



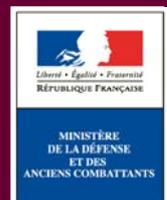
**Centre interarmées
de concepts,
de doctrines et
d'expérimentations**



**Aide médicale
aux populations**

**Doctrine interarmées
DIA-3.10.3.1_AMP(2009)**

N° 097/DEF/CICDE/NP du 15 mai 2009



Intitulé *L'Aide médicale aux populations*, la Doctrine interarmées (DIA) 3.10.3.1_AMP(2009) respecte la charte graphique définie dans la Publication interarmées (PIA) 7.2.4_RDRIA(2010), n° 161/DEF/CICDE/NP en date du 18 juin 2010. Ladite charte graphique est elle-même conforme aux prescriptions de l'*Allied Administrative Publication (AAP) 47(A)* intitulée *Allied Joint Doctrine Development*). Elle applique également les conseils du *Lexique des règles typographiques en usage à l'Imprimerie nationale (LRTUIN, ISBN¹ 978-2-7433-0482-9)* dont l'essentiel est disponible sur le site Internet www.imprimerienationale.fr ainsi que les prescriptions de l'Académie française. La jaquette de ce document a été créée par le Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations (CICDE)². **Attention : la seule version de référence de ce document est la copie électronique mise en ligne sur les sites Intradef et Internet du ([http:// www.cicde.defense.gouv.fr](http://www.cicde.defense.gouv.fr)) dans la rubrique *Corpus conceptuel et doctrinal interarmées !***

¹ *International Standard Book Number* Numéro international normalisé du livre.

² Photos ministère de la Défense (MINDEF).



DIA-3.10.3.1 _AMP(2009)

**AIDE MÉDICALE
AUX POPULATIONS
(AMP)**

N° 097/DEF/CICDE/NP du 15 Mai 2009

(PAGE VIERGE)

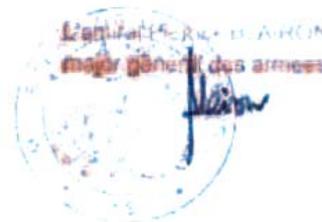
Lettre de promulgation



Paris, le 15 mai 2009
N° 097/DEF/CICDE/NP

Le général d'armée Jean-Louis GEORGELIN
Chef d'État-major des Armées
(CEMA)

1. Intitulée *Aide médicale aux populations*, la Doctrine interarmées (DIA) 3.10.3.1_AMP(2009) a été élaborée par le Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations (CICDE) avec le concours de états-majors et des organismes concernés à partir d'un projet de document rédigé par la Direction centrale du Service de santé des armées (DCSSA).
2. Ce document définit les limites et les principes de l'AMP, capacité agissant au plan opérationnel tout en préservant le caractère humanitaire des actions de la DCSSA et complémentaire des actions menées par les armées dans le cadre de la coopération civilo-militaire.
3. Enfin, cette doctrine interarmées constitue un guide pour l'utilisation des moyens de santé militaires dans la double mission de soutien de la force et d'aide aux populations.



(PAGE VIERGE)

Récapitulatif des amendements

1. Ce tableau constitue le recueil de tous les amendements proposés par les lecteurs, quels que soient leur origine et leur rang, transmis au Sous-directeur Synergie doctrinale (SD-SD) du Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations (CICDE) en s'inspirant du tableau proposé en annexe B (voir page 31).
2. Les amendements validés par le CICDE sont inscrits **en rouge** dans le tableau ci-dessous dans leur ordre chronologique de prise en compte.
3. Les amendements pris en compte figurent **en violet** dans la nouvelle version.
4. Le numéro administratif figurant au bas de la première de couverture et la fausse couverture est corrigé (**en caractères romains, gras, rouges**) par ajout de la mention : « **amendé(e) le jour / mois /année.** »
5. La version électronique du texte de référence interarmées amendé remplace la version antérieure dans toutes les bases de données informatiques.

N°	Amendement	Origine	Date de validité
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

(PAGE VIERGE)

Références

- a. Voir Annexe A, page 31.

Préface

1. Les forces armées françaises sont engagées régulièrement dans l'aide aux populations. Le concept³ et la doctrine⁴ interarmées d'Intervention extérieure de secours d'urgence (IESU) définissent le rôle des forces armées au profit des populations civiles lors d'une catastrophe naturelle ou technologique hors du territoire national.
2. Cependant, les conflits contemporains ont également des conséquences graves pour les civils qui, malgré eux, sont au cœur des zones de combat ou bien représentent un enjeu pour une partie des belligérants usant à leur égard de la terreur morale ou physique, de la violence. Mondialement médiatisées, leurs souffrances sont aussi devenues un facteur possible d'influence sur la conduite d'un conflit.
3. Les opérations militaires menées par les forces armées doivent donc tenir compte, aujourd'hui bien plus qu'hier, des dimensions civiles de leurs engagements.
4. Au niveau stratégique, cette problématique est abordée à travers l'approche globale de la résolution des conflits définie dans le concept de gestion des crises⁵.
5. Au niveau opératif, dans le respect de la tradition humaniste de la France, les forces armées ont le souci de limiter au strict minimum les conséquences des combats.
6. Enfin, la doctrine interarmées sur la coopération civilo-militaire (CIMIC)⁶ éclaire les relations entre les forces armées et la société civile d'un théâtre d'opération.
7. Intitulée *Aide médicale aux populations*, le DIA-3.10.3.1_AMP(2009) définit l'emploi du Service de santé des armées (SSA) dans le cadre d'une force projetée sur un théâtre d'opération. Sans obérer les capacités sanitaires en soutien des forces armées, l'AMP permet d'atténuer les souffrances tout en améliorant la perception de nos forces par la population locale.
8. Il s'agit de définir l'AMP, ses limites et les principes qui guident l'utilisation des moyens de santé militaires dans la double mission de soutien de la force et d'aide aux populations.

³ CIA-3.28_IESU(2008), *Les Intervention extérieure de secours d'urgence*, n° 217/DEF/CICDE/NP du 10 janvier 2008.

⁴ DIA-3.28_IESU(2008), *Les Intervention extérieure de secours d'urgence*, n° 217/DEF/CICDE/NP du 16 septembre 2008.

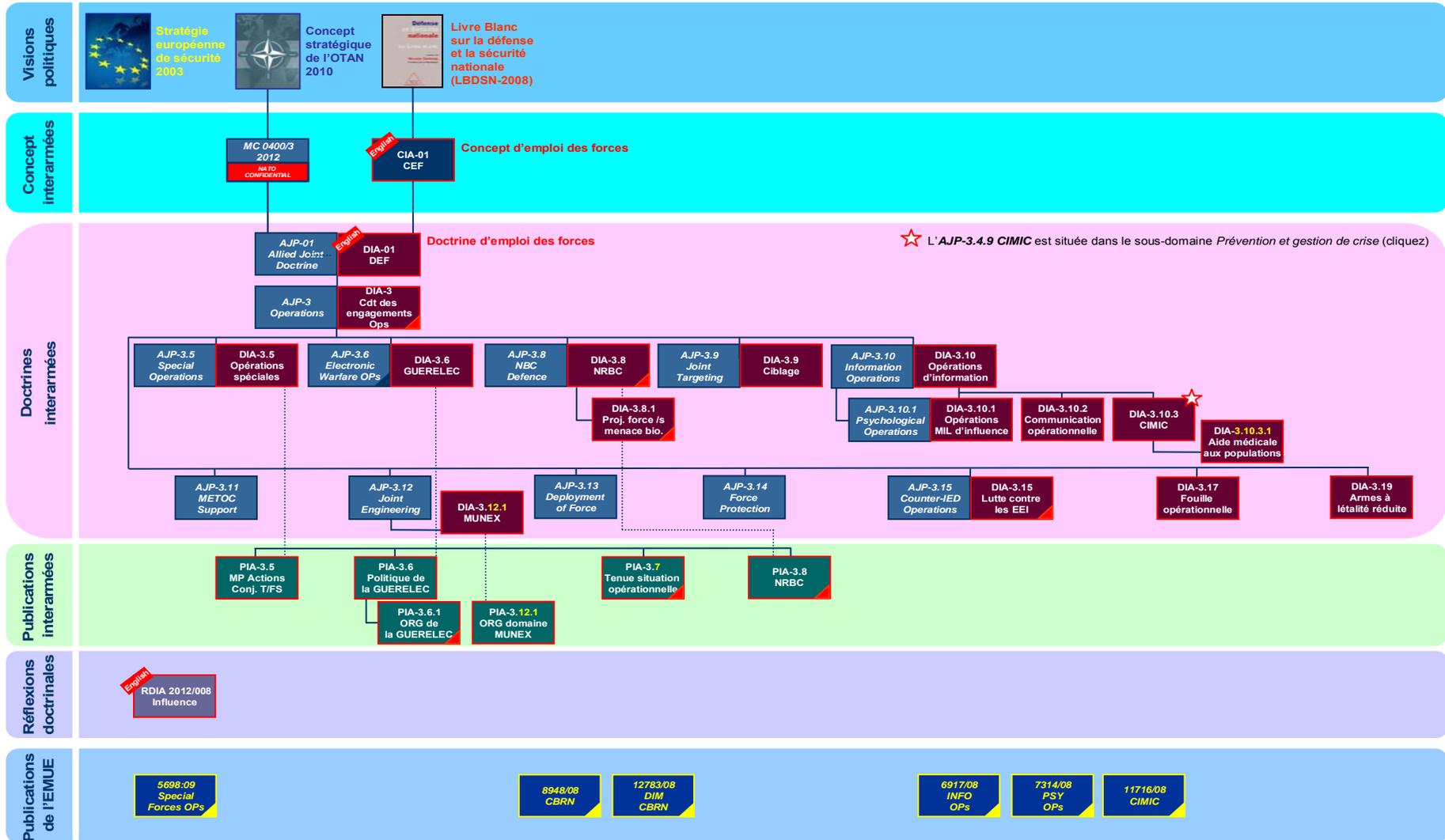
⁵ CIA-3.4_GdC(2008), *La gestion de crise*, n° 033/DEF/CICDE/NP du 10 janvier 2008.

⁶ CIA-9_CIMIC(2005), *La Coopération civilo-militaire*, n° 262/DEF/EMA/EMP.1/NP du 03 mars 2005.

(PAGE VIERGE)



Domaine 3.5 à 3.19 *Actions interarmées*



(PAGE VIERGE)

	Page
Chapitre 1 – Cadre général	15
Chapitre 2 – L’Aide médicale aux populations (AMP)	17
Section I Définition.....	17
Section II Finalités	19
Section II AMP et AMH.....	19
Chapitre 3 – Principes et contraintes de l’AMP	21
Section I Principes relevant de l’action globale des forces	21
Section II Principes relevant de la pratique médicale	22
Section III Principes techniques.....	23
Section IV Les contraintes de l’AMP	24
Chapitre 4 – Organisation	25
Section I Organisation au niveau stratégique	25
Section II Organisation au niveau opératif.....	26
Section III Responsabilités et acteurs de l’AMP	27
Section IV Organisation générique de l’AMP et adaptation du dispositif.....	28
Annexe A – Références documentaires	29
Annexe B – Demande d’incorporation des amendements	31
Annexe C – Lexique	33
Partie I Sigles, acronymes et abréviations	33
Partie II Termes et définitions	34
Résumé – Quatrième de couverture	33

(PAGE VIERGE)

101. Mise en œuvre dans un cadre interarmées, interministériel et international, le concept de *Gestion de crise (GdC)* prend en compte l'ensemble des activités pouvant être menées par les forces armées avant, pendant et après l'intervention militaire et participant à l'atteinte d'un dessein d'ensemble, préalablement défini par les acteurs engagés dans la résolution d'une crise.
102. En application de cette doctrine, la Coopération civilo-militaire (*CIVILIAN-MILITARY Co-operation* ou *CIMIC*) constitue une fonction opérationnelle à part entière. Placée sous la responsabilité du COMMANDANT de la FORCE (COMANFOR), elle contribue aux relations avec les acteurs civils en vue de préserver la légitimité de l'action et donc à protéger les forces armées. Son action est fondamentale dans le cadre des opérations de STABILISATION (STAB), quand les organismes civils ne sont pas ou plus en mesure d'assurer pleinement leur mission, puis dans la phase de normalisation qui voit le désengagement et le passage de relais à l'administration concernée, aux organisations ou aux agences internationales compétentes.
103. Dans cette vaste entreprise, le Service de santé des armées (SSA) joue un rôle particulier, connu sous le terme générique d'Aide médicale aux populations (AMP). Cette expérience et ce savoir-faire opérationnel sont mis d'abord au service du commandement des forces armées, puis des populations civiles éprouvées dans la mesure des moyens attribués. Planifiée en coordination avec la *CIMIC*, l'AMP se révèle comme un pilier important s'imposant naturellement dès lors que, de tous les acteurs présents sur les théâtres, les forces armées sont généralement les seules à pouvoir agir de manière coordonnée sans que cela nuise aux opérations.
104. L'AMP vise à répondre à la demande de secours médicaux et à atténuer les conséquences du conflit. Au-delà de l'action d'aide médicale proprement dite, elle cherche à contribuer, par une action continue de soutien et d'aide à la population, à établir un véritable rapport de confiance bénéfique à l'action des forces armées.



Figure 1 – Le CEMA au chevet d'une jeune patiente à l'hôpital de Kaboul

(PAGE VIERGE)

Chapitre 2

L'Aide médicale aux populations (AMP)

201. L'action de l'AMP au sein de la *CIMIC* est une tâche délicate :
- dans son positionnement politique ou stratégique car elle ne doit pas entraîner de confusion entre l'assistance humanitaire et les opérations militaires ;
 - dans sa planification et sa conduite, du fait de l'absence d'identification initiale fiable des besoins à satisfaire et de l'appréciation réelle de leurs conséquences ;
 - dans son exécution, qui doit être conforme aux règles de déontologie auxquelles sont soumis les praticiens des armées et l'ensemble de leurs collaborateurs.
202. Une approche rationnelle doit être adoptée afin de conserver toute l'efficacité à l'action entreprise en distinguant le souhaitable de l'idéal, le savoir-faire de la générosité. Il faut donc :
- planifier pour mieux définir ce que l'on va faire, comment on va le faire et avec qui on va le faire ;
 - gérer pour utiliser au mieux de l'intérêt des populations des moyens contraints dans le respect du cadre ou des limites fixées ;
 - évaluer enfin en début d'action pour construire la meilleure aide médicale possible par rapport à la mission des forces projetées, mais aussi en retour d'expérience pour adapter les stratégies futures.
203. Ce n'est qu'en se soumettant à ces impératifs qu'il est possible de construire une AMP conforme au besoin bien compris des populations mais compatible avec l'état final recherché par les forces projetées.

Section I - Définition

204. L'Aide médicale (apportée) aux populations (AMP) désigne l'ensemble des activités conduites par le personnel du service de santé d'une force armée projetée, en complément de la *CIMIC* afin d'améliorer l'environnement médical des populations civiles dans lequel cette force opère.
205. À ce titre, les activités médicales conduites par le SSA dans ce cadre font partie intégrante du plan d'opération. Elles sont planifiées par les états-majors, coordonnées et organisées par le chef « santé » interarmées de théâtre (COMSANTÉ), exécutées par le personnel du service de santé de la force sous l'autorité hiérarchique du COMANFOR. L'AMP intervient sur le plan humanitaire soit en complément de l'action d'organismes spécialisés (organisations internationales et leurs agences, CICR⁷, ONG⁸), soit dans l'attente d'un rétablissement du service de santé local.
206. Dans le cadre de la fonction *CIMIC* d'une force participant à un processus de paix ou de gestion de crise, l'aide médicale apportée par le service de santé représente un élément essentiel contribuant à la construction de la légitimité des forces armées en projection.
207. L'importance de ces actions est également déterminante pour les forces pré-positionnées. Par leur apport substantiel et symbolique fort aux missions des forces de présence, elles contribuent à leur donner une image positive par des actions concrètes directement perceptibles par les populations et atténuent ainsi la perception parfois négative de certaines activités militaires.

⁷ Comité International de la Croix Rouge.

⁸ Organisations Non-Gouvernementales.

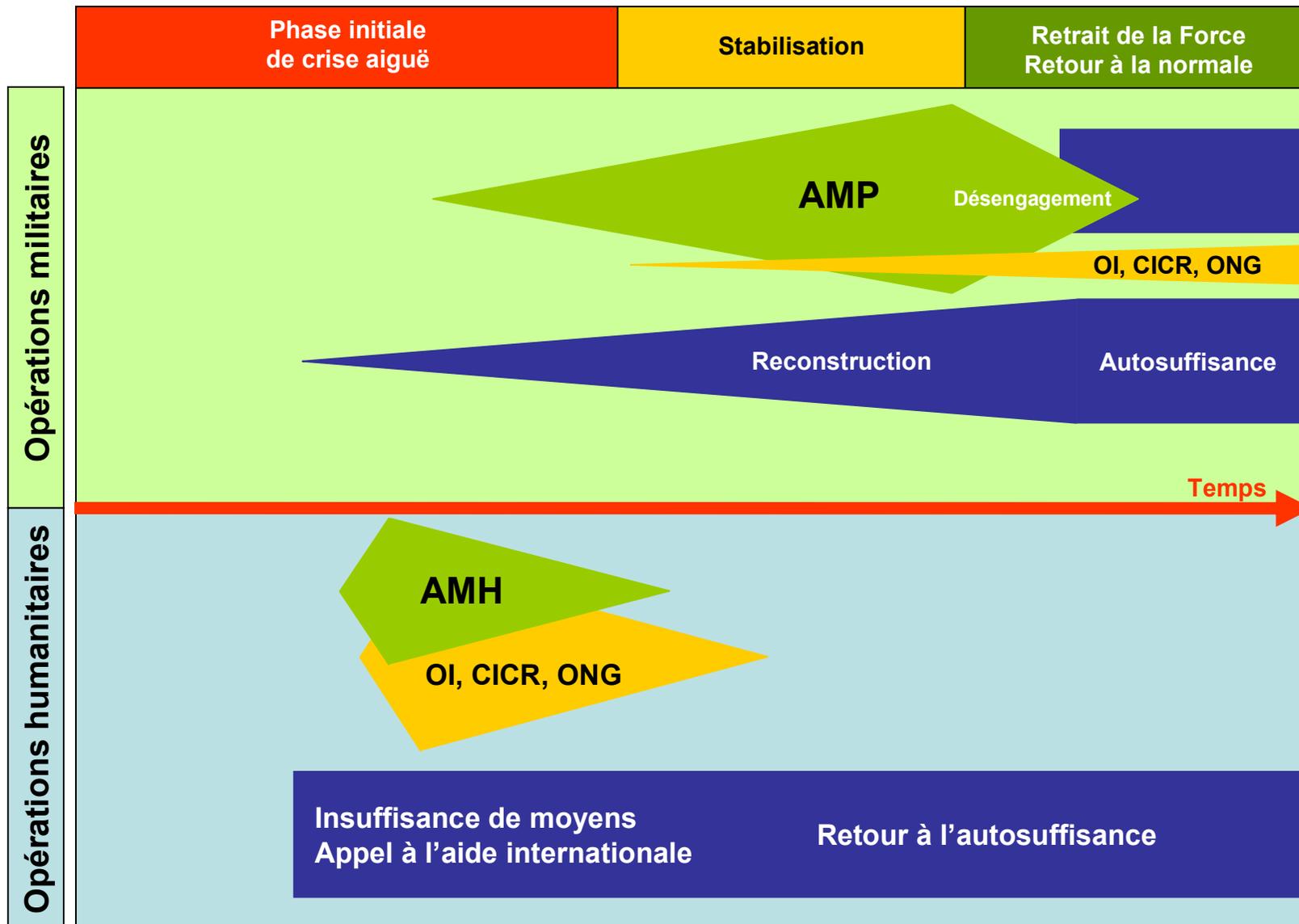


Figure 2 – Relations entre l'Aide médicale aux populations (AMP), l'Aide médicale humanitaire (AMH) et la santé publique locale

Section II - Finalités

208. L'AMP s'effectue au profit des populations en respectant la priorité qu'est le soutien aux forces :
- a. dans cette limite, l'AMP a pour objectifs l'assistance et la réponse à la détresse dans le domaine de la santé. Elle permet de répondre à des besoins vitaux de la population et évite ainsi la possible dégradation de la situation sanitaire liée à la crise, donc par effet d'entraînement, l'aggravation de la crise ou son extension avec des effets négatifs potentiels sur la mission des forces armées ;
 - b. l'AMP vise ensuite à l'acceptation de la présence des forces armées. En effet, elle peut être considérée comme un moyen efficace d'établir un lien de confiance entre les populations civiles et les forces armées. Au sein de la *CIMIC*, l'AMP contribue donc très fortement à l'établissement de relations privilégiées entre les populations et les troupes françaises. Elle constitue ainsi une aide précieuse pour le commandement.
209. À côté de ces objectifs principaux, coexistent des objectifs secondaires au profit du service de santé :
- a. le premier d'entre eux vise à entretenir la motivation du personnel à la mission en rompant la monotonie des alertes et des gardes en le faisant agir utilement dans le cadre de l'AMP. Elle constitue de plus pour le personnel des forces qui y participe, une mission valorisante porteuse de valeurs humanistes, à fort potentiel d'adhésion ;
 - b. un deuxième objectif secondaire concerne l'emploi des moyens de soutien «santé». En effet, il est important, notamment lors des opérations de stabilisation, de pouvoir maintenir une activité technique régulière pour les équipes médicales et chirurgicales déployées.
210. Cette activité clinique de terrain fédère les équipes de soins autour de pratiques professionnelles très opérationnelles et leur épargne de possibles périodes d'inactivité, préjudiciables au maintien des compétences et à la cohésion du groupe. Les équipes médicales ou chirurgicales conservent ainsi leurs compétences cliniques auxquelles elles adjoignent la pratique des techniques médicales particulières à l'humanitaire ou spécifiques au contexte opérationnel.

Section III - AMP et AMH

211. L'AMP se distingue de l'Aide médicale humanitaire (AMH).
212. S'inscrivant dans le concept d'Intervention extérieure de secours d'urgence (IESU), l'AMH désigne l'ensemble des activités conduites par le personnel du service de santé dans le cadre d'une action strictement humanitaire. Elle répond à un besoin de secours médicaux des populations civiles auprès desquelles est amené à opérer le service de santé (seul ou accompagné des forces armées) dans le cadre de la réponse de la France à une demande d'assistance d'un pays victime d'une situation catastrophique. L'AMH prend donc le plus souvent la forme d'une réponse à une situation de crise. Elle s'exerce, de façon quasi systématique, de concert avec l'action de services de santé ou d'organisations gouvernementales d'autres pays et en complément de l'action d'Organisations de solidarité internationale (OSI). Fédérant les opérations de secours médicaux à une population en détresse, elle relève de l'assistance aux personnes en danger.
213. En revanche, l'AMP, consubstantielle de l'action militaire globale d'une force armée, s'exprime dans l'ensemble complexe d'actions politiques, diplomatiques, militaires, économiques, sociales et médiatiques de soutien de la paix. Elle s'intègre donc dans l'action générale des forces armées qui fait appel à un usage variable de la coercition afin de garantir la sécurité indispensable aux actions de rétablissement ou de maintien de la paix.

(PAGE VIERGE)

Chapitre 3

Principes et contraintes de l'AMP

301. La contribution du SSA en matière de *CIMIC* et d'AMP doit obéir à un certain nombre de principes dont certains relèvent des opérations des forces armées projetées, d'autres de la pratique médicale y compris dans sa dimension technique, sans préjuger enfin de l'influence des différentes contraintes opérationnelles.
302. Ces principes, communs à ceux de la *CIMIC*, visent à garantir le juste équilibre entre le soutien des forces armées, leur mission opérationnelle, et les efforts qui peuvent être consentis au profit de la *CIMIC*.

Section I - Principes relevant de l'action globale des forces

303. Ces principes sont au nombre de cinq : dualité, maîtrise des contributions, pertinence, exemplarité et non-ingérence.

Le principe de dualité de l'AMP

304. Le soutien « *santé* » s'exerce en priorité au profit des forces projetées. Dual, il peut aussi être employé au profit de la population civile, qu'elle soit d'origine locale ou expatriée, sur une décision du commandement en fonction des impératifs opérationnels, sauf mission particulière assignée à la Force.
305. Le principe de dualité comporte en lui la notion de réversibilité. En effet, toute AMP doit pouvoir être réversible sur très court préavis, sans difficulté majeure, afin de maintenir la capacité de la chaîne « *santé* » à soutenir les forces armées. Il est matérialisé dans les textes d'organisation des opérations (annexe *Medical* des *OPLAN*⁹ et *SUPLAN*¹⁰, paragraphe « *santé* » de la Directive administrative et logistique [DAL], renvoi aux paragraphes « *santé* » inclus dans l'Annexe *W* des *OPLAN*, des *SUPLAN* et dans le paragraphe *CIMIC* de la DAL) où la rédaction usuellement retenue consacre ce principe : « *Une aide médicale est délivrée en cas de besoin de la population locale, dans la mesure où elle ne pénalise pas la réalisation du soutien "santé" des forces* ».

Le principe de maîtrise des contributions

306. La maîtrise des contributions signifie que l'AMP ne doit pas altérer les capacités du service de santé au profit des forces, tout spécialement dans ses capacités de réaction en cas d'afflux massif de blessés ou de malades. L'AMP ne doit pas altérer les capacités de triage, d'accueil, de traitement et d'hospitalisation, ni les stocks de matériels médicaux et médicaments.

Le principe de pertinence

307. Partie intégrante d'un dispositif militaire à vocation opérationnelle, l'AMP doit être pertinente, c'est-à-dire cohérente avec les effets attendus de la *CIMIC* au profit des forces armées.

Le principe d'exemplarité

308. Appliquant les valeurs humanistes du SSA, l'AMP doit être exemplaire dans ses actions de valorisation des forces armées. Pour cela, elle doit être :
- organisée dans une finalité de santé publique et de santé individuelle ;
 - réalisée en mettant en œuvre des principes éthiques rigoureux (cf. ci-après) ;

⁹ Operational PLANning.

¹⁰ SUPplementary PLANning.

- c. valorisée par des actions de communication ou des opérations militaires d'influence (OMI)¹¹ conduites par le commandement. La COMOPS¹² et les OMI, chacune dans leur domaine, contribuent à instaurer le climat de confiance recherché par les forces armées.

Le principe de non-ingérence

309. L'engagement des dispositifs de soutien médical des forces ne doit pas entrer en concurrence avec le système de santé local. L'AMP résulte de l'absence d'alternative. Elle ne doit pas favoriser une dépendance empêchant un retour à son fonctionnement normal ou à l'évolution des structures de santé du pays hôte¹³ vers l'autosuffisance. Le service de santé des forces armées ne doit pas se substituer, sauf temporairement et pour des raisons opérationnelles ou humanitaires, aux responsables et acteurs locaux de la santé.
310. Si l'AMP est mise en œuvre, elle doit être autant que possible assurée au sein d'infrastructures sanitaires existantes (dispensaires, hôpitaux, maisons de santé, etc.). Ce mode de fonctionnement permet d'associer les praticiens locaux sans créer de concurrence, confirme les populations civiles dans leurs habitudes, permet un compagnonnage efficace, et surtout offre la garantie d'une réversibilité totale. C'est aussi la raison pour laquelle l'AMP doit éviter de s'inscrire dans la durée, faute de quoi la reprise des responsabilités par les acteurs locaux risque de ne jamais se produire.
311. La sortie de crise et la cessation de l'AMP sont des périodes critiques. La diminution puis la cessation de la prestation doivent être scrupuleusement planifiées et étudiées avant leur mise en œuvre.
312. Enfin le principe de non-ingérence doit s'appliquer, sauf temporairement et pour des raisons opérationnelles ou humanitaires, vis-à-vis des organisations internationales ou des OSI autorisées par les autorités locales dans les programmes de reconstruction du système de santé local.

Section II - Principes relevant de la pratique médicale

313. Les règles de déontologie s'imposent à tous les praticiens des armées dans leur exercice professionnel. Cela signifie que l'AMP ne doit être conduite que dans des conditions d'exercice qui leur soient conformes en termes de non-discrimination, de qualité des soins et du secret médical.

Non-discrimination

314. Le principe de non-discrimination découle à la fois de la déontologie médicale et d'un des principes fondamentaux du droit humanitaire international (Conventions de Genève...). Issu des Droits de l'Homme, il dispose qu'il ne doit être fait aucune distinction sur la base de la nationalité, du groupe ethnique, de la religion, de convictions sociales, politiques ou philosophiques. Il en résulte que seules s'appliquent les priorités dictées par la catégorisation des urgences médicales.
315. Pour le commandement, ce principe signifie qu'il ne peut ni interférer dans les protocoles d'accueil des patients (blessés ou malades) pris en charge par le service de santé placé sous son autorité, ni établir de distinction entre les victimes, que celles-ci soient amies ou ennemies. Pour les médecins, le principe de non-discrimination signifie que toutes les victimes, quel que soit leur statut (militaire ou civil), leur camp (ami ou ennemi), bénéficient d'une égalité absolue quant aux soins, au respect et à la protection dus à tout patient. De plus, les relations avec la population locale doivent appréhender et respecter les spécificités sociales, culturelles, religieuses ou traditionnelles.

¹¹ DIA-3.10.1, *Les opérations militaires d'influence*, n° 069/DEF/CICDE/NP du 05 mars 2008.

¹² DIA-3.10.2, *La communication opérationnelle*, n° 297/DEF/CICDE/NP du 26 juillet 2007.

¹³ **Pays hôte/Host Nation**. Terme connexe : soutien fourni par le pays hôte. Un pays hôte est un pays qui, aux termes d'un accord :

- a. reçoit des forces et du matériel des pays de l'OTAN, ou d'autres pays opérant sur ou à partir de son territoire ou transitant par celui-ci ;
- b. autorise la localisation sur son territoire de matériel ou d'organismes de l'OTAN ;
- c. ou fournit le soutien y afférant.

Définition datant du 4 octobre 2000 et figurant dans l'AAP-6(2010).

316. Ce principe peut être adapté, lorsque la situation est stabilisée avec une AMP établie et organisée sur la durée au profit de la population civile. En effet, l'inadéquation est quasi constante entre le volume exponentiel des besoins de la population assistée, et celui des moyens disponibles des forces armées. Dans ce type de situation, il peut devenir nécessaire de délivrer l'AMP préférentiellement aux personnes les plus démunies en renvoyant celles disposant de moyens suffisants à une prise en charge médicale civile. En outre, cette décision permet de s'affranchir du risque d'accuser le service de santé de concurrence déloyale ou de substitut au réseau de santé publique local.

Qualité des soins

317. Répondant au respect des bonnes pratiques médicales, la qualité des soins signifie que les actes médicaux réalisés dans le cadre de l'AMP doivent s'effectuer selon des normes et des moyens techniques satisfaisants. Si la qualité des soins ne peut se satisfaire d'une dégradation, c'est l'accessibilité aux types de prestations qui peut être différenciée.

Secret médical et information

318. Ce principe cardinal du droit international humanitaire vise à protéger l'activité médicale en faveur des blessés et des malades en prohibant l'utilisation de la relation privilégiée que le personnel soignant entretient avec les patients pour obtenir des informations au titre de la fonction « *renseignement* ».
319. Cependant, une information librement recueillie lors de l'AMP peut être communiquée à l'autorité susceptible de prendre les mesures nécessaires, lorsqu'elle est de nature à éviter qu'il soit porté atteinte à l'intégrité des personnes ou à la sécurité de leur mission. Cette autorité ne peut, par principe, contraindre à la communication de cette information et est tenue, dans les mêmes conditions, de respecter le secret qui lui a été confié à raison de ses fonctions.
320. Par ailleurs, le secret professionnel n'est en rien contraire au fait que le SSA se doit de fournir au commandement une analyse des risques, de participer au travail général de recueil d'information d'ambiance sur la localisation, les effectifs, la structure par âge et par sexe, les pathologies, les risques sanitaires concernant les populations civiles locales, réfugiées ou déplacées. Il s'agit bien sûr également d'informations relatives au réseau de santé publique local, ses moyens, ses capacités et notamment celles qui sont relatives au possible soutien par le pays hôte. Les informations sanitaires recueillies par les pharmaciens (risques liés à l'environnement) et les vétérinaires (qualité des approvisionnements locaux en denrées alimentaires, en eau de boisson) procèdent également de cette logique d'information éventuellement en coopération avec les autorités locales.

Section III - Principes techniques

321. L'évaluation sanitaire des risques, avant la mission, en phase de reconnaissance ou en tout début de mission de la situation sanitaire locale, et des besoins prévisibles, attendus ou exprimés dans le domaine de la santé, est un impératif. Relevant de l'expertise médicale, cette phase est essentielle car elle permet de proposer au commandement les éléments de réponse possibles les mieux adaptés à la situation sanitaire.
322. Sur un plan médical strict, cette démarche se décline par la définition des pathologies médicales ou chirurgicales pouvant être prises en charge par l'AMP de façon durable dans le respect de la déontologie et de l'éthique médicale. Cet exercice consiste, ni plus ni moins, à adapter les indications et les protocoles thérapeutiques aux moyens du service de santé déployés et non l'inverse, ce qui conduirait à une escalade des moyens et violerait le principe de dualité de l'AMP.
323. Sur le plan du commandement « *santé* », les moyens du service de santé en soutien des forces sont dimensionnés en fonction des besoins de celles-ci. L'AMP est donc appliquée en fonction des capacités existantes et exclut une partie des actes médicaux, notamment chirurgicaux qui, dans le cadre de l'AMP, ne sont réalisés que sous certaines conditions :
- a. accès à la chirurgie de sauvetage ou réparatrice du plus grand nombre, ce qui élimine les gestes chirurgicaux lourds, tout spécialement pour des patients à pronostic compromis (grands brûlés, neurochirurgie, cancers avancés, réparations complexes...);

- b. pas de réanimation lourde, car la réanimation prolongée d'un patient est incompatible avec la doctrine du service de santé en opération et les ressources allouées pour le soutien des forces ;
 - c. faible durée d'hospitalisation pour ne pas obérer la disponibilité des moyens au profit des forces armées ;
 - d. protocoles thérapeutiques adaptés à la situation sanitaire locale (antibiothérapie en rapport avec les standards locaux, prise en compte des programmes locaux de santé publique...).
324. En pratique, la chirurgie de l'urgence est la seule qui trouve une légitimité dans le cadre de l'AMP. Incontestable sur le plan des fondements éthiques, elle n'altère pas le fonctionnement du système de santé publique local, permet de s'adapter aux exigences de fonctionnement des blocs opératoires et répond parfaitement aux principes déontologiques de l'AMP.

Section IV - Les contraintes de l'AMP

Les contraintes juridiques et réglementaires

325. L'AMP est réglementairement fondée sur le décret fixant les attributions du SSA qui dispose : *« Dans des conditions fixées par décret, le service de santé des armées a compétence pour dispenser des soins à des personnes ne relevant pas directement des armées, notamment aux membres des familles de militaires, aux anciens combattants et victimes de guerre. Il peut être chargé de certaines missions au profit d'autres départements ministériels, en particulier dans le domaine de l'aide technique et de la coopération, ainsi que de missions humanitaires décidées par le Gouvernement ».*
326. Sur un plan général, l'AMP est exécutée en considération des règles du droit international humanitaire, tout spécialement celles découlant des Conventions de Genève de 1949 et de leurs protocoles additionnels.

La multinationalité

327. Il est de plus en plus fréquent que les éléments de soutien médical « *lourds* » déployés sur les théâtres d'opérations, soient constitués de ressources multinationales, notamment pour le personnel. Cependant, la juxtaposition d'équipes médicales ou chirurgicales dans une structure multinationale provoque des distorsions dans l'appréhension de l'AMP pour des raisons politiques nationales, opérationnelles, culturelles, ou tout simplement de pratique professionnelle non éprouvée dans ce domaine particulier.
328. Confier une mission d'AMP à une structure médicale multinationale, revient donc à générer une problématique complexe interne à la chaîne « *santé* ». Le niveau stratégique (politique et militaire) définit les règles de l'engagement des contingents nationaux et les efforts budgétaires consentis pour l'AMP. Ces prémisses étant posées, le COMSANTÉ aura pour mission d'harmoniser les pratiques cliniques destinées à l'AMP, entre les professionnels de santé des différentes nations participantes et aussi d'éviter une discrimination pénalisante dans la perception des populations lorsque des différences d'activité existent entre les différentes structures déployées par les nations contributrices aux forces armées. Cela conduit aussi à déterminer le soutien financier accordé à l'AMP en coalition.

La contrainte budgétaire

329. Les ressources financières consacrées par le SSA au titre de l'AMP ne doivent altérer en rien sa capacité opérationnelle de soutien des forces. Ces ressources sont représentées par les médicaments et produits de santé consommés, les matériels et équipements « *santé* » utilisés par les formations sanitaires de campagne au titre de l'AMP.
330. Afin de contenir les dépenses liées à ce type d'activité, un suivi spécifique est effectué par la Direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) au regard d'éléments transmis des théâtres.

Section I – Organisation au niveau stratégique

401. La gestion d'une crise relève du niveau politique et militaire au plus haut niveau, notamment pour ce qui est de la définition de l'État final recherché (EFR). Le rôle de l'AMP doit être décidé à ce niveau.

Rôle du CPCO

402. Sur ces bases, l'État-major des armées (EMA/CPCO/J5 et J9) conçoit l'action militaire à conduire pour sortir de la crise et traduit ainsi les directives du niveau politique en objectifs à atteindre et en missions à réaliser. Les directives concernant la coopération civilo-militaire sont incluses dans les différents documents et l'EMA en contrôle l'application, notamment dans la phase initiale de l'opération.
- a. L'officier en charge du théâtre d'opération de la cellule J9 du CPCO planifie les actions de coopération, propose des objectifs *CIMIC* à la force et veille au passage de relais rapide et efficace entre les acteurs civils et les militaires. Il réalise la synthèse des données *CIMIC* issues du théâtre, suit la situation sur le terrain, l'évaluation des actions entreprises (forces armées et opérateurs civils) et propose le cas échéant les mesures d'adaptation. Il veille à la cohérence des actions menées en application des directives, au respect des priorités qui lui ont été données ainsi qu'à la synergie civilo-militaire. Il entretient des liaisons régulières avec les organismes internationaux : Haut commissariat des Nations Unies aux réfugiés (*UNHCR*), Programme des Nations Unies pour le développement (*PNUD/UNDP*), Bureau de coordination des affaires humanitaires de l'Union européenne (*ECHO/European Community Humanitarian Aid Office*), Banque Mondiale, les ONG... ;
- b. La cellule J9 est par ailleurs chargée du suivi de la logistique. Elle gère le budget *CIMIC* alloué par le ministère de la défense, recherche des possibilités complémentaires de financements auprès des organisations civiles en charge de la crise et en assure le suivi, s'assure, en liaison avec les cellules de l'état-major, de la disponibilité des moyens nécessaires aux actions *CIMIC* planifiées. Au titre de l'AMP, seuls sont gérés par le J9 les fonds mis en place par le service de santé des armées sur le théâtre, le reste étant géré par la DCSSA dans le cadre de la mise en œuvre des dotations techniques.

La DCSSA

403. En phase de planification opérationnelle, le bureau « opérations » de la DCSSA, informé par le CPCO de la situation du théâtre, évalue les besoins en matière sanitaire en coordination avec les autres acteurs civils.
404. Il définit, dans la directive administrative et logistique ou dans une directive particulière, le niveau autorisé d'AMP et détermine, en relation avec les autres sous-directions de la DCSSA, le budget nécessaire à la réalisation de cette AMP. Dans ce cadre, l'expert médical mis pour emploi au CPCO participe à la recherche des possibilités de financement en fonction des directives du J9.
405. Au plan technique, la DCSSA est le correspondant unique et direct du COMSANTÉ et peut être amenée à prendre des décisions exceptionnelles en matière de mise en œuvre de l'AMP. Elle est rendue destinataire, selon une périodicité définie, des comptes-rendus relatifs à l'AMP et aux dépenses effectuées à ce titre.

Section II – Organisation au niveau opératif

Expertise initiale de théâtre et Équipe de liaison et de reconnaissance de théâtre (ELRT)

406. Dans un certain nombre de cas, l'expertise initiale de théâtre¹⁴ peut comprendre un volet «santé». Cependant, le niveau d'AMP à mettre en œuvre peut être analysé plus particulièrement par une mission d'évaluation au sein d'une Équipe de liaison et de reconnaissance de théâtre (ELRT) déclenchée préalablement à l'envoi d'une force (situation épidémiologique, évaluation du système de santé...). Dès lors, ses conclusions sont intégrées en planification. Cependant, lorsque l'urgence ou la situation locale ne l'ont pas permise, cette expertise est réalisée au début de la mission afin d'identifier les priorités et planifier les actions urgentes. Le COMSANTÉ en est responsable et doit s'appuyer chaque fois que possible sur l'expertise de certains spécialistes hospitaliers ou d'épidémiologie.
407. À cet effet, il doit prendre des contacts avec les responsables de santé locaux afin d'étudier dans quelle mesure le système de santé local et celui des forces en cours de déploiement pourront œuvrer ensemble. Cette évaluation des structures et de conditions sanitaires locales doit s'effectuer au plus tôt afin d'orienter l'AMP en fonction des mesures nécessaires prioritaires prises au profit du soutien des forces.

Au sein de l'état-major opératif

408. Au niveau opératif, le COMANFOR dispose d'une structure *CIMIC* dédiée qui peut se composer de deux éléments.
- le bureau *CIMIC* de l'état-major de la force (J9). Fortement orienté vers la coordination avec les acteurs civils, il est un interlocuteur privilégié du COMSANTÉ, planifie les actions *CIMIC*, élabore les directives du PCIAT¹⁵, gère le budget *CIMIC* et recherche des financements auprès des bailleurs de fonds internationaux en liaison avec le CPCO ;
 - un Centre de coopération civilo-militaire (CCCM) qui a pour vocation de favoriser les échanges d'information et la coopération entre le commandement des forces, la population, les Organisations internationales (OI) et les opérateurs (gouvernementaux, multinationaux ou OSI).
409. Dans certains cas, l'AMP peut être intégrée dans une sous-chefferie « *Environnement* » avec la *CIMIC* et la cellule « *Opérations militaires d'influence* » (OMI).
410. Sur le terrain, à partir de l'évaluation faite par le COMSANTÉ, des cellules *CIMIC*, de nombre, de taille et de spécificité variables selon l'objectif recherché évaluent le besoin et élaborent des projets à impact rapide. Du personnel « *santé* » peut leur être associé afin de les aider dans les projets à dominante sanitaire.

Relations avec les autres cellules de l'état-major

411. L'organisation de l'AMP est une mission du commandement. À ce titre l'ensemble de l'état-major contribue à sa conception et donne les ordres pour son exécution.
- J2 : Identification des menaces pesant éventuellement sur le personnel soignant, les structures de soin et leurs bénéficiaires, connaissance préalable de l'environnement sanitaire... ;
 - J3 : Conduite (ÉVASAN par air...) ;
 - J4 : Logistique (ravitaillement sanitaire...).
 - J4 : Santé : évaluation de la situation et des besoins, participation à la planification de l'AMP, élaboration des directives à la chaîne médicale et propositions de ces directives

¹⁴ PIA-5.3, *Expertise de théâtre/Expertise pré-décisionnelle*, n° 529/DEF/EMA/EMPLOI/NP du 21 juin 2002.

¹⁵ Poste de Commandement InterArmées de Théâtre.

au COMSANTE, recueil des activités de l'AMP et pilotage des ressources mises en place par la DCSSA ;

- e. J5 : Planification de la mission en liaison avec le J9 et le J4 Santé dans le cadre plus général de la Force ainsi que pour la désignation des zones et des populations à soigner ;
- f. J8 : Gestion des crédits délégués à l'AMP mis en place par le CPCO ;
- g. LEGAD¹⁶ ;
- h. Coordinateur « Opérations d'information » (effets sur l'environnement humain des forces armées) ;
- i. COMOPS (médiatisation de l'AMP).

Section III – Responsabilités et acteurs de l'AMP

Le COMSANTÉ, chef «santé» interarmées de théâtre

412. Les missions du COMSANTÉ se décomposent peuvent se décrire de manière chronologique.
- a. **Avant le départ en mission.** Il reçoit ses instructions du bureau «opérations» de la DCSSA qui l'informe sur la situation de théâtre à partir des éléments provenant du Centre de préparation aux OPérations EXtérieures (CPOPEX), de la section « épidémiologie et santé communautaire » du bureau « technique » de la DCSSA, de la Cellule d'aide à la décision dans les domaines du risque radiologique, biologique et chimique (CARBC) ou de l'expert « santé » du Centre de planification et de conduite des opérations (CPCO). Par ailleurs, il est important qu'il s'appuie sur l'appréciation technique d'un chef de formation sanitaire de campagne, afin d'optimiser l'identification des besoins sanitaires. Cette consultation peut s'exercer avant le départ en mission et, en tout état de cause, sur le théâtre.
 - b. **Sur le théâtre.** Le COMSANTÉ est le conseiller «santé» unique du commandement et l'interlocuteur de la DCSSA. Il est donc chargé, en liaison avec les parties prenantes (personnel des formations sanitaires de campagne, organisations humanitaires, autorités civiles et militaires impliquées dans la gestion de la crise) et en coopération étroite avec le chef du J9, d'encadrer l'AMP. Il est l'interface naturelle entre le commandement et les organisations humanitaires. Il doit veiller à la bonne transmission des directives d'AMP à l'occasion des relèves périodiques de personnel.
 - c. **Au retour.** Outre le rapport de fin de mission, un débriefing des COMSANTE intégrant le volet «AMP» est fait au retour de mission au bureau «opérations» de la DCSSA dans le cadre de l'analyse du RETour d'EXpérience (RETEX).

Le rôle particulier du pharmacien de la Section de ravitaillement sanitaire (SRS)

413. Chargé de l'approvisionnement et du ravitaillement sanitaire de théâtre, le pharmacien de la SRS fournit, selon les directives du COMSANTÉ, les produits dispensés dans le cadre des actes d'AMP et met à disposition des moyens logistiques (moyens froid, transports), en tenant compte de la législation locale, des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du niveau de compétence du personnel chargé de la mise en œuvre. Il en réalise la comptabilité afin de renseigner la DCSSA sur les consommations et leur évolution.

¹⁶ La législation s'appuie sur les règles usuelles de déontologie et d'éthique médicale françaises mais aussi sur les règles locales. Le LEGAD, en liaison avec JURMIL/DAJ, conseiller du COMANFOR ou du REPRANCE, est en charge de cette question en concertation avec le COMSANTÉ (lui-même en lien direct avec DCSSA/AJA). L'utilisation de médicaments reste conforme aux lois françaises mais aussi locales. Elle s'appuie sur les règles douanières que maîtrise l'ADCONFANCE (ou l'Adjoint soutien, selon qu'il s'agit d'une opération nationale ou multinationale). Ce dernier a en charge l'acheminement des flux de ravitaillement sur un théâtre en s'appuyant sur l'Armée pilote du soutien (APS). Ces flux sont placés sous conduite du Centre interarmées de coordination de la logistique des opérations (CICLO).

Les praticiens des formations sanitaires de campagne

414. À différents niveaux, les praticiens (médecins ou vétérinaires) et les infirmiers des formations sanitaires de campagne (postes de secours, antennes, groupes médico-chirurgicaux...) jouent un rôle essentiel dans la dispensation de l'AMP et dans la remise en fonctionnement des services publics de santé. Ils doivent veiller à une utilisation judicieuse des moyens alloués au titre de l'AMP en conciliant les impératifs humanitaires et les nécessités militaires.

Les différents acteurs civils de l'AMP

415. L'AMP concerne différents acteurs.
- a. **Les acteurs locaux.** Le lien avec la population locale est primordial car il permet d'identifier les axes d'effort à privilégier. Il faut tenir compte des caractéristiques culturelles, religieuses et coutumières de ces populations. Les acteurs locaux doivent être identifiés rapidement car c'est vers eux que le transfert des responsabilités va s'effectuer. Ils peuvent être représentés par les acteurs politiques, les acteurs du domaine sanitaire ainsi que tous les acteurs ayant une importance décisionnelle. Les relais d'opinion devront être recherchés pour leur capacité d'influence. Par ailleurs, il faudra prendre en compte les actions qu'ils mènent afin que les actes d'AMP ne viennent pas interférer avec leurs actions mais les valorisent.
 - b. **Les acteurs internationaux.** De nombreuses organisations mandatées par le conseil de sécurité de l'ONU peuvent assurer la coordination des activités dans divers domaines politique, social, sanitaire, humanitaire, ou de développement (Bureau de coordination des affaires humanitaires [UNOCHA/United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs], Haut commissariat aux réfugiés [UNHCR/United Nations High Commissioner for Refugees], Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF/United Nations International Children's Emergency Fund]).
 - c. **L'Union européenne ou l'OTAN** peuvent également désigner une autorité politique à laquelle le COMANFOR sur le théâtre peut être subordonné. Les contacts se réalisent par le biais d'officiers de liaison ou des centres de coopération civilo-militaire.

Section IV – Organisation générique de l'AMP et adaptation du dispositif

Organisation générique

416. Les missions et les moyens alloués pour réaliser l'AMP sont adaptés en permanence à leur juste niveau de suffisance, en fonction des résultats obtenus et une attention particulière doit être portée à la couverture médiatique et/ou la communication associée.
417. En sortie de crise, lorsque la situation locale autorise un désengagement progressif des forces, une modulation de l'AMP doit être recherchée en veillant à ce que les actions maintenues ne contrarient ni la logique, ni le calendrier du retrait des forces et, en tout état de cause, ne puissent devenir une justification de son maintien. En liaison avec le J9, le COMSANTÉ organise le transfert des charges temporairement assumées par le service de santé, soit aux structures civiles compétentes du pays hôte, soit à d'autres repreneurs (représentants nationaux, OI ou OSI).

Soutien par les forces projetées

418. Toutes les actions conduites par le service de santé sont rendues possibles par la mise en œuvre concomitante de moyens des forces. Il s'agit bien sûr de la sécurité des moyens « santé », mais également de toutes les fonctions logistiques pour leur soutien.

Annexe A

Références documentaires

1. **CIA-3.4_GdC(2008), *Gestion de crise***, n° 033/DEF/CICDE/NP du 10 janvier 2008.
2. **PIA-7.7_RETEX(2008), *RETour d'EXpérience (RETEX) des armées***, n° 0427/DEF/EMA/EMP.1/NP du 18 mars 2008.
3. **CIA-3.28_IESU(2008), *Les Intervention extérieures de secours d'urgence (IESU)***, n° 11/DEF/CICDE/NP du 10 janvier 2008.
4. **DIA-3.28_IESU(2008), *Les Intervention extérieure de secours d'urgence (IESU)***, n° 217/DÉF/CICDE/NP du 16 septembre 2008.
5. **AAP-06(2010), *Glossaire OTAN des termes et définitions***.
6. **CIA-9_CIMIC(2005), *Coopération civilo-militaire***, n° 262/DEF/EMA/EMP.1/NP du 03 mars 2005.
7. **PIA-5.3.1_ELRT(2005), *Manuel d'emploi d'une Équipe de liaison et reconnaissance de théâtre***, n° 1128/DEF/EMA/CICDE/NP du 12 octobre 2005.
8. **AJP-9. *Doctrine OTAN de la coopération civilo-militaire (CIMIC)***, de juillet 2003.
9. **MC 326/2. *NATO principles and policies of operational medical support***.
10. **PIA-5.3. *Expertise de théâtre / Expertise pré-décisionnelle***, n° 529/DEF/EMA/EMP.1/NP du 21 juin 2002.
11. **Civil-military co-operation "CIMIC"**, concept for EU-led crisis management operations, 2002.
12. **MC 411/1. *Dispositions militaires de l'OTAN en matière de coopération civilo-militaire (CIMIC)***, 2001.
13. Décret n° 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées (J.O. du 18 septembre 2008).
14. Décret n° 91-685 du 14 juillet 1991 fixant les attributions du service de santé des armées. BOEM 620-0*, page 27.
15. Conventions de Genève et protocoles additionnels du 12 août 1949, Comité international de la Croix-Rouge.
16. *Civil-military guidelines & reference for complex emergencies (UN Inter-Agency Standing Committee, 2008)*.
17. *Guidelines on the use of military and civil defense assets [...] in complex emergencies (March 2003, rev 1 January 2006)*.
18. Note n° 1130/DEF/EMA/EMP.1/NP du 27 juin 2007 relative au rôle du COMSANTÉ en opérations.

(PAGE VIERGE)

Annexe B

Demande d'incorporation des amendements

1. Le lecteur d'un document de référence interarmées ayant relevé des erreurs, des coquilles, des fautes de français ou ayant des remarques ou des suggestions à formuler pour améliorer sa teneur, peut saisir le CICDE en les faisant parvenir (sur le modèle du tableau ci-dessous) au :

Sous-directeur Synergie doctrinale
CICDE
École militaire
21, Place JOFFRE
75700 PARIS SP 07

ou en téléphonant au **01 44 42 83 38** pour obtenir l'adresse électronique valide à cette époque

ou encore en ligne sur les sites Intradef ou Internet du centre à l'adresse <http://www.cicde.defense.gouv.fr>

N°	Origine	Paragraphe (n°)	Sous-paragraphe	Ligne	Commentaire
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

2. Les amendements validés par le Directeur du CICDE seront répertoriés **en rouge** dans le tableau intitulé « *Récapitulatif des amendements* » figurant en **page 7 de la version électronique du document**.

(PAGE VIERGE)

Partie I – Sigles, acronymes et abréviations

Sigles

C01. Dans un sigle, chaque lettre se prononce distinctement comme si un point la séparait de la suivante.

Acronymes

C02. Un acronyme se compose d'une ou de plusieurs syllabes pouvant se prononcer comme un mot à part entière.

Abréviations

C03. Ce lexique ne prend en compte que les abréviations conventionnelles telles que définies dans le *Lexique des règles typographiques en usage à l'imprimerie nationale* (LRTUIN), pages 5 à 11.

Charte graphique du lexique

C04. Dans ce lexique, tous les caractères composant un sigle, un acronyme ou une abréviation sont écrits en lettres capitales afin que le lecteur puisse en mémoriser la signification.

C05. Les sigles, acronymes et abréviations d'origine française sont écrits en **Arial gras, taille 9, caractères romains, couleur rouge**. Les sigles, acronymes et abréviations d'origine étrangère ou antique sont écrits en **Arial gras, taille 9, caractères italiques, couleur bleue**.

Liste des sigles, acronymes et abréviations utilisés dans ce document

AAP	<i>Allied Administrative Publication</i>
AJODWG	<i>Allied Joint Operational Doctrine Working Group</i>
AJP	<i>Allied Joint Publication/Publication interarmées interalliée</i>
AMH	Aide Médicale Humanitaire
AMP	Aide Médicale aux Populations
CCCM	Centre de Coopération Civilo-Militaire
CEF / CCEAF	Concept d'Emploi des Forces / <i>Capstone Concept on the Employment of Armed Forces</i>
CEMA	Chef d'État-Major des Armées
cf.	<i>Confer</i> , voir, se référer à...
CICDE	Centre Interarmées de Concepts, de Doctrines et d'Expérimentations
CIMIC	<i>Civil-Military Co-operation/Coopération civilo-militaire</i>
COMANFOR	COMMANDant de la FORce
COMSANTÉ	Chef « santé » interarmées de théâtre
CPCO	Centre de Planification et de Conduite des Opérations
DIA	Doctrine InterArmées
DCSSA	Direction Centrale du Service de Santé des Armées
ECHO	<i>European Community Humanitarian Aid Office /</i> Bureau de coordination des affaires humanitaires de l'Union européenne
ECPAD	Établissement de Communication et de Production Audiovisuelle de la Défense
ELRT	Équipe de Liaison et de Reconnaissance de Théâtre
EMA	État-Major des Armées
ÉVASAN	ÉVAcuations SANitaires
IESU	Intervention extérieure de secours d'urgence

ISBN	<i>International Standard Book Number /</i> Numéro international normalisé du livre
LEGAD	<i>LEGal ADvisor /</i> Conseiller juridique du COMANFOR
LBDSN	Livre Blanc sur la Défense et la Sécurité Nationale
MINDEF	MINistère de la DÉFense
NP	NON PROTÉGÉ
OI	Organisations Internationales
OMI	Opérations Militaires d'Influence
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
OSI	Organisations de Solidarité Internationales
OTAN	Organisation du Traité de l'Atlantique Nord
PCIAT	Poste de Commandement InterArmées de Théâtre
RETEX	RETour d'EXpérience
SPAC	Service Parisien d'Administration Centrale
SRS	Section de Ravitaillement Sanitaire
UNHCR	Haut Commissariat aux Réfugiés
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund /</i> Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNOCHA	<i>United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs /</i> Bureau de coordination des affaires humanitaires
UNDP/PNUD	<i>United Nations Development Programme /</i> Programme des Nations Unies pour le développement.

Partie II – Termes et définitions

L'Aide médicale aux populations (AMP)

L'Aide médicale (apportée) aux populations (AMP) désigne l'ensemble des activités conduites par le personnel du service de santé d'une force armée projetée, en complément de la *CIMIC* afin d'améliorer l'environnement médical des populations civiles dans lequel cette force opère.

(PAGE VIERGE)

Résumé

DIA-3.10.3.1 AMP(2009)

1. Le Service de santé des armées (SSA) participe naturellement à toutes les OPérations EXtérieures (OPEX) menées par les forces françaises de par le monde. Son rôle y est déterminant pour garantir la disponibilité opérationnelle de la ressource humaine des unités engagées.
2. Cependant, les conflits actuels ont également des conséquences notables sur les populations locales qui peuvent devenir les victimes « *collatérales* » des affrontements entre les parties. En outre, dans les OPérations URBaines (OPURB), les civils peuvent représenter un enjeu pour certains belligérants usant à leur égard de la terreur morale ou de la violence physique. La médiatisation de ces excès provoque alors l'émotion de l'opinion publique internationale, ce qui ne manque pas d'influencer la perception, voire la conduite du conflit concerné.
3. Traditionnellement mise en œuvre par les armées françaises dans le cadre de leurs divers engagements à l'étranger, l'Aide médicale aux populations (AMP) revêt par conséquent une importance capitale dans le cadre des OPEX actuelles ou futures.
4. Au niveau stratégique, cette problématique est abordée à travers l'Approche globale (AG) de la résolution des conflits définie dans le Concept interarmées (CIA) 3.4_GdC(2009), *Gestion de crise*.
5. Au niveau opératif et dans le respect de la tradition humaniste de la France, les forces armées ont le souci de limiter au strict minimum les conséquences des combats :
 - a. traitant de la *Coopération civilo-militaire*, le CIA-9_CIMIC(2005) éclaire les relations entre nos forces armées et la société civile sur un théâtre d'opérations tandis que l'*Allied Joint Publication (AJP) 9* de l'OTAN définit notre doctrine en la matière;
 - b. enfin, intitulée *L'Aide médicale aux populations*, la DIA-3.10.3.1 AMP(2009) définit l'emploi du SSA dans le cadre d'une force projetée sur un théâtre d'opérations.
6. Selon ce document, la mise en œuvre de l'AMP doit permettre d'atténuer les souffrances des populations locales et améliorer la perception de notre action sans pour autant obérer les capacités sanitaires déployées en soutien des forces armées nationales.
7. Classée dans le sous-domaine « *Assistance* » (3.20 à 3.29), la DIA-3.10.3.1 AMP(2009) vise à définir l'AMP, ses limites ainsi que les principes guidant l'utilisation des moyens de santé militaires dans leur double missions.



Ce document est un produit réalisé par le Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations (CICDE), Organisme interarmées (OIA) œuvrant au profit de l'État-major des armées (EMA). Point de contact :

CICDE, Sous-directeur Synergie doctrinale (SD-SD)
École militaire
1, place JOFFRE
75700 PARIS SP 07

Téléphone 01 44 42 83 38

Par principe, le CICDE ne gère aucune bibliothèque physique et ne diffuse aucun document sous forme papier. Il met à la disposition du public une bibliothèque virtuelle unique réactualisée en permanence. Les documents classifiés ne peuvent être téléchargés que sur des réseaux protégés.

La version électronique de ce document est en ligne sur le site Intradef du CICDE à l'adresse <http://www.cicde.defense.gouv.fr> à la rubrique *Corpus conceptuel et doctrinal interarmées français (CCDIA-FRA)*.