Opération « Daman »: expérience de soutien médical dans un environnement multinational (ONU) en 2010.

J.-B. Pohl[a], M. Thomas-Pohl[b], P. Godart[c].

a Direction régionale du Service de santé des armées de Metz, BP 90007 – 57044 Metz Cedex.
b Service de médecine physique et réadaptation, Hôpital d'instruction des armées Percy, 101 avenue Henri Barbusse – 92140 Clamart.
c État-major des armées, 14 rue Saint Dominique – 75700 Paris SP 07.

Article reçu le 7 février 2011, accepté le 5 juillet 2011.

Résumé

Les armées françaises participent depuis près de 30 ans à la Force intérimaire des Nations Unies au Liban (FINUL). À l'été 2010, leur soutien médical s'articule autour de cinq postes médicaux. La mutualisation entre les éléments français d'un grand nombre d'activités médicales permet de rationaliser et de répartir la charge de travail entre tous les professionnels de santé au prix d'une organisation lourde et exigeante. La doctrine nationale française du soutien médical doit s'adapter aux procédures de l'Organisation des Nations Unies (ONU). Il existe des différences de conception, de pratiques médicales et de partage des responsabilités entre les acteurs de santé français et internationaux. L'expérience opérationnelle sous mandat ONU représente une richesse et une source d'apprentissage pour tout médecin des armées. Elle nécessite également de grandes capacités d'adaptation, de vraies qualités relationnelles ainsi qu'une indispensable curiosité intellectuelle, pour établir les bases très positives d'une connaissance réciproque entre le dispositif santé multinational de la FINUL et celui adapté au contingent national français.

Mots-clés : FINUL. Liban. Opérations extérieures. Soutien médical.

Abstract

"DAMAN" OPERATION: AN EXPERIENCE OF MEDICAL SUPPORT IN A MULTILATERAL ENVIRONMENT (UN) IN 2010.

For almost 30 years the French armed Forces have been involved in the United Nations Interim Force in Lebanon (UNIFIL). From the summer of 2010, their medical support hasbeen organized around five role 1 capabilities. Sharing a large number of medical activities among the French elements streamlines and distributes the workload among all health professionals but requires a heavy and demanding organization. The doctrine of the French national medical support has to adapt to the procedures of the United Nations (UN). Between the French and international health actors there are differences in conceptions, medical practices and sharing responsibilities. Operational experience under UN mandate is an asset and a source of learning for all medical Officers. It also requires adjustment skills, interpersonal skills with a real intellectual curiosity in order to establish the foundations of a very positive mutual understanding between the multinational UNIFIL health system and the French system, adapted to its own contingent.

Keywords: Lebanon. Medical support. Operational deployment. UNIFIL.

Introduction.

Cet article a pour but de décrire le soutien médical de l'opération « Daman » à travers l'expérience des auteurs, médecins des armées, projetés sur le théâtre libanais durant l'été 2010.

Après un rappel du contexte, la spécificité et le savoir-faire du soutien médical français sur zone sont examinés en décrivant l'intégration de la chaîne médicale française au sein du dispositif de soutien santé de la Force intérimaire des Nations Unies au Liban (FINUL), ainsi que les points forts et perfectibles d'un soutien médical en coopération multinationale.

J.-B. POHL, médecin principal, praticien confirmé. M. THOMAS-POHL, médecin (TA), praticien confirmé. P. GODART, médecin chef des services, praticien certifié.
Correspondance : J.-B. POHL, Direction régionale du Service de santé des armées de Metz, BP 90007 – 57044 Metz Cedex.
E-mail : jbpohl@hotmail.com

Contexte militaire, organisation de la FINUL et place du contingent français.

Situation à l'été 2010 (fig 1).

La FINUL est présente au Sud-Liban depuis 1978. À l'été 2010, elle est constituée de près de 11 500 militaires, issus de 29 contingents nationaux. Elle doit maintenir la paix dans cette région instable du Moyen-Orient. Les missions sont toujours définies par la résolution 1 701 du Conseil de sécurité des Nations Unies (1). L'intensité des conflits est très faible. Néanmoins, des zones de tensions persistent entre les forces armées libanaises et israéliennes au niveau de la frontière d'une part, mais également entre la population et les forces de l'ONU d'autre part.

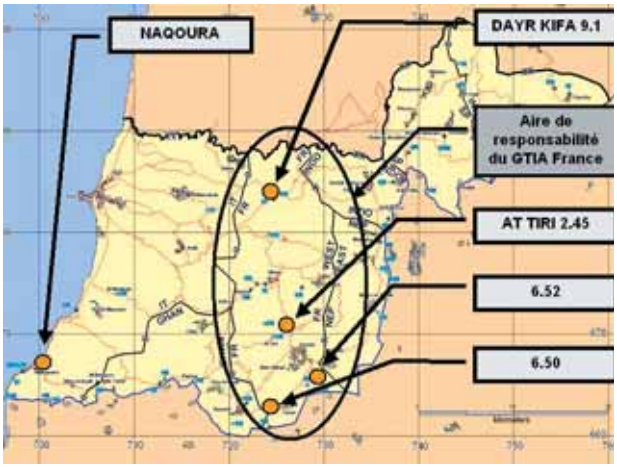


Figure 1. Zone de l'opération DAMAN.

FINUL.

Au niveau politique, le commandement est assuré par le secrétaire général des Nations Unies, assisté par un département des opérations de maintien de la paix et par un centre de suivi des opérations, situés à New-York (États-Unis d'Amérique). La distance explique les difficultés et les incompréhensions qui peuvent survenir entre la FINUL et le siège, mais également l'inertie et le poids des procédures onusiennes qui peuvent parfois apparaître en décalage avec la réalité sur le terrain.

Le commandement du volet militaire est assuré par le *Force Commander* de la FINUL. La zone d'opérations (Area of Operations – AO) est partagée en deux brigades : un secteur Ouest de cinq bataillons dont le bataillon français, et un secteur Est comprenant quatre bataillons.

La composante maritime agit au large des côtes libanaises. La FINUL ne dispose pas de composante aérienne.

Contingent français.

Le contingent français est composé de plus de 1 460 militaires. Ses effectifs sont répartis entre plusieurs unités :

– contribution française aux états-majors : les 160 militaires français sont affectés dans les états-majors de la FINUL. Le représentant des éléments français (REPFRANCE) est également le chef d'état-major du *Force Commander*. Il est stationné à Naqoura ;

– bataillon français d'infanterie mécanisée : Groupement tactique interarmes (GTIA) : le GTIA de l'opération « Daman » est localisé sur plusieurs emprises dans la zone de responsabilité française : position ONU 2.45 sur la commune d'At Tiri et position ONU 9.1 sur la commune de Dayr Kifa. D'autres sites, représentant des effectifs moins importants, sont disséminés autour de ces deux principales positions. Le GTIA assure des missions de surveillance et mène des actions au profit de la population libanaise dont de l'aide médicale. Il évolue dans un cadre multinational marqué et entretient des contacts quotidiens avec l'armée libanaise ;

– Force de réaction rapide (Quick Response Force – QRF) : basée à 9.1, la QRF est une force d'interposition et peut intervenir dans l'ensemble de l'AO. Elle est articulée autour d'un escadron de treize chars Leclerc et de moyens d'appui artillerie ;

– Détachement du génie : ce détachement mène des travaux de reconstruction dans les domaines du bâtiment et travaux publics et des chantiers de déminage à la frontière israélo-libanaise.

Soutien médical de l'opération et bilan des activités.

Dispositif français du soutien médical (fig. 2).

L'ensemble du soutien médical national français est réparti sur trois sites principaux.

Naqoura.

Le Commandant santé de la force (COMSANTE) a autorité sur le bureau soutien médical (JMED) et l'unité de distribution de produits de santé (UDPS). Il est l'autorité technique des cinq postes médicaux et de la cellule d'évacuation médicale héliportée (*Aero Medical Evacuation Team* – AMET). Le JMED est composé d'un vétérinaire et d'un sous-officier administratif. L'UDPS

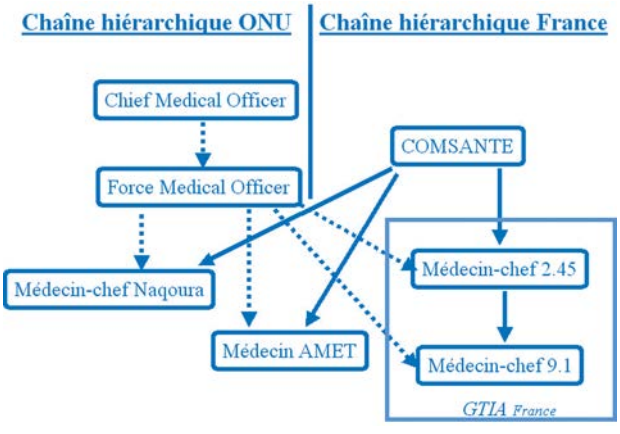


Figure 2. Chaînes hiérarchiques onusienne et française.

dispose d'un effectif resserré, dimensionné aux moyens santé nationaux déployés. En l'absence de ravitaillement sanitaire pour une unité médicale opérationnelle (UMO) française de niveau 2 ou 3, aucun pharmacien n'est présent sur le théâtre.

Pour soutenir des éléments français insérés dans les différents états-majors de la FINUL, un poste médical est déployé à Naqoura. D'un effectif réduit (1/1/1), il n'appartient pas organiquement au GTIA mais participe aux différentes missions de cette unité dans le cadre de la mutualisation des soutiens santé, coordonnée par le médecin-chef du GTIA.

L'AMET est également stationnée à Naqoura. Sa mission est d'assurer les évacuations médicales primaires ou secondaires depuis l'ensemble de l'AO, par un vecteur aérien à voilure tournante, jusqu'aux structures hospitalières (2). En effet, l'ensemble de l'AO est accessible en moins d'une heure par hélicoptère et permet ainsi une évacuation beaucoup plus rapide que les moyens terrestres. L'équipe médicale de l'AMET (1/1/1) est d'astreinte 24h/24 à quinze minutes pour toute MEDEVAC. Le vecteur aérien est un hélicoptère de type Agusta Bell®, armé par un équipage italien. Il permet d'emporter théoriquement trois brancards et cinq passagers assis. En pratique, il est illusoire de vouloir transporter plus d'un blessé grave pour des raisons d'organisation et de configuration.

À l'été 2010, le personnel santé de l'AMET est totalement mutualisé avec celui du Rôle 1. Ainsi, l'alerte MEDEVAC est partagée entre les équipes par un roulement quotidien. Cette mutualisation permet à chacun d'enrichir son expérience.

Position ONU 2.45 et médecin chef du GTIA.

Dans le cadre de l'opération « Daman », les quatre postes médicaux du GTIA sont mutualisés deux à deux. Le médecin-chef du GTIA est stationné sur la position ONU 2.45. Il dispose sur le site d'un médecin adjoint, de trois infirmiers, d'un sous-officier administratif et d'une quinzaine d'auxiliaires sanitaires (AS). Dans le cadre du soutien des éléments français stationnés à la frontière israélienne, le médecin-chef du GTIA détache un infirmier et deux auxiliaires sanitaires sur la position ONU 6.50. Cette équipe change chaque semaine à partir d'un *turn-over* planifié.

Position ONU 9.1.

La position ONU 9.1 est à une heure de route de la position ONU 2.45. Pour assurer le soutien médical des Sous groupements tactiques interarmes (SGTIA), et notamment de la QRF, deux postes médicaux sont mutualisés sur ce site. Le médecin le plus ancien est nommé médecin-chef du PM 9.1 par le COMSANTE. Médecin adjoint du GTIA, il assure le contact de proximité avec les unités stationnées dans ce camp. Secondé par un médecin-adjoint, il dispose de deux infirmiers et de onze AS. Le médecin-chef du PM 9.1 déploie un AS sur la position ONU 6.52. Ce militaire du rang effectue les soins de premier niveau au profit d'une section basée sur ce site. Ce personnel change également chaque semaine. En cas de besoin, le médecin-chef peut ordonner une évacuation médicale vers la position ONU 2.45 en raison de la relative proximité des deux sites (fig. 3).



Figure 3. Poste médical 9.1.

Soutien médical de la FINUL.

L'objectif de cet article n'est pas de rappeler la complexité du soutien médical de l'ONU. Néanmoins, ses grandes composantes doivent être évoquées. En effet, les relations entre les médecins français et ceux des autres nations sont permanentes.

Direction médicale.

La direction médicale de la FINUL est assurée par un médecin civil de nationalité polonaise. Une des particularités du système onusien est, en effet, la forte prévalence du personnel civil à tous les niveaux de responsabilité et dans tous les domaines. Ce *Chief medical officer* (CMO) est l'autorité technique suprême des responsables médicaux des différents contingents contributeurs de la FINUL. Il a la charge de réviser régulièrement les *Standard operating procedures* (SOP) de la fonction santé. Il coordonne et arbitre les sujétions en matière de soutien santé multinational imposées aux responsables nationaux. Il définit la contribution de la FINUL aux activités d'aide médicale à la population (AMP) et se charge d'entretenir des relations confraternelles et amicales avec les acteurs de santé libanais : Croix-Rouge libanaise, hôpitaux… Il est secondé par le *Force medical officer* (FMO), médecin militaire de nationalité indienne. Le FMO est l'interlocuteur de premier ressort de l'ensemble des médecins-chefs nationaux (*Senior Medical Officer* - SMO). Il assure le suivi de la manœuvre santé et organise au niveau opérationnel le soutien médical pour tout le personnel, militaire et civil, de la FINUL. Il a la responsabilité de déclencher les évacuations médicales par voie aérienne héliportée dans le cadre de l'urgence primaire ou d'un transfert secondaire. Il contrôle l'accès aux structures de santé et hôpitaux civils libanais.

UMO de niveau 2.

La France ne dispose pas de structure médicale supérieure au Rôle 1. Il n'y a pas d'équipe chirurgicale

française en raison de la relative stabilité de l'opération, et de l'existence de Rôles 2 multinationaux en mesure de prendre en charge tout blessé français. Aucun Rôle 2 n'est sous la responsabilité d'une nation européenne. L'accès au Rôle 2 est libre pour tous les contingents, sans règle ONU particulière.

À Naqoura, l'hôpital de la FINUL (Rôle 2), sous commandement indien, dispose d'une capacité chirurgicale limitée par l'absence d'un véritable service de réanimation remplacé par une unité de soins intensifs. Cette structure dispose d'un médecin interniste gérant l'unité d'hospitalisation. Les moyens de radiologie sont limités aux radiographies standard et aux échographies grâce à la présence d'un radiologue italien. Un laboratoire d'analyses médicales complète le dispositif.

À l'Est, un Rôle 2 chinois assure le soutien médical, chirurgical, ophtalmologique et gynécologique.

UMO de niveau 3.

Trois raisons expliquent l'absence de Rôle 3 pour une opération faisant intervenir près de 15 000 hommes :

– la relative stabilité dans l'AO depuis la fin de l'été 2006 ;

– la possibilité de recourir aux hôpitaux libanais situés au nord de l'AO ;

– la capacité de ces hôpitaux à prodiguer sans difficultés des soins aux standards européens.

Le *Hammoud Hospital* est un hôpital privé libanais situé à Saïda. Il dispose d'un excellent plateau technique et offre des prestations de bon niveau. Une convention est également passée avec l'Hôtel Dieu de Beyrouth.

Activités du soutien médical.

Activités du GTIA.

Sous les ordres et la coordination du médecin-chef du GTIA, tous les PM participent aux activités de soutien au profit de la compagnie du génie en charge du déminage. L'équipe médicale assure la prise en charge initiale et la mise en condition avant évacuation par voie routière ou héliportée de toute personne blessée lors d'opérations de déminage. Elle est présente sur le chantier de déminage en permanence durant l'ensemble des heures de travail (de 4 heures à 15 heures) (3). Les procédures de la FINUL imposent l'accréditation pour ce type de missions très spécifiques de tout le personnel médical, para et périmédical. Des exercices d'entraînement permettent de se familiariser avec les règles de sécurité à appliquer sur un chantier de déminage, tandis que les experts de la FINUL évaluent davantage les qualités managériales des médecins en situation opérationnelle complexe que l'aspect strictement technique de leurs compétences. Une autre mission essentielle de ces inspecteurs est de vérifier la réelle présence du matériel médical et son bon entretien tels que définis dans les SOP's. Cette évaluation formalise par écrit la qualité et les moyens médicaux engagés (fig. 4).

D'autres missions régulières ou ponctuelles sont réparties entre les PM :

– convois logistiques en provenance ou en direction de Beyrouth, lors des relèves ou pour le frêt. Il s'agit de médicaliser un convoi de parfois plusieurs dizaines de véhicules, circulant en dehors de l'AO ;

– tout autre soutien jugé pertinent par le médecin-chef du GTIA (par exemple : match de rugby entre le contingent français et l'armée libanaise, exercice d'artillerie en dehors de l'AO).



Figure 4. Exercice d'évacuation médicale sur chantier de déminage.

Aide médicale à la population (4).

Des actions d'AMP sont organisées chaque semaine dans des dispensaires de proximité. Le nombre de consultants est très variable d'une semaine à l'autre, passant aisément de cinq par demi-journée à plus de vingt. Le sexe ratio est équilibré, de même que la pyramide des âges avec une absence remarquée de la classe des jeunes enfants. Les motifs de consultations sont essentiellement des maladies chroniques (diabète, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, gastrite, troubles psychiques…). La délivrance de traitements, principale demande des consultants, est possible grâce à l'association « Tulipe », qui fournit régulièrement des médicaments. Les limites de l'AMP sont essentiellement dues la présence de structures de santé de haut niveau au Liban. La population a ainsi accès à des soins de qualité aux standards européens. Seul l'approvisionnement en produits de santé reste délicat car souvent trop onéreux pour une bonne part de la population. C'est pourquoi, si le cœur de l'action en matière d'aide médicale à la population est la délivrance de soins gratuits à une population de moins en moins dans le besoin, l'objectif secondaire, à savoir faciliter l'intégration de la force française (5) sur le théâtre d'opérations, reste un enjeu majeur pour le commandement. C'est dans cette optique d'ailleurs, outre l'aspect éthique, que l'AMP est également délivrée à la position ONU 9.1 pour des blessés se présentant dans le cadre de l'urgence. Les motifs de consultations au camp français relèvent essentiellement de la traumatologie et se distinguent par leur caractère aigu et urgent : plaie superficielle, brûlure de différents degrés, morsures et envenimation diverses. Les suites de

soins constituent alors la principale activité du personnel paramédical à raison d'un nombre pouvant atteindre régulièrement dix par jour, en sus de l'activité médicale destinée aux militaires français(fig. 5).



Figure 5. Consultation dans le cadre de l'AMP.

Bilan et activités du mandat.

Le début du mandat a été rapidement marqué par un accident de la voie publique avec renversement de VAB. L'AMET a été préalertée par l'équipe française partant en primaire sur le lieu de l'accident puis déclenchée officiellement plusieurs dizaines de minutes plus tard par le FMO. Après un vol de 20 minutes sur la position ONU la plus proche de l'accident, elle a pris en charge le blessé polytraumatisé et éjecté du VAB pour le transférer à Saïda.

La charge des activités médicales reste modérée, avec une moyenne de moins de dix consultations par jour et par médecin. Durant le mandat, une importante épidémie de gastro-entérite a fortement sollicité le personnel soignant de jour comme de nuit durant plusieurs semaines. Cet épisode a été l'opportunité pour le médecin-chef d'assumer pleinement ses fonctions de conseil au commandement pour limiter l'intensité et la diffusion de cette maladie contagieuse. Les principaux motifs de consultations relèvent de l'ORL, de la dermatologie ou de la sphère digestive. Les consultations dentaires (réalisées en milieu civil libanais) sont essentiellement dues à des affections contractées sur zone ou des accidents (bris dentaires). La traumatologie représente une part peu importante de l'activité médicale. Elle n'est pas due aux actions opérationnelles militaires mais plutôt aux accidents de la vie quotidienne. L'AMP précédemment décrite représente un tiers de l'activité (tab. I).

Tableau I. Bilan et activité du mandat.

	1er mois (4 semaines)	2e mois (4 semaines)	3e mois (3 semaines)	Total
Médecine	421	648	463	**1 532**
Dentaires	14	12	13	**39**
Traumatologie	101	77	82	**260**
Hospitalisés en R2 ou R3	7	4	4	**15**
Rapatriés	3	1	6	**10**
AMP	334	251	48	**633**

Points forts et perfectibles du soutien médical.

Soutien médical français.

Le personnel affecté dans les PM relève organiquement de différents SGTIA. Si les différences sont réelles au niveau administratif, les postes médicaux sont en revanche totalement mutualisés deux à deux, tant en matière d'emploi qu'au niveau opérationnel. Le médecin chef de chaque PM s'attache à organiser une rotation constante des équipes pour limiter la routine des habitudes de travail en petits groupes prédéfinis et figés. Ce roulement assure la polyvalence du personnel et la cohésion des équipes.

Le médecin-chef du GTIA est l'interlocuteur préférentiel du commandement pour l'organisation du soutien médical du GTIA et des SGTIA. Chaque demande de soutien lui est adressée par les commandants d'unité, et non directement aux différents médecins des SGTIA, charge à celui-là de répartir alors l'activité entre ses adjoints. Cette mutualisation permet une réelle synergie des moyens médicaux, une rationalisation notamment géographique du dispositif et une répartition égale des différentes charges de travail entre des PM parfois affectés à des SGTIA peu demandeurs de soutien comme la QRF, et d'autres SGTIA très consommateurs de moyens santé comme la compagnie du génie. Elle s'avère indispensable pour limiter la fatigue du personnel et assurer la qualité d'une activité très exigeante aux plans physique et psychologique. Elle assure également, autour du médecin-chef du GTIA, la cohésion et l'unité d'ensemble de la chaîne santé vis-à-vis de tous les interlocuteurs militaires ou médicaux. Ainsi se constitue simplement, mais très efficacement, un esprit de camaraderie et de corps, amplificateur notable de la capacité opérationnelle du personnel médical. L'esprit de confraternité entre les différents praticiens est un facteur de succès indispensable pour une opération comme « Daman ».

L'AMP doit rester ponctuelle, limitée et réversible dans le temps ou en fonction de la situation dans l'AO. Elle ne saurait en aucun cas se substituer ou apparaître en concurrence vis-à-vis de l'offre locale de soins, seul gage de pérennité après un départ du contingent ou lors d'un arrêt de l'AMP, sur ordre du commandement. Le rôle du COMSANTE et du médecin-chef du GTIA est essentiel pour rappeler les limites de l'AMP au commandement. Celle-ci relève d'un réel exercice médical et ne doit pas être conçue en seuls termes d'affichage d'une force souhaitant se faire accepter au mieux par une population parfois rétive. Il convient donc de ne pas multiplier les points d'aide ponctuels, au gré des exercices opérationnels des unités de combats, mais au contraire de privilégier la continuité de l'action et de s'inscrire dans la

durée grâce à une concertation étroite avec les officiers en charge des actions civilo-militaires.

Soutien médical de la FINUL.

La langue anglaise est l'unique moyen d'échange entre les équipes médicales. L'accompagnement des blessés/malades par un professionnel de santé est impérative tant pour présenter le cas au spécialiste que pour exposer le traitement déjà initié. La principale difficulté réside dans la différence d'approche culturelle entre des pratiques médicales issues de nations ne disposant pas des mêmes standards. L'histoire particulière de chaque civilisation forge les différences d'approche et de prise en charge, qui peuvent varier des habitudes occidentales. Ces diversités constituent la richesse d'une expérience opérationnelle multinationale mais sont parfois également source de tensions et d'incompréhensions. Elles nécessitent une vigilance accrue lors des recours aux moyens des Rôles 2.

Les équipes françaises déployées à Naqoura (PM et AMET) se rendent tous les matins au Rôle 2 afin de connaître et d'échanger avec les médecins indiens. Cette proximité géographique permet de tisser des relations professionnelles essentielles à la prise en charge de tout français dans cette structure. La communication, la compréhension de la réflexion diagnostique et thérapeutique de nations culturellement différentes permettent un enrichissement mutuel mis au profit du patient. La confiance ainsi accordée permet d'optimiser la prise en charge du contingent français par un accès facilité à cette UMO.

Certaines difficultés peuvent naître de l'imbrication de deux systèmes de soutien médical, complexes par nature. Elles sont liées :

– à une conception différente de la responsabilité du soutien médical national. Dans le cadre d'une opération sous l'égide de l'ONU, le soutien médical relève d'une responsabilité qui se veut « partagée » entre les principes nationaux et la doctrine onusienne. Pour la FINUL, le soutien médical est une responsabilité multinationale puisque chaque contingent s'inscrit sous une unique opération internationale sous la seule autorité du *Force Commander*. Ce soutien est porté par le CMO. La conséquence en est une grande liberté de choix des solutions de soutien médical. L'accès à tous Rôles 1 ou 2 est libre pour tout membre de la FINUL sans distinction de nationalité. Cette conception onusienne a tendance ainsi à nier la responsabilité nationale, faisant des praticiens français des médecins de l'ONU, aux ordres du CMO. Elle tend également à limiter le pouvoir décisionnel du commandement national en matière de santé. Pour la France, le soutien médical doit demeurer une responsabilité strictement nationale, ce qui engendre le recours systématique à des moyens de soutien médical français ou reconnus par la France. Si des axes de mutualisation peuvent être envisagées pour les Rôles 2, les Rôles 1 restent armés par du personnel national et sont avant tout destinés au soutien de la composante nationale. Cette différence d'approche, entre la volonté d'une gestion centralisée du soutien santé telle qu'ordonnée par les Nations Unies d'une part, et les réticences de la France à déléguer son soutien et à placer son personnel médical sous une autorité tierce d'autre part, est à l'origine d'une ambiguïté et de relations parfois tendues, en partie liées à une méconnaissance réciproque. Cette organisation est source de difficultés pour les professionnels santé qui disposent alors de plusieurs autorités techniques et d'emploi ;

– à la présence d'un COMSANTE national français : l'organisation médicale de la FINUL ne décrit pas dans ses procédures la place d'un chef santé à compétence nationale. Ainsi le COMSANTE n'apparaît pas dans l'organigramme de l'ONU. Le COMSANTE, dont les attributions sont clairement définies dans la chaîne française tant médicale que commandement, est l'autorité de tous les Rôles 1 français. Il procède à une expertise technique, délivre les directives « santé » et représente l'administration centrale santé sur le théâtre tant en matière de conseil au commandement que pour le personnel santé projeté. Il doit, pour conforter sa place au sein du dispositif français et être un acteur de premier ordre vis-à-vis du CMO, s'attacher à faciliter les rapports et les transmissions entre le CMO et les postes médicaux français, et ainsi favoriser le dialogue pour réduire les incompréhensions réciproques. La France a fait savoir aux instances onusiennes qu'elle souhaitait armer le poste du FMO jusqu'à présent tenu par un médecin militaire indien, le COMSANTE pouvant assumer les deux fonctions. Cette proposition n'a pas été retenue pour des raisons politiques et de partage des responsabilités entre les nations contributrices ;

– à une hiérarchisation différente des Rôles 1 : l'organisation médicale de la FINUL ne crée pas de distinction hiérarchique entre les médecins-chefs des différents Rôles 1. Au sein de chaque poste médical, il existe bien une subordination du médecin-chef du PM (SMO) et les médecins-adjoints (*Deputy Medical Officer*). Mais la FINUL ne reconnaît pas la hiérarchie médicale du GTIA. À son niveau, le médecin-chef du PM 9.1 n'est pas subordonné au médecin-chef du PM 2.45. Chaque Rôle 1 est placé au même niveau de responsabilité et son médecin-chef est responsable devant le CMO ou son adjoint du fonctionnement de son unité médicale. Il est ainsi possible que le FMO donne des consignes opérationnelles directement à un médecin-adjoint du GTIA, sans respecter la chaîne hiérarchique française, car ce même médecin-adjoint est également médecin-chef d'un Rôle 1. Le rôle majeur de facilitateur du COMSANTE est ainsi confirmé pour harmoniser, coordonner et mettre en adéquation les dispositifs onusien et français ;

– à une hypercentralisation du soutien médical de l'ONU : la FINUL, étant l'unique responsable du soutien médical des soldats de la paix, considère que les rapatriements pour raisons médicales relèvent de son autorité tant financière qu'administrative. Ainsi l'ONU prend en charge le coût des déplacements et notamment le billet d'avion en cas de recours à une voie aérienne civile. Cette procédure présente les défauts d'une organisation très centralisée. Par exemple, les demandes de RAPASAN doivent suivre une filière complexe auprès de nombreux intervenants médicaux et administratifs et sont *in fine* visées à New-York. Ce processus, s'il minore les charges

financières des contingents contributeurs de la FINUL, est à l'origine d'une inertie retardant l'autorisation du rapatriement et donc sa réalisation. Ces délais souvent très longs, entre 10 et 15 jours, peuvent être préjudiciables aux blessés et malades en réduisant la célérité de prise en charge et de traitements spécialisés en Hôpital d'instruction des armées (HIA) pour le contingent français. Dans ce contexte onusien, il est difficile d'utiliser la procédure française qui présente pourtant l'avantage d'une meilleure réactivité. Cette dernière solution doit donc être réservée, sur décision du COMSANTE, aux cas médicaux semi-urgents, pour lesquels la FINUL ne peut proposer des délais d'évacuation satisfaisants.

Évacuations médicales tactiques.

Les évacuations médicales aéroportées (une dizaine par an) sont planifiées par le FMO. La régulation et la destination finale du blessé sont discutées conjointement avec lui. Les fiches médicales de prise en charge ont été harmonisées au sein de la FINUL afin que toutes les nations intervenant en primaire, secondaire ou au niveau hospitalier puissent travailler avec le même outil.

Néanmoins certaines difficultés persistent. Elles sont liées :

– au vecteur : comme tout hélicoptère :

- l'exiguïté nécessite une organisation et un drill de l'équipe en début de mandat,

-le bruit et les difficultés de communication entre membres de l'équipe médicale et l'équipage sont réels. Seul le médecin possède un casque qui lui permet d'échanger avec l'équipage. La maîtrise de l'anglais est indispensable au bon déroulement de la mission,

- la mission reste tributaire des conditions météorologiques et de la visibilité ;

– aux règles onusiennes d'utilisation du vecteur :

- un hélicoptère est systématiquement configuré en mode évacuation médicale. En cas de départ, un second hélicoptère est disponible et l'équipage se doit alors de modifier sa configuration « multitask » en version sanitaire en 30 minutes. Cependant, la disponibilité de ce deuxième vecteur reste aléatoire,

- les zones de poser des hélicoptères sont particulièrement réglementées : certaines ne sont accessibles que de jour, d'autres jour et nuit et d'autres nécessitent une reconnaissance préalable. Aucun poser sur zone improvisée n'est possible, pour des raisons de sécurité. Le principal inconvénient est donc la non accessibilité directe du *point of injury* en cas d'accident. Ces contraintes allongent le délai de prise en charge et réduisent *de facto* la possibilité d'interventions primaires. En effet, tout accident sur la voie publique impose une prise en charge et un transport par voie routière afin d'atteindre l'aire où stationne l'hélicoptère. Pour résoudre ce défaut, plusieurs pistes sont étudiées :

• la possibilité d'un poser sur un croisement de routes : ceci élimine alors tout risque de mines,

• la possibilité de treuiller l'équipe médicale sur le lieu de l'accident : l'hélicoptère peut techniquement disposer d'un treuil mais le personnel, équipage comme équipe médicale, doit être qualifié. De plus, le matériel doit être acheminé d'Italie. Ces différentes voies sont en cours d'étude au sein des instances onusiennes et italiennes. Dans les conditions actuelles, le vecteur aérien est utilisé en grande partie pour les évacuations primo-secondaires ou secondaires alors qu'il serait un atout essentiel pour améliorer la prise en charge du blessé grave en réduisant les délais cliniques,

- tous les hôpitaux ne disposent pas d'une zone de poser dédiée. Ainsi, le Rôle 2 de Naqoura doit se doter d'un *helipad* (en cours de construction à l'été 2010). Quant à l'accessibilité des hôpitaux civils de Saïda, la zone de poser la plus proche de l'hôpital nécessite un transfert de quinze minutes en ambulance ;

– à l'utilisation du vecteur :

- le déclenchement de l'AMET est aux ordres du FMO. Il ne peut pas être déclenché par le COMSANTE :

• le délai de déclenchement est allongé car la chaîne d'alerte est longue et fait intervenir plusieurs relais, nécessitant par ailleurs souvent une pratique et une compréhension de l'anglais à tous les maillons de cette chaîne,

• la divergence des pratiques médicales entre les différentes nations peut limiter l'utilisation de ce vecteur ;

- l'ONU dispose « en théorie » d'une deuxième équipe AMET, dont l'équipe médicale est chinoise et l'équipage espagnol. Celle-ci interviendrait dans le secteur Est de l'AO, y compris en cas d'accident impliquant le contingent français.

Ces limites ont été soulevées par les équipes médicales de Naqoura des différents mandats, ce qui a permis d'engager des discussions avec les instances onusiennes pour optimiser l'utilisation de ce vecteur au profit des forces.

Conclusion.

Le soutien médical des militaires en circonstances opérationnelles constitue le cœur et la raison d'être de tout médecin des armées. L'opération « Daman » présente plusieurs spécificités : un théâtre connu depuis plus de 30 ans et plus ou moins stabilisé, une forte hégémonie des instances onusiennes, des différences d'approche voire des divergences sur certains aspects doctrinaux français et onusiens. Dialogues, concertations et reconnaissances mutuelles, en langue anglaise, sont indispensables à tous praticiens pour évoluer dans un tel environnement international. Malgré les difficultés, c'est pourtant bien le service sous mandat de l'ONU qui constitue l'intérêt et la richesse d'une mission au Liban en 2010. Le contact avec les médecins des différents contingents mais également les moments de vie partagés avec la population, représentent une expérience irremplaçable tant au niveau professionnel que personnel. Il est en effet impossible de résumer le soutien médical d'une force par les seuls soins prodigués. L'intensité de l'engagement des professionnels de santé militaires trouve sa grandeur et sa noblesse au-delà de l'aspect purement technique de notre métier.

Cet article est dédié à l'ensemble des professionnels de santé déployés durant l'été 2010 sur le théâtre d'opération « Daman ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Résolution 1701 adoptée par le Conseil de sécurité des Nations Unies le 11 août 2006.
2. UNIFIL CASEVAC/MEDEVAC SOP.
3. UNIFIL EOD SOP – chapitre 6.
4. SOP 613 : Health care ton non UNIFIL civilians.
5. PIA 09.101 : Doctrine interarmées de l'aide médicale à la population.

INFORMATION

Afin d'assurer un suivi régulier de l'acheminement de la revue « Médecine et Armées », merci de faire parvenir à la rédaction tous changements d'adresse d'affectation.

« Médecine et Armées » M^me M. SCHERZI
1 place Alphonse Laveran 75230 Paris Cedex 05

e-mail : medarmees@hiavdg.org
Lotus : martine.scherzi@sante.defense.gouv.fr
Tél. : 01 40 51 47 44
Fax. : 01 40 51 51 76