Réalité de l'activité médicale en Rôle 1 : exemple du Liban.

F. De Laval[a], P.-E. Schwartzbrod[b], E. Sagui[c], C. Decam[a].

a IMTSSA, DESP Sud, Parc du Pharo – 13007 Marseille.
b CMA Besançon, BP 11569, Casene Vauban – 25009 Besançon.
c Service de neurologie, HIA Laveran, BP 60149 – 13384 Marseille Cedex 13.

Article reçu le 11 mai 2010, accepté le 31 mai 2011.

Résumé

L'activité médicale des Rôles 1 en opération est peu connue. La surveillance épidémiologique ne permet pas d'en avoir une vision exhaustive. Méthode : il s'agit d'une étude descriptive. L'activité médicale du poste médical de Dayr Kifa au Liban a été relevée quotidiennement sur fichier Excel de juin à septembre 2007. Tous les patients se présentant au poste médical ou aux dispensaires étaient inclus de manière exhaustive, qu'ils soient militaires français ou non. Résultats : 2001 consultations ont été réalisées dont 57 % d'aide médicale à la population. Toutes les classes d'âges étaient concernées. Les spécialités les plus fréquentes étaient la traumatologie (dont les plaies : 15,2 %, les entorses : 5,9 %, les brûlures : 2,7 %), la pathologie infectieuse (dont les diarrhées : 7,4 %, les infections ORL et des voies aériennes supérieures : 8,3 %), et la dermatologie (dont les mycoses : 5,5 %). Les pathologies dentaires représentaient 35 % des évacuations sanitaires, ce qui posait le problème de la mise en condition dentaire avant le départ en opération extérieure. Parmi les motifs de consultation, seuls 7 % faisaient l'objet d'une déclaration à la surveillance épidémiologique.

Mots-clés : Activité médicale. Armée. Liban. Rôle 1.

Abstract

HEALTH ACTIVITY'S REALITY AMONG ROLE 1: EXAMPLE OF LEBANON.

The health activity of roles 1 in operation is poorly known. Continuous monitoring does not provide a complete vision. Method. This was a descriptive study. All patients who consulted from June to September 2007 in level one of Dayr Kifa in Lebanon were included and diagnoses were daily compiled into an Excel file. Results. 2001 consultations were conducted, 57% of which were medical aid to Lebanese people. All age groups were covered. The most frequent specialties were trauma (including wound - 15.2%-; sprains - 5.9%-; burns - 2.7%-), infectious diseases (including diarrhoea - 7.4%-, ENT and upper airway infections - 8.3%-), and dermatology (including fungal infections - 5.5%-). 35% of French soldiers evacuations were teeth-related, which raised the question of the dental aptitude before operations. Among the reasons for consultation, only 7% triggered a declaration to the continuous monitoring.

Keywords: Armed forces. Health activity. Lebanon. Level 1.

Introduction.

Pour adapter la formation et la mise en condition médicale opérationnelle des personnels de santé, ainsi que la dotation des postes médicaux aux réalités du terrain, il est nécessaire d'avoir une évaluation précise des pathologies rencontrées par les médecins des postes médicaux en opération. Actuellement, les médecins déclarent une soixantaine d'évènements par la procédure du message épidémiologique hebdomadaire (MEH) dans le cadre de la surveillance épidémiologique dans les armées (1). Mais ce moyen permet-il d'estimer précisément la réalité du terrain ? Si la réponse est négative, ne faudrait-il pas créer une nouvelle procédure ?

L'objectif de cette étude était de déterminer l'activité exhaustive d'un poste médical en opération pour :

– évaluer si les données déclarées à la surveillance épidémiologique étaient représentatives de l'ensemble de l'activité du poste médical ;

F. DE LAVAL médecin. P.-E. SCHWARTZBROD médecin principal, E. SAGUI médecin en chef, C. DECAM médecin en chef.
Correspondance : F. DE LAVAL, IMTSSA, DESP sud, Parc du Pharo – 13007 Marseille.
E-mail : f_de_laval@hotmail.com

– avoir une évaluation des pathologies rencontrées au niveau du théâtre d'opération libanais.

En 2007, la Force intérimaire des Nations Unies au Liban (FINUL) était constituée de 5 000 hommes, dont 1 500 français. La FINUL patrouillait en permanence entre le sud du fleuve Litani et la frontière avec Israël, la « Blue Line », pour empêcher le réarmement dans cette région, et pour prévenir les incidents frontaliers. Des équipes de déminage sillonnaient et dépolluaient la région. Le soutien médical du théâtre était organisé selon les zones de responsabilité de chaque pays. Il y avait trois postes médicaux français, appelés Rôle 1, avec médecins et infirmiers. L'hôpital médico-chirurgical, ou Rôle 2, comprenait un réanimateur et deux chirurgiens. Il était situé au centre de la zone française. Le Rôle 3 était l'hôpital civil libanais de Saïda. Le camp UN 9.1 était situé à Dayr Kifa. Son effectif pendant la période d'étude était de 650 militaires français. Quatre demi-journées par semaine étaient consacrées à l'aide médicale aux populations dans les dispensaires de trois villages alentours. La guerre de l'été 2006 avait totalement désorganisé le système de soin local et la demande était importante.

Matériel et méthode.

Il s'agissait d'une étude descriptive sur une période de quatre mois allant de juin à septembre 2007. L'effectif français soutenu était de 650 militaires.

L'activité médicale du Rôle 1 de Dayr Kifa au Liban a été relevée quotidiennement sur fichier Excel. Tous les patients se présentant au poste médical ou aux dispensaires étaient inclus de manière exhaustive, qu'ils soient militaires ou civils, français ou libanais.

Les données relevées concernaient l'état civil (âge, sexe, nationalité), la consultation (diagnostic, spécialité, thérapeutique), et les conséquences (nombre de consultations, indisponibilité, hospitalisation, rapatriement). Les consultations successives pour un même motif n'étaient comptabilisées qu'une fois. Par exemple, les suites de soins pour des pansements n'ont pas été enregistrées.

L'analyse a été faite en France, à l'aide du logiciel Epi Info version 6.0.

Résultats.

Activité.

Il a été réalisé en quatre mois 2 001 consultations.

L'aide médicale aux populations représentait 57 % de l'activité.

L'activité était croissante et atteignait un pic lors du troisième mois, à la fois pour les militaires français et les civils libanais. Elle décroissait ensuite le dernier mois jusqu'au départ (381 consultations en juin, 538 en juillet, 696 en août et 386 en septembre).

Population.

Le sexe ratio était de 1/10 pour les français et de 1/1,3 pour les libanais. La classe d'âge « 21-30 ans » était, logiquement, la plus fréquente pour les militaires français, alors qu'en population libanaise, elle était maximale à « 0-10 ans » puis décroissait progressivement (fig. 1).

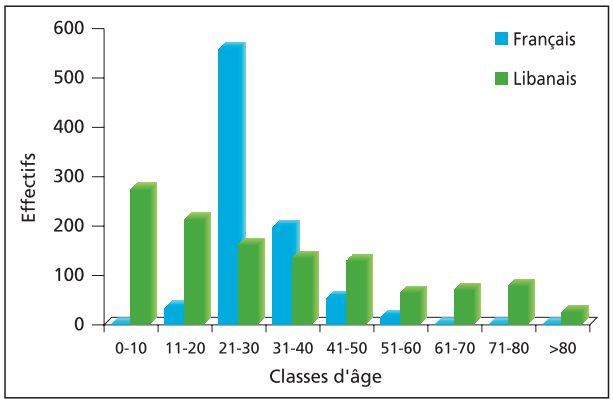


Figure 1. Activité médicale du rôle 1 de Dayr Kifa de juin à septembre 2007. Classes d'âge selon la nationalité (n = 2 001).

Pathologies.

Les quatre spécialités qui représentaient environ 80 % des consultations étaient la pathologie infectieuse (26,2 %), la traumatologie (24,3 %), la dermatologie (16 %) et la rhumatologie (12 %). L'odontologie représentait 3,5 %.

Les pathologies les plus fréquentes étaient les plaies, les diarrhées et les mycoses (fig. 2, 3).

Les pathologies infectieuses étaient très variées. Les plus fréquentes étaient les infections ORL et respiratoires supérieures (167 cas), les syndromes gastro-entériques (143 cas), les infections des voies urinaires (26 cas), les pneumopathies (9 cas). Il n'y a pas eu d'exposition sexuelle à risque chez les militaires français.

Les pathologies odontologiques étaient les caries (40 cas), les abcès (10 cas), les fractures coronales (7 cas), les problèmes de plombage (5 cas), et les douleurs au niveau des dents de sagesse sous muqueuses (5 cas).

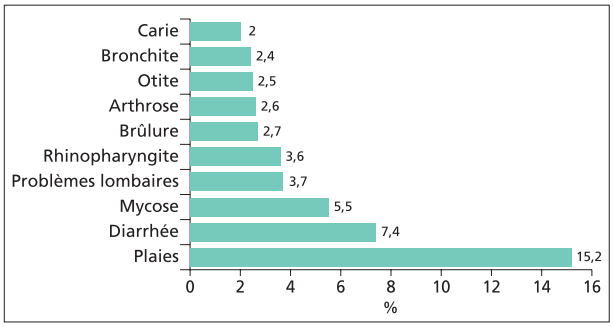


Figure 2. Activité médicale du rôle 1 de Dayr Kifa de juin à septembre 2007.

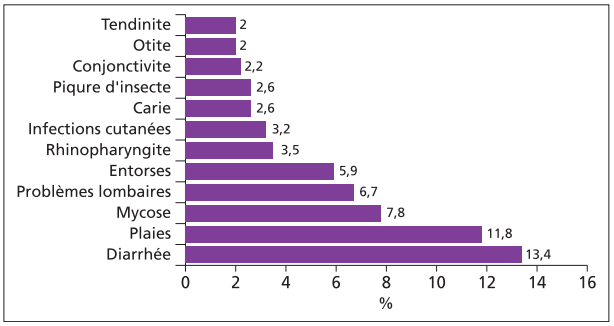


Figure 3. Activité médicale du Rôle 1 de Dayr Kifa de juin à septembre 2007. Fréquences relatives des 857 pathologies rencontrées chez les militaires français.

Évacuations.

Au total, pour les militaires français, il y a eu 857 consultations au Rôle 1, 127 au rôle 2 et 8 au Rôle 3. Parmi les 127 évacuations du Rôle 1 vers le Rôle 2, 35 % nécessitaient des soins dentaires, 32 % devaient avoir un examen biologique et 25 % une radiologie.

Seulement 8 % nécessitaient une prise en charge spécialisée (réanimation, chirurgie, médecine).

Quatre rapatriements pour raison médicale ont été effectués.

Déclaration épidémiologique.

Par ordre décroissant, les évènements déclarés à la surveillance épidémiologique étaient les diarrhées en OPEX (A5, 112 cas), les infections d'allure staphylococcique (E11, 29 cas), les shigelloses (A11, 2 cas), l'état de stress post traumatique (F5, 2 cas) et la varicelle (D9, 1 cas).

Au total 146 évènements ont été déclarés, représentant 17 % des consultations militaires françaises, mais seulement 7 % de l'activité totale du poste médical.

Indisponibilité.

Pour les militaires français, le passage au poste médical pour consulter et l'inaptitude temporaire au service représentaient respectivement 703 demi-journées et 323 jours. Au total, 498 jours de travail ont été perdus (soit l'équivalent d'une section pendant 15 jours).

Commentaires.

Il s'agissait d'une étude descriptive et exhaustive de l'activité d'un poste médical en opération sur le théâtre libanais.

L'objectif principal de l'étude était de mettre en évidence le taux de déclaration au MEH. Cette déclaration ne représentait que 7 % de l'activité totale et n'incluait pas l'ensemble des pathologies rencontrées. En effet l'objectif de la surveillance épidémiologique dans les armées n'est pas de faire une évaluation exhaustive des pathologies rencontrées, mais de surveiller l'évolution du taux d'incidence d'une soixantaine d'évènements ayant un intérêt particulier, au sein de la population militaire française (1). Celle-ci ne constituait que 43 % des patients. Cependant, le taux d'incidence important des diarrhées correspondait parfaitement avec les données de la surveillance épidémiologique ; elles étaient le premier évènement déclaré sur le théâtre libanais (2).

Le deuxième objectif était d'évaluer la fréquence relative des pathologies réellement rencontrées en opération. Il n'a été que partiellement réalisé. En effet si nous pouvons apprécier l'activité réalisée pendant cette mission précise, l'extrapolation à l'ensemble des postes médicaux libanais doit rester prudente pour deux raisons. Premièrement, il existe un biais géographique. Par exemple, il n'y a pas eu de cas d'urgence absolue pris en charge alors que sur le théâtre, d'autres postes médicaux ont du intervenir sur des blessés par armes à feu et engins explosifs, mettant en œuvre des gestes de réanimation. C'est le principe de ces situations : elles sont moins fréquentes mais il faut toujours être prêt à intervenir. Deuxièmement, la participation à l'aide médicale aux populations variait selon les postes médicaux, et selon les médecins en poste. Ici elle représentait plus de la moitié de l'activité.

L'activité recensée dans cette étude relevait peu de pathologies tropicales, et se rapprochait d'une activité de médecine générale comme on peut la rencontrer en France métropolitaine. Les militaires qui recouraient aux soins avaient entre 20 et 40 ans. Du fait de l'activité d'aide médicale aux populations, l'activité s'élargissait vers la pédiatrie et la gériatrie. Les causes de consultation les plus fréquentes étaient les pathologies infectieuses (ORL et intestinales), la traumatologie, les affections dermatologiques et la rhumatologie. Ceci correspond à la description de Papillault qui a fait un relevé cumulé de son activité en OPEX de 1997 à 2006 (3). Ses cinq motifs de consultation les plus fréquents étaient la dermatologie, la gastro-entérologie, la traumatologie, l'ORL et la rhumatologie. L'activité médicale au Liban semble aussi comparable à celle relevée sur d'autres théâtres comme l'Afghanistan (4). Dans une cohorte de 690 militaires de l'opération « Licorne » déployés dans l'ouest de la République de Côte d'Ivoire, la dermatologie était la première cause de consultation, suivie des blessures musculo-squelettiques (traumatologie) et des diarrhées (5). Cependant la classification des pathologies n'est pas standardisée d'une étude à l'autre et limite la comparaison entre les théâtres.

Parmi les pathologies les plus fréquentes les plaies et les brûlures nécessitaient la réalisation de gestes techniques (parage et exploration, points sous cutanés, arrêt de saignement, pansement de brûlures au 3e degré). Les brûlures des enfants étaient souvent graves car ils jouaient près des braises du narguilé et à proximité des théières bouillantes (fig. 4). Ceci permet d'insister sur certains thèmes de la formation initiale et continue des médecins en petite chirurgie (enseignement pratique de plusieurs techniques de points selon le type et la profondeur des plaies ou blessures, gestes d'hémostase) et en dermatologie (dermatoses, cicatrisation de plaies compliquées et brûlures profondes). L'absence d'exposition sexuelle à risque était probablement liée aux contraintes opérationnelles (pas de permission, ni de sortie pendant quatre mois), et aux mœurs locales. L'activité d'éducation sanitaire avant le départ a peut-être



Figure 4. Exemple de brulûres graves sur un enfant. © F. De Laval.

également participé à ce bon résultat. Aucune pathologie pour laquelle existe une vaccination dans le calendrier vaccinal militaire, n'a été diagnostiquée (6). La seule épidémie déclarée concernait les diarrhées au cours du deuxième mois. Un effort plus important semble donc nécessaire dans la promotion de l'hygiène en campagne.

Les évacuations médicales du Rôle 1 vers le Rôle 2 concernaient essentiellement la réalisation d'examens complémentaires para cliniques (biologie et radiologie). Le recours à un réanimateur ou un chirurgien ne représentait que 8 %. La proportion importante des évacuations pour des pathologies odontologiques pouvant être dépistées lors d'un examen dentaire avant le départ au Liban (caries, abcès, dents de sagesse), posait le problème de la validité des aptitudes dentaires réalisées par des civils qui ne connaissaient pas les contraintes opérationnelles des théâtres (7, 8). La généralisation du recours à des praticiens militaires pourrait permettre d'améliorer cette expertise. Du fait des risques militaires, une évacuation nécessitait un convoi de deux véhicules et d'au moins quatre personnels. Elle consommait donc du potentiel en véhicules et en hommes, au détriment d'autres activités opérationnelles.

Les études existantes sur l'activité médico-chirurgicale des Rôles 2 en opération sont principalement axées sur l'activité chirurgicale (9). La faible proportion d'évacués du Rôle 1 vers le Rôle 2 dans notre étude ne permet pas de comparer leurs activités respectives.

Conclusion.

Cette étude descriptive réalisée au sein d'un poste médical à partir d'un système original de recueil d'information permet d'avoir une vision ponctuelle mais précise des pathologies rencontrées dans leur pratique habituelle par les médecins au Liban. La création d'une base de données pérenne standardisée permettrait d'étendre cette connaissance à l'ensemble des postes médicaux en opération (9). Un système d'Alerte et de surveillance épidémiologique en temps réel (ASTER), basé sur un recueil continu et standardisé des signes cliniques, des syndromes, voire des diagnostics, est en cours de développement pour les OPEX, et pourrait améliorer cette connaissance des pathologies rencontrées en fonction des théâtres (10).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Instruction ministérielle 1000/DEF/DCSSA/AST/TEC/2 du 8 novembre 2001 relative à la surveillance épidémiologique dans les armées.
2. DESP sud. Secteur épidémiologique outre-mer. Bilan de la surveillance épidémiologique 2007-2008. D.217/IMTSSA/DESP/US2E/2009.
3. Papillault L. Recueil des motifs de consultations en OPEX ou en missions isolées sur une période de 10 ans. Colloque de médecine des missions extérieures, IMTSSA – Marseille, novembre 2007.
4. Carmoi T, Verret C, Houze B, Duron S, Payen C, Ould Ahmed M, et al. Morbidité non liée au combat dans les troupes françaises stationnées à Kaboul : à propos de 407 questionnaires de santé. Colloque de médecine des missions extérieures, IMTSSA – Marseille, novembre 2008.
5. Sauvet F, Lebeau C, Foucher S, Flusain O, Jouanin JC, Debonne JM. Operational impact of health problems observed during a four-month military deployment in Ivory Coast. Military Medicine 2009;174(9):921-8.
6. Instruction ministérielle 3200/DEF/DCSSA/AST/TEC/EPID du 18 février 2005 relative à la pratique des immunisations dans les armées.
7. Fénistein B. Pourquoi tant de consultations dentaires en opex ? Médecine et Armées 2004;32(2):123-6.
8. Gunepin M, Deroche F. Impact opérationnel et prise en charge des pathologies bucco-dentaires dans le cadre des opérations extérieures. Médecine et Armées 2009;37(4):313-8.
9. Pons F, Poichotte A, Lambert E, Kaiser E, Rigal S. Recueil de l'activité chirurgicale pratiquée en opération extérieure. Médecine et Armées 2007;35(3):247-51.
10. Meynard JB, Chaudet H, Texier G, Dupuy B, Queyriaux B, Pellegrin L, et al. Advantages and limits of real-time epidemiological surveillance during military deployments : the experience of the French Armed Forces. Military Medicine 2009;174(10):1068-74.