



AIDE MÉDICALE AUX POPULATIONS EST UNE FORME D'ACTION DU SERVICE de santé des armées, alliant une tradition aussi forte qu'ancienne d'assistance aux populations civiles dans la détresse, et une conceptualisation très récente. Désormais résolument ancrée au cadre des actions civilo-militaires (ACM), l'aide médicale aux populations (AMP) est devenue une activité essentielle de nature à faciliter l'action des forces armées sur les théâtres d'opérations, de même qu'elle peut s'avérer déterminante pour les forces de présence française à l'étranger. Les ACM ont pour but essentiel de participer à la réalisation des objectifs civils des plans de paix en termes de sécurité bien évidemment, mais également dans les domaines culturel, économique, social et/ou sanitaire. Les ACM, dans leur ensemble, et l'AMP, en particulier, s'inscrivent donc résolument dans la gestion de crise

[Introduction.]

L'aide médicale aux populations, la vision du Service de santé des armées

Médecins en chef

Patrick Godart et Éric Darré

Spécialistes des techniques d'état-major
du Service de santé des armées

Sous-direction "Organisation, soutien et projection"
Direction centrale du Service de santé des armées

L'évolution des conflits, leur expression désormais usuelle en milieu urbain et non plus en rase campagne, l'utilisation de la terreur ou l'emploi de "boucliers humains" sont autant d'expressions de l'extension des conflits armés aux populations civiles. Parallèlement, l'équipement sophistiqué et la protection de plus en plus efficace des combattants, à l'opposé de populations civiles toujours plus vulnérables en raison de l'augmentation des capacités de destruction des armements modernes, font que désormais les premières et les plus nombreuses victimes des crises et des conflits sont les populations civiles.

L'interaction entre action militaire et gestion de la crise "civile" devient donc prioritaire à une époque où les conflits régionaux sont devenus des enjeux globaux, imposant une réponse multinationale dont l'instrument militaire est l'outil d'intervention privilégié.

La réalisation finale des objectifs politiques et militaires poursuivis ne peut s'accomplir par le seul emploi de la force, mais par la prise en compte planifiée des interdépendances nombreuses entre les intérêts militaires et la gestion de la crise civile. Les ACM et notamment la coopération civilo-militaire (CIMIC), témoignent de l'importance de cette nouvelle fonction opérationnelle placée sous la responsabilité du commandant de la force.

Les ACM s'inscrivent dans la politique globale de gestion de crise. La CIMIC, conçue originellement pour assister les moyens militaires par des structures civiles, est ainsi devenue l'outil essentiel de la mise en œuvre de la coopération des forces armées au profit des populations civiles, le plus souvent dans le cadre d'un plan de paix. Les objectifs de la CIMIC se déclinent en termes de sécurité bien évidemment, mais également dans les domaines culturel, économique, social et/ou sanitaire. La finalité de cette coopération est de permettre de franchir la zone de crise en l'absence de structures civiles capables de jouer ce rôle puis, dès la reconstruction, de leur rendre leurs prérogatives afin qu'elles puissent, à terme, reprendre la plénitude de leurs attributions. L'objectif final étant, bien entendu, le désengagement de la force sans remise en cause de l'équilibre nouveau réalisé après la crise, équilibre soutenu par des structures civiles aptes à fonctionner en autonomie, sans le recours à une aide institutionnelle militaire internationale. C'est ainsi que le rôle des ACM est fondamental en phase initiale de la crise, quand les organismes civils ne sont pas ou plus en mesure d'assurer pleinement leur mission ; puis en phase finale de désengagement et de passage de relais soit à l'administration, soit aux organisations ou agences internationales compétentes.

Dans cette vaste entreprise, le Service de santé des armées joue un rôle particulier, connu sous le terme générique d'aide médicale aux populations, cette expérience et ce savoir-faire opérationnel devant être mis d'abord au service du commandement, puis des populations civiles éprouvées.

[L'aide médicale aux populations ou AMP.]

La phase initiale d'un conflit ou d'une catastrophe, est une phase critique durant laquelle les capacités disponibles reposent, à la fois, sur les moyens apportés par la communauté internationale, capacités des forces armées, dont la présence peut être décidée et réalisée sur très court préavis, mais également celles d'organisations internationales à vocation humanitaire.

L'action de la force, tout spécialement quand celle-ci a pour mission les secours ou la mise en œuvre d'un plan de paix, ne peut s'exprimer sans intégrer le volet humanitaire.

L'action humanitaire dans toutes ses composantes, permet, dans un premier temps, de prendre les mesures d'urgence vitale au profit des populations. Ensuite, l'action humanitaire de la force, inscrite dans la durée, permet d'établir les bases du soutien de l'opinion publique à l'action de sécurisation ou de maintien de la paix conduite par la force.

L'AMP s'inscrit pleinement dans cette perspective. En phase initiale, elle vise à répondre à la demande de secours médicaux, puis après cette phase critique, elle cherche, outre l'action d'assistance médicale proprement dite et guidée par d'évidents principes éthiques, à contribuer, par une action continue de soutien et d'aide à la population, à établir un véritable rapport de confiance avec l'opinion publique, rapport de confiance bénéfique à l'action de la force dans sa globalité.

C'est ainsi que l'aide médicale est généralement planifiée, puis apportée au plus tôt aux populations civiles victimes, enfin intégrée, après la phase de crise, à la CIMIC conduite par la force.

Définition.

L'AMP désigne l'ensemble des activités conduites par le personnel du service de santé d'une force, dans le cadre de la CIMIC, en vue d'améliorer l'environnement médical des populations civiles où opère la force.

À ce titre, les activités médicales conduites par le service de santé, dans ce cadre, font partie intégrante du plan d'opérations. Elles sont planifiées par les états-majors, conduites par le chef santé de théâtre (COMSANTE) et exécutées par le personnel du service de santé de la force sous le commandement hiérarchique de la force et technique du COMSANTE. L'AMP intervient sur le plan strictement humanitaire, soit en complément de l'action d'organismes spécialisés (ONG), soit dans l'attente d'un rétablissement du service public local.

L'AMP se distingue de l'aide médicale humanitaire (AMH) qui désigne l'ensemble des activités, conduites par le personnel du service de santé, dans le cadre d'une action strictement humanitaire, en vue de répondre à un besoin de secours médicaux des populations civiles, où est amené à opérer le service de santé (seul ou accompagné de force) dans le cadre de la réponse de la France à une demande d'assistance d'un pays victime d'une situation catastrophique. L'AMH, prend donc le plus souvent la forme d'une réponse à une situation de crise. Elle s'exerce, de façon quasi constante, de conserve avec l'action de services de santé ou d'organisations gouvernementales d'autres pays, et en complément de l'action d'ONG spécialisées.

L'AMH, fédérant les opérations de secours médicaux à une population en détresse, relève du devoir d'assistance.

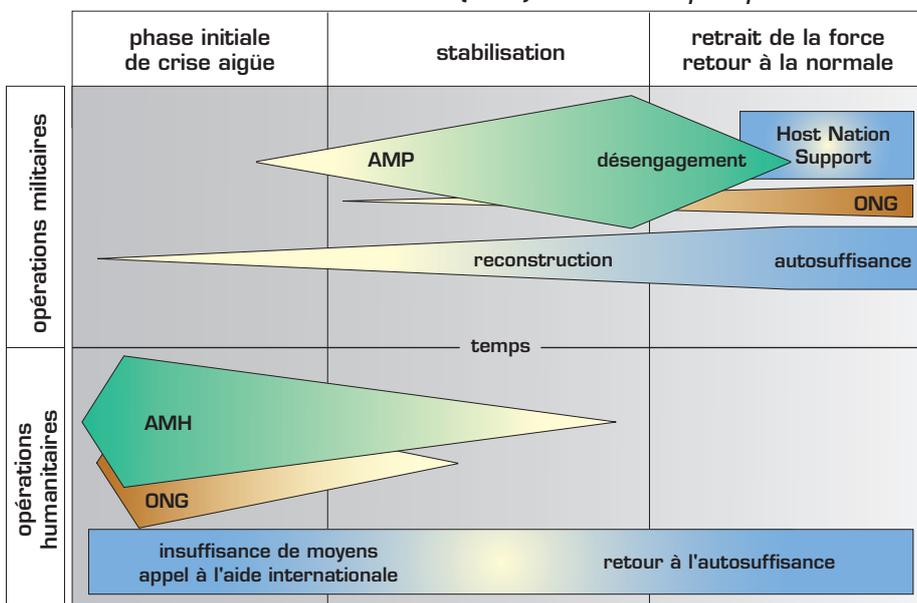
En revanche, l'AMP, consubstantielle de l'action militaire globale d'une force, s'exprime dans l'ensemble complexe d'actions politiques, diplomatiques, militaires, économiques, sociales et médiatiques de soutien de la paix. L'action de la force, pouvant procéder d'une forme d'ingérence, fait appel à un usage variable de la coercition afin de garantir la sécurité indispensable aux actions de rétablissement ou de maintien de la paix.

Tant dans le cadre de l'assistance internationale que réalise la France au profit de pays en situation de catastrophe, que dans celui de la coopération CIMIC d'une force participant à un processus de paix ou de gestion de crise, l'aide médicale, apportée par le service de santé, représente donc un élément essentiel. Ce caractère est très net pour le potentiel de facilitation de l'action des forces sur le terrain dans le cas de l'AMP.

L'importance de ces actions est également déterminante pour les forces pré-positionnées. Par leur apport substantiel et symbolique fort aux missions de CCM, elles valorisent la présence française et atténuent, auprès des populations, l'impact parfois négatif de certaines activités militaires.

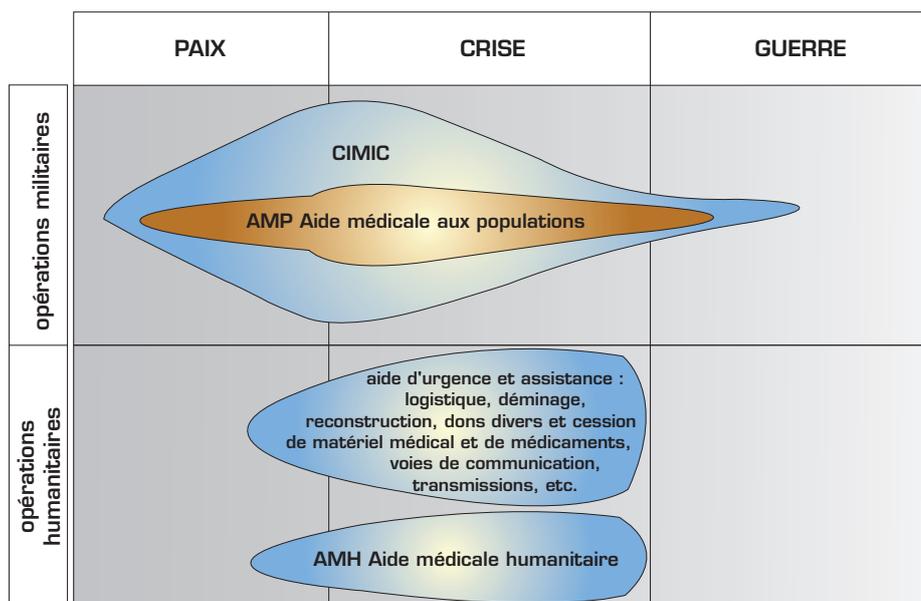
Il faut rappeler que toutes les actions conduites par le service de santé sont rendues possibles par la mise en œuvre concomitante de moyens des forces. Il s'agit, bien sûr, de la sécurité des moyens santé, mais également de toutes les fonc-

Relations entre aide médicale aux populations (AMP) et aide médicale humanitaire (AMH) avec la santé publique locale





Phases respectives de l'aide médicale aux populations et de l'aide médicale humanitaire dans les opérations



tions : transport (personnel et matériel), transmissions, soutien-vie (alimentation, énergies, hébergement, etc.), logistique générale, maintenance, etc., qui permettent au soutien-santé de s'exercer.

Contenu.

L'AMP et l'AMH ont un contenu identique. Le vocable "médicale" englobe la grande variété des actions qui peuvent être conduites dans ce cadre.

Les actions conduites par les médecins : il s'agit bien sûr des actes médicaux : médecine de soins, médecine d'urgence, chirurgie et réanimation, hospitalisation dans des formations sanitaires de campagne ou à bord de bâtiments de la marine, évacuations sanitaires médicalisées par voie aérienne. Ce volet médical *stricto sensu* comprend également la médecine des collectivités, l'épidémiologie destinée à étudier puis contrôler les épidémies, le renseignement médical, l'expertise de structures médicales locales, le conseil en santé auprès des autorités civiles et militaires, la coordination avec les ONG en vue de gérer la crise sanitaire, les campagnes d'information et de prévention. La médecine légale et l'identification post-mortem de victimes de catastrophes font aussi partie de cet ensemble.

Les actions relevant de l'expertise pharmaceutique, au premier rang desquelles la fourniture de matériels et de médicaments et leur distribution aux populations, mais aussi l'expertise des structures pharmaceutiques locales, et la coordination avec les ONG donatrices.

Les actions vétérinaires, incluant la médecine animale et la prévention des zoonoses – maladie animale, microbienne ou parasitaire qui se transmet de l'animal à l'homme et réciproquement –, mais aussi l'expertise très spécialisée de la potabilité de l'eau ou la surveillance et le conseil pour toutes les productions d'aliments destinés à la consommation humaine, ainsi que leur préparation et leur distribution.

Enfin, les soins dentaires, de traitement et de prévention notamment vers les populations d'enfants et d'adolescents, et les soins infirmiers et toutes les activités paramédicales.

La formation et l'information sanitaire des populations civiles, de même que le "compagnonnage" de professionnels de santé locaux, font également partie intégrante de l'AMP. Par compagnonnage, on entend l'apprentissage de techniques nouvelles ou la formation à des protocoles de traitement médicaux correspondant aux standards internationaux. C'est une part très importante de l'AMP qui permet, à terme, de rendre ou de donner l'autosuffisance au système de santé publique locale. Ces actions sont, par ailleurs, indispensables pour ne pas transformer le don de matériels médicaux sophistiqués en action inutile, car l'emploi de ces appareils complexes, impose des savoir-faire souvent détenus par les médecins de la force, et totalement ignorés par les praticiens locaux souvent contraints de pratiquer avec des appareillages obsolètes.

Objectifs.

L'AMP a un objectif dual, dans une acception gagnant/gagnant où les intérêts et attentes de la population civile se rejoignent avec ceux de la force.

Elle a, pour objectif premier, l'assistance et la réponse à la détresse dans le domaine de la santé, permet de répondre à des besoins vitaux de la population et évite ainsi la possible accentuation de la situation sanitaire liée à la crise, donc, par effet d'entraînement, l'aggravation de la crise et son extension. L'expérience a montré, hélas, que les grandes catastrophes sanitaires mal gérées, ont entraîné des violences surajoutées entraînant la crise dans un cercle vicieux.

Le second objectif de l'AMP vise l'acceptation de la présence de la force. En effet, elle peut être considérée comme un moyen privilégié d'établir un lien de confiance entre les populations civiles et la force.

À côté de ces objectifs principaux, coexistent des objectifs secondaires.

Le premier objectif secondaire vise à la motivation du personnel à la mission. En effet, utile au commandement comme instrument d'intégration et de reconnaissance, l'AMP constitue, de plus, pour le personnel de la force qui y participe, une mission valorisante porteuse de valeurs humanistes à fort potentiel d'adhésion à la mission générale de la force.

Un deuxième objectif secondaire concerne l'emploi des moyens de soutien-santé. En effet, il est important, notamment lors des opérations stabilisées de maintien de la paix, de pouvoir maintenir une activité technique régulière pour les équipes médicales et chirurgicales déployées.

Cette activité clinique de terrain, fédère les équipes de soins autour de pratiques professionnelles très opérationnelles et leur épargne de possibles périodes d'inactivité, préjudiciables au maintien des compétences et à la cohésion du groupe. Les équipes médicales ou chirurgicales conservent ainsi leurs compétences cliniques auxquelles elles adjoignent la pratique des techniques médicales particulières à l'humanitaire ou spécifiques du contexte opérationnel.

L'AMP permet également aux équipes d'utiliser les matériels médicaux chirurgicaux déployés et de se familiariser à l'organisation de la structure, aux procédures, et de roder les équipements sur les théâtres d'opérations dans des conditions techni-



ques ou d'environnement souvent extrêmes.

Enfin, l'AMP, de par son caractère éthique évident, est souhaitable à chaque fois que possible : elle conforte le personnel médical dans ses engagements déontologiques, et place le personnel médical militaire dans la grande tradition d'assistance des armées françaises.

[Les principes de l'AMP.]

La contribution du Service de santé des armées, en matière de CIMIC et d'AMP, doit obéir à un certain nombre de principes dont certains relèvent de l'action globale de la force, et d'autres découlent des contraintes techniques du soutien-santé.

Les principes relevant de l'action globale de la force.

Ces principes, communs aux ACM, visent à garantir le juste équilibre entre le soutien de la force, sa mission opérationnelle et les efforts qui peuvent être consentis au profit des ACM proprement dites. Ces principes sont au nombre de cinq : *subsidiarité, maîtrise des contributions, pertinence, exemplarité et non-ingérence.*

Le principe de subsidiarité des interventions. Ce principe vise à ne pas obérer la capacité des forces à remplir leur mission et à préserver la lisibilité du rôle des différents acteurs.

La primauté du soutien-santé au profit de la force engagée est essentielle.

Sauf mission particulière assignée à la force, le soutien apporté à une population civile, qu'elle soit d'origine locale ou expatriée, est subsidiaire.

Ainsi, tout particulièrement dans le cadre des actions de CIMIC, conduites dans la durée, en environnement stabilisé, l'AMP ne peut s'exercer que dans le cadre autorisé et sécurisé par le commandement afin de ne pas compromettre la mission *princeps* de la force.

Ce principe de subsidiarité comporte en lui la notion de réversibilité.

En effet, toute action d'AMP doit pouvoir être réversible, sur très court préavis, sans difficulté majeure, afin de maintenir la capacité de la chaîne-santé à soutenir la force en situation opérationnelle tendue ou coercitive.

La subsidiarité, signifie également que la pratique de l'AMP ne doit pas mettre en jeu ni la sécurité de la force, ni celle parti-

culière des moyens-santé. La sécurité globale du dispositif militaire français, la sécurité spécifique des moyens-santé relevant du commandement, les actions d'AMP ne peuvent qu'être subsidiaires des ordres de ce dernier en matière de sécurité.

Ce principe est matérialisé dans les textes d'organisation des opérations – annexe W des OPLAN et SUPPLAN, paragraphe CIMIC de la directive administrative et logistique –, où la rédaction usuellement retenue consacre ce principe : *“une aide médicale est délivrée en cas de besoin de la population locale, dans la mesure où elle ne pénalise pas la réalisation du soutien santé des forces”.*

Le principe de maîtrise des contributions. La maîtrise des contributions de la force est essentielle. Ces contributions, au titre des ACM, doivent être maintenues à un juste niveau, acceptable et supportable pour la force.

En terme d'AMP, la maîtrise des contributions signifie que la mission d'AMP ne doit pas altérer les capacités du service de santé au profit de la force, tout spécialement ses capacités de réaction en situation opérationnelle de la force tendue ou d'afflux massif de victimes. L'AMP ne doit pas altérer les capacités de triage, d'accueil et d'hospitalisation, ni les stocks de matériels médicaux et médicaments.

Le principe de pertinence. L'AMP doit être pertinente, c'est-à-dire en cohérence avec le cadre de la CIMIC décidé pour la force. Cette notion de pertinence signifie notamment que l'AMP ne doit pas gêner ou embarrasser l'action politique consubstantielle de toute ACM.

En effet, si l'aide médicale aux populations tient de l'action humanitaire étatique (en tant que réponse multinationale à une situation de crise), elle ne peut être envisagée comme celle d'une ONG.

L'indépendance de l'AMP doit être garantie par rapport aux efforts diplomatiques ou politiques que conduit le pays, et doit pouvoir être cessée ou transférée à d'autres acteurs afin de suivre le retrait des forces, sans obérer les résultats de l'action conduite pendant la présence de la force.

En d'autres termes, la pertinence de l'AMP signifie que la mission confiée au service de santé, ne doit pas amener à considérer la composante santé d'une force comme une sorte d'ONG, mais bel et bien comme partie intégrante d'un dispositif militaire à vocation opérationnelle.



Le principe d'exemplarité. L'AMP doit être exemplaire, c'est-à-dire qu'elle doit valoriser l'action de la force.

Pour cela, l'AMP doit être :

- organisée dans une finalité de santé publique ;
- réalisée en mettant en œuvre des principes éthiques rigoureux (exposés plus bas) ;
- visible par des actions de communication conduites par le commandement, en évitant l'écueil de la sur-médiatisation, mais surtout celui de l'absence de communication. En effet, tout défaut de communication claire et précise risque d'éveiller des soupçons injustifiés gênant ou empêchant l'instauration du nécessaire climat de confiance dans lequel doit s'exprimer l'action de la force.

Le principe de non-ingérence. L'engagement des dispositifs de soutien médical des forces ne doit pas se traduire par une ingérence dans la santé publique locale.

L'AMP résulte de l'absence d'alternative et ne doit pas favoriser une dépendance empêchant un retour à la normale du tissu de santé publique civil ou l'évolution des structures de santé du pays-hôte vers l'autosuffisance.

Le danger absolu à éviter est celui d'annihiler le développement du tissu civil de santé publique, par une substitution du service de santé de la force aux responsables et acteurs locaux de santé.

Par une analyse raisonnée des besoins des acteurs locaux, des possibilités offertes par l'environnement international civil et militaire, il est possible de borner précisément les objectifs à atteindre, et d'établir un réel partenariat évitant incompréhensions et interférences préjudiciables, partenariat dont le seul objectif, *in fine*, doit être le retour à l'auto-suffisance du système local de santé.

C'est la raison pour laquelle l'exercice de l'AMP, au sein d'infrastructures sanitaires existantes (dispensaires, hôpitaux, maisons de santé, etc.), doit être privilégié. Ce mode de fonctionnement permet d'associer les praticiens locaux sans créer de concurrence, confirme les populations civiles dans leurs habitudes, permet un "compagnonnage" efficace, et, surtout, offre la garantie d'une réversibilité totale.

C'est aussi la raison pour laquelle l'AMP ne devrait pas s'inscrire dans la durée, faute de quoi la reprise des responsabilités par

les acteurs locaux risque de ne jamais se produire.

La sortie de crise et la cessation de l'AMP sont des périodes critiques. La diminution puis la cessation de la prestation doivent être scrupuleusement planifiées et étudiées avant leur mise en œuvre.

Enfin, le principe de non-ingérence doit s'appliquer, selon un autre mode, vis-à-vis des ONG et des structures ou associations civiles à vocation humanitaire. La force n'a pas vocation, même au nom de l'AMP à s'engager dans des programmes de reconstruction ou de développement sanitaire dont la responsabilité incombe à des organisations humanitaires.

Les principes relevant des contraintes techniques du soutien-santé.

Les principes éthiques – la non-discrimination, la qualité des soins, le secret médical et le renseignement – ne sont pas, à proprement parler, des contraintes techniques, mais plutôt des valeurs morales auxquelles l'exercice professionnel des acteurs de santé ne peut déroger. Cela signifie que les activités d'AMP ne doivent être conduites que dans des conditions d'exercice conformes aux règles déontologiques médicales.

Le principe de non-discrimination découle à la fois de la déontologie médicale et d'un des principes fondamentaux du droit humanitaire international (conventions de Genève, Croix-Rouge, etc.). Ce principe, dérivé des droits de l'Homme, dispose qu'il ne doit être faite aucune distinction sur la base de la nationalité, du groupe ethnique, de la religion, des convictions sociales, politiques ou philosophiques.

Pour le commandement, ce principe signifie qu'il ne peut établir de distinction entre les patients (blessés ou malades) pris en charge par le service de santé placé sous son autorité, que ces victimes soient amis ou ennemis. Pour les médecins, le principe de non-discrimination signifie que toutes les victimes, quels que soient leur statut (militaire ou civil), leur parti (ami ou ennemi), bénéficient d'une égalité absolue pour les soins, le respect et la protection dus à tous patients.

Les seules priorités sont celles dictées par la catégorisation des urgences médicales. De plus, les relations avec la population locale doivent appréhender et respecter



les spécificités sociales, culturelles, religieuses ou traditionnelles.

Toute forme de partialité est catastrophique, générant immédiatement un sentiment d'injustice, qu'il est facile d'éviter en garantissant une totale équité entre les parties au conflit.

Ce principe peut subir une atténuation notable en cas de situation stabilisée avec une AMP établie et organisée sur la durée au profit de la population civile. En effet, l'inadéquation est quasi constante entre le volume exponentiel des besoins de la population assistée, et celui des moyens disponibles de la force. Dans ce type de situation, il peut être rendu nécessaire de pratiquer une forme de choix d'opportunité, afin de délivrer l'AMP préférentiellement aux personnes les plus démunies.

che, en fin de mission de la force, au fur et à mesure de la reconstruction d'un vrai réseau de santé publique locale, et du retour des compétences de plus haut niveau, celui des soins de la santé publique locale pourra, notamment dans certaines spécialités, être supérieur à celui de la force prioritairement conçu pour son soutien.

Ce principe cardinal du droit international humanitaire vise à protéger l'activité médicale en faveur des blessés et des malades, en prohibant l'utilisation de la relation privilégiée que le personnel soignant entretient avec les patients pour en extraire des informations (de type renseignement).

Nonobstant ce principe, il est patent que le commandement peut demander, au ser-



Ce comportement d'éviction de personnes disposant de moyens suffisants pour bénéficier d'une prise en charge médicale civile, permet, en outre, de s'affranchir du risque de taxer le service de santé de la force de concurrence déloyale ou de substituer au réseau de santé publique local.

Apparentée à une véritable obligation de moyens, la qualité des soins signifie que les actes médicaux, réalisés dans le cadre de l'AMP, doivent s'effectuer selon des standards et des moyens techniques satisfaisants. Pour les opérations établies dans la durée, cette qualité des soins doit être adaptée au niveau de l'offre de soins locale. Ainsi, en début d'opération, la qualité des soins offerts par la force doit être au moins égale à celle disponible dans le réseau de santé publique local. En revan-

vice de santé de la force, de participer au travail général de recueil d'informations, consubstantiel de la mission de la force. Ce type d'informations participe directement à la conduite des opérations militaires. Il s'agit d'informations d'ambiance sur la localisation, les effectifs, la structure par âge et par sexe, les pathologies, les risques sanitaires concernant les populations civiles locales, réfugiées ou déplacées.

Il s'agit, bien sûr, également d'informations relatives au réseau de santé publique locale, ses moyens, ses capacités et notamment celles relatives au possible soutien par la nation-hôte (*Host Nation Support*). Les informations sanitaires recueillies par les pharmaciens (risques liés à l'environnement) et les vétérinaires





(approvisionnement locaux en denrées alimentaires, en eau de boisson) procèdent également de cette logique d'information en coopération avec les autorités locales.

Les contraintes cliniques.

La contrainte clinique initiale et fondamentale est une appréciation rigoureuse, avant la mission, en phase de reconnaissance ou en tout début de mission de la situation sanitaire locale, et des besoins-santé prévisibles, attendus ou demandés.

Cette phase relevant de l'expertise médicale est essentielle car elle permet de proposer, au commandement, les éléments de réponse possibles, les mieux adaptés à la situation sanitaire.

relèves), sa constance (et non sa pérennité).

Ainsi, par exemple, l'encadrement des actes chirurgicaux est un standard du cadre normatif clinique que se fixe le service de santé.

Dans le cadre de l'AMP, les actes chirurgicaux ne sont réalisés que sous les conditions suivantes :

- principe de l'accès à la chirurgie de sauvetage ou réparatrice au plus grand nombre. Ce principe élimine les gestes chirurgicaux lourds, tout spécialement pour des patients à pronostic compromis (grands brûlés, neurochirurgie, cancers avancés, réparations complexes, etc.) ;
- pas de réanimation lourde (car la réanimation prolongée d'un patient est incompatible avec la doctrine-santé opération-



Sur un plan médical strict, cette démarche se décline en la définition des pathologies médicales ou chirurgicales qui peuvent être prises en charge de façon durable dans le respect de la déontologie et de l'éthique médicales, dans le cadre de l'AMP.

Cet exercice consiste, ni plus ni moins, à adapter les indications et les protocoles thérapeutiques aux moyens du service de santé disponibles, et non l'inverse ; ce qui conduirait à une escalade des moyens et violerait le principe de subsidiarité de l'AMP, à l'action générale de la force.

Sur le plan du commandement-santé, l'AMP doit être construite de manière à garantir son homogénéité (non tributaire de la qualification du personnel), son uniformité (pas de variation en fonction des

nelle et les ressources allouées pour le soutien des forces) ;

- faible durée d'hospitalisation pour ne pas obérer la disponibilité des moyens au profit de la force ;
- protocoles thérapeutiques adaptés à la situation sanitaire locale (antibiothérapie en rapport avec les standards locaux, prise en compte des programmes locaux de santé publique, etc.).

En pratique, la chirurgie de l'urgence est la seule qui trouve une légitimité dans le cadre de l'AMP. Incontestable sur le plan des fondements éthiques, elle n'altère pas le fonctionnement du système de santé publique local, permet de s'adapter aux exigences de fonctionnement des blocs opératoires, et répond parfaitement aux principes déontologiques de l'AMP.

[Les contraintes de l'AMP.]

Les contraintes juridiques et réglementaires.

L'AMP est basée réglementairement sur le décret fixant les attributions du Service de santé des armées qui dispose : "dans des conditions fixées par décret, le Service de santé des armées a compétence pour dispenser des soins à des personnes ne relevant pas directement des armées, notamment aux membres des familles de militaires, aux anciens combattants et victimes de guerre [...] Il peut être chargé de certaines missions au profit d'autres départements ministériels, en particulier dans le domaine de l'aide technique et de la coopération, ainsi que de missions humanitaires décidées par le gouvernement".

Sur un plan général, l'AMP est, à l'évidence, exécutée en considération des règles du droit international humanitaire, tout spécialement celles découlant des conventions de Genève de 1949 et de leurs protocoles additionnels.

La multinationalité.

Il est de plus en plus fréquent que les éléments de soutien-santé "lourds", déployés sur les théâtres d'opérations, sont constitués de ressources, en particulier humaines, multinationales. La juxtaposition d'équipes médicales ou chirurgicales dans une structure multinationale, provoque des distorsions dans l'appréhension de l'AMP, pour des raisons politiques nationales, opérationnelles, culturelles ou, tout simplement, de pratique professionnelle non éprouvée dans ce domaine particulier. Confier une mission d'AMP à une structure santé multinationale, revient à générer une problématique complexe, interne à la chaîne-santé, dont les clés sont détenues par les échelons politiques et militaires stratégiques, qui définissent les règles de l'engagement des contingents nationaux, et les efforts budgétaires consentis pour l'AMP. Ces prémisses étant posées, le COMSANTE aura pour mission d'harmoniser les pratiques cliniques destinées à l'AMP, entre les professionnels de santé des différentes nations participantes.

La contrainte budgétaire.

Les moyens financiers qui sont consacrés par le Service de santé des armées à l'AMP représentent jusqu'à 70% du budget en matériels et médicaments alloués à une opération donnée. Ces moyens sont essentiellement réalisés sous la forme de matériels médicaux et de médicaments employés par les formations de soutien-

santé, mais il peut s'agir parfois de dons directs à un pays donné.

Ces dotations financières ont connu une croissance exponentielle homothétique du rythme et de la nature des opérations des deux dernières décennies.

Afin de mieux piloter ces actions financièrement exigeantes, l'AMP est désormais décrite dans la loi organique relative aux lois de finances, au sein des crédits destinés à la CIMIC.

[Les acteurs de l'AMP.]

Le commandement.

L'état-major des armées définit l'état final recherché, vision politique d'une manœuvre qui est déclinée par le centre de préparation et de conduite des opérations (CPCO) dont la cellule J9 rédige des directives de CIMIC.

Sur le théâtre d'opérations, le chef de la cellule civilo-militaire (J9/FHO) est le correspondant naturel du COMSANTE. De leur travail, découle la nature des actions de CIMIC du domaine-santé et de l'AMP à conduire dans le cadre de l'opération.

La Direction centrale du service de santé (DCSSA).

En liaison avec le CPCO, évalue les besoins en matière de soutien-santé à vocation humanitaire pour les opérations.

Sur le plan technique, la DCSSA établit le niveau autorisé d'AMP et en fixe le budget.

Le COMSANTE.

Il est le conseiller-santé du commandement et l'interlocuteur unique de la DCSSA. Il valide au plan technique et donne son accord formel dès que les moyens du Service de santé des armées sont engagés dans un projet d'AMP.

Il est en relation constante avec les organisations humanitaires internationales et avec les autorités civiles de santé publique locales.

Le chef-santé peut être amené à réaliser des reconnaissances techniques en vue de planifier des actions d'AMP. Il évalue notamment si le système de santé local est auto-suffisant ou dans quelle mesure il a besoin de l'apport de l'AMP fournie par la force.

Il peut représenter le commandement auprès des autorités sanitaires locales, et participe activement aux réunions de coordination des actions humanitaires avec les

ONG. En sortie de crise et désengagement, le chef-santé organise le transfert des responsabilités assumées temporairement par la force, aux autorités de santé publique civiles compétentes.

Les organisations internationales humanitaires.

L'ONU dispose d'organisations dédiées aux affaires humanitaires, qui peuvent jouer un rôle essentiel dans l'AMP.

Les principales sont : le Bureau de coordination des affaires humanitaires, le Haut-Commissariat aux réfugiés, le fonds des Nations unies pour l'enfance.

Sur le théâtre d'opérations, de très nombreuses organisations ou agences internationales gouvernementales ou non gouvernementales peuvent œuvrer dans le domaine de la santé publique.

[L'exemple de une opération d'évacuation de ressortissants : l'opération Baliste en 2006.]

L'opération *Baliste*, débutée en juillet 2006, constitue la plus importante opération d'évacuation de ressortissants menée par voie maritime depuis la guerre d'Algérie. Cette opération a été conduite par différents moyens des armées dont, notamment, des bâtiments majeurs de la force d'action navale.

Sur le plan de la planification-santé, les moyens proposés afin de réaliser dans de bonnes conditions une évacuation de ressortissants majeure (1 400 pax pour un bâtiment de projection et de commandement (BPC) type *Mistral*, 600 pax pour un transport de chalands de débarquement (TCD) type *Foudre*) dans le contexte de menace avérée et comprenant, au moins une nuit, à bord, sont, en plus de l'équipe santé du bord :

- un élément chirurgical embarqué (ECE) (trois officiers et six sous-officiers) pour le TCD et un ECE renforcé (trois officiers, neuf sous-officiers) pour le BPC ;
- un poste de secours (un officier, un sous-officier et cinq militaires du rang) ;
- une cellule de soutien médico-psychologique (un officier et un sous-officier).

Dans la pratique, le nombre d'évacués, par rotation des bâtiments de la Marine nationale, a varié de six à près de 1 400.

Le taux de consultation des ressortissants évacués est proche de 8% avec des extrêmes variant de 0% à près de 14%.



Un peu plus de 1 % des passagers a dû être hospitalisé à bord, avec des extrêmes variant de 0 % à 4 %.

Au total, 591 consultations et 84 hospitalisations ont été effectuées par les services de santé embarqués des différents bâtiments ayant participé aux 17 rotations d'évacuation de ressortissants à partir du Liban vers Chypre ou la Turquie, du 16 juillet au 16 août 2006.

Sur le plan de la CIMIC, le chef-santé de l'opération, embarqué sur le BPC *Mistral*, a été le consultant médical de la mission d'évaluation humanitaire du ministère de la Défense pour le Liban, arrivée à Beyrouth, le 25 juillet.

De ses évaluations, il est immédiatement apparu que le Liban pouvait faire face à ses responsabilités sur le plan médical.

Par la suite et tant qu'a duré le blocus, les bâtiments *Baliste* ont transporté des palettes de médicaments et de produits de première nécessité vers le Liban.

Une chaîne médicale informelle s'est, *de facto*, instituée entre les médecins de la sécurité civile opérant à Beyrouth, au lycée français où les ressortissants étaient préalablement regroupés, les médecins de l'opération *Baliste* et ceux de la sécurité civile, de différents SAMU, voire d'assurances (AXA), présents à Larnaka (Chypre) ou à Mercin (Turquie). Les patients, porteurs de pathologies graves, ont bénéficié d'un accompagnement médical (le plus souvent par des médecins des SAMU) durant leur vol vers Paris.

Ce genre d'opération d'évacuation de ressortissants n'est qu'un des aspects de l'AMP.

S'il ne s'est pas inscrit dans la durée, il n'en représente pas moins un enjeu majeur par la rapidité d'intervention et l'efficacité attendue d'emblée pour gérer une population civile à évacuer, puis pour une éventuelle assistance à des populations civiles locales (ce qui a été conduit ensuite dans le cadre de l'opération *Daman* au Liban).

Cette opération a été exemplaire à bien des égards. Elle a montré tous les bénéfices de la planification des besoins estimés, de l'évaluation initiale, du dimensionnement des moyens médicaux en conséquence et du conseil au commandement par le service de santé et par le chef du service de santé de théâtre embarqué. Ainsi, la partie soutien-santé et AMP, qui aurait pu constituer une difficulté de

nature à impacter gravement la mission d'évacuation, a pu trouver une organisation harmonieuse et une pleine efficacité par la présence constante d'un représentant du service de santé à tous les niveaux de la planification et de la conduite des opérations. Sur très court préavis, avec un effectif faible, la composante-santé a permis d'assurer la sécurité sanitaire de la force, des évacués et a conduit des opérations complexes d'évacuations sanitaires par voie aérienne stratégique, en pleine coopération avec les autorités civiles locales et les ONG.

[Conclusion.]

La mise en œuvre de l'AMP, part intégrante de l'engagement opérationnel des forces, est une mission aussi sensible que subtile. Subtile, car le positionnement politique et stratégique de l'AMP est délicat, borné, d'une part, par les situations d'urgence, et, d'autre part, le développement qui ressortit non plus à l'action militaire, mais à celle d'organisations humanitaires.

Sensible, car les enjeux de demain sont assurément la conduite raisonnée d'actions d'AMP, non plus à tout prix, mais dans une démarche vertueuse associant

intérêt bien compris de la force et, au travers elle, de l'État; mais également volonté de répondre aux attentes de populations civiles éprouvées, soit par un conflit, soit par une catastrophe.

L'avenir de l'AMP passe, comme pour tous les processus de la conduite des opérations, par une meilleure planification établie sur des informations et évaluations préalables plus précises. Le fait de l'inclure dans les processus de planification et dans la réflexion opérationnelle avant une mission, est un pas considérable qui l'éloigne de l'improvisation qui a pu prévaloir dans le passé.

L'AMP est indubitablement une activité à forte valeur ajoutée, mais à coût élevé, tant par la ressource humaine qu'elle mobilise que par les enjeux financiers qu'elle représente. Une marge de progrès est encore réalisable dans la rationalisation et la quantification des activités d'AMP afin de les engager, puis de contrôler leur efficacité de manière responsable. L'enjeu est de contenir ces actions dans le domaine de l'aide et du secours, et non de les laisser s'engager dans une forme d'assistance dont on sait les effets pervers sur une population pour prendre son propre destin en mains. ■

