

**L'INTEROPERABILITE  
DES MODES D'ACTION, PROCEDURES ET MOYENS DU  
SOUTIEN MEDICAL ET SANITAIRE D'UNE FORCE  
MULTINATIONALE EN OPERATIONS**

Directeur de recherche:  
Médecin en chef Wey - Direction centrale du service de santé des armées

**CID / 2eme promotion - 1994/1995:**

- Médecin principal Cavallo-Vlaminck
- Lieutenant colonel Luca (Armée luxembourgeoise)
- Chef de bataillon Lesimple
- Capitaine de corvette Girof

SECRET  
BUREAU OF THE ARMY  
OFFICE OF THE CHIEF OF STAFF  
WASHINGTON, D. C.

Director of Research  
Medical Department of the Army

MEMORANDUM FOR THE DIRECTOR OF RESEARCH  
SUBJECT: [Illegible]

Approved for Release by NSA on 05-08-2014 pursuant to E.O. 13526

## Synthèse.

La multiplication des organismes internationaux qui ont en charge la gestion des crises a entraîné une augmentation des systèmes d'organisation et des procédures propres à chacun. Il convient de les harmoniser, les standardiser afin que les nations puissent les mettre en oeuvre quels que soient le cadre et le type de l'intervention. Une telle entreprise réclame une grande concertation et coordination.

En guise de conclusion, même s'il a été difficile d'être innovant en la matière, quelques principes peuvent être retenus pour guider et aider à la recherche de l'interopérabilité des soutiens santé.

### ■ Prévoir dans le domaine de l'organisation:

- une structure de coordination et de décision (Comité santé interallié) dès le temps de paix;
- la création d'une banque de données centralisant l'ensemble des moyens qui constituent un réservoir logistique santé;
- la mise sur pied d'une cellule santé de planification en situation de crise;
- la mise sur pied d'une cellule de coordination centralisée interalliée qui peut être une émanation de la cellule précédemment évoquée;
- la désignation d'un commandement santé interallié de théâtre, attribué à une nation-pilote et qui a autorité sur l'ensemble des moyens santé mis à la disposition du commandant de la force;
- la rédaction d'une charte santé qui regroupe les principes d'organisation retenus.

■ Si la standardisation des principes d'organisation et des procédures peut être obtenue rapidement, en revanche celle des matériels prendra plus de temps pour des raisons principalement économiques. C'est pourquoi il est préférable dans le court terme de convenir d'un degré de prestations techniques à fournir, quantitativement et qualitativement, par niveau de traitement et par spécialité plutôt que d'imposer des structures et matériels identiques.

### ■ Ce que doit être l'interopérabilité:

- Rentable :apporter une plus-value et assurer une baisse des coûts;
- Raisonnable:souci constant de coût-efficacité;
- Réaliste :applicable;
- Sélective :au niveau pertinent;
- Graduée :ne peut être envisagée qu'à partir du 3ème échelon voire du second;
- Fonctionnelle:les structures doivent permettre de remplir des fonctions identiques même si les matériels qui les composent ne sont pas tous compatibles.

### ■ Ce qu'elle doit permettre:

- Baisse des coûts;
- Qualité élevée de la prise en charge tout au long de la chaîne santé;
- Fiabilité, sécurité du dispositif;
- Disponibilité rapide;
- Mobilité;
- Souplesse d'emploi.

### ■ Ce sur quoi elle doit reposer:

- Partenariat basé sur la parenté culturelle;
- Volontariat préservant la liberté d'action de chaque Etat - Motivation;

---

▪ Processus économique d'intégration de l'Union européenne pour émettre des appels d'offres communs notamment lors du renouvellement et de l'acquisition des matériels ;

- Négociation - Coordination;
- Charte;
- Nation-pilote;
- Langage commun ( véhiculaire et sémantique);
- Formation comparable;
- Réglementation et législation médicales communes;
- Entraînements en commun.

Les pays partenaires peuvent être amenés à intégrer des forces de pays non prévus dans le comité interallié (ex: les forces africaines dans l'opération Turquoise) auquel cas deux principes alternatifs peuvent être retenus:

- Limitation de cette coopération au prêt de matériels;
- Prise en charge de leur soutien santé de 2ème et 3ème échelon.

La recherche d'une interopérabilité de la logistique est une carte maîtresse d'une politique de coopération qui se mesure à l'aune de la détermination politique et de l'évolution des mentalités.

## Sommaire

- Introduction	p. 1
- Situation actuelle de l'interopérabilité des services de santé des armées	p. 4
- Propositions	p. 7
- Eléments d'interopérabilité indispensables à la chaîne santé interalliée	p. 17
- Actions prioritaires, indispensables à mener	p. 22
- Conclusion	p. 29

### - Annexes:

- Schéma d'organisation de la chaîne santé d'une intervention extérieure.
- Fiche n° 1 « Organisation de la chaîne santé en opérations »
- Fiche n° 2 « Les systèmes d'information et de communication »
- Fiche n° 3 « Le ravitaillement sanitaire »
- Fiche n° 4 « Commandes de ravitaillement sanitaire au sein de l'ONU »
- Fiche n° 5 « Fournitures médicales »
- Fiche n° 6 « Matériel technique médical »
- Fiche n° 7 « Le triage médico-chirurgical »
- Fiche n° 8 « Les évacuations sanitaires: organisation »
- Fiche n° 9 « Demandes d'évacuations sanitaire -air- OTAN »
- Fiche n°10 « Moyens de transport »
- Fiche n°11 « Les comptes rendus sanitaires du Corps européen
- Fiche n°12 « Les comptes rendus français..... dans les actions extérieures »
- Fiche n°13 « Degré de qualification par niveau dans la chaîne santé »
- Fiche n°14 « Formation technique et organisationnelle communes »
- Fiche n°15 « Entraînement commun »
- Fiche n°16 « Volontariat des appelés du contingent »
- Fiche n°17 « Emploi des réservistes »
  
- Lexique.

### - Bibliographie



## Introduction

### I- Présentation générale de l'étude:

#### 11. Une modification du contexte international:

Les changements survenus dans le monde depuis 1989 ont bouleversé le climat des relations internationales. Le monde multipolaire qui a succédé au monde bipolaire de la « guerre froide » est marqué par la diversité, l'incertitude et la complexité. Les crises et conflits régionaux susceptibles d'impliquer les grandes puissances se sont multipliés. Ces puissances sont maintenant disposées à coopérer, notamment sous la pression des restrictions budgétaires militaires, dans le cadre des instances internationales, des Nations Unies, de l'Union Européenne, de l'Union de l'Europe Occidentale (UEO) et de l'OTAN qui a été obligé de modifier ses missions.

De nouvelles stratégies exigent de nouvelles structures militaires, d'où le concept OTAN de groupe de forces interarmées multinationales (GFIM), en anglais CJTF [« Combined » (multinationales), « Joint » (interarmées), « Task Force » (force constituée temporairement pour l'accomplissement d'une tâche déterminée)]. Ce concept a été accepté par tous les Alliés au Sommet de Bruxelles en janvier 1994, à titre d'éléments d'une adaptation générale des structures et des procédures. Mais le consensus est encore à trouver sur les modalités de cette réforme.

Le nouveau contexte d'emploi des forces comme le précise le livre blanc sur la défense impose aux armées d'adopter résolument une dimension interarmées et internationale.

Cette situation rend nécessaire le développement d'une coopération internationale effective. La mise en commun des moyens doit permettre de dégager des économies d'investissement et de fonctionnement. Cette coopération passe par une interopérabilité des forces et des services de soutien. Ce défi à relever est aujourd'hui au coeur des évolutions actuelles. Cela exige d'abord une grande confiance réciproque. La mise en oeuvre d'une logistique interalliées de projection est à rechercher à chaque fois qu'elle permettra d'en limiter les coûts.

L'appui médical et sanitaire des forces engagées doit donner toutes ses chances au combattant blessé ou malade. Il est un des facteurs essentiels de la fonction morale. La coopération des services de santé doit pouvoir s'exercer aussi bien lors de conflits circonscrits telles les opérations extérieures d'aujourd'hui qu'à l'occasion de conflits de plus grande ampleur.

#### 12. Cadre général de l'engagement:

##### Hier:

Les conflits potentiels étaient réputés intenses, de courte durée, proches des territoires nationaux et dotés d'une logistique prédéterminée.

##### Aujourd'hui:

Les conflits ne sont plus des guerres mais des crises, des conflits localisés de maintien ou de restauration de la paix, moins intenses mais plus nombreux, se déroulant à distance des pays qui s'engagent avec des corps expéditionnaires seuls ou en **multinational**, pour des durées indéterminées, avec une logistique taillée «sur mesure». De ce caractère multinational naît le besoin de l'**interopérabilité**, c'est à dire la capacité à travailler ensemble avec efficacité.

Les moyens militaires des nations souveraines sont mis en commun pour opérer sous une autorité commune. Cette coopération n'a aucun caractère obligatoire et laisse à



chaque Etat la liberté de décider s'il participe ou non à une entreprise collective et avec quels moyens.

Les quelques définitions utiles relatives à l'interopérabilité sont portées dans un lexique placé en annexe.

## II- Problématique:

L'interopérabilité (IOP) des services de santé, objet de la présente étude, est un souci qui anime les pays de l'OTAN depuis de nombreuses années puisqu'elle est un des facteurs déterminants de la réussite d'une intervention multinationale. De nombreuses démarches ont déjà eu lieu avec une volonté de **standardiser** les méthodes de travail, les équipements et les matériels en faisant appliquer des directives, des normes établies par consensus entre les différents membres de l'Alliance et réunies dans des STANAG (standardization agreement).

Les conflits se déroulant aujourd'hui sous l'égide d'instances internationales telles que l'ONU, l'UEO et la création d'unités multinationales comme le Corps européen, il convient d'étendre ces règles aux principaux **partenaires les plus susceptibles d'opérer ensemble** qu'il importe d'identifier outre ceux du corps européen.

### **L'IOP n'a pas à être totale mais sélective.**

Elle doit être rentable, raisonnable et réaliste.

L'IOP ne doit pas alourdir la charge de travail des acteurs de santé, rendre plus complexe le fonctionnement de la chaîne médicale, par exemple en multipliant les procédures ou les correspondants pour les différentes parties prenantes.

L'interopérabilité qui a pour but de faire des économies de moyens ne doit en aucun cas avoir des répercussions financières et matérielles telles que le coût en deviendrait rapidement prohibitif.

L'appui médical des forces multinationales devra avoir une standardisation minimum de certains concepts, procédures, moyens valables **quel que soit son cadre d'intervention** (OTAN, ONU, UEO).

Les niveaux d'IOP à définir nous ont obligé à mener une étude globale car elle concerne aussi bien les concepts généraux d'organisation que certains détails relatifs aux équipements. Il revient à examiner les mécanismes de fonctionnement, les matériels techniques, les dotations en médicaments, sans omettre la composante humaine.

## III- Objectifs et limites de l'étude:

### **31. Constat:**

Il y a souvent un manque d'uniformité, de compatibilité pour ce qui concerne les doctrines, les procédures et les matériels des différents services de santé des armées qui restreignent la possibilité de travailler ensemble.

### **32. But de l'étude:**

Le travail proposé est une approche méthodologique de l'élaboration du concept d'interopérabilité appliqué aux services de santé en opérations.

Cette étude se fixe comme objectifs de donner un certain nombre de pistes de réflexion et d'analyser les difficultés d'un tel projet.

En revanche, elle n'a pas pour but de vérifier tout ce qui a été déjà fait en matière d'IOP pour ce qui concerne les modes d'action, procédures et moyens ni de décrire des

1950

CONFIDENTIAL

...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...

...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...

### III- Objectifs et limites de l'action

31. Conclusion

...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...

...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...  
...the ...

## Situation actuelle de l'interopérabilité des services de santé des armées:

### Au sein de l'OTAN:

Il y a un risque accru de voir émerger des conflits de bas niveaux pouvant se développer rapidement et nécessitant une réponse adaptée sur court préavis. Dans ce nouveau contexte l'Otan s'est restructurée en forces de réaction, forces principales de défense et de renforcement.

La nouvelle stratégie met l'accent sur le besoin de plus de flexibilité dans la logistique de l'Alliance, sur le caractère mobile et multinational des forces de l'Otan.

### Le nouveau concept logistique de l'OTAN:

Le document « Nato logistics handbook » édité en avril 1994, énonce un certain nombre de principes d'organisation et de fonctionnement.

La logistique qui relève encore pour l'essentiel de l'autorité des nations, devient l'objet d'un partage d'attributions entre nations et commandant de la force (accord MC 319).

L'OTAN reconnaît la nécessité de ne pas dissocier la manoeuvre logistique de la manoeuvre générale et de déléguer au commandant de la force une certaine autorité sur les moyens mis à sa disposition.

Ces règles nouvelles prévoient dans le partage des responsabilités logistiques, des pouvoirs nouveaux pour les commandants de forces:

- pouvoir de redistribution des ressources sur le terrain entre unités des diverses nations en cours de mission en situation critique;
- pouvoir de contrôle des ressources affectées aux unités placées sous son commandement opérationnel, pour s'assurer de la bonne exécution des travaux de planification.

### Position particulière de la France:

La France accepte ces différents principes mais écarte l'application aux unités françaises du principe de contrôle et d'inspection des ressources.

### Les STANAG: standardization agreement.

•élaborés par les nations au sein de l'Agence militaire pour la standardisation (MAS: Military Agency for Standardization), aidées dans cette tâche par le Bureau Militaire de Standardisation (BMS). Cette Agence se compose de 3 groupes de travail:

- groupe médical général de l'armée de terre
- groupe médical NBC
- groupe de médecine aéromédicale.

Ces groupes travaillent en vue d'assurer un haut degré de standardisation et élaborent des documents de référence appelés STANAG concernant la doctrine, les procédures et les matériels. Chaque STANAG porte un numéro ainsi que le numéro d'édition.

•leur application répond à certaines conditions:

- 1-La ratification est la déclaration par laquelle une nation accepte officiellement le contenu d'un STANAG mais ne le met pas nécessairement en application.
- 2-La mise en application est l'exécution par une nation des obligations découlant pour elle d'un accord de standardisation.

Faint, illegible text at the top of the page, possibly a header or introductory paragraph.

Standardization Agency for Military (SAM)

Standardization Agency for Military (SAM) is a...  
...of the United States Department of Defense.

Standardization Agency for Military (SAM)

Standardization Agency for Military (SAM) is a...  
...of the United States Department of Defense.  
...standardization and technical assistance...  
...for the military and its supporting agencies.

Standardization Agency for Military (SAM) is a...  
...of the United States Department of Defense.  
...standardization and technical assistance...  
...for the military and its supporting agencies.

Standardization Agency for Military (SAM) is a...  
...of the United States Department of Defense.

3-Les réerves sont des restrictions apportées à une partie de l'accord de standardisation par une nation qui n'est pas en mesure de l'appliquer ou qui ne pourra l'appliquer que partiellement.

### Limites à ces principes:

Ratification, mise en application et réserves constituent trois étapes d'élaboration de la standardisation. Ce processus est long.

LE STANAG est considéré comme étant appliqué par une nation lorsque celle-ci a diffusé aux forces armées intéressées les instructions nécessaires mettant en vigueur les procédures prescrites dans le STANAG.

### Position particulière de la France:

Bien que notre pays se place en dehors du commandement militaire intégré de l'Alliance, il est partenaire associé et prend en compte un certain nombre d'orientations, recommandations, normes définies par les STANAG pour les matériels et équipements s'appliquant notamment au domaine de la santé.

### Au sein de l'ONU:

Le soutien médical et sanitaire des interventions menées dans le cadre des Nations Unies répond à un certain nombre de recommandations édictées dans un document, le « guideline ». Il s'en dégage quelques points et correspond à un appui médical minimum, de stricte suffisance:

#### - grande autonomie initiale des unités:

Imposée par l'ONU lors du déploiement initial, elle est de 60 jours, délai nécessaire pour la mise en place des circuits d'approvisionnement. Elle se poursuit par une autonomie de 30 jours.

#### - répartition des fonctions:

Les fonctions de commandement, ravitaillement sont confiées à des nations pilotes.

#### - séparation des fonctions conduite du soutien et finances:

Le soutien est conduit par la division logistique de l'état-major militaire de la force. Les décisions financières sont prises exclusivement au sein de la Direction des Affaires Administratives. Les procédures financières rendent les délais d'exécution toujours importants.

Un document de base relatif à l'organisation du soutien des Forces (*Field Manual Handbook*) est actuellement en cours d'élaboration au Siège des Nations Unies.

L'Ecole d'Application du Train est chargée de la formation des officiers logistiques français devant servir au sein des Forces des Nations Unies, les médecins y participent.

### Organisation du soutien:

-L'organisation du soutien s'effectue sur 3 niveaux:

- « first line », celui de l'unité,
- « second line », le secteur,
- « third line », le théâtre.

-Les soins courants, premiers secours, soins, transport sanitaire vers le 2ème échelon sont une responsabilité nationale assumée par le service médical du corps.

-Le soutien médical de secteur peut être assuré par des moyens nationaux ou par une nation désignée quand la force de secteur est multinationale.

-Le service médical de la force confié à une nation-pilote assure au niveau du théâtre: la coordination, le commandement de la manoeuvre médicale et sanitaire,

Le présent rapport est le fruit d'une mission effectuée par le Comité de l'Organisation de l'Armée des Forces Armées Nationales (OFAN) en vertu de son mandat.

L'OFAN est chargée de la formation des officiers militaires et de la formation des officiers de la médecine et de la pharmacie.

Le présent rapport est le fruit d'une mission effectuée par le Comité de l'Organisation de l'Armée des Forces Armées Nationales (OFAN) en vertu de son mandat.

L'OFAN est chargée de la formation des officiers militaires et de la formation des officiers de la médecine et de la pharmacie.

Le présent rapport est le fruit d'une mission effectuée par le Comité de l'Organisation de l'Armée des Forces Armées Nationales (OFAN) en vertu de son mandat.

L'OFAN est chargée de la formation des officiers militaires et de la formation des officiers de la médecine et de la pharmacie.

Le présent rapport est le fruit d'une mission effectuée par le Comité de l'Organisation de l'Armée des Forces Armées Nationales (OFAN) en vertu de son mandat.

L'OFAN est chargée de la formation des officiers militaires et de la formation des officiers de la médecine et de la pharmacie.

Le présent rapport est le fruit d'une mission effectuée par le Comité de l'Organisation de l'Armée des Forces Armées Nationales (OFAN) en vertu de son mandat.

L'OFAN est chargée de la formation des officiers militaires et de la formation des officiers de la médecine et de la pharmacie.

**Conclusion:**

Le ravitaillement sanitaire constitue une des principales difficultés. D'une part, il met en concurrence des industries pharmaceutiques internationales, et d'autre part, il se heurte au poids des habitudes professionnelles.

**Voir aussi:**

- Fiche « Commandes de ravitaillement sanitaire au sein de l'ONU »
- Fiche « Fournitures médicales »
- Fiche « Matériel technique médical ».

## Propositions

L'ensemble des propositions qui suivent, correspondent à l'objectif à atteindre pour progresser dans le domaine de l'interopérabilité des services de santé. Elles s'inspirent d'une part d'une réflexion menée en commun et d'autre part des réalisations et des études de l'OTAN, de la doctrine du service de santé français et des principes retenus pour la coopération médicale franco-allemande au titre de l'aide humanitaire.

### But de l'interopérabilité:

Travailler ensemble pour:

- Obtenir des économies de moyens:

L'aide mutuelle évite la redondance des moyens et des fonctions logistiques communes et donc permet d'atténuer les charges nationales;

- Développer la capacité de s'adapter rapidement aux exigences contingentes des opérations dans un souci constant d'efficacité et de qualité.
- Réaliser des économies de conception et de développement.

### Principe fondamental:

Un blessé ou un malade, quelle que soit sa nationalité et quelle que soit l'équipe médicale et soignante qui le prennent en charge, doit recevoir un traitement et des soins de même nature et niveau de qualité selon des normes pré-établies.

*Avoir une démarche commune.*

### **21- MODES DE COOPERATION:**

La coopération n'est pas une fin en soi mais doit être développée à chaque fois qu'elle peut générer des économies. Elle doit être bénéfique, rentable, appropriée, raisonnable et réaliste.

Cette collaboration doit réunir des pays culturellement proches et qui ont l'habitude ou la meilleure aptitude à travailler ensemble, c'est-à-dire ayant non seulement des potentiels voisins, un niveau de qualité comparable mais aussi des affinités et une véritable motivation.

Cette coopération, basée sur la mise en commun de moyens de la chaîne santé compatibles entre eux, c'est-à-dire sur le principe de la **complémentarité** (les différentes fonctions de la chaîne santé sont réparties entre les pays), peut se décliner sur plusieurs modes où les moyens santé sont projetés en unités constituées:

-la **spécialisation** des rôles par fonction et par niveau attribués à un pays. Exemple: une nation-pilote est désignée pour diriger, coordonner et mettre en oeuvre la chaîne médicale, une autre pour assurer le ravitaillement sanitaire.

-la **mixité** des équipes multinationales au sein d'une même structure. Le principe n'est pas actuellement retenu pour des raisons principalement linguistiques et psychologiques.

-l'**alternance** des équipes de nationalités différentes qui se succèdent dans des structures et moyens permanents. L'efficacité de ce système repose en partie sur la durée de présence des équipes et leur capacité à travailler dans la continuité.

-la **sectorisation**: une même nation assure plusieurs fonctions de la chaîne santé dans un secteur géographique donné.

Le rôle de la coopération internationale est de permettre à chaque pays de bénéficier des avantages de la science et de la technologie modernes, et de contribuer ainsi à la prospérité et au bien-être de l'humanité.

Il est donc essentiel que les gouvernements et les organisations internationales travaillent ensemble pour promouvoir la coopération scientifique et technique, et pour faciliter l'échange d'informations et de connaissances.

La coopération internationale est également importante pour résoudre les problèmes mondiaux, tels que le changement climatique, la pollution de l'environnement et la sécurité alimentaire.

Enfin, la coopération internationale est essentielle pour promouvoir la paix et la stabilité dans le monde, et pour assurer que les progrès de la science et de la technologie soient utilisés dans l'intérêt de tous.

Cette coopération internationale est mise en œuvre à travers des accords et des traités multilatéraux, des programmes de recherche et de développement conjoints, et des échanges de personnel scientifique et technique.

Il est donc de la responsabilité de tous les pays de promouvoir la coopération internationale, et de travailler ensemble pour créer un monde meilleur et plus prospère.

La coopération internationale est un processus continu, et il est important de maintenir un dialogue ouvert et honnête entre les nations, afin de résoudre les problèmes mondiaux de manière efficace et durable.

En conclusion, la coopération internationale est une pierre angulaire de la prospérité mondiale, et elle doit être encouragée et soutenue par tous les pays.

Il s'agit d'éviter le mode de juxtaposition des moyens par fonction et échelon qui entraîne le plus souvent une duplication des structures à partir du deuxième échelon.

Ces modes de collaboration exigent une coordination accrue.

La coopération ne peut être basée que sur une harmonisation, standardisation et normalisation des modes d'actions, procédures, équipements et matériels indispensables aux différents niveaux et qu'il faut identifier.

Remarque:

La coopération médicale paraît d'autant moins nécessaire que les forces projetées sont importantes et opèrent par secteurs géographiques distincts, car chaque nation déploie sur le TO une chaîne médicale et sanitaire complète, autonome (exemple récent de la guerre du Golfe). Par contre, il est nécessaire d'affecter des médecins officiers de liaison dans les différents PC santé alliés en vue de s'apporter des aides médicales mutuelles dans des situations ponctuelles.

**22- ORGANISATION EN AMONT DU SOUTIEN MEDICAL OPERATIONNEL INTERALLIE:**

Il conviendrait de créer une structure de conception, d'analyse, travaillant à partir de données centralisées et capable en situation de crise de bâtir le soutien santé opérationnel interallié de circonstance, de donner naissance à une cellule interalliée de coordination et éventuellement à un PC santé interallié de théâtre.

**1 Création d'un comité santé interallié:**

**Composition:**

Réunir au sein de ce comité les nations capables de fournir tout ou partie d'un soutien médical de qualité et partageant des principes éthiques et déontologiques proches. Pour les nations partenaires qui n'ont pas la ressource médicale suffisante, il est souhaitable de les intégrer dans ce comité comme observateurs.

Organe de coordination des études et des politiques, de négociation et de décision, cette structure devrait regrouper des représentants des services de santé partenaires qui sur la base de travaux de comités d'experts, réunis en tant que de besoin, élaborent des propositions en matière de soutien santé interallié qui deviendront ensuite des directives, dont certaines devront être contraignantes, après ratification des partenaires. Au départ, cette structure doit être permanente pour le démarrage du projet. Elle laissera la place ensuite à une cellule de veille chargée de coordonner les différents travaux et les mises à jour.

**Missions:**

**>Domaine méthodologique:**

- Définir ensemble une méthodologie de travail,
- Fixer les priorités,
- Inventorier et utiliser ce qui existe déjà dans les STANAG notamment;
- Coordonner et suivre les travaux des groupes dont il assume l'animation générale,
- Arbitrer les litiges,

**CID / 2ème promotion: L'interopérabilité des services de santé en opérations.**



→ Tous les utilisateurs doivent avoir une connaissance approfondie des procédures retenues et une interprétation identique des classifications et priorités des patients (effort de formation, enseignement de l'anglais et entraînements en commun).

→ Les procédures techniques:

Le comité santé doit mettre au point un **code des bonnes pratiques médicales**; pour ce faire il doit recueillir ce qui existe déjà (manuel OTAN de chirurgie de guerre, memento de chirurgie de guerre du SSA français,...), élaborer des documents communs de savoir-faire selon le principe des conférences de consensus focalisées sur les thèmes les plus fréquemment rencontrés en médecine d'urgence, en chirurgie de guerre et réanimation. Il doit établir des règles de triage équivalentes tant dans l'exécution des actes que dans l'ordre des priorités d'évacuation par pathologie rencontrée et l'estimation des taux de pertes par catégories. (Voir Annexe fiche n°7).

➤ Domaine des moyens:

→ Définir des **fonctions génériques** médicales, sanitaires, et complémentaires auxquelles correspondent des modules;

→ Définir des **modules-types** par fonction (ce vers quoi il faut tendre) et répertorier les modules nationaux qui existent;

→ Arrêter une **liste de familles de médicaments** correspondant aux principales indications et protocoles thérapeutiques pour assurer le ravitaillement sanitaire du 3ème échelon et éventuellement du second échelon;

→ Elaborer des plans de **formation technique** des différents personnels de la chaîne santé;

→ Faire effort sur l'enseignement de **l'anglais**.

➤ L'ensemble de ces éléments doivent figurer dans une **charte santé**, document de référence, ou/et être regroupés dans une base de données.

② Constitution d'une banque de données:

Cette base de données informatisée doit être un outil de travail prospectif et d'analyse pour le comité santé interallié et être mise à jour périodiquement.

→ Dans un premier temps, dans une perspective à court terme, il faut identifier ce qui existe sans obligation d'IOP avec deux types de renseignements à fournir:

→ Les capacités médicales et sanitaires de chaque partenaire contributeur possible d'un soutien médical interallié de théâtre. Ces moyens qui peuvent être mis en commun constituent « un **réservoir logistique santé** » potentiel selon une méthode d'identification commune (fiches signalétiques);

→ Les capacités pour remplir les fonctions générales complémentaires non spécifiques santé.

Cette étude doit pouvoir faire apparaître des groupes de nations interopérables entre elles et mettre en évidence des **pôles d'excellence** par nation.

→ Cette base de données devrait contenir également une liste de **médicaments équivalents** dans les différents pays partenaires ainsi qu'une **bibliographie** fournie par chaque pays portant sur le soutien santé opérationnel (organisation, techniques médicales et chirurgicales, expériences de terrain, etc...).

→ Cette base de données doit permettre également de recueillir l'analyse des expériences de la conception du soutien santé IOP et les **enseignements** de type opérationnel.

---

CID / 2ème promotion: L'interopérabilité des services de santé en opérations.

### **④ Mise sur pied d'une cellule santé de planification en situation de crise:**

#### **Composition:**

Elle appartient à l'E-M de planification et devrait être issue en partie du comité santé interallié cité précédemment. Sa composition varie en fonction de la constitution des forces engagées et du soutien santé interallié à déployer.

#### **Missions:**

Elle a pour mission de concevoir et de planifier un soutien médical et sanitaire d'une intervention donnée dont l'organisation doit être souple et réactive:

#### **➤ Avant l'engagement:**

- Evaluer la situation sur le terrain;
- Préciser les principes d'organisation *ad hoc*;
- Estimer les besoins pour bâtir un dispositif médical et sanitaire en adéquation avec le volume des forces multinationales à soutenir et les risques encourus;
- Avec l'accord de chaque pays sollicité, selon les besoins estimés globalement au niveau interallié sur le plan qualitatif et quantitatif, pour chaque fonction, prélever les moyens nécessaires dans le « réservoir logistique santé » et le réservoir général complémentaire mis à jour par les nations dans la base de données; ce type de décision doit faire à chaque fois la preuve d'une amélioration des coûts.
- Etablir les protocoles de circonstance pour l'aide mutuelle sur le TO.

#### **➤ Au moment de l'engagement:**

Cette structure est en partie maintenue pour constituer:  
**une cellule de coordination centralisée interalliée.**

Elle organise la projection du soutien médical interalliée, elle coordonne d'une part les évacuations sanitaires vers les pays d'origine et d'autre part centralise les commandes de ravitaillement sanitaire, pour les achats elle lance des appels d'offre ou bien s'adresse au pays utilisateur et fournisseur de moyens, elle assure leur acheminement vers le théâtre d'opérations. Elle analyse et exploite les informations médicales et sanitaires, apporte les corrections nécessaires. En fin d'intervention, elle tire les enseignements, corrige et fait évoluer les concepts. Elle évalue le coût global et par nation de l'opération.

### **④ Désignation d'un commandement santé interallié de théâtre attribué à une nation pilote:**

#### **Composition:**

Le commandement santé est attribué à un médecin de la nation-pilote qui assure cette fonction à condition que celle-ci fournisse des moyens sur le terrain. Des officiers de liaison interalliés (médecins) appartenant aux forces présentes sur le théâtre et représentant les pays contributeurs en moyens santé composent également ce PC santé interallié.

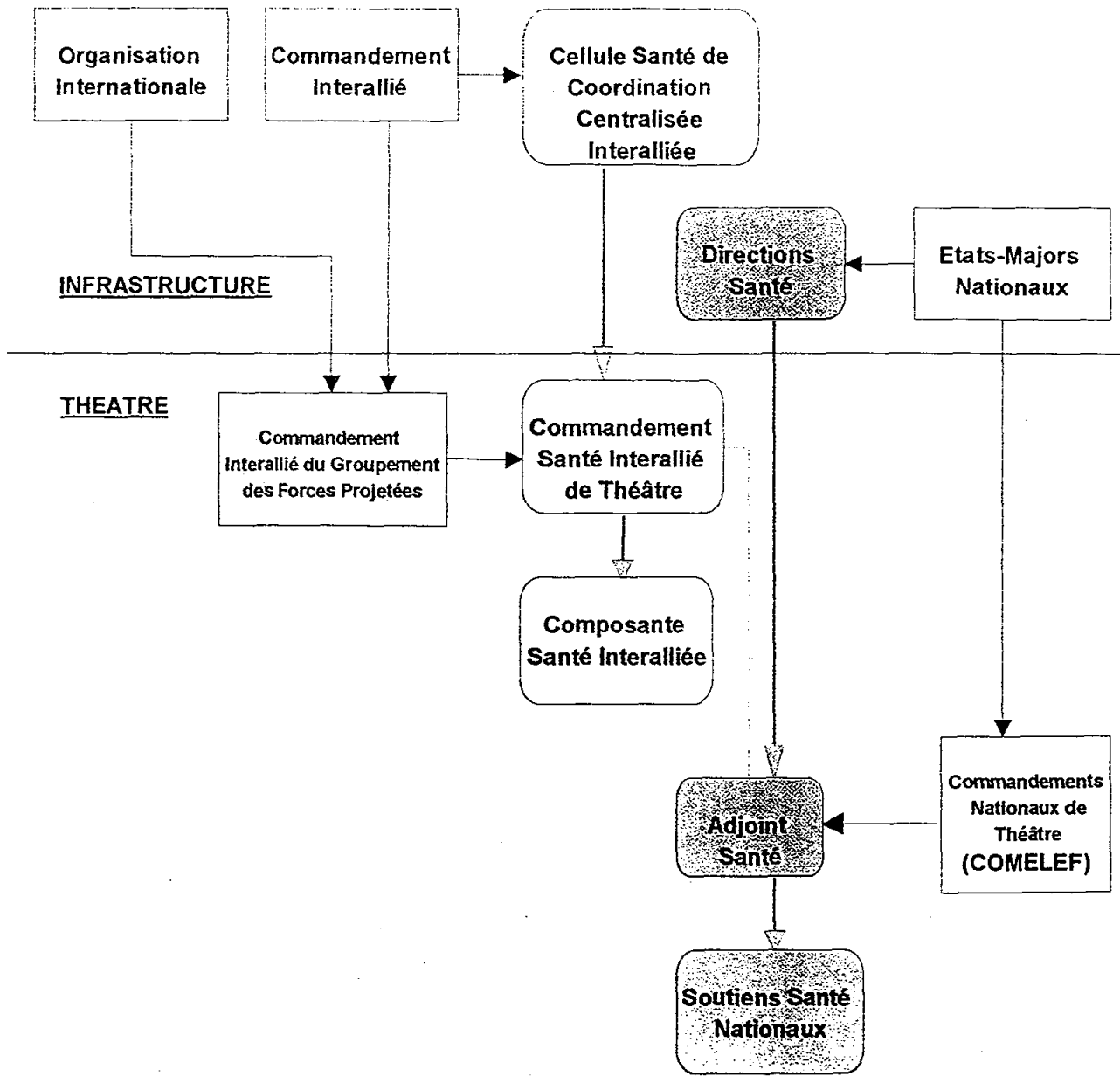
#### **Missions:**

Organiser et conduire la manoeuvre médicale et sanitaire interalliée de théâtre, lui assurer sa cohérence, gérer les priorités du terrain. (Voir Annexes fiches n° 1 à 11).

#### **Répartition des responsabilités:**

*Un partage des responsabilités avec une clarification des rôles respectifs des chaînes de commandement santé interallié et national.*

# SUBORDINATION DE LA CHAINE SANTE



→ Subordination hiérarchique

⇨ Subordination technique

— Liaisons fonctionnelles

-Recenser, répertorier les structures par fonction détenues par les nations.

Au stade actuel, les structures fonctionnelles ne peuvent correspondre strictement au module-type. Il suffit que leur qualité soit comparable. Il faut parfaitement connaître leur potentiel respectif. Il faut toutefois pour que la chaîne santé soit interopérable que les **brancards**, **pharmacopée** soient compatibles entre eux ainsi que les systèmes de **communication** pour que le passage d'un échelon à l'autre du patient se déroule sans problème.

-Pour chaque **structure fonctionnelle**, les partenaires établissent la fiche signalétique suivante:

- fonction
- nom générique
- niveau(x) d'action(s) dans la chaîne
- rendement, capacités
- capacité en ambiance NBC
- effectifs: aspects quantitatifs et qualitatifs
- principaux matériels majeurs techniques et d'environnement (caractéristiques)
- autonomie initiale
- autonomie de transport
- système(s) de communication - plages de fréquences - niveaux de protection
- langues étrangères écrites, parlées par une partie du personnel
- poids, volume (unités de mesure communes)
- surface au sol après déploiement
- mode de transport, aérotransportable ou non
- délais de disponibilité
- modalités vie courante (hébergement, alimentation,..., du personnel)
- nombre de ces structures disponibles.

La valeur de ces documents ne vaut que par leur mise à jour périodique et leur transparence.

Le comité santé interallié est destinataire de ces fiches qui alimentent la base de données. Il connaît ainsi le potentiel médical que chaque partenaire est décidé à mettre dans un réservoir de moyens logistiques santé commun, les caractéristiques et potentiel de chaque structure fonctionnelle. Il vérifie si les normes qualitatives pré-définies pour chaque structure fonctionnelle sont atteintes, condition *sine qua non* de coopération. Le comité santé peut constituer le moment venu, selon l'évaluation des besoins dans les différentes fonctions médicales, sanitaires et de commandement, un appui médical adapté dans sa partie interalliée et placé sous le commandement de la force multinationale. La décision de mise à disposition de ces structures à une force multinationale reste une prérogative strictement nationale.

#### ➔Circulation de l'information médicale:

Elle doit être facilitée par l'échange de documents papier ou informatisés standardisés et bilinques (langue maternelle + anglais, même dans le cadre du corps européen).

#### ➔Etablir des protocoles de circonstances:

Répartition des fonctions lors d'une opération multinationale:

---

**CID / 2ème promotion: L'interopérabilité des services de santé en opérations.**



Elle devrait se faire uniquement entre les signataires de la charte selon la libre décision de chacun et selon des protocoles de circonstances conformément aux plans génériques pré-établis.

Echelon / Fonction	Responsabilité nationale	Responsabilité multinationale	Observations
1er échelon (régiment-unité)	+		
2ème échelon (division-secteur)	+	+	multinationale en opérations extérieures: en dessous du niveau de brigade
3ème échelon (CA-théâtre)		+	
4ème échelon (nation)	+		
Commandement Coordination TO		+	une nation pilote
Transport sanitaire 1er-->2ème échelon	+		
Evasan intra-théâtre: 2ème--> 3ème échelon		+	
Evasan vers patrie	+	+	multinationale si accords bilatéraux
Ravsan	+ (1er - 2ème échelons)	+	

#### 24 FACTEURS LIMITANTS:

L'interopérabilité ne va pas de soi. On constate des limites générales, des contraintes qui pèsent au niveau de l'élaboration du concept d'IOP, ou bien de la mise en oeuvre et du déploiement d'un appui médical interallié interopérable. Ces contraintes freinent le développement de l'interopérabilité lors des actions menées en amont et sur le terrain:

#### Limites générales:

- la résistance aux changements,
  - la volonté politique des Etats de travailler ensemble,
  - des langues et terminologies différentes,
  - des cultures, mentalités et règlements de discipline générale différents qui peuvent s'exprimer dans la vie quotidienne (alimentation, horaires de travail, disponibilité, congés, etc...),
  - chaque armée a ses propres habitudes de travail, certaines ont une culture de vocation qui s'exprime dans la reconnaissance formelle de la hiérarchie et qui fonctionne sur un mode autoritaire, d'autres ont une culture de métiers où les rapports interpersonnels sont prééminents et fonctionne davantage sur un mode démocratique;
  - des niveaux de rémunérations différents d'une nation à l'autre,
  - la confiance dans les techniques médicales appliquées par les autres nations:
- exemple: la chirurgie pratiquée dans les antennes chirurgicales françaises passent pour être beaucoup plus conservatrice que dans d'autres formations chirurgicales étrangères,

CID / 2ème promotion: L'interopérabilité des services de santé en opérations.

Faint, illegible text at the top of the page, possibly a header or introductory paragraph.

ANNEXE 1

Faint, illegible text in the middle section of the page.

Limites générales

Faint, illegible text following the section header.

Faint, illegible text in the lower middle section of the page.

Faint, illegible text at the bottom of the page, possibly a footer.

- les contraintes techniques,
- le contexte de rigueur budgétaire.

### **Contraintes de conception:**

- les besoins logistiques opérationnels ne sont pas toujours identiques,
- en phase initiale du projet, la démarche multinationale est par nature lente,
- les structures santé interalliées ne doivent pas être la superposition d'organismes nationaux ajoutant ainsi les lourdeurs administratives de chaque pays,
- il y a tendance à additionner les caractéristiques des matériels définis par chaque pays au lieu d'obtenir un véritable consensus,
- on constate des difficultés au sein d'un même pays pour mettre au point une dotation technique type ce qui laisse présager de plus amples difficultés à l'échelon multinational,
- les industries pharmaceutiques nationales permettent rarement de conjuguer compétitivité et mise en commun de moyens en provenance d'autres pays.

### **Contraintes de mise en oeuvre:**

- les délais de mise en oeuvre liés aux réactions politiques respectives sont variables d'un pays à l'autre,
- aucune alliance n'est contraignante, chacun reste à tout moment maître de décider à quelle opération il participera ainsi que l'importance et la nature des forces qu'il y engagera,
- les délais pour aboutir à une résolution de l'ONU peuvent être longs,
- la méconnaissance des organismes internationaux, leurs structures et modalités de fonctionnement, sont autant de freins au bon déroulement de la coopération,
- la complication extrême et l'enchevêtrement des traités, institutions, statuts et organisations induisent une incapacité à agir efficacement,
- les principes organisationnels et les procédures existants dans chaque pays, la coexistence d'états-majors interalliés et nationaux avec leurs propres procédures compliquent une collaboration opérationnelle,
- le potentiel et les disponibilités immédiates des ressources médicales et sanitaires nationales sont variables d'un pays à l'autre en fonction de leurs engagements,
- ces forces combinées ne peuvent agir sans une décision particulière de chacun des pays qui y participent,
- les échanges d'information doivent faire face à la multiplication et la redondance des équipements et au problème de sémantique,
- des insuffisances dans la pratique d'une langue commune constituent certainement un des obstacles majeurs à la coopération interalliée,
- les moyens à mettre en place sont aussi liés aux risques sanitaires encourus qui dépendent du type et du niveau de mise en condition sanitaire des soldats adopté par un pays avant le départ. Cette préparation médicale varie d'un pays à l'autre (exemple, les immunisations) et influence les délais de mise en condition.



---

**Éléments d'interopérabilité indispensables à la chaîne  
santé interalliée**

**Éléments d'interopérabilité indispensables à la chaîne santé interalliée**

Échelon/Fonction	Organisation	Procédures	Moyens/Équipements	Personnel	Observations
<p><b>1er Echelon</b> <b>Régiment</b></p>	<p>Responsabilité nationale Réseau transmission santé spécifique avec 2ème échelon et protégé si possible</p>	<p>- Fiche médicale de l'avant standardisée (FMA): bilingue (Langue maternelle/ Anglais). STANAG 2132.</p>	<p>Brancards (STANAG 2040). IOP avec l'échelon supérieur Transmissions: matériels radio compatibles</p>	<p>-Formé à la médicalisation de l'avant. -Bonne connaissance de l'anglais parlé et écrit pour les médecins. -Connaissances des procédures radio</p>	<p>- Principes équivalents de la pratique de la médecine de guerre. -Respect du STANAG 2040.</p>
<p><b>2ème échelon</b> <b>Triage</b></p>	<p>- Vocation multinationale (spécialisation) - Réseau transmission santé spécifique entre: ■ le 1er et 2ème échelon ■ le deuxième et le troisième échelon ■ le 2ème éch et PC santé interallié</p>	<p>Doctrine commune de triage: Harmonisation de la catégorisation des blessés Fiche de triage bilingue (STANAG 2132) -demande d'Evasan intra-TO standardisée.</p>	<p>Brancards (STANAG 2040). IOP avec l'échelon supérieur Transmissions: matériels radio compatibles</p>	<p>-Alignement qualitatif des équipes de triage - Harmonisation des niveaux de qualification des paramédicaux.</p>	<p>Multinationale: réservée aux opérations extérieures pour engagement en dessous niveau brigade de l'OTAN.</p>

1988/03/31

<p>1988/03/31</p>	<p>1988/03/31</p>
<p>1988/03/31</p>	<p>1988/03/31</p>

Échelon/Fonction	Organisation	Procédures	Moyens/Équipements	Personne	Observations
<p><b>3ème Echelon</b></p> <p><b>Hôpital - TO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vocation multinationale (spécialisation).</li> <li>- Médecins de liaison (soins + administration)</li> <li>- Réseau transmission santé spécifique entre               <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 2ème et 3ème échelon</li> <li>■ 3ème échelon et commandement santé</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compte-rendu d'activité: 1 seul exemplaire pour la nation et le niveau interallié;</li> <li>- demande Evasan standardisée</li> </ul>	<p>Brancards (STANAG 2040). IOP avec l'échelon supérieur</p> <p>Transmissions: matériels radio compatibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Techniques opératoires équivalentes</li> <li>- Harmonisation des niveaux de qualification des paramédicaux</li> </ul>	<p>Off de liaison: médecin bilingue, intégré au staff de l'hôpital, en contact avec patients de son pays et en liaison avec son correspondant du PC interallié/TO</p>
<p><b>4ème Echelon</b></p> <p><b>Hopital</b></p> <p><b>p.m.</b></p>	<p>National</p>				



Echelon/Fonction	Organisation	Procédures	Moyens/Équipements	Personnel	Observations
<p><b>Commandement Coordination</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-PC santé interallié: confié à une nation-pilote chef santé = conseiller du commandant de théâtre</li> <li>-officiers de liaison</li> <li>-Intégré au PC interallié de théâtre mais autonomie de fonctionnement technique</li> <li>▪Réseau de transmissions spécifique santé et complet: téléphonie, télégraphie, télécopie, si nécessaire protégées</li> <li>→en liaison avec échelons de triage et de traitement</li> <li>→en liaison avec les pays, d'origine</li> <li>▪Réseau commandement</li> </ul>	<p>Formulaires bilingues standardisés à double vocation nationale et interalliée</p>	<p>Transmissions: matériels radio compatibles pour le TO</p> <p>A charge de chaque nation de fournir les équipements et moyens de transmissions pour communiquer avec leur direction santé nationale</p>	<p>anglais parlé et écrit</p> <p>officiers des services de santé formés au travail en E-M national et interallié</p>	<p>développer en interallié pour le TO un système équivalent au système PARE</p>
<p><b>Evasan Intra-théâtre</b></p>	<p>Régulation de la chaîne des évacuations sanitaires par cellule intégrée au PC commandement santé de TO</p>	<p>- contenu standardisé de la demande d'évacuation, en bilingue (anglais+...).</p>	<p>Brancard</p> <p>sanitarisation minimale des vecteurs</p>	<p>médicalisation des vecteurs Evasan</p>	

<p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p> <p>25</p> <p>26</p> <p>27</p> <p>28</p> <p>29</p> <p>30</p> <p>31</p> <p>32</p> <p>33</p> <p>34</p> <p>35</p> <p>36</p> <p>37</p> <p>38</p> <p>39</p> <p>40</p> <p>41</p> <p>42</p> <p>43</p> <p>44</p> <p>45</p> <p>46</p> <p>47</p> <p>48</p> <p>49</p> <p>50</p> <p>51</p> <p>52</p> <p>53</p> <p>54</p> <p>55</p> <p>56</p> <p>57</p> <p>58</p> <p>59</p> <p>60</p> <p>61</p> <p>62</p> <p>63</p> <p>64</p> <p>65</p> <p>66</p> <p>67</p> <p>68</p> <p>69</p> <p>70</p> <p>71</p> <p>72</p> <p>73</p> <p>74</p> <p>75</p> <p>76</p> <p>77</p> <p>78</p> <p>79</p> <p>80</p> <p>81</p> <p>82</p> <p>83</p> <p>84</p> <p>85</p> <p>86</p> <p>87</p> <p>88</p> <p>89</p> <p>90</p> <p>91</p> <p>92</p> <p>93</p> <p>94</p> <p>95</p> <p>96</p> <p>97</p> <p>98</p> <p>99</p> <p>100</p>	<p>101</p> <p>102</p> <p>103</p> <p>104</p> <p>105</p> <p>106</p> <p>107</p> <p>108</p> <p>109</p> <p>110</p> <p>111</p> <p>112</p> <p>113</p> <p>114</p> <p>115</p> <p>116</p> <p>117</p> <p>118</p> <p>119</p> <p>120</p> <p>121</p> <p>122</p> <p>123</p> <p>124</p> <p>125</p> <p>126</p> <p>127</p> <p>128</p> <p>129</p> <p>130</p> <p>131</p> <p>132</p> <p>133</p> <p>134</p> <p>135</p> <p>136</p> <p>137</p> <p>138</p> <p>139</p> <p>140</p> <p>141</p> <p>142</p> <p>143</p> <p>144</p> <p>145</p> <p>146</p> <p>147</p> <p>148</p> <p>149</p> <p>150</p> <p>151</p> <p>152</p> <p>153</p> <p>154</p> <p>155</p> <p>156</p> <p>157</p> <p>158</p> <p>159</p> <p>160</p> <p>161</p> <p>162</p> <p>163</p> <p>164</p> <p>165</p> <p>166</p> <p>167</p> <p>168</p> <p>169</p> <p>170</p> <p>171</p> <p>172</p> <p>173</p> <p>174</p> <p>175</p> <p>176</p> <p>177</p> <p>178</p> <p>179</p> <p>180</p> <p>181</p> <p>182</p> <p>183</p> <p>184</p> <p>185</p> <p>186</p> <p>187</p> <p>188</p> <p>189</p> <p>190</p> <p>191</p> <p>192</p> <p>193</p> <p>194</p> <p>195</p> <p>196</p> <p>197</p> <p>198</p> <p>199</p> <p>200</p>	<p>201</p> <p>202</p> <p>203</p> <p>204</p> <p>205</p> <p>206</p> <p>207</p> <p>208</p> <p>209</p> <p>210</p> <p>211</p> <p>212</p> <p>213</p> <p>214</p> <p>215</p> <p>216</p> <p>217</p> <p>218</p> <p>219</p> <p>220</p> <p>221</p> <p>222</p> <p>223</p> <p>224</p> <p>225</p> <p>226</p> <p>227</p> <p>228</p> <p>229</p> <p>230</p> <p>231</p> <p>232</p> <p>233</p> <p>234</p> <p>235</p> <p>236</p> <p>237</p> <p>238</p> <p>239</p> <p>240</p> <p>241</p> <p>242</p> <p>243</p> <p>244</p> <p>245</p> <p>246</p> <p>247</p> <p>248</p> <p>249</p> <p>250</p> <p>251</p> <p>252</p> <p>253</p> <p>254</p> <p>255</p> <p>256</p> <p>257</p> <p>258</p> <p>259</p> <p>260</p> <p>261</p> <p>262</p> <p>263</p> <p>264</p> <p>265</p> <p>266</p> <p>267</p> <p>268</p> <p>269</p> <p>270</p> <p>271</p> <p>272</p> <p>273</p> <p>274</p> <p>275</p> <p>276</p> <p>277</p> <p>278</p> <p>279</p> <p>280</p> <p>281</p> <p>282</p> <p>283</p> <p>284</p> <p>285</p> <p>286</p> <p>287</p> <p>288</p> <p>289</p> <p>290</p> <p>291</p> <p>292</p> <p>293</p> <p>294</p> <p>295</p> <p>296</p> <p>297</p> <p>298</p> <p>299</p> <p>300</p>	<p>301</p> <p>302</p> <p>303</p> <p>304</p> <p>305</p> <p>306</p> <p>307</p> <p>308</p> <p>309</p> <p>310</p> <p>311</p> <p>312</p> <p>313</p> <p>314</p> <p>315</p> <p>316</p> <p>317</p> <p>318</p> <p>319</p> <p>320</p> <p>321</p> <p>322</p> <p>323</p> <p>324</p> <p>325</p> <p>326</p> <p>327</p> <p>328</p> <p>329</p> <p>330</p> <p>331</p> <p>332</p> <p>333</p> <p>334</p> <p>335</p> <p>336</p> <p>337</p> <p>338</p> <p>339</p> <p>340</p> <p>341</p> <p>342</p> <p>343</p> <p>344</p> <p>345</p> <p>346</p> <p>347</p> <p>348</p> <p>349</p> <p>350</p> <p>351</p> <p>352</p> <p>353</p> <p>354</p> <p>355</p> <p>356</p> <p>357</p> <p>358</p> <p>359</p> <p>360</p> <p>361</p> <p>362</p> <p>363</p> <p>364</p> <p>365</p> <p>366</p> <p>367</p> <p>368</p> <p>369</p> <p>370</p> <p>371</p> <p>372</p> <p>373</p> <p>374</p> <p>375</p> <p>376</p> <p>377</p> <p>378</p> <p>379</p> <p>380</p> <p>381</p> <p>382</p> <p>383</p> <p>384</p> <p>385</p> <p>386</p> <p>387</p> <p>388</p> <p>389</p> <p>390</p> <p>391</p> <p>392</p> <p>393</p> <p>394</p> <p>395</p> <p>396</p> <p>397</p> <p>398</p> <p>399</p> <p>400</p>
--	---	---	---

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

Echelon/Fonction	Organisation	Procédures	Moyens/Equipements	Personnel	Observations
<b>Evasan vers patrie</b>	le commandement santé du TO assure la coordination et la régulation avec les pays d'origine. Organisation centralisée nationale dans le pays d'origine.	nationale	vecteurs nationaux	Importance des officiers de liaison	cas particulier: possibilité de coopérer entre plusieurs nations pour le rapatriements de blessés de nationalités différentes
<b>Ravsan</b>	-national pour le 1er et éventuellement le 2ème échelon; -interallié et confié à une nation pour le 3ème échelon (éventuellement pour le 2ème échelon); -si possible les réunir dans une structure unique; -dans tous les cas: ■est une responsabilité médicale ■chaîne distincte des autres ravitaillements	Avoir une procédure de commandes identiques en national et multinational et bilingue (anglais + langue maternelle)	Faire des commandes groupées de certains produits, matériels lors d'une opération donnée		Créer une agence interalliée du médicament pour établir une pharmacopée commune ou équivalente

**Remarques: Quelques facteurs clés d'IOP:**

- 1) avoir pour l'ensemble des procédures, lorsqu'elles ne peuvent être strictement identiques, des plages communes en bilingue (anglais + ...), nécessaires à la connaissance du commandement de la chaîne santé interalliée afin de ne pas multiplier les formulaires à remplir.
- 2) IOP minimum: brancards, matériels de transmissions.
- 3) Doter les structures d'un niveau minimum d'équipements techniques pour assurer la sauvegarde des fonctions vitales (postes de secours, vecteurs,...)
- 4) bilinguisme des principaux acteurs santé: anglais parlé et écrit indispensable.



---

Actions prioritaires, indispensables à mener en matière  
d'interopérabilité de la chaîne santé

**Actions prioritaires, indispensables à mener en matière d'interopérabilité de la chaîne santé**

Actions	Recommandations	Difficultés	Délais	Coûts	Remarques
<b>Préalables:</b>					
<b>Travailler avec des partenaires proches</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ayant une occurrence forte d'intervenir ensemble;</li> <li>-partageant une culture, une éthique et une déontologie médicales,</li> <li>-motivation forte à coopérer.</li> </ul>	-Augmentent avec le nombre de partenaires;		-Politique; -mentalités	
<b>Faire à chaque fois la preuve de l'intérêt d'une coopération opérationnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.La coopération doit être:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-bénéfique</li> <li>-rentable</li> <li>-appropriée</li> <li>-réaliste.</li> </ul> </li> <li>.Permettre une organisation souple et réactive.</li> </ul>				
<b>Ne pas surcharger le travail des acteurs de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ne retenir que les critères les plus pertinents</li> <li>-limiter le nombre de procédures interalliées et nationales.</li> </ul>	Tendance à additionner plutôt que sélectionner les critères, les procédures.			
<b>Profiter du savoir-faire de l'OTAN</b>	étudier les STANAG des éléments d'IOP retenus	les STANAG n'ont pas un caractère obligatoire	Disponibles		

1991-1992

1992-1993

1993-1994

1994-1995

1995-1996

1996-1997

1997-1998

1998-1999

1999-2000

2000-2001

2001-2002

2002-2003

2003-2004

2004-2005

2005-2006

2006-2007

2007-2008

2008-2009

2009-2010

2010-2011

2011-2012

2012-2013

2013-2014

2014-2015

2015-2016

2016-2017

2017-2018

2018-2019

2019-2020

2020-2021

2021-2022

2022-2023

2023-2024

2024-2025

2025-2026

2026-2027

2027-2028

2028-2029

2029-2030

2030-2031

2031-2032

2032-2033

2033-2034

2034-2035

Actions	Recommandations	Difficultés	Délais	Coûts	Remarques
Mettre sur pied des structures santé de conception et de commandement	<ul style="list-style-type: none"> <li>-permanente: le comité santé interallié;</li> <li>-de circonstance: cellules de planification, de coordination, de commandement santé de TO.</li> </ul>				
Définir des <u>normes</u> de capacités et de <u>qualité techniques</u> et <u>logistiques</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ne pas imposer des modules-types pour le niveau interallié mais des normes aux différents échelons et par fonction;</li> <li>-Normes: s'aligner sur des niveaux de capacité et de qualité des prestations techniques par fonction et niveau.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Peu de difficultés pour arrêter des normes communes si on réunit des pays de même niveau socio-économique et partageant les mêmes valeurs;</li> <li>-Nécessite une banque de données commune.</li> </ul>			
Définir une organisation commune	<ul style="list-style-type: none"> <li>-par un comité santé interallié;</li> <li>-cf les caractéristiques de la manœuvre médicale page.....;</li> <li>.caractéristiques générales,</li> <li>.modes de coopération,</li> <li>.fonctions génériques,</li> <li>.chaîne de commandement,</li> <li>.articulation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Les principes actuels des nations de l'OTAN, du CE sont très proches; il n'y a pas d'incompatibilité majeure.</li> <li>-Ambiguïtés possibles entre commandement santé interallié et national</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Politique;</li> <li>-mentalités à faire évoluer.</li> </ul>	
Créer une banque de données: « réservoir log santé interallié»	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Recueil formaté de l'information par rubrique;</li> <li>-Transparence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mise à jour régulière;</li> <li>-Création de l'outil informatique: facile.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Volonté;</li> <li>-Coûts du logiciel et matériels de bureautique.</li> </ul>	A la disposition du comité santé interallié.



Actions	Recommandations	Difficultés	Délais	Coûts	Remarques
<p>Avoir une sémantique commune</p>	<p>-relative à l'organisation générale; -Terminologie technique commune regroupée dans un lexique; -Langue anglaise + nationale.</p>	<p>Se mettre d'accord sur les concepts.</p>		<p>-Humain: volonté d'aboutir, savoir faire des concessions.</p>	
<p>Disposer d'un système de transmissions compatible</p>	<p>-Savoir exprimer le besoin; -Avoir une langue de communication commune -Avoir des plages de fréquences communes;</p>	<p>-se comprendre, bilinguisme; - pour la transmission de données informatisées: logiciels communs et matériels compatibles</p>	<p>Informatique: travail long de conception.</p>	<p>-Humain: effort de formation linguistique; -Financier: réalisation des logiciels; achat des matériels d'équipement;</p>	<p>Non spécifique santé; La plupart des équipements de téléphonie, télégraphie sont compatibles.</p>
<p>Elaborer des procédures administratives et médico-administratives communes</p>	<p>-Consulter procédures LANDREP; -La procédure doit être claire et facilement applicable par tous; -Une procédure doit permettre à la fois une exploitation interalliée et nationale; -limiter au strict minimum les procédures à intérêt national, pas de redondance avec l'interallié; -informatiser le système des procédures.</p>	<p>-se mettre d'accord; -se comprendre, bilinguisme</p> <p>-élaborer des logiciels communs et disposer de matériels compatibles.</p>	<p>-Apprentissage des langues;  -délais de conception et d'achat d'équipements</p>	<p>-Humain: effort de formation linguistique;  -Coût financier</p>	<p>-Fiche médicale de l'avant; -Comptes rendus d'activités; -Demandes Evasan -Commandes de RAVSAN -Etc...</p>



Actions	Recommandations	Difficultés	Délais	Coûts	Remarques
<p><b>Structures:</b> raisonner en termes de capacités et de qualité</p>	<p>Notion de « service rendu »: - ne pas chercher à aligner les pays sur des modules types/fonction; -le critère majeur reste la qualité technique des prestations / structure; -connaître précisément les caractéristiques de chacun; cf page.....</p>	<p>n'est valable que si le principe de prestations techniques de qualité équivalente est respecté.</p>	<p>-Immédiatement disponibles.</p>	<p>-Minimum</p>	
<p><b>Médicaments:</b> disposer d'une pharmacopée équivalente</p>	<p>-Avoir des législations de mêmes niveaux; -Dresser une liste de médicaments équivalents par pays, en précisant leur posologie pour les principales pathologies; concevoir un document bilingue pour chaque structure de soins, par échelon.</p>	<p>-Langue commune; -se mettre d'accord sur les principales affections rencontrées et leur traitement.</p>	<p>Les médicaments existent, reste à se mettre d'accord et créer un document de référence pour chaque échelon.</p>	<p>-Humain: effort de formation linguistique;</p>	<p>Permet de se familiariser rapidement avec la pharmacopée adoptée par le RAVSAN op's.  -Se référer aux recommandations OMS.</p>
<p><b>Ne pas chercher dans l'immédiat à avoir des matériels médicaux totalement identiques</b></p>	<p>-définir uniquement des critères de prestations techniques communes; -alimentation électrique semblable.  -A terme s'orienter vers la démarche d'appels d'offres en commun</p>	<p>-Difficile d'obtenir de la part de producteurs civils concurrentiels de fabriquer des matériels similaires.  -Concurrence US.</p>		<p>-Coût d'étude, de fabrication.</p>	<p>L'effort d'IOP peut être fait quand il s'agit de production du ressort des services de santé.  -Les brancards doivent être IOP</p>

Actions	Recommandations	Difficultés	Délais	Coûts	Remarques
Avoir des dotations techniques de même niveau de qualité	-des dotations équivalentes sur le plan des prestations, de la performance et de la qualité.	-Internes: difficultés à se mettre d'accord entre experts pour réaliser une dotation-type; -Concurrence des producteurs de chaque pays.			<u>RAVSAN</u> opérationnel: Achats centralisés auprès des fournisseurs habituels des formations
Etablir des niveaux de formation générale équivalents	-Formation théorique et pratique;	-personnel médical de l'UE: RAS; -personnel paramédical français des forces à mettre à niveau.	- 2 à 3 ans	-Humain: effort de formation; -Financier.	
Avoir des principes identiques de médecine et chirurgie de guerre	-Médicalisation de l'avant; -Chirurgie précoce et conservatrice; -Evasan précoce. -Etablir un code de bonnes pratiques.	-Revoir les principes du Triage; -Poids des habitudes; -Difficultés des conférences de consensus pour ce qui est un art et non une science.			
Instruire le personnel responsable sur les principes d'organisation interalliée	-occasion de réunir les différents partenaires interalliés.	-linguistique.			
Enseigner la langue anglaise	-niveau minimum: anglais scientifique parlé et écrit + terminologie militaire OTAN.	A introduire dès les écoles de formation.		-Humain -Financier	Référence: Glossaire santé français-anglais extrait du TTA 131



## **Conclusion.**

La multiplication des organismes internationaux qui ont en charge la gestion des crises a entraîné une augmentation des systèmes d'organisation et des procédures propres à chacun. Il convient de les harmoniser, les standardiser afin que les nations puissent les mettre en oeuvre quels que soient le cadre et le type de l'intervention. Une telle entreprise réclame une grande concertation et coordination. Elle ne pourra se développer que progressivement, au fur et à mesure que les obstacles psychologiques, économiques et politiques disparaîtront, corollaire d'une motivation partagée.

L'étude a tenté de participer au règlement des problèmes qui se posent au concept d'un soutien médical et sanitaire interallié au travers de ses trois composantes, les modes d'action, les procédures et les moyens tant humains que techniques.

Il a été difficile d'innover dès lors que de nombreuses études, réalisations ont déjà été menées. Il faut désormais coordonner et faire appliquer les principes et décisions retenus dont la clé de voûte reste la volonté politique qui fait encore souvent défaut.

En guise de conclusion, quelques principes peuvent être retenus pour guider et aider à la recherche de l'interopérabilité des soutiens santé.

■ Si la standardisation des principes d'organisation et des procédures peut être obtenue rapidement, en revanche celle des matériels prendra plus de temps pour des raisons principalement économiques. C'est pourquoi il est préférable dans le court terme de convenir d'un degré de prestations techniques à fournir, quantitativement et qualitativement, par niveau de traitement et par spécialité plutôt que d'imposer des structures et matériels identiques.

■ Ce que doit être l'interopérabilité:

- Rentable : apporter une plus-value et assurer une baisse des coûts;
- Raisonnable : souci constant de coût-efficacité;
- Réaliste : applicable;
- Sélective : au niveau pertinent;
- Graduée : ne peut être envisagée qu'à partir du 3ème échelon voire du

second;

▪ Fonctionnelle: les structures doivent permettre de remplir des fonctions identiques même si les matériels qui les composent ne sont pas tous compatibles.

■ Ce qu'elle doit permettre:

- Baisse des coûts;
- Qualité élevée de la prise en charge tout au long de la chaîne santé;
- Fiabilité, sécurité du dispositif;
- Disponibilité rapide;
- Mobilité;
- Souplesse d'emploi.

■ Ce sur quoi elle doit reposer:

▪ Partenariat basé sur la parenté culturelle;

▪ Volontariat préservant la liberté d'action de chaque Etat - Motivation;

▪ Processus économique d'intégration de l'Union européenne pour émettre des appels d'offres communs notamment lors du renouvellement et de l'acquisition des matériels ;

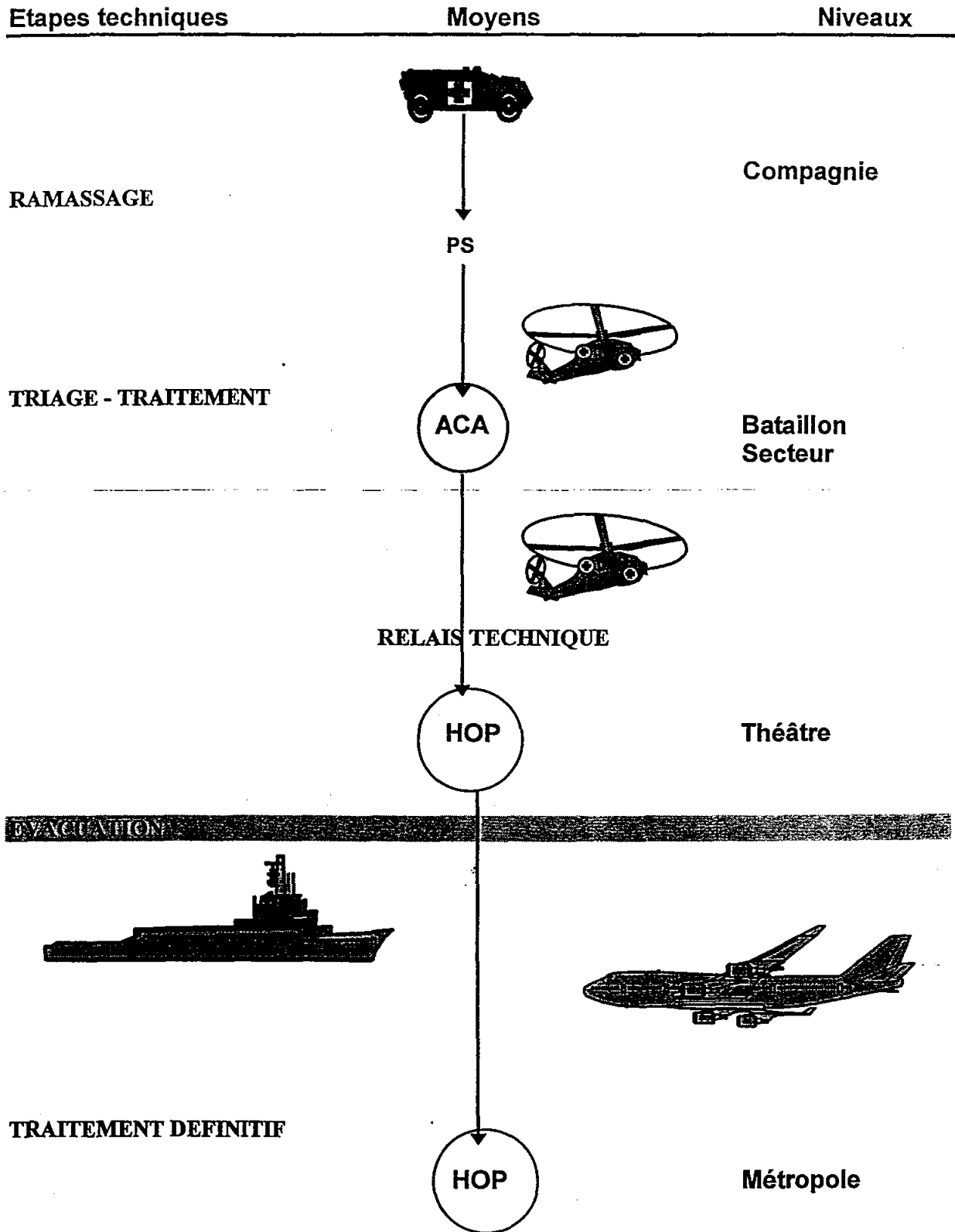
- Négociation - Coordination;
- Charte;
- Nation-pilote;
- Langage commun (véhiculaire et sémantique);

▪Schéma d'organisation de la chaîne santé d'une intervention extérieure.

- Fiche n° 1 « Organisation de la chaîne santé en opérations »
- Fiche n° 2 « Les systèmes d'information et de communication »
- Fiche n° 3 « Le ravitaillement sanitaire »
- Fiche n° 4 « Commandes de ravitaillement sanitaire au sein de l'ONU »
- Fiche n° 5 « Fournitures médicales »
- Fiche n° 6 « Matériel technique médical »
- Fiche n° 7 « Le triage médico-chirurgical »
- Fiche n° 8 « Les évacuations sanitaires: organisation »
- Fiche n° 9 « Demandes d'évacuations sanitaire -air- OTAN »
- Fiche n°10 « Moyens de transport »
- Fiche n°11 « Les comptes rendus sanitaires du Corps européen
- Fiche n°12 « Les comptes rendus français..... dans les actions extérieures »
- Fiche n°13 « Degré de qualification par niveau dans la chaîne santé »
- Fiche n°14 « Formation technique et organisationnelle communes »
- Fiche n°15 « Entraînement commun »
- Fiche n°16 « Volontariat des appelés du contingent »
- Fiche n°17 « Emploi des réservistes »

▪Lexique.

# Schéma d'organisation d'un soutien médical en opération



# FICHE N°1

## Sujet: ORGANISATION DE LA CHAÎNE SANTÉ EN OPÉRATIONS

### But:

- ① Assurer un flux continu et médicalisé des blessés de l'avant vers l'arrière avec les étapes techniques nécessaires pour leur garantir les meilleures chances de survie et de récupération fonctionnelle.
- ② Permettre l'acheminement régulier du ravitaillement sanitaire vers les formations déployées pour maintenir leur potentiel de fonctionnement.
- ③ Maintenir la continuité et la cohésion du système de santé.

### Descriptif:

-Organisation en quatre échelons déployés de l'avant vers l'arrière qui représente chacun un niveau de soins médicaux appropriés et progressifs aux degrés d'urgence des blessures.

-Le soutien médical est une responsabilité des autorités nationales respectives.

Cette organisation est commune à tous les pays membres de l'Otan, à la France. Elle a été définie par accord de normalisation (STANAG) 2068 et se déploie en 4 échelons dont les 3 premiers sont en zone de combat, le quatrième en zone de soutien du théâtre d'opérations voire en territoire national.

•Premier échelon: (national)

Niveau du poste de secours de régiment ou de bataillon.

Etape de la relève avec les premiers secours administrés par un auxiliaire sanitaire ou des soins par un infirmier avant l'arrivée au poste de secours dirigé par un médecin qui prodigue soins et traitement d'urgence constituant la médicalisation de l'avant.

Importance de la langue maternelle lors de la prise en charge initiale du patient, en faveur de la préservation du moral du combattant et donc du maintien de la responsabilité nationale.

•Deuxième échelon: (national)

Niveau divisionnaire ou de bataillon.

Etape du triage au poste de triage où l'équipe médicale examine les blessés, détermine l'ordre de priorité des évacuations. Des soins d'urgence peuvent être donnés mais limités en nombre et dans le temps.

•Troisième échelon: (national)

constitué de structures avec personnel et dotations nécessaires aux interventions chirurgicales et de réanimation d'urgence. L'évacuation des blessés opérés s'effectue le plus rapidement dès que les délais post-opératoires le permettent. C'est l'échelon de coopération interallié.

•Quatrième échelon: (allié ou national)

constitué d'hôpitaux équipés pour fournir des soins complets.

SCHEMA.pV-26

La France maintient dans les Opex un COMELEF avec sa structure santé de commandement qui duplique la chaîne hiérarchique (interalliée + nationale).

### Analyse:

CID / 2ème promotion: *L'interopérabilité des services de santé en opérations.*

- calcul du nombre de blessés  $\times$  DMS +  $\epsilon$  = nombre de lits hospitaliers sur le TO.
- mise en place d'accords d'assistance médicale bilatéraux ou multilatéraux pour un soutien mutuel.
- répartition des missions sur le terrain.
- organisation des circuits d'évacuation, de ravitaillement, de transmissions.
- définition, organisation de la chaîne santé de commandement avec:
  - établissement des niveaux de responsabilité et de coordination: sur un plan géographique? par fonction? désigner un seul responsables-coordonnateur par niveau,
  - coordination et contrôle des 4 échelons par un commandant de la chaîne santé de théâtre ayant comme interlocuteurs les chefs santé des nations présentes.
- mise au point de procédures communes.
- compatibilité des moyens techniques devant passer d'un échelon à l'autre.

#### -Sur le théâtre:

**Fonctions « commandement médical & sanitaire »:** à charge d'une **nation-pilote**.

• Désigner un responsable de TO (un médecin formé et expérimenté à ce type de mission), dont la nation déploie des moyens santé sur le TO, comme adjoint ou conseiller du commandant opérationnel. Il conduit et coordonne l'ensemble de la manœuvre médicale et sanitaire:

- Lui fournir une équipe expérimentée et en nombre suffisant.
- Dresser l'inventaire complet des ressources disponibles sur le TO:
  - structures/personnels/capacités/rendement/implantation/mobilité
  - transports
  - communication
  - ravitaillement (centralisé et par zones)
- Suivre et actualiser en permanence ces données
- Identification des besoins et ressources
- Evaluation des carences et compensation
- Construire la chaîne santé sur le TO
- Elaborer les algorithmes des mouvements des blessés
- Coordonner les évacuations sanitaires
- Gérer les priorités
- Arbitrer les conflits
- Possibilité de disposer des moyens et de les réaffecter en une zone en difficulté???
- Vacations de 6 mois au moins pour l'équipe de commandement.

-Durée: une présence minimum de 3 mois sur le TO est indispensable au bon fonctionnement du soutien médical.

-Le personnel santé est responsable de la bonne exécution des # étapes techniques;

-Le commandement opérationnel doit fournir, créer les conditions nécessaires à leur réalisation.

Les responsabilités opérationnelles et médicales ne sauraient être considérées indépendamment l'une de l'autre.

-Fiabilité des systèmes de transmissions intra-santé et compatible avec le commandement national ainsi qu'avec les systèmes de santé et de commandements alliés. Un système de communication propre au soutien médical mais pouvant en tant que de besoin s'intégrer dans le système opérationnel.

-Importance des médecins de liaison au PC interallié et dans les hôpitaux de 3ème échelon.

-Avoir des législations nationales de santé publique qui offrent les mêmes garanties de prise en charge et imposent les mêmes exigences (ex: le sang).

-Les nations participantes acceptent d'appliquer les règles retenues.

**-Entraînement:**

-organiser des manoeuvres médicales et sanitaires:

▪pour rôder les différents services de santé à travailler ensemble sur ces différentes missions.

▪pour contrôler l'IOP

-créer des jeux de simulation.

**Indicateurs d'IOP:**

-principes généraux communs d'organisation;  
-unicité de commandement; coordination de l'action;  
-correspondance des actions menées à chaque niveau sur un plan qualitatif et quantitatif quelle que soit la nationalité des équipes;

-langue commune;

-disponibilité comparable;

-standardisation de la terminologie,

-unité de procédures;

-règles techniques communes (triage, techniques chirurgicales)

-compatibilité des moyens techniques, matériels et médicaments;

-compatibilité des transmissions.

**Conclusions:**

Beaucoup d'éléments existent, sont déjà réunis; la réussite dépend des modalités de mise en oeuvre et d'une véritable volonté de faire aboutir ce projet grâce à une coordination en amont.

**Voir aussi:**

Toutes les autres fiches.

- SYRACUSE: système chiffré donc protégé, transmissions par satellite.
- INMARSAT: couverture mondiale et maillage direct avec le réseau téléphonique international.

**-Inconvénients:**

- RITA: système lourd prévu pour le théâtre CE, peu adapté aux forces projetées.
- SYRACUSE: pas de couverture mondiale.
- INMARSAT: n'a pas été conçu pour une utilisation à des fins militaires (protection moindre par rapport à SYRACUSE).

**Propositions:**

-Les systèmes d'information restent du domaine de responsabilité des armées: fournisseurs et installateurs des moyens.

-Ne pas vouloir un système indépendant des armées mais s'intégrer dans celui qui est déployé sur le TO. S'intégrer mais disposer d'appareils affectés aux services de santé ainsi que de fréquences spécifiques et exclusives.

-Equiper chaque niveau de la chaîne de moyens de transmissions de l'information; la cellule commandement santé interalliée doit être dotée de l'ensemble des modes de transmissions.

-L'architecture du réseau de communication dépend de l'organisation du soutien santé interallié retenu sur le terrain. Il faut déterminer les niveaux d'interface qui doivent être compatibles.

-Projet français de carte à mémoire comportant des renseignements généraux, état-civil, numéro d'identification, et renseignements médicaux avec notamment le traitement en cours. Cette carte à mémoire supprimerait la fiche médicale de l'avant, la fiche de sortie de l'hôpital. Présente un coût financier de conception, réalisation (support et environnement informatique).

-réalisables: Les composantes d'un système de communication efficace sur un mode interalliés existent déjà.

Toutefois, la projection d'une force multinationale présente des difficultés dans le domaine des transmissions

-degré de nécessité: indispensables au bon fonctionnement de la chaîne santé

-coût financier: un certain nombre de matériels existent déjà.

**Conditions de réussite:**

-une doctrine commune

-bâtir un système de communication: Dès la planification, savoir évaluer les besoins en liaisons protégées (respect de la confidentialité de certaines informations) ou non protégées, savoir estimer les systèmes de transmission utiles, pour les différents échelons de la chaîne santé et de son centre de commandement santé, en y incluant les vecteurs (VAB, hélico etc...) ainsi que les besoins avec les échelons de la chaîne du commandement.

-être doté de moyens suffisants en nature, nombre et lieu.

-mettre en place des appareils compatibles sur un plan interarmées et interalliés.

-traitement de l'information par les échelons de décision de la chaîne santé.

-Doter le PC santé interallié d'un centre de régulation, de traitement et d'exploitation de l'information.

Faint, illegible text at the top of the page, possibly a header or introductory paragraph.

Second block of faint, illegible text.

Third block of faint, illegible text.

Fourth block of faint, illegible text.

Fifth block of faint, illegible text.

Sixth block of faint, illegible text, appearing to be a longer paragraph or list.

Seventh block of faint, illegible text at the bottom of the page.

-des procédures et règlements d'emploi: pour éviter la saturation du centre de décision par une trop grande quantité d'information, mise au point de procédures d'opérations standards (SOP) de l'OTAN, (MSG formatés).

-une terminologie agréée, regroupée dans un lexique de données communes.

-une seule langue de communication quand l'information converge vers les échelons interalliés.

-connaissance par les utilisateurs des appareils, fréquences utiles sur le TO.

-un annuaire disponible pour tous les utilisateurs du terrain.

-système INMARSAT pour assurer les liaisons entre la direction santé de TO et la DCSSA pour par exemple réguler au mieux les EVASAN vers la métropole.

#### Indicateurs d'IOP:

-appareils compatibles

-fréquences communes

-procédures et terminologie identiques dans une langue commune.

#### Conclusions:

Indispensables au processus de décision.

#### Voir aussi:

Fiches EVASAN, RAVSAN, Comptes-rendus

La standardisation d'une partie du matériel médical militaire est nécessaire. Ceci appelle donc à une coordination.

-Créer une structure unique dirigée par une nation-pilote pour ravitailler les échelons santé interalliés.

-La nation-pilote établit la consommation par nation pour assurer un suivi financier.

-Le ravitaillement des 1er échelons, voire des 2ème échelons reste une responsabilité nationale.

#### Sang et dérivés sanguins:

des échanges entre alliés sont possibles dès lors qu'il y a des exigences de contrôle de qualité de même niveau.

Créer une « agence commune du médicament » placée sous la tutelle du « comité santé interallié » pour définir avec les différents partenaires une liste de médicaments avec protocoles correspondant aux principales indications thérapeutiques et chargée d'établir des dotations types minimales.

#### Réalisation:

Dotations types et liste commune de médicaments sont les propositions les plus difficiles à réaliser quand on mesure la difficulté de constituer au sein d'un même pays des dotations qui font l'unanimité auprès des différentes équipes médicales utilisatrices.

#### **Conditions de réussite:**

- autonomie initiale de 2 mois pour les structures santé lorsqu'elles se déploient;
- des stocks suffisants en quantité, en nature pour ravitailler les structures du TO;
- des produits et articles pharmaceutiques connus et utilisables par tous;
- des moyens de gestion informatisée des stocks et des commandes;
- des procédures de commandes communes: formulaires et langues communes;
- une familiarisation des utilisateurs aux procédures en vigueur (formation);
- des catalogues de médicaments avec leurs équivalents dans les différents pays présents, à remettre à tous les utilisateurs;
- des notices d'utilisation bilingues (anglais + pays fournisseur) pour chaque médicament et matériel;
- périodicité des commandes à respecter en dehors des urgences « rouges ».

Ces différentes conditions représentent un travail préparatoire très important au niveau de tous les acteurs, à mener en dehors de la période de crise et à mettre à jour périodiquement.

#### **Indicateurs d'IOF:**

- certains produits et articles pharmaceutiques utilisables par tous;
- langue commune;
- procédures de commandes identiques;

## FICHE N°3

**Sujet** LE RAVITAILLEMENT SANITAIRE

### **But:**

Maintenir un niveau potentiel opérationnel des différentes structures déployées en les approvisionnant en produits et articles pharmaceutiques, en matériels consommables et non consommables et en assurant les fonctions de maintenance.

### **Descriptif:**

#### **Dans le cadre de l'ONU:**

Les unités santé se déploient avec une autonomie initiale de 2 mois.  
Cette fonction est ensuite confiée à un pays, **nation-pilote**.

Le ravitaillement en sang et dérivés sanguins:  
pour des raisons de sécurité il s'agit encore d'un ravitaillement franco-français.

Certains articles ne sont disponibles que dans le pays d'origine de l'unité. La direction des affaires administratives adresse une demande de lettre d'attribution (« letter of assist »: LOA) au Siège des Nations Unies qui la répercute sur le pays contributeur. La L.O.A. constitue une commande et une garantie de remboursement par l'ONU.

### **Analyse:**

#### **-Avantages:**

Des procédures de ravitaillement existent;  
La planification et la mise en oeuvre du ravsan sont une responsabilité médicale et doivent le rester.

#### **-Inconvénients:**

- La lenteur de la mise en oeuvre du ravitaillement onusien oblige les nations à pallier les insuffisances en organisant parallèlement un ravitaillement national.
- La Force présente une liste type de médicaments qui parfois diffère des habitudes thérapeutiques de nos médecins.
- Tous les médecins ne maîtrisent pas les procédures et la terminologie anglaise.

### **Propositions:**

Quel que soit le type d'opérations:

- Une chaîne d'approvisionnement médical doit être distincte des autres types de ravitaillement. Elle doit être mise sous la responsabilité du chef santé de l'opération qui s'appuie sur une cellule de ravitaillement sanitaire.

- En amont, une « cellule de coordination centralisée interallié » de circonstance centralise les commandes de ravitaillement, lance des appels d'offre, fait des commandes groupées de médicaments et de produits ou bien s'adresse directement au pays utilisateur et fournisseur de moyens.

**CID / 2ème promotion: L'interopérabilité des services de santé en opérations.**

**Conclusion:**

Le ravitaillement sanitaire constitue une des principales difficultés. D'une part, il met en concurrence des industries pharmaceutiques internationales, et d'autre part, il se heurte au poids des habitudes professionnelles.

**Voir aussi:**

- Fiche « Commandes de ravitaillement sanitaire au sein de l'ONU »
- Fiche « Fournitures médicales »
- Fiche « Matériel technique médical ».

## FICHE N°4

### Objet: COMMANDES DE RAVITAILLEMENT SANITAIRE AU SEIN DE L'ONU

#### Préliminaire

il faut savoir que l'organisation générale du soutien santé au sein d'une intervention ONU est radicalement différent de celui appliqué dans une opération franco-française ou au sein de l'OTAN. Ce soutien est régi par des procédures opérationnelles permanentes (Standing Operating Procedures) et des directives logistiques qui diffèrent d'une intervention à l'autre.

#### Bui

Permettre la mise en oeuvre, la réalisation du RAVSAN afin de maintenir le niveau opérationnel des structures médicales et sanitaires des différents pays participants à l'opération.

#### Description

### LES MOYENS

**1. Les services médicaux des forces ONU** sont destinés au soutien des seuls personnels ONU et concernent : les personnels militaires des contingents mis à sa disposition, les UNMO's et les UNCIVPOL, les membres du secrétariat des NU affectés sur le théâtre et les contractuels servant au sein du CIVSTAFF ou dans les unités.

**2. Les formations santé des forces ONU** ne sont ni équipées ni suffisamment nombreuses pour fournir une réelle aide humanitaire.

**3. La couverture médicale de la force de ONU** est assurée, au niveau central, par le Force Medical Office (FMEDO) qui est le conseiller du Force Commander pour tous les problèmes santé et exerce, à ce titre, son autorité sur tous les éléments médicaux de la force. Il se compose généralement de quatre sections :

**a. Assistant FMEDO** qui s'occupe de la médecine préventive, de la définition des règles en matière de prophylaxie, de la liaison entre les différents SMEDO (Chefs Santé des PC de secteurs), du suivi santé de la force et dirige la partie médicale des planifications opérationnelles.

**b. MEDSO2** (medical staff officer 2) chargé de la planification et de la conduite des opérations. Il suit la consommation médicale, publie les procédures spécifiques santé et traite des rapatriements.

**c. FHO** (Force Hygiène Officer), responsable des conseils et contrôle sanitaires (nourriture, eau, logements, maladies transmissibles, etc.). Il est le correspondant directe des EHT (Environmental Health Technicians) des secteurs.

**d. FMSO** (Force Medical Supply Officer) ou **MEDSO3** est responsable des équipements médicaux ainsi que du ravitaillement "santé". A ce titre il est chargé :

- du suivi des matériels des hôpitaux de campagne de la force ;
- de la gestion du dépôt médical et de la réalisation du stockage des ressources ;
- de la diffusion de l'ensemble des directives relatives au ravitaillement "santé".

**4. Les moyens de première ligne**

Les éléments santé des bataillons composés de 2 médecins, d'un dentiste et d'infirmiers qualifiés (1 infirmier par unité élémentaire) ainsi que d'auxiliaires sanitaires doivent :

- être capables de traiter/conserver des malades d'urgence relative pendant 48 heures ;
- disposer d'une capacité d'évacuation renforcée (moyens divisionnaires) et véhicules tout-terrain.

#### 5. Les moyens de seconde ligne (niveau du secteur)

On y trouve généralement, aux ordres du SMEDO, un élément du Bataillon médical et un médecin responsable des problèmes de prophylaxie (EHT) chargés de :

- participer aux soins d'urgence, traiter les problèmes de prophylaxie, de participer à l'évacuation des blessés et de constituer un renfort au profit des bataillons.

#### 6. Les moyens de troisième ligne (Niveau des forces)

On y trouve un bataillon médical, et une/plusieurs formations hospitalières de campagne, et d'équipes de convois qui s'occupent principalement de la mise en condition des blessés devant être rapatriés. Les moyens locaux sont considérés de troisième ligne.

#### 7. Le ravitaillement de la force (pris en compte par l'ONU)

\* Les demandes, sous forme de **Form LOG 2001** (dans certaines opérations) ou de **MEDLOGFORM** (cas de l'UNPROFOR) sont adressées au **SMEDO** de secteur qui les vérifie, les regroupe et les envoie ensuite au **FMEDO (HQ)**. Le FMEDO, après avoir réalisé les ressources donne au MPP (Medical Provisioning Point) l'ordre de faire livrer/de percevoir. En cas d'urgence - IOR - (Immediate Operational Requirements) les matériels et le ravitaillement peuvent être livrés sans l'autorisation du SMEDO.

Le FMEDO fait réaliser les ressources soit par la voie d'achat sur le marché mondial, soit par LOA ?

\* Le ravitaillement en **sang** (première et troisième ligne) reste national.

\* Les commandes franco-françaises, si elles peuvent être admises par le FMEDO, **doivent obligatoirement transiter par le SMEDO** qui défendra le dossier auprès du FMEDO. Ces commandes particulières s'effectuent par le biais d'une **Form MEDLOG** particulière très proche de la Form MEDLOG.

#### Analyse

##### -Avantages:

- \* langue anglaise (peut être un inconvénient car plus ou moins maîtrisée par tous les acteurs santé)

##### -Inconvénients:

- \* Lenteur dans la mise en route d'un RAVSAN opérationnel ;
- \* Le RAVSAN reste longtemps à la charge des nations participantes ;
- \* Lenteur des procédures de remboursement
- \* Procédures rigides et peu adaptées amenant les nations participantes à pallier les lacunes en mettant en place des procédures nationales parallèles, allourdissant ainsi considérablement le coût et la charge de travail des nationaux.
- \* directives logistiques différentes d'une intervention à l'autre entraînant une adaptation difficile et laborieuse à chaque nouvelle situation.
- \* pas de standardisation et d'uniformisation

#### Propositions

##### -réalisables:

- \* uniformisation et standardisation quel que soit le cadre de l'utilisation (ONU, OTAN)
- \* établissement de procédures claires et adaptées

##### -degré de nécessité:

- \* révision et refonte complète des procédures de RAVSAN de l'ONU

#### Conditions de réussite

- Mise en place de procédures cohérentes en s'inspirant de procédures interalliées existants dans ces domaines
- Catalogue de médicaments et de fournitures en langue anglaise.

### Indicateurs d'IOP

- Formulaire identique quel que soit le cadre de l'intervention.

### Conclusions:

- Le système ONU ne doit en aucun cas constituer un modèle de référence;
- Demander à l'ONU de changer ses procédures afin de les rendre plus efficaces, plus souples, plus homogènes et mieux adaptées aux missions.
- Il est nécessaire que l'ONU tienne compte et s'adapte aux procédures interalliées déjà en place.

### Voir aussi:

- Fiche « Le ravitaillement sanitaire »

## FICHE N°5

**Sujet:** FOURNITURES MEDICALES

### **But:**

Alimenter les différents échelons de la chaîne santé en médicaments dont la provenance est indifférente pourvu qu'ils soient identifiables par tous.

### **Descriptif**

Chaque nation est chargée de reconstituer les articles de ravitaillement sanitaire au profit des éléments nationaux déployés.  
Les médicaments portent une dénomination nationale et ne comportent pas de notices multilingues.

### **Analyse**

#### **- Avantages**

Le flux et la gestion des médicaments demeurant nationaux, aucun risque de méprise sur leur emploi.

#### **- Inconvénients**

Risque de redondance. Complique la solidarité et l'entraide sur le théâtre des opérations.

### **Propositions**

Aboutir à une dénomination commune internationale, à un dosage, à une présentation identiques des médicaments, leur adjoindre une notice multilingue, tout ceci afin d'en assurer l'interchangeabilité et assurer une bonne utilisation par tous.

### **Conditions de réussite**

- Avoir des médicaments, des produits de même qualité;
- Dresser une liste de médicaments indispensables aux situations opérationnelles;
- Donner les équivalence par pays des différents médicaments de la liste.

### **Indicateurs d'IO**

Interchangeabilité des médicaments

### **Conclusions**

Sans doute l'un des domaines le plus difficile à rendre interopérable compte tenu de la part prépondérante des industries pharmaceutiques et l'aspect relativement marginal de la consommation des armées.

Il est possible de viser l'interopérabilité en établissant une liste générique de médicaments à l'instar de l'OMS (publication scientifique n°438).

CID/ 2ème promotion: *L'interopérabilité des services de santé en opérations.*

**Voir aussi**

-Fiche « Matériel technique médical »

## FICHE N°6

**Sujet** MATERIEL TECHNIQUE MEDICAL

**But**

- Fournir au praticien les moyens d'intervenir efficacement.
- L'interopérabilité des matériels permet l'interchangeabilité et facilite la maintenance. Elle simplifie le ravitaillement sanitaire.

**Descriptif**

Le matériel technique visé dans cette fiche est constitué

- des fluides médicaux conditionnés
- du matériel d'examen (otoscope, laryngoscope, tensiomètre...)
- du matériel chirurgical et dentaire
- des appareils d'exploitation et d'analyse (appareils radio, moniteurs d'anesthésie et de réanimation...)
- de matériel d'exploitation (lits, support de perfusion...)
- du petit matériel (seringue, aiguille objets de pansement...).

Naturellement, leur nombre et leur sophistication vont croissant du poste de secours à l'hôpital d'infrastructure.

Les exigences des STANAG ne sont pas toujours respectées; ainsi,

- les fluides médicaux conditionnés ne sont pas interchangeables (lyres non normées, pb de pression de remplissage, de tolérance vis-à-vis du pourcentage d'impuretés).
- certains films radiologiques (format), les appareils d'exploitation et d'analyse (compatibilité de tension électrique et de prise de mise à réseau) ne le sont qu'avec réserve.

Le niveau d'IOP: il s'impose à partir du 3ème échelon, voire du 2ème échelon.

NB: Le sang et le matériel de transfusion sanguine sont redistribuables sous réserve qu'ils répondent aux exigences du STANAG 2939 (édition 3). Actuellement, le ravitaillement dans ce domaine est encore national.

**Analyse**

- **Avantages**

Il n'y a aucun avantage à la situation actuelle.

- **Inconvénients**

Le matériel du 3ème échelon reste encore en grande part non interopérable.

**Propositions**

- Avoir des matériels permettant de réaliser des actes techniques de même niveau par échelon et spécialité: s'orienter vers une modularité fonctionnelle plutôt que la constitution de modules-types bâtis à l'identique;
- Avoir des matériels présentant un poids et volume minimum;

CID/ 2ème promotion: *L'interopérabilité des services de santé en opérations.*

-Renouveler, acquérir des matériels en lançant par le Comité santé interallié des appels d'offre sur le marché européen;  
-En situation opérationnelle, faire des commandes groupées pour réaliser des économies et avoir des matériels identiques;  
-Encourager le respect des STANAG.  
-Le ravitaillement en sang peut être multinational dès lors que les normes de sécurité optimale sont respectées par tous les fournisseurs.

#### Condition de réussite

-Dans un premier temps, avoir des matériels ayant des performances équivalentes.  
-Matériels avec notices d'emploi bilingue (anglais + ...).

#### Indicateurs d'IOP

Lorsque le matériel peut être mis en oeuvre par un utilisateur de spécialité donnée, quelle que soit sa nationalité.

#### Conclusions

Ce domaine constitue l'une des principales difficultés rencontrées en matière d'IOP car il fait intervenir le secteur de production civil.  
Axer les efforts sur le respect des STANAG et l'atteinte de niveaux de performance équivalents.

#### Voir aussi

6Fiche « Fournitures médicales »

### Analyse

- Appréciation différentes des catégories de blessés par les Allemands qui ont deux fois plus d'urgence absolues que les Belges ou les Français et donc deux fois plus de blessés à traiter sur le TO (==> Personnels x 2, structures x 2, lits x 2).
- Divergences dans les délais préopératoires entre les U2 Belges et Françaises obligeant dans la quasi totalité des cas à traiter les U2 Belges sur le TO, ce qui double également la capacité de traitement et d'hospitalisation à mettre en place.
- Influence des distances séparant le TO et la nation d'origine sur la capacité de traitement chirurgical à mettre en place compte tenu des délais pré-opératoires.

### Propositions

- Avoir une méthodologie et une fiche médicale de l'avant communes. (Possibilité de FMA sur support informatique).
- Etudier l'incidence de la médicalisation de l'avant et d'un traitement chirurgical précoce sur le flux des blessés, sur la possibilité de sauver davantage de vies humaines et donc d'augmenter le nombre global de blessés avec un nombre croissant d'UA.
- Nécessité de codifier les actes de la chirurgie précoce dans le respect du rendement (gestes courts, simples, chirurgie en deux temps).

### Conditions de réussite

- théorie de triage comparable;
- rapidité de l'exécution du triage et du traitement chirurgical éventuel;
- procédures standardisées: renseignement des FMA;
- rendements équivalents des équipes;
- composition des équipes de triage: des spécialistes à compétence identique, formés et entraînés selon les mêmes principes;
- systèmes de communication compatibles en amont et en aval: FMA, réseau de transmissions.

### Indicateurs d'OP

- catégorisation superposable
- rendement de triage, opératoire équivalents
- FMA identiques.

### Conclusions

Quelle que soit la nation partenaire engagée pour effectuer le triage, les prestations techniques doivent être de même qualité et réalisées selon des principes identiques de catégorisation et de mise en condition pour que la poursuite de l'évacuation sanitaire se déroule selon un schéma pré-défini. Le rendement doit être clairement affiché car il définit le nombre de structures à mettre en place.  
Aujourd'hui, il y a encore quelques divergences sur la répartition par catégories des blessés.

## FICHE N°8

**Sujet: LES EVACUATIONS SANITAIRES: ORGANISATION**

### **But:**

Prise en charge médicalisée d'un blessé, malade pour l'amener vers un lieu de traitement initial ou spécialisé ou bien de convalescence en évitant toute aggravation de son état dans le respect des délais pré et post-opératoires.

### **Descriptif:**

Passage d'un échelon à l'autre par un vecteur médicalisé { 2°éch → 3° éch → 4°éch → Infrastructure}.

#### **-L'évacuation sanitaire primaire:**

Acheminement des blessés triés mais non encore traités vers une formation de traitement. S'effectue par voie routière ou aérienne (hélicoptères).

#### **-L'évacuation sanitaire secondaire:**

Transport des blessés déjà traités vers une structure de traitement ou de convalescence de l'infrastructure.

S'effectue par voie routière, aérienne, ferrée ou maritime.

Ces vecteurs sont regroupés dans des unités spécialisées.

2 niveaux d'EVASAN: intra-théâtre et vers la nation d'origine.

### **Analyse:**

#### **-Avantages:**

Voie routière: permanence

Voie aérienne: rapidité.

#### **-Inconvénients:**

•voie aérienne: si elle assure la rapidité du déplacement en revanche elle est dépendante des conditions météorologiques, de l'intensité des combats. Disposer de personnel au sol formé au guidage de l'appareil pour l'atterrissage et le décollage.

•voie routière: lenteur et insécurité.

### **Conditions de réussite:**

Précocité, rapidité de mise en oeuvre et de transport, bonnes conditions d'exécution du transport et un suivi médicalisé continu sont des facteurs d'efficacité de l'EVASAN.

#### **■Les vecteurs:**

-Disposer de vecteurs conçus et destinés au transport médicalisé. {cf fiche «moyens de transport»}.

-Obtenir des vecteurs en nature et en nombre suffisants pour les différentes voies estimées nécessaires.

- vecteurs adaptés aux conditions climatiques et à l'intensité des combats (véhicules chauffés, climatisés, blindés).
- vecteurs équipés de moyens de transmission.
- toutefois possibilité d'affréter des vecteurs civils (aéronefs, maritimes) avec barquettes
- brancards, supports et fixations compatibles à la fois pour tous les types de VS terrestres, et aéronefs type hélicoptères, avions. Ainsi pour le transfert des blessés d'un échelon à l'autre il n'est pas nécessaire de les changer de brancards évitant des manipulations pouvant porter préjudice à l'état du patient. (STANAG 2040).
- vecteurs équipés d'ouvertures suffisantes pour charger aisément les blessés.

▪ **Le convoi sanitaire:**

- des équipes périmédicales, paramédicales ou médicales embarqués à bord des vecteurs, qualifiés et équipés en matériels techniques, fluides par perfusion et gaz médicaux.
- une préparation médicale du blessé avant l'embarquement, du ressort du médecin demandeur.
- des soins médicaux appropriés sans interruption tout au long de la chaîne.
- des schémas thérapeutiques équivalents quel que soit le pays permettant la poursuite du traitement tout au long de la chaîne.
- garantir le transfert des données cliniques dans une FMA d'abord, puis un dossier médical indispensables pour la continuité des soins. (STANAG 2132: documentation relative à l'évacuation, aux traitements et aux causes de décès des malades et des blessés).

-Mise au point d'une **planification** des mouvements des blessés:

- terminologie commune
- estimation journalière du nombre de blessés à évacuer
- définir une procédure de déclenchement des missions sur décision d'un médecin
- élaborer un algorithme des mouvements des blessés
- fréquence radio et indicatif d'appel
- s'informer sur la nature et la gravité des blessés à évacuer, position de l'évacué
- nom et nationalité des blessés
- délais pré-opératoires et post-opératoires minimum et maximum
- inventaire des ressources disponibles en transport et en traitement
- inventaire de la localisation et du nombre de lits disponibles
- identification des carences
- définition des voies, circuits d'acheminement des blessés, itinéraires de délestage
- délais prévus pour chaque circuit en fonction du vecteur
- ravitaillement sanitaire des vecteurs.

-un organisme de **régulation** médicale centralisé, centre de **coordination**, chargé de la planification, régulation de l'ensemble des mouvements (définition des degrés de priorités-définition des orientations), mettre à disposition en lieu et moment précis les moyens de transport et d'évacuation nécessaires en nombre et en nature: vers le centre de traitement le mieux approprié, vers le territoire national. - recensement des capacités d'emport de tous les vecteurs VR, VA, VF, VM / nombre et à la classification des blessés, capacités de traitement et d'hospitalisation disponibles).

-des systèmes de transmissions, de communication interconnectables équipant tous les vecteurs.

Avoir un moyen de transmissions permettant des communications directes ou avec le minimum de relais entre l'autorité chargée de la conduite des missions d'évacuation, le vecteur et l'unité ayant fait la demande.

Etablir les liaisons avec les nations d'origine pour le rapatriement des blessés vers leur pays.

-Entraînement.

**Propositions:**

**CID / 2ème promotion: L'interopérabilité des services de santé en opérations**

▪Chaque pays recense ses capacités de transport sanitaire par voir routière, aérienne et maritime pouvant être mis à la disposition d'une force multinationale.

▪**Responsabilités:**

-La gestion des EVASAN est affaire de spécialistes qui ne relève que du seul service de santé.

-L'organisation sur le théâtre est une responsabilité de l'autorité santé de théâtre, son exécution, une responsabilité des équipes.

-La mise à disposition des vecteurs en nombre suffisant, en lieu et temps voulus: une responsabilité du commandement interalliés des forces.

-Le rapatriement des blessés, malades, vers le pays d'origine est une responsabilité nationale.

▪**Communication:**

-La «pochette-fiche d'évacuation» doit être rédigée en deux langues dès le 1er échelon (langue maternelle + anglais) à l'instar de la «fiche médicale d'évacuation».

-Tous les vecteurs doivent être équipés de moyens de transmissions.

-réalisables:

-degré de nécessité:

-coût financier, humain...:

**Indicateurs d'IOP:**

-compatibilité des brancards, leurs supports et fixations; -

-codification commune des urgences à évacuer, des délais pré-opératoires; (importance d'une doctrine de triage commune)

-compatibilité des moyens de transmissions

-langue écrite et parlée commune: l'anglais.

**Conclusions:**

Double intérêt:

-Individuel, car permet de gagner des délais et passer vers une étape de plus grande technicité;

-Collectif, car permet de désengorger les structures sanitaires du TO.

**Voir aussi:**

-Fiche « Organisation générale »

-Fiche « Triage médico-chirurgical »

-Moyens de transport

## FICHE N°9

**Sujet** DEMANDES D'EVACUATIONS SANITAIRES - AIR - OTAN

**Büt:**

Standardiser à l'intention des forces de l'OTAN les principes généraux régissant l'évacuation des malades et des blessés par aérotransport à partir de champ de bataille en leur garantissant une prise en charge rapide après la demande d'évacuation.

**Descriptif:**

Emploi du transport aérien par le service de Santé dans la zone de l'avant régit par le STANAG N° 2087 (Edition 4).

### **Modalités de l'accord - objectifs.**

1. Les opérations seront conduites selon les directives locales et l'articulation des forces intéressées.
2. L'évacuation d'urgence par moyens aériens a pour objet le déplacement rapide des malades et blessés, leur prise en charge le plus tôt possible après la demande d'évacuation et leur orientation directement sur les formations sanitaires désignées.
3. L'évacuation par moyens aériens est effectuée lorsque les moyens terrestres sont inexistants/insuffisants ou lorsque l'évacuation aérienne est plus efficace.
4. L'évacuation par moyens aériens est utilisée aussi près de l'avant que le permet la situation tactique, si nécessaire à partir du territoire ennemi.

### **Principes.**

1. Les EVASAN/AIR du théâtre d'opération vers le pays d'origine sont à charge de chaque nation.
2. Les EVASAN/AIR intra-théâtre d'opération doivent faire l'objet d'une coopération interalliée à chaque fois que possible. Pour un conflit du type OPEX, les hélicoptères qui peuvent intervenir dès le premier échelon, sont au service de toutes les nations participantes.
3. Les aéronafs affectés aux EVASAN exécutent cette mission de façon exclusive, ils n'ont pas le droit de transporter simultanément des blessés, des combattants ou du matériel autre que médical.

### **Demande d'évacuation par moyens aériens.**

1. L'unité déclenche des missions d'évacuation aérienne en prenant directement contact avec l'échelon de commandement intéressé (groupement tactique/régiment, la division, le corps d'armée ou l'armée) soit par la voie technique des services de santé, soit par la chaîne de commandement.
2. Cette demande devra contenir les renseignements suivants :
  - a. nombre de blessés et malades, diagnostic, priorité et délais.
    - **Priorité 1/URGENT**: cas à évacuer dans les **deux heures** qui suivent (sauver la vie). Ils sont classés en trois catégories :
      - Cat. 1A : cas graves = malades déséquilibrés exigeant des moyens de contention, des calmants et une surveillance étroite.
      - Cat 1B : cas de gravité moyenne = malades/blessés non encore déséquilibrés mais risquant de compromettre leur propre sécurité. Nécessitent une surveillance attentive/besoin de calmants en vol.
      - Cat 1C : cas sans gravité = malades prêts à coopérer/dignes de confiance.

- définir les équipements médicaux minimum à bord
- déterminer les équipements médicaux minimum de transit au sol au point de départ comme au point d'arrivée.

#### Conditions de réussite:

Il est nécessaire d'avoir recours à :

- une connaissance similaire et très proche de la classification des patients par priorités
- des procédures de demande standardisées (formulaire et voie de transmission) ;
- une langue commune ;
- une connaissance approfondie de ces procédures par tous les utilisateurs (entraînements en commun) ;
- des informations correctes posées par le demandeur ;
- un centre unique de traitement de l'information (interallié) ;
- une coopération santé ;
- une bonne adéquation des moyens (aéronefs) aux besoins ;
- des aéronefs médicalisés de façon standard répondant aux besoins des convoyeurs ;

#### Indicateurs d'IOP:

- un seul formulaire et cela quel que soit le cadre (ONU, OTAN, UEO, etc.)
- une seule langue (anglais).

#### Conclusions:

Dans un souci d'économie des moyens il y a lieu de coopérer chaque fois que possible et d'harmoniser les formalités administratives, les procédures et de définir clairement les équipements d'évacuation sanitaires minimum.

#### Voir aussi:

-Fiche « Les évacuations sanitaires: organisation ».

## FICHE N° 10

**Sujet: MOYENS DE TRANSPORT**

### But:

Ils permettent l'acheminement des blessés de l'avant vers l'arrière pour leur traitement mais le plus souvent avec des ruptures de charge. Le transport ne doit pas aggraver l'état des patients. Les vecteurs constituent l'élément de base de la chaîne des évacuations sanitaires.

### Descriptif

4 étapes successives possibles reliées par les vecteurs suivants:

- de la zone de combat au poste de secours: brancardage puis ambulance - (1er échelon)
- du poste de secours au poste de triage: ambulance (au sein d'une section de ramassage), hélicoptère - (2ème échelon)
- du poste de triage à l'hôpital de campagne: car sanitaire (escadron de transport sanitaire), aéronef - (3ème échelon)
- de l'hôpital de campagne à l'hôpital d'infrastructure: car sanitaire, avion sanitaire, train sanitaire, bateau sanitaire - (4ème échelon).

### Médicalisation des différents vecteurs.

Donc le blessé change de vecteurs entre les différents échelons. Ces vecteurs sont regroupés dans des structures.

### Analyse

#### - Avantages

Souplesse d'emploi: la diversité des moyens permet de choisir le vecteur le mieux adapté aux délais compatibles avec l'urgence médicale, aux conditions ambiantes, distances, état des voies de communications.

#### - Inconvénients

En multipliant les modes de transport propres à chaque échelon, on multiplie les occasions de manipulation du blessé et on accroît les risques d'aggraver son état.

### Conditions de réussite

Le module que tous les moyens de transport doivent pouvoir accueillir est le **brancard** dont la standardisation est une condition de base du bon fonctionnement de la chaîne des évacuations: respect du STANAG 2040.

### Caractéristiques des vecteurs:

- rusticité
- minimum de confort
- équipement technique pour la médicalisation du vecteur
- place pour accueillir le personnel para ou périmédical.

- doté de moyens de **transmissions** compatibles avec son environnement
- vitesse d'acheminement pour respecter les délais
- en nombre suffisant
- stationnés là où les vecteurs sont les plus utiles.

#### **Propositions**

Concevoir une sorte de **brancard** universel, adaptable tant aux véhicules militaires que civils. Cela ne paraît pas être un défi technologique redoutable.

#### **Indicateurs d'IOP**

Le format des brancards

#### **Conclusions**

L'IOP passe par le respect du STANAG 2040 qui concerne les brancards par les armées des nations signataires et par extension par les autorités sanitaires civiles.

#### **Voir aussi**

## FICHE N°11

### Sujet LES COMPTES RENDUS SANITAIRES DU CORPS EUROPEEN

#### But

Les compte rendus sanitaires ont pour but de mettre à la disposition du Corps Européen les informations relatives au soutien sanitaire, afin de pouvoir évaluer la situation sanitaire des éléments nationaux et/ou internationaux des grands commandements dans leur ensemble. Afin que le Corps Européen puisse avoir un aperçu complet de sa situation sanitaire, des compte rendus standardisés {directive de l'ACE (Allied Command Europe) 80-50 vol VI} ainsi que des compte rendus nationaux y sont utilisés. Il faut noter que tous ces comptes rendus ont fait l'objet d'une proposition du Séminaire Logistique du Corps Européen des 14,15 et 16 septembre 1994 pour une "directive pour le soutien lors des engagements du Corps Européen".

#### Descriptif

1. Les compte rendus **standardisés** émis et reçus au PC AVANT du Corps Européen se basent sur la directive de l'ACE 80-50 vol VI et sont les suivants :

a. **MEDSITREP** qui décrit la situation sanitaire globale. Les expéditeurs sont les divisions et les unités indépendantes. Situation arrêtée tous les jours à 2359Z.

b. **MEDSPOTREP** qui est les compte rendu d'une situation critique sur le plan sanitaire. Les expéditeurs sont les divisions et les unités indépendantes. Le plus tôt possible après l'occurrence de l'événement.

c. **MEDASREQ** qui est une demande d'assistance **RAVSAN** à une autre nation. Les expéditeurs sont les divisions et les unités indépendantes. Il se fait en cas de nécessité.

d. **MEDASRESP** qui est la réponse à une MEDASREQ. Elle se fait par le Corps Européen en cas de nécessité.

e. **PREVLOGSAN** regroupe les informations générales en matière de soutien santé sur les prévisions sur 24 heures.

2. Les comptes rendus **nationaux** utilisés au Corps Européen.

a. **SYNSAN** qui est un Msg de synthèse santé des GU. Il est émis par l'Elément (F) de soutien santé.

b. **INFOLOGSAN** qui est un info soutien santé émis à tout moment et selon les besoins par l'Elément (F) de soutien santé.

c. **CREGLOGSAN** qui est le compte rendu d'un événement grave. Il est émis à tout moment et selon les besoins par l'Elément (F) de soutien santé.

d. **DEMALOGSAN** qui consiste en une demande normale ou exceptionnelle de tout genre. Il est émis à tout moment et selon les besoins par l'Elément (F) de soutien santé.

e. **NARAT** (NAto Request for Air Transport) qui est une demande d'évacuation aérienne. Il est émis à tout moment et selon les besoins par les éléments BE et GE de soutien santé.

f. **PLANEVAIR** qui est la régulation des évacuations aériennes. Il est émis par l'élément BE de soutien santé après que l'évacuation aérienne soit accordée.

g. **TRANSAR** qui est la réponse à un NARAT. Il est émis par le QG Comdt TAF (BE) à tout moment et selon les besoins.

analyse approfondie des problèmes et de proposer un ensemble de messages types modèles utilisables par tous.

**Voir aussi :**

-Fiche « Les comptes rendus français..... dans les actions extérieures »

## FICHE N°12

### SUIVE LES COMPTE RENDUS FRANÇAIS SUR L'ÉTAT SANITAIRE DES TROUPES (SITSAN) ET SUR L'ACTIVITÉ MÉDICO-CHIRURGICALE (CORCHIR) DU SERVICE DE SANTÉ DANS LES ACTIONS EXTÉRIEURES

#### But

Suite à la multiplication des opérations extérieures il a été nécessaire d'adapter les comptes rendus sur l'état sanitaire des troupes et l'activité des formations du service sanitaire français à ce genre d'actions afin de mieux :

- connaître le niveau des activités médicales dans le domaines de la surveillance épidémiologique (surveiller pour agir) ;
- évaluer les affections, blessures en nature et en nombre ;
- évaluer l'attrition des troupes afin de renseigner correctement le commandant ;
- répercuter la corrélation avec le niveau d'intensité d'activité des équipes médicales ;
- identifier les répercussions sur le RAVSAN ;
- renseigner le Chef Santé interallié, le Commandant, ainsi que les directions santé nationales.

#### Descriptif

**1. Le compte rendu hebdomadaire sur l'état sanitaire des troupes et l'activité du Service de Santé français (SITSAN) est à adresser à la D.C.S.S.A par message ou fax tous les lundi par l'adjoint santé auprès du COMELEF, le chef du service de santé des forces ou groupement des forces engagées ou le médecin-chef d'une unité opérant isolément dans les mêmes conditions. La première partie de ce bilan allant de Alpha à Golf couvre les activités de toute une semaine allant du lundi au dimanche inclus et il ne concernent que l'activité au bénéfice des Armées Françaises à savoir :**

- effectifs globaux soutenus - activité médicale reprenant le nombre de consultations, d'admis à l'infirmerie, d'hospitalisations et d'évacués sur l'hôpital d'infrastructure - traumatologie reprenant le nombre de blessés au combat, par accidents d'arme à feu, par accident de véhicules et autres accidents - décès sur liste énumérative (nom, prénom, grade, date, étiologie et affection causale en code OMS) - affections psychiatriques - activités des cabinets dentaires.

La deuxième partie allant de Hotel à Juliet retient les :

- activités au bénéfice d'armées étrangères (nombre de consultations médicales et dentaires)
- activités au bénéfice des populations civiles (nombre de consultations médicales et dentaires) - observations et remarques complémentaires éventuelles.

**2. Le rapport mensuel de synthèse sur l'état sanitaire des troupes et l'activité du Service de Santé français sous forme libre** est établi dans les 10 jours suivant le mois concerné, dressera les principaux aspects de l'activité du service de santé durant le mois écoulé. Il a pour objectif principal de montrer l'évolution des conditions de vie et de travail afin d'y apporter éventuellement les aménagements nécessaires. Il est constitué d'une fiche de synthèse d'une page maximum pouvant comprendre entre autre : l'organisation générale du soutien médical, l'hygiène et la prévention, les problèmes psychiatriques et moral, le ravitaillement sanitaire, etc.

**3. Le rapport de fin de mission (à usage national)** est établi dans le mois suivant son retour en métropole par le chef Santé ainsi que tout responsable d'une formation sanitaire. Cette synthèse mettra en évidence les principaux enseignements retenus à la suite de cette

mission (conditions de relève des blessés, nature et la valeur du traitement immédiat, modalités et les délais d'évacuation, etc.) et sera complété par des propositions pour l'amélioration du soutien santé.

**4. Le compte rendu hebdomadaire de l'activité technique, médicale et/ou chirurgicale des antennes chirurgicales (CORCHIR).** Il se divise en plusieurs rubriques et notamment : les activités chirurgicales opératoires, les autres activités chirurgicales, les activités médicales et les activités radiologiques. Ce compte rendu doit permettre d'assurer le suivi des activités et d'évaluer les conditions d'emploi de la formation pour les améliorer. Le respect du secret médical doit entourer tous ces compte rendus.

#### **Analyse**

##### **-Avantages:**

\* Ces rapports ont été rodés par plusieurs opérations extérieures et constituent une bonne base pour faire une analyse approfondie du système santé. Ils permettent d'assurer le suivi des activités pour en évaluer les conditions d'emploi afin de procéder aux améliorations.

##### **-Inconvénients :**

\* Dualité du système. Actuellement, les comptes rendus reposent encore sur les procédures nationales et celles élaborées en commun entre les nations appartenant au Corps Européen.

\* Rapports trop nombreux (nationaux et interalliés).

#### **Propositions**

##### **-réalisables :**

\* Il serait utile que les règlements et les procédures nationales s'effacent au profit de procédures élaborées en commun au sein du Corps Européen. Ceci facilitera d'autant la préparation des compte rendus et permettra une meilleure compréhension de ces derniers tout en évitant aux responsables, en période de forte tension, de devoir rédiger deux types de compte rendus (nationaux et standardisés) actuellement en vigueur au Corps Européen.

\* L'idéal serait de ne plus effectuer qu'une seule saisie informatique, même exhaustive, à partir de laquelle et grâce à un logiciel adopté par tous, les différents comptes rendus et les différents messages interalliés et nationaux pourraient être produits.

\* nécessité de catégoriser les messages

\* nécessité de se mettre d'accord sur des formulaires type par catégories de messages

\* créer un logiciel de gestion interallié commun utilisé par tous

##### **-degré de nécessité :**

\* indispensable au bon fonctionnement de la chaîne santé dans un environnement multinational/interallié.

#### **Conditions de réussite**

- ne pas surcharger/multiplier le nombre de message et définir en commission interalliée un message standard pour chaque type de message à usage interallié ;

- ne pas devoir rédiger deux (2) types de Comptes rendus (nationaux et standardisés en interallié).

- éviter, en opération, de surcharger le système avec des comptes rendus n'ayant qu'une valeur statistique.

- respect de la confidentialité.

- langue commune : anglais

### **Indicateurs d'IOP:**

- langue commune
- simplification des procédures
- éviter la multiplication des procédures en opération.

### **Conclusions:**

- rapprocher et harmoniser les différents comptes rendus nationaux au sein d'une commission appropriée afin d'éviter la rédactions simultanée de comptes rendus nationaux et standardisés interalliés.
- l'ensemble de ses messages à caractère confidentiel médical doit être strictement et exclusivement réservé à la voie technique santé.

### **Voir aussi:**

- Fiche « Les comptes rendus sanitaires du Corps européen ».

## FICHE N°14

### Sujet: FORMATION TECHNIQUE ET ORGANISATIONNELLE COMMUNES

#### But:

Pour obtenir des niveaux de prestations équivalents, établir une formation reconnue par les principaux partenaires dans les domaines particuliers exigés par les crises actuelles et pour toutes les catégories de personnel de la chaîne santé. Eventuellement réalisation de stages communs, d'échanges bi-latéraux.

#### Descriptif:

Actuellement, seule la reconnaissance des diplômes du personnel médical est réellement effective avec nos principaux alliés. La formation reste uniquement nationale et les stages de perfectionnement en particulier en chirurgie ou médecine de guerre sont rares. L'Otan semble l'organisation la plus propice avec l'UEO pour planifier ces stages.

#### Analyse:

##### -Avantages :

- Interopérabilité renforcée
- Confiance mutuelle assurée

##### -Inconvénients : « absentéisme »

#### Propositions:

##### -réalisables :

①. Conformément aux recommandations de l'OTAN ( AC/98-D/ 1272 - VI 146 ) , renforcer à tous les niveaux les cours actuels en médecine d'urgence dans les cinq domaines suivants :

- a. l'identification immédiate et le diagnostic rapide de blessures particulières reçues au combat;
- b. les techniques d'urgence destinées à sauver la vie;
- c. La prévention de l'infection des plaies et brûlures de guerre;
- d. le travail effectué dans un environnement qui est loin de l'environnement idéal, par du personnel équipé dans une ambiance stérile.
- e. le traitement simultané d'un grand nombre de blessés.

A ces domaines purement médicaux, il semblerait opportun d'accroître ou de rafraîchir les connaissances des procédures médico-administratives ( FMA, messages types, etc... ) , de communication radio et ceci pour toutes les catégories de personnels.

②. Enseigner les procédures médico-administratives, de communication radio à toutes les catégories de personnels.

③. Instruire les responsables sur l'organisation des structures internationales.

## FICHE N°15

### Sujet      **ENTRAÎNEMENT COMMUN**

#### But

Programmer des exercices interalliés simulant les conditions existant en temps de guerre ou lors des opérations humanitaires. L'objectif serait à la fois de former, de tester et de valider les modes d'action, les procédures et les moyens.

#### Descriptif

Les exercices conjoints où la chaîne santé est mise en oeuvre restent peu nombreux et au même titre que l'ensemble de la logistique, restent au niveau national pour les bas échelons.

Exercices existant :

- avec l'Otan : Broken body
- trilatéral ( France - Italie - Espagne ) : Tramontana, Mistral.

#### Analyse

-Avantages:

- Meilleure préparation aux opérations conjointes ;
- connaissance mutuelle accrue.

-Coût financier.

#### Propositions

-réalisables:

Les exercices doivent être effectués périodiquement et ressembler le plus possible aux conditions existant sur les théâtres d'opérations.

Conformément aux propositions de l'Otan (AC/98-D/1272 - VI et XI) , on peut se livrer à des exercices à trois niveaux différents :

- un niveau de base impliquant le rassemblement et la familiarisation avec les méthodes et organisation en vigueur en état d'urgence ;
- un niveau intermédiaire impliquant le traitement simulé de documents en cas d'urgence ;
- un niveau supérieur impliquant les vraies dispositions à prendre pour des patients en situation réelle.

D'autre part les grands exercices interalliés ( Otan, UEO, Eurocorps ou bilatéraux) doivent permettre de tester la mise sur pied de la cellule santé de planification en situation de crise telle qu'elle est prévue dans les accords franco-allemands.

Pour tous ces exercices, l'emploi de personnel de réserve est à prévoir dans le cadre de la formation continue de cette catégorie de personnels.

## FICHE N°16

### **Sujet VOLONTARIAT DES APPELES DU CONTINGENT**

#### **But**

Connaître en permanence et avec préavis suffisant la ressource quantitative et qualitative en appelés servant dans le SSA volontaires pour participer à une action extérieure.

#### **Descriptif**

Dans les principaux pays possédant une armée de conscription, la participation de ceux-ci en opération extérieure repose sur un volontariat "au coup par coup" et nécessite la signature d'un contrat de prolongation du service. ( système AVAE + VSL en France. Système équivalent en cours en Allemagne) .

Emplois à tenir : auxiliaires sanitaires, conducteurs de véhicules sanitaires ( VS,VAB), si possible déjà former à son emploi.

#### **Analyse**

##### -Avantages:

Souplesse car l'articulation de la chaîne est changeante suivant chaque opération et donc les besoins en effectifs sont variables.

##### -Inconvénients:

Difficulté de prévision de la ressource.

Manque possible de volontaires, donc nécessité de faire appel à d'autres appelés n'appartenant pas organiquement aux cellules désignées, pouvant entraîner des problèmes de délai et de cohésion.

#### **Propositions**

##### -réalisables:

▪Incorporer en amont ou dès le début du service un maximum de volontaires pour ces emplois et les opérations extérieures.

▪Renforcer la professionnalisation des militaires du rang du service de santé.

-degré de nécessité: Indispensable au fonctionnement de la chaîne santé.

##### -coût financier, humain...:

▪Professionalisation possible mais à prendre en compte avec les besoins globaux des armées .

▪VSL + AVAE possible au moindre coup

#### Conditions de réussite

- Motivation
- Plus d'information pour les futurs appelés ( Centre de sélection - BSN - Cirat )
- Plan de professionnalisation dans le cadre de la loi de programmation.

#### Indicateurs d'IO?

- le problème de la langue est moins crucial à ce niveau.
- niveaux de formation équivalents.
- 

#### Conclusions

Acteurs indispensables au bon fonctionnement de la chaîne santé.

#### Voir aussi

- Fiche « Emploi des réservistes ».

## FICHE N°17

### Sujet: EMPLOI DES RÉSERVISTES

#### But

Obtenir dans les différents emplois et degrés de qualification des personnels de réserve disponibles pour les opérations extérieures.

#### Descriptif

Il existe un grand nombre de réservistes du service de santé dans toutes les armées de conscription. Le service courant nécessitant le maintien sur place d'un grand nombre de personnels, l'emploi de réservistes spécialisés et volontaires pour des opérations extérieures est un palliatif certain. De plus, certaines opérations à caractère humanitaire exigent un nombre de personnel médical beaucoup plus élevé que d'autres opérations plus classiques. L'armée française, dans le cadre du projet Réserves 2000, peut optimiser l'emploi de cette ressource par la signature de contrat personnalisé.

La ressource en médecins de réserves est abondante et il est actuellement possible en France de faire appel pour de courtes durées à des médecins de réserve pour occuper des postes en opération extérieure. ( cadre de complément de réserve )

#### Analyse

##### -Avantages:

Possibilité d'accroître rapidement le nombre de spécialistes disponibles ou d'obtenir pour un délai déterminé des spécialistes que ne possèdent pas les armées.

##### -Inconvénients:

Disponibilité : difficulté pour ces personnels de répondre rapidement en cas de besoin.

Problème de la qualification spécifique en temps de guerre.

#### Propositions

##### -réalisables:

■ Créer un fichier centralisé notifiant les délais de réponse et les disponibilités pré-établis chaque année.

■ Cycles de formation à la médecine de guerre pour toutes les catégories de personnels portant sur les cinq domaines identifiés par l'OTAN ( AC/98-D/1272 - VI 146 ) et détaillés dans la fiche formation commune.

##### -degré de nécessité:

Nécessaire ( et réalisé en France ) pour des opérations humanitaires de grande envergure type Turquoise.

-coût financier, humain...: Emploi à budgétiser dans le budget des réserves.

CID / 2ème promotion: L'interopérabilité des services de santé en opérations.

#### Conditions de réussite:

- Environnement actuel de " l'engouement pour l'action humanitaire " favorable pour créer un vivier. Motivation.
- Précisions des contrats personnalisés (délai de réponse minimum etc...)

#### Indicateurs d'OP:

- Exigence possible de la connaissance d'une langue étrangère (Anglais).
- Accords à réaliser au niveau Otan si possible, des diplômes de médecine de guerre pour toutes les catégories.

#### Conclusions:

- Possibilité nouvelle à explorer et personnalisation à rechercher au maximum.

#### Voir aussi:

- Fiche « Degré de qualification des personnels ».
- Fiche « La formation technique et organisationnelle communes ».

Ligne de conduite du chef définissant les bases nécessaires et suffisantes pour l'accomplissement de l'ensemble de la mission.

### **CONDUITE de la manoeuvre médicale et sanitaire**

Suite de décisions prise par le commandant de la chaîne santé consistant à adapter aux circonstances prévues ou imprévues l'exécution de chaque phase.

### **COOPERATION**

**complémentarité** : Adjonction des différents personnels et matériels à chaque niveau sans recoupement pour constituer un tout à chaque échelon. Caractère permettant la réalisation de la combinaison complète par adjonction d'éléments constitutifs de diverses origines ; et permet d'éviter la juxtaposition .Peut se décliner en :

**spécialisation** : des rôles par fonctions et par échelon

**mixité** : Mélange des personnels et des matériels au sein d'une équipe.

**alternance** : Partage des tâches soit au niveau des différents échelons, soit par module dans certains échelons. Remplacement des équipes armant une même fonction par des nations différentes.

**sectorisation** : Partage des tâches suivant un découpage géographique instituant le rattachement santé d'unités suivant leur localisation à un échelon santé précis, quelque soit sa nationalité.

### **COOPERATION CIVILO-MILITAIRE (CIMIC)**

Toutes activités et mesures entreprises entre les commandants OTAN et les autorités nationales, militaires ou civiles, en temps de paix ou de guerre, qui concernent les relations entre les forces armées alliées et le gouvernement, a population civile ou les agences dans les zones où ces forces sont stationnées, soutenues ou utilisés.

### **DISPONIBILITE**

Qualifie l'état de personnels ou de structures dont on peut disposer suivant certains délais précisés par avance.

Délai dans lequel une unité sera prête à se déployer pour exécuter sa mission type selon les directives du MNC dont elle relève ( MC 400).

### **FLEXIBILITE**

So uplesse, réversibilité d'un concept ou d'une organisation permettant de rapides changements de configuration pour s'adapter aux circonstances.

Principe visant à définir par avance la fonction et les composantes des différentes unités constitutives d'un ensemble jusqu'au niveau minimum de mise en oeuvre. Néologisme qui correspond à l'assemblage de modules. Ce concept d'organisation permet la flexibilité et répond donc à des plans de circonstances, à des besoins variables en moyen, matériel. Configuration d'un dispositif adapté aux besoins.

## **NORMALISATION**

Action de soumettre un article, un matériel à des normes visant à rendre les pièces, voir le matériel entier interchangeables.

## **OPTIMISATION**

Action visant la recherche d'un résultat, d'un rendement, d'une organisation, les meilleurs possibles. Notion d'efficience (résultats/moyens), d'efficacité (résultats/objectifs) au moindre coût.

## **PLANIFICATION de la manoeuvre**

S'appuyant sur des bases les plus proches de la situation réelle, et compte tenu de la situation et des données réelles du moment, il s'agit d'établir une conception de manoeuvre puis de déboucher sur une décision et un ordre d'opération.

## **STANAG**

Standardization Agreement : accord de standardisation . Abréviation réglementaire Otan.

## **STANDARDISATION**

Condition permettant la coopération d'unités interarmées multinationales. Les différents degrés de standardisation sont la compatibilité, l'interopérabilité et l'interchangeabilité.

## **UNICITE de la manoeuvre médicale et sanitaire**

Caractère indivisible de l'ensemble des composantes de la chaîne santé opérationnelle nécessitant un seul commandement, conseiller du chef interarmées.

## BIBLIOGRAPHIE

N°	Titre	Origine	N° de référence	Edition
1	Les Transmissions d'un Hopital Mobile de Campagne	Centre de perfectionnement des cadres d'active et de réserve du service de santé des armées	RF/20/096/N	1994
2.	Instruction sur l'Emploi du Service de Santé des Forces Terrestres en Opérations	Direction Centrale du Service de Santé des Armées - Sous-direction Organisation-Logistique	N° 21407/DEF/EMAT/SOU/SAN/DR à paraître	1982 (modifié en 1989)
3.	La fonction de soutien médical, demain ...	Médecin en chef R. Wey et Médecin général M. Nugeyre		
4.	Le soutien médical et sanitaire des forces françaises engagées dans des opérations de maintien de la paix	Médecin principal Cavallo-Viaminck.	A paraître dans la revue Médecine et Armées.	
5.	Plan de circonstance pour la réalisation en commun par les services de santé des armées français et allemand d'opérations d'aide humanitaire - <b>PROJET</b>			Version rédigée lors du 2ème colloque le 05/07/1994
6.	Arrangement entre le Ministre de la Défense de la République Française et le Ministre Fédéral de la Défense de la République Fédérale d'Allemagne relatif à "La coopération des services de santé des armées français et allemand dans le cadre d'opérations communes effectuées au titre d'aide humanitaire".			30/11/1993
7.	Un nouveau concept de gestion informatisée des évacuations sanitaires	Médecin en chef R. Wey et Médecin principal A. Le Roux		
8.	NATO Logistics Handbook	Senior Nato Logisticians' Conference Secretariat - NATO Headquarters Brussels		Avril 1994
9.	MC 319 - Principes et politique de logistique OTAN	Comité Militaire de l'Atlantique Nord		03 juillet 1992

CID / 2ème promotion: L'interopérabilité des services de santé en opérations.

## BIBLIOGRAPHIE (Suite)

20.	Konzeptionelle Vorgaben für die logistische und sanitätsdienstliche Unterstützung beim Einsatz von Krisenreaktionskräften der Marine	Bundesministerium der Verteidigung	15 mars 1993
21.	"Ein völlig neuer Ansatz"		
22.	EuroCorps - Standing Operating Procedures - Projet N° 70	Truppenpraxis Etat-Major du Corps Européen - Bureau Santé	4/1994 Septembre 1994
23.	Procédures, messagerie		
		T.T.A. 915	

CID / 2ème promotion: L'interopérabilité des services de santé en opérations.