Implication du Service de santé des armées dans l'aide médicale urgente en mer : point de situation métropolitain en 2016 et perspectives d'avenir

E. Dulaurent[a], C. Carfantan[b], B. Schneider[c], L. Lely[d], L. Corgie[e], P. Guénot[f]

a Centre médical des armées de Bordeaux-Mérignac, antenne médicale de Mont-de-Marsan.
b Centre médical des armées rationalisé Corse, antenne médicale de Solenzara.
c Frégate anti-sous-marine Primauguet, Force d'action navale de Brest
d Centre médical des armées de Brest, antenne médicale de Lanvéoc-Poulmic.
e Centre médical des armées de Toulon, antenne médicale de Hyères-Aéro.
f Centre médical des armées de Bordeaux Mérignac, antenne médicale de Cazaux, BP 70413 – 33164 La Teste Cedex.

Résumé

Historiquement en charge de la recherche et du sauvetage des aéronefs en détresse aux côtés des équipages aéronautiques militaires, les médecins et infirmiers du Service de santé des armées assurent également en milieu maritime le secours médicalisé héliporté sur l'ensemble du littoral métropolitain français. Cette mission de service public est placée au cœur de la médecine des forces car transposable aux théâtres d'opérations extérieures. Or, depuis 2013 et la création des services mobiles d'urgence réanimation maritimes, les équipes du Service de santé des armées se sont vus reléguées à un rôle de supplétif malgré leurs compétences et leur savoir-faire. Toutefois le modèle « SSA 2020 » en particulier à travers son aspect « Ouverture » assure au Service de santé des armées les conditions optimales pour lui permettre de garder sa position d'acteur majeur de ce domaine. La sanctuarisation des compétences en médecine d'urgence des équipes médicales militaires en charge de cette mission apparaît comme l'une des mesures principales qui assurerait d'atteindre cet objectif.

Mots-clés : Aide médicale urgente en mer. Maritime. Secours héliporté. Service de santé des armées (SSA).

Abstract

THE INVOLVEMENT OF THE FRENCH MILITARY HEALTH SERVICE IN THE EMERGENCY MEDICAL AID AT SEA: THE METROPOLITAN SITUATION IN 2016 AND PROSPECTS

Historically in charge of the Defense Search and Rescue Missions, alongside the military aeronautical crews, the doctors and nurses of the French Military Health Service (SSA) have, in particular, provided Helicopter Medical Assistance at sea. This Public Service mission is at the core of the military medical teams' activity because it is transferable to the theatres of external operations. Since 2013 and the creation of Maritime Medical Emergency Teams by the Civilian Public Health Authorities, the SSA teams have been considered incidental, despite their experience and their *savoir faire*. However, the new strategic "SSA 2020" model, particularly because of its "Openness" provides the SSA with the best conditions to keep its key position. In order to achieve this goal, it seems essential to preserve the skills of Emergency Medicine within the military medical teams in charge of helicopter medical aid at sea.

Keywords : French Military Health Service. Helicopter rescue. Medical emergency.Sea.

Introduction

Avec près de 20 000 kilomètres de côtes et la deuxième zone économique exclusive du monde, la France est sans conteste une puissance maritime. À ce titre, elle exerce sa souveraineté sur son territoire maritime à travers l'action de l'État en mer dont l'un des domaines majeurs est « la sauvegarde des personnes » (1).

En raison de leurs vecteurs adaptés et de leurs personnels formés, les forces armées jouent un rôle de premier ordre dans l'organisation et la mise en œuvre du secours en mer. C'est à ce titre que les équipes médicales du Service de santé des armées (SSA) font figure d'acteur majeur de ce domaine. Or, les évolutions récentes de la réglementation de l'aide médicale en mer tendent à rendre plus difficile leur participation à cette mission considérée pourtant comme « cœur de métier ». Le modèle « SSA 2020 » en particulier dans sa dimension « ouverture » est un outil essentiel qui

E. DULAURENT, médecin en chef, praticien. C. CARFANTAN, médecin en chef, praticien confirmé. B. SCHNEIDER, médecin, praticien. L. LELY, médecin en chef, praticien confirmé. L. CORGIE, médecin principal. P. GUÉNOT, médecin principal.
Correspondance : Monsieur le médecin principal P. GUÉNOT, Centre médical des armées de Bordeaux Mérignac, antenne médicale de Cazaux, BP 70413 – 33164 La Teste Cedex.
E-mail : pierre.guenot@intradef.gouv.fr.

doit permettre de pérenniser voire renforcer la place du service de santé des armées dans ce domaine.

Les auteurs envisagent donc ici d'établir un état des lieux de l'organisation de l'aide médicale en mer et de l'implication du SSA sur le territoire métropolitain. Ils proposent ensuite une analyse des difficultés que rencontre le SSA et proposent quelques voies de réflexions.

Aide médicale en mer

Imprévisible et indomptable, la mer est un milieu périlleux où l'Homme ne saurait évoluer en toute sécurité. Ainsi, la population des gens de mer est la plus exposée du monde du travail avec un taux d'accidents sept fois supérieur aux ouvriers du bâtiment (2, 3). Et, malgré les progrès technologiques croissants, chaque année apporte son lot de fortunes de mer et de naufrages meurtriers.

Historique

Depuis toujours consacré par l'usage, le sauvetage en mer n'a vraiment pris naissance qu'en 1823 avec la création en Angleterre de la *Royal National Life Boat Institution*. Fondée sur les valeurs d'entre-aide et de solidarité, il s'est formalisé tout au long du XX^{e} siècle pour aboutir notamment à la signature en 1979 de la convention de Hambourg qui pose les bases de son organisation internationale (4). La France applique ce texte fondateur. Toutefois, elle va plus loin et organise à son niveau dès 1983 l'aide médicale en mer (5) absente de la convention. Ces dernières années la densification du trafic maritime en particulier touristique, les exigences sociétales et les enjeux de santé publique sont à l'origine de l'accélération considérable du développement réglementaire et normatif de l'aide médicale en mer (6, 7) comme en témoigne la révision de l'organisation de l'aide médicale en mer en 2011 (8), la nomination des Services d'aide médicale urgente (SAMU) de coordination médicale maritime (SCMM) et la création des Services mobiles d'urgence réanimation maritimes (SMUR-M) en 2013 (9) ou l'attribution d'enveloppes budgétaires dédiées en 2014 (10). Le service public de santé a également structuré son corpus documentaire technique en particulier à travers l'édition en 2013 par la Société française de médecine d'urgence d'un référentiel de bonne pratique (11).

Concept

Actuellement, l'aide médicale en mer est fondée sur la consultation radio-médicale (5-8) et consiste en la prise en charge par un médecin de toute situation de détresse humaine survenant parmi les membres de l'équipage, les passagers ou les simples occupants d'un navire de commerce, de pêche ou de plaisance français ou étrangers ainsi que des bâtiments des flottilles civiles de l'État, à la mer.

L'action va d'un simple conseil jusqu'à l'organisation de l'intervention d'une équipe médicale sur le navire, suivie en cas de nécessité de l'évacuation du patient. Toutefois certaines situations sont exclues du cadre sémantique de l'aide médicale en mer. C'est le cas de l'assistance médicale immédiate par un bâtiment d'état ; des procédures en vigueur sur les navires de guerre ; des sinistres majeurs (organisation de la réponse de la sécurité civile - ORSEC) ; des accidents de plongée…

Organisation (4-18)

L'action de l'état en mer dont la « sauvegarde des personnes » est un domaine à part entière, est placée sous l'autorité du préfet maritime. L'aide médicale en mer s'appuie ainsi sur une organisation interministérielle où les acteurs agissent en pleine coordination.

Les centres régionaux opérationnels de surveillance et de sauvetage

Les Centres régionaux opérationnels de surveillance et de sauvetage (CROSS) sont des établissements relevant du ministère du Développement. Ils ont notamment pour missions la surveillance de la navigation, des pollutions et des pêches maritimes ainsi que la diffusion des renseignements de sécurité maritime. Équivalent français des *Maritime Rescue Coordination Center* (MRCC) définis par la convention de Hambourg (4), ils sont donc destinataires de l'ensemble des informations susceptibles de justifier le déclenchement d'une opération de sauvetage, d'évacuation ou de déroutement. En fonction de ces éléments, le chef de mission *Search and rescue* (SAR) déclenche, dirige et coordonne les éventuelles opérations de secours. Pour ce faire, à travers un système de « conférence à trois », il est en communication étroite et permanente (fig. 1) avec le navire et les acteurs médicaux (Centre de consultation médical maritime – CCMM et SAMU de coordination médicale maritime – SCMM). Il est également habilité à solliciter le concours de tous moyens d'intervention maritimes ou aériens, militaires comme civils (hélicoptères des bases aéronavales, de l'armée de l'Air, bâtiments de la Marine nationale, protection civile, douanes, gendarmerie nationale, société nationale de sauvetage en mer – SNSM).

Cinq CROSS se répartissent les eaux territoriales métropolitaines et participent aux échanges internationaux : Gris-Nez et Jobourg pour la zone Manche-mer du Nord ; Corsen pour la zone Manche ouest et Atlantique Nord (surveillance accrue du Rail d'Ouessant) ; Etel pour la façade Atlantique ; la



Figure 1. Fiche d'alerte du CROSS.

Garde pour la mer Méditerranée (renforcé par le centre d'Aspretto pour la surveillance de la Corse).

Le Centre de consultation médicale maritime (CCMM)

Créé en 1983 (5) et institué en 1995 (12) « Centre de consultations et d'assistance télémédicales maritimes », le CCMM assure un service permanent et gratuit pour tout marin ou personne embarquée à bord d'un navire français ou étranger situé dans la zone de responsabilité maritime française. Peuvent également bénéficier de son concours tous les marins français situés dans le monde entier profitant ainsi des facilités d'échange dans leur langue maternelle.

Un médecin urgentiste assure donc une permanence de consultation à distance et de régulation médicale. L'intégralité de son activité est tracée et peut comporter la télétransmission de données numériques telles qu'un électrocardiogramme ou des images. Au-delà de répondre à une demande initiale, le médecin du CCMM est également en mesure d'effectuer le suivi des patients au cours de consultations itératives. Enfin, il diffuse des formations paramédicales aux marins portant sur les actes de prévention, les dotations médicales de bord et les télécommunications.

Au total, en fonction de la gravité de la pathologie, de son degré d'urgence et des possibilités de soins à bord, il propose au capitaine du navire une conduite à tenir codifiée qui va de la poursuite des soins à bord (avec ou sans déroutement) jusqu'à l'évacuation (médicalisée ou non).

Les SAMU de coordination médicale maritime (SCMM)

Déterminés en 2011 (8) puis désignés en 2013 (9), les quatre SCMM métropolitains sont des unités fonctionnelles des SAMU 76B (Le Havre), 29 (Brest), 64A (Bayonne) et 83 (Toulon). Conformément aux missions des SAMU, les SCMM reçoivent les appels de demande d'aide médicale 24h/24h et 7j/7j. Ils organisent en lien avec les CROSS dans le délai le plus court possible, la réponse médicale la mieux adaptée à la nature de la demande du CCMM (2e conférence à trois). Pour cela, ils désignent les équipes médicales et en fixent la composition. Enfin, ils s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, font préparer son accueil, et organisent son transport du point de débarquement à l'établissement de soins (SMUR terrestre, Véhicule de secours et d'assistance aux victimes – VSAV).

Les SMUR-Maritimes (SMUR-M)

Annoncés en 2011 (8) puis désignés en 2013 (9), les SMUR-M sont des unités fonctionnelles des SAMU des départements côtiers. Leurs équipes sont composées d'un médecin et d'un infirmier volontaires, qualifiés en médecine d'urgence et entraînés à la prise en charge pré-hospitalière aéro-maritime avec un matériel adapté (13, 15).

Le tableau I (9) montre la répartition des SCMM et SMUR-M officiellement désignés.

Tableau I. Répartition 2013 des SCMM et SMUR-M.

Façade maritime	ARS	SCMM désigné	SMUR-M désigné
MÉTROPOLE			
Atlantique	Aquitaine	CH de Bayonne (64A)	CH de Bayonne (64A)
	Bretagne		CH de Vannes (56)
	Poitou-Charentes		CH de La Rochelle (17)
Manche-Mer du Nord	Basse-Normandie	CH de Le Havre (76B)	CH de Granville (50)
	Haute-Normandie		CH de Le Havre (76B)
	Nord-Pas-de-Calais		CH de Boulogne /s mer (62)
Manche-Ouest	Bretagne	CHRU de Brest (29)	CHRU de Brest (29)
Méditerranée	Provence-Alpes-Côte d'Azur	CH de Toulon (83)	CH de Toulon (83)
OUTRE - MER			
Antilles – Guyane - Caraïbes	Guyane	CHU de Fort-de-France (972)	CH de Cayenne (973)
	Martinique		CHU de Fort-de-France (972)
Océan Indien	La Réunion	CHU de La Réunion (974)	CHU de La Réunion (974)
	Mayotte	La Réunion (974)	CH de Mamoudzou (976)

Autres acteurs

Les quatre organismes décrits précédemment, piliers de l'organisation des opérations de secours et de sauvetage, peuvent également faire appel à d'autres acteurs reconnus de l'aide médicale en mer. Ces partenaires interviennent selon des spécificités locales :

– les différentes autorités militaires en charge du commandement opérationnel des équipes médicales du SSA et des vecteurs aéronautiques (Marine nationale, armée de l'Air, Gendarmerie nationale, Douanes, Sécurité civile) ;

– les acteurs bénévoles des moyens nautiques de la SNSM et de tout navire à la mer en mesure de participer aux sauvetages ;

– les Centres opérationnels et services départementaux d'incendie et de secours (CODIS-SDIS), les SAMU-SMUR côtiers, les établissements de soins.

Procédure effective de la réalisation d'une évacuation médicalisée héliportée

Une fois qu'une intervention médicale à bord d'un navire est prescrite par le CCMM, l'intervention des équipes des SMUR maritime ou du SSA et la réalisation de l'évacuation héliportée (fig. 2) se décomposent en 4 étapes principales (16,18) :

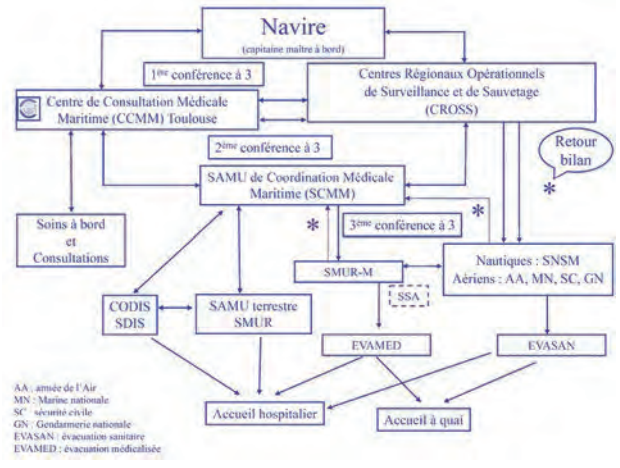


Figure 2. Organisation schématique d'une aide médicale en mer.

– une phase d'alerte et de régulation au cours de laquelle s'effectuent les « différentes conférences à trois » ;

– une phase de recueil par le médecin d'intervention (auprès des CCMM et SCMM) et le commandant de bord de l'hélicoptère (auprès du CROSS et de son commandement organique propre) des informations nécessaires pour l'évaluation de la situation aéromaritime sur place et de l'état de santé du patient ;

– une phase de sauvetage : la plus périlleuse. Le médecin et l'infirmier doivent en effet s'adapter à de nombreuses contraintes. Celles-ci sont principalement liées à l'isolement et aux conditions d'intervention (exiguïté, bruit, vibrations, mal de mer et de l'air, météorologie, hélitreuillage, communication difficile) entraînant un temps de médicalisation parfois réduit ;

– une phase de transfert vers un centre hospitalier avec la poursuite de la médicalisation dans des conditions exigeantes pendant la phase de vol retour.

Bilan d'activité

Les bilans d'activités des CROSS (19) métropolitains font état pour l'année 2015 de 4 008 interventions de recherche et sauvetage. La répartition géographique était assez homogène sur l'ensemble du littoral. Les moyens de secours étaient le plus souvent nautiques dans 62 % des cas puis terrestres dans 28 %, et enfin aéronautiques dans 10 %.

En ce qui concerne les acteurs médicaux, les données sont plus difficiles à recueillir (17, 18, 20). Le CCMM rapporte environ 3 405 téléconsultations pour l'année 2014. Pour les SCMM un peu moins de 800 affaires de régulation ont concerné l'aide médicale en mer en métropole en 2015. Elles ont donné lieu à 479 décisions de prise en charge avec 19 % d'évacuations médicales (EVAMED), 30 % d'évacuations sanitaires (EVASAN) et 51 % de soins à bord avec ou sans déroutement. Le moyen aéronautique était le plus utilisé : Marine nationale, Sécurité civile et armée de l'Air. La répartition du type de pathologies variait selon les SCMM avec globalement 50 % de médecine et 50 % de traumatologie. La répartition géographique montrait 44 % pour la zone Manche-Mer du Nord, 32 % pour la zone atlantique et 24 % pour la zone Méditerranée.

Implication du Service de santé des armées

En charge prioritairement de la mission SAR (21, 23) qui consiste à la recherche et au sauvetage des équipages des aéronefs militaires ou civiles en détresse (Organisation internationale de l'aviation civile – OACI), les forces armées ont de tout temps également joué un rôle de premier ordre dans le secours en mer en raison de leurs personnels formés et de leurs vecteurs adaptés (rayon d'action, autonomie et emport importants ; capacité de vol et d'hélitreuillage de nuit…). Les équipes médicales du SSA soutenant ces unités ont donc toujours été naturellement en charge de conduire le volet médical de ces interventions (24, 25).

Missions et moyens

Les équipes médicales sont composées d'un médecin et d'un infirmier. Elles tiennent l'alerte 24h/24h et 7j/7j, avec un délai entre l'alerte et le décollage de 15 minutes en heures ouvrables et d'une à deux heures en heures non ouvrables. Même si le médecin n'est pas systématiquement diplômé en médecine d'urgence, l'entraînement spécifique au milieu aéromaritime (fig. 3), la coopération avec les équipages des vecteurs aéronautiques (pilotes, mécaniciens, sauveteurs-plongeurs…) et la formation médicale continue, notamment pré-hospitalière, à la prise en charge des urgences médico-chirurgicales garantissent un haut niveau de technicité et de qualité des interventions médicalisées.



Figure 3. Hélitreuillage du médecin. © MP Rebardy.

Le matériel médical (fig. 4) est fourni par le SSA avec un effort particulier sur la miniaturisation. Les éléments de sécurité (harnais…) et de protection individuelle (bouchons auditifs, combinaison étanche, casque de vol, gants…) sont alloués par les armées (Marine nationale et armée de l'Air).

Organisation locale

Actuellement six structures médicales du SSA impliquées dans la mission SAR, se répartissent l'activité d'aide médicale en mer sur l'ensemble des façades maritimes métropolitaines. Chacune d'elle détient un mode de fonctionnement propre en fonction des unités soutenues et de leur relation avec les acteurs locaux du service public de santé.

Il s'agit de :

– l'antenne médicale (AM) de Cherbourg du Centre médical des armées (CMA) de Rennes pour la Manche ;

– l'AM de Lanvéoc-Poulmic du CMA de Brest pour l'Atlantique Nord et rail d'Ouessant ;



Figure 4. Exemple de lot d'intervention médicale. © MP Guénot.

– les AM du centre médical des armées de Rochefort-Cognac pour la façade Atlantique ;
– l'AM de Cazaux du CMA de Bordeaux-Mérignac pour l'Atlantique Sud ;
– l'AM de Hyères-aéro du CMA de Toulon pour la Méditerranée ;
– l'AM de Solenzara du CMA rationalisé de Corse pour la Corse et la Méditerranée.

Leur répartition est illustrée par la figure n° 5.

Le SSA est également impliqué dans le plan « Organisation de la réponse de la sécurité civile » (ORSEC) maritime à travers les équipes « santé » du Bataillon de marins-pompiers de Marseille (BMPM), seule unité en France dotée et capable de mettre en œuvre l'Unité médicale d'intervention maritime (UMIM) (26).

CMA Rennes – AM Cherbourg

En charge de l'aide médicale en mer pour la façade Manche Est et la Mer du Nord, du Mont-Saint-Michel à la frontière belge, l'AM de Cherbourg armait un hélicoptère « EC 225 » de la Marine nationale jusqu'à

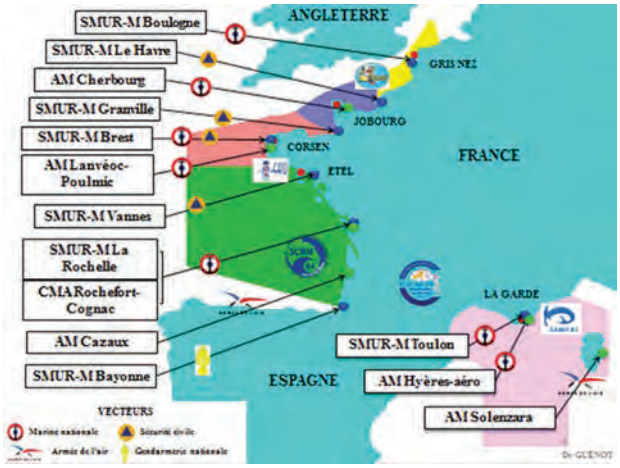


Figure 5. Cartographie métropolitaine des principaux acteurs de l'aide médicale en mer.

l'été 2016. Depuis, les missions sont assurées à l'aide d'un hélicoptère de dernière génération « NH 90 », sous l'autorité des CROSS Gris-Nez et Jobourg, et en coordination avec les CCMM et SCMM du Havre. Le plateau technique du Centre hospitalier (CH) de Cherbourg étant parfois insuffisant, de nombreuses interventions sont régulées à destination des CH du Havre, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen, Lille, Rennes et Brest (caisson hyperbare).

L'AM de Cherbourg réalise actuellement plus 60 % des interventions médicalisées en Manche Mer du Nord. L'isolement géographique de la flottille et de l'AM de Cherbourg par rapport aux CH et leurs antennes SAMU rend difficile la création à court terme d'un SMUR Maritime.

CMA Brest – AM Lanvéoc-Poulmic

L'AM de Lanvéoc-Poulmic assure, en coordination avec les CROSS Corsen et Etel, CCMM et SCMM de Brest, la mission d'aide médicale urgente en mer pour la façade Bretagne et le rail d'Ouessant, à bord d'un hélicoptère « NH 90 » de la Marine nationale (fig. 6). Créé en 2013, le SMUR-M de Brest a permis le rapprochement de l'AM de Lanvéoc-Poulmic et le SAMU de Brest par le biais d'une convention finalisée en juillet 2016 (27). Celle-ci prévoit notamment le partage des alertes entre ces deux structures géographiquement proches au rythme de 60 % SSA et 40 % au SMUR-M de Brest. Diverses difficultés techniques persistent à ce jour pour la mise en œuvre pratique. L'AM garde à sa charge exclusive les déclenchements SAR OACI (24).



Figure 6. Hélicoptère « NH 90 » de la Marine nationale. © Marine nationale.

CMA Rochefort-Cognac (28)

Depuis 2014, le système d'astreinte des équipes médicales militaires du Centre médical des armées Rochefort-Cognac a disparu au profit d'une insertion complète au service des urgences et SMUR du CH de La Rochelle, au travers d'une convention avec la Direction régionale du SSA (DRSSA) de Bordeaux. Les médecins urgentistes militaires des antennes de Rochefort, Saintes et Cognac participent aux gardes au SMUR terrestre du CH de La Rochelle, et sont préférentiellement projetés

avec un hélicoptère « SA 365 Dauphin » de la Marine nationale (fig. 7) en cas de déclenchement d'une mission d'aide médicale en mer. Cette mutualisation efficiente semble être un exemple abouti de coopération civilo-militaire, même si le nombre et la disponibilité des médecins urgentistes militaires restent restreints.



Figure 7. Hélicoptère « SA 365 Dauphin » de la Marine nationale. © Marine nationale.

CMA Bordeaux-Mérignac – AM Cazaux (24, 29)

L'AM de Cazaux médicalise un hélicoptère « SA330 Puma » de l'armée de l'Air (fig. 8), dédié à la recherche et au sauvetage des équipages et aéronefs en détresse dans le sud-ouest de la France.

Les équipes médicales militaires participent également à l'aide médicale en mer pour la façade atlantique sud, entre les zones de responsabilité des SMUR-M de La Rochelle et Bayonne. L'AM poursuit une étroite collaboration avec le SCMM 64 et le SMUR terrestre d'Arcachon. Néanmoins, aucun projet de mutualisation plus approfondi n'est actuellement envisagé à court terme.

CMA Corse – AM Solenzara (24, 30)

Comme à Cazaux, les équipes médicales militaires assurent conjointement les missions de SAR et d'aide médicale en mer pour la façade méditerranéenne sud et Corse, à bord d'un hélicoptère « SA 330 Puma » de l'armée de l'Air. Le plateau technique du CH de Bastia s'avérant parfois insuffisant, elles soutiennent également les missions de transfert médical secondaire de patients vers le continent (CHU de Marseille, CH de Toulon, caisson hyperbare…). L'AM entretient une étroite collaboration avec les acteurs civils de santé. À ce jour, la création d'un SMUR maritime Corse n'est pas envisagée à court terme.

CMA Toulon – AM Hyères-aéro (20, 31)

L'AM de Hyères-aéro assure l'alerte d'aide médicale en mer pour la façade méditerranéenne au profit des



Figure 8. Hélicoptère « SA 330 Puma » de l'armée de l'Air. © MP Guénot.

seuls personnels embarqués sur les bâtiments de la Marine nationale. Un hélicoptère « SA365 Dauphin », puis « NH 90 » à l'horizon 2017, est mutualisé avec les équipes du SMUR-M de Toulon, en charge des interventions civiles en milieu maritime.

Discussion (32)

L'Aide médicale urgente en mer (AMUM) est un domaine historique du SSA. Elle reste plus que jamais une véritable activité opérationnelle dite « cœur de métier » puisque directement transposable aux théâtres d'Opérations extérieures (OPEX). En effet, la médicalisation pré-hospitalière héliportée en milieu isolé et périlleux est une mission princeps des équipes médicales militaires projetées (évacuations médicalisées par hélicoptères de manœuvre — HM MEDEVAC).

Or, sur le territoire national, depuis la désignation des SMUR-M en 2013 (7), les équipes du SSA se trouvent reléguées à un statut d'acteur optionnel. D'une mission articulée autour de l'expertise des équipes du SSA dans l'exercice médical en milieux aéro-maritime, les autorités de santé priorisent aujourd'hui l'engagement de moyens dédiés à l'intervention médicale d'urgence mis en œuvre par des médecins spécialistes de ce domaine. Ce nouveau paradigme rend ainsi plus difficile la participation des équipes du SSA qui ne rentrent pas toujours dans le cadre normatif édicté. En effet, les centres médicaux des armées actuellement impliquées dans l'AMUM ne comptent pas systématiquement dans leurs effectifs de médecin considéré comme « urgentiste » par le Service public de santé (SPS).

Au final, les équipes médicales militaires pourraient donc voir les équipages des hélicoptères dont elles soutiennent les activités tout au long de l'année et avec lesquelles elles sont déployées en OPEX, mener sur le territoire national en compagnie d'équipes médicales civiles une activité opérationnelle comparable à celle qu'elles mènent en opération.

Pourtant, la place effective des équipes du SSA dans le domaine de l'AMUM reste encore quelque peu préservée. Tout d'abord parce que le savoir-faire et l'expérience des équipes du SSA sont encore unanimement reconnus (9, 16-18). Ensuite parce que

les membres des équipes civiles et militaires ont tissé entre eux depuis longtemps des liens solides personnels et confraternels. Ainsi, de nombreux praticiens et infirmiers militaires participent à titre individuel au fonctionnement des SAMU et des Services d'accueil des urgences (SAU) tandis que certains membres des équipes de ces services œuvrent activement au sein de la réserve opérationnelle du SSA. Au-delà de ces deux aspects, le SSA reste encore un acteur de l'AMUM car les équipes des CH des façades maritimes poursuivent leur adaptation à cet exercice sensible et périlleux. Ainsi, l'appréhension des contraintes des milieux maritime et aéronautique nécessite au-delà d'une formation, une véritable expérience et un vrai volontariat. De même, les spécificités techniques de la médicalisation en milieu hostile maritime rendent souvent difficile l'application des préceptes de la médecine d'urgence en SMUR terrestre (13). Enfin, même si la nécessaire qualification à l'embarquement et à l'hélitreuillage sur les vecteurs du ministère de la Défense est réalisable, l'obtention d'habilitations (protection du Secret) concernant les vecteurs de dernière génération fait figure de réelle problématique.

Toutefois, au vu de l'importance des moyens alloués, le processus institué par l'instruction de 2013 (7) semble s'inscrire durablement dans le sens de l'histoire. Aucune des contraintes décrites précédemment ne semble insurmontable pour le SPS et les seules relations humaines ne suffiront pas à garantir au SSA sa place dans l'AMUM. Le SPS pourrait donc à plus ou moins long terme se passer des équipes du SSA et faire appel aux vecteurs aéronautiques militaires pour y transporter leurs propres équipes médicales.

Effectuant cette analyse et profitant d'un terrain encore favorable, le SSA tente de garantir une partie de sa participation à l'aide médicale en mer à travers la signature de conventions. Ces accords assurent par exemple l'intégration des médecins diplômés en médecine d'urgence aux équipes de gardes des SAMU-M (CMA de Rochefort) ou bien encore la répartition de l'astreinte entre équipes civiles et militaires (CMA de Brest) ; les équipes du SSA gardant en propre la responsabilité de la SAR OACI. Par leur caractère institutionnel, ils scellent la relation SSA-SPS dans ce domaine. Toutefois, leur hétérogénéité et leurs conditions d'application souvent délicates les fragilisent. Le modèle « SSA 2020 » (33) doit permettre de remédier à ces difficultés et ainsi sanctuariser la place de SSA dans l'AMUM.

Perspectives d'avenir (32)

Le projet de service et le modèle « SSA 2020 » (33) à travers leur dimension « ouverture » visent à faire du SSA un acteur à part entière du SPS, conscient de ses devoirs et de ses droits. Cette démarche partagée par le ministère de la Santé et de la Défense trouve dans l'aide médicale d'urgence en mer la meilleure des applications. Il s'agit là pour chacune des parties, pour qui l'AMUM est un enjeu stratégique, de se retrouver autour d'un projet commun.

Pour le SSA, une piste de réflexion consisterait en la sanctuarisation au sein des antennes médicales en charge de l'aide médicale urgente en mer, de compétences en médecine d'urgence reconnues du SPS. À la parfaite maîtrise des contraintes des milieux aéronautique et maritime, le SSA ajouterait ainsi l'expertise nécessaire en médecine d'urgence. Il répondrait alors de la meilleure des façons au cadre réglementaire imposé.

La présence pérenne et en nombre suffisant de médecins urgentistes dans ces antennes permettrait également d'armer peut-être plus aisément des postes d'évacuation médicale héliporté en OPEX avec des praticiens urgentistes, formés aux spécificités de la médecine de guerre et habitués aux conditions d'évacuation extrêmes ainsi qu'aux élongations importantes. Il serait alors possible d'imaginer le développement d'un parcours professionnel au sein des filières aéronautique et aéronavale. Cette organisation pourrait également être associée à une formation continue partagée avec les instances universitaires et donc accessible aux équipes civiles des SMUR-M. Dans cette dynamique, des projets de recherche clinique communs ne manqueraient pas de voir le jour, le SSA bénéficiant là encore de la force du système national de l'enseignement supérieur.

Pour le SSA, le constat de la diversité des approches, de l'engagement, des relations avec les autorités locales civiles et militaires plaide également pour la désignation d'un référent national militaire sur ce sujet. Ce praticien aurait pour mission de créer et d'animer un réseau, de veiller au partage et à la mise en œuvre des bonnes pratiques, d'assurer une veille technique. Ce dernier pourrait trouver sa place au sein de l'échelon milieu « aéronautique » de la future direction de la médecine des forces. Au plus près des états-majors, il pourrait travailler à la fluidité des procédures de déclenchement des secours qui diffèrent selon les armées (22, 23, 32). Il ferait également office dans son domaine de relais entre les armées et les autorités du SPS. Il pourrait ainsi veiller aux évolutions des doctrines d'emploi des capacités héliportées que les armées consacrent de manière pérenne ou épisodique aux missions de Service public. Car si la Marine nationale à travers sa fonction « garde-côtes » sanctuarise certains de ses vecteurs pour ces missions (hélicoptère « Dauphin »), le constat est tout autre pour l'armée de l'Air qui priorise l'emploi de ses hélicoptères à la mission SAR au profit des équipages et aéronefs en détresse en métropole (22, 23) et à la Recherche et sauvetage au combat (RESCo) en OPEX.

L'ouverture doit également passer par une démarche de rapprochement de la part du SPS. Ainsi, conscients de leur rôle dans le soutien des équipes médicales projetés en OPEX, les centres hospitaliers faciliteraient plus facilement l'accès des praticiens comme des infirmiers militaires aux services d'urgence (SAMU-SMUR-SAU).

Les SAMU identifiant officiellement un véritable vivier de compétences dans les CMA pourraient également s'adresser à eux afin de réaliser des missions héliportées avec les vecteurs des SAMU ou de la sécurité civile. Cette procédure permettrait aux équipes du SSA d'intervenir plus souvent et fournirait aux régulateurs des SAMU une option supplémentaire.

Conclusion

Fort d'une histoire où les compétences du SSA sont reconnues et soulignées par l'ensemble des acteurs et bénéficiaires, la pérennité de la participation de ses équipes à l'aide médicale en mer dépend à moyen terme de sa capacité à devenir et à rester un acteur à part entière du SPS. De la part du SSA, cette démarche passe probablement par la sanctuarisation d'un nombre suffisant de postes de médecins qualifiés en médecine d'urgence dans les antennes médicales qui participent à l'aide médicale en mer. De la part du SPS, il s'agit de prendre en compte le savoir-faire du SSA et définitivement intégrer le soutien qu'il se doit d'apporter au SSA afin de lui permettre d'assurer en tous lieux et en toutes circonstances sa mission régalienne. Au-delà, la participation des médecins et infirmiers du SSA à l'AMUM s'intègre naturellement aux réflexions que le SSA mène sur à la place des soins d'urgence au sein de la médecine des forces et la juste reconnaissance par le SPS des compétences des équipes du SSA dans ce domaine.

Remerciements au MC N. Granger-Veyron.

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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Action de l'état en mer. Secrétariat général de la mer. http://www.gouvernement.fr/action-de-l-etat-en-mer-sgmer. Consulté le 16 décembre 2016.
2. Vergne M. Aide médicale en mer et organisation des secours. Les jeudis de l'urgence du BMPM « Urgences en milieu maritime ». Marseille, le 19 mai 2016. http://smurbmpm.fr/wp-content/uploads/2015-2016/19-05-2016/aide_medicale_en_mer.pdf. Consulté le 25 novembre 2016.
3. Vergne M. Médecine d'urgence en situation d'exception : à propos du milieu maritime. Les jeudis de l'urgence du BMPM « Urgences en milieu maritime ». Marseille, le 21 mai 2015. http://smurbmpm.fr/wp-content/uploads/2015/21-05-2015/v3médecine-urgence-en-situation-exception.pdf. Consulté le 25 novembre 2016.
4. Organisation maritime internationale. Convention internationale sur la recherche et le sauvetage maritimes, signée à Hambourg le 27 avril 1979, publiée par le décret n° 85-580 du 5 juin 1985 et modifiée en 1988 et 2004.
5. Instruction interministérielle du 29 avril 1983, relative à l'organisation opérationnelle de l'aide médicale en mer.
6. Décret n° 88-531 du 2 mai 1988 puis Instruction du 29 mai 1990, relative à l'organisation du secours, de la recherche et du sauvetage des personnes en détresse en mer.
7. Organisation maritime internationale. Circulaire n° 960 du 20 juin 2000, relative à la définition des éléments d'un système global d'assistance médicale en mer.
8. Instruction interministérielle du 29 août 2011 relative à l'organisation de l'aide médicale en mer.
9. Instruction n°DGOS/R2/2013/409 du 22 novembre 2013, relative à la désignation des SCMM et des SMUR-M dans le cadre de l'aide médicale en mer.
10. Circulaire DGOS/R1/2014/99 du 31 mars 2014 relative à la campagne tarifaire 2014 des établissements de santé.
11. Société française de médecine d'urgence – SAMU de France. Référentiel Aide Médicale en Mer. Novembre 2013.
12. Arrêté du 10 mai 1995 relatif à la qualification du CCMM de Toulouse, centre de consultations et d'assistance télémédicales maritimes dans le cadre de l'aide médicale en mer.
13. Société française de médecine d'urgence – SAMU de France. SMUR : référentiel et guide d'évaluation. Juin 2013.
14. Code de la santé publique. Article R6123-15 modifié par le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence.
15. Khadidjatou SOW. Matériel et formation dans le SMUR Maritime métropolitain français. Thèse d'exercice. Brest : université de Bretagne occidentale ; 2016:45 p.
16. Cerez-Fouilland C. Épidémiologie des évacuations sanitaires héliportées en haute mer réalisées par la Marine nationale au profit des marins pêcheurs. Thèse d'exercice. Brest : université de Bretagne occidentale. 2012:137 p.
17. Ménard C. L'aide médicale en mer : point de vue du SCMM. Journées de rencontre des SCMM et SMUR-maritimes. Biarritz, 19 et 20 novembre 2015. samu76b.ch-havre.fr/wordpress/wp-content/.../201504_Principes-AMU-Mer.ppt. Consulté le 28 octobre 2016.
18. Mokni T. Organisation de l'aide médicale en mer. Agence régionale de santé Aquitaine-Limousin-Poitou-Charente, le 4 mai 2016.
19. Bilan d'activité des CROSS 2015. http://www.developpement-durable.gouv.fr/Bilan-d-activite-2015-des-CROSS-et.html. Consulté le 25 novembre 2016.
20. Arzalier JJ, Legrand P, Raymond JJ, Sauvecanne P. Expérience du SAR : 10 années de secours en mer au SAMU de coordination médicale maritime de Toulon. Les jeudis de l'urgence du BMPM « Urgences médicales en milieu maritime ». Marseille, 7 juin 2007. http://smurbmpm.fr/les-jdu/. Consulté le 4 décembre 2016.
21. Organisation internationale de l'aviation civile. Annexe 12 to the Convention on International Civil Aviation. 2004.
22. Instruction n° 120/DEF/EMA/BPSO du 18 mars 2014, relative aux transports aériens effectués par moyens militaires sur demande de services publics ne relevant pas du ministère de la Défense ou sur ordre du ministre de la Défense dans l'intérêt des armées.
23. État-Major des Armées. Protocole relatif aux moyens aériens de recherche et de sauvetage des aéronefs en détresse en temps de paix entre le ministère de la Défense et des anciens Combattants et le ministère de l'Écologie, du Développement durable, des Transports et du Logement. 2011.
24. Instruction ministérielle 3938/DEF/DCSSA/OSP du 29 décembre 2011, relative au rôle du service de santé dans la mission de recherche et de sauvetage d'un aéronef en détresse.
25. Lettre n° 2195/DEF/DCSSA/OSP/ORG du 11 juillet 2011, relative à la participation du service de santé des armées aux actions de secours en mer et de Search and rescue.
26. Delmond E. L'unité médicale d'intervention en milieu maritime (UMIMM). Fiche de synthèse BMPM. 5 novembre 2016.
27. Convention de mutualisation des équipes civilo-militaires pour l'aide médicale urgente en mer sur la façade atlantique. DRSSA de Brest, préfecture maritime, CHRU de Brest. 8 juillet 2016.http://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/atlantique-renfort-pour-la-smur-maritime
28. Dulaurent E, Schneider B, Beylot V. SMUR Maritime, un nouveau concept pour le SSA. Poster affiché à la XVII^{e} Journée de médecine aéronautique, CPEMPN – HIA Percy, le 9 décembre 2016.
29. Guénot P, Bareau L, Rebardy M, Hatté D, Bertrand L, Gras D. Missions « Search and Rescue (SAR) » de l'antenne médicale de Cazaux de 1999 à 2016. Poster affiché à la XVII^{e} Journée de médecine aéronautique, CPEMPN – HIA Percy, le 9 décembre 2016.
30. Carfantan C, Gehant M, Pegaz PY, Bourgeois B, Clément J, Bancarel. Les missions de secours héliportés du Centre médical des armées de Solenzara. Ann. Fr. Med. Urgence.
31. Corgie L, Ollier D, Ireland C, Laffittan S. Épidémiologie des opérations de sauvetage héliportées de la Flottille 35 F Service Public d'Hyères (9/2014-9/2016). Poster affiché à la XVII^{e} Journée de médecine aéronautique, CPEMPN – HIA Percy, le 9 décembre 2016.
32. Compte-rendu N° 1-0160/DRSSA.BX/SP du 13 juillet 2016, relatif à la réunion aide médicale en mer et secours maritimes du 4 mai 2016.
33. Modèle du SSA 2020 : N° 500154/DEF/DCSSA/PS du 4 janvier 2016.