Le concept de déployabilité des états-majors opérationnels de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN)

M. Groud

Résumé

Dans le cadre de sa réorganisation, l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) a choisi de réduire de trois à deux le nombre de ses états-majors opérationnels (*joint force command*). Ces deux *Joint Force Command* (JFC) de Naples (Italie) et de Brunssum (Pays-Bas) voient leurs effectifs croître et deviennent déployables comme structures de commandement d'opérations type *NATO response force* (NRF). Nous présenterons ici ce concept de déployabilité et ses implications notamment pour la branche médicale.

Mots-clés : Deployabilité. Médical. Opérations. OTAN.

Abstract
THE DEPLOYABILITY CONCEPT OF JOINT FORCE COMMAND.

Within its reorganization, NATO has decided to decrease the number of its joint force commands from three to two. The joint forces of Naples and Brunssum are given a bigger manpower and become deployable in order to command and control missions within *NATO response force* (NRF). In this article, we will describe the concept of deployability and its consequences on healthcare.

Keywords: Deployability. Medical. NATO. Operations.

Introduction

À ce jour, la planification opérationnelle au sein de l'OTAN reposait sur trois états-majors : Naples, Brunssum et Lisbonne. Dans le cadre de la restructuration des commandements opérationnels de l'Alliance, une réorganisation des JFC est réalisée qui se traduit, notamment, par la dissolution du *Joint Command* (JC) de Lisbonne et une dimension nouvelle conférée aux JFC restants (Naples et Brunssum) en vue de les doter d'une capacité de déploiement pour conduire *in situ* de futures opérations type *International Security Assitance Force* (ISAF) ou *Unified Protector*. Le JC Lisbonne, lors de sa dernière année d'existence a mené un exercice (STEADFAST JOIST 12) au cours duquel il s'est projeté au *Joint Warfare Center* (JWC) en Norvège dans le but d'évaluer ce concept. Le propos de cet article est de résumer les remarques issues de cet exercice dans le domaine du soutien médical.

M. GROUD, médecin en chef, praticien certifié.
Correspondance : Médecin en chef M. GROUD, French national liaison representative, Supreme Allied Command Transformation (SACT), 7857, Blandy road, suite 100 – NORFOLK VA 23551-2490.
E-mail : Michel.Groud@act.nato.int

La *NATO Response Force* (NRF)

Comme son nom l'indique, il s'agit pour l'alliance de projeter une force de 20 000 à 30 000 hommes appelée « *Deployed joint task force* » (DJTF), en réponse à une crise dans un délai variable selon l'urgence. Actuellement, il s'agit du « cœur de métier » de l'Alliance atlantique. Dans ce cadre, les états-majors opérationnels (*Joint Force Head Quarters* - JFHQ) de Naples ou Brunssum sont chargés de planifier, commander et contrôler ce déploiement depuis l'Europe puis sur le théâtre en projetant tout ou partie de leur effectif.

LES JFHQ

La figure 1 montre l'organisation et les effectifs d'un « *Joint Force Head Quarters* » (JFHQ) en temps de paix. On relève le double positionnement du médecin conseiller (*MEDical ADvisor* - MEDAD). En effet, il œuvre au sein du *special staff* en tant que conseiller direct du *commander* ainsi qu'à la tête du *Joint Medical* (JMed). Celui-ci, composé de neuf personnels, relève de la branche soutien et est indépendant du J4 logistique, ce qui semble clarifier une situation sujette à polémique.

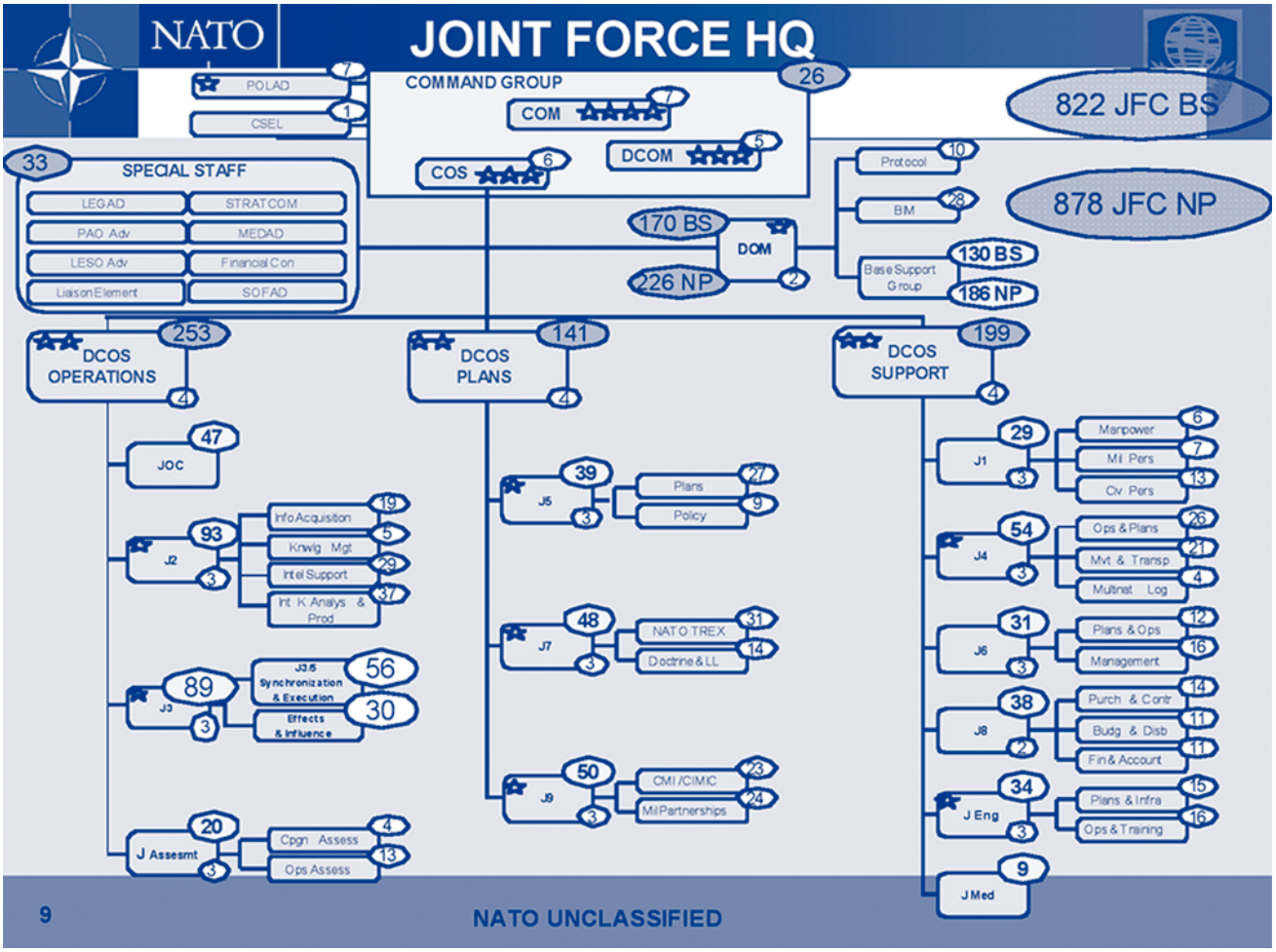


Figure 1. Nouvel organigramme des Joint Force Head Quarters (JFHQ).

Le concept de déployabilité

L'état-major susceptible d'être projeté à la tête de la DJTF est estimé entre 500 et 800 personnels, soit une ponction de 60 % au moins de l'effectif du JFHQ. Ce déploiement accompagne celui de la force avec une montée en puissance progressive autorisant une pleine capacité de commandement et contrôle de 30 à 40 jours du déclenchement de l'opération (fig. 2, 3). L'*Operational Liaison Reconnaissance Team* (OLRT) ou équipe de liaison et reconnaissance est la première présence effective sur le théâtre d'opérations. Elle est, en effet, projetée dès le déclenchement initial et son rôle est d'établir les contacts sur place, de renseigner les différents « J », de fournir à la cellule de planification (*Joint Operational Planning Group* – JOPG) les informations nécessaires à l'élaboration du concept d'opération (CONOPS) puis du plan de l'opération (OPLAN). Composée d'une quinzaine de personnels, cette équipe doit être autonome et a donc besoin d'un soutien médical. Parallèlement, le renseignement médical est indispensable à la planification du soutien de l'opération. Dans ces conditions, il semble qu'un médecin en charge du renseignement médical ne soit pas en mesure d'assurer seul cette fonction. Quelle peut alors être la composition de cette équipe (effectif, présence ou non de médecin…) ?

Le *forward coordination element* (FCE) est le premier embryon d'état-major envoyé sur le théâtre. Constitué d'un effectif de 40 personnels environ pour une durée de déploiement estimée à 15 jours, son rôle est d'établir les contacts avec les autorités locales et de poursuivre l'évaluation de la situation afin d'alimenter la cellule de planification basée en métropole à ce jour. Une équipe médicale restreinte rend compte des problèmes sanitaires des populations locales, affine les informations épidémiologiques, fait remonter les éléments utiles à la planification du soutien santé de la force et aux actions civilo-militaires à caractère médical.

L'élément de coordination initiale (*Initial Coordination* Element – ICE) constitue l'étape suivante et est un état-major doté d'un effectif de 50 à 500 personnels, en mesure d'assurer le commandement et contrôle du début de l'opération. L'officier général commandant la *task force* en assure le commandement et s'appuie sur la présence du médecin conseiller qui rejoint, avec le *special staff*, le théâtre lors de cette étape. Au terme de cette montée en puissance progressive, l'ICE sera complété pour constituer le DJHQ qui planifiera et

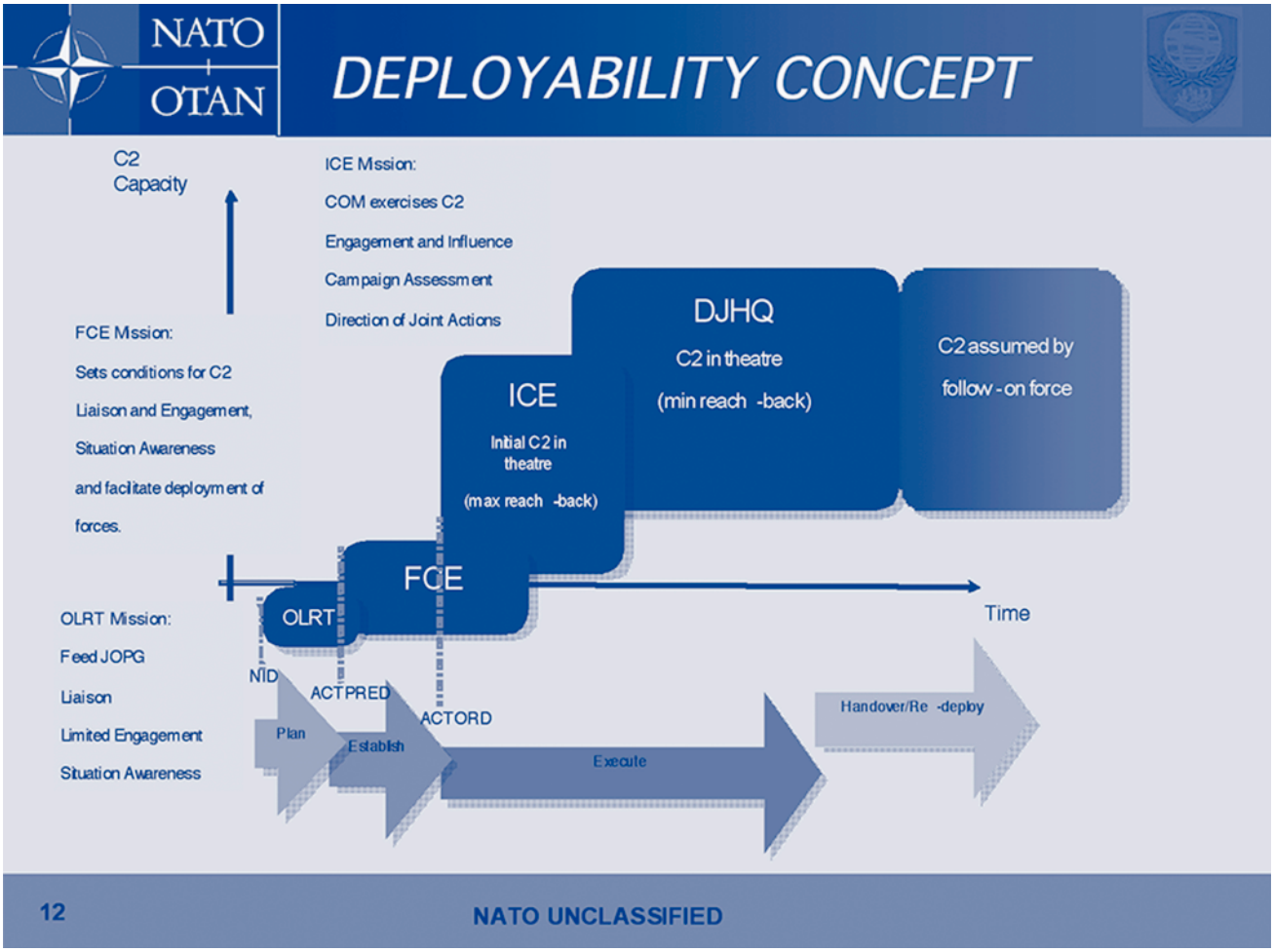


Figure 2. Montée en puissance progressive.

conduira la mission pour une durée d'une année. Le volume du DJHQ final peut atteindre les 800 hommes avec des renforts extérieurs.

Des durées de principe ont été envisagées pour chacune de ces étapes, elles sont réévaluées lors de la planification et de la conduite en fonction des données de la mission et des renseignements qui remontent du théâtre. Les délais de mise en œuvre opérationnelle (*full operational capability*) de ces déploiements précurseurs sont rappelés figure 3.

Le *joint medical* et la place du *medical advisor*

Le médecin conseiller de l'état-major, membre du *special staff*, est déployé avec le *general commander* de l'ICE voire dès le FCE selon les nécessités de la mission. La branche médicale est intégrée à la *ressource coordination cell* et prend de l'importance à chaque étape du déploiement. La quantité et la qualité de la participation médicale sont planifiées en fonction des données initiales de l'opération puis adaptées grâce aux compléments de renseignements fournis par les OLRT et FCE. Ainsi, la composition de ces éléments médicaux ne peut être envisagée comme un préalable.

Analyse

Dans le domaine médical, plusieurs problèmes se posent. La « *comprehensive approach* » ou approche globale des crises requiert une implication soutenue dans des domaines tels que le renseignement, l'épidémiologie, le dialogue avec les autorités locales, la politique de santé, l'environnement, etc. L'ensemble de ces domaines nécessite du personnel et le JMED constitué de neuf personnels en temps de paix doit être en mesure de projeter davantage de personnel afin de compléter autant de cellules que de domaines à analyser. La question de la compétence des officiers déployés, fussent-ils médecins ou non, se pose également afin d'appréhender et de gérer les différents aspects de cette approche globale.

En effet, pendant une durée d'un an, c'est le DJHQ qui planifie et conduit la mission mais la relève de ces personnels pour la suite demeure, à ce jour, toujours sans réponse ni solution apportée. En définitive, il semble qu'un effectif de neuf personnes s'avère insuffisant, d'autant que ces JFHQ conduisent aussi des missions

permanentes comme la lutte contre la piraterie, le soutien à l'Union Africaine, l'ISAF pour le JFHQ Brunssum, missions qui nécessitent un appui médical. De même que la fonction « base arrière » lors d'un déploiement de cette ampleur doit être considérée. Aussi, l'effectif projeté étant celui d'un bataillon voire d'un régiment, il revient quoiqu'on puisse en penser au MEDAD et à son équipe d'assurer le lien avec les familles et les nations d'origine afin de prévenir tout évènement d'ordre médical.

Conclusion

S'il présente un certain attrait dans son principe, ce concept s'avère difficile dans ses modalités d'application. En effet, un excès de planification mènerait à rendre définitifs des organigrammes dont la communauté médicale ne saurait s'affranchir par la suite. Le contexte mondial actuel nous confronte à des situations inédites et nous oblige à une capacité d'adaptation aux crises d'un genre nouveau, à l'échelon interallié comme au niveau national. L'approche globale apparaît également comme une façon nouvelle d'appréhender ces crises qui conduisent les nations alliées à réviser leur conception de la planification, du commandement et du contrôle de leurs moyens déployés. Dans cette perspective, le concept de modularité en cours de réflexion au sein de l'Alliance introduit une dose de flexibilité des moyens médicaux permettant d'adapter la réponse au besoin.

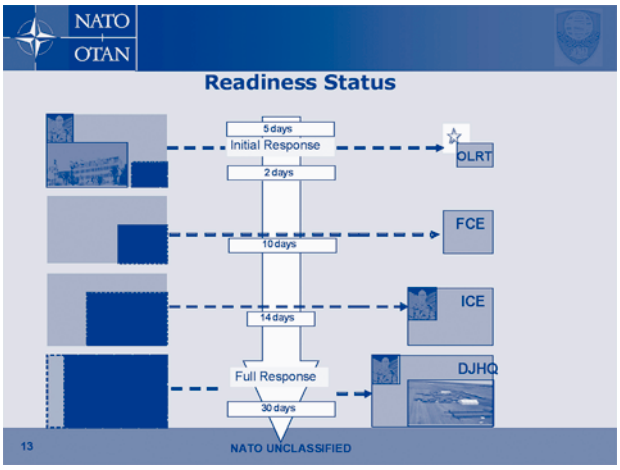


Figure 3. Délais requis à chaque étape du déploiement.

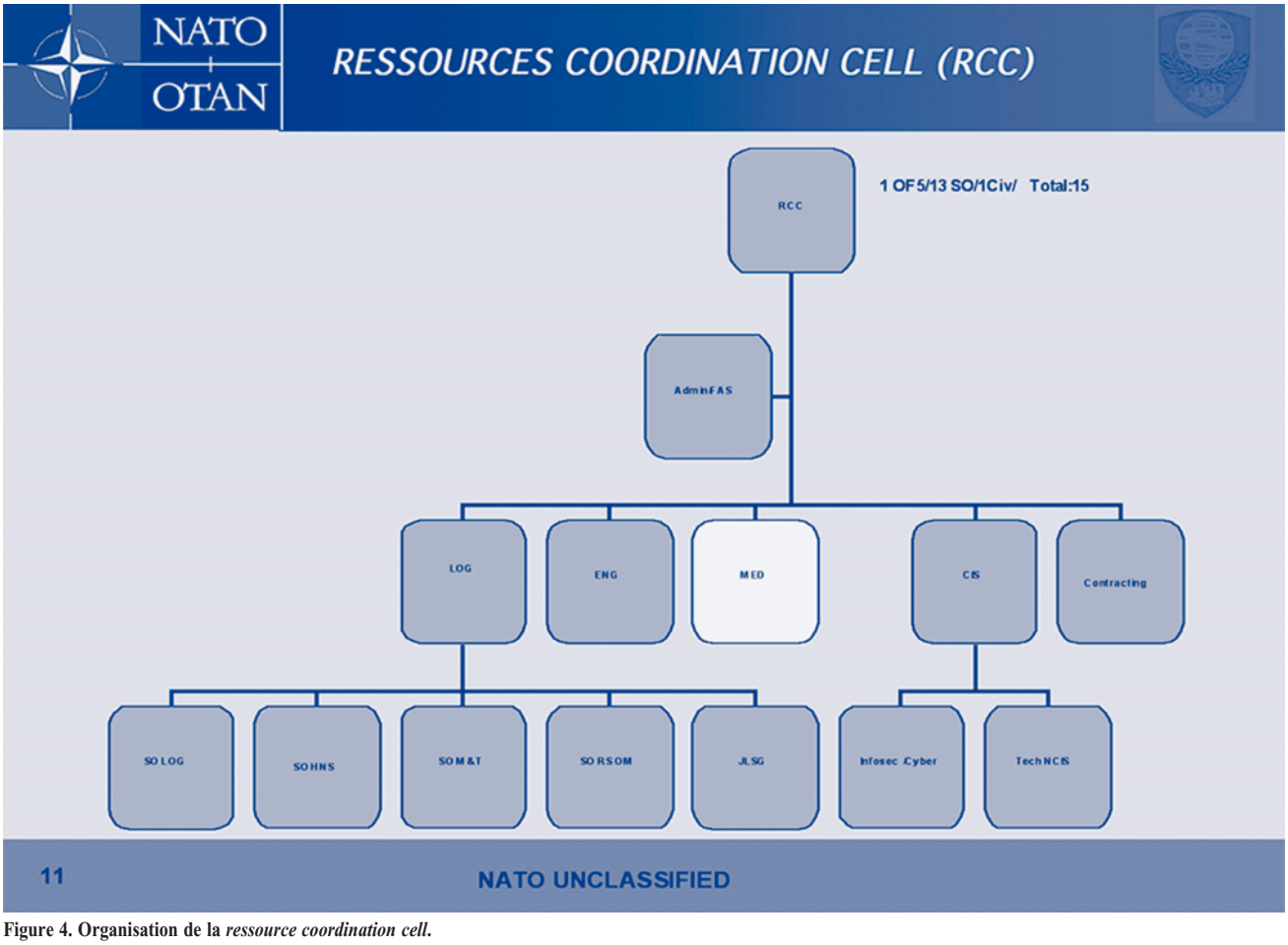


Figure 4. Organisation de la *ressource coordination cell*.