La coopération militaire franco-allemande dans le domaine santé : bilan et perspectives

M. Oberti, S. Funke

Résumé

La coopération franco-allemande dans le domaine de la défense et de la sécurité procède de l'application des dispositions du Traité de l'Élysée de 1963. Elle possède un volet « santé » jusqu'ici extrêmement actif et s'étendant sur un large spectre du soutien médical des forces armées envisagé dans toutes ses composantes possibles. Sa réussite a rapproché les deux services de santé militaires tout en les rendant parfois complémentaires sur les théâtres d'opérations extérieures.

Mots-clés : Coopération franco-allemande. Traité de l'Élysée. Services de santé militaires. CFADS. GFACM.

Abstract
FRANCO-GERMAN MILITARY COOPERATION IN HEALTHCARE: ASSESSMENT AND PERSPECTIVES.

The French-German Cooperation for Defence and Security originates in the Elysée Treaty of 1963. This cooperation includes a medical component which has been until now of the utmost importance, spreading over a wide spectrum of medical support of the armed forces in every possible domain. Its success made both military medical services closer and sometimes even complementary, abroad in the theatres of operations.

Keywords: French-German Cooperation. Élysée Treaty. Military medical services. French-German Council for Defence and Security. French-German Group for Military Cooperation.

DOSSIER

Introduction

Année du 50e anniversaire du Traité de l'Élysée et 25e anniversaire du Conseil franco-allemand de défense et de sécurité, 2013 est l'occasion d'un bilan de la coopération franco-allemande, un processus abouti qui est extrêmement envié de par le monde par les pays longtemps ennemis héréditaires qui ont fait une paix, ou les communautés intra-étatiques divisées et en mal de réconciliation. En ce qui concerne ce travail en commun dans le domaine médical, le bilan en est considérable autant qu'unique et ses perspectives vastes et crédibles, tant les deux services sont désormais liés et complémentaires. Un rapide survol du contexte dans lequel évolue cette coopération est nécessaire avant d'en parcourir le bilan et d'en tracer quelques perspectives.

M. OBERTI, médecin en chef, praticien certifié. Officier de liaison du SSA.
S. FUNKE, chef du BCI du SanDst.
Correspondance : Colonel M. OBERTI, Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr, Rhein- Kaserne, Andernacherstrasse 100 D-56070 – Koblenz – Germany.
E-mail : Marc.Oberti.fm@bunderwehr.org

Contexte

Les structures cadres de cette coopération

Le Traité de l'Élysée, signé le 22 janvier 1963 par le président C. De Gaulle et le chancelier fédéral K. Adenauer a marqué le début d'une ère de coopération franco-allemande d'une intensité inégalée entre deux grands pays et ce, en relation étroite et nécessaire avec la construction européenne. En termes de sécurité et de défense le traité prévoyait (1) :

– la multiplication des échanges de personnel entre les armées ;

– le rapprochement des doctrines en vue d'aboutir à des conceptions communes ;

– un travail en commun dès le stade de l'élaboration des projets d'armement nécessaires.

Cette avancée politique majeure faisait suite à un échec quelques années auparavant de la Communauté européenne de défense (CED), rejetée par le parlement français.

Les dispositions du traité ont été complétées par la création en 1988 du Conseil franco-allemand de défense et de sécurité (CFADS), instance de coordination,

d'élaboration de conceptions communes et de décisions politico-militaires, se réunissant au moins deux fois par an au niveau chefs d'État et de gouvernement. Ce conseil possède un organe exécutif qui est la Commission franco-allemande de défense et de sécurité, dirigeant quatre groupes de travail : « Stratégie et désarmement », « Coopération armement », « Questions juridiques et conventionnelles » et enfin, « Coopération militaire » (GFACM), ce dernier comprenant lui-même six sous-groupes (SG) de travail : « Opérations », « Capacités », « Armée de Terre », « Armée de l'Air », « Marine » et le SG « Santé ».

S'inscrivant parfaitement dans le renforcement des liens de coopération étroits et traditionnels entre les Services de santé français et allemand ainsi que dans le cadre de la coopération développée pour le soutien médical lors d'opérations extérieures communes, ce sous-groupe a reçu pour mandat rénové en 2007 d'améliorer et d'harmoniser les capacités opérationnelles développées par les deux services dans toute l'étendue du spectre de leurs missions. Ceci est réalisé grâce à une coopération renforcée dans tous les domaines du soutien médical, à la recherche d'une toujours meilleure interopérabilité. Également, il s'agit d'harmoniser et de faire valoir des positions communes au sein des organisations internationales comme l'OTAN ou l'UE. Subordonné au GFACM, et présidé par un co-président français (Adjoint directeur central « Emploi ») et un co-président allemand (Chef de la division « Plans, conduite et réalisation du soutien médical »), le sous-groupe « Santé » est décliné en organisation interne jusqu'ici, en cinq groupes binationaux d'experts désignés par les nations (2, 3) :

– « Opérations extérieures » ;
– « Coopération hospitalière » ;
– « Technique et recherche médicale » ;
– « Équipement et produits de santé » ;
– « Ressources humaines et formation », auxquels se joint en règle un groupe « Ad hoc » de sujet d'actualité.

Chaque service dispose d'un officier inséré en direction centrale (« Commandement du Service de santé » pour la Bundeswehr), administrativement et organiquement dit « d'échange », fonctionnellement et dans l'esprit des accords dit de « de liaison » (4). Les missions principales de l'OLSSA Fra (double subordination SSA et EMA, via le général attaché de défense (AD) à Berlin) sont les suivantes :

– coordonner les actions de la coopération franco-allemande dans le domaine « santé » ;
– organiser et maintenir des échanges d'information entre les deux services en matière de soutien médical opérationnel, planification des moyens, équipement, formation, préparation opérationnelle et retour d'expérience (RETEX), structures de commandement, notamment ;
– constituer une interface disponible et réactive à toute demande d'information ou de mise en contact de la part des acteurs des deux forces armées ;
– entretenir un lien étroit et actif de travail en commun et de synergie avec son homologue allemand, OLSSA Deu, en DCSSA ;
– promouvoir et dynamiser l'ensemble des domaines de coopération médicale, en soutien des travaux du GFACM, au sein du sous-groupe « santé » ;
– coordonner éventuellement les mesures d'appui et de soutien des deux services en cas de catastrophe naturelle ou technologique ;
– apporter son soutien au « Commandement du Service de santé » de la Bundeswehr en termes de travail en état-major concernant les relations bilatérales, voire multinationales ;
– s'assurer de la bonne préparation et organisation logistique des visites de délégations du SSA en Allemagne et, si nécessaire, de participer à leur accueil ;
– assurer et diffuser une connaissance actualisée des évolutions du SSA allemand et de leur calendrier ;
– assurer une diffusion interne et externe de l'information des problématiques « santé » ;
– participer à l'orientation et à l'animation des travaux en cours avec l'Agence européenne de défense (AED), l'UE et les développements de l'EATC Eindhoven ainsi que du concept de « *Pooling and Sharing* », l'OTAN via le COMED et le concept de *Smart Defence* ;
– se déplacer dans les centres et établissements du service de santé de la Bundeswehr d'intérêt particulier, pour en acquérir la connaissance ;
– s'intégrer et participer aux actions de la mission militaire et du réseau des officiers français en Allemagne ;
– représenter les intérêts nationaux français auprès du commandement santé allemand et rendre compte à la chaîne nationale de tout événement d'importance pour les relations bilatérales.

Son action, comme celle de tout Officier de liaison interarmées (OLIA), doit avant tout être guidée par la pro-activité, la capacité à faire émerger les sujets d'intérêt commun, à créer des réseaux d'influence en externe et, en interne, à maintenir au meilleur niveau sa connaissance des évolutions de son propre Service de santé, des équipes en place et des bonnes relations qu'il entretient avec elles.

Les réformes récentes des services de santé français et allemand

Service de santé des armées (SSA, FRA)

Au niveau central, deux évolutions distinctes entre le SSA allemand et le SSA français peuvent être mises en parallèle. Pour ce qui concerne le SSA allemand, le positionnement, en tant que « composante » (à l'identique des armées de Terre, Air, Mer et Logistique) a évolué de niveau ministériel vers celui du CEMA

En ce qui concerne le SSA français, l'intégration d'une partie de la DCSSA (et de son EMO Santé) sur le site de Balard, le positionne au niveau du ministère et des différents états-majors.

Au niveau territorial cette fois, 55 Centres médicaux des armées (CMA) en métropole et leurs Antennes (AMA) se sont progressivement mis en place au sein des nouvelles Bases de défense (BdD). Cette mutation du Service n'est pas encore arrivée à son terme à l'heure actuelle.

Sanitätsdienst der Bundeswehr (SanDstBw) : centralisation dans une composante santé autonome (2002), puis rationalisation (Transformation 2011-2014)

Le *Sanitätsdienst der Bundeswehr* s'est imposé une réorganisation en profondeur depuis 2002 après une remise en cause interne au cours des années 1990, suite au changement de portage effectué à cette époque par la *Bw* d'une armée de guerre froide vers une armée d'intervention extérieure (5). La capacité à s'engager en Opération extérieure (OPEX) a en effet, comme ailleurs, constitué pour le *SanDstBw* le facteur dimensionnant de sa nouvelle structure. Il a interprété ce qu'il considère être la suite logique de ce qui précède en un mot d'ordre (« *die Maxime* ») : «…offrir aux militaires de la Bw en OPEX, avec obligation de résultat, la même qualité de soins médicaux à laquelle pourrait prétendre un citoyen civil sur le territoire de la République fédérale… » Il faut à cet égard bien prendre toute la mesure de cette ambition en termes, notamment, d'exigences de compétence du personnel, de matériel et de délais d'évacuation médicale à respecter. Son caractère contractuel assumé est frappant, là où d'autres nations ne s'obligent prudemment qu'à des soins « les plus proches *possibles* de ceux du temps de paix ». Cette prise en charge de haut niveau à laquelle s'astreint le *SanDst* ne se limite pas au théâtre des opérations mais s'étend également à la prise en charge exhaustive et dans la durée au retour des OPEX, de ses malades et blessés tant somatiques (réparation, chirurgie plastique, rééducation…) que psychiques (états de stress post-traumatique/PTSD). Ce dernier domaine constituant sans aucun doute un défi à lui seul pour les deux services de santé militaires pour les années, aussi bien que décennies sans doute, à venir.

C'est en 2002 que le personnel et les moyens ont été interarmisés et réunis dans la *Bw* au sein du « *Zentraler Sanitätsdienst* » (Service de santé centralisé). Le principe en est la concentration de tous les moyens santé dans une composante exerçant la gestion et la formation de ses troupes, sous le commandement (sous la *direction*, en France) militaire et technique de l'« *Inspekteur* » (grade de Médecin général des armées) qui est le responsable du soutien médical de toutes les forces armées de la Bw vis-à-vis du CEMA allemand (*General Inspekteur*).

Dans le cadre de la mise en œuvre de la « ré-orientation » (*Neuausrichtung*) de la Bundeswehr (6, 7) suite à l'arrêté du ministère fédéral de la Défense (BMVg) dit de Dresde (8), ont été instaurés les commandements de composantes, remplaçant les ex-états-majors d'armées. Parmi ces commandements, celui du service de santé (*Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr*) est désormais, en grande partie, installé à Coblence. Les anciens État-major ministériel (FüSan, Bonn), de commandement opérationnel santé (SanFü, Coblence) et Office médical (SanAmt, Munich) du service de santé ont en effet fusionné en ce Commandement du service de santé de la Bw, (fig. 1) qui engerbera désormais : les cinq hôpitaux (Coblence, Ulm, Hambourg, Berlin et Westerstede), l'académie du service avec les instituts

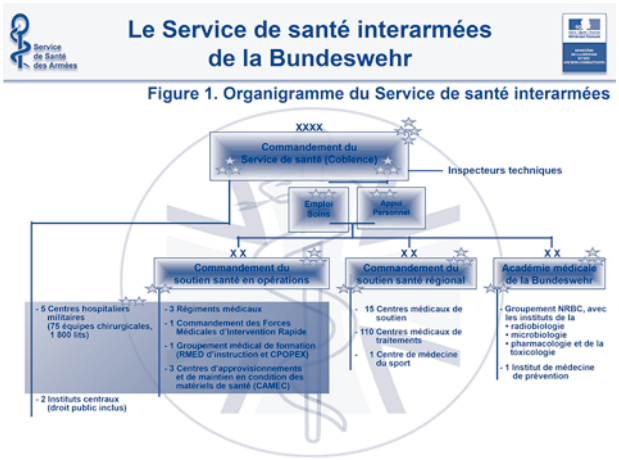


Figure 1. Organigramme du Service de santé interarmées.

spécialisés et de recherche (Munich), et bientôt les deux Commandements de soutien capacitaires spécialisés (métropole et OPEX) respectivement de Diez et Weißenfels, qui remplaceront à court terme et en deux temps, les quatre ex - « directions » régionales (Kiel, Bogen, Diez et Weißenfels). Le soutien médical organique des forces sur le territoire national sera rationalisé et optimisé de quelques 216 diverses unités santé de proximité en 110 antennes médicales robustes (*SanitätsVersorgungsZentren*) et 15 équivalents de « gros » CMA (*SanitätsUnterstützungsZentren*). Quant aux régiments médicaux ils seront encore cinq, dont : un d'instruction (Feldkirchen), un au sein du KSES à Leer (Commandement des forces projetables santé) et trois répartis à Rennerod – Coblence, Berlin – Weißenfels et Dornstadt – Ulm (fig. 2).

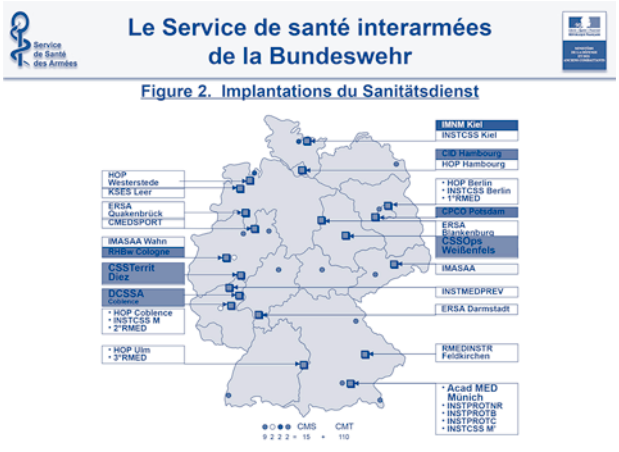


Figure 2. Implantations du Sanitätsdienst.

Ce nouvel état-major de niveau stratégique, à Coblence depuis le 1er octobre 2012 (*Kdo SanDstBw*), (fig. 3) verra ses effectifs rapidement monter à 600 pax (dont 120 civils) tandis que le SanDstBw dans son ensemble descendra lui, de 18 500 à environ 14 500 *militaires*.

Parmi les défis auxquels le *Sanitätsdienst* doit faire face, on relève l'adaptation au nouvel éventail d'intervention des forces, qui entraîne un élargissement du spectre des compétences nécessaires. Ces compétences s'étendent de la prévention à la rééducation (*Rehabilitation*), en passant par le traitement curatif. C'est ainsi que de nouvelles spécialités de prédilection sont apparues dans le *SanDst* telles que : la médecine préventive, l'épidémiologie ou encore la médecine tropicale. Cette dernière, notamment, a beaucoup gagné en importance et en investissement de tous ordres par rapport à une période quinze ans en arrière.

Bilan

La participation accrue à des OPEX (OTAN, UE) par la *Bw* n'a rendu que plus indispensable la coopération avec les autres nations en matière médicale. Depuis le début des années 1990 et le conflit dans les Balkans, cette coopération a pris de l'ampleur avec dans l'ordre, la France, les Pays-Bas, la Norvège, l'Autriche, la Suisse et la Hongrie. La condition en est le partage d'une même conception du champ d'application et de la qualité des soins médicaux nécessaires. Avec la France, le *SanDst* peut se prévaloir d'une communauté de vue doctrinale, d'un début de standardisation des matériels et des produits pharmaceutiques ainsi que d'une organisation comparable par bien des aspects. En fait, il existe désormais une certaine synergie d'emploi des deux services sur les théâtres communs (Afghanistan, Kosovo,…) et l'on travaille à une plus grande complémentarité, permettant des mutualisations des missions, synonymes de meilleure efficience et d'économie des forces. De surcroît, la coopération avec la France ne se limite pas aux OPEX, vitrines obligatoires certes, mais devrait bientôt de plus en plus concerner la formation des jeunes praticiens (échanges), la recherche scientifique et l'entraînement des unités et des équipes médicales (régiments/bataillons médicaux et antennes/équipes chirurgicales.)

Les résultats de coopérations s'apprécient par domaine dans les différents groupes d'experts du SG « Santé » du GFACM (fig. 4) (9).

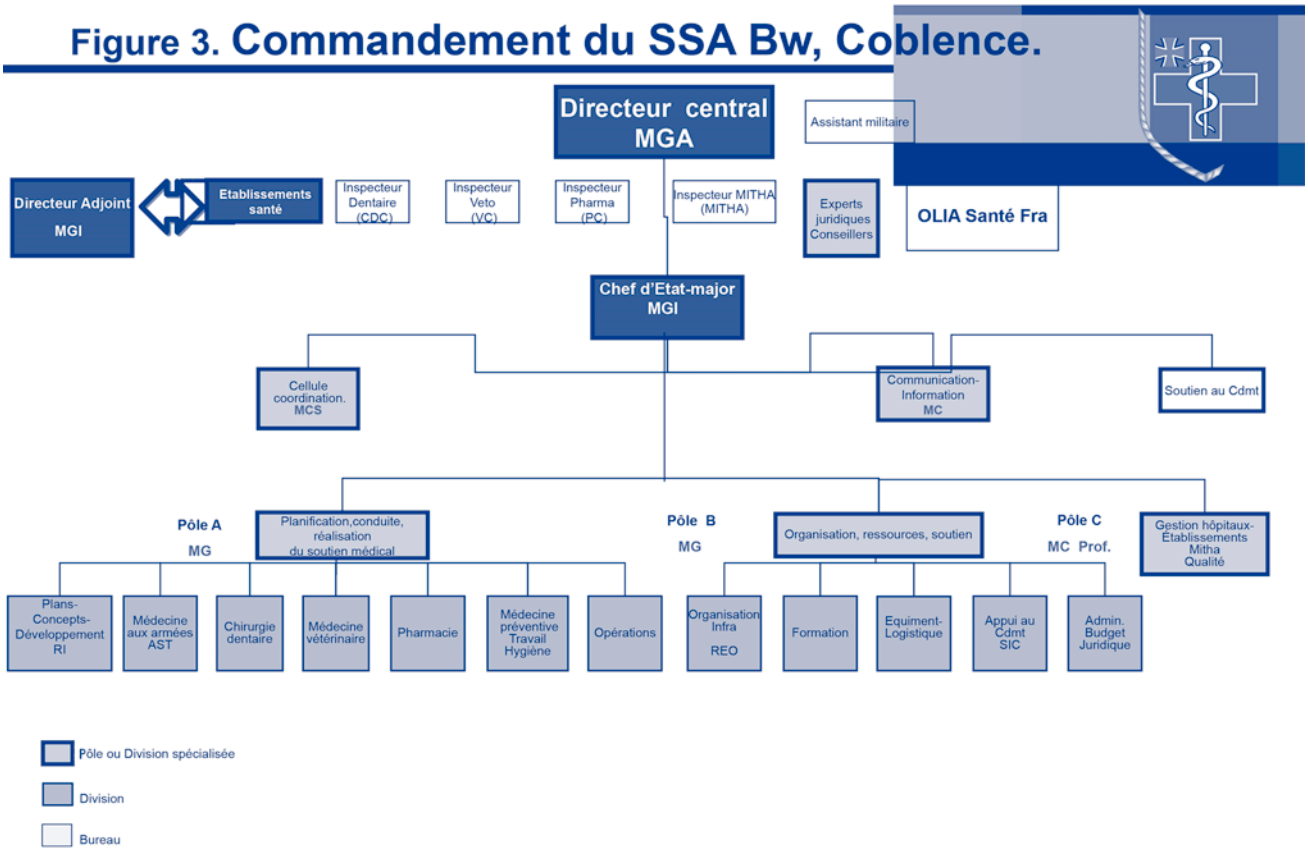


Figure 3. Commandement du SSA Bw, Coblence.



Figure 4. Réunion pléniaire du SG santé du GFACM sur e PAN à Toulon, 2010.

Groupes d'experts

« Opérations extérieures »

Pour l'opération KFOR (Kosovo), un élément de liaison français (Infirmier) est affecté au sein de l'hôpital allemand de *Role 2* E (Enhanced) de Prizren. Le médecin de poste médical de Novo Selo soutient également le contingent allemand localement. À Djibouti, un nouvel arrangement technique de coopération sur place est actuellement en cours de rédaction. Tandis que le contingent allemand (équipage de frégate) utilise l'hôpital français de Bouffard, il met à disposition dans son enceinte un caisson hyperbare mobile. En Afghanistan, les équipes chirurgicales qui avaient renforcé l'HMC (*Role 3*) sur l'aéroport de KAIA avaient été retirées depuis décembre 2010. Depuis mi-2012, un neurochirurgien se trouve à nouveau conjoncturellement en renfort au sein de l'hôpital en 2012, à la demande de la France. L'intégration de modules médicaux de l'une ou l'autre nation dans les Unités médicales opérationnelles (UMO) du partenaire s'est révélée jusqu'alors tout à fait efficiente, même si pour l'instant elle n'est plus systématiquement pratiquée pour la force internationale d'assistance à la sécurité en Afghanistan (FIAS). Les opportunités de partenariat au cours d'opérations de l'UE, notamment en Afrique, demeurent élevées en fonction de la situation internationale.

« Équipements, matériels de santé »

Après des années de préparation et de négociations, une coopération très significative concernant la nouvelle seringue bi-compartimentée auto-injectable d'antidotes chimiques (atropine, avizafone, HI6 DMS), dont la nouvelle oxime (HI6) remplaçant la pralidoxime, a été menée formellement à son terme, à savoir la signature du document conjoint de procédure (contrat) par les deux directeurs. Cette coopération porte sur le partage des résultats de la recherche menée en France ainsi que sur la livraison à terme de ce dispositif au SSA allemand. Les parts dans le projet s'établissent selon la clé de répartition suivante : France 70 %, Allemagne 30 %, cette dernière finançant le projet intégré en cours à hauteur de 50 %, soit un peu plus de 2 M d'Euros sur trois ans (2012-2014).

Toujours dans le même domaine, le SSA allemand a également souhaité profiter de la longue expérience de la pharmacie centrale des armées (PCA) à Orléans dans la confection délicate (hygroscopie) des comprimés de pyridostigmine, préventifs des intoxications chimiques

de guerre par neurotoxiques, en se faisant livrer fin 2012 sur étagère un important stock équivalent à 10 000 traitements d'un mois.

« Coopération hospitalière »

En ce qui concerne la neurochirurgie, la chirurgie générale et de l'urgence, ainsi que la chirurgie maxillo-faciale et encore l'anesthésie-réanimation, des échanges de personnel pour des périodes de quelques mois dans les hôpitaux d'infrastructure ont été effectués et se poursuivent avec succès. Il s'agit notamment de partenariats (jumelages) entre les HIA Percy et BwKrhs Ulm (depuis 2008), HIA Laveran et BwKrhs Hambourg (depuis 2010). Le jumelage le plus ancien, entre l'HIA Val-de-Grâce et le BwKrhs Coblence (depuis 1990), devrait être revitalisé en 2013 par des échanges repensés : des séjours plus courts mais plus fréquents et concernant toutes les catégories de praticiens autant que de personnel santé.

« Formation, ressources humaines »

Dans ce domaine, les deux services pêchent sans surprise par leurs lacunes en matière de connaissance linguistique, non pas de l'anglais, certes de plus en plus répandu parmi les plus jeunes générations et toujours utilisable, mais de la langue du voisin. En effet, au vu du niveau d'ambition de cette coopération bilatérale et singulière entre nos deux pays, il devient impossible de se contenter d'une *lingua franca* et urgent d'initier et de diriger un programme planifié d'apprentissage de l'allemand pour les français et bien sûr inversement pour nos camarades allemands. Ceci devrait naturellement inclure la langue médicale tant la prise en charge directe de patients est un challenge ainsi que le véritable aboutissement d'une interopérabilité bien comprise.

Tandis que le SSA français a consenti à deux reprises, en 1995 puis 2008, au détachement pendant deux ans d'un praticien médecin comme stagiaire au Cours supérieur d'état-major et à l'École de guerre allemande (*Führungsakademie der Bundeswehr, Hambourg*) la participation d'un camarade allemand, comme stagiaire à Paris cette fois, n'a pas encore été décidée.

Pour le secteur de la formation médicale, un étudiant militaire français de DCEM 1 (3e année), est envoyé chaque année en échange à la faculté de Leipzig dans le cadre d'un projet ERASMUS. Un développement de la coopération dans ce secteur n'est qu'un exemple de possibilités du développement de la coopération dans le secteur de la formation.

Enfin, les possibilités de la préparation commune aux OPEX ne sont pas, et de très loin, encore épuisées. Dans ce secteur, des effets synergiques potentiels ont été identifiés, notamment entre les centres spécialisés français (EVDG/CeFOS La Valbonne) et allemand (ZEUS, Feldkirchen).

« Technique et recherche médicales »

Un projet commun touchant au diagnostic moléculaire des vecteurs de pathologies infectieuses devrait débuter entre les hôpitaux de Marseille et Hambourg, après de derniers contrôles au niveau français. La coopération technique pour la protection contre les agressifs chimique est également examinée avec la répartition suivante possible : expérimentation sur les gros animaux en France, modèle et analyse in vitro en RFA. Dans le domaine de la protection médicale bactériologique, des relations suivies existent mais qui doivent être revitalisées.

Groupe de travail « Ad-hoc »

Il héberge tout projet débordant les limites de groupes ou en englobant plusieurs, et est disponible pour contribuer à toute avancée significative ou toute percée inattendue dans la coopération, en matière de mutualisation poussée de capacités, voire de fusion/mise en commun de structures d'emploi ou de commandement, par exemple.

Enfin, en marge du caractère strictement bilatéral de cette coopération, il est permis de mentionner les échanges intenses et le travail en commun au sein du DHSC (Deployment Health Surveillance Capability) de Munich, sous la tutelle formelle du Centre d'excellence (MilMedCoE) de l'OTAN sis à Budapest.

Perspectives

À court et moyen termes (Identification de projets futurs dans le cadre d'une coopération intensifiée)

« Opérations extérieures »

La capacité « FORWARD AIRMEDEVAC » (Évacuations médicales aériennes primaires) a été mise en avant à Potsdam en 2011, sous la forme d'un projet de « *Pooling* » (mise en commun) sur la base de l'hélicoptère moyen Caïman (NH 90) en raison du gain capacitaire attendu et de son importance stratégique. La capacité en question avait été décrite comme un module réduit non sécable, car à ce niveau un mélange du personnel ou du matériel ne serait pas pertinent, mais une équipe médicale embarquée dans un vecteur de l'autre nation n'est plus exclue (10). L'objectif à atteindre serait ainsi d'assurer la couverture commune et ininterrompue d'un théâtre opérationnel au moyen des vecteurs médicalisés des deux nations.

Pour l'utilisation conjointe cette fois des capacités « TAC AIRMEDEVAC » (Évacuation médicales aériennes secondaires intra-théâtre) et STRAT AE (Évacuation médicales aériennes inter-théâtre), (fig. 5)



Figure 5. A310 DEU et KC 135 FRA de STRAT AE côte à côte à Avord, 2012.

les possibilités de « *Sharing* » (partage) ont été passées au crible. Du fait de la taille critique atteinte par ces plus gros systèmes d'arme, il s'avère dans ce cas possible de combiner appareils médicaux aussi bien qu'équipements. Pour le lancement d'un tel projet ont été pris en considération les critères suivants : importance stratégique, flexibilité, ainsi que les économies potentiellement réalisables. Malgré tout, une coordination entre les armées de l'air des deux pays est indispensable car il s'agirait là d'une combinaison de capacités du Service de santé et d'une armée de l'Air. L'ensemble devrait être au final catalysé par le Commandement européen du transport aérien militaire à Eindhoven (EATC). Par ailleurs, pour ce qui touche à ce partage de capacités dans le transport aérien tactique et stratégique des blessés a aussi été évoquée l'obligation d'élargissement des certifications techniques aéronautiques, ainsi que la réponse à apporter à certaines questions bloquantes comme, par exemple, la réalisation des enquêtes en cas d'accident impliquant des personnels d'une nation à bord d'un appareil de l'autre nation.

« Équipements, matériels de santé »

Les champs suivants ont été identifiés :

– développement commun urgent d'une solution d'HI 6- DMS (Di-méthyl sulfate) en soluté de perfusion intraveineuse pour la poursuite de la prise en charge des intoxiqués par neurotoxiques organophosphorés, grâce à cette nouvelle oxime développée ;

– standardisation des équipements pour évacuation médicales aériennes avec vecteurs futurs (A400M, A330 MRTT,...), mais des choix économiques et budgétaires seront à faire ;

– standardisation des dotations pour les OPEX : instruments des différentes spécialités médicales ou dentaire, équipements médicaux pour les transports médicalisés par hélicoptère ou routiers, priorité devant être donnée à la Médicalisation de l'avant (*Damage Control Ressuscitation*) et aux FW MEDEVAC (10) ;

– coopération dans la production galénique de comprimés de pyridostigmine (prévention orale des intoxications par neurotoxiques organophosphorés de guerre) Les pharmaciens allemands souhaiteraient aussi à l'avenir être en mesure de les fabriquer par eux-mêmes ;

– maintien en condition en commun des matériels santé.

Dans l'optique de la standardisation des matériels santé, il est licite de se référer aux excellents résultats déjà acquis dans le cadre de la standardisation de l'instrumentation chirurgicale. Il est admis de manière consensuelle que de tels projets augmentent l'interopérabilité entre soutien santé français et allemand de manière très sensible.

« Coopération hospitalière »

Les champs retenus réalistes sont les suivants :

– renforcement de la coopération en OPEX par l'insertion d'équipes spécialisées au sein des unités médicales opérationnelles (UMO) ;

– échanges de spécialistes et/ou d'équipes cliniques en préparation d'une OPEX sur la base des partenariats actuels ;

– échanges d'infirmiers spécialisés entre hôpitaux militaires ;

– dotations en matériels communes pour les OPEX ;

– soutien médical par téléassistance en OPEX basé sur le projet « T4MOD » de l'ASE (Agence spatiale européenne), à plus long terme.

L'échange de personnel soignant a été jugé réalisable tant qu'il est possible de s'appuyer sur des réglementations européennes pour une reconnaissance mutuelle d'accréditation.

« Formation, ressources humaines »

Dans ce domaine, parmi au total 14 items potentiels de coopération selon le critère du développement capacitaire conjoint on relève :

– une formation linguistique réciproque dans chaque langue – en particulier pour les personnels directement en contact des patients et pour les personnels clé ;

– une formation linguistique commune à l'anglais médical (condition préalable indispensable aux autres champs de coopération) ;

– une harmonisation, une mise en commun ainsi que le développement d'une formation universitaire et non universitaire initiale et continue. Le système fédéral allemand des nombreuses et indépendantes chambres ordinales des « Länder » étant clairement identifié comme un défi par rapport au système centralisé français. À cet égard, la nomination d'un interlocuteur central côté allemand pourrait constituer un élément facilitateur et de coordination (9) ;

– une harmonisation, une mise en commun ainsi que le développement d'une préparation santé aux OPEX, axe d'effort à intensifier, confirmé à Paris en 2012.

« Technique et recherche médicales »

Les domaines reconnus éligibles à une coopération future sont : les structures de recherche, la médecine et santé publique tropicales, la recherche sur les névroses post-traumatiques et la protection médicale N-RBC. Des limitations sont toutefois notées, concernant le nécessaire maintien d'une flexibilité nationale. L'examen de chaque domaine de coopération potentielle conduit à la certitude que l'utilisation de capacités de recherche communes, doit faire l'objet de la recommandation que cette recherche en commun satisfasse à des critères de complémentarité, et donc d'échange mutuel des résultats. La mise en commun de capacités d'infrastructure de recherche fondamentale ou appliquée n'est plus considérée comme une plus-value (10). Les opportunités dans les domaines de l'ergonomie, de la médecine du travail, des médecines navale et aéronautique seront étudiées à moyen terme.

Groupe de travail « Ad-hoc »

Une unité santé opérationnelle organique franco-allemande, du niveau bataillonnaire, avec un élément de commandement commun et des UMO complètes projetables des deux services, intégrée et localisée dans une unité santé du niveau régimentaire (Lyon – La Valbonne), un temps évoqué, est désormais considérée

par les deux parties comme prématurée *en l'état actuel*. Mais le concept de la même unité, remanié, envisagé de façon purement fonctionnelle, modulaire et flexible, « ad hoc » en somme, peut être conservé en tant que vision à terme (2015-2017) pour un projet hautement symbolique et structurant (10). Cette *Medical Task Force* (MTF) franco-allemande sera testée dans sa faisabilité par un exercice santé servant de démonstrateur (Blueprint/Blaupause) organisé fin 2013, en Allemagne. L'option de devenir de part et d'autre « Role Specialist Nation » (Medical) pour l'OTAN ou l'UE, en mesure d'agréger d'autres nations européennes après une entrée en premier (IEF) en bilatéral sur un théâtre, constituera l'autre but en parallèle de cet exercice, annoncé à l'occasion du 50e anniversaire du traité de l'Élysée en janvier 2013 (11).

À long terme

Tant l'évolution rapide des missions des armées occidentales (retraits des théâtres d'opérations extérieures, parutions prochaines de nouveaux Livres blancs sur la défense et la sécurité ou équivalents,…) que la dégradation incontestable de la situation économique en Europe (réductions des budgets militaires) rendent la prospective malaisée et incertaine (12). Malgré tout, des tendances « fortes » de coopération renforcée franco-allemande existent et, in fine, le rationnement inéluctable, ou ce qui en tiendra lieu, des moyens de part et d'autre conduira peut-être, *nolens volens*, à des intégrations forcées faisant sens.

Conclusion

À l'aune d'une indubitable communauté de destin qui lie nos deux nations en Europe (*« …en vue de donner effet à notre communauté de destin… »*) la coopération franco-allemande des deux services de santé militaires est à bien des égards exemplaire, tant par son ancienneté et sa profondeur que par les perspectives qui s'en dégagent. Longtemps pionniers dans ce domaine vis-à-vis des autres armées/composantes, ces deux services se doivent d'y rester en première ligne en demeurant des forces de proposition qui dépassent ou subliment les inerties, les rigidités administratives aussi bien qu'un « désintérêt poli », pour paraphraser un président fédéral s'exprimant, lui, il y a quelques années sur les relations population allemande/Bundeswehr. À cette condition seulement, cette association deviendra le (bi) moteur d'un futur Service de santé militaire de *facto* « européen », que cela soit au sein de l'UE ou de l'OTAN.

Remerciements : les auteurs remercient Oberstarzt Dr, N. von Rosenstiel, OLSSA DEU, DCSSA.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Chronologie 1963-2003, Conseil franco-allemand de défense et de sécurité, 2003, page 3.
2. Mandat du sous-groupe de travail « Santé » du GFACM, major Général des Armées/Stellvertreter GI Bw, 04.05.2007.
3. Sous-groupe de travail « Santé » du GFACM, mandat des groupes d'experts, SSA/ZSanDst, 31 mai 2007.
4. Arrangement technique entre le ministre de la défense de la république française et celui de la république fédérale d'Allemagne concernant l'échange d'officiers entre les deux ministères de la défense n°874 du 22 septembre 1992.
5. Sechs Jahre Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr. Erfolgsgeschichte-Aktueller Sachstand-Ziele, 15 décembre 2008, portail www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de.
6. Neuausrichtung des Sanitätsdienstes. Bonn/Berlin, 27 octobre 2011, Generaloberstabsarzt Ingo Patschke. Portail www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de.
7. Neuausrichtung der Bundeswehr. BMVg, mars 2012.
8. Dresdner Erlaß : Grundsätze für die Spitzengliederung, Unterstellungsverhältnisse und Führungsorganisation im Bundesministerium der Verteidigung der Bundeswehr. Dresde, 21 mars 2012.
9. Compte rendu de la session plénière du sous-groupe santé du groupe franco-allemande de coopération militaire. Potsdam, 10-14 octobre 2011.
10. Compte rendu de la session plénière du sous-groupe santé du groupe franco-allemande de coopération militaire. Paris, 10 décembre 2012.
11. Lettre de Berlin n°113/ALL/AD du 28.01.2013 : Festivités du 50e anniversaire du traité de l'Élysée.
12. Rapport pour le président de la république française sur les conséquences du retour de la France dans le commandement intégré de l'OTAN, sur l'avenir de la relation transatlantique et les perspectives de l'Europe de la défense. Hubert Védrine, 14 novembre 2012.