équipe médicale. En moyenne, une évacuation médicale stratégique est réalisée chaque semaine. A côté de ces missions urgentes, le SSA gère environ huit cent rapatriements sanitaires non médicalisés par an ;
- M4 assure le soutien des unités médicales opérationnelles et le ravitaillement en produits de santé (médicaments, équipements médicaux, etc) ;
- M5 est la section "planification et études" ;
- M6, celle des Systèmes d'information et de communication (SIC) ;

- M7, celle du Retex (retour d'expérience), qui va bientôt être renforcée pour mettre en place un registre médical des traumatismes à l'instar de celui dont disposent les Américains et les Britanniques. Il s'agit de recueillir tous les actes médicaux réalisés en opération afin de mieux les analyser. Cette base de données complètera les deux cent rapports de fin de mission que l'EMO analyse annuellement. Ce registre baptisé REACTO pour REgistre des ACtes Techniques en Opérations sera compatible avec celui de l'OTAN ;

- M8 s'occupe des aspects financiers : en moyenne, le personnel santé représente quatre pour cent des effectifs déployés en opération — six pour cent sur le théâtre afghan —, mais seulement deux pour cent des coûts ; les dépenses annuelles en matière de ravitaillement sanitaire sont de cinq millions d'euros.

Le service de santé des armées participe par ailleurs activement à la coopération civilo-militaire (CIMIC) par le biais de l'aide médicale aux populations (AMP). En 2009, cinquante six pour cent des actes médicaux réalisés sur les théâtres d'opérations l'ont été au bénéfice des populations locales. L'ensemble des sections traite de cet aspect de l'activité médicale opérationnelle.

[SLD] Quel est l'impact de la réforme des bases de défense sur l'organisation du SSA ?

Médecin en chef Halbert : Avec la restructuration du soutien et notamment la création des bases de défense, la question du positionnement du service de santé des armées tend à se poser avec davantage d'acuité. Le soutien santé est un soutien spécialisé et non commun. Depuis le 1^{er} janvier 2011, cinquante cinq centres médicaux des armées (CMA) se sont substitués aux services médicaux d'unité (SMU). Ils sont devenus des établissements du SSA parachevant ainsi son interarmistation.

Les CMA sont révélateurs de l'histoire du service de santé des armées. Le SSA revendique en effet l'organisation des soins, alors qu'il était souvent cantonné à la pratique médicale. En 1882, il dépendait de l'intendance. Ce n'est qu'au cours de la première guerre mondiale, plus exactement

en mai 1917, que les médecins font leur entrée dans les états-majors pour conduire les évacuations sanitaires qui étaient auparavant réglées par les quatrièmes Bureaux. Pendant longtemps, les médecins ont été insérés dans les bureaux logistiques des états-majors. Depuis une dizaine d'années, un bureau santé, appelé JMED, est individualisé au sein des états-majors opérationnels.

[SLD] Vous avez mentionné un renforcement du Retex en matière de soutien médical en France : pouvez-vous citer un exemple des constatations effectuées en ce domaine ?

Médecin en chef Halbert : la première constatation concerne la performance de la France en termes de réactivité. Nous disposons en effet d'une bonne évaluation des délais d'évacuation. En Afghanistan, un blessé est médicalement pris en charge dans un délai de vingt cinq minutes. Il faut compter en moyenne une heure cinquante pour qu'il soit évacué à l'hôpital médico-chirurgical de KAIA. Ce délai peut paraître long, mais s'explique par la nécessité d'extraire les blessés de la zone de combat (la vitesse de brancardage sous le feu est d'environ deux cent mètres par heure). En outre, l'hélicoptère d'évacuation ne peut se poser que sur une zone sécurisée ce qui augmente d'autant les délais. Les nations qui combattent en Afghanistan enregistrent les mêmes délais. Au total, il s'écoule en moyenne vingt cinq heures entre le moment de la blessure et l'arrivée à la base aérienne de Villacoublay. Les rares nations qui réalisent elles-mêmes leurs évacuations médicales stratégiques mettent souvent plus du double.

« Il faut compter en moyenne une heure cinquante pour une évacuation sur l'HMC KAIA, (...) la vitesse de brancardage sous le feu est d'environ deux cent mètres par heure, (...) et vingt cinq heures entre le moment de la blessure et l'arrivée à Villacoublay. »

Deuxième constatation, en matière de coopération internationale, la France travaille avec de multiples nations, comme l'Allemagne, la Belgique, la République tchèque, la Hongrie et la Bulgarie. Parmi les cent vingt cinq

personnels de l'HMC KAIA, cinq nations sont représentées. Si l'harmonisation des procédures ne pose pas de problème, la coopération multinationale se heurte à plusieurs écueils. Parmi ceux-ci, les notices de nos médicaments comme celles de nos équipements sont rédigées en français, ce qui nous conduit à affecter du personnel français dans chaque secteur de l'hôpital.

Troisième constatation, les services de santé de la plupart des pays sont confrontés à un manque de moyens. Le soutien médical ne figure pas en tête des priorités budgétaires de défense des nations. Le soutien médical est devenu une assurance-vie coûteuse, qui n'est pas à la portée de tous les pays.

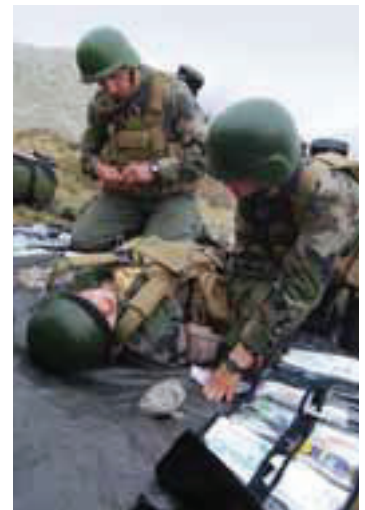
« Le soutien médical est une assurance-vie coûteuse qui n'est pas à la portée de tous les pays. »

En raison de la réduction de format de la plupart des services de santé occidentaux, la France est une des rares nations à pouvoir déployer une chaîne médicale complète en opération.

[SLD] Quelles sont d'après vous les grandes étapes d'évolution du SSA et quel est l'impact de notre engagement en Afghanistan ?

Médecin en chef Halbert : le Service de santé des armées existe depuis plus de trois cent ans. Son histoire est riche d'évolutions et de transformations.

Si l'on se penche sur l'histoire récente, depuis la Seconde guerre mondiale, les chaînes de soutien médical alliées ont toujours fonctionné de façon parallèle. Ce fut le cas lors de la première guerre du Golfe où les dispositifs américains et français se sont côtoyés sans véritablement s'appuyer mutuellement. Par ailleurs, le soutien médical français était encore dans la logique de la guerre froide et l'opération Daguet a été le premier pas vers une modernisation des unités médicales opérationnelles. En Bosnie, le concept de médicalisation de l'avant s'est développé. Mais c'est l'Afghanistan qui marque un tournant avec une véritable internationalisation



Crédit photo : exercice d'aguerrissement des équipes médicales (Medichos), Jean-Marc Tanguy, Chamonix, mai 2009.



Opérationnel depuis 2006, l'avion Morphée (Modules de Réanimation pour Patient à Haute Élongation d'Évacuation) permet d'évacuer jusqu'à douze blessés graves sur des vols de longue distance et équipe les onze avions ravitailleurs C135-FR de l'armée de l'air. Une équipe médicale MORPHEE type est composée de quatre médecins, cinq infirmiers, deux convoyeurs de l'air et, selon les besoins de la mission, un psychiatre, un spécialiste des brûlés, un chirurgien ou un officier de liaison étranger. Deux évacuations utilisant Morphée ont eu lieu en 2008 au Kosovo et en Afghanistan (lors de l'embuscade d'Uzbeen).

Crédit photo : Kit Morphée dans un C-135FR de l'armée de l'air, Jean-Marc Tanguy

des moyens mis en œuvre : quarante cinq contingents s'appuient sur vingt sept hôpitaux déployés par seulement onze nations. Par ailleurs, le pion de manœuvre de l'armée de terre n'est plus la compagnie de combat, mais plutôt la section qui bénéficie d'un soutien médical adapté. L'Afghanistan a ainsi entraîné un processus d'adaptation rapide de l'outil médical militaire français s'appuyant notamment sur les techniques de sauvetage au combat.

Avec des budgets de défense de plus en plus restreints et des conflits toujours aussi nombreux, il est vraisemblable que le modèle du soutien médical en Afghanistan se reproduise : une médicalisation de l'avant adaptée à des pions de manœuvre de taille réduite. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que ce mode d'action n'est pas transposable à tous les théâtres.

« L'Afghanistan a entraîné un processus d'adaptation rapide de l'outil médical militaire français. »

[SLD] Si les procédures d'urgence de chaque pays sont similaires, les tactiques opérationnelles de récupération des blessés sont différentes : quel est l'avantage de la médicalisation de l'avant et constate-t-on des écarts en termes de performances ?

Médecin en chef Halbert : contrairement aux Américains qui déploient des *medics* qui sont des combattants formés en dix huit semaines, les Français ont une approche basée sur la médicalisation de l'avant. La mise en condition d'évacuation des blessés est réalisée par un médecin au plus près des combats. Cette organisation est calquée sur notre mode français de prise en charge des urgences. Aux Etats-Unis, un appel aux urgences se traduit par l'envoi d'une ambulance avec un *medic*. En France, une équipe du SAMU ou du SMUR va se déplacer avec un médecin : la médicalisation de l'avant n'est pas seulement militaire, elle est aussi civile.

Au niveau efficacité, ces deux pratiques se valent. Un bon service de santé doit en premier lieu être en mesure de soutenir ses forces

et assurer ainsi la liberté d'action du chef militaire. Il doit aussi être capable d'opérer dans tous les environnements. Le modèle anglo-saxon est probablement moins pertinent en Afrique en raison des élongations. Les Américains sont d'ailleurs très intéressés par notre expérience sur ce continent.

« Un bon service de santé doit en premier lieu être en mesure de soutenir ses forces et assurer la liberté d'action du chef militaire. Il doit être capable d'opérer dans tous les environnements. »

Enfin, certaines opérations nécessitent des modalités particulières. C'est le cas du soutien des forces spéciales pour lequel le service de santé des armées a développé un module de chirurgie vitale. Il comprend quatre personnels : un chirurgien viscéraliste, un anesthésiste réanimateur et deux infirmiers spécialisés. Ce module, extrêmement compact (huit cent kilogrammes), peut être aéro-largué à la mer et à terre. Vingt minutes suffisent pour le déployer.

[SLD] Face à ces besoins opérationnels, assiste-t-on à des modifications en matière de formation du personnel du SSA ?

Médecin en chef Halbert : le volume des opérations militaires diminue sensiblement, mais pas celui dédié à leur soutien médical. La prise en charge des blessés est une priorité comme vient de le rappeler le Président de la République. Le service de santé des armées fait un effort particulier pour la formation de ses personnels afin de disposer en permanence d'équipes compétentes et entraînées. La médecine exercée en centre médical des armées ne couvre pas l'ensemble des activités en opération. Les conditions sont plus rustiques et cette dernière est clairement orientée sur la prise en charge des urgences en environnement hostile et souvent en situation isolée. Il en est de même pour la pratique hospitalière. Les blessés de guerre sont des polytraumatisés, souvent blastés par effet de souffle, dont le traitement est particulièrement complexe.

La formation est très importante pour le service de santé des armées. Elle commence dans les écoles de formation et se prolonge tout au long de la carrière. Un effort sans précédent porte maintenant sur la mise en condition avant projection. Les médecins et les infirmiers passent dans un des six centres d'instruction aux techniques de réanimation de l'avant implantés dans un hôpital d'instruction des armées. Les militaires du rang de la fonction santé sont formés pendant trois semaines au sauvetage au combat. Tous les combattants bénéficient aussi d'une formation élémentaire en ce domaine. A la fin de ces préparations menées en petites équipes, un exercice de médicalisation en milieu hostile (MEDICHOS) permet de valider les acquis en plaçant les personnels dans une situation la plus réaliste possible.

[SLD] Un rapport récent du Contrôleur général du ministère de la défense britannique a mis en avant le fait que si l'amélioration de la prise en charge des patients en état critique permettait de sauver un nombre croissant de personnels qui n'auraient jamais survécu voici seulement quelques années (accroissement

de vingt cinq pour cent entre 2006 et 2008 sur terrains afghan et irakien), on assistait par contre à une augmentation régulière du nombre de maladies et de blessures légères (passée de quatre à sept pour cent en Afghanistan parmi les troupes britanniques déployées entre 2006 et 2009) [1]. Ceci conduit à une question quant au rôle de la médecine préventive sur le terrain, et notamment celui des kinésithérapeutes qui y participent. Qu'en est-il au sein des forces françaises ? Va-t-on vers l'intégration de ces derniers au sein de certaines unités combattantes, à l'instar des Etats-Unis, en raison de l'augmentation du poids des équipements et des blessures chroniques au niveau du dos ?

Médecin en chef Halbert : En opération comme en garnison, tous les médecins d'unité font de la médecine préventive notamment vis-à-vis du risque de lombalgie lié au poids de l'équipement du soldat. Un kinésithérapeute est présent à l'hôpital médico-chirurgical de KAIA. L'effort doit porter sur la sélection, l'adaptation de l'entraînement physique avant projection et dans la mesure du possible la réduction de l'équipement.

^[1] Comptroller and Auditor General, *Treating Injury and Illness arising on Military Operations*, Ministry of Defence, National Audit Office, Londres, 10 février 2010.

Crédit : évacuation médicale par un hélicoptère Black Hawk de la 101e division aéroportée US depuis la base avancée de Tagab, Olivier Azpitarte, Afghanistan, 25 septembre 2008



LA NAMSA EN AFGHANISTAN : UN SOUTIEN MÉDICAL AVANCÉ

Par David L Hoyle, Responsable technique principal (services médicaux), programme de soutien logistique opérationnel de la NAMSA



Medical Support In Afghanistan: NAMSA's Silent Revolution

The availability of deployable medical capability has traditionally been « a core critical shortfall within NATO », writes David L. Hoyle, Senior Technical Officer (Medical), Operational Logistics Support Programme at NAMSA (NATO Management and Supply Agency), who describes in this article how NATO reformed itself in order to face such a challenge in Afghanistan with the successful creation of two Role 3 medical facilities in Kabul and Kandahar.

C'est depuis Capellen, une petite commune du Luxembourg, qu'est conduite la plus grande opération logistique jamais entreprise dans l'histoire de l'OTAN. La NAMSA (« *NATO Maintenance and Supply Agency* »), agence de maintenance et de soutien de l'OTAN responsable du soutien logistique et intégrateur de contrats de soutien, héberge en effet le personnel chargé de superviser et de gérer les contrats de soutien externalisé au profit des opérations militaires de l'Alliance : une tâche d'une complexité encore inédite. Au cours de ces dernières années, la NAMSA s'est investie de façon croissante en matière de soutien des opérations de l'OTAN et des forces armées des pays membres de la Force internationale d'assistance à la sécurité (FIAS) en Afghanistan. A la demande des Etats, cette organisation fournit ainsi une multitude de services de soutien en Afghanistan allant du soutien de l'homme à la construction de bâtiments et aux services aéroportuaires. Le soutien santé fait dorénavant partie de ces services.

La santé au cœur des préoccupations

Dans le cadre des contrats de la NAMSA liés au programme de soutien logistique opérationnel de la FIAS, les bases de l'OTAN situées sur l'aéroport de Kandahar (*Kandahar Airfield : KAF*) et l'aéroport international de Kaboul (*Kabul International Airfield: KAIA*) sont soutenues en matière de logement, nourriture, systèmes d'élimination des déchets, gestion des installations et de nombreux autres services facilitant la vie quotidienne des personnels des forces de la Coalition. Une proportion importante de ces contrats de soutien

de l'homme (appelés en anglais « *Real Life Support Contracts* ») implique une supervision et un soutien médical à plusieurs niveaux. Les prestations « restauration » requièrent par exemple la mise en œuvre de règles d'hygiène strictes. Il en va de même pour la collecte et l'élimination des déchets sur les bases, lesquelles exigent aussi le respect des règlements de santé publique. En outre, une partie des activités de l'aéroport de débarquement (APOD pour « *Air Port of Debarkation* ») a également été sous-traitée par l'OTAN via la NAMSA, qu'il s'agisse du contrôle aérien, du service au sol des avions

(« *cross servicing* ») ou encore des opérations interalliées effectuées au niveau des terminaux aériens (« *Combined Air Terminal Operations : CATO* »). Dans le cadre de ces dernières, la prise en charge de l'aéroport et de ses approches est prévue dans l'hypothèse d'un accident d'avion ou autres urgences médicales. Les services médicaux d'urgence nécessaires pour répondre à ce besoin ont été externalisés.

A la demande des Etats et de la Commission d'investissement de l'OTAN, le programme de soutien logistique opérationnel est également responsable d'un grand nombre de projets d'infrastructure : à l'aéroport de Kaboul (KAF), les entreprises sous contrat avec la NAMSA ont ainsi construit une grande variété d'installations et de bâtiments (infrastructures de stockage de carburant, structures de logement durcies, aires de stationnement pour les avions, tour de contrôle, etc...). De même, la plupart des installations des bases OTAN relocalisées à KAIA ont également été réalisées dans le cadre de contrats passés par la NAMSA au profit de l'OTAN et des pays membres de la coalition.

Dans le cadre de la politique de financement commune de l'OTAN et des programmes conduits dans ce cadre, la création à KAIA et KAF de deux structures hospitalières de Rôle 3, c'est-à-dire permettant la prise en charge chirurgicale sur un théâtre d'opération (y compris les soins post-opératoires), a également été supervisée et coordonnée par la NAMSA. La réalisation de ces infrastructures médicales ultramodernes (MTF en anglais pour « *Medical Treatment Facility* ») fut le fruit d'une intense collaboration entre de nombreux partenaires : le Grand Quartier général des Puissances alliées en Europe (SHAPE pour « *Supreme Headquarters Allied Powers Europe* ») situé près de Mons le Commandement interarmées de Brunssum, la direction des ressources de l'OTAN, et nombre de représentants médicaux du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni, du Danemark et des Pays-Bas ont travaillé tous ensemble aux côtés de la NAMSA afin de faire face aux vastes défis allant de pair avec cette initiative internationale. La France et les Etats-unis ont par ailleurs soutenu la mission de la FIAS en prenant respectivement le rôle de nation-cadre pour les MTF de KAIA et KAF et en assurant la direction.

Une révolution silencieuse

Bien que les membres de l'OTAN bénéficient généralement d'un bon soutien santé dans leur pays d'origine, la disponibilité d'une capacité médicale déployable a de tout temps été considérée comme une lacune capacitaire critique pour les forces de l'OTAN. Au début de la phase de planification en vue de l'élargissement du rôle de l'OTAN en Afghanistan, la capacité de déployer une structure médicale adéquate était perçue comme un défi majeur. Compte tenu des

Crédit photo :
J.M. Giraud,
Hôpital de KAIA,
NAMSA, 2010



exigences en termes de soutien médical et de soutien de l'homme à la fois pour les blessés et les personnels hospitaliers, un Rôle 3 s'avère être une installation importante, complexe et onéreuse à mettre sur pied. Peu de nations sont de surcroît en mesure de fournir un hôpital de ce type dans son intégralité. De plus en plus de pays unissent ainsi leurs forces pour constituer des unités médicales multinationales et mettent sur pied des partenariats afin de fournir de telles structures hospitalières.

« De plus en plus de pays unissent leurs forces pour constituer des unités médicales multinationales et mettent sur pied des partenariats afin de fournir des structures hospitalières dites Rôle 3. »

Lorsque les équipes chargées de la planification au sein de SHAPE incitèrent les nations à participer aux MTF, le besoin d'une approche

novatrice s'est faite sentir pour maintenir un niveau suffisant en matière de capacités médicales déployées compte tenu de la mission accrue de la FIAS. Il fut ainsi convenu que la politique de financement en commun de l'OTAN devrait dorénavant inclure l'infrastructure de ces installations médicales sur les théâtres d'opérations, ces dernières étant placées sous l'autorité du commandement de théâtre. De ce fait, si une nation est volontaire pour exercer le rôle de nation cadre des MTF en fournissant le personnel de ces derniers pendant au moins un an, les frais de transport, de fonctionnement et de maintenance lui sont remboursés.



Crédit photo (droite) :
vue aérienne de Capellen,
NAMSA, 2010

Crédit photo (gauche) :
J.M. Giraud, hôpital de KAIA,
NAMSA, 2010

Un environnement opérationnel difficile

Les changements de la politique de financement en commun de l'OTAN ont coïncidé avec l'évolution des conditions opérationnelles en Afghanistan caractérisées par une intensification des tirs ennemis et la nécessité de passer de la tente à des structures en dur capables de protéger les occupants des installations hospitalières.

Etant donné cet environnement difficile, l'OTAN sélectionna la NAMSA comme « nation-hôte » pour la construction de deux hôpitaux, l'un à KAIA et l'autre à KAF. La discussion entre les vingt huit nations de l'OTAN sur la prise en charge du financement en commun de ces derniers prit un certain temps. Le débat s'orienta ensuite sur le type de capacités à acquérir et les normes à respecter.

La construction effective du Rôle 3 de KAIA fut par contre réalisée en dix mois et dans le respect du budget alloué. Le bâtiment a l'air de sortir tout droit du centre de Paris : il s'agit d'une construction en briques comprenant des salles d'opération, un service de radiologie doté de scanners, un laboratoire d'analyses, une unité de soins intensifs et tout l'attirail médical typique d'un hôpital moderne. Avec la France comme nation-cadre, le Rôle 3 de

KAIA a ouvert ses portes aux patients en mai 2009 et est actuellement armé par une équipe multinationale composée notamment de personnel médical militaire fourni par le Portugal, la Belgique et la Bulgarie.

La seconde installation médicale a été construite à KAF et devait être à l'origine une réplique du modèle de KAIA. L'OTAN et la NAMSA ont été en mesure d'intégrer les retours d'expériences relatifs à l'élaboration et à la construction de l'hôpital de KAIA et ont ainsi apporté quelques améliorations en matière de générateurs d'oxygène et ajouté une zone réservée au traitement des blessés graves. De la même façon que le Rôle 3 de KAIA, cette installation a été construite dans les délais et dans le cadre budgétaire qui lui était alloué, et elle a commencé à recevoir des patients dès juillet 2010. Cet hôpital, légèrement plus grand que celui de KAIA, comporte plusieurs salles d'opération, un laboratoire de diagnostic, un service de radiologie, une pharmacie, un centre d'optométrie, une clinique de soutien psychologique, un service de neurologie et un service de chirurgie buccale et maxillo-faciale. L'hôpital opère actuellement sous la direction du personnel médical américain avec le soutien de contributions en provenance du Canada, du Royaume-Uni, d'Australie, des Pays-Bas, du Danemark et de Roumanie. Il parvient à l'heure actuelle à assurer le soutien médical d'une population à risque bien plus importante que celle qui avait été anticipée au moment de la conception du bâtiment.

Nouveaux concepts, nouveaux défis

Bien que ces structures hospitalières constituent un progrès considérable par rapport aux installations précédentes protégées par des tentes, elles génèrent de nouveaux types de défis de nature opérationnelle. Un système complexe de chauffage, ventilation et climatisation fournit des zones pressurisées pour contrôler le flux de bactéries réduisant ainsi le risque de contamination croisée. Tout a été complètement intégré (électricité, eau, gaz médicaux) et construit selon les normes reconnues par l'OTAN, avec à l'esprit l'objectif à long terme de répondre aux besoins des diverses nations susceptibles d'occuper cette structure médicale. Ceci signifie bien évidemment que les installations ne sont pas toujours aussi bien adaptées aux matériels des différents pays qu'elles pourraient l'être.

dans ces derniers. Les normes électriques européennes et les prises correspondantes doivent par exemple subir des modifications pour accommoder le matériel d'origine américaine. En plus de l'aspect matériel des défis liés à un soutien multinational, une autre difficulté de nature plus ésotérique fut de concevoir un espace de travail universellement acceptable par les cultures des différentes nations, dont les pratiques diffèrent souvent, tout en respectant, voire en dépassant, leurs normes nationales.

En revanche, l'existence de salles d'opération de haut niveau et d'une capacité de soins intensifs a révolutionné l'espérance de survie des patients et a conduit à une reconnaissance internationale quant à la qualité et au modernisme des soins médicaux prodigués par la FIAS. En ce qui concerne la NAMSA, maintenir de telles capacités dans un contexte aussi éprouvant que l'Afghanistan où les chaînes d'approvisionnement sont peu fiables et le réapprovisionnement souvent intermittent, représente un véritable défi. Mais il s'agit là d'une tâche correspondant bien à son rôle en tant que principale organisation en charge de la gestion du soutien logistique et intégrateur de contrats de l'OTAN.

L'engagement de la NAMSA à assurer le soutien médical de l'OTAN et de ses pays

membres s'est donc clairement renforcé au cours de ces trois dernières années et continue de s'étendre. L'agence fournit dorénavant certains produits pharmaceutiques à différents pays en utilisant la capacité d'acquisition de l'OTAN pour négocier des prix compétitifs rendus possible par économie d'échelle. Cette méthode collective d'acquisition et d'incitation à une baisse des coûts permet également de promouvoir et d'améliorer l'interopérabilité entre les Etats. Au fur et à mesure où la contribution de l'agence dans le domaine médical croît et se développe en réponse aux demandes de l'OTAN, la NAMSA est en mesure de fournir une assistance dans d'autres secteurs. En novembre 2010, la NAMSA a ainsi organisé une série de conférences médicales en vue d'explorer le recours potentiel à des contrats internationaux permettant de renforcer les capacités militaires de l'OTAN dans certains domaines critiques, tels que les moyens d'évacuation sanitaire stratégique aérienne et des MTF déployables à la demande sur le champ de bataille. La NAMSA travaille en étroite collaboration avec et sous la direction des personnels médicaux de l'OTAN et de ses pays membres dans le but de mettre un terme aux lacunes capacitaires constatées, et évolue en conséquence en permanence, afin de répondre au plus près aux nouveaux besoins opérationnels de l'Alliance atlantique en matière de soutien médical.



Crédit photos :
J.M. Giraud,
hôpital de KAIA,
NAMSA, 2010



ETATS-UNIS

DE L'OR AU PLATINE : À QUELQUES SECONDES PRÈS



From Gold To Platinum : Lessons Learned From the HH-60M

This short story focuses on the upgrading of the Black Hawk UH-60A widely used as the main Medevac platform in Afghanistan : the new Army HH-60M is currently being tested in Iraq and considered a time-saver thanks to the integration within the helicopter of many medical equipment flight Medevac teams have to traditionally carry around with them.

Premier vol opérationnel de l'HH-60M, nouvel hélicoptère Médévac américain

Crédit photo :
SpC. Roland Hale,
Combat Aviation
Brigade,
1st Infantry Division,
Camp Taji, Irak.
3 janvier 2011

Dans la lutte contre la mort, le succès ou l'échec d'une mission de sauvetage au combat peut être une question de secondes, qu'il s'agisse de tirer partie de la première heure (« *Golden Hour* ») – au cours de laquelle quatre vingt pour cent des décès au combat se produisent – pour rapatrier un blessé ou de profiter d'une accalmie du tir ennemi pour mener à bien une telle opération. C'est pourquoi chaque geste et chaque minute comptent, à commencer par le temps nécessaire aux équipes Médévac (évacuations primaires tactiques) pour être prêts à partir et transporter les patients du lieu de leur blessure vers les formations chirurgicales de l'avant. ^[1] C'est là où, en plus de l'augmentation du nombre d'hélicoptères disponibles et de leur rapprochement opérationnel à proximité des zones de combat, la rationalisation et la modernisation des matériels entrent en jeu.

Pour preuves, les tous premiers retours d'expérience de l'utilisation en Iraq du HH-60M, hélicoptère de l'armée de terre américaine dédié aux missions Médévac : depuis novembre 2010, le 126^{ème} Régiment d'aviation de la Garde nationale du Vermont (*C Company of the 3rd Battalion, 126th Aviation Regiment, Vermont National Guard*) expérimente une douzaine de "Black Hawk rénovés" sur le terrain, les Black Hawk UH-60A constituant jusqu'à présent la principale plateforme d'évacuation médicale des forces armées américaines.

La principale évolution réside dans l'intégration de nombreux équipements que les équipes médicales embarquées devaient jusqu'alors physiquement transporter le plus rapidement possible dans l'hélicoptère (électrocardiogramme, générateur d'oxygène, système de géolocalisation à infrarouge capable de repérer les patients par leur température corporelle, etc...). S'ajoute à cette simplification des procédures une optimisation des capacités de l'appareil en lui-même (performances du moteur, amélioration

des pales, numérisation, pilote automatique) permettant là encore un gain de temps précieux. Le délai maximal de réactivité des équipes en cas de mission urgente a ainsi diminué de moitié, puisqu'il est passé des moins de quinze minutes réglementaires à moins de sept minutes sur HH-60M. De quoi encore améliorer les statistiques de vies sauvées en opération, puisque malgré un doublement du nombre



de combattants américains blessés en 2010 (5 500 contre 2 415 en 2009), le taux de mortalité s'élève à environ huit pour cent pour cette même année contre quatorze pour cent en 2008 (à titre comparatif, ce taux s'élevait à vingt quatre pour cent pendant la guerre du Vietnam) : une telle amélioration exponentielle, qui comporte malheureusement le revers de la médaille quant au retour dans la vie civile de ces patients souffrant de séquelles et de pathologies jusque-là inconnues, est liée à de multiples facteurs : meilleure protection balistique des véhicules et des tenues de combat (ce qui contribue à expliquer le plus grand nombre de victimes afghanes qui ne disposent pas ou ne portent pas ce type de protection), pratiques hospitalières en matière de soins d'urgence différentes (notamment transfusion sanguine massive), et surtout formation accrue des combattants

aux techniques de réanimation de l'avant, permettant l'administration des actions dites « réflexe », type pose de garrot tactique (tourniquet) ou trachéotomie, au cours des premières dix minutes (« *Platinum Ten Minutes* »)...

^[1] Les équipes Médévac américaines sont constituées de deux pilotes, d'un brancardier secouriste, d'un chef d'équipe et selon les missions, d'un chirurgien ou d'un infirmier urgentiste.

Crédit photo de gauche : à bord d'un UH-60A, C Company, 6th Battalion, 101 Combat Aviation Brigade, Staff Sgt. Sadie Bleistein, Regional Command (South) and RC (Southwest), Afghanistan, 28 août 2010



Une bulle stérile : Un autre avantage du nouveau Black Hawk HH-60M est cette bulle permettant de conserver un environnement stérile à l'intérieur de l'hélicoptère, les ouvertures des fenêtres étant dorénavant protégées par un revêtement plastique.

Crédit photo de droite : Spc. Roland Hale, Combat Aviation Brigade, 1st Infantry Division, Camp Taji, Irak, 21 décembre 2010

