



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



Doctrine du soutien médical aux engagements opérationnels

**Doctrine interarmées
DIA-4.0.10_SOUTMED-OPS(2014)**

N° 176/DEF/CICDE/NP du 31 juillet 2014



Intitulée *Doctrine du soutien médical aux engagements opérationnels*, la Doctrine interarmées (DIA)-4.0.10_SOUTMED-OPS(2014) respecte les prescriptions de l'*Allied Administrative Publication (AAP) 47(A)* intitulée *Allied Joint Doctrine Development*. Elle applique également les règles décrites dans le *Lexique des règles typographiques en usage à l'Imprimerie nationale* (LRTUIN, ISBN 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 réalisée par la Direction centrale du service de santé des armées.

Attention : la seule version de référence de ce document est la copie électronique mise en ligne sur les sites Internet et/ou Intradef du Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations (<http://www.cicde.defense.gouv.fr>).

Directeur de la publication

Vice-amiral Arnaud DE TARLÉ
Directeur du CICDE

21, place Joffre - BP 31
75 700 PARIS SP 07

Téléphone du secrétariat : 01.44.42.83.31

Fax du secrétariat : 04.44.42.82.72

Rédacteur en chef

Direction centrale du service de santé des armées

Auteurs

Document collaboratif placé sous la coordination du médecin principal Jean-Baptiste POHL

Médecin général inspecteur Patrick GODART
Médecin général inspecteur Jean-Paul BOUTIN
Médecin général Philippe ROUANET
Médecin en chef Michel STÉVENARD
Médecin en chef Érik CZERNIAK

Conception graphique et photographique

Technicien supérieur hospitalier Anne-Cécile DELPEUCH
Premier maître Benoit GAULIEZ

Crédits photographiques

Ministère de la défense

Imprimé par

EDIACA
Section IMPRESSION
76, rue de la Talaudière - BP 508
42 007 SAINT-ETIENNE cedex 1
Tél : 04 77 95 33 21 ou 04 77 95 33 25

ISBN XXX-X-XX-XXXXXX-X



DIA-4.0.10_SOUTMED-OPS(2014)

Le soutien médical aux engagements opérationnels

N° 176/DEF/CICDE/NP du 31 juillet 2014

(PAGE VIERGE)

Lettre de promulgation

Paris, le 31 juillet 2014

N°176/DEF/CICDE/NP

Objet : Promulgation de la Doctrine interarmées du soutien médical aux engagements opérationnels DIA-4.0.10_SOUTMED-OPS(2014).

Références :

- Arrêté ministériel du 21 avril 2005 portant création du Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations.
- Instruction n°1239 DEF/EMA/GRH/OR du 20 juin 2006 relative à l'organisation et au fonctionnement du Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations.

La doctrine interarmées du soutien médical aux engagements opérationnels DIA-4.0.10_SOUTMED-OPS(2014), en date du 31 juillet 2014, est promulguée.

Vice-amiral Arnaud de TARLÉ
Directeur du Centre interarmées de concepts,
de doctrines et d'expérimentations
(CICDE)

Par ordre,
L'Ingénieur général de l'armement Patrick NIEC,
Directeur adjoint du centre interarmées de concepts,
de doctrines et d'expérimentations



(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 Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations (CICDE) en s'inspirant du tableau proposé en annexe A (voir page 64).
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, rouge**) 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			

(PAGE VIERGE)

(PAGE VIERGE)

Références

- a. **Défense et sécurité nationale. Le livre blanc.** Pole graphique de Paris – avril 2013 (ISBN : 978-2-11-009358-5), préface du Président de la République, François Hollande.
- b. **Décret 2008-933 du 12 septembre 2008** portant statut particulier des praticiens des armées.
- c. **Décret 2008-967 du 16 septembre 2008** fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées.
- d. **Décret 2009-869 du 15 juillet 2009** relatif aux attributions du ministre de la Défense, du chef d'état-major des armées et des chefs d'état-major de l'armée de Terre, de la Marine et de l'armée de l'Air.
- e. **Décret 2009-1178 du 5 octobre 2009** portant organisation de l'administration centrale du ministère de la Défense.
- f. **Décret 2013-816 du 12 septembre 2013** relatif aux attributions du ministre de la défense et du chef d'état-major des armées.
- g. **Arrêté du 3 septembre 2012** portant organisation de l'état-major des armées et fixant la liste des autorités et organismes directement subordonnés au chef d'état-major des armées.
- h. **Arrêté du 9 novembre 2012** portant organisation du service de santé des armées.
- i. **Instruction n°208/DEF/EMA/OL.5 du 28 janvier 1998** relative aux évacuations sanitaires.
- j. **Instruction n°12/DEF/EMA/OL.5 du 5 janvier 1999** relative au concept interarmées du soutien sanitaire des forces en opérations.
- k. **Note n°1130/DEF/EMA/EMP.1/NP du 27 juin 2007** relative au rôle du COMSANTE en opérations.
- l. **MC 326/3**, *NATO Principles and Policies of Operational Medical Support*.
- m. **MC 551**, *Medical Support Concept for NATO Response Force (NRF) Operations*.
- n. **AJP-4.10(A)**, *Allied Joint Medical Support Doctrine*.
- o. *Health and Medical Support Concept for Military EU-led Crisis Management Operations - Revision 1*.
- p. *Medical Support Manual For United Nations Peacekeeping Operations - 2nd Edition*.
- q. **DIA-01_DEF(2011), Doctrine d'emploi des forces**, n° 127/DEF/CICDE/NP du 12 juillet 2011.
- r. **DIA-03_CEO(2010), Commandement des engagements opérationnels**, n°217/DEF/CICDE/DR du 30 juillet 2010.
- s. **DIA-3.10.3.1_AMP(2009)**, n°097/DEF/CICDE/NP du 15 mai 2009.
- t. **DIA-04(B)_SOUT(2013), Doctrine du Soutien**, n° 40/DEF/CICDE/NP du 14 mars 2013.
- u. **RDIA 2013/003_SOUT(2013)**, n°101/DEF/CICDE/NP du 17 juin 2013.

(PAGE VIERGE)

Contexte : Le soutien médical des forces armées

1. Le maintien de l'autonomie stratégique de la France est un impératif majeur du Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2013. Cette autonomie repose sur la maîtrise nationale des capacités essentielles à sa défense. Elle implique pour le service de santé des armées (SSA) de pouvoir déployer une chaîne médicale complète afin d'assurer le soutien médical des forces armées.
2. Le concept interarmées du soutien médical des forces en opérations apparaît pour la première fois dans l'instruction n°12/DEF/EMA/OL.5 du 5 janvier 1999 relative au concept interarmées du soutien sanitaire des forces en opérations. Depuis sa parution, aucune révision n'a été apportée à ce texte.
3. Ce concept interarmées avait été décliné par l'armée de terre dans une instruction sur le soutien sanitaire des forces terrestres en opérations, connue sous le nom générique de « SAN 101 ». Ce document interarmées, rédigé en 2001, présentait l'organisation et les spécificités du soutien sanitaire d'une force terrestre. N'étant plus adapté aux conditions d'engagement contemporains, il a été abrogé en 2010 sans faire l'objet d'une publication de remplacement.
4. Depuis le début des années 2000, des événements majeurs ont changé la conception et la conduite du soutien médical des opérations en raison de :
 - a. la typologie des opérations conduites par les armées françaises et les retours d'expériences de celles-ci. L'apparition de conflits dits asymétriques a notamment imposé une adaptation du soutien médical des opérations. L'effort a plus particulièrement porté sur la mise en œuvre d'une médicalisation et d'une chirurgie encore plus à l'avant, la rationalisation et la modernisation des matériels biomédicaux, ainsi que la préparation opérationnelle du personnel de la fonction santé ;
 - b. la réintégration « pleine et entière » de la France dans le comité militaire de l'Organisation du traité de l'Atlantique Nord (OTAN) en 2009. La multinationnalité des opérations a incité le SSA à rechercher davantage d'interopérabilité. Cela se traduit par une participation très active du SSA dans la standardisation des procédures médicales multinationales ;
 - c. la transformation du SSA, aux niveaux central, régional et local, sur le territoire national, pour les forces de présence à l'étranger et en opérations. Le SSA détient la maîtrise d'ouvrage fonctionnelle déléguée et la maîtrise d'œuvre du soutien médical des opérations :
 - (1) l'interarmement des directions régionales du service de santé des armées en 2005, puis la création des centres médicaux des armées en 2011 ont déterminé la prise de responsabilité pleine et entière du SSA en matière d'organisation du soutien médical sur le territoire national, dans une logique fonctionnelle de bout en bout ;
 - (2) la création de l'état-major opérationnel (EMO) santé en 2009 a confirmé également la responsabilité du SSA en matière de conception et de conduite de la chaîne médicale sur les théâtres d'opérations : la direction centrale du service de santé des armées (EMO santé) « définit et adapte l'organisation des moyens au regard des besoins du soutien médical des forces armées sur le territoire national et à l'étranger. Elle élabore les mesures d'organisation et de fonctionnement correspondantes. Elle planifie et conduit le soutien médical des opérations extérieures, des missions intérieures et des autres missions confiées aux forces armées »¹ ;

¹ Article 8 de l'arrêté du 9 novembre 2012 portant organisation du service de santé des armées.

- d. la prise en compte permanente des évolutions et des progrès de la médecine dans le cadre des bonnes pratiques médicales et leur adaptation au contexte opérationnel ;
- e. les nombreuses évolutions de la prise en charge du blessé en opérations, depuis la mise en œuvre du sauvetage au combat, jusqu'aux techniques de réanimation ou de chirurgie comme le *damage control surgery*.

Objet de la DIA 4.0.10_SOUTMED-OPS(2014)

- 5. Le présent document a pour objet de définir la doctrine du soutien médical aux engagements opérationnels. Il prend en compte les évolutions de l'environnement militaire, politique, médical, sociétal, international et interministériel.
- 6. Cette doctrine interarmées (DIA 4.0.10) propose une définition actualisée du soutien médical aux engagements opérationnels contemporains. Elle inclut *de facto* les activités médicales et paramédicales, mais aussi et plus largement les pratiques pharmaceutiques dont l'approvisionnement en produits de santé, la médecine vétérinaire, l'art dentaire ainsi que les fonctions de direction médicale en opérations.
- 7. Cette DIA définit les principes fondamentaux indispensables à l'action médicale, qu'ils soient opérationnels, ou médico-techniques.
- 8. Ce document s'adresse à tous les décideurs et responsables des opérations et du soutien dans les armées, directions et services interarmées. Il concerne également tout le personnel du SSA.

Interopérabilité

- 9. Le soutien médical aux engagements opérationnels est le plus souvent multinational, dans le cadre d'opérations conduites par l'OTAN, l'Union européenne (UE), l'Organisation des Nations Unies (ONU) ou dans le cadre de coalition *ad hoc*.

OTAN

- 10. Le soutien médical national est interopérable avec les standards décrits par l'OTAN. Le concept de soutien médical des opérations de l'OTAN est décrit dans deux documents publiés sous le timbre du comité militaire de l'OTAN :
 - a. MC 326/3 : *NATO Principles and Policies of Operational Medical Support*. Ce premier document est la clé de voûte de toutes les publications de l'OTAN relatives au soutien médical. Il expose les grandes lignes des principes qui régissent le soutien médical opérationnel et les orientations médicales de l'OTAN qui en découlent. Il complète le MC 319, *NATO Principles and Policies for Logistics*, qui présente en détail les principes généraux et les politiques, qui s'appliquent dans de nombreux cas à une large gamme de fonctions de soutien opérationnel de l'OTAN, y compris au soutien médical ;
 - b. MC 551 : *Medical Support Concept for NATO Response Force (NRF)*. Ce document expose les grands principes applicables pour le soutien médical des opérations de la NRF, et plus particulièrement le partage des responsabilités entre les structures de commandement intégré de l'OTAN et les nations contributrices.
- 11. L'*Allied Joint Doctrine For Medical Support AJP-4.10* est en cours de révision, une version B étant attendue dans les prochains mois. Néanmoins, les principales prescriptions de cette doctrine interalliée ont été prises en compte dans le cadre de la rédaction de ce document.

UE, ONU et coalition *ad hoc*

- 12. La DIA 4.0.10 décrit les critères d'interopérabilité possibles avec l'UE, l'ONU et le partenariat particulier franco-britannique dans le cadre de la montée en puissance du *Combined Joint Expeditionary Force (CJEF)*.

Déclinaison de la DIA-4.0.10_SOUTMED-OPS(2014)

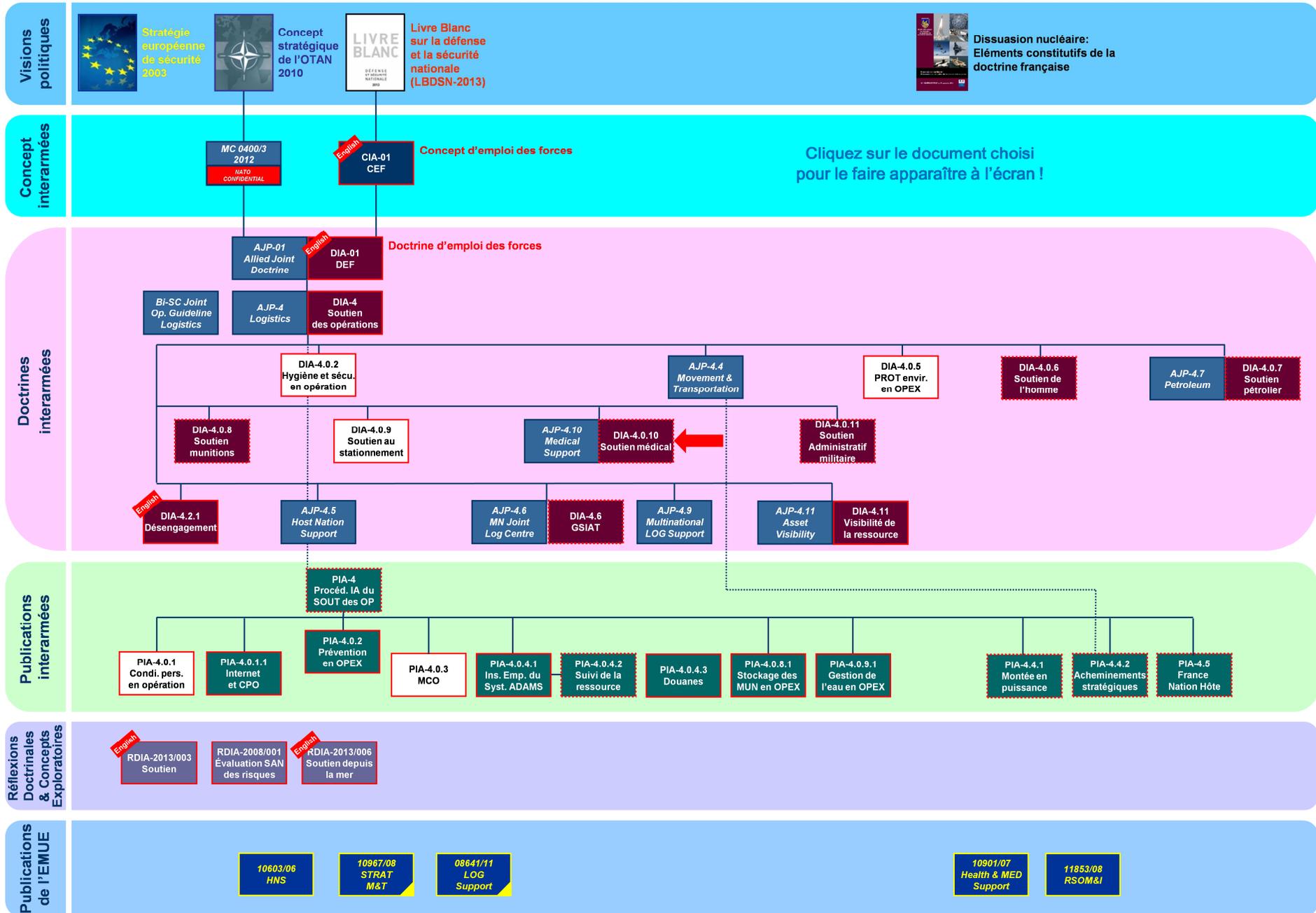
13. La doctrine interarmées, présentée dans ce document, a pour but de servir de référence fondatrice pour l'ensemble des documents doctrinaux en matière de soutien médical.

Elle est en cohérence avec les principes du soutien, et plus précisément ceux du soutien médical déjà décrits dans la DIA-4(B)_SOUT(2013).
14. D'autres documents seront ensuite rédigés pour préciser certains aspects.



Domaine 4 *Soutien*

Cliquez sur l'enveloppe pour contacter l'officier chargé du (sous)-domaine au CICDE



(PAGE VIERGE)

	Page
Préface	12
Références	10
Chapitre 1 - Généralités en matière de soutien médical	19
Section I Mission et objectifs.....	19
Section II Principes opérationnels et cadre d'action.....	21
Section III Aspects médico-techniques	25
Section IV Spécificités de milieux.....	27
Chapitre 2 - Direction du soutien médical	31
Section I Le commandement stratégique.....	31
Section II Le commandement opératif dans le cadre des engagements extérieurs.....	33
Section III Le commandement opératif dans le cadre des engagements sur le territoire national	37
Section IV Le commandement de niveau tactique	38
Chapitre 3 - Organisation du soutien médical	41
Section I Protection médicale de la force.....	41
Section II Niveaux cliniques des soins en opérations	42
Section III Évacuations médicales	46
Section IV Chaîne médicale en ambiance NRBC.....	49
Section V <i>Reporting</i> médical	49
Section VI Ravitaillement médical	50
Section VII Soutien vétérinaire	51
Section VIII Soutien dentaire.....	53
Chapitre 4 - Modalités d'organisation du soutien médical	55
Section I Principes de mise en œuvre du soutien médical.....	55
Section II Planification du soutien médical.....	57
Section III Responsabilités des différents acteurs interarmées.....	59
Section IV Contributions principales aux autres sous-fonctions du soutien.....	61
Annexe A - Demande d'incorporation des amendements	65
Annexe B - Lexique	66
Partie I Sigles, acronymes et abréviations	67
Partie II Termes et définitions.....	69

(PAGE VIERGE)

Chapitre 1

Généralités en matière de soutien médical

101. Dans son livret 1, la doctrine interarmées 4 (DIA 4) présente l'organisation générale du soutien et les responsabilités des différents acteurs, dont le service de santé des armées (SSA), acteur de soutien spécialisé. Elle définit la mission du SSA et les grands principes qui régissent l'organisation du soutien médical.
102. La présente doctrine traite successivement des principes opérationnels et médico-techniques liés aux spécificités de l'exercice médical dans les opérations interarmées et dans les différents milieux (chapitre 1), de la direction médicale des opérations – command and control adapté à la sous-fonction soutien médical (chapitre 2), de l'organisation de la chaîne médicale et des capacités déployées (chapitre 3), et des modalités de mise en œuvre de ces moyens (chapitre 4).
103. Décrire le soutien médical aux engagements opérationnels nécessite de définir les objectifs de ce soutien spécialisé, ses relations avec les autres sous-fonctions du soutien (section 1) et les grands principes opérationnels et médico-techniques qui prévalent (sections 2 et 3). Bien que le soutien médical soit par nature interarmées, intermilieux et intercomposantes, il doit cependant être en mesure d'appréhender la logique propre à chaque milieu (section 4).

Section I – Mission et objectifs

104. La mission du SSA est le soutien médical des forces armées en opérations et lors de toute autre forme d'engagements opérationnels.
105. Le SSA dispose de la maîtrise d'ouvrage fonctionnelle déléguée (MOAFD) et de la maîtrise d'œuvre (MOE) du soutien médical aux engagements opérationnels.

Mission

106. Le soutien médical aux engagements opérationnels est défini comme l'ensemble des actions médicales, pharmaceutiques, vétérinaires, dentaires, paramédicales et médico-administratives, conduites pendant la préparation des opérations, durant l'action opérationnelle proprement dite, et au retour de mission. Cet ensemble d'actions spécialisées, interdépendantes et complémentaires est par convention regroupé sous le vocable unique de « soutien médical ».
107. Le soutien médical a donc pour objet de planifier, d'organiser, de conduire, de réaliser et de contrôler l'ensemble des actes relevant du soin préventif ou curatif aux personnes malades ou blessées.
108. Les patients, bénéficiaires des actes médicaux ainsi mis en œuvre, sont :
 - a. le personnel militaire du ministère de la défense et de la gendarmerie nationale ;
 - b. toutes les personnes relevant du ministère de la défense ;
 - c. les prisonniers ;
 - d. en fonction des accords internationaux, le personnel militaire des nations alliées ;
 - e. en fonction de la mission, les ressortissants français et d'autres nationalités (cas particulier des missions d'évacuation de ressortissants (RESEVAC) notamment) ;
 - f. en fonction des règles d'engagement, les populations civiles locales.
109. Le soutien médical des opérations s'appuie sur l'ensemble des capacités médicales opérationnelles, par nature projetables, conçues et préparées par le SSA et employées en lien étroit avec les armées.

110. Ces capacités s'articulent en différentes étapes allant de la préparation opérationnelle médicale du combattant, à la reprise du service du personnel blessé ou malade. Elles visent à réaliser les soins médicaux individuels en cas de blessure ou de maladie survenues lors des engagements militaires et à conduire la mise en œuvre de mesures médicales collectives (immunisations, chimioprophylaxies, mesures d'hygiène collectives, contrôle de l'eau destinée à la consommation humaine, etc.).

Finalités

111. Le soutien médical des opérations a pour objet :
- de préserver la vie humaine ;
 - de limiter les séquelles potentielles des blessures et des maladies provoquées ou occasionnées lors des opérations ;
 - d'assurer le soutien médico-psychologique du personnel en opérations ;
 - de contribuer à l'entretien du moral des combattants, en leur assurant un suivi médical permanent et en leur donnant l'assurance d'être secourus le plus rapidement possible ;
 - de prescrire les mesures collectives d'ordre médical destinées à assurer la protection de la force, notamment les mesures d'hygiène générale et de prophylaxie adaptées au contexte épidémiologique ;
 - de préserver la disponibilité des militaires et maintenir ainsi à un niveau élevé la capacité opérationnelle de la force ;
 - d'assurer le maintien des capacités médicales opérationnelles, en termes de ressources humaines, et par le ravitaillement médical.
112. Ce concept permet de garantir une prise en charge médicale des blessés et malades « en tout temps et en tous lieux », et l'assurance, pour ces patients, de bénéficier de soins médicaux les plus adaptés à leur état de santé (en fonction du contexte opérationnel).
113. Le SSA intervient au-delà de la seule démarche de prise en charge préventive ou curative des blessés et malades. Le soutien médical des opérations inclut également la participation du SSA comme conseiller médical du commandement. Il s'agit ainsi de porter à l'ensemble des niveaux stratégique, opératif et tactique, l'expertise médicale, permettant aux autorités militaires de chaque échelon d'intégrer les conséquences médicales de leurs choix opérationnels.
114. La doctrine du soutien médical des opérations est fondée sur les principes suivants :
- la **médicalisation à l'avant**², forme particulière et très spécifique d'exercice médical, qui intègre notamment le sauvetage au combat et le *damage control resuscitation* ;
 - la **réanimation et la chirurgicalisation à l'avant** sont les modalités d'intervention médicale spécialisée au plus tôt et au plus près du lieu de la blessure. L'équipe chirurgicale déployée à l'avant met en œuvre des techniques chirurgicales spécifiques, notamment la chirurgie de sauvetage (*damage control surgery*) ;
 - l'évacuation médicale (MEDEVAC) stratégique systématique et précoce**, la France ne réalisant pas une hospitalisation prolongée sur le théâtre d'opérations. Le blessé ou malade est ainsi évacué vers la structure hospitalière la plus adaptée du territoire national métropolitain pour traitement définitif.
115. Ce triptyque doctrinal permet d'offrir au blessé ou au malade une prise en charge optimale, adaptée à son état clinique, et lui assure ainsi les meilleures chances de survie, de réparation des dommages corporels et de récupération fonctionnelle.

² On entend par « à l'avant » l'ensemble des actions du SSA conduites au contact et au plus près des forces et de l'action opérationnelle.

Périmètre

116. En opérations, le SSA intervient comme conseiller et expert technique auprès des commandements de la force et des composantes dans les domaines suivants :
- a. condition du personnel en opération ;
 - b. prévention des risques professionnels en opération ;
 - c. protection de l'environnement en opération ;
 - d. soutien de l'homme ;
 - e. soutien au stationnement ;
 - f. soutien administratif.

Section II – Principes opérationnels et cadre d'action

117. La prise en charge des blessés et des malades doit être garantie, sans rupture capacitaire. Elle est organisée selon une continuité fonctionnelle et thérapeutique nommée « chaîne médicale ».
118. La chaîne médicale est par nature unique, complète et interarmées.
119. La chaîne médicale est organisée en quatre niveaux de prise en charge ou rôles, numérotés de 1 à 4.
120. Le SSA participe aux travaux de l'OTAN pour accroître son interopérabilité opérationnelle et développer la modularité de ses capacités médico-chirurgicales.
121. Le SSA contribue à la cohérence et à l'efficacité de l'action interministérielle en particulier dans les domaines de la préparation et de la réponse aux situations de crise, ainsi qu'à leur gestion. Il dispose d'une expertise particulière dans le domaine NRBC.
122. La préparation opérationnelle du personnel de la fonction santé est un principe fondamental de la prise en charge médicale des malades et blessés. Elle capitalise le retour d'expérience (RETEX).

Continuité de la chaîne médicale

123. Assurer le soutien médical d'une opération implique de concevoir, d'organiser, de mettre en œuvre et d'entretenir sur tous types de théâtre, pendant toute la durée des opérations (depuis la phase initiale jusqu'au désengagement³), les capacités médicales opérationnelles nécessaires à la prise en charge de tous les blessés et malades, en se rapprochant au mieux des bonnes pratiques médicales nationales, jusqu'au lieu le plus adapté au traitement définitif.
124. Afin d'offrir les meilleures chances de guérison ou de réadaptation, la prise en charge des blessés et des malades doit être garantie, sans rupture dans l'espace et dans le temps. Elle est organisée en une continuité fonctionnelle et thérapeutique nommée « chaîne médicale ». Cette chaîne de soins s'exerce en tout temps, en tous lieux et en toutes circonstances, y compris en ambiance nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC).
125. L'impérative continuité de l'action médicale et la cohérence d'ensemble de la chaîne médicale imposent une maîtrise de la conception, de la planification, de la conduite et du contrôle des capacités médicales nécessaires. Cette maîtrise est garantie par une direction et une organisation médicale responsable, autonome et présente à tous les échelons. Répondant aux besoins des forces, elle permet ainsi la cohérence nécessaire à la prise en charge médicale des malades et des blessés.

³ Principe du *first in* et du *last out*.

Logique interarmées

126. L'action militaire est conduite en interarmées. Le SSA inscrit son action au profit de toutes les composantes dans cette logique interarmées, nécessaire pour proposer un soutien médical efficace, efficient et adapté aux conditions d'engagement.
127. Le soutien médical interarmées des opérations met en œuvre des moyens des trois milieux au profit de l'ensemble des blessés et malades de toutes les composantes. Il est unique, dans une logique de continuité fonctionnelle, dite de bout en bout, s'appuyant sur un acteur spécialisé unique, le SSA.

Niveaux de prise en charge

128. Les capacités médicales opérationnelles correspondent à différents niveaux de soins, pour lesquels, dans la doctrine de l'Organisation du traité de l'Atlantique Nord (OTAN), la terminologie retenue est le terme de « *role* ». Le mot retenu pour la version française est « rôle ».
129. Les niveaux de soins sont organisés en quatre rôles successifs, numérotés de 1 à 4. À chaque rôle, sont associées des capacités de prise en charge médico-chirurgicale croissantes. La définition et la description détaillée des différents rôles sont présentées au chapitre 3 de cette DIA. Les quatre niveaux de prise en charge sont :
 - a. rôle 1 : soins médicaux de premier recours et prise en charge initiale, y compris réanimatoire, des blessés et malades (*damage control resuscitation*) ;
 - b. rôle 2 : réanimation et chirurgie à l'avant, chirurgie initiale dont la chirurgie de sauvetage (*damage control surgery*) ;
 - c. rôle 3 : traitement hospitalier spécialisé sur le théâtre ;
 - d. rôle 4 : ensemble des capacités médicales et chirurgicales spécialisées permettant le traitement définitif et les soins de suite du malade ou blessé jusqu'au moment de sa guérison et la reprise du service. Ces capacités sont en général déployées dans des établissements de soins d'infrastructure du territoire national. Il s'agit principalement des hôpitaux d'instruction des armées (HIA).
130. Les différents types de MEDEVAC (à l'avant, tactiques ou stratégiques) ne sont pas considérés comme des niveaux de soins.
131. Une chaîne de soutien médical autonome, complète et cohérente comprend chacun de ces rôles. En fonction des règles d'engagement et la présence de capacités MEDEVAC précoces tactiques et stratégiques, certaines capacités constitutives de segments de cette chaîne peuvent ne pas être déployées car chaque rôle doit pratiquer une nécessaire polyvalence, s'exprimant notamment par le fait qu'il doit détenir les capacités des rôles inférieurs.

Interopérabilité opérationnelle

132. L'interopérabilité opérationnelle des structures médicales est facilitée par la proximité des modes d'exercice des praticiens, qu'elle que soit leur nationalité d'origine. Ce principe est particulièrement vrai pour les pays occidentaux. En effet, les bases scientifiques, sur lesquelles s'appuie les professionnels de santé pour prendre leurs décisions, sont communes, et cette connaissance médicale est aujourd'hui très largement partagée.
133. En fonction des cultures et surtout des moyens propres à chaque pays, la mise en œuvre des soins peut être néanmoins très variable entre les différents contingents d'une même coalition. On parle de soins « aux standards français » quand la délivrance des actes médicaux est conforme aux recommandations et aux référentiels nationaux français.
134. Pour améliorer les possibilités de mutualisation de la sous-fonction médicale en opérations entre les nations de l'OTAN, de nombreux documents (*stanag*), pour la plupart ratifiés par la France, définissent les critères et normes d'interopérabilité. Ces publications concernent aussi bien le concept et la doctrine, que des points très précis.

135. Sur les théâtres d'opérations, en raison de ce haut niveau d'interopérabilité, mais aussi en raison du niveau critique atteint par la ressource médicale militaire de certaines nations, le soutien médical est donc un des premiers domaines étudiés en matière de mutualisation interalliée.
136. Il existe cependant de nombreux freins à l'interopérabilité du soutien médical :
- a. il existe incontestablement une barrière de la langue entre les différents opérateurs de santé pouvant nuire à la sécurité des soins. Cette barrière concerne aussi bien les soignants entre eux, que le colloque singulier (se dit de la relation particulière entre le patient et le soignant) ;
 - b. la différence des standards de soins et pratiques médicales entre les nations peut être un frein à l'accueil des malades et blessés français dans une structure appartenant à un pays tiers ;
 - c. si les chaînes médicales sont par définition relativement superposables, notamment pour les pays membres de l'OTAN, elles n'en demeurent pas moins peu miscibles, la définition des niveaux de soins – notamment ceux médicalisés – variant de manière substantielle ;
 - d. l'interopérabilité des moyens médicaux est encore en cours de standardisation, même si de nombreuses avancées ont été observées depuis quelques années. Il existe des restrictions liées aux qualifications et aux formations différentes, à la reconnaissance des diplômes au niveau notamment de l'UE (différences d'attributions du personnel paramédical par exemple), à la mise en œuvre de matériels biomédicaux hétéroclites, à des protocoles de soins et de prises en charge non superposables...
137. Dans le domaine médical et en matière de multinationalité, la France dispose de deux atouts majeurs :
- a. elle détient une capacité de *lead nation* lui permettant d'assumer un rôle de nation cadre au sein de l'OTAN ou de l'UE ;
 - b. elle est en mesure d'être *role specialist nation* (RSN) de rôle 2. Cette position de RSN s'inscrit parfaitement dans l'esprit de *Smart Defence* et de complémentarité défendue par l'OTAN.

Approche modulaire

138. Un module peut être défini comme un ensemble cohérent et normalisé de matériels et de personnel propres à assurer un type de soins à apporter, à suivre et orienter des blessés ou à commander une structure. Une capacité est constituée de plusieurs modules. Il existe des modules *core* (noyaux) indispensables à la délivrance de soins chirurgicaux et de réanimation, et des modules additionnels propres à apporter soit une élévation du niveau de soin soit une augmentation de la capacité.
139. L'approche modulaire vise à améliorer l'efficacité et l'efficience des capacités médicales. Elle permet d'appréhender la prise en charge des blessés et malades selon des principes partagés, normés et communs. Elle permet aux différentes nations de contribuer, même si celles-ci n'ont pas les moyens de fournir une structure complète.
140. Sur le plan médical international, le SSA développe la mise en commun et l'interopérabilité dans le cadre du projet de l'OTAN *Smart Defence Tier 1.15 « Pooling and Sharing Multinational Medical Treatment Facilities »*. Ce projet a pour objectif de développer des niveaux de prise en charge équivalents pour tous les rôles 2 des nations de l'OTAN, de partager des capacités médicales nationales standardisées et de créer des capacités de rôles 2 basées sur des modules normés, composés de personnel et d'équipements réellement interopérables pouvant donc être réarrangés, remplacés, mutualisés.
141. Le SSA développe et met donc en œuvre des capacités médicales modulaires et interopérables. Les capacités médicales françaises sont également constituées de plusieurs modules. Chaque module français répond au cahier des charges établi par consensus entre les nations. Il est conçu pour mettre en œuvre tout ou partie d'un domaine particulier de l'exercice de la médecine (chirurgie, urgences ou analyses biomédicales par exemple). Ces moyens médicaux suivent les recommandations des instances médicales internationales, notamment celles de l'OTAN.

Dimension interministérielle

142. Le SSA participe à la mise en œuvre d'un certain nombre de plans gouvernementaux : plans pandémie grippale, variole, canicule, pirate-NRBC, etc. Il forme son personnel et le personnel civil aux techniques dont il est expert, comme par exemple les soins d'urgence en ambiance NRBC.
143. Sur demande des autorités civiles, il peut, comme tout moyen des armées, contribuer à la résolution des crises, à la résilience de la nation ou au secours aux personnes (hors participation connue et habituelle au service public hospitalier).
144. L'organisation du soutien médical se calque sur le dispositif de chaîne d'organisation territoriale interarmées de défense (OTIAD) pour les missions intérieures.

Contraintes NRBC

145. Depuis la fin de la guerre froide, le nouveau contexte stratégique conduit le SSA à reconsidérer le concept de prise en charge médicale de la victime NRBC.
146. Le SSA s'inscrit dans une démarche de prise en charge non plus quantitative de décontamination de masse, mais dans une logique qualitative, adaptée à l'état clinique des blessés, à leur mode de contamination et à leur degré d'irradiation. Cette démarche répond à un triple objectif :
 - a. augmenter les chances de survie du personnel malade ou blessé ;
 - b. maintenir les capacités des structures de soins en les protégeant de toute contamination ;
 - c. contribuer à préserver la liberté d'action du commandement.
147. Afin de permettre aux victimes NRBC de bénéficier des soins d'urgence sans attendre que les opérations de décontamination soient achevées, la prise en charge médicale NRBC associe une médicalisation précoce des victimes aux premières mesures de décontamination.
148. Ces deux opérations sont menées simultanément privilégiant la prise en charge des urgences vitales avant la décontamination complète des victimes. L'urgence médicale prime sur la décontamination quel que soit l'agent considéré R, B ou C.
149. La décontamination médicale des victimes est effectuée sous la responsabilité de professionnels de santé formés, dans une structure spécialisée pré-hospitalière ou hospitalière.

Préparation opérationnelle

150. La continuité et l'adéquation des soins dispensés dans l'ensemble de la chaîne médicale sont indispensables à la guérison d'un blessé ou malade. La qualification du personnel doit être développée et maintenue.
151. La préparation opérationnelle s'appuie sur les enseignements identifiés par le RETEX.
152. La préparation opérationnelle comprend deux volets, interdépendants et indissociables : un volet militaire et un volet médical.
 - a. Le volet militaire est une formation adaptée à une opération donnée. Il comprend un socle commun et une déclinaison par composante (terrestre, maritime, aérienne, forces spéciales). Elle vise à la maîtrise des procédures opérationnelles, à la connaissance des unités médicales opérationnelles (UMO) et matériels déployés, à la connaissance de l'environnement opérationnel et médical de l'engagement, notamment dans un contexte multinational. Seule une préparation opérationnelle militaire (en sus de la préparation médicale proprement dite) peut en effet garantir l'efficacité attendue des professionnels de santé déployés sur un théâtre d'opérations.

- b. Pour le volet médical, l'accent est porté sur les techniques médicales, d'urgence-réanimation, chirurgicales et psychiatriques, de sauvetage au combat, et leurs adaptations à un théâtre d'opérations donné.

Section III – Aspects médico-techniques

- 153. Le respect des règles éthiques et de la déontologie propres aux praticiens et paramédicaux des armées est le fondement qui inspire toute action des acteurs du soutien médical.
- 154. L'objectif du soutien médical aux engagements opérationnels est d'offrir aux malades et aux blessés le niveau de soins le plus élevé, compatible avec l'environnement opérationnel rencontré. Celui-ci est fonction des impératifs opérationnels et logistiques, ainsi que des moyens constitutifs de la chaîne médicale mis à disposition par le commandement.

Aspects éthiques et règles de déontologie

- 155. Le personnel du SSA, en sus de règles liées au statut général des militaires, obéit à des règles déontologiques propres aux praticiens et aux paramédicaux des armées.
- 156. Les activités du personnel médical sont régies par le droit de la guerre et les conventions internationales humanitaires. Toutes les actions conduites par le SSA doivent être réalisées en conformité avec le droit international humanitaire. Dans les circonstances où certaines règles spécifiques de ces conventions ne peuvent être appliquées directement, le principe décrit au paragraphe suivant définit néanmoins le standard minimum acceptable.
- 157. Sans aucune discrimination, tous les malades et blessés, naufragés ou blessés au combat doivent être pris en charge médicalement sur la base de leur besoins cliniques en tenant compte des ressources médicales disponibles.
- 158. La déontologie du personnel du SSA en opérations inclut également la protection du secret professionnel et la nécessaire confidentialité de l'information due aux patients. Cette confidentialité doit tendre, à chaque fois que cela est possible, à être semblable à ce qu'elle serait en temps normal sur le territoire national, malgré toutes les difficultés posées par les circonstances opérationnelles.
- 159. Les principes éthiques et déontologiques⁴ génèrent une responsabilité personnelle pour chacun des acteurs du soutien médical. Ceux-ci ne peuvent en être déchargés par quelque forme d'autorité civile ou militaire.
- 160. Le personnel de la fonction santé mettant en œuvre le soutien médical d'une force armée peut dispenser une aide médicale à la population (AMP), sur ordre du commandant de l'opération. Les professionnels de santé militaires français disposent d'une longue expérience dans ce domaine. L'AMP est soumise à des règles, opérationnelles et médicales, notamment éthiques, strictes et particulières⁵.

Aspects juridiques

- 161. En opérations et à l'étranger, comme dans les conditions ordinaires de pratique en France, le personnel du SSA est soumis aux obligations juridiques du Code de la défense et à celles du Code de la santé publique.
- 162. Les conséquences en cas de manquement à ces obligations sont, pour le personnel :
 - a. la sanction pénale liée à une faute médicale, susceptible d'être qualifiée d'infraction ;
 - b. la réparation d'un dommage provoqué par la réalisation, ou l'absence de réalisation, d'un acte médical, en cas de faute détachable du service.

⁴ Décret 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées.

⁵ Doctrine interarmées DIA-3.10.3.1_AMP(2009), Aide médicale aux populations, n°097/DEF/CICDE/NP du 15 mai 2009.

Obligation de moyens

163. Les pratiques médicales répondent, en opérations extérieures comme sur le territoire national, à une obligation de moyens, et non de résultat.
164. La notion d'obligation de moyens s'impose pour la prise en charge de tout militaire malade ou blessé en opérations.
165. L'objectif du soutien médical aux opérations est d'offrir, aux malades et aux blessés, le niveau de soins le plus élevé, compatible avec l'environnement opérationnel, en fonction des impératifs opérationnels et des moyens à disposition.
166. Par conséquent, les unités médicales opérationnelles doivent fournir le meilleur environnement médical possible pour le traitement des patients en prenant en compte les impératifs d'ordre clinique liés à l'état des malades et blessés. La planification de ce soutien médical est présentée au commandement qui, en fonction des nécessités d'ordre opérationnel (militaire) et des priorités qu'il s'est fixées, la valide ou pas.

Qualité

167. La démarche qualité adaptée au soutien médical (*clinical governance*) est un processus itératif pour améliorer sans cesse la qualité des soins fournis et en préserver le haut niveau. Elle est guidée par quatre grands principes : l'organisation, la formation, l'environnement et le matériel.
168. L'état de l'art médical (*best medical practice*) doit toujours guider la réalisation des actes médicaux et demeure le premier facteur de priorisation, supérieur à tous ceux interférant sur la prise en charge des blessés et malades. Il doit guider les choix nécessaires en termes de priorités, de délais d'intervention ou d'évacuation et de moyens médicaux.
169. À chaque niveau, les normes appliquées doivent tendre à se rapprocher des standards médicaux en vigueur afin de garantir une prise en charge répondant aux critères nationaux. Les normes techniques et de sécurité (matéiovigilance) concernant le matériel doivent être respectées. Le matériel mis en place doit suivre les évolutions technologiques. Son utilisation doit pouvoir répondre aux bonnes pratiques médicales.

Information médicale

170. Le recueil de l'information médicale réalisé par le SSA procède de la fonction stratégique connaissance et anticipation. Il fait partie du socle fondamental sur lequel s'appuie la protection médicale de la force.
171. Le recueil de l'information médicale pour des zones d'intervention possible permet de disposer, en amont de toute opération, de données indispensables à l'établissement de la situation sanitaire de la zone concernée, à l'analyse des risques d'ordre sanitaire, épidémiologique ou environnemental, et à la préparation des mesures médicales destinées à maîtriser ces risques.
172. Cette action se poursuit pendant et après l'engagement. Elle s'appuie notamment sur la veille scientifique, la surveillance médicale, les enquêtes épidémiologiques, la télésanté, la télémédecine et le retour d'expérience.
173. Les informations, analysées, exploitées et diffusées entrent dans le cycle de planification et la conduite médicale des opérations. À cet effet, des moyens de surveillance, de recueil, d'analyse et de transmission de l'information sont mis en place sur les théâtres.
174. Après la phase d'engagement, le SSA assure également un suivi médical et médico-administratif individuel de l'ensemble du personnel engagé sur le théâtre d'opérations. Il participe ainsi aux études destinées à tirer les enseignements de l'opération conduite, notamment ceux débouchant sur des mesures médicales de protection de la force.

Section IV – Spécificités de milieux

175. Le soutien médical du milieu terrestre est spécifique notamment en raison du terrain et de la concentration des moyens à l'avant.
176. Le soutien médical du milieu aérien est spécifique en raison des contraintes aéronautiques du personnel navigant, dont l'état de santé requiert en permanence un suivi et un contrôle de l'aptitude. Le milieu aérien est également celui des MEDEVAC au profit de toutes les composantes.
177. Le soutien médical du milieu maritime est spécifique en raison du relatif isolement des bâtiments. Cet isolement a pour conséquence, notamment, des contraintes en matière de ravitaillement médical et de délais d'évacuation médicale.

Soutien médical du milieu terrestre

178. Dans le milieu terrestre, il existe des coupures et obstacles, qui représentent une véritable contrainte pour la mise en œuvre du soutien médical : montagnes, fleuves, villes, obstacles artificiels ou issus des combats, etc. Le soutien médical est de ce fait très dépendant des infrastructures existantes, notamment des axes de communication, de l'environnement météorologique, sécuritaire ou civil (les populations civiles locales ou déplacées peuvent représenter une contrainte majeure).
179. Dans le cadre de l'engagement d'une force terrestre, le soutien médical doit certes prendre en compte les contraintes du terrain, mais surtout les impératifs de l'action militaire, et plus particulièrement les modes d'action retenus, donc les élongations, la dispersion des forces et la concentration des moyens à l'avant.
180. En matière de soutien médical, les principales conséquences sont :
 - a. la concentration des moyens médicaux à l'avant à proximité des zones de combat de haute intensité ou dans lesquelles l'engagement opérationnel est majeur. Contrairement à la plupart des autres sous-fonctions logistiques, pour lesquelles on observe un amoindrissement de la ressource à mesure que l'on s'approche des unités de destination, les impératifs liés à l'exercice de la médecine de guerre imposent un effort conséquent pour doter l'avant de matériels de haute technicité (ex : respirateur), à forte valeur ajoutée ou à forte contrainte logistique (ex : produits sanguins) ;
 - b. les difficultés pour le post-acheminement des produits de santé, tant en termes de flux poussés lors de l'entrée de théâtre, qu'en termes de flux tirés pour le recomplètement des dotations ;
 - c. la nécessité d'allouer une autonomie initiale suffisante aux unités médicales opérationnelles d'autant plus si celles-ci ont vocation à soutenir une unité à haute mobilité ;
 - d. le rattachement des plus petites unités médicales opérationnelles à une formation leader qui dispose du contrôle tactique (TACON) des moyens médicaux mis à sa disposition pour son propre soutien, ou qui lui sont rattachés.
181. Le soutien médical s'appuie sur la base de soutien interarmées de théâtre (BSIAT) et sur les capacités logistiques de cette zone, notamment (mais pas exclusivement) pour les missions de ravitaillement médical ou pour le déploiement des structures chirurgicales.
182. La BSIAT joue un rôle essentiel pour la mission MEDEVAC des blessés et malades. Elle constitue usuellement le point unique de sortie des théâtres d'opérations. Les capacités médicales et d'hospitalisation, en particulier de réanimation, doivent donc y être déployées en quantité et en qualité suffisantes, pour accueillir les patients en attente de MEDEVAC.

Soutien médical du milieu aérien

183. Le soutien médical du milieu aéronautique se distingue par une implantation stabilisée des bases aériennes ou détachements aériens, qu'ils soient sur le territoire national, projetés ou à l'étranger.

La concentration des moyens de la composante aérienne permet de ce fait de proposer un soutien médical dédié, suffisant et adapté à la mission.

184. Si les contraintes physiologiques sont bien liées à la manœuvre aérienne, le soutien médical des unités aériennes est essentiellement un soutien au sol. Il est cependant nécessaire de prendre en compte certaines missions très spécifiques, pour lesquelles une expertise médicale en vol est requise (ex : mission de largage à très grande hauteur, missions *search and rescue* avec hélitreuillage, etc.).
185. Les missions embarquées présupposent des soignants formés et entraînés, ainsi que des produits de santé ayant non seulement fait la preuve de leur efficacité mais aussi, et pour des raisons de sécurité, la preuve de leur employabilité au cours des différentes phases de vol.
186. Les contraintes aéronautiques embarquées ont un retentissement médico-physiologique important pouvant altérer spécifiquement l'état de santé du personnel navigant. Fatigue, troubles musculo-squelettiques, troubles du rythme veille-sommeil sont fréquents. Le soutien médical du personnel navigant, y compris en opérations, procède d'un suivi rigoureux et d'un contrôle régulier de l'aptitude (visites réglementaires du personnel navigant et visites médicales obligatoires après un nombre défini d'heures de vol dépendant du type d'aéronef). Conformément à la réglementation, ces visites doivent être réalisées par des praticiens qualifiés en médecine aéronautique disposant du matériel technique adapté nécessaire à cette mission.
187. Les moyens aériens et le personnel qui les arment permettent l'exécution de missions de soutien médical au profit de l'ensemble des autres milieux. Ils sont en particulier utilisés pour la réalisation des évacuations aéromédicalisées des militaires blessés ou malades (voire de civils sur demande politique), dont l'état de santé nécessite un transfert vers une autre structure de soins, les autres modes de transport complétant la voie aérienne.

Soutien médical du milieu maritime

188. La seule ressource disponible est celle embarquée sur le bâtiment. Elle est donc comptée et limitée en quantité et en qualité. En matière de soutien médical, les principales conséquences sont :
 - a. une autonomie initiale importante qui concerne les rôles 1 et les structures chirurgicales embarqués ;
 - b. une nécessaire polyvalence et autonomie des professionnels de santé qui exercent à bord des bâtiments en situation isolée, à distance de toute structure de soins de niveau supérieur ;
 - c. des possibilités réduites de ravitaillement médical dans les ports ou depuis la mer. Les escales des bâtiments permettent un réapprovisionnement en produits de santé, sous réserve d'une logistique complexe et d'une anticipation des besoins. La connaissance de la programmation des bâtiments est essentielle au SSA pour préparer, souvent dans des délais réduits, le ravitaillement médical des produits de santé à péremption courte (ex : produits sanguins labiles).
189. Les zones d'opération du milieu maritime sont souvent vastes. Si les délais de prise en charge initiale sont très réduits en raison de la concentration dans l'espace des bâtiments, les délais des MEDEVAC secondaires et donc de prise en charge spécialisée peuvent être très allongés.
190. Des capacités chirurgicales peuvent être embarquées lorsque le risque est jugé comme important. La prise en charge spécialisée est susceptible d'être différée du fait du milieu (conditions météorologiques, élongations, etc.) malgré la présence d'un vecteur aérien embarqué. Cette particularité, qui n'est pas spécifique à la marine nationale mais concerne aussi la marine marchande par exemple, est connue et assumée par le commandement.
191. L'isolement professionnel des soignants à bord des bâtiments justifie le développement des capacités d'expertise médicale à distance dans le cadre de la télémédecine.

Autres composantes

Soutien médical des forces spéciales

192. Le soutien médical des forces spéciales est par nature à la convergence des trois milieux. Compte tenu des modes d'action spécifiques de cette composante, le dispositif doit répondre à des impératifs particuliers :
- a. très faible empreinte logistique ;
 - b. recours à des structures médicales et médico-chirurgicales légères et mobiles ;
 - c. soutien de détachements isolés ou de micro-détachements.
193. Le SSA propose au commandement un dispositif de soutien médical adapté aux modes d'action des forces spéciales. Les risques inhérents aux particularités de ce dispositif sont connus et assumés par le commandement.

Soutien médical de la gendarmerie nationale

194. Le soutien médical de la gendarmerie nationale relève du SSA. Il est particulier pour les missions de police et de maintien de l'ordre. Il nécessite un personnel de la fonction santé formé et entraîné à ce type d'action.
195. Dans le cadre de leurs activités de police judiciaire, les prévôts peuvent faire appel sur réquisition au personnel du SSA (et aux moyens dédiés au soutien médical), en fonction de la réglementation française sur le territoire national, et/ou des lois du pays hôte pour les engagements extérieurs. Le personnel médical ainsi requis est susceptible, par exemple, de réaliser des prélèvements sanguins ou de participer à des identifications *post-mortem*...

(PAGE VIERGE)

Chapitre 2

Direction du soutien médical

201. L'unicité du commandement opérationnel garantit le succès des opérations. Elle impose la présence d'experts ou d'entités spécialisées du soutien médical au sein du commandement interarmées au niveau stratégique (section 1), au niveau opératif (sections 2 et 3) et au niveau tactique (section 4). Le chapitre 2 définit les attributions des différents praticiens à la tête de la chaîne médicale en opérations selon leur niveau de responsabilité, chaque praticien des armées étant *de jure* le conseiller dans le domaine de la santé de l'échelon de commandement de son niveau.
202. À chaque niveau, le personnel du SSA en sa responsabilité propre propose au commandement une organisation cohérente du soutien médical, met en œuvre les moyens alloués par celui-ci, assure la prise en charge des blessés et des malades, et lui apporte conseil et expertise. Une coordination se révèle nécessaire à tous les niveaux pour intégrer les contraintes et les impératifs du soutien médical des opérations.

Section I – Le commandement stratégique

203. L'état-major opérationnel santé (EMO santé) appuie le centre de planification et de conduite des opérations (CPCO) en matière de conseil stratégique, de conception et de conduite du soutien médical.

Les acteurs interarmées

204. Le soutien médical d'une opération est défini dès la phase de planification par le chef d'état-major des armées (CEMA), sur proposition du SSA.
205. L'EMO santé est associé à chaque étape du processus de planification par le CPCO. Pour ce faire, un expert médical issu de l'EMO santé représente en permanence le SSA au sein du CPCO.
206. Les planificateurs opérationnels du SSA sont associés à chaque étape du processus de planification interarmées et veillent de façon systématique à la bonne prise en compte des questions relevant du soutien médical. Leur contribution à la rédaction des directives relatives au soutien médical des opérations est fondamentale. Ils proposent notamment le paragraphe soutien médical de la directive (initiale) administrative et logistique (DIAL et DAL).

Responsabilités de l'état-major opérationnel santé

207. Par délégation du CEMA, le directeur central du service de santé des armées est responsable de la conception et de l'organisation du soutien médical dans toutes les phases de la montée en puissance et de l'acheminement d'une force, de son déploiement, de son engagement et de son désengagement en opérations extérieures.

208. L'EMO santé est l'unique interlocuteur du CPCO, des armées, directions et services interarmées en matière de soutien médical aux engagements opérationnels.

209. L'EMO santé est chargé de coordonner les MEDEVAC stratégiques.

210. Conseiller stratégique du CPCO dans le domaine du soutien médical, l'EMO santé a comme mission principale de lui proposer une organisation du soutien médical cohérente, suffisante, adaptée au contexte de l'engagement opérationnel et tenant compte des contraintes de milieu.

211. La responsabilité du SSA ne se limite pas à la planification médicale des opérations. Du fait de la réglementation des professions médicales, le SSA dispose de la maîtrise d'œuvre technique de ses moyens en opérations.

212. Les missions de l'EMO santé sont :
- a. de participer à la planification interarmées des engagements opérationnels en concevant le volet médical ;
 - b. d'armer le dispositif santé de veille opérationnelle ;
 - c. de coordonner la projection du personnel de la fonction santé et des produits de santé selon le plan de projection ;
 - d. de conseiller et appuyer le directeur médical (cf. § 2024 sqq) ;
 - e. d'organiser les MEDEVAC stratégiques en tenant compte des impératifs opérationnels. La coordination médicale consiste alors à proposer à l'autorité d'emploi dont dépend le vecteur aérien des solutions d'évacuation des blessés et malades, adaptées à leur état clinique et aux circonstances opérationnelles ;
 - f. de piloter les moyens médicaux sur les théâtres d'opérations ;
 - g. de gérer les exercices internationaux ou majeurs en liaison avec l'état-major de l'officier chargé de la planification et de la conduite de l'exercice (OPCE) ;
 - h. de piloter la fonction RETEX des opérations pour le SSA.

Missions des conseillers santé et adjoints santé d'état-major

213. L'unicité de la fonction médicale est portée dans les états-majors d'armée à tous les niveaux décisionnels par des praticiens et des soignants, représentants du directeur central du SSA.
214. Ces professionnels de santé, insérés dans les différentes administrations centrales ou déconcentrées, participent aux travaux internes de ces états-majors et apportent l'expertise médicale intégrée indispensable.
215. On distingue les états-majors à vocation opérationnelle et les commandements organiques. Dans ces deux types de structure, des officiers ou des sous-officiers du SSA peuvent être insérés, soit au sein d'entités destinées spécifiquement au soutien médical, soit dans des structures à vocation logistique ou regroupant plusieurs sous-fonctions du soutien.
216. En état-major opérationnel, l'officier de liaison ou inséré du SSA, s'il existe, est le premier interlocuteur et relais entre cette structure et l'EMO santé. Il est l'intégrateur de premier niveau :
- a. Vis-à-vis de l'EMO santé, son rôle est de :
 - (1) rendre compte au plus tôt des orientations de son état-major pour les différentes phases de l'engagement opérationnel (planification, montée en puissance, acheminement, déploiement, cadre d'emploi) ;
 - (2) soumettre, en première approche, une proposition d'organisation du soutien médical cohérente et intégrée à la force ainsi que les modalités de concours des moyens du SSA à la mission considérée. Cette proposition doit être validée par l'EMO santé qui dispose d'une vision interarmées de l'opération ;
 - (3) relayer les travaux de planification et de programmation ;
 - (4) rendre compte de tout évènement susceptible d'avoir une conséquence sur l'organisation du soutien médical.
 - b. Vis-à-vis de son état-major, son rôle est de :
 - (1) présenter les orientations retenues par l'EMO santé, et notamment les conséquences des choix opérationnels du commandement en matière de soutien médical ;

- (2) transmettre les besoins du SSA, qui est soutenu par l'armée contributrice principale du soutien (CPS), ou par la composante à laquelle la capacité médicale est rattachée ;
 - (3) s'assurer de l'intégration des moyens du SSA par sa composante.
217. En structure de commandement organique, l'officier de liaison ou inséré du SSA, s'il existe, est le relais naturel de la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA). En matière d'engagements opérationnels, il est concerné par la préparation des exercices majeurs et internationaux, ainsi que par la bonne prise en compte des équipes médicales en matière de mise en condition avant projection (volet militaire) par l'unité leader.

Section II – Le commandement opératif dans le cadre des engagements extérieurs

218. Chaque état-major opératif dispose d'au moins un médecin chargé d'apporter l'expertise médicale et de participer au travail collaboratif d'état-major. En effet, certaines responsabilités relèvent de la compétence exclusive des professions médicales, pharmaceutiques ou vétérinaires. Ce champ de responsabilités exclusives concerne notamment la coordination et la gestion des MEDEVAC à l'avant, ainsi que des MEDEVAC tactiques et stratégiques.
219. Un médecin des armées assure la fonction de conseiller médical du commandant de la force (CONSMED) dans tous les domaines du soutien médical ;
220. Sous les ordres de l'adjoint soutien interarmées, un médecin des armées assure la fonction de directeur médical (DIRMED), responsable de l'organisation de la chaîne médicale et de l'emploi des capacités du SSA.
221. Ces deux fonctions sont distinctes mais peuvent être cumulées par le même médecin des armées.

Opérations dans un cadre national

Le conseiller médical

222. Lors de tout engagement en opérations extérieures, le SSA désigne un médecin des armées comme conseiller médical (CONSMED) du commandant la force (COMANFOR).
223. Les attributions du CONSMED sont de :
- a. conseiller le COMANFOR sur l'ensemble des questions relatives au domaine médical notamment ce qui concerne les soins et l'hygiène ;
 - b. proposer au COMANFOR toutes les mesures qui lui paraissent nécessaires de mettre en œuvre dans son domaine de responsabilité, en particulier concernant l'hygiène, la prévention et la protection de la force vis-à-vis de risques spécifiques (environnementaux, épidémiologiques, NRBC et psychologiques) ;
 - c. réaliser ou faire réaliser toutes études à la demande du COMANFOR ;
 - d. rendre compte au COMANFOR de l'état sanitaire de la force.

Le directeur médical

224. Pour participer aux travaux de l'état-major opératif, le SSA désigne un médecin comme directeur médical (DIRMED)⁶. Ce DIRMED est placé directement aux ordres de l'adjoint soutien interarmées (ASIA). Il reçoit ses directives d'emploi de l'ASIA et ses directives techniques du directeur central du SSA (EMO santé). Il est la plus haute autorité technique interarmées de la chaîne médicale sur le théâtre.

⁶ Selon le niveau d'engagement, un même médecin peut assurer conjointement les fonctions de CONSMED et de DIRMED.

225. Le COMANFOR a le contrôle opérationnel (OPCON) de l'ensemble des moyens médicaux. Il peut déléguer cet OPCON à l'ASIA, qui s'appuie sur le DIRMED, unique responsable de l'organisation de la chaîne médicale et de l'emploi des moyens du SSA.
226. Aux ordres de l'ASIA, le DIRMED dispose des capacités médicales engagées dans une logique fonctionnelle, de bout en bout. Il en pilote la mise en œuvre en les intégrant à la manœuvre opérationnelle. Il veille à la continuité de la prise en charge des malades et des blessés, au respect des délais de prise en charge et d'évacuation, et à la mise en place des mesures prophylactiques. Il est également responsable du ravitaillement médical, du suivi de l'hygiène de l'eau et des aliments et de l'organisation des autres actions vétérinaires (santé animale et maîtrise de l'environnement biologique).
227. Le DIRMED doit pouvoir s'appuyer sur un bureau dédié pour mener à bien ce travail transverse et collaboratif d'état-major intéressant l'ensemble des bureaux (J1 à J9). Ce bureau prend le nom de « JMED »⁷. La composition du JMED dépend de la nature et de l'intensité de l'engagement opérationnel.
228. Selon les directives de l'EMO santé, les attributions du DIRMED sont donc :
- a. de définir les règles d'emploi de l'ensemble des capacités médicales opérationnelles déployées ;
 - b. de proposer les adaptations des moyens engagés, rendues nécessaires par l'évolution de la situation opérationnelle ;
 - c. de préparer les relèves et renforts de personnel, et coordonner leur mise en place et leur emploi à leur arrivée sur le théâtre ;
 - d. de réaliser le ravitaillement médical ;
 - e. d'organiser les MEDEVAC à l'avant et tactiques ;
 - f. de provoquer les MEDEVAC stratégiques, en liaison avec l'EMO santé ;
 - g. de veiller à ce que, dans le domaine du soutien médical, les actions de mise en œuvre et de conduite menées aux différents échelons des composantes de la force respectent les prescriptions de la directive (initiale) administrative et logistique de l'opération ;
 - h. de faire réaliser le suivi épidémiologique de la force et contrôler l'application des mesures de protection médicale qu'il a édictées ;
 - i. d'établir des liaisons constantes avec les structures en charge du soutien médical des nations alliées présentes sur le théâtre ainsi qu'avec celles de la nation hôte, et les organisations internationales ou non gouvernementales à vocation sanitaire présentes sur le théâtre ;
 - j. de réguler l'activité d'AMP (coordination avec la cellule J9, contrôle de la qualité des actes techniques dispensés et des dépenses engagées) ;
 - k. de préparer le plan MASCAL (*mass casualty*) ;
 - l. de réaliser ou faire réaliser la messagerie à temps du domaine médical (*reporting*) ;
 - m. de rendre compte à l'ASIA de la capacité médicale opérationnelle de la force ;
 - n. de rendre compte de son action à l'EMO santé.
229. Dans le cadre de ses attributions sus-définies, et en liaison avec le J4, le DIRMED a autorité technique sur la cellule médicale du poste de commandement (PC) du groupement de soutien interarmées de théâtre (GSIAT).

⁷ Pour les engagements opérationnels ne comportant que des UMO de niveau 1, la cellule médicale est intégrée au J4 du poste de commandement interarmées de théâtre (PCIAT). Le DIRMED est alors le médecin, expert santé du J4, et chef de la cellule médicale.

Le médecin du Patient Evacuation Coordination Cell

230. En matière de MEDEVAC à l'avant et tactique, et en fonction de la nature de l'engagement opérationnel, un PECC⁸ (*Patient Evacuation Coordination Cell*) est placé pour emploi auprès du J3 pour organiser les MEDEVAC. Le DIRMED en tant que responsable médico-technique supervise l'action du PECC⁹.
231. Pour optimiser l'organisation des MEDEVAC intra-théâtres, le PECC doit être inséré dans l'état-major de niveau opératif ou tactique qui dispose de la vision de la manœuvre 3D, de l'OPCON et/ou du TACOM des hélicoptères médicalisés, dédiés ou non.
232. Chaque composante (terre, air, marine, forces spéciales) peut également bénéficier d'un PECC au sein de son état-major tactique, lorsque le volume de la force et sa dispersion sur le théâtre d'opérations l'exigent. Le PECC est alors positionné dans la cellule « conduite » de cet état-major qui détient le TACOM des hélicoptères médicalisés. Cependant, dans une opération nationale, l'individualisation d'un, voire de plusieurs PECC, reste à apprécier en fonction du besoin, dans une approche interarmées de théâtre, davantage que dans une logique de composante.
233. La mission du PECC est d'assurer la régulation et la coordination des MEDEVAC intra-théâtres. En effet, l'emploi des vecteurs étant sous l'autorité de la force, la coordination médicale consiste alors à proposer à l'autorité militaire des solutions d'évacuation des blessés et malades, adaptées à leur état clinique et aux circonstances opérationnelles.
234. Les attributions du PECC sont donc :
- a. d'organiser les MEDEVAC intra-théâtres :
 - (1) de choisir les moyens d'évacuation ;
 - (2) d'adapter les équipes médicales au nombre de blessés et malades, ainsi qu'au type de blessures et à l'état de santé des malades ;
 - (3) d'orienter les blessés pris en charge vers les formations médico-chirurgicales les plus à même de les traiter (spécialités particulières, disponibilité) ;
 - b. de réaliser la synthèse des activités MEDEVAC et des disponibilités médicales pour le DIRMED.

Spécificités françaises des opérations multinationales

Organisation du traité de l'Atlantique Nord

235. L'ensemble des principes fondamentaux précédemment décrits en matière de soutien médical et de direction médicale des opérations sont communs entre les opérations, qu'elles soient nationales ou conduites dans le cadre multinational de l'OTAN.
236. Un médecin des armées est désigné CONSMED du *Senior National Representative* (SNR). Il dispose des mêmes attributions que le CONSMED d'une opération nationale.
237. Un médecin des armées est désigné DIRMED du commandant du contingent national français (CCNF)¹⁰. Il est placé aux ordres de l'ASIA au sein de la structure du soutien national France (SNF). En matière de soutien médical et d'expertise au profit du contingent français, il dispose des mêmes attributions que le DIRMED d'une opération nationale, notamment l'initiation des MEDEVAC stratégiques.
238. Un même médecin peut assurer conjointement les fonctions de CONSMED du SNR et de DIRMED du CCNF. Selon le niveau de participation de la France au sein d'une opération OTAN, et notamment lorsque la France est nation-cadre, ces fonctions sont compatibles avec celles de

⁸ Le terme « PECC » renvoyant au médecin responsable de la régulation des MEDEVAC, le genre masculin est retenu pour le sigle « PECC ».

⁹ Pour les opérations de plus faible envergure, la fonction PECC est dévolue au DIRMED. Dans ce cadre, le DIRMED est en liaison directe avec le J3.

¹⁰ Pour les engagements opérationnels ne comportant que des UMO de niveau 1, le DIRMED est inséré au sein de la DIVLOG. Dans cette hypothèse, la cellule médicale est intégrée à la DIVLOG du PC SNF.

Medical Advisor (MEDAD) ou de *Medical Director* (MEDDIR) des structures de commandement intégré.

239. Dans le cadre de l'OTAN, chaque composante possède au niveau de son état-major un PECC, qui peut également être armé en partie ou en totalité par du personnel français. La fonction PECC étant totalement intégré à la chaîne opérationnelle, il n'y a pas de coexistence possible entre un PECC OTAN et une cellule de régulation des MEDEVAC intra-théâtres, dédiée au seul contingent français.

Union Européenne

240. L'ensemble des principes fondamentaux précédemment décrits en matière de soutien médical et de direction médicale des opérations sont communs entre les opérations, qu'elles soient nationales ou conduites dans le cadre multinational de l'Union Européenne (UE).
241. Dans le cadre du mécanisme de financement des coûts communs des opérations de l'UE, dénommé ATHENA, et sous couvert de l'ASIA, le DIRMED participe à l'ensemble des travaux permettant le remboursement à la France des dépenses engagées en matière de soutien médical.

Organisation des Nations Unies

242. Dans le cadre d'une opération conduite par l'Organisation des Nations Unies (ONU), la chaîne médicale nationale est déployée, organisée et mise en œuvre selon les mêmes procédures et les mêmes schémas nationaux décrits précédemment (CCNF, CONSMED, SNF/ASIA, DIRMED, etc.). En cela ce soutien s'analyse comme un soutien par nation, tel que pratiqué dans le cadre de l'OTAN.
243. Cependant, le soutien médical étant une des missions du *Director of Mission Support* (DMS), les moyens médicaux, y compris de niveau 1, peuvent être employés par le *Chief Medical Officer* (ou par le *Force Medical Officer*) dans une logique fonctionnelle de bout en bout. Les principales attributions du CONSMED du CCNF (et/ou du DIRMED du SNF) sont de contrôler l'emploi des capacités médicales françaises par le *Force Commander*, la conformité de cet emploi avec les directives et restrictions (*caveat*) nationales et le respect des bonnes pratiques médicales et des règles déontologiques.

Coalition

244. En ce qui concerne le *Combined Joint Expeditionary Force* (CJEF), le concept d'emploi des capacités médicales des deux nations¹¹ est défini à partir du concept du soutien médical de l'OTAN. Le document conceptuel otanien MC 326/3 a servi de référence et de base commune de travail.

Cas des forces de présence à l'étranger

245. Le commandant les forces de présence (COMFOR) dispose d'un adjoint expert du soutien médical, le directeur interarmées du service de santé (DIASS).
246. Subordonné à l'adjoint Emploi au directeur central du service de santé des armées, le DIASS est placé pour emploi auprès du COMFOR. Il exerce les responsabilités dévolues à un directeur de service. Il a autorité technique sur l'ensemble du personnel de la fonction santé
247. En situation de crise, l'EMO santé désigne, auprès de l'ASIA, un DIRMED (le DIASS dans la plupart des cas), pour la conception, la conduite du soutien médical des opérations et le travail collaboratif d'état-major. Ce DIRMED est responsable du soutien médical du théâtre et dispose des attributions fonctionnelles afférentes (cf. § 2024 sqq).
248. Le DIASS dispose en service courant d'une direction interarmées. En situation de crise, le personnel de cette direction est chargé d'armer le JMED de l'état-major.

¹¹ Appendix 4 to Log Annex to CJEF CONEMP.

249. En service courant, plusieurs structures peuvent lui être subordonnées :
- a. un hôpital ou un groupement médico-chirurgical (HMC/GMC) ;
 - b. des centres médicaux interarmées (CMIA) ;
 - c. une unité de distribution de produits de santé (UDPS) ;
 - d. une cellule vétérinaire.
250. Ces structures ne sont pas toutes nécessairement déployées sur l'ensemble des territoires, mais uniquement en adaptation aux besoins locaux.
251. Le DIASS organise les MEDEVAC tactiques et stratégiques, à l'intérieur et à partir du territoire dont il a la charge, ainsi que la permanence de l'offre de soins. Il planifie la prise en charge des situations d'urgence. Il est l'interlocuteur privilégié des autorités sanitaires civiles pour toutes les questions ayant trait à la santé.
252. Le DIASS rend compte à l'adjoint Emploi au directeur central du service de santé des armées de l'exécution de la mission et de l'utilisation des moyens qui lui sont consentis.

Section III – Le commandement opératif dans le cadre des engagements sur le territoire national

253. Les directions régionales du SSA (DRSSA) et les directions interarmées du service de santé outre-mer sont intégrées à la chaîne OTIAD, respectivement auprès des états-majors de zone de défense (EMZD) et des commandants supérieurs des forces (COMSUP).

Territoire national métropolitain

254. Le SSA dispose d'une structure de direction territoriale, la direction régionale du SSA, qui est en correspondance de niveau avec l'EMZD.
255. Le directeur régional du SSA est *de jure* le conseiller médical de l'officier général de la zone de défense et de sécurité. Il représente le directeur central du SSA en région et est le correspondant des autorités sanitaires locales.
256. Dans chaque DRSSA, un médecin des armées est désigné correspondant de l'EMZD. Ce praticien est préférentiellement désigné DIRMED en cas d'intervention sur le territoire national métropolitain et est placé aux ordres de l'ASIA désigné pour l'intervention.
257. En fonction de la crise et du niveau d'engagement des moyens des armées sur le territoire national, un bureau médical (JMED), placé sous l'autorité du DIRMED, peut être inséré au centre opérationnel de l'EMZD.
258. Ce JMED est chargé de coordonner les moyens médicaux engagés, en suivant les directives du niveau stratégique (CPCO et EMO santé). Il est responsable de l'organisation de la chaîne médicale (notamment en matière de régulation des MEDEVAC des militaires), de l'emploi des moyens du SSA et dispose donc, sous couvert de l'ASIA, de l'OPCON des capacités médicales engagées.

Cas des forces de souveraineté

259. Le COMSUP dispose d'un état-major et de conseillers particuliers, dont un DIASS pour le domaine médical. Ce DIASS exerce les fonctions et les responsabilités décrites aux § 2046 sqq.

Cas des exercices majeurs

260. Le soutien médical des exercices majeurs repose sur une organisation similaire à celle d'une opération. Un médecin des armées est désigné DIRMED par l'EMO santé pour appuyer l'OPCE,

au sein de l'équipe de marque, pour la planification et la conduite de l'exercice dans le domaine du soutien médical, qu'il s'agisse du jeu d'exercice ou du soutien médical réel.

261. Pour éviter les interférences durant le déroulement des exercices qui pourraient être préjudiciables aux militaires réellement malades et/ou blessés, les deux chaînes médicales, « soutien réel » et « jeu d'exercice », doivent être séparées sur les plans fonctionnel, organique et, si possible, physique ainsi que géographique.

Section IV – Le commandement de niveau tactique

262. Au niveau tactique, le soutien médical est organisé et conduit par le médecin-chef du groupement tactique interarmes (GTIA), du bataillon logistique (BATLOG), de la base aérienne projetée (BAP) ou par le médecin-major du bâtiment.

Cas des opérations extérieures

263. À chaque niveau, l'expertise médicale est portée par des médecins identifiés et chargés de conseiller le commandement sur toutes les questions relevant de leur responsabilité propre. À cet effet, si le DIRMED est le plus souvent unique sur un théâtre, des médecins des armées peuvent également être désignés DIRMED pour chacune des composantes (terre, air, marine, forces spéciales). Ces praticiens, DIRMED du niveau tactique, reçoivent leurs directives techniques du DIRMED du niveau opératif.
264. Le niveau critique de la ressource en rôle 2 ou 3 sur un théâtre d'opérations et la haute valeur ajoutée de ces structures médico-chirurgicales nécessitent une expertise médicale approfondie pour en définir l'emploi (activités, stationnement, etc.). C'est pourquoi les capacités médico-chirurgicales opérationnelles du SSA sont des éléments organiques de la force.
265. Le contrôle tactique (TACON) des rôles 2 ou 3 à terre appartient à l'unité leader qui les soutient (BATLOG ou BAP dans la majorité des cas).

Composante terre

266. Le soutien médical de la composante terre dépend du volume et du niveau d'engagement de la force terrestre. Dans une logique d'unicité de la fonction santé et de continuité du soutien médical en opérations, le TACOM des moyens dédiés au soutien médical de niveau 1 appartient au médecin-chef du GTIA ou du BATLOG. Ce praticien est aux ordres du chef de corps (TACON) du GTIA ou du BATLOG.

Composante air

267. Le soutien médical de la composante air s'appuie sur le médecin-chef de la BAP (ou du détachement air), qui détient le TACOM de tous les moyens médicaux mis à sa disposition. Le TACON des moyens du SSA appartient au commandant de la BAP.

Composante marine

268. Le soutien médical de niveau 1 de la composante marine dépend de la catégorie du bâtiment. Le médecin-major est responsable de l'organisation du soutien médical à bord des bâtiments et de l'emploi de son équipe médicale. Chef du service médical, il est subordonné hiérarchiquement au commandant du bâtiment et relève, sur le plan technique, du chef du service de santé de la force d'action navale.
269. Si une équipe chirurgicale est embarquée dans le cadre d'une opération maritime ou amphibie, cette équipe est techniquement subordonnée au DIRMED désigné par l'EMO santé.

Territoire national et forces de présence à l'étranger

270. Sur le territoire national et dans les forces de présence à l'étranger, le soutien médical de niveau 1 est réalisé selon une logique zonale en s'appuyant sur les centres médicaux des armées (CMA) ou les CMIA.

271. Le soutien médical de niveaux 2 et 3 s'appuie sur les HIA et les moyens médico-chirurgicaux civils publics ou privés *ad hoc* disponibles pour le territoire national.
272. Pour les forces de présence à l'étranger, le soutien médico-chirurgical repose sur :
- a. des unités médicales opérationnelles françaises le cas échéant (comme pour les forces françaises à Djibouti) ;
 - b. les infrastructures de la nation hôte. Dans cette hypothèse, une évaluation de la qualité du service rendu est conduite par le SSA pour estimer la capacité de l'établissement de santé, qu'il soit militaire ou civil. Cette évaluation porte en particulier sur l'hygiène, la permanence et le niveau des soins par rapport aux standards nationaux.

(PAGE VIERGE)

Chapitre 3

Organisation du soutien médical

3001. Le chapitre 3 présente l'ensemble des capacités dont dispose le SSA pour déployer une chaîne médicale complète, unique, cohérente et interarmées. Ces capacités sont destinées à répondre au contrat opérationnel du SSA défini dans le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2013.
3002. Sont précisés la participation du SSA à la protection de la force avant, pendant et après l'engagement (section 1), les différentes capacités déployées (sections 2 et 3), les particularités de la prise en charge des blessés et malades en ambiance NRBC (section 4), les spécificités de l'information médicale indispensable en matière de *reporting* et de suivi de l'activité (section 5), les aspects généraux et particuliers du ravitaillement médical notamment pour le suivi de la ressource (section 6). Sont abordés enfin les périmètres et principales caractéristiques des soutiens vétérinaire (section 7) et dentaire (section 8).
3003. Dans le cadre de sa participation aux travaux doctrinaux interalliés, le SSA s'attache à mettre en exergue les spécificités du soutien médical français par rapport à la doctrine médicale de l'OTAN (AJP-4.10).

Section I – Protection médicale de la force

3004. Le SSA est responsable de l'évaluation des risques sanitaires. Contrairement à la doctrine de l'OTAN relative au renseignement médical, il ne participe pas aux activités dites de renseignement médical¹².
3005. Le soutien médical aux engagements opérationnels débute dès la préparation médicale des missions et la mise en condition avant projection de tous les militaires. Il se poursuit pendant et au retour des missions.
3006. Le SSA contribue à la protection de la force contre les risques pouvant avoir des conséquences médicales sur un théâtre d'opérations. La protection médicale de la force vise à maintenir le potentiel humain, individuel et collectif, et repose sur des mesures médicales de recueil de l'information, d'analyse des risques, de prévention, de surveillance (clinique et épidémiologique) et sur des capacités médicales opérationnelles, dénommées contre-mesures médicales, destinées à répondre à tout agent ayant des effets sur la santé humaine.

Évaluation des risques sanitaires

3007. Socle fondamental sur lequel s'appuie la protection médicale de la force, le recueil de l'information médicale et sanitaire sur les théâtres d'engagement opérationnel (potentiels ou avérés) permet de disposer, en amont de l'intervention, de données indispensables à l'établissement de la situation sanitaire de la zone concernée, à l'analyse des risques d'ordre sanitaire ou environnemental, et à la préparation des mesures médicales destinées à maîtriser les risques ainsi identifiés. Cette évaluation des risques sanitaires est une action continue, se poursuivant pendant et après l'engagement.
3008. L'évaluation des risques sanitaires s'appuie sur la veille sanitaire, la surveillance et les enquêtes épidémiologiques. Ces informations recueillies, analysées, et diffusées (rétro-information), ont une utilité est avérée dans le cycle de planification et la conduite des opérations.
3009. Ces données sont accessibles et diffusables aux professionnels de santé. Il s'agit d'informations dites « ouvertes » destinées à l'ensemble de la communauté médicale.

¹² Réflexion doctrinale interarmées RDIA-2008/001, Évaluation sanitaire des risques, n° 179/DEF/CICDE/NP du 09 juillet 2008.

3010. Sur le théâtre d'opérations et en cours d'action, des mesures de prophylaxie particulières sont proposées au commandement en fonction des situations rencontrées. Ces mesures sont le plus souvent des mesures d'hygiène, de prévention (prescription d'une chimioprophylaxie par exemple), d'éducation pour la santé, parfois de précaution comme l'abstinence de certains comportements pouvant présenter un risque pour la santé, ou des restrictions de mouvement destinées à éviter l'entrée dans une zone d'endémie ou la propagation d'une épidémie.

Préparation médicale avant déploiement

3011. La préparation médicale regroupe l'ensemble des actions de mise en condition, destinées à placer le personnel dans les meilleures conditions médicales avant son engagement opérationnel.
3012. Ces actions incluent la sélection médicale, le contrôle de l'aptitude et comprennent la mise en œuvre à titre systématique d'actions préventives ou correctrices (immunisations, traitements bucco-dentaires, correction de la vision, etc.).
3013. La préparation médicale avant déploiement permet de faire face aux risques particuliers liés à l'engagement envisagé.

Suivi médical après engagement

3014. Après la phase d'engagement, le SSA assure la continuité du suivi médical, médico-psychologique et médico-administratif individuel de l'ensemble du personnel au retour d'un théâtre d'opérations.
3015. Ce contrôle et ce suivi de l'état de santé du militaire tout au long de sa vie comprennent les surveillances spécifiques, la poursuite des traitements et l'évaluation des séquelles.
3016. Le SSA participe également aux études destinées à tirer les enseignements de l'opération conduite, notamment ceux débouchant sur des mesures médicales de protection pouvant être proposées au commandement.

Section II – Niveaux cliniques des soins en opérations

3017. Conformément à la doctrine OTAN (AJP-4.10), la France décrit quatre niveaux de soins ou rôles pour définir la capacité médicale ou chirurgicale attendue des UMO (cf. § 1028 sqq).
3018. Les différents niveaux de soins sont en mesure de stabiliser les blessés et les malades, et de les mettre en condition d'évacuation. Ils ne disposent pas systématiquement des moyens d'évacuations (hélicoptères en particulier).
3019. Le soutien médico-psychologique est assuré à chacun des maillons de la chaîne médicale. Il est institué dès la relève du blessé et se poursuit tout au long de la vie du militaire.

Rôle 1

3020. La prise en charge initiale des blessés et des malades est assurée au niveau du rôle 1. Le rôle 1 français détient une double compétence : la réalisation des soins médicaux de premier recours et la médicalisation à l'avant.

Soins médicaux de premier recours

3021. Le rôle 1 est le niveau de soin qui permet les soins de premier recours des militaires engagés en opérations. Proche de l'activité de médecine générale, il s'agit :
- de dispenser les actes de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement adaptés à l'état de santé des militaires ;
 - d'orienter les malades et blessés dans la chaîne médicale ;
 - d'assurer le suivi médical des militaires tout au long de leur vie ;

- d. de faire bénéficier aux militaires d'une éducation pour la santé.
- 3022. Ces soins de premiers recours sont délivrés immédiatement par les médecins des forces, le personnel paramédical et périmédical. Cette proximité au sein des forces entre soignants et patients permet de limiter les mouvements de militaires sur les théâtres d'opérations et de préserver les capacités MEDEVAC pour les militaires dont l'état de santé le nécessite. Elle permet *in fine* de conserver à l'avant les militaires devant bénéficier de soins médicaux de routine et de les maintenir dans leur emploi.
- 3023. Les médecins des rôles 1 contribuent à la mise en œuvre de la protection médicale de la force (cf. § 3004 sqq).

Médicalisation à l'avant

- 3024. La médicalisation à l'avant est l'un des trois piliers de la doctrine française du soutien médical aux engagements opérationnels. Elle inclut le sauvetage au combat.
- 3025. La médicalisation à l'avant a pour objet d'amener, au plus près du blessé et dans des délais courts, du personnel compétent, rompu aux techniques de prise en charge des blessés de guerre et des blessés polytraumatisés (*damage control resuscitation*). Elle dispose donc que le médecin ou l'infirmier doit se rapprocher du blessé pour sa prise en charge et non l'inverse. Elle se pratique sous la forme de la médecine d'urgence, adaptée aux pratiques opérationnelles et tactiques.
- 3026. La prise en charge d'un blessé comporte plusieurs séquences :
 - a. sa mise à l'abri ;
 - b. les gestes salvateurs immédiats de nature à préserver son pronostic vital et fonctionnel ;
 - c. sa mise en condition pour évacuation vers une UMO adaptée à son état clinique, généralement un rôle 2 ou 3 (cf. § 3032 sqq).
- 3027. Cette prise en charge initiale, et donc la médicalisation à l'avant, repose sur la délégation de certains actes cliniques notamment au personnel périmédical évoluant au contact immédiat des forces. En l'absence du personnel médical et/ou paramédical, et en situation d'exception, le personnel périmédical, ayant bénéficié d'une formation renforcée, formé aux techniques du sauvetage au combat, est capable de prendre en charge un blessé de guerre en détresse vitale, par la mise en œuvre de gestes techniques relevant habituellement de la seule compétence d'un médecin ou d'un infirmier.
- 3028. Le sauvetage au combat comprend l'ensemble des techniques immédiates de mise en sécurité et de préservation des chances de survie du blessé. Il s'agit donc d'un standard de soins permettant à tout combattant, quel que soit son niveau d'emploi, de concourir à la mise en condition de survie d'un blessé de guerre, sans délai et jusqu'à la prise en charge par une équipe médicale.
- 3029. Les objectifs de ce standard de soins sont par ordre de priorité :
 - a. la survie du blessé de guerre ;
 - b. la maîtrise de l'exposition de l'équipe médicale engagée ;
 - c. la poursuite de la mission opérationnelle.
- 3030. Compromis entre le contexte opérationnel et les compétences du personnel engagé, la réalisation des actions de sauvetage au combat se décline, selon un processus comportant trois niveaux complémentaires. Ces trois niveaux font référence à des gestes, et à des acteurs de soins différents. Si le contexte tactique l'exige, les équipes médicales peuvent être amenées à ne réaliser que des gestes du niveau 1 ou 2.
 - a. Le sauvetage au combat de niveau 1 consiste en la réalisation des seuls gestes salvateurs compatibles avec l'exposition aux dangers de la situation de combat ou d'engagement opérationnel, notamment le danger majeur du feu ennemi. Il est à mettre en

œuvre dans les toutes premières minutes suivant la blessure, par tout militaire engagé proche de la victime ou par le blessé lui-même.

- b. Le sauvetage au combat de niveau 2 consiste en la réalisation de gestes complémentaires, compatibles avec le contexte opérationnel. Il est à mettre en œuvre par un personnel de la fonction santé ayant reçu une formation spécifique.
- c. Le sauvetage au combat de niveau 3 consiste en la réalisation de gestes de réanimation à l'avant, et compatibles avec le contexte tactique. Il est à mettre en œuvre par des médecins et des infirmiers ayant reçu une formation spécifique.

3031. L'UMO caractéristique du rôle 1 est le poste médical du GTIA ou de la BAP, ou le service médical embarqué.

Rôle 2

3032. Le rôle 2 est le niveau de soin qui procure une capacité intermédiaire de théâtre pour la délivrance de la réanimation et de la chirurgicalisation à l'avant, complémentaires et indissociables.

3033. Tout comme la médicalisation à l'avant, la réanimation et la chirurgicalisation à l'avant sont des principes fondamentaux de la doctrine du soutien médical aux engagements opérationnels. Elles nécessitent le déploiement sur les théâtres d'opérations d'équipes hospitalières pluridisciplinaires, à proximité des zones d'activités opérationnelles.

3034. La réanimation à l'avant s'inscrit dans la continuité de la médicalisation à l'avant, et vise à accroître le niveau des techniques de réanimation, mises en œuvre lors de la prise en charge initiale.

3035. La chirurgicalisation à l'avant s'appuie sur des équipes chirurgicales à même de réaliser, au plus tôt, des gestes salvateurs. Cette prise en charge chirurgicale initiale des blessés à l'avant repose sur le principe de la chirurgie de sauvetage (*damage control surgery*).

3036. La chirurgie de sauvetage doit avoir lieu au plus près de l'agression corporelle et se distingue techniquement des pratiques de la chirurgie programmée. Il s'agit d'une solution performante à condition de disposer d'équipes chirurgicales formées. Elle a pour objectif de traiter l'urgence et de stabiliser le patient avant son évacuation dans de bonnes conditions. Elle n'a donc pas vocation à être une chirurgie définitive ni de consolidation. Elle contribue néanmoins à limiter les séquelles fonctionnelles des blessures.

3037. Potentiel lieu d'accueil d'un afflux saturant de blessés, le rôle 2 dispose d'une capacité d'hospitalisation limitée tant dans la durée qu'en nombre. En effet, les malades et blessés admis dans un rôle 2 n'ont pas vocation à y rester mais doivent bénéficier au plus tôt d'une MEDEVAC vers le rôle 3 ou le rôle 4. C'est pourquoi le rôle 2 dispose de la capacité de mise en condition d'évacuation des opérés, y compris en vue d'une MEDEVAC stratégique.

3038. Au rôle 2 peuvent être adjoints des capacités complémentaires diagnostiques (imagerie notamment), psychiatrique, épidémiologique et/ou dentaire.

3039. Les UMO caractéristiques du rôle 2 sont l'antenne chirurgicale, éventuellement embarquée, et le GMC.

Rôle 3

3040. Le rôle 3 est le niveau de soin qui procure une capacité médico-chirurgicale de niveau hospitalier sur les théâtres d'opérations. Ce niveau est celui des traitements spécialisés des malades et blessés. Il accueille les malades et blessés en provenance des UMO de niveau inférieur.

3041. La formation de rôle 3 accepte tout type de patients et pratique des techniques avancées de réanimation et de chirurgie, facilitées par l'existence de lits de réanimation, de chirurgie viscérale et d'orthopédie, ainsi que de chirurgies spécialisées (ophtalmologie, neurochirurgie, etc.).

3042. L'UMO de rôle 3 comprend des capacités de diagnostic et de traitements médicaux spécialisés pour la médecine interne, la psychiatrie, et d'autres spécialités médicales en fonction du théâtre

où il est déployé. Le plateau technique comprend une imagerie incluant une tomodensitométrie et un laboratoire.

- 3043. La structure de rôle 3 comprend de façon systématique une unité d'hospitalisation, bien que sa vocation soit de préparer les patients à une MEDEVAC stratégique vers une formation de rôle 4 quand leur état de santé empêche une reprise du service sur le théâtre d'opérations.
- 3044. L'UMO caractéristique du rôle 3 est l'HMC.
- 3045. Sous certaines conditions d'ordre technique et opérationnel, ce soutien chirurgical (rôles 2 et 3) peut être assuré par la nation hôte.

Rôle 4

- 3046. Le niveau de soins de rôle 4 est une capacité médicale opérationnelle qui dispose de l'ensemble des capacités médicales hospitalières. Ce niveau est celui du traitement définitif des blessés et malades. Il n'est en principe pas déployé sur un théâtre d'opérations
- 3047. Ce niveau de soins est rempli par un hôpital. Il est en mesure de prendre en charge les blessures de guerre et les affections médicales pouvant être contractées pendant les engagements opérationnels, avec leurs spécificités diagnostiques et thérapeutiques. Il met notamment en œuvre des capacités chirurgicales spécialisées, le traitement des brûlés, la chirurgie reconstructive, la médecine physique et de réadaptation et la psychiatrie.
- 3048. Généralement situé sur le territoire national métropolitain, la formation dédiée au rôle 4 est un hôpital d'accueil des blessés en provenance des théâtres d'opérations, souvent un HIA.
- 3049. Dans certaines circonstances très spécifiques et limitées, le soutien médical de niveau 4 peut être réalisé dans un hôpital militaire ou civil d'infrastructure d'un pays allié.

Cas particuliers des engagements sur le territoire national

- 3050. Le soutien médical de niveau 1 est organisé à partir des CMA et CMIA. En fonction du contexte d'engagement (isolement, volume et densité du contingent à soutenir, indisponibilité de moyens civils, etc.), une ou plusieurs UMO de niveau 1 peuvent être déployées.
- 3051. Pour les rôles 2 et 3 sur le territoire national, l'offre de soins est répartie selon un maillage territorial plus ou moins homogène. Elle est partagée entre les HIA et surtout les établissements de santé du secteur civil, public ou privé.
- 3052. La prise en charge et le transport des patients dont l'état de santé relève d'une urgence médicale ou chirurgicale est une responsabilité préfectorale. Par délégation, les services départementaux d'aide médicale urgente (SAMU) sont chargés de l'organisation et de la mise en œuvre des secours médicaux. Cette organisation s'articule autour d'une structure départementale unique, le centre de réception et de régulation des appels (centre 15), qui dispose d'une capacité pour orienter les patients de manière optimale selon la disponibilité et la compétence des plateaux techniques médicaux locaux.
- 3053. Le SSA est également en mesure de réaliser des transports médicalisés ou non vers les structures de soins militaires ou civiles. Le choix de recours préférentiellement aux moyens militaires ou au SAMU est une responsabilité médicale. Il dépend de l'état clinique du patient et des moyens immédiatement disponibles.

Soutien médico-psychologique¹³

- 3054. Le personnel en opérations peut être soumis à un stress opérationnel, résultant de facteurs complexes souvent intriqués, et dont l'intensité varie selon les théâtres, le type de missions conduites, leur durée et les risques associés. La tension nerveuse continue, le manque de sommeil, la fatigue, associés à la rupture avec les repères sociaux et familiaux habituels, peuvent conduire à des réactions de stress dépassé et affecter rapidement le potentiel opérationnel des militaires.

¹³ DIA-1.0_PERS(2013), Personnel en opérations, n°163/DEF/CICDE/NP du 26 septembre 2013.

3055. Outre la santé individuelle du personnel déployé, l'enjeu du soutien psychologique est le maintien de la capacité opérationnelle de la Force. La précocité et la qualité de la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques permettent d'en limiter l'impact éventuel sur l'aptitude opérationnelle des militaires.
3056. Le pronostic en cas de blessure psychique dépend de la précocité et de l'efficacité de la prise en charge médicale ainsi que de la qualité du support psychosocial dont va pouvoir bénéficier le militaire.
3057. Les interventions sur le terrain, immédiates et post-immédiates, après événements graves potentiellement traumatisants, ont pour objectifs de préserver la santé individuelle, le maintien et la récupération du potentiel opérationnel, tant au plan individuel que collectif, tout en garantissant la sécurité des opérations.
3058. Le soutien psychologique des militaires en opérations comporte deux volets indissociables et complémentaires :
- a. le soutien psycho-social, qui relève du commandement ;
 - b. le soutien médico-psychologique, qui relève du SSA.
3059. Le bureau médico-psychologique (BMP) de la direction centrale du service de santé des armées est le référent unique du SSA pour les forces armées, directions et services interarmées. Il est chargé d'harmoniser le soutien médico-psychologique des militaires sur le plan réglementaire au sein des armées et de la gendarmerie nationale. Il coordonne sur le plan clinique l'action des cliniciens, quel que soit leur statut, afin de garantir une cohérence d'action entre les psychologues institutionnels des armées, directions et services interarmées et ceux du SSA.
3060. Le BMP anime et coordonne les actions du service d'intervention médico-psychologique des armées (SMPA), organisation fonctionnelle qui s'appuie sur un réseau de cliniciens (médecins généralistes, psychiatres, psychologues cliniciens), sur l'ensemble des établissements du SSA (CMA et HIA), et sur les cellules de soutien psychologique des armées et de la gendarmerie nationale.
3061. L'action des psychiatres et psychologues du SSA et des armées repose sur un triptyque doctrinal partagé : précocité, proximité et permanence, dans la continuité des soins, en tous temps et en tous lieux. Une attention particulière et permanente est portée au personnel isolé et vers les unités pouvant accéder plus difficilement à l'offre de soins du SSA, notamment les forces spéciales.
3062. Les médecins et les infirmiers des forces, en position de référents de milieu, sont les mieux à même d'intervenir précocement dans les suites d'un événement grave potentiellement traumatisant, de repérer et d'accompagner les militaires blessés psychiques.
3063. Présents sur les théâtres d'opérations, les médecins et les infirmiers des forces, avec le renfort éventuel d'un psychiatre et/ou d'un psychologue clinicien, prennent en charge immédiatement les militaires souffrant de troubles aigus. Un dépistage systématique d'éventuels troubles psychiques post-traumatiques est réalisé à l'issue de la mission.
3064. Le médecin des forces est aussi le lien naturel avec le commandement et ses partenaires institutionnels pour les actions conduites en matière psychosociale. En sa qualité de conseiller du commandement, il concourt également à la sensibilisation et à la formation des militaires sur le stress opérationnel et les troubles psychiques post-traumatiques.
3065. En dehors de son rôle de clinicien et de thérapeute, le médecin des forces est détenteur du livret médical militaire, garant de la traçabilité des expositions et souffrances liées à la blessure du traumatisé psychique. Son action préserve les droits du militaire.

Section III – Évacuations médicales

3066. Les évacuations médicales sont des procédures de transport médicalisé de patients. On distingue trois natures différentes de MEDEVAC, différenciées selon leurs capacités et leurs modes d'actions.

3067. Les MEDEVAC à l'avant et les MEDEVAC tactiques sont dites intra-théâtres. Elles se situent dans les limites géographiques d'un théâtre d'opérations, éventuellement d'une zone de portée régionale préalablement définie.
3068. Les MEDEVAC stratégiques sont réalisées entre le théâtre d'opérations et le pays d'origine, un pays allié ou une autre zone prédéterminée.
3069. La régulation des MEDEVAC intra-théâtre est sous la responsabilité du PECC.
3070. Une MEDEVAC est le transport médicalisé d'un patient, depuis le lieu de la blessure jusqu'à une UMO, mais aussi le transfert médicalisé d'un blessé ou malade entre deux UMO.
3071. Une MEDEVAC est donc le transport médicalisé d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale.
3072. Les MEDEVAC sont effectuées, dans la majorité des cas, sous surveillance médicale ou paramédicale continue.
3073. Les MEDEVAC ont lieu après une mise en condition d'évacuation, adaptée au moyen de transport retenu. Elles sont destinées à garantir au patient ainsi évacué le maximum de chances de survie et de récupération fonctionnelle.
3074. Contribuant à assurer la continuité fonctionnelle de la chaîne médicale par la continuité clinique des soins, une MEDEVAC est un acte médical à part entière dont l'initiative et la responsabilité technique appartiennent à un médecin. Mettant en œuvre des moyens de transport des armées, l'exécution et la conduite des MEDEVAC sont des actes opérationnels relevant de la responsabilité du commandement.
3075. Plusieurs types de vecteurs peuvent être utilisés :
- a. vecteurs aériens : hélicoptère, avion de transport tactique, avion de transport stratégique. Leur emploi peut faire l'objet de limitations dues pour l'essentiel au nombre de vecteurs disponibles, aux conditions d'exploitation des aéronefs ou aux contraintes opérationnelles d'occupation de l'espace aérien ;
 - b. vecteurs routiers : véhicule blindé dédié, ambulance ;
 - c. vecteurs maritimes, prévues dans le cadre du soutien d'une force à la mer.
3076. L'organisation des évacuations tactiques et stratégiques nécessite la présence de structures médicales sur les aéroports (*Airport of Disembarkation – APOD*), pour réaliser l'interface entre les structures médico-chirurgicales du théâtre et les vecteurs aériens et assurer la continuité des soins avant l'embarquement.
3077. Une UMO dédiée au transit des patients est localisée le plus souvent auprès d'une plateforme aéroportuaire. Elle comprend notamment une capacité d'hospitalisation adaptée au nombre de blessés en attente d'évacuation. Cette UMO participe également à l'élaboration du plan de chargement des aéronefs, en liaison avec le DIRMED et le PECC, et réalise le transfert des blessés jusqu'au vecteur aérien retenu.
3078. L'UMO caractéristique est l'unité médicale de transit.

Régulation des évacuations médicales

3079. La coordination et la gestion des MEDEVAC intra-théâtre, qu'elles soient à l'avant ou tactiques, est une responsabilité du PECC. Les responsabilités du PECC sont décrites aux § 2030 sqq.
3080. La régulation des MEDEVAC stratégiques est une responsabilité de l'EMO santé.

Évacuations médicales à l'avant

3081. Les MEDEVAC à l'avant représentent les transports médicalisés entre le lieu de survenue de la blessure et une UMO, souvent de niveau 2 pour les patients dont l'état de santé requiert un

traitement chirurgical immédiat. Le PECC est le pivot de l'organisation de ces évacuations avant prise en charge chirurgicale.

- 3082. La précocité de la MEDEVAC vers une structure chirurgicale étant l'un des facteurs les plus importants favorisant les chances de survie des blessés, les MEDEVAC à l'avant doivent être considérées comme des missions prioritaires malgré le contexte opérationnel parfois peu favorable.
- 3083. Les MEDEVAC à l'avant requièrent préférentiellement l'emploi d'hélicoptères ou, quand ces moyens ne sont pas disponibles ou utilisables, des véhicules médicalisés.
- 3084. Cette capacité MEDEVAC à l'avant est souvent partagée dans le cadre des engagements opérationnels multinationaux.

Évacuations médicales tactiques

- 3085. Les MEDEVAC tactiques sont des transports de malades et blessés entre deux UMO à l'intérieur d'un théâtre d'opérations. Elles sont régulées et organisées par le PECC.
- 3086. En fonction du degré d'urgence, de l'état clinique du patient, des distances à parcourir, de la disponibilité des vecteurs aériens et du contexte opérationnel, les MEDEVAC tactiques sont réalisées par voie aérienne (hélicoptère ou avion de transport tactique) ou par voie routière.
- 3087. Les capacités MEDEVAC tactiques peuvent également être partagées entre plusieurs pays dans le cadre d'accords multinationaux.

Évacuations médicales stratégiques

- 3088. Les MEDEVAC stratégiques sont réalisées à partir ;
 - a. d'un théâtre d'opérations ;
 - b. d'un département ou d'une collectivité d'outre-mer ;
 - c. d'un pays étranger où sont stationnées des forces ;
 - d. d'une zone géographique où transitent des forces.
- 3089. Les MEDEVAC stratégiques ont pour destination :
 - a. le pays d'origine du patient évacué ;
 - b. un pays allié
 - c. une zone de transit prédéterminée.
- 3090. Les MEDEVAC stratégiques peuvent être réalisées avec ou sans accompagnement médical.
- 3091. La voie aérienne constitue le mode privilégié des MEDEVAC stratégiques. En combinant leur souplesse d'emploi et les capacités d'emport des aéronefs, le transport par voie aérienne, dont les contre-indications sont limitées, permet :
 - a. d'accéder à la quasi-totalité des théâtres d'opérations et des zones d'engagements opérationnels ;
 - b. de s'affranchir des discontinuités territoriales ;
 - c. de donner rapidement aux blessés et aux malades les soins les plus adaptés ;
 - d. de permettre une surveillance médicale ou paramédicale pendant le vol ;
 - e. de permettre la continuité du traitement pendant le vol ;

- f. d'offrir les meilleures conditions de confort ;
 - g. d'optimiser l'emploi des moyens médicaux ;
 - h. de restaurer les capacités d'accueil des unités médico-chirurgicales en évacuant rapidement les blessés et malades vers d'autres structures de soins.
3092. Le DIRMED ou le DIASS est l'initiateur de la demande de MEDEVAC stratégique. La régulation et la mise en œuvre médicale de cette évacuation relève de la responsabilité de l'EMO santé, point de contact unique pour l'ensemble des forces armées françaises.
3093. Dans le cadre d'accords multinationaux, et sous supervision de l'EMO santé, les MEDEVAC stratégiques peuvent être réalisées par des vecteurs et équipes médicales de pays partenaires et alliés.

Section IV – Chaîne médicale en ambiance NRBC

3094. Le SSA inscrit son action dans le cadre d'une prise en charge qualitative et individualisée des blessés, y compris sous contrainte NRBC. Il dispose des capacités de prise en charge spécifiques pouvant être engagées sur le territoire national et à l'étranger.
3095. Les compétences et expertises du SSA dans le domaine NRBC en font un des acteurs majeurs de la protection NRBC en opérations et sur le territoire national.
3096. Outre l'information fournie par les systèmes de veille et de surveillance du SSA, la protection NRBC passe par :
- a. des recommandations au commandement ;
 - b. la prescription de contre-mesures médicales ;
 - c. l'approvisionnement des forces en produits de santé, dont notamment les moyens individuels médicaux d'autoprotection des combattants (seringues auto-injectantes, médicaments protecteurs, etc.) ;
 - d. la formation du personnel à leur emploi.
3097. La prise en charge de l'urgence prime sur la décontamination approfondie. Ainsi, la protection NRBC impose de disposer de dotations spécifiques pour traiter les patients victimes de ce type d'agression, mais surtout d'une organisation en mesure d'éviter la mise en péril des UMO déployées.
3098. L'UMO caractéristique est l'unité médicale de décontamination des armées (UMDA). Celle-ci répond à cet objectif en décontaminant les blessés avant leur arrivée dans les UMO de niveaux 2 et 3.

Section V – Reporting médical

3099. Le *reporting* médical a pour objet de rendre compte de l'activité médico-chirurgicale des opérations.
3100. L'évaluation des risques sanitaires s'appuie sur l'analyse et l'exploitation du *reporting* médical.
3101. On distingue plusieurs catégories de données à destination du commandement d'une part, et à destination du SSA d'autre part.
3102. Pour le commandement, les données à caractère médical permettent une évaluation de l'état de santé de la Force et donc une appréciation de manière indirecte de son potentiel opérationnel. Il s'agit essentiellement du *Medical Assessment Reporting* (MEDASSESREP) et *Medical Situation Reporting* (MEDSITREP).

- 3103. Le DIRMED est responsable de la rédaction des paragraphes santé des comptes-rendus périodiques. Cette action concerne aussi bien les messages à destination du commandement national, que ceux à destination d'une structure de commandement multinational dans le cadre d'un engagement interallié.
- 3104. Le SSA dispose également de systèmes d'information (SI) métier pour la surveillance, le recueil et la transmission d'informations. Ces systèmes, ouverts et destinés à la communauté médicale, sont essentiels pour conduire l'évaluation des risques sanitaires (cf. § 3007).
- 3105. Ces outils spécifiques permettent de suivre l'activité médico-chirurgicale et le taux d'emploi des différentes UMO. L'analyse de ces données contribue à l'évaluation globale du dispositif médical déployé.
- 3106. ISSAN (info structure santé) est l'architecture réseau des différents SI métier du soutien médical aux opérations (Centre de télémedecine, Épidémiologie en temps réel, Système d'information et de régulation médicale). Dans un cadre multinational, le SSA participe aux travaux portant sur l'élaboration du *NATO trauma registry*.

Section VI – Ravitaillement médical

- 3107. Le ravitaillement médical est une fonction essentielle. Il permet aux UMO de disposer des médicaments, produits sanguins, gaz médicaux, matériels biomédicaux et dispositifs médicaux. Ces produits de santé obéissent à des règles particulièrement contraignantes nécessitant une expertise métier.
- 3108. La fonction maintenance du matériel biomédical relève d'équipe de techniciens spécialisés du domaine du ravitaillement médical.
- 3109. Le ravitaillement médical est réalisé à partir d'un SI métier.

Approvisionnement et distribution des produits de santé

- 3110. L'approvisionnement en produits de santé a pour objet de disposer des ressources à distribuer à l'ensemble des UMO déployées et indispensables pour inscrire leur action dans la durée : les médicaments, les produits sanguins labiles, les gaz médicaux, les matériels biomédicaux et les dispositifs médicaux.
- 3111. Pour répondre au besoin opérationnel tout en respectant un préavis court, les produits de santé sont constitués en ensembles dénommés dotations techniques, prêtes à l'emploi.
- 3112. Ces dotations techniques sont dimensionnées et adaptées aux différents types d'UMO et aux spécificités du soutien médical des composantes terrestre, aérienne et maritime.
- 3113. L'organisation de l'approvisionnement en produits de santé est conçue selon deux modalités complémentaires :
 - a. des flux poussés pour mettre en particulier à disposition des dotations techniques préétablies aux équipes médicales déployées :
 - (1) en ouverture de théâtre, en tant que dotation initiale et créer ainsi des stocks tampons (autonomie initiale) conformément à la DIAL ou à la DAL ;
 - (2) planifiés, pour les produits sanguins labiles et les médicaments à validité résiduelle courte, ce besoin pouvant être par nature la plupart du temps anticipé ;
 - (3) en renouvellement, pour les matériels biomédicaux majeurs dont le remplacement est programmé annuellement.
 - b. des flux tirés, ou dit « à la demande », assurant la livraison d'une quantité précise des seuls produits de santé indispensables à l'activité médicale sur le théâtre d'opérations, reflet des consommations constatées. Ce mode d'approvisionnement impose la

constitution d'un stock de produits de santé gérés au niveau du théâtre par l'UDPS conformément à la DAL.

- 3114. L'approvisionnement en produits de santé fait l'objet de priorités de transport en fonction de l'urgence du besoin à satisfaire, de la nature des produits à acheminer et du contexte d'engagement opérationnel.
- 3115. Le ravitaillement médical obéit à des règles pharmaceutiques précises, y compris sur les théâtres d'opérations. Des mesures réglementaires, contraignantes en matière de logistique opérationnelle concernent notamment l'emploi et le suivi des stupéfiants, la qualité et la sécurité de certains produits comme les gaz médicaux, le mode des transports de certains articles considérés comme matières dangereuses ou ceux devant bénéficier d'un acheminement sous température dirigée.
- 3116. La gestion de ces contraintes requiert localement une expertise pharmaceutique spécialisée sur les zones d'engagements opérationnels les plus intenses.

Conseil pharmaceutique

- 3117. L'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) et leur traçabilité sont une responsabilité de commandement, que cette élimination soit réalisée par la Force, ou sous-traitée à une nation alliée ou à la nation hôte.
- 3118. L'expert pharmaceutique (ou le DIRMED en l'absence d'UDPS) intervient comme conseiller technique de la sous-fonction soutien de l'homme et du directeur du commissariat en opération extérieure (DIRCOM) en charge de la réalisation ou de la sous-traitance de cette destruction.

Maintenance des matériels biomédicaux

- 3119. La fonction de maintenance des matériels biomédicaux relève du domaine du ravitaillement médical. Elle est réalisée sur le théâtre d'opérations par des équipes de techniciens spécialisés.
- 3120. La maintenance des matériels biomédicaux est réalisée à l'occasion de visites programmées (maintenance préventive) ou à la demande en cas de dysfonctionnement (maintenance curative).

Suivi des ressources

- 3121. La complexité de l'approvisionnement en produits de santé impose au SSA de disposer de SI métier spécifiques.
- 3122. Un premier SI métier du SSA¹⁴ est dédié à la réalisation et la gestion des stocks de théâtre, ainsi qu'à la distribution des produits de santé aux UMO.
- 3123. Un second SI métier¹⁵ permet l'approvisionnement en produits de santé des théâtres d'opérations. Pour le suivi de la ressource spécialisée lors de son acheminement, le SSA s'appuie sur le SI logistique interarmées¹⁶ avec lequel ce second SI métier est interfacé¹⁷.

Section VII – Soutien vétérinaire

- 3124. Le soutien vétérinaire concerne la santé publique vétérinaire, la santé et la bien-être animales, ainsi que la maîtrise de l'environnement biologique.

Santé publique vétérinaire

- 3125. Définie comme la participation des vétérinaires à la préservation de la santé humaine, la santé publique vétérinaire regroupe des actions dans les domaines de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité sanitaire de l'eau et de la prévention des zoonoses. Dans ces domaines,

¹⁴ SERENA. La cible fonctionnelle actuelle est le remplacement de SERENA par l'application PHARMA.

¹⁵ SinAPS (Système d'information des Approvisionnements en Produits de Santé).

¹⁶ SILCENT (Système d'Information Logistique Central).

¹⁷ SinAPS est interopérable avec le système d'information logistique pour le suivi de la ressource interarmées (SILRIA).

les vétérinaires et les techniciens vétérinaires du SSA exercent des activités d'expertise, de contrôle et de formation :

- a. dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, les actions d'expertise et de contrôle s'exercent chez les fournisseurs de denrées, dans les installations de stockage, de transport et de restauration collective, avec pour objectif de protéger la chaîne de l'alimentation par la maîtrise des risques sanitaires naturels ou provoqués (actions malveillantes) ;
- b. dans le domaine de la sécurité sanitaire de l'eau destinée à la consommation humaine, les vétérinaires et techniciens vétérinaires apportent une expertise et réalisent des contrôles ayant pour but de vérifier la fourniture aux combattants d'eau d'une qualité semblable aux standards nationaux. Cette expertise s'effectue très en amont, dès le choix des filières ainsi que des moyens de traitement et de stockage à mettre en œuvre. Les vétérinaires et techniciens vétérinaires sont responsables du contrôle sanitaire de l'eau distribuée et effectuent des analyses de terrain lors des opérations. Ils participent au référencement des fournisseurs d'eau embouteillée et préconisent les mesures nécessaires à la protection de la filière « eau » contre les risques d'actions malveillantes¹⁸ ;
- c. dans le domaine de la prévention des zoonoses, l'objectif est de protéger les combattants des maladies zoonotiques (la rage par exemple) et d'éviter l'introduction de ces maladies en France. À ce titre, les vétérinaires du SSA assurent les opérations de police sanitaire définies par la réglementation, en particulier pour ce qui concerne les mouvements des chiens hors de l'union européenne. Les actions mises en œuvre comprennent notamment la maîtrise des populations d'animaux errants et l'éducation sanitaire.

Santé animale

3126. Les vétérinaires du SSA assurent le soutien opérationnel ainsi que le contrôle de la bientraitance animale au profit des animaux militaires (principalement des chiens) déployés en opérations.
3127. Ce soutien s'exerce dès la sélection des animaux et leur mise en condition avant projection, pendant la mission et jusqu'au retour des animaux.
3128. Ce soutien comprend des activités médicales, chirurgicales et de prophylaxie pour lesquelles les vétérinaires disposent de matériels et de médicaments spécifiques de la médecine vétérinaire.
3129. Le contrôle de la bientraitance animale comprend l'examen des conditions d'hébergement, d'alimentation et d'emploi des animaux en application des réglementations nationales et internationales.
3130. Les vétérinaires participent à la formation des cyno-techniciens dans les domaines de l'hygiène canine et de la prise en charge des urgences.
3131. Le SSA effectue dans la mesure de ses capacités le soutien vétérinaire des animaux (mascottes) hébergés au sein des forces stationnées à l'étranger, pour lesquels il aura donné un avis favorable et qui auront été reconnus de façon réglementaire par le commandement.

Maîtrise de l'environnement biologique

3132. Dans le cadre, les vétérinaires du SSA contribuent à l'évaluation des risques concernant les affections des animaux (fièvre aphteuse par exemple) ou les infestations (parasites, plantes invasives) qui présentent une importance au plan sanitaire, économique ou écologique, notamment lors du retour sur le territoire national des personnels et des matériels provenant d'opérations extérieures.
3133. Les vétérinaires du SSA participent à l'analyse des dangers et à la rédaction des plans de maîtrise sanitaire opérationnels (PMSO), mis en œuvre par le commandement.

¹⁸ Publication interarmées PIA-4.0.9.1_GEOPEX(2010), Gestion de l'eau en opération extérieure, n°172/DEF/CICDE/NP du 23 juin 2010.

- 3134. Les vétérinaires ou techniciens vétérinaires peuvent se voir confier la supervision de leur réalisation, avant le départ des théâtres d'opérations ou sur le territoire national lors du retour des matériels dans des ports ou aéroports militaires.
- 3135. De façon à apporter un soutien technique et à assurer la traçabilité de l'ensemble des actions menées par les vétérinaires et les techniciens vétérinaires sur les théâtres d'opérations, ainsi qu'au sein des forces de souveraineté et de présence à l'étranger, le SSA dispose de référents vétérinaires « Métiers » et « Théâtres », correspondants des vétérinaires ou des techniciens déployés, ainsi que des DIRMED.

Section VIII – Soutien dentaire

- 3136. Les chirurgiens-dentistes des armées ont pour mission d'établir et de maintenir un niveau élevé de disponibilité des militaires par la réalisation de soins dentaires, avant, pendant et après l'engagement opérationnel.
- 3137. Le soutien dentaire en opérations a pour objet de prodiguer au profit du personnel de la force l'ensemble des soins curatifs dentaires destinés à maintenir ou restaurer la capacité opérationnelle.
- 3138. Ce soutien existe sous la forme d'une capacité dentaire présente dès le niveau 2. Cette capacité peut être embarquée sur les bâtiments de la marine nationale.
- 3139. La pratique dentaire en opérations se limite aux soins curatifs et réparateurs. Elle exclut les soins prothétiques et orthodontiques.

(PAGE VIERGE)

Chapitre 4

Modalités d'organisation du soutien médical

- 401. Le soutien médical des opérations est une responsabilité nationale non partagée.
- 402. Le SSA ne disposant pas de moyens logistiques, il doit s'appuyer, lors de la mise sur pied d'un dispositif de soutien médical, sur les différents acteurs interarmées, des armées, des directions et des services interarmées, dans une logique réciproque de soutenant/soutenu.

Section I – Principes de mise en œuvre du soutien médical

- 403. Le SSA est responsable de l'évaluation des capacités médicales des nations alliées.
- 404. Les UMO sont totalement intégrées aux unités de la force qu'elles soutiennent.
- 405. Les UMO ne sont pas sécables. Le personnel et le matériel sont projetés en même temps afin de permettre leur emploi immédiat. L'EMO santé assure la coordination de cette projection en liaison avec le centre de soutien des opérations et des acheminements (CSOA).
- 406. En ouverture de théâtre, les fonctions médicales, chirurgicales et de ravitaillement du soutien médical sont projetées dès la phase initiale, éventuellement sous la forme d'éléments précurseurs.

Responsabilité nationale

- 407. Le soutien médical aux engagements opérationnels est une responsabilité nationale non partagée. Ce principe s'applique à l'ensemble des niveaux du soutien médical, aux MEDEVAC et à l'ensemble des processus décrits dans ce document.
- 408. La responsabilité nationale est portée par le CEMA et déléguée au directeur central du service de santé des armées (MOAFD et MOE). Elle impose au SSA de maîtriser l'organisation de l'ensemble des capacités requises pour le soutien médical des différentes formes d'engagements opérationnels des armées.
- 409. Cette responsabilité demande de disposer des capacités nécessaires à l'évaluation des moyens médicaux qui pourraient être mis à disposition des armées dans le cadre d'une mutualisation interalliée. À ce titre, le SSA participe aux travaux menés par l'OTAN en matière d'évaluation des capacités médico-chirurgicales par des équipes d'experts interalliées.

Mutualisation – Sous-traitance

- 410. Dans le cadre de l'OTAN, de l'UE, de l'ONU ou d'une coalition *ad hoc* (ex : CJEF), tant pour des raisons politiques que pour des raisons d'efficacité, le soutien médical est une des sous-fonctions logistiques particulièrement éligible à une mutualisation interalliée.
- 411. Une partie du soutien médical peut être sous-traitée, des prestations pouvant être réalisées par des structures de la nation hôte, si le contexte opérationnel le permet et si le niveau de ressources est jugé suffisant.
- 412. La délégation d'un segment ou l'intégration d'équipes étrangères ne dédouane pas le SSA de la MOAFD du soutien médical réalisé au profit des militaires français. Au même titre que la plupart des fonctions opérationnelles, d'appui ou de soutien, le soutien médical est donc éligible à une mutualisation ou une sous-traitance sous réserve de quelques principes fondamentaux :
 - a. le SSA reste responsable de la qualité des soins délivrés en opérations, même s'il n'en est pas l'effecteur immédiat ;
 - b. seules la maîtrise d'œuvre et l'exécution peuvent être sous-traitées ;

- c. la recherche de mutualisation des moyens ou d'intégration ne doit pas entraver la liberté d'action du chef militaire : le commandement doit conserver à sa main le dispositif médical militaire garantissant son autonomie stratégique et opérative.
- 413. Sur le plan technique, le SSA dispose d'une capacité unique dans les armées pour identifier et analyser les risques liés à l'utilisation des structures de soins alliées ou de la nation hôte. Cette reconnaissance en vue d'un éventuel emploi des établissements de santé d'un pays tiers est standardisée, et effectuée par les médecins des armées, en amont et durant tout l'engagement opérationnel, pour proposer en permanence au commandement un dispositif médical adapté au juste besoin.
- 414. *In fine*, la gestion de ce niveau de risque, et le choix de recourir ou non à une mutualisation ou une sous-traitance de la totalité ou d'une partie du soutien médical, est une prérogative du commandement.

Montée en puissance¹⁹

- 415. Selon les plans d'opération et de projection définis par le CPCO, le SSA participe à la montée en puissance des forces armées. Cette montée en puissance concerne l'appui des armées à leur propre mise sur pied et les moyens organiques du SSA.
- 416. La montée en puissance des moyens du SSA est coordonnée au niveau central, en liaison avec le CSOA et les armées.
- 417. La définition du besoin en soutien médical relève du CPCO et des armées sous la forme d'un **effet à obtenir**, l'EMO santé assurant, à chaque étape de la planification et de la montée en puissance, le conseil stratégique de conception et de conduite pour l'ensemble de ces états-majors.
- 418. Selon l'effet à obtenir, les modes d'action retenus et l'économie générale des moyens imposée, l'EMO santé propose les modules médicaux mis à disposition des armées pour assurer le soutien médical des différentes formations, dans une logique interarmées et intercomposantes. Il définit notamment les grands principes de la génération de force, la montée en puissance du soutien médical et la projection cadencée des capacités du SSA, en liaison avec le CSOA.
- 419. Lors de cette phase de montée en puissance, les UMO sont intégrées aux composantes et unités leader dont elles assurent le soutien. Cette intégration concerne la réalisation de la mise en condition avant projection et la délivrance des effets spécifiques pour la mission (armement par exemple).
- 420. Le personnel médical, paramédical et périmédical doit être identifié par l'emblème de la Croix-Rouge, même si l'emploi de cet emblème peut être limité pour des raisons opérationnelles.

Déploiement initial

- 421. En ouverture de théâtre, et notamment pour garantir la liberté d'action du commandement, l'économie générale des moyens médicaux est relativement peu mise en œuvre, chaque entité disposant en propre d'un soutien médical de niveau 1. La rationalisation selon une logique interalliée ou zonale concerne les dispositifs médicaux à compter des premières relèves ou après une première relative stabilisation du théâtre d'opérations.
- 422. Pour permettre aux capacités médicales d'être immédiatement disponibles dès les premières phases d'engagement opérationnel, le personnel et le matériel médical (dotations techniques) sont projetés simultanément.
- 423. Les UMO ne sont pas sécables : tout le personnel et l'ensemble du matériel sont en effet indispensables pour déclarer la capacité pleinement opérationnelle (*full operational capability*), à l'exception des structures médico-chirurgicales construites selon une logique modulaire, et dont la quantité et la qualité des modules déployés dépendent de la capacité médicale recherchée.
- 424. En l'absence de capacités médico-chirurgicales locales et en raison des événements régulièrement observés lors des premières phases des engagements opérationnels, les

¹⁹ Publication interarmées PIA 4.4.1 (en cours de rédaction).

capacités du SSA sont déployées dès la phase initiale²⁰. La présence d'éléments du SSA est requise parmi les précurseurs des équipes de liaison et de reconnaissance de théâtre (ELRT), notamment celle du DIRMED préalablement désigné pour l'opération à venir.

425. Outre le DIRMED, les spécialistes du SSA requis dès la phase initiale sont en particulier ceux armant les équipes médicales et les équipes chirurgicales (rôles 1 et 2), ainsi que ceux en charge du ravitaillement médical (précurseurs de l'UDPS). Ce déploiement précoce est indispensable pour assurer sans délai le soutien médico-chirurgical des premiers contingents et préparer l'arrivée des autres UMO (dotations techniques notamment).

Section II – Planification du soutien médical

426. La planification du soutien médical s'appuie sur l'intégration de différents critères appelés facteurs déterminants du soutien médical.
427. Ces facteurs déterminants sont des outils pour le planificateur opérationnel et permettent, notamment en situation de crise, d'organiser le soutien médical adapté au type d'engagement.
428. Les délais de prise en charge et d'évacuation médicale sont des objectifs à atteindre en matière de planification. Le contexte opérationnel tactique peut les modifier significativement.
429. Le processus de planification du soutien médical est identique au processus général de planification (méthode de planification opérationnelle).
430. Le soutien médical est partie intégrante des planifications opérationnelles et doit être réalisé en coopération étroite avec toutes les branches des états-majors opérationnels. Le commandement doit prendre en considération cette sous-fonction du soutien dès les phases initiales du processus de planification opérationnelle. Il n'est pas simplement conseillé mais appuyé dans cette tâche par un expert médical approprié. Il est en effet essentiel qu'il ait une bonne compréhension des principes qui sous-tendent l'exécution du soutien médical.
431. À chaque phase de la planification opérationnelle, le domaine du soutien médical est impliqué. Le médecin, désigné planificateur médical et associé aux travaux de l'état-major, a pour mission de proposer un soutien médical adapté à chaque mode d'action, et de présenter les conséquences immédiates en matière de soutien médical de tel ou tel mode d'action (l'un pouvant être difficile à soutenir, un autre présentant des pertes humaines supérieures, etc.).
432. Ces processus s'appliquent aux trois niveaux :
- a. stratégique : l'EMO santé est chargé de concevoir le volet médical des opérations en liaison avec le CPCO ou l'état-major opérationnel désigné ;
 - b. opératif : le DIRMED²¹ ou le DIASS est chargé de concevoir le volet médical des opérations menées par la force qu'il soutient ;
 - c. tactique : tout médecin doit concevoir le volet médical des opérations menées par l'unité qu'il soutient.
433. La planification médicale précise :
- a. les capacités médicales opérationnelles à mettre en œuvre ;
 - b. le dispositif médical du théâtre et son articulation avec les moyens nationaux, alliés et le cas échéant de la nation hôte ;
 - c. l'organisation fonctionnelle de la chaîne de soutien médical, en particulier sa direction et les UMO déployées ;
 - d. l'organisation des MEDEVAC (à l'avant, tactiques et stratégiques) ;

²⁰ Principes du *first in* et du *last out*. Doctrine interarmées DIA-4.2.1_DESENGAGEMENT (2013), Désengagement, n°199/DEF/CICDE/NP du 25 novembre 2013.

²¹ Dans le cas des opérations maritimes, le conseiller médical du commandant de la force aéromaritime française de réaction rapide (COMFRMARFOR) est associé au processus de planification opérationnelle même s'il ne tient pas les fonctions de DIRMED.

- e. le ravitaillement médical ;
- f. les besoins en expertises médicales, pharmaceutiques, vétérinaires et dentaires.

Facteurs déterminants

434. La planification opérationnelle du soutien médical s'appuie sur l'intégration de plusieurs facteurs déterminants. L'organisation générale du soutien médical pour une opération donnée est arrêtée en fonction :
- a. de la force :
 - (1) sa mission est décisive pour l'évaluation des risques encourus et de leur gestion ;
 - (2) son volume influence directement le format du dispositif médical ;
 - (3) son organisation et son déploiement, ainsi que les élongations et l'éloignement du théâtre d'opérations, peuvent entraîner la multiplication des moyens de soutien ;
 - (4) son cadre d'emploi permet éventuellement la mutualisation des capacités médicales, soit avec la nation hôte, soit avec des alliés ;
 - (5) la durée prévisionnelle de l'engagement et l'éventuelle sédentarisation de tout ou partie de la force, conditionnent, dès la phase de projection, le type d'UMO à déployer.
 - b. de facteurs extérieurs à la force :
 - (1) les menaces particulières liées à l'emploi d'armes nucléaire, radiologique, chimique ou bactériologique, ainsi que les possibilités d'accidents technologiques majeurs sur le théâtre d'opérations, sont évaluées pour adapter au besoin le type d'UMO à déployer ;
 - (2) les facteurs environnementaux (climat, risques épidémiologiques, capacités médicales de la nation hôte, voie de communication, etc.) sont étudiés et les données actualisées lors des reconnaissances effectuées par le médecin participant à l'ELRT ;
 - (3) les besoins particuliers générés par l'AMP sont pris en compte dès la phase de planification. Ils peuvent en effet influencer le format du dispositif médical.
435. Ces facteurs déterminants sont les outils du planificateur médical opérationnel et permettent, notamment en situation de crise, de proposer sans délai un soutien médical adapté.

Délais de prise en charge et d'évacuation médicale

436. Les délais de prise en charge et d'évacuation médicale en opérations apparaissent dans les publications de l'OTAN comme un **outil de planification** (*medical/surgical planning timelines*). Ils définissent à cet effet des gabarits horaires pour la prise en charge des blessés et constituent des objectifs à atteindre en matière de planification :
- a. 10 minutes : on parle des « 10 minutes vitales » : en moins de dix minutes après la blessure, le patient reçoit les premiers soins mis en œuvre dans le cadre du sauvetage au combat de niveau 1 ;
 - b. 1 heure : dans l'heure qui suit la blessure, le blessé bénéficie de soins médicaux (sauvetage au combat de niveau 2 et de niveau 3), et d'une évacuation, prioritairement par un moyen hélicopté médicalisé. La prise en charge médicale s'appuie sur les principes du *damage control resuscitation* ;

- c. 2 heures : avant la fin de la deuxième heure, le blessé est transféré au sein d'un rôle 2 ou d'un rôle 3, où a lieu une prise en charge chirurgicale appliquant les principes du *damage control surgery*.
437. Les délais cliniques de prise en charge sont donc définis comme des créneaux de temps durant lesquels des actions médicales doivent être entreprises. Pour les blessés les plus graves, ce délai de 2 heures peut être trop long pour maintenir les constantes et permettre la survie du blessé. Il faut alors tenter d'approcher autant que possible le délai d'une heure entre la blessure et l'arrivée dans une première structure chirurgicale.
438. Le nombre de vecteurs disponibles sur un théâtre et leur site de stationnement influencent *de facto* les délais de prise en charge et d'évacuation médicale. Des contraintes extérieures au SSA (conditions climatiques, situations tactiques, etc.) peuvent également retarder ces délais. Le contexte opérationnel tactique peut donc les modifier significativement, sans pour autant remettre en question ni la performance de la chaîne médicale des opérations, ni les décisions du commandement en matière de manœuvre tactique.

Ordres opérationnels

439. Les processus de planification opérationnelle débouchent sur la rédaction par le CPCO d'une DIAL puis d'une DAL. Dans ces deux directives, il existe un paragraphe relatif au soutien médical de la force (paragraphe septimo pour la DIAL et annexe IV – soutien spécialisé pour la DAL). L'EMO santé (ou l'expert médical du CPCO) est responsable de la rédaction de ces paragraphes.
440. Au niveau opératif, la DIAL puis la DAL sont déclinées en ordre administratif et logistique (OAL) par l'ASIA. Le chapitre 9, dédié au soutien médical, est rédigé par le DIRMED en tenant compte des directives techniques de l'EMO santé.

Directives techniques

441. La DCSSA (EMO santé, bureau vétérinaire et expertise des risques sanitaires en particulier) peut émettre des directives techniques particulières, en fonction du théâtre d'opérations et de de la mission assignée.
442. Ces directives techniques sont complémentaires des ordres opérationnels reçus du commandement. Elles portent sur les aspects techniques ou administratifs de l'exercice médical en opérations. Elles ont pour objet de préciser certaines orientations et de tenir informé le personnel engagé sur différents sujets (liste non exhaustive) :
- a. mise en œuvre de mesure de prévention et de protection médicale de la force ;
 - b. organisation de l'AMP (aspects éthiques et financiers) ;
 - c. modalités de gestion des matériels biomédicaux ;
 - d. actualités en santé publique et sur les vigilances sanitaires ;
 - e. mise à jour des outils de *reporting* ;
 - f. mise en œuvre du PMSO – conseils à destination du commandement.
443. Le DIRMED s'assure de la bonne exécution de ces directives par les différentes UMO déployées sur le théâtre d'opérations concerné.

Section III – Responsabilités des différents acteurs interarmées

444. Pour déployer ses capacités, le SSA s'appuie sur les acteurs du soutien interarmées (CPCO, CSOA), notamment pour l'acheminement stratégique de ses moyens organiques.
445. Les UMO, dans une logique de soutenant/soutenu, dépendent des moyens de l'armée CPS et des composantes, en matière de soutien vie (eau, énergie, etc.), de protection, de transmissions et pour la logistique de théâtre.

446. Le SSA s'appuie sur certaines capacités des armées, notamment les vecteurs routiers, maritimes et aériens. Il réalise lors des différentes phases du processus de planification opérationnelle l'expression de ses besoins à l'armée CPS et aux autres composantes.

Les acteurs du soutien interarmées

Centre de planification et de conduite des opérations

447. Le CPCO dispose en permanence d'un expert médical. Il est conseillé par l'EMO santé pour l'ensemble des aspects du soutien médical aux engagements opérationnels. Il réalise les arbitrages stratégiques entre les armées, directions et services interarmées dans le domaine médical.
448. Le CPCO tient informé l'EMO santé des travaux de planification (orientation stratégique, concept et plan d'opérations) pour favoriser la pro-activité du SSA et garantir sa réactivité opérationnelle.

Centre de soutien des opérations et des acheminements

449. En application des directives du CPCO, le CSOA est l'interlocuteur de l'EMO santé pour l'ensemble des actions du soutien médical, notamment le suivi des effectifs de la fonction santé, le transport stratégique du personnel de la fonction santé²², les différentes phases d'acheminement des UMO et des produits de santé, et la coordination interarmées de la montée en puissance des modules du SSA.
450. En liaison directe avec l'EMO santé, et en fonction du plan d'opération et du plan de projection établis par le CPCO, le CSOA met en œuvre l'économie générale des flux logistiques.

Les armées

451. Le SSA ne détient pas de moyens logistiques opérationnels. Il réalise une expression de besoins à destination des armées pour que celles-ci lui mettent à disposition les moyens logistiques nécessaires au soutien de ses UMO, ainsi que les moyens d'évacuation.
452. Le SSA met à disposition des armées les UMO nécessaires à leur soutien médical. Ces UMO sont totalement intégrées à la composante (ou l'unité) qu'elles soutiennent.
453. Les composantes assurent le soutien vie – protection – transmissions des UMO qui lui sont rattachées. Ce soutien vie est mis en œuvre par le personnel des armées. Il concerne :
- l'aide au déploiement (sous-fonction soutien au stationnement) ;
 - la mise à disposition d'énergie (sous-fonction soutien au stationnement) ;
 - la livraison d'eau destinée à la consommation humaine en qualité et en quantité suffisante pour permettre la réalisation des soins (sous-fonction soutien de l'homme) ;
 - la prise en compte du personnel de la fonction santé, des malades et des blessés pour l'alimentation et l'eau de boisson (sous-fonction soutien de l'homme) ;
 - la prise en compte du personnel de la fonction santé pour l'hébergement, les effets d'habillement et les compléments de paquetage spécifiques et NRBC (sous-fonction soutien de l'homme) ;
 - la protection des UMO, et la délivrance de l'armement adapté ;
 - la mise à disposition (au besoin) de systèmes d'information opérationnelle et de communication, ainsi que la création des liaisons et réseaux nécessaires aux SI métier du SSA ;

²² L'organisation des MEDEVAC étant une responsabilité médicale, l'EMO santé est l'unique interlocuteur des demandeurs. Il régle la mission (acte médical) en liaison directe avec le cabinet du ministre de la Défense ou l'*European Air Transport Command* d'Eindhoven.

- h. le maintien en condition opérationnelle (MCO) des matériels nécessaires à ce soutien et mis pour emploi dans les UMO.
454. Lors de la planification opérationnelle, le SSA demande la mise à disposition par la force de vecteurs MEDEVAC. Indispensables à la continuité de l'action médicale, ces vecteurs des armées sont dédiés à la fonction santé, en permanence ou au besoin.
- a. La composante terre met à disposition des UMO les véhicules de l'avant blindés sanitaires, les ambulances blindées ou non, les véhicules de liaison tactiques et les camions nécessaires pour suivre la manœuvre opérationnelle. Elle est susceptible de mettre en œuvre des hélicoptères médicalisés. Les vecteurs routiers sont issus du régiment médical, des régiments qui en disposent et des parcs d'alerte. L'identification et la projection de ces moyens sont une responsabilité de l'armée de terre.
 - b. La composante air met en œuvre les avions et des hélicoptères médicalisés. Elle met à disposition des UMO les véhicules de liaison tactiques et les camions. L'identification et la projection de ces vecteurs sont une responsabilité de l'armée de l'air.
 - c. La composante marine est susceptible de mettre en œuvre des hélicoptères médicalisés.
455. Les composantes assurent le MCO des vecteurs médicalisés déployés. Elles fournissent les kits nécessaires à leur emploi comme moyens d'évacuation médicale opérationnels. Le SSA fournit les lots médicaux (matériels biomédicaux en particulier) et assurent la maintenance de ceux-ci.
456. Les gestes de secourisme constituent la première étape de la prise en charge d'un blessé. Partie intégrante de la préparation opérationnelle, la formation au secourisme institutionnel est donc une prérogative des armées, en particulier l'enseignement de prévention et secours civiques de niveau 1 (PSC1).
457. Dans le cas d'un blessé grave, les gestes de secourisme tels qu'enseignés dans le PSC1 sont insuffisants pour maintenir la victime en vie jusqu'à l'arrivée des secours médicalisés. Ce PSC1 (ou diplôme équivalent), dont tout militaire est titulaire, est alors complété par une formation élaborée exclusivement pour répondre aux spécificités des situations de combat, le SC1. Ce SC1 permet aux militaires d'acquérir les savoir-faire indispensables à la réalisation des premiers secours dans un milieu hostile. L'enseignement du SC1 est une responsabilité de chaque armée. Il est dispensé sous le contrôle du SSA.
458. Une déclinaison du SC1 est nécessaire pour tenir compte de l'environnement maritime (cloisonnement des zones notamment) : le secourisme de combat en milieu maritime de niveau 1.

Section IV – Contributions principales aux autres sous-fonctions du soutien

459. Le SSA entretient des liens étroits avec l'ensemble des directions et services interarmées et de la défense en charge des autres sous-fonctions du soutien logistique et du soutien administratif militaire, dans une logique de soutenant/soutenu.

Sous-fonction soutien de l'homme

460. Sur les théâtres d'opérations, le SSA appuie notamment la sous-fonction soutien de l'homme en contribuant dans son domaine de responsabilité à la bonne exécution de certaines prestations, en particulier par les contrôles vétérinaires des points de restauration et de l'eau destinée à la consommation humaine.

Sous-fonction soutien financier

461. En opérations, les soins sont délivrés à titre gratuit pour :
- a. les militaires français ;
 - b. la population locale ;

- c. les militaires étrangers et locaux selon les circonstances et accords.

Ces prestations ne font donc pas l'objet d'une demande de paiement ou de recouvrement.

- 462. Les soins sont délivrés à titre payant pour les ressortissants, y compris de nationalité française, et certains militaires étrangers.
- 463. Le DIRCOM est l'interlocuteur de la chaîne médicale, et plus particulièrement du DIRMED, pour :
 - d. faire remonter les recettes liées à une activité médicale délivrée au profit d'un ressortissant (remboursement des frais). Le DIRCOM est le destinataire des factures établies par l'UMO qui a délivré les soins, ainsi que des recettes en numéraires correspondantes ;
 - e. obtenir le remboursement des frais liés à une activité médicale délivrée au profit d'un militaire étranger. Dans le cas des paiements différés, le DIRCOM émet un STANAG à destination de la nation dont le patient est ressortissant, en liaison avec le centre interarmées d'administration des opérations (CIAO). À cet effet, tous les éléments de facturation sont fournis par l'UMO au DIRCOM.

Cas des affaires mortuaires

- 464. La sous-fonction soutien de l'homme participe au soutien des engagements par la mise à du service mortuaire²³. Son personnel est responsable du stockage, de l'entretien et de la délivrance des articles nécessaires à la mise en œuvre de la chaîne mortuaire.
- 465. Les actes d'état civil relatifs aux affaires mortuaires sont de la compétence du DIRCOM²⁴ (sous-fonction soutien administratif).
- 466. Le médecin rédige le certificat de décès et le certificat de mort non contagieuse. La rédaction est précédée sauf situation exceptionnelle d'un examen post-mortem non invasif.
- 467. Conformément au code de procédure pénale, l'officier de police judiciaire peut requérir par écrit tout médecin pour procéder à des constatations ou des examens techniques ou scientifiques du cadavre.
- 468. Il est convenu, par assimilation aux pratiques nationales réalisées dans les établissements de santé, que les professionnels de santé (médecin ou infirmier) peuvent être amenés à participer aux toilettes mortuaires des militaires français décédés dans les UMO. En dehors des UMO, la contribution éventuelle des professionnels de santé aux affaires mortuaires est une décision du DIRMED.

²³ Doctrine interarmées DIA-04(B)_SOUT(2013), Doctrine du Soutien, n°40/DEF/CICDE/NP du 14 mars 2013 (Livret 2, paragraphe 6220).

²⁴ Publication interarmées PIA-1.3.3, Mémento de l'état civil en opérations extérieures, n°080/DEF/EMA/ORG/BMAA/NP du 14 mai 2008.

(PAGE VIERGE)

Annexe A

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 :

CICDE
École militaire
21, Place JOFFRE
75700 PARIS SP 07

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

- B01. Dans un sigle, chaque lettre se prononce distinctement comme si un point la séparait de la suivante.

Acronymes

- B02. Un acronyme se compose d'une ou de plusieurs syllabes pouvant se prononcer comme un mot à part entière.

Abréviations

- B03. 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

- B04. 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.
- B05. 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 bleu**.

Liste des sigles, acronymes et abréviations utilisés dans ce document

AJP	<i>Allied Joint Publication</i>
AMP	Aide Médicale à la Population
ASIA	Adjoint Soutien InterArmées
BAP	Base Aérienne Projetée
BATLOG	BATaillon LOGistique
BMP	Bureau Médico-psychologique
BSIAT	Base de Soutien InterArmées de Théâtre
CCNF	Commandant du Contingent National Français
CEMA	Chef d'État-Major des Armées
CIAO	Centre Interarmées d'Administration des Opérations
CJEF	<i>Combined Joint Expeditionary Force</i>
CMA	Centre Médical des Armées
CMIA	Centre Médical InterArmées
COMANFOR	COMmANdant la FORce
COMFRMARFOR	COMmandement FRançais des FORces MARitimes
COMFOR	COMmandant les FORces de présence
COMSUP	COMmandant SUPérieur des forces
CONSMED	CONSeiller MÉDical
CPCO	Centre de Planification et de Conduite des Opérations
CPS	Constitutrice Principale du Soutien
CSOA	Centre de Soutien des Opérations et des Acheminements
DAL	Directive Administrative et Logistique
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DCSSA	Direction Centrale du Service de Santé des Armées
DIA	Doctrine InterArmées
DIAL	Directive Initiale Administrative et Logistique
DIASS	Directeur InterArmées du Service de santé
DIRCOM	DIRecteur du COMmissariat en opération extérieur
DIRMED	DIRecteur MÉDical

DIVLOG	DIVision LOGistique
DMS	<i>Director of Mission Support</i>
DRSSA	Direction Régionale du Service de Santé des Armées
ELRT	Équipe de Liaison et de Reconnaissance de Théâtre
EMZD	État-Major de Zone de Défense
EMO	État-Major Opérationnel
GMC	Groupelement Médico-Chirurgical
GSIA	Groupelement de Soutien InterArmées de Théâtre
GTIA	Groupelement Tactique InterArmes
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
HMC	Hôpital Médico-Chirurgical
ISSAN	Info Structure SANté
JMED	Bureau MÉDical
MASCAL	<i>MASs CASuaLty</i>
MEDAD	<i>MEDical ADvisor</i>
MEDASSESREP	<i>MEDical ASSESsment REPorting</i>
MEDDIR	<i>MEDical DIRector</i>
MEDEVAC	<i>MEDical EVAcuation (=ÉVAcuation MÉDicale)</i>
MEDSITREP	<i>MEDical SITuation REPorting</i>
MOAFD	Maîtrise d'OuvrAge Fonctionnelle Déléguée
MOE	Maîtrise d'Œuvre
NRBC	Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique
NRF	<i>NATO Response Force</i>
OAL	Ordre Administratif et Logistique
ONU	Organisation des Nations Unies
OPCE	Officier chargé de la Planification et de la Conduite de l'Exercice
OPCON	OPerational CONtrol
OTAN	Organisation du Traité de l'Atlantique Nord
OTIAD	Organisation Territoriale InterArmées de Défense
PC	Poste de Commandement
PECC	<i>Patient Evacuation Coordination Cell</i>
PMSO	Plan de Maîtrise Sanitaire Opérationnel
PSC1	Prévention et Secours Civiques de niveau 1
RESEVAC	Évacuation de Ressortissants
RETEX	RETour d'Expérience
RSN	<i>Role Specialist Nation</i>
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SCA	Service du Commissariat des Armées
SMPA	Service d'intervention Médico-Psychologique des Armées
SI	Système d'Information
SILCENT	Système d'Information Logistique CENTral
SILRIA	Système d'Information Logistique pour le suivi de la Ressource InterArmées
SinAPS	Système d'information des Approvisionnements en Produits de Santé
SNF	Soutien National France
SNR	<i>Senior National Representative</i>
SSA	Service de Santé des Armées
TACOM	<i>TACTical COMmand</i>
TACON	<i>TACTical CONtrol</i>
UDPS	Unité de Distribution de Produits de Santé
UE	Union européenne
UMDA	Unité Médicale de Décontamination des Armées
UMO	Unité Médicale Opérationnelle

Partie II – Termes et définitions

Commandement opérationnel (*Operational Command – OPCOM*)

- B06. Autorité conférée à un commandant pour assigner des missions ou des tâches particulières à des commandants subordonnés, lui affecter les moyens nécessaires pour accomplir la mission donnée, déployer des unités, réaffecter des forces.
- B07. Seul le commandement disposant de l'OPCOM autorise à déployer des unités et à réassigner des forces. Il peut conserver le contrôle opérationnel (voir infra) ou le déléguer.
- B08. Seul le chef d'état-major des armées exerce le commandement opérationnel des forces françaises.

Commandement tactique (*Tactical Command – TACOM*)

- B09. Autorité déléguée à un commandant pour attribuer des tâches aux forces placées sous son commandement, en vue de l'accomplissement de la mission ordonnée par l'autorité supérieure

Conseiller médical

- B10. Médecin des armées, conseiller médical (CONSMED) du commandant la force (COMANFOR) ou du *Senior National Representative*. Il apporte son expertise au COMANFOR sur l'ensemble des questions relatives au domaine médical notamment ce qui concerne les soins et l'hygiène

Contrôle opérationnel (*Operational Control – OPCON*)

- B11. Autorité conférée à un commandant par le commandant opérationnel pour :
 - a. planifier l'engagement et le déploiement des moyens qui lui sont affectés pour réaliser la mission donnée ;
 - b. donner des ordres aux forces affectées, et les déployer, de telle sorte qu'elles puissent accomplir les missions ou tâches particulières dans les limites fixées par le commandant opérationnel, habituellement limitées de par leur nature, quant au lieu, ou dans le temps ;
 - c. conserver ou déléguer le contrôle tactique (voir infra) de ces unités.

Contrôle tactique (*Tactical Control – TACON*)

- B12. Direction et contrôle détaillés, normalement limités au plan local, des mouvements ou manœuvres nécessaires pour exécuter les missions ou les tâches assignées par le contrôleur opérationnel.

Directeur médical

- B13. Médecin des armées désigné pour participer au travail transverse et collaboratif intéressant l'ensemble des bureaux d'un état-major. Le directeur médical (DIRMED) dirige le bureau médical (JMED).
- B14. Plus haute autorité technique interarmées de la chaîne médicale sur le théâtre, il reçoit ses directives d'emploi de l'adjoint soutien interarmées et ses directives techniques du directeur central du service de santé des armées.
- B15. Le DIRMED dispose des capacités médicales engagées et en pilote la mise en œuvre en les intégrant à la manœuvre opérationnelle. Il veille à la continuité de la prise en charge des malades et des blessés, au respect des délais de prise en charge et d'évacuation, et à la mise en place des mesures nécessaires à la protection médicale de la force.

- B16. Le DIRMED est également responsable du ravitaillement médical et de l'organisation des actions vétérinaires.

Évacuation médicale

- B17. Transport sur prescription médicale d'un patient (malade, blessé ou parturiente), pour des raisons de soins ou de diagnostic, depuis le lieu de la blessure jusqu'à une unité médicale opérationnelle (UMO), ou entre deux UMO.
- B18. L'évacuation médicale (MEDEVAC) est généralement réalisée sous surveillance médicale ou paramédicale continue.
- B19. Il existe trois types de MEDEVAC :
- a. MEDEVAC à l'avant, entre le lieu de survenue de la blessure et une UMO ;
 - b. MEDEVAC tactique, entre deux UMO, à l'intérieur d'un théâtre d'opérations ;
 - c. MEDEVAC stratégique, à partir d'un théâtre d'opérations, d'un département ou d'une collectivité d'outre-mer, ou d'un pays étranger et à destination du territoire national métropolitain ou d'un pays allié.

Maîtrise d'œuvre

- B20. La maîtrise d'œuvre (MOE) est l'entité qui réalise tout ou partie de l'ouvrage dans des conditions (qui peuvent être de coûts, de délai et de qualité ou sous forme de contrat) qui lui sont fixées soit directement par la maîtrise d'ouvrage, soit en général par la maîtrise d'ouvrage fonctionnelle déléguée. La MOE peut-être étatique opérationnelle, étatique industrielle ou privée. Responsable des choix techniques inhérents à la réalisation, elle assure la direction de l'exécution du projet.

Maîtrise d'ouvrage

- B21. La maîtrise d'ouvrage (MOA) est l'entité responsable de la définition du besoin opérationnel, du budget consacré à ce besoin et de son processus de réalisation. Elle définit des objectifs et les contrats de performance, fixe les moyens (personnel, budget...), dimensionne le format et les activités de la MOE, fixe les délais de réalisation, détermine le mode de réalisation (interne ou externe), contrôle les résultats.

Maîtrise d'ouvrage fonctionnelle déléguée

- B22. La maîtrise d'ouvrage peut être déléguée pour une fonction logistique particulière, on parle alors de maîtrise d'ouvrage fonctionnelle déléguée (MOAFD).
- B23. MOAFD et MOE peuvent être co-localisées au sein d'organismes différents ou au sein du même organisme assurant à la fois des tâches de direction (MOAFD) et d'exécution (MOE).

Médicalisation à l'avant

- B24. Forme particulière et très spécifique de l'exercice médical, qui intègre notamment le sauvetage au combat et le *damage control resuscitation*.
- B25. Principe fondamental du soutien médical des opérations, la médicalisation à l'avant prévoit d'amener, au plus près du blessé et dans des délais courts, du personnel compétent, rompu aux techniques de prise en charge des blessés de guerre et des blessés polytraumatisés (*damage control resuscitation*). Elle dispose donc que le médecin ou l'infirmier doit se rapprocher du blessé pour sa prise en charge et non l'inverse. Elle se pratique sous la forme de la médecine d'urgence, adaptée aux pratiques opérationnelles et tactiques.
- B26. La médicalisation à l'avant repose sur la délégation de certains actes cliniques notamment au personnel périmédical évoluant au contact immédiat des forces, dans le cadre de la mise en œuvre du sauvetage au combat de niveau 2.

Paramédical

- B27. Se dit des actes liés aux soins ne relevant pas des médecins, dentistes ou sages-femmes (professions médicales).
- B28. Les professions paramédicales regroupent l'ensemble des métiers d'auxiliaires médicaux décrits dans le code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, aide-soignant, ambulancier, etc.).

Périmédical

- B29. Qui a rapport aux soins, mais n'est l'effet ni d'un personnel médical, ni d'un personnel paramédical. Dans les armées, se dit des auxiliaires sanitaires qui concourent aux soins sans y participer directement.
- B30. Le personnel périmédical détient des savoir-faire, notamment en matière de sauvetage au combat, obtenus à l'issue d'une formation renforcée.

Protection médicale de la force

- B31. Concept destiné à maintenir le potentiel humain, individuel et collectif, de la force et à offrir au personnel de la force une protection contre les risques pouvant avoir des conséquences médicales.
- B32. La protection médicale de la force repose sur des mesures médicales de recueil de l'information, d'analyse des risques, de prévention, de surveillance (clinique et épidémiologique) et sur des contre-mesures médicales, destinées à répondre à tout agent ayant des effets sur la santé humaine.
- B33. L'évaluation des risques sanitaires, la préparation médicale avant déploiement et le suivi médical après engagement contribuent à la protection médicale de la force.

Ravitaillement médical

- B34. Ensemble des actions (prévision, réalisation, stockage, distribution, élimination, etc.) visant à assurer la fourniture des produits de santé aux UMO.
- B35. Le ravitaillement médical permet aux UMO de disposer des médicaments, produits sanguins, gaz médicaux, matériels biomédicaux et dispositifs médicaux, dont elles ont besoin pour assurer leur mission.
- B36. La fonction maintenance du matériel biomédical relève du domaine du ravitaillement médical.

Rôle

- B37. À considérer comme niveau de soins. À chaque rôle, numéroté de 1 à 4, sont associées des capacités de prise en charge médicale et/ou chirurgicale croissantes.
- B38. Par convention, se dit également des unités médicales opérationnelles, selon les capacités de traitement et le niveau des soins qu'elles sont en mesure de produire (ex. : rôle 2 pour l'antenne chirurgicale).

Soutien médical

- B39. Ensemble des actions médicales, pharmaceutiques, vétérinaires, dentaires, paramédicales et médico-administratives, conduites pendant la préparation des opérations, durant l'action opérationnelle proprement dite, et au retour de mission.
- B40. Le soutien médical a pour objet de planifier, d'organiser, de conduire, de réaliser et de contrôler l'ensemble des actes relevant du soin préventif ou curatif. Il vise à réaliser les soins médicaux individuels et à conduire la mise en œuvre de mesures médicales collectives.

B41. Le soutien médical inclut également le conseil au commandement dans le domaine médical.

Unité médicale opérationnelle

B42. Ensemble cohérent et organisé de compétences et de moyens en vue réaliser une mission de soutien médical, dans un cadre déterminé et précis.

B43. Une unité médicale opérationnelle est une capacité opérationnelle définie par une doctrine, une organisation, des ressources humaines, des équipements dédiés, un soutien spécifique et un entraînement adapté aux missions (DORESE).

Résumé

DIA-4.0.10_SOUTMED-OPS(2014)

1. Le soutien médical aux engagements opérationnels est défini comme l'ensemble des actions médicales, pharmaceutiques, vétérinaires, dentaires, paramédicales et médico-administratives, conduites pendant la préparation des opérations, durant l'action opérationnelle proprement dite, et au retour de mission.
2. La DIA 4.0.10 a pour objet de définir la mission et le périmètre fonctionnel du soutien médical. Elle s'attache à rappeler les principes généraux et fondamentaux, notamment éthiques et déontologiques, de l'exercice médical dans les opérations interarmées et dans les différents milieux (chapitre 1).
3. L'organisation de la direction médicale des engagements opérationnels et les attributions des experts médicaux insérés à chaque niveau du commandement sont précisées dans le cadre des opérations extérieures (nationales ou multinationales), des forces de présence à l'étranger, des engagements sur le territoire national (forces de souveraineté et territoire national métropolitain) et des exercices majeurs (chapitre 2). Sont décrites l'ensemble des capacités dont dispose le service de santé des armées pour déployer une chaîne médicale complète, unique, cohérente et interarmées. Sont précisées les spécificités françaises en matière de protection médicale de la force, de niveaux de soins, y compris dans le domaine NRBC, d'évacuation médicale, de ravitaillement médical, de soutien vétérinaire et de soutien dentaire (chapitre 3).
4. Le soutien médical des opérations est une responsabilité nationale non partagée. Les modalités de mise en œuvre du soutien médical sont abordées, en particulier les critères de sous-traitance et de mutualisation. Les contributions et relations avec les acteurs interarmées, les armées et les directions et services interarmées et de la défense sont rappelées (chapitre 4).



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,
École militaire
1, place JOFFRE
75700 PARIS SP 07**

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 les sites Intradef et Internet du CICDE à l'adresse <http://www.cicde.defense.gouv.fr> à la rubrique *Corpus conceptuel et doctrinal interarmées français (CCDIA-FRA)*.