Médecin des forces et aide médicale à la population dans le cadre des actions de coopération civilo-militaire : à propos d'une expérience au Mali en 2015

D. Varvenne[a], A. Bouvet[b], F. Jakhi[b], L. Papillault des Charbonneries[c], S. Novel[d]

a Antenne médicale d'Aubagne, Quartier Viénot, Route de la Légion – 13784 Aubagne Cedex 02.
b Antenne médicale de Fréjus, Centre médical des armées de Draguignan, camp Colonel Lecocq, BP 94 – 83608 Fréjus.
c Centre médical des armées de Marseille, Antenne principale du CMA, Quartier Audéoud, 111 avenue de la Corse – 13007 Marseille.
d Direction régionale du Service de santé des armées de Lyon, quartier Général Frère, BP 41 – 69998 Lyon Cedex 07.

Article reçu le 21 octobre 2015, accepté le 29 juin 2016.

Résumé

L'aide médicale réalisée au profit des populations par les médecins des forces français se pratique aujourd'hui essentiellement dans le cadre de l'appui aux actions de coopération civilo-militaire. Ainsi au cours d'une séance d'aide médicale à la population mise en œuvre au Mali l'été 2015, 61 patients ont été vus en 2h (dont environ un tiers d'hommes, la moitié de femmes et un quart d'enfants). Les motifs de consultation comprenaient surtout des syndromes douloureux et des lésions cutanées. Les diagnostics étaient très divers avec majoritairement des douleurs non-spécifiques. Les traitements administrés étaient essentiellement des antalgiques. Sur le plan médical, l'action menée a été évaluée comme très peu bénéfique dans environ deux-tiers (2/3) des cas, peu bénéfique et bénéfique pour un dixième (1/10) et un quart (1/4) des cas. En effet, la contrainte sécuritaire du temps passé sur place était une limite majeure à l'action menée car elle empêchait tout suivi. De plus, les caisses santé fournies par l'Organisme non gouvernemental TULIPE® via la branche action-civilo militaire étaient peu adaptées, car destinées à des dispensaires. Il est donc nécessaire pour être efficient de cibler des actions de courte durée et d'efficacité prouvée : traitement de pathologies à diagnostic clinique évident, traitements minute… Sur le plan collectif, la vaccination semble difficile mais la supplémentation en micronutriments (vitamine A, fer, acide folique, zinc) est un exemple de mesure adaptée à ces contraintes. Ces actions nécessitent de connaître la situation sanitaire locale, très variable selon les régions visitées, notamment afin d'adapter les caisses santé dédiées. Il est donc impératif de coordonner les différents acteurs que sont les médecins militaires, les équipes responsables des actions civilo-militaires et les personnels de santé locaux et des organismes non gouvernementaux.

Mots-clés : Aide médicale à la population. Coopération civilo-militaire. Opération extérieure.

Abstract

TODAY'S FRENCH MILITARY PHYSICIANS' MEDICAL ASSISTANCE TO THE POPULATION: THE CONTEXT OF CIVIL – MILITARY COOPERATION.

During a two-hour session in Mali during the summer of 2015, 61 patients were examined (a third were men, half women and a quarter children). The reasons for consultation included pain syndromes and skin lesions. Several diagnoses were performed with mostly non – specific pains. The treatments administered were essentially antalgics. This action was considered as not beneficial in about two-thirds (2/3) of cases, moderately and clearly beneficial in respectively a tenth (1/10) and a quarter (1/4) of cases. Indeed, security considerations limited the possibility to stay behind, which prohibited any follow-up. Thus, pharmaceutical boxes provided by the non-governmental organization TULIPE® through the civil-military cooperation personnel were unsuitable because intended for dispensaries. To be efficient, it is necessary to target some brief actions with proved efficacy: the treatment of simple clinical diagnosis diseases, minute treatment… Globally, vaccination may be difficult to implement, but micronutrients supplementation (Vitamin A, iron, folic acid, and zinc) is an example of the measures adjusted to this context. These actions require thorough knowledge of the local health care profile, which can vary depending on the different areas of the country, so as to adjust the composition of the pharmaceutical boxes in particular. It is necessary to coordinate the different actors: the military physicians, the personnel in charge of civil-military cooperation and the local health and non-government organization personnel.

Keywords : Civil-military cooperation. Foreign operations. Medical assistance to the population.

D. VARVENNE, médecin. A. BOUVET, médecin en chef. F. JAKHI, infirmier de classe normale. L. PAPILLAUT DES CHARBONNERIES, médecin en chef (R), praticien certifié. S. NOVEL, médecin en chef.

Correspondance : Monsieur le médecin D. VARVENNE, antenne médicale d'Aubagne, Quartier Viénot, Route de la Légion – 13784 Aubagne Cedex 02.
E-mail : david.varvenne@gmail.com

Introduction

De l'époque coloniale jusqu'à nos jours, l'Armée française – et donc le Service de santé des armées – a été présente en Afrique.

Les médecins militaires français y ont constamment pratiqué leur art, que ce soit au service des militaires ou des populations locales. Ainsi, l'histoire de la médecine tropicale a vu naître de grands noms, parmi lesquels, bon nombre de médecins militaires : Alphonse Laveran découvreur du *Plasmodium falciparum*, Eugène Jamot et ses méthodes de lutte contre la trypanosomiase ou encore Albert Calmette avec le vaccin BCG. Cette période coloniale, d'un point de vue sanitaire, a eu un impact majeur en termes de réduction de la morbi-mortalité liée à certaines grandes endémies (1).

Avec l'accès à l'indépendance, chaque pays d'Afrique a pris le relais en mettant en place son propre système de santé avec pour beaucoup des difficultés, notamment en termes de moyens financiers (2).

Le Service de santé des armées a cependant poursuivi son œuvre, mais à plus faible échelle, par l'intermédiaire des hôpitaux militaires dans les grandes villes (Dakar par exemple) ou de l'activité de dispensaire (aide médicale gratuite).

Aujourd'hui, la pratique de la médecine au profit de la population, au cours des opérations, est essentiellement réalisée en appui des Actions de coopération civilo-militaires (ACM) (3).

Quel est le nouveau visage de cette activité médicale ? L'objet de cet article est de présenter une expérience d'Aide médicale à la population (AMP) au Mali réalisée dans ce cadre en 2015, et de discuter les problématiques sanitaires et opérationnelles rencontrées.

Matériel et méthode

Une AMP réalisée pendant une opération de trois semaines, dans la région sud-est d'Ansongo au cours de l'été 2015, a bénéficié d'un recueil de données épidémiologiques descriptives.

Lors de cette séance, un cahier de consultation a été mis en place, dans lequel était noté le nombre de patients examinés, le statut (homme, femme, enfant), l'âge déclaré, les symptômes, le ou les diagnostics envisagés et le traitement délivré.

Dans un deuxième temps, le médecin et l'infirmier, ont réalisé une évaluation du bénéfice médical de l'action menée en classant chaque consultation selon trois critères : très peu bénéfique, peu bénéfique ou bénéfique. Par exemple, une pathologie de diagnostic clinique évident telle qu'un abcès cutané, de traitement facile et d'évolution favorable prévisible, était considérée comme bénéfique.

Deux box de consultation ont été mis en place : un pour les hommes et un pour les femmes et les enfants. L'équipe médicale se composait d'un médecin, d'une infirmière (pour les consultations des femmes) et de deux auxiliaires sanitaires.

Les médicaments de l'AMP ont été fournis par les militaires chargés de la Coopération civilo-militaire ou CIMIC (*civil military cooperation*) sous forme de caisses santé. Ces caisses sont élaborées par l'association TULIPE® ; il s'agit d'un opérateur qui fédère les dons des entreprises pharmaceutiques et fournit divers organismes (ONG essentiellement). Son contenu est habituellement destiné à subvenir à l'activité d'un dispensaire (par exemple un Centre de soins communautaire ou CSCOM). Elle contient des médicaments traitant des pathologies aiguës (infection, traumatisme…) et chroniques (diabète, hypertension…).

Pour ce faire, la cellule CIMIC fait la demande à son responsable de théâtre (*Joint Operation 9* (ou J9), du Poste de commandement interarmée de théâtre) qui la relaye au J9 du Centre de planification et de conduite des opérations (CPCO) en métropole. Le CPCO transmet le message à l'association TULIPE® qui fournit une caisse sur la base d'un compte rendu d'utilisation fait par le théâtre. Cette caisse est ensuite livrée à la cellule CIMIC qui la transmet aux médecins.

Au retour de mission, l'ensemble des données ont été colligées dans un tableau Excel 2013®. Les statistiques descriptives (calculs de pourcentage, moyennes, proportions…) ont été réalisées avec le tableur Excel 2013®.

Résultats

Au cours de la séance d'AMP, 61 patients ont été reçus en consultation dont environ un tiers (1/3) d'homme, la moitié (1/2) de femmes et un quart (1/4) d'enfants. L'âge moyen était de 27,3 ans, avec un écart-type de 18,3 ans, pour un minimum de 3 mois et un maximum de 78 ans. Le temps passé sur place pour l'ensemble de la séance d'AMP était de deux heures.

Les motifs de consultation étaient très variables, dominés par les douleurs (lombalgies, céphalées, douleurs non spécifiques…), et les lésions cutanées (fig. 1). Les diagnostics envisagés comprenaient majoritairement des douleurs non spécifiques (tab. I). De même, les traitements délivrés correspondaient surtout à des antalgiques (fig. 2).

Seuls environ un sixième (1/6) des diagnostics portés étaient considérés comme certains car basés sur la clinique uniquement (impétigo, furoncle, plaie…). Parfois, plusieurs diagnostics ont pu être posés chez un même patient.

Discussion

Les données relevées au cours de cette AMP, soulèvent plusieurs problématiques sur le plan médical.

La situation sanitaire locale n'est pas ou peu connue, notamment du fait de l'absence de professionnels de santé, certains ayant fui en raison des conditions d'insécurité. De plus, les difficultés de communication avec les patients, malgré la présence d'un interprète (fig. 3), rendent difficile l'appréhension du problème médical posé (symptômes, anamnèse, évaluation de la douleur…).

Cette action de courte durée et ponctuelle, empêche tout suivi de patient. Or toute thérapeutique engagée

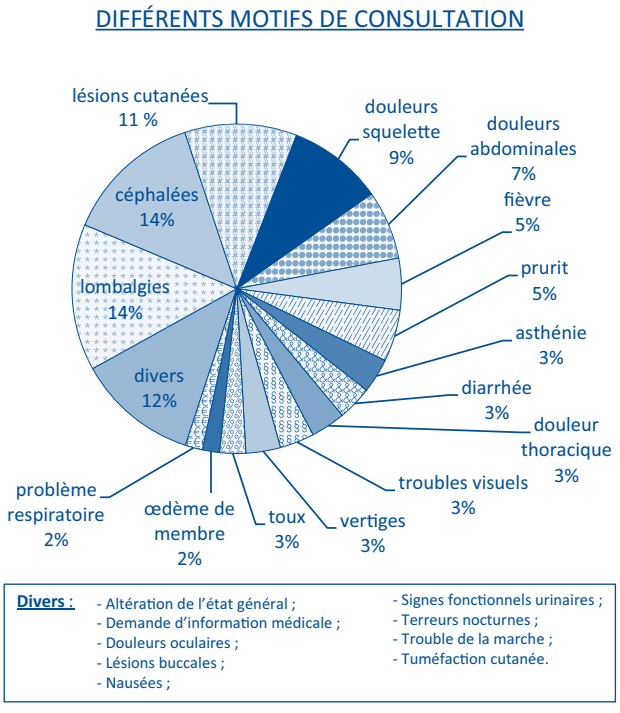


Figure 1. Motifs de consultation relevés au cours d'une AMP.

nécessite généralement un suivi afin d'évaluer l'efficacité et la survenue éventuelle d'effets secondaires. L'administration d'antibiotiques par exemple, au regard des résistances acquises en Afrique (4), est soumise à un aléa que seul un suivi permettra de détecter. De même, le diagnostic de certaines pathologies nécessite une réévaluation pour étudier le profil évolutif des symptômes, en particulier en l'absence d'examens complémentaires (qui ne sont de toute façon pas disponibles). On peut supposer que le diagnostic « douleurs non spécifiques » regroupe un certain nombre de pathologies qui seraient identifiées plus aisément grâce à des examens complémentaires et/ou un suivi évolutif des symptômes.

De façon globale, seuls un sixième (1/6) des diagnostics environ, sont considérés comme certains. Parmi ceux-ci, on retrouve essentiellement des diagnostics cliniques évidents tels que les infections cutanées. Il faut cependant prendre en compte le fait que les femmes devaient être vues obligatoirement en consultation par un personnel féminin (dans notre situation, une infirmière, qui demandait un avis médical si besoin (fig. 4, 5)), principe imposé par le chef du village (et appliqué par respect des cultures locales, de façon conforme aux préceptes de l'AMP), à l'origine d'un biais de mesure.

Toute action médicale a pour but d'améliorer la situation sanitaire individuelle et/ou collective. Dans notre cas, aucune action collective n'a pu être réalisée du fait de nos ressources en produits de santé (caisse TULIPE®). Au niveau individuel, seules un quart (1/4) des consultations ont été jugées bénéfiques, car aboutissant à un traitement dont l'efficacité semblait

Tableau I. Différents diagnostics envisagés.

Douleurs non spécifiques	n
	21

Infectieux	n
gastro-entérite/diarrhée	4
filariose	2
oxyurose	2
pneumopathie	2
tuberculose	2
cystite	1
virose	1

Ostéo-articulaires	n
arthrose	3
cal vicieux	3
tendinopathie	2
contusion	1
pseudarthrose	1

Neurologiques	n
céphalées de tension	1
claudication médullaire	1
méningocèle	1
spina bifida	1
accident vasculaire cérébral	1

Ophtalmologiques	n
kératite	3
baisse acuité visuelle	2
cataracte	1

Dermatologiques	n
furoncle(s)	4
gale	2
impétigo	2
kyste sébacé	2
plaie simple/lésion cutanée	2
prurigo	2
abcès	1
acné	1
brûlure	1
larva migrans cutanée	1
muguet	1
verrue(s)	1
podoconiose	1
tumeur	1

Gastro-entérologiques	n
reflux gastro-œsophagien	1
ulcère	1

Autres	n
altération état général	1
colique néphrétique	1
coronaropathie	1
valvulopathie	1
déshydratation	1
douleur pariétale	1
information médicale	1
insuffisance cardiaque	1
ménopause	1
absence de diagnostic posé	1

TOTAL	90

prévisible. Ce chiffre est supérieur à celui des diagnostics considérés comme certains, la différence correspondant à des pathologies dont l'absence de certitude conduit cependant à une action thérapeutique jugée utile. L'exemple typique est la suspicion d'oxyurose où le traitement par albendazole réalise *a minima* un déparasitage (5).

Du point de vue éthique, notre pratique médicale réalisée « au profit des populations » pose un certain nombre de questions. En effet, la mise en œuvre a été guidée par la cellule CIMIC, uniquement en fonction des besoins d'acceptation de la force par la population conformément à la doctrine. Théoriquement, l'objectif premier est avant tout de « satisfaire des besoins vitaux et d'éviter une aggravation de la situation sanitaire » (3). Cela interfère nécessairement avec la relation médecin-patient. Ainsi, on peut se demander dans quelle mesure les patients souffrant de « douleurs non

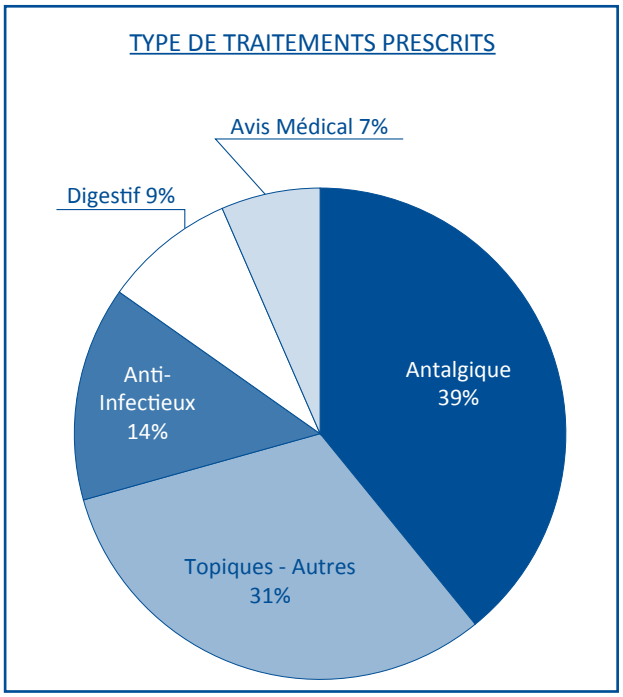


Figure 2. Traitements prescrits au cours de l'AMP.



Figure 3. Consultation aidée de l'interprète (© État-Major des Armées/Armée de Terre).

spécifiques », ne viennent pas uniquement récupérer des médicaments dont l'usage ne serait pas médical mais, pourquoi pas, commercial. Ce phénomène vient par ailleurs grandement renforcer le sentiment de frustration des personnels de santé alors que les chiffres semblent malgré tout montrer une certaine utilité (un cas sur quatre).

Du point de vue opérationnel, la durée courte de cette activité permet d'assurer la sécurité du détachement. L'utilisation du matériel médical des caisses TULIPE® conserve intact le potentiel de l'équipe médicale pour le soutien des forces. Sur le plan de la communication et de l'acceptation de la force, les retours sont positifs, au moins à court terme. Les objectifs de cette activité, sur le plan CIMIC, sont donc atteints.



Figure 4. Consultation des femmes par l'infirmière (© État-Major des Armées/ Armée de Terre).



Figure 5. Anomalie de fermeture du tube neural (probable sinus dermique et méningocèle) (© État- Major des Armées/Armée de Terre).

Compte tenu de ces éléments médicaux et opérationnels, plusieurs axes d'amélioration de cette pratique sont envisageables.

La durée d'une séance étant inférieure à une journée, il est nécessaire de cibler des actions simples, d'efficacité prévisible, dans une « finalité de santé publique et de santé individuelle » (6).

Au niveau collectif, les actions à mener peuvent être simples et de courte durée. La constatation à plusieurs reprises de *spina bifida* (fig. 5), laisse par exemple supposer des carences en vitamine B9 chez la femme enceinte. Une supplémentation en acide folique pendant le premier trimestre de grossesse est recommandée pour prévenir cette pathologie (7). Il en est de même pour la cécité nocturne, témoin de carence en vitamine A, pourvoyeuse de xérophtalmie et de surmortalité d'origine infectieuse. Les études ont ainsi montré qu'une dose de vitamine A, tous les 6 mois de l'âge de 6 mois à 5 ans, réduit la morbi-mortalité de façon globale et en particulier en cas de diarrhée, de VIH ou encore de rougeole (diminution des complications) (8, 9).

Afin de pouvoir réorienter notre activité dans ce sens, les différents retours d'expériences des médecins des forces du mandat, et des entretiens avec la cellule CIMIC,

Tableau II. Surveillance épidémiologique d'un CSCOM de Gao, 2e trimestre 2015.

Pathologies	n (%)
Diarrhée	62 (6.9)
Infection respiratoire basse	166 (18.5)
Paludisme simple	241 (26.9)
Paludisme grave	86 (9.6)
Conjonctivite	14 (1.6)
Bilharziose	1 (0.1)
Ulcération génitale	4 (0.4)
Syphilis	11 (1.2)
Hypertension artérielle	23 (2.6)
Otite moyenne aiguë	7 (0.8)
Angine	12 (1.3)
Accouchement	15 (1.7)
Traumatisme	46 (5.1)
Suivi de grossesse	15 (1.7)
Teigne	20 (2.2)
Total des consultations	**894**

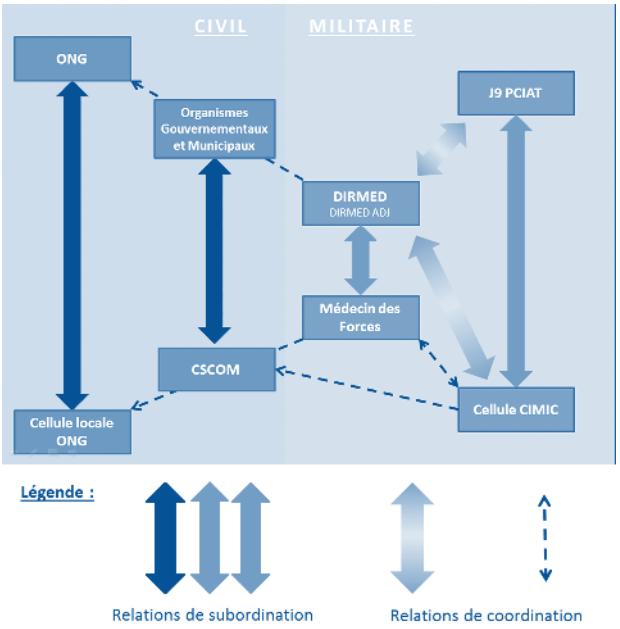


Figure 6. Différents acteurs de l'AMP.

nous ont permis de faire évoluer les caisses TULIPE® vers un contenu plus adapté (urgence, pédiatrie, soins).

Secondairement, un projet a été proposé dans le but d'organiser la création de caisses modulables. Basées sur le budget CIMIC, l'idée est d'avoir une souplesse et une rapidité dans la modification de leur contenu afin de pouvoir s'adapter aux conditions de pratique de l'AMP (contrainte de temps variable, traitements « minute », suppléments vitaminiques…). Une première liste de leur contenu a donc été établie dans ce sens. Rationnalisées, leur coût envisagé (inférieur à 2 000 euros) est ainsi inférieur à celui des caisses TULIPE® (environ 10 000 euros mais délivrées à titre gracieux). La filière de fourniture en produits de santé pourrait être l'organisme fournissant les ONG. Cela permettrait d'assurer une continuité dans la réception de caisses quel que soit le théâtre d'opération (et d'éviter de devoir faire appel à des filières locales) améliorant ainsi rapidité et sécurité sanitaire. Ce projet en cours de développement aura probablement abouti pour le mandat suivant.

Sur le plan organisationnel, le directeur médical de théâtre et son adjoint pour le fuseau ouest (DIRMED et DIRMED ADJ) représentent « l'interface entre le commandement, les organisations humanitaires et les personnels des formations sanitaires de campagne » (6).

Il est donc important de leur transmettre les informations recueillies au cours des AMP et des visites des structures de soin afin d'adapter au mieux les modalités de pratique de cette activité et d'assurer une continuité dans l'action menée (fig. 6). C'est par cette voie qu'il a été possible de mettre en œuvre l'évolution des caisses TULIPES® et le projet actuel de caisses d'AMP modulables.

Conclusion

Notre expérience a montré que l'AMP pratiquée dans le cadre CIMIC est une activité délicate soumise à plusieurs contraintes.

Obéissant à une logique d'acceptation de la force par la population, l'AMP a été mise en œuvre de façon épisodique dans le cadre des actions de coopération civilo-militaire donc sans suivi possible. La situation sanitaire locale était peu connue, tant sur le plan de la morbi-mortalité que des structures médicales en place.

Les effets obtenus ont été limités sur le plan médical (environ un quart (1/4) d'actions jugées bénéfiques) mais présents. Ils consistent en de petits gestes chirurgicaux sous anesthésie locale, traitements « minute » et supplémentations vitaminiques préventives. L'usage des antalgiques est incontournable mais de bénéfice limité dans le temps. Par contre, sur le plan des actions de coopération civilo-militaire, les résultats ont été considérés comme très bénéfiques, au moins à court terme.

Afin de pouvoir concilier au mieux les deux parties, une réflexion et une bonne coordination entre les différents acteurs doivent être mis en œuvre. Le DIRMED et le DIRMED adjoint, pour le fuseau ouest, constituent l'intermédiaire entre le médecin des forces, les personnels responsables des actions de coopération civilo-militaire, les organisations gouvernementales de santé et les ONG. Les retours d'expériences permettent de mettre à jour les données sanitaires locales et d'adapter le contenu des caisses médicales destinées à l'AMP.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt avec les données citées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Chippaux C. Le Service de santé des troupes de Marine. Médecine tropicale. 1980 ; 40 (6) : 605-30.
2. OMS. Couverture par les services de santé. Statistiques sanitaires mondiales 2014. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland 2014:110-1.
3. Darré E PA, Rouanet Ph, Gutierrez D, Hugard L, Vergos M, Marionnet J. Aide médicale aux populations au sein de la coopération civilo-militaire. Médecine et Armées. 2007 ; 35 : 277-84.
4. CMIT. Résistances aux anti-bactériens. In : plus A, editor. e-PILLY TROP Maladies infectieuses tropicales 2012:120-5.
5. CMIT. Parasitoses intestinales. e-PILLY TROP Maladies infectieuses tropicales : Alinéas plus ; 2012:756-63.
6. CICDE. Aide médicale aux populations, Doctrine interarmées N° 097/DEF/CICDE/NP du 15 mai 2009.
7. WHO. Intermittent iron and folic acid supplementation in menstruating women. Essential Nutrition Actions : improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland 2013:38-9.
8. WHO. Vitamin A supplementation for children under five years. Essential Nutrition Actions : improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland 2013:25-6.
9. WHO. Vitamin A supplementation in children with measles. Essential Nutrition Actions : improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland 2013:27.
10. WHO. Mali : WHO statistical profile Country statistics and global health estimates. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland 2015.
11. CMIT. Traitement courts ou « minute ». In : plus A, editor. e-PILLY TROP Maladies infectieuses tropicales 2012:118-9.