2001-2014 : treize années d'engagements opérationnels du Service de santé des armées en Afghanistan

J.-B. Pohl, L. Sum, E. Czerniak, O. Hersan, N. Faure, E. Angot

a *Direction centrale du Service de santé des armées, Fort neuf de Vincennes, cours des Maréchaux – 75614 Paris Cedex 12.*

Résumé

Lorsqu'on évoque le conflit afghan, le soldat français se souvient d'Uzbeen, de ses morts, des combats de haute intensité et de la brigade française en action, notamment dans les vallées de Surobi et Kapisa… Pour le soignant résonnent les noms des blessés, les notions de sauvetage au combat et le nom de l'hôpital médico-chirurgical de l'aéroport international de Kaboul dit « HMC KaIA »… Dans les mémoires des militaires français, la période 2008-2012 reste en effet la plus vive. Il est alors aisé d'oublier que, de 2001 à 2014, l'engagement opérationnel des armées a duré plus de treize années, avec une montée en puissance progressive, un contexte tactique très évolutif, des réarticulations permanentes du dispositif médical, des périodes de relative stabilité et des phases de combats de haute intensité… De ce théâtre particulièrement exigeant, et en appui des armées, le Service de santé des armées a tiré des enseignements en matière de *command and control* médical et interarmées. Il a capitalisé son expérience afghane en modernisant ses modes d'action, en développant, en particulier, le sauvetage au combat. Il a mis enfin en œuvre un véritable processus normé de préparation opérationnelle, permettant à chaque professionnel de santé engagé dans l'opération « Pamir », de disposer de savoir-faire et de savoir-être, standardisés, médicaux et militaires.

Mots-clés : Afghanistan. Retour d'expérience. Service de santé des armées.

Abstract

2001-2014: THIRTEEN YEARS OF MILITARY CAMPAIGN FOR THE FRENCH DEFENSE MEDICAL SERVICE IN AFGHANISTAN.

Of the Afghan conflict, the French soldiers remember Uzbeen, those who died, the intense fights and the French task force in action in the valleys of Kapisa and Surobi... The physicians or nurses keep in their memories the names of the wounded, combat rescues and the hospital in Kabul International Airport also called "HMC Kaia"... The French soldiers consider the period between 2008 and 2012 as the most significant. Hence it is easy to forget that the campaign of the Armed Forces lasted more than thirteen years, between 2001 and 2014, with a gradual rise, a quickly changing tactical context, permanent re-articulations of the medical support, periods of relative stability and periods of intense fighting... In supporting the Armed Forces in this theater, the defense medical service learnt a great deal in terms of joint medical command and control. They have capitalized on the Afghan experience modernized their modes of action, and developed combat rescue in particular. They implemented a standardized process for operational preparation, allowing each healthcare professional involved in Afghanistan, to benefit from standardized, medical and military expertise and knowledge.

Keywords: Afghanistan. Defense Medical Service. Lessons learned.

Introduction

Suite aux attaques terroristes à New-York et Washington en septembre 2001, les États-Unis d'Amérique lancent l'opération ENDURING FREEDOM (OEF) dès le mois d'octobre, suite à l'adoption, à l'unanimité, des résolutions 1369 et 1373 du Conseil de sécurité des Nations Unies (CSNU) (1, 2). En décembre 2001, la Force internationale d'assistance à la sécurité (FIAS) est mise sur pied en Afghanistan sous le commandement de l'Organisation du traité de l'atlantique nord (OTAN). Sous mandat du CSNU, cette force rassemble alors 48 pays contributeurs. La participation française à la FIAS prend le nom d'opération « Pamir », tandis que la contribution de la France à OEF prend le nom d'« Héraklès ».

Au moment où les derniers contingents français quittent le sol afghan après une guerre encore plus longue que celle du Vietnam selon nos alliés américains, l'objectif de cet article est de décrire l'engagement du Service de santé des armées (SSA) autour de quatre grandes périodes : 2001-2003, 2003-2007, 2008-2012 et après 2012. Au-delà des effectifs ou des bilans d'activité, il s'agit de tirer les grands enseignements de cette opération en matière d'organisation du soutien médical.

J.-B. POHL, médecin principal. L. SUM, médecin. E. CZERNIAK, médecin en chef. O. HERSAN, médecin en chef. N. FAURE, vétérinaire. E. ANGOT, médecin en chef.
Correspondance : Monsieur le médecin principal J.-B. POHL, Direction centrale du Service de santé des armées, Fort neuf de Vincennes, cours des Maréchaux – 75614 Paris Cedex 12.
E-mail : jean-baptiste.pohl@intradef.gouv.fr

2001-2003 : une entrée de théâtre et un engagement initialement limité

Au sein de la FIAS et de l'OEF, les armées françaises contribuent progressivement aux actions de sécurisation, de stabilisation et de formation. Après une entrée de théâtre par la zone Nord de l'Afghanistan (Mazâr-e Charîf), la France engage un dispositif aérien couvrant différentes capacités (appui des troupes au sol, renseignement, transport et ravitaillement en vol), un Bataillon d'infanterie (BATFRA) stationné dès janvier 2002 sur l'aéroport international de Kaboul (KaIA) et un Groupe aéronaval (GAN) dans l'océan Indien. La majeure partie de l'Afghanistan reste cependant de la compétence des forces américaines et de leurs alliés afghans.

Dès novembre 2001, le SSA met œuvre son concept et sa doctrine du soutien médical des opérations : médicalisation de l'avant, chirurgicalisation et réanimation de l'avant, systématisation des évacuations médicales précoces. Pour coordonner l'entrée de théâtre du contingent français, un chef santé interarmées de théâtre (COMSANTE) est projeté en Afghanistan avec les éléments précurseurs. Plusieurs postes médicaux sont engagés auprès des troupes françaises tandis qu'une Antenne chirurgicale aérotransportable (ACA) est déployée sur le camp français de Mazâr-e Charîf. Dès janvier 2002, ce *role 2 Basic* (*role 2B*) est redéployé dans la région de Kaboul. Par la suite, des équipes chirurgicales françaises se succèdent à partir d'octobre 2002 dans l'Hôpital médico-chirurgical (HMC) allemand (*role 2 Enhanced – role 2E*), stationné sur le camp de Warehouse, également proche de Kaboul.

2003-2007 : une intervention militaire à minima

Le mandat de la FIAS, initialement limité à la région de Kaboul, s'étend en octobre 2003 à l'ensemble de l'Afghanistan (3). Dans un contexte de divergences franco-américaines sur la question irakienne, le dispositif militaire français évolue vers la notion d'engagement minimal à « haute valeur ajoutée ». Cela se traduit concrètement par l'évolution des missions, la rationalisation et la visibilité du dispositif. Dans les années 2003-2005, la situation est relativement calme dans la région de Kaboul autorisant même les sorties sans escorte blindée. La France prend le commandement de la FIAS entre août 2004 et février 2005 tout en maintenant le dispositif aérien dans son volume et ses missions, ainsi que le BATFRA sur Kaboul. Un bataillon de commandement et de soutien est également créé. À l'été 2006, la France prend le commandement de la région de Kaboul (*Regional Command Capital* – RC-C). Entre 2004 et 2007, le GAN est déployé à trois reprises dans l'océan Indien (opération « Agapanthe ») avec l'Élément chirurgical embarqué (ECE).

Entre 2006 et 2007, quatre détachements (*Operational Mentoring and Liaison Team* – OMLT) sont créés pour appuyer l'armée nationale afghane qui intervient désormais en première ligne dans la lutte contre les insurgés. Ces OMLT sont dispersés dans plusieurs zones d'action, le plus souvent sous responsabilité américaine. En 2006, un détachement aérien est créé sur la base américaine de Kandahar (*Regional Command Sud* – RC-Sud). Les actions militaires deviennent plus offensives tandis que l'insécurité se généralise à l'ensemble du pays, y compris à Kaboul.

Lorsque la France prend le commandement de la région de Kaboul à l'été 2006 et la responsabilité du camp de Warehouse, le SSA y déploie alors un groupement médico-chirurgical (GMC) afin de disposer d'un plateau technique correspondant à celui d'un r*ole 2E*. Ce GMC remplace l'hôpital médico-chirurgical allemand qui est redéployé à Mazâr-e Charîf en appui direct du contingent allemand également transféré en *Regional Command* Nord (RC-Nord). Ce *role 2E* est l'une des deux unités médico-chirurgicales militaires de l'OTAN déployées à Kaboul, l'autre étant un *role 2* tchèque, stationné sur KaIA, structure qui assure donc également la fonction d'Unité médicale de transit (UMT).

Le GMC français de Warehouse dispose de 3 blocs opératoires, de 4 lits de réanimation, de 3 postes de déchoquage (fig. 1) et de 20 lits d'hospitalisation. Son effectif est de 75 militaires, médecins et infirmiers hospitaliers, appuyés par du personnel péri-médical des régiments médicaux. Une équipe chirurgicale allemande et une équipe chirurgicale bulgare concourent au fonctionnement courant du GMC (4).

Dans le même temps, un *Patient evacuation coordination Cell* (PECC), véritable centre de régulation des évacuations médicales tactiques, est créé au sein de l'état-major du RC-C. Cette cellule prend le nom de *Medical Regulation Command Capital* (Med RCC). Son champ d'action s'étend sur toute l'aire de responsabilité française, autour de Kaboul. « La mission de régulation des évacuations médicales est bel et bien celle d'un acte médical, demandé, décidé, coordonné, suivi, assuré pour la partie technique, par du personnel médical qui, en outre, en porte la responsabilité (5). » L'équipe du Med RCC est composée de deux médecins (un français et un allemand) et de deux infirmiers (un français et un allemand). Le praticien français travaille par bordée de 12 heures avec l'infirmier allemand, tandis que l'officier allemand travaille avec le sous-officier français.



Figure 1. Salle de déchoquage du GMC Warehouse. © J.-B. Pohl

2008 – 2012 : Un engagement majeur pour une brigade française au combat

Dès son élection, le Président Sarkozy amorce un rapprochement stratégique avec l'allié américain. À l'été 2008, la France renforce son dispositif opérationnel par la création d'un Groupement tactique interarmes (GTIA) dans la province de Kapisa et d'un groupement de forces spéciales dans l'Est de l'Afghanistan, en *Regional Command Est* (RC-Est). Elle reprend également à la même période le commandement du RC-C jusqu'au début du transfert de la responsabilité de la sécurité de cette zone aux Afghans à l'été 2009.

Le 18 août 2008, l'embuscade d'Uzbeen, tendue contre les forces françaises dans le district de Surobi, à 60 km à l'Est de Kaboul, fait dix morts parmi les soldats du BATFRA. Les pertes de l'armée française lors de cette attaque sont les plus importantes jamais enregistrées lors d'une opération de combat depuis la guerre d'Algérie.

En novembre 2009, la brigade (*taskforce*) « La Fayette » est déclarée opérationnelle avec un GTIA en Surobi (ex-BATFRA de Kaboul) et un GTIA en Kapisa tandis qu'un bataillon logistique (BATLOG) reste positionné sur le camp de Warehouse. Entre 2009 et 2011, la France redéploie également son dispositif OMLT sur sa zone d'action principale, Kapisa et Surobi, pour gagner en efficacité et cohérence.

En octobre 2011, le retrait progressif des forces françaises annoncé en juin de la même année débute. Certaines unités élémentaires ne sont pas relevées. En juin 2012, le retrait des unités combattantes, programmé pour s'achever fin 2013, est avancé d'une année. Il s'achève comme prévu fin décembre 2012.

Soutien médical de niveau 1

Au cours de cette phase, le SSA assure le soutien médical direct de deux GTIA, d'un BATLOG, de six détachements OMLT et plusieurs contingents isolés (gendarmerie et armée de l'air notamment). Le médecin chef de GTIA est responsable de l'organisation et la coordination du soutien médical de sa zone d'action. L'intensité des opérations et la dispersion des combats amènent le SSA à densifier son engagement au sein des GTIA, en les renforçant par des équipes médicales mobiles. Chaque médecin chef de GTIA dispose ainsi au total de six équipes médicales pour assurer le soutien médical de niveau 1 du GTIA. Au sein des OMLT, le personnel de la fonction santé participe à la formation des militaires afghans, notamment sur la prise en charge du blessé de guerre (fig. 2).

À la même période, et pour répondre en particulier aux besoins en soutien médical des unités engagées et notamment des OMLT, le SSA, en liaison avec le commandement des forces terrestres, commence à développer le sauvetage au combat, notamment celui de deuxième niveau (SC2). Le bénéfice de cette formation est très rapidement étendu à l'ensemble des soldats pour le sauvetage au combat de premier niveau (SC1), et à l'ensemble des auxiliaires sanitaires pour le SC2 . Pour mettre en œuvre le SC1, chaque militaire dispose d'une Trousse individuelle du combattant (TIC) dont le contenu est modernisé (généralisation du garrot tourniquet notamment).



Figure 2. Prise en charge du blessé de guerre sur mannequin simulateur.
© CISAT

Dès 2011, le SSA désengage ses moyens au même rythme que celui des armées (à l'exception du personnel de l'HMC KaIA qui continue d'assurer un soutien médical de niveau 3 pour l'ensemble de la coalition). En raison de la fermeture progressive des postes médicaux, le SSA bascule l'organisation du soutien médical, d'une logique organique à une logique zonale, pour en assurer la continuité.

Soutien médical de niveaux 2 et 3

En juillet 2008, l'OTAN décide la construction d'un HMC (*role 3*) sur la partie militaire de l'aéroport international de Kaboul. La France en est la nation leader. Il s'agit d'un des cinq *roles 3* de la FIAS. Pour la France, mettre en œuvre ce type de structure médico-chirurgicale en conflit armé est une première depuis la première guerre du Golfe (1991). Fin 2008 et en avance de phase, *le role 2* tchèque de KaIA ferme, les fonctions de point d'évacuation par voie aérienne devant revenir au nouvel HMC KaIA. Le GMC français de Warehouse devient ainsi la seule structure médico-chirurgicale du RC-C durant le premier semestre 2009. En juillet, l'HMC KaIA reçoit son premier patient.

L'HMC KaIA est servi par 120 soignants français et étrangers (allemands, tchèques, bulgares, hongrois et belges), insérés dans les différents services cliniques. La participation des contingents étrangers oscille entre 20 et 40 personnels au gré des retraits nationaux, des capacités des nations contributrices à honorer des postes hautement spécialisés à ressources critiques (chirurgie orthopédique notamment) et de la volonté de chacune d'entre elles à renforcer leur coopération multinationale (neuro-chirurgie et ophtalmologie). Le SSA assure la gestion et la coordination de cet ensemble multinational (*lead nation*). Une *OPS room*, active H 24, assure l'interface avec le PECC pour optimiser l'accueil des patients évacués.

Cette structure hospitalière présente une organisation comparable à celle des *trauma center* anglo-saxons car son objectif premier est l'accueil et le soin des blessés de guerre. Elle comprend à cet effet deux blocs opératoires

de chirurgie générale (extension possible à trois en cas d'afflux saturant de blessés) et un bloc pour la chirurgie spécialisée. Chaque bloc est armé par une équipe chirurgicale. L'unité de soins intensifs permet l'hospitalisation simultanée de quatre patients de réanimation (extension possible à sept). Trente lits d'hospitalisation complètent le dispositif ; le reste du plateau technique est doté en cohérence : tomodensitométrie, échographie, laboratoire d'analyses médicales, kinésithérapie. L'HMC KaIA dispose également de capacités médicales spécialisées (psychiatre, dentiste, spécialistes médicaux, etc.) (6, 7). La déflation du volume des forces engagées par la coalition et l'évolution des modes d'actions conduisent à une diminution de la demande. L'offre de soins évolue alors progressivement vers l'accueil de blessés des forces armées et de sécurités afghanes, puis vers la population civile du « grand Kaboul ». À titre d'exemple, au cours de l'année 2011, et donc au plus fort de l'engagement, sont réalisés à l'HMC KaIA plus de 1 300 actes chirurgicaux, plus de 3 000 séjours d'hospitalisation et plus de 17 000 consultations (source état-major opérationnel santé).

Depuis sa création, l'HMC KaIA est inscrit au « catalogue » des capacités de la coalition et est en partie financée par l'OTAN, ce qui témoigne à la fois de l'implication française dans l'intégration multinationale, et de la confiance accordée au SSA par les armées des autres nations qui lui confient leurs blessés et leurs malades.

En matière de mentoring, et en sus de la mission OMLT, le SSA participe à l'opération « EPIDOTE », opération de formation de l'armée afghane. D'octobre 2010 à octobre 2011, des équipes chirurgicales françaises sont insérées au sein de l'hôpital militaire de l'armée nationale afghane à Kaboul pour former le personnel local et accompagner la remise à niveau cette structure chirurgicale.

Le tableau I présente pour la période 2008-2012 l'évolution des structures et des effectifs de la fonction santé de l'opération « Pamir ».

Tableau I. Évolution des structures de niveau 1 ou 2/3, et des effectifs de la fonction santé de l'opération « Pamir », de 2008 à 2012.

Date	*Roles 1*	*Roles 2/3*	Effectifs de la fonction santé	Proportion des effectifs de la fonction santé au sein du contingent français
Juillet 2008	9	GMC Warehouse	155	8,8 %
Juillet 2009	18	HMC KaIA	227	7,2 %
Novembre 2009	22	HMC KaIA	265	7 %
Octobre 2011	24	HMC KaIA	276	6,2 %
Juin 2012	18	HMC KaIA	216	5,6 %
Décembre 2012	6	HMC KaIA	126	12,6 %

L'après 2012

À partir de janvier 2013 et jusqu'au retrait des troupes françaises, l'engagement militaire de la France repose essentiellement sur du personnel inséré au sein de la partie militaire de l'aéroport international de Kaboul, sur des formateurs, sur des spécialistes de lutte contre les engins explosifs improvisés et sur l'HMC KaIA.

Le retrait des unités combattantes achevé, le dispositif du SSA comprend désormais six *roles 1*, une capacité d'évacuation médicale par hélicoptère et un *role 3*. Au regard des attentes de l'OTAN et des engagements politiques assumés, la France maintient donc sa capacité médico-chirurgicale en Afghanistan et son statut de nation leader du *role 3* KaIA.

À compter de janvier 2014, une réduction progressive de la capacité de l'HMC KaIA est prévue : cette décroissance doit faire évoluer ce *role 3* en *role 2E* dès le premier trimestre 2014, avant d'envisager un format très réduit, à une trentaine de personnels, pour le deuxième trimestre. La fermeture de l'HMC KaIA, sous *lead* français est programmée pour l'été 2014. Un *role 1* continuera à être engagé jusqu'à la fin de l'année 2014 pour assurer le soutien médical de niveau 1 des Français insérés dans les états-majors de la FIAS.

Au moment de la rédaction de cet article, le devenir de l'HMC après le départ du contingent français est indéterminé (reprise par une autre *nation leader* ?). Une fois la mission de la FIAS achevée, la présence militaire occidentale en Afghanistan demeure en effet incertaine et directement liée aux décisions américaines à venir (opération *RESOLUTION SUPPORT MISSION* ?).

Grands enseignements tirés de l'engagement du SSA en Afghanistan

Le conflit afghan a symbolisé la confrontation asymétrique caractérisée notamment par des actions de guérilla et de terrorisme. Dans ce type de conflictualité, le concept et la doctrine du SSA ont démontré toute leur pertinence, tout en poursuivant leur adaptation sur le plan technique comme sur le plan tactique. Médicalisation et chirurgicalisation de l'avant ont en particulier fait l'objet de modernisation tant en termes de matériels employés que de processus de prise en charge (8). Quatre grands enseignements seront ici étudiés : la fonction *command & control* (C2), le niveau d'intégration des moyens médicaux interarmées à la Force et au milieu soutenu, la montée en puissance du sauvetage au combat et la mise sur pied de la préparation opérationnelle métier.

Réaffirmation du C2 médical.

La maîtrise d'une chaîne médicale complète a été une force pour les armées françaises en Afghanistan. Il ne s'agissait pas seulement d'armer les différents maillons de cette chaîne mais bien de concevoir, conduire et mettre en œuvre l'ensemble des moyens qui concouraient à sauver le maximum de vies humaines et à préserver la capacité opérationnelle de la Force engagée dans une coalition multinationale.

Au niveau stratégique, l'État-major opérationnel (EMO) santé, créé au plus fort de l'opération « Pamir » en

2009, est devenu la pierre angulaire de la conception et de la conduite du soutien médical des opérations. Expert fonctionnel pour l'État-major des armées (EMA/centre de planification et de conduite des opérations), il est désormais un acteur incontournable des opérations.

Au niveau opératif, un praticien des armées, inséré comme conseiller médical du commandement et tête de chaîne du soutien médical, a assuré les fonctions de directeur médical (ex-COMSANTE), dont les attributions avaient été définies en 2007. Il disposait en propre d'un bureau médical (JMED) distinct du bureau logistique (J4). À compter du second semestre 2011, et dans un contexte d'engagement opérationnel majeur, le directeur médical de l'opération « Pamir » a pu s'appuyer sur un adjoint médecin *MEDOPS*, plus particulièrement en charge de la conduite de la manœuvre santé.

Au niveau tactique, le médecin chef de brigade était identifié comme la tête de chaîne médicale et comme conseiller médical du général commandant la brigade. Relais du directeur médical, il s'appuyait sur les médecins chefs des GTIA, qui, outre leur fonction de cliniciens, étaient également pleinement intégrés aux états-majors tactiques en participant aux travaux d'organisation, de planification et de conduite des opérations.

La coordination des évacuations médicales (MEDEVAC) tactiques a été un autre point clé de l'efficacité des équipes médicales sur le théâtre d'opérations et l'adoption, en Afghanistan, du concept de PECC a constitué une évolution notable (9). Cette adoption de standards OTAN a grandement facilité l'intégration des structures médicales françaises au sein de la FIAS. Il existe néanmoins des différences doctrinales entre la France et l'OTAN : si les chaînes médicales sont par définition relativement superposables, elles n'en demeurent pas moins peu miscibles, la définition des niveaux de soins – notamment ceux médicalisés – variant de manière substantielle. Pour tenir compte de ces différences, un PECC a été inséré au sein de l'état-major de la brigade TFLF car celle-ci constituait la composante française de niveau tactique la plus importante. Ce PECC français coordonnait ainsi les MEDEVAC tactiques, sous couvert du PECC divisionnaire de RC-Est. Les attributions du PECC TFLF s'étendaient sur toute la zone de responsabilité française pour tous les contingents nationaux et étrangers. Le bénéfice secondaire de l'existence de ce PECC TFLF était de pouvoir évacuer préférentiellement les malades et blessés français vers l'HMC KaIA, pour que ceux-ci restent, dans la mesure du possible, pris en charge au sein de la chaîne médicale nationale. Le suivi de ces patients était facilité.

Intégration des moyens médicaux au milieu soutenu

Le changement de la conduite opérative des opérations observé en Afghanistan s'est accompagné d'une accentuation du caractère interarmées et d'une extension vers les niveaux tactiques les plus élémentaires. Dans le cadre des opérations terrestres et en particulier lors des actions de *mentoring*, l'emploi de détachements géographiquement isolés ou de micro détachements est depuis devenu un mode d'action régulier, à l'instar des forces spéciales. Tout au long de l'opération « Pamir », le SSA a proposé des solutions adaptées, réversibles et souples pour que son action reste compatible avec l'ensemble des plans opérations, notamment l'émergence du SC2 pour le soutien des détachements isolés et des micro-détachements (OMLT). La mise en œuvre d'un soutien zonal, coordonné et s'appuyant sur les moyens d'évacuation adaptés, lors de la phase de désengagement, est un autre exemple patent d'adaptation.

L'importance de l'engagement en Afghanistan a conduit le SSA à exploiter toutes ses ressources humaines disponibles et à déployer des praticiens et des infirmiers hors de leur milieu d'origine (Force d'action navale, Force océanique stratégique).

Ces adaptations et ces engagements des moyens interarmées ne s'opposent pas à la logique de milieu. Le SSA a continué d'acculturer son personnel principalement aux milieux terrestres et aériens, ce qui a garanti l'intégration au quotidien et l'acquisition des savoir-faire militaires indispensables. Cette connaissance du milieu a été complétée par des formations inter milieux pour favoriser l'interopérabilité interarmées et interalliés. Cette vision élargie est par ailleurs un atout pour les praticiens expérimentés appelés à servir comme directeurs médicaux.

Montée en puissance du sauvetage au combat

En Afghanistan, l'introduction du sauvetage au combat en qualité de standard normatif de soins du blessé de guerre a représenté une véritable avancée. En amont de l'action médicale mais dans son continuum, véritable point de départ de la chaîne des secours, le sauvetage au combat a permis d'atteindre les objectifs des délais de prise en charge avant évacuation. Doté de sa trousse individuelle, formé aux gestes de survie, tout combattant est désormais sauveteur au combat de premier niveau et est en mesure de porter secours à son camarade dans les minutes qui suivent la blessure (10, 11).

Pour le personnel de la fonction santé formé SC2 (12) ou SC3, il ne s'agit pas tant de souligner l'acquisition de compétences individuelles du personnel soignant que de mettre en exergue la plus-value de ce fil conducteur qui part de la formation initiale et finit sur le terrain en passant par la préparation opérationnelle et la mise en condition de projection. Le sauvetage au combat est ainsi devenu le référentiel de la prise en charge du blessé de guerre, standard de soins normatifs que connaissent, et dans lequel se reconnaissent, tous les médecins des forces.

Suite à l'analyse de ce conflit et pour le cas spécifique du sauveteur au combat de deuxième niveau, la question de l'émergence d'un nouveau métier d'auxiliaire sanitaire est désormais clairement posée, les objectifs d'interopérabilité militant pour l'émergence du métier de *paramedics* au sein de la fonction santé. Il s'agit principalement d'étudier la soutenabilité organisationnelle de cette qualification, son intégration au sein de la collectivité médicale militaire. La réflexion doit porter sur le périmètre missionnel, le recrutement, la formation et l'emploi de ces militaires du rang de la fonction santé. L'expérience acquise pourra être partagée avec les acteurs de santé publique dans le cadre de l'émergence de ce métier de *paramedics* au sein du monde civil.

Mise sur pied du processus de préparation opérationnelle métier santé

Le SSA a réussi à capitaliser son engagement en Afghanistan en tirant les leçons de ce théâtre particulièrement exigeant en matière de préparation opérationnelle. La formation du personnel a été déterminante et a porté à la fois sur les aspects militaires et médicaux. Il s'agissait de maitriser des équipements et des modalités de prises en charges médicales, chirurgicales et paramédicales différents de ceux habituels sur le territoire national, dans un milieu opérationnel contraignant.

De nombreuses formations santé ont été mises en place dans les cycles de préparation opérationnelle avant projection sur le territoire afghan. Elles étaient destinées aux praticiens et personnels paramédicaux du SSA mais aussi aux personnels périmédicaux, à savoir les militaires du rang du domaine santé.

Les formations spécifiques au théâtre afghan s'arrêteront avec le désengagement (mise en condition avant projection (MCP) au profit des équipes chirurgicales de *role 3* et du personnel médical du bataillon d'hélicoptères). D'autres formations, nées de l'expérience de terrain, seront poursuivies :

– les formations aux différents niveaux de sauvetage au combat ;

– le stage « mise en condition de survie d'un blessé de guerre (MCSBG) *role 1* » ;

– le stage « médicalisation en milieu hostile » (MEDICHOS) ;

– la formation des « infirmiers en situation isolée » (ISIS) ;

– le cours avancé de chirurgie en mission extérieure (CACHIRMEX), qui permet d'enseigner le *damage control surgery* ;

– les formations à la prise en charge médico-psychologique des combattants ;

– les formations médico-militaires, comme la formation à l'anglais médico-opérationnel, indispensable lors des déploiements du personnel dans un cadre OTAN, ou la généralisation de l'instruction sur le tir de combat (ISTC) pour le personnel SSA.

Ces formations n'ont pas de spécificité de territoire et sont parfaitement applicables sur les autres théâtres d'opérations. L'école du Val-de-Grâce pilote depuis toutes les préparations opérationnelles, en liaison avec l'EMO santé.

Conclusion

Des treize années d'engagements du SSA dans l'opération « Pamir », certains comptables retiendront les 234 020 consultations, les 6 738 interventions chirurgicales et les 2 163 évacuations médicales stratégiques. Mais l'Histoire retiendra avant tout des 89 militaires, dont 6 professionnels de santé, qui ont donné leur vie pour la France sur le sol afghan. Elle se souviendra des nombreux blessés, physiques et psychiques, que les praticiens du SSA ont secourus et qu'ils continuent de prendre en charge au quotidien.

Le SSA a su capitaliser son expérience afghane en modernisant son organisation et ses modes d'action : sur le plan organisationnel, C2 médical, préparation opérationnelle spécifique pour toutes les unités médicales opérationnelles, intégration milieux et sauvetage au combat ne sont que quatre des nombreuses évolutions qu'a connu le soutien médical des opérations.

Engagement majeur des armées françaises, notamment sur la période 2008-2012, l'opération « Pamir » marquera profondément dans la durée plusieurs générations de professionnels de santé militaires. La tentation est grande de faire de ce conflit, dur et intense, l'engagement de référence des armées françaises. L'opération « Serval », marquée par des élongations majeures intra-théâtres de plusieurs centaines de kilomètres, son mode d'action en ambiance vitesse et dans la profondeur à travers le Mali, rappelle à tous que le conflit afghan, s'il peut être assimilé militairement à UNE guerre, n'est certainement pas LA guerre.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Résolution 1369 adoptée par le Conseil de sécurité des Nations-Unies du 12 septembre 2001.
2. Résolution 1373 adoptée par le Conseil de sécurité des Nations-Unies du 28 septembre 2001.
3. Résolution 1510 adoptée par le Conseil de sécurité des Nations-Unies du 13 octobre 2003.
4. Faucompret S. Un hôpital militaire français à Kaboul. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2006, 5 (4):31-2.
5. Maugey B, Lagarde G, Flusin M, Lacquement M, Paugam C, Heredia G. Bilan de l'année d'activité 2008-2009 de la cellule de régulation médicale de Kaboul (Med RC C). Médecine et Armées 2011 ; 39:347-58.
6. Leboeuf A. Soutien santé : le défi afghan. Focus stratégique 2010, février.
7. Bonnet S, Duverger V, Pons F. Expérience des chirurgiens viscéralistes à l'Hôpital médico-chirurgical de Kaboul : une nécessaire polyvalence. E-mémoires de l'Académie nationale de chirurgie, 2011;10:28-34.
8. Samy J, Lemarie D, M. Chinelatto. Médicalisation de l'avant en Afghanistan : à propos de 22 blessés au combat par agent pénétrant pris en charge durant « Pamir XXIII » au sein de la Task Force « ALTOR ». Médecine et Armées 2011 ; 39:293-302.
9. Czerniak E, Regard M, Boissier J, Gonzalez S, Powell B, Bay C. Le Patient Evacuation Coordination Center de la Task Force « La Fayette » : maillon incontournable du support médical des forces terrestres françaises en Afghanistan. Médecine et Armées 2011;39:311-6.
10. Rapport technique présenté au Comité consultatif du Service de santé des armées de 2009 : La formation opérationnelle du « Personnel santé de *role 1* ».
11. Enseignement du Sauvetage au combat (SC) : Référentiel de formation validé sous le numéro d'enregistrement : 0309 / EVDG / DPMO du 30 mars 2012.
12. Pohl JB, Novel S, Cavallini JL. Sauvetage au combat de deuxième niveau et médicalisation de l'avant. Médecine et Armées 2011 ; 39:303-9.