
Chirurgiens des Armées en OPEX : une formation nécessaire de chirurgien généraliste

S FAUCOMPRET, T LEAL, M DELIGNY, C LOUIS

Service de Chirurgie Viscérale
HIA Desgenettes BP 25
69998 LYON ARMEES

Correspondance :
FAUCOMPRET Sylvie
Chirurgie Viscérale
Hôpital d'Instruction des Armées DESGENETTES
108 boulevard PINEL
69003 LYON
sylviepeyre@hotmail.com

Résumé

Lors du soutien aux Forces Armées sur les théâtres d'opérations extérieures, les chirurgiens du Service de Santé des Armées doivent être familiarisés avec les principes de la chirurgie de guerre: mise en œuvre rapide, matériel polyvalent, techniques simples et reproductibles. Ces principes d'exercice impliquent une formation de chirurgien généraliste en traumatologie, mais aussi en urgence digestive, thoracique et vasculaire. A la lumière de l'expérience de quatre chirurgiens de l'Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes de LYON, l'auteur insiste sur l'évidente nécessité de cette formation initiale pluridisciplinaire des Chirurgiens des Armées, et pointe les qualités requises dans cette pratique: capacité d'adaptation des techniques chirurgicales en environnement rustique, maîtrise de matériels de diverses origines, personnel médical multinational, autant de difficultés tout au long de la prise en charge des patients, et que tout chirurgien doit se préparer à rencontrer en mission extérieure.

Mots clés: Service de Santé des Armées / opérations extérieures / chirurgie de guerre / aide humanitaire.

Introduction

A travers l'expérience de quatre Chirurgiens de l'Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes de LYON, le soutien sanitaire en Opération Extérieure, mission première du Chirurgien des Armées est abordé.

La pluralité et la diversité de l'activité chirurgicale en mission justifient la présence conjointe d'un chirurgien viscéraliste et d'un chirurgien orthopédiste, tous deux formés aux urgences et à la traumatologie en chirurgie générale.

Après un rappel de la doctrine du Service de Santé des Armées (SSA) et son positionnement dans le soutien sanitaire international, les moyens d'appliquer cette doctrine en Opération Extérieure (OPEX), sont développés. Des exemples de chirurgie de guerre, qu'il est plus juste de nommer chirurgie de l'avant, illustrent la présentation.

Les niveaux de prise en charge des blessés en OPEX

La permanence des soins assurée au plus près des com-

Abstract

Military surgeons in operations: needs of a basic training and practice as generalist surgeon

As French Military Forces expected to be deployed in operations abroad, surgeons belonging to the Health Department of the French Armed Forces have to complete war-time surgery principles: rapid preparation and use of multi purpose material, simple surgery techniques in a surgical environment with limited capabilities; "easy to learn" surgery techniques in order to facilitate further implementation, either by local or international surgeons.

Those principles of surgery practices imply a wide training in general surgery, in traumatology, but also in visceral, thoracic and vascular emergency.

From the experience of four surgeons of Army Instruction Hospital DESGENETTES of LYON, the author underlines the obvious necessity of an overall initial training, for Armed Forces Military Surgeons, and points out the required qualities for such a practice: adaptability to surgical techniques with limited capacities, knowledge and ability to use a large panel of various medical items and equipments, ability to work within a multinational staff.

Therefore, each Military Surgeon has to be especially prepared to military operations and to face such difficulties while carrying out his primary mission: to take care of patients.

Keywords: Health Department of the French Armed Forces / operations abroad / war-time surgery / humanitarian aid.

bats est la règle de conduite du SSA, proposée déjà par les Chirurgiens de la Grande Armée Napoléonienne.

Ce dogme est illustré par le triptyque de la Médicalisation, de la Réanimation et de la Chirurgie de l'avant, qui préparent aux Evacuations Sanitaires précoces vers les structures hospitalières de la métropole.

L'OTAN répartit en "Rôles" les quatre niveaux de prise en charge d'un blessé sur un théâtre d'opérations extérieures. Le SSA applique cette répartition :

La médicalisation de l'avant est assurée par le Poste de Secours, Rôle 1 qui assure le ramassage, les gestes de premier secours, la mise en condition et l'acheminement vers le Rôle 2.

C'est au niveau du Rôle 2 que se situe l'équipe chirurgicale, déployée soit en Antenne, soit en Groupe Médico

Chirurgical (GMC) aux moyens plus étoffés. Le triage est assuré à mesure de l'arrivée au Rôle 2 ; en cas d'afflux de blessés, le triage est dévolu au Réanimateur ou au Spécialiste le plus expérimenté de l'équipe chirurgicale.

Qu'ils aient ou non été opérés à l'Antenne ou au GMC, les blessés ne doivent pas déborder les capacités réduites de cette structure sanitaire ; leur évacuation vers l'arrière est initiée dès les premières heures de leur prise en charge.

Selon les théâtres d'opération, l'évacuation se fera vers un Hôpital Médico Chirurgical, Rôle 3, ou un Hôpital de l'infrastructure en métropole, Rôle 4 selon la dénomination OTAN : le blessé mis en condition d'évacuation est acheminé par voie hélicoptérée, vers l'aéronef dans lequel une équipe médicalisée mise sur pied à PARIS, l'accompagnera jusqu'en métropole.

Les moyens du SSA en OPEX

Le minimum pour démarrer un chantier opératoire en autonomie totale, requiert six personnes: un Chirurgien Viscéraliste et un Chirurgien Orthopédiste assistés d'un Infirmier de Bloc Opératoire ; un Anesthésiste Réanimateur, assisté de deux Infirmiers Anesthésistes.

Une Antenne chirurgicale, forte de 12 personnes, pourra opérer jusqu'à 6 blessés graves par jour.

Un Groupe Médico Chirurgical, avec 40 personnes, pourra occuper jusqu'à 15 lits, que l'équipe veillera toujours à libérer au plus tôt, en déclenchant dès que possible le processus d'évacuation vers l'arrière.

En OPEX, les chirurgiens et leur équipe sont logés de façon variable: du plus rustique au plus sophistiqué, tout est étudié pour que la mission soit assurée quel que soit l'environnement.

L'avantage principal des installations sous tente est la rapidité de leur mise en œuvre, pour que l'équipe chirurgicale soit opérationnelle en quelques heures. Le bungalow en préfabriqué a fait ses preuves depuis son apparition sur le mont Igman (SARAJEVO) en 1995 ; il équipe depuis progressivement tous les GMC des différents théâtres, en attendant l'Hôpital Médico Chirurgical de nouvelle génération.

La structure en SHELTERS, équipements techniques modulaires, est de loin la plus sophistiquée pour une utilisation en OPEX, et offre des conditions de travail proches de celles de la métropole.

Enfin le SSA peut s'installer sur place, quand la situation s'y prête, dans des locaux réquisitionnés et adaptés, pour une utilisation à long terme.

L'installation en SHELTERS permet d'aménager indépendamment bloc opératoire, salle de réanimation, matériel de stérilisation avec autoclaves. Tous les examens sanguins nécessaires et indispensables y sont réalisés, de même que l'imagerie médicale, bientôt numérisée ; en attendant l'arrivée du scanner dans tous les GMC, la coopération internationale permet d'utiliser les installations des Rôles 3 allemand ou américain.

L'activité chirurgicale en OPEX

Les quatre chirurgiens viscéralistes de l'Hôpital Desgenettes à LYON ont participé, depuis 1995, à 24 missions sur 8 théâtres d'Opérations Extérieures différents. Tout au long de l'année, 1 Chirurgien des Armées sur 5 est en OPEX; c'est, dans les faits et au quotidien, la mission prioritaire du SSA.

Les qualités requises pour exercer en mission se révèlent à l'usage :

- De la souplesse, car le chirurgien qui évolue au sein d'une équipe resserrée doit confronter ses points de vue avec des Confrères étrangers s'il se trouve en coopération internationale, et composer au quotidien avec la présence militaire et son Commandement ;
- Une capacité d'adaptation, nécessaire au confort rustique des conditions de travail ;
- Du sens pratique et du pragmatisme, pour « faire avec ce qu'on a » quand on n'a pas tout sous la main ;
- Une polyvalence technique toujours, en s'enrichissant de l'expérience de l'un ou l'autre chirurgien, pour faire face aux situations inattendues, peu orthodoxes ou jamais décrites.

L'activité chirurgicale en OPEX se distingue par sa diversité :

- Les plaies de guerre, auxquelles le chirurgien se prépare en OPEX en testant régulièrement les plans d'afflux massif (le plan "MASCAL" des anglo-saxons) ;
- La traumatologie routière, du travail, du sport: du temps de paix en somme, car le soldat passe plus de temps à préparer la guerre qu'à la faire ;
- Les brûlures, domestiques essentiellement ;
- Les urgences viscérales, car les militaires et les coopérateurs civils en OPEX, ont entre 20 et 60 ans, et peuvent présenter toutes les pathologies aiguës ou décompensées de cette tranche d'âge ;
- L'Aide Humanitaire enfin, au profit des populations cotoyées.

Les plaies de guerre peuvent être provoquées par des projectiles, par des éclats de grenades ou des munitions bricolées, par toutes sortes de mines. Le gilet pare-balles ne protège pas toutes les parties du corps, et n'est pas endossé en toutes occasions. Contre les mines, il n'y a pas de parade.

Le pronostic d'une plaie de guerre dépend de la rapidité de sa prise en charge dès le premier échelon au Poste de Secours, mais pour que les délais d'arrivée à l'Antenne chirurgicale ne soient pas trop longs, le « scoop and run » des anglo-saxons prévaut parfois.

Il faut souligner enfin la gravité et les difficultés de prise en charge des plaies à deux étages, dans ce contexte de chirurgie de l'avant.

Les plaies par éclats sont souvent spectaculaires, par le poly criblage, l'impotence fonctionnelle induite, le caractère impressionnant des localisations céphaliques. Une fois affirmé le caractère superficiel des lésions, le risque

est infectieux, et il faut traiter, en urgence relative, chaque orifice d'entrée. Ces plaies multiples par éclats ne peuvent être traitées en Antenne qu'en l'absence d'urgence vraie simultanée.

Dans les plaies de mines, tous les degrés de gravité peuvent se voir. La décision d'amputation de régularisation ne fait parfois aucun doute, dans ce contexte de chirurgie de l'avant, et d'afflux de blessés. Dans tous les cas la règle du parage et du drainage reste intangible.

En traumatologie, les grands pourvoyeurs sont les accidents de la voie publique, avec les mêmes facteurs aggravants qu'en pratique civile. Ainsi la traumatologie en mission peut faire appel à des spécialités très éloignées l'une de l'autre, de la chirurgie de la main aux grands poly traumatismes avec lésions viscérales et vasculaires associées aux lésions osseuses.

C'est dans ces situations complexes que la nécessité d'une formation en chirurgie générale prend tout son sens, et que la présence d'aides opératoires, même non médecins, permettra en cas de besoin, de mener un chantier à double équipe.

Le traitement chirurgical d'un brûlé à la phase aiguë, ne peut se concevoir en OPEX que dans une période calme, en dehors de tout afflux massif. Dans les pays en voie de développement la demande est énorme concernant ces brûlés, au stade initial comme à celui des séquelles. Répondre à cette demande est une des manières de venir en aide à ces populations, et de leur offrir notre technicité, nos moyens et notre temps, lorsque les impératifs de la mission nous le permettent.

L'aide humanitaire en OPEX

L'aide humanitaire en mission est une tradition du SSA, mais elle permet aussi de maintenir un seuil d'activité minimale pour les équipes, sans jamais empiéter sur les capacités opérationnelles de la structure.

Les contraintes liées à la mission première du soutien des Forces, doivent être mises en balance avec les intérêts diplomatiques et géo politiques que peut y trouver le Commandement, et surtout les bénéfices évidents de cette aide humanitaire technique : assurer le maintien d'une activité soutenue pour toute l'équipe chirurgicale est le meilleur moyen de se préparer à un afflux de blessés.

Conclusion

Cette particularité de notre profession qui fait de nous des chirurgiens au service des soldats, partout où ils vont, ne permet pas seulement de s'exercer à pratiquer la chirurgie en conditions critiques ; elle permet aussi d'apporter sur place une aide concrète à la population, qui vit parfois dans une misère sanitaire inconcevable à notre époque.

Pour pouvoir exercer leur art dans des conditions parfois atypiques, il est clair que les chirurgiens de l'avant doivent bénéficier d'une formation de chirurgie générale, avant de choisir leur spécialité chirurgicale. Ils pourront ainsi, sur le terrain, partager leur expérience et leur technicité, en binôme complémentaire et indissociable.

Ce sont ces conditions d'exercice particulières qui permettront au Chirurgien des Armées de s'exprimer pleinement en mission, et de donner ainsi tout son sens à la formule « *pro patria et humanitate* », choisie comme devise par le Service de Santé des Armées.

Discussion

Intervention de F Dubois

Lyautey a dit qu'un médecin valait un bataillon !

Trois questions :

- Qui est le chef d'équipe chirurgicale ?
- Existe-t-il des règles de triage en cas d'afflux massif de blessés ?
- Qu'en est-il des « robots ramasseurs » ?

Réponse de S Faucompret

Le chef d'équipe chirurgicale est, par convention, le médecin le plus ancien et le plus expérimenté, qu'il soit chirurgien ou réanimateur. A grade et fonction égaux, c'est en pratique un chirurgien qui mènera l'équipe. Pour le triage, la fonction et l'expérience priment naturellement le grade, c'est souvent le réanimateur qui est désigné à ce poste.

En cas d'afflux massif de blessés, les règles classiques du triage sont appliquées : les urgences absolues P1 doivent être prises en charge dès leur arrivée, que ce soit chirurgicalement ou par des mesures de réanimation préalable ; les urgences relatives P2 (délai de prise en charge de 6 heures) et P3 (délai de prise en charge de 12 heures) sont identifiées et réévaluées régulièrement par l'équipe chirurgicale, en attendant leur traitement. Les urgences dépassées sont sédattées et mises en attente... c'est toute la difficulté et la lourde responsabilité qui incombe au médecin trieur, dont l'expérience en la matière est le meilleur atout.

Les robots ramasseurs ont fait leur apparition il y a quelques années déjà dans l'armée américaine ; le principe (épargner les équipes de ramassage) en est séduisant, notamment pour récupérer des blessés dans un périmètre non sécurisé (champ de mines, ligne de front, guérilla urbaine...). Je ne crois pas que ce concept soit utilisé dans l'ar-

mée française en dehors de prototypes.

Intervention de P Vichard

Il faut opposer la chirurgie d'organe très spécialisée source de progrès, à la chirurgie du service rendu, souvent plus adaptée à l'enseignement de base et aux urgences hospitalières.

L'armée semble hésiter entre la formation généraliste et l'association de nombreux spécialistes sur le terrain.

Les civils ont, dans la réalité (rares urgences collectives et problème quotidien des urgences hospitalières) en face d'eux, les mêmes difficultés et la même problématique.

Ne pensez-vous pas que la formation pour l'urgence doit passer par des services de traumatologie « à l'allemande », c'est-à-dire où les praticiens en formation, orthopédistes au départ, reçoivent une formation telle qu'ils sachent tenir compte des atteintes autres que celles de l'appareil moteur ?

De cette façon, ils sont parfaitement aptes à ouvrir un thorax, un abdomen. Ils peuvent ainsi adapter leur pratique au contexte civil ou militaire, géographique ... Ils peuvent appeler précocement le spécialiste ou intervenir eux-mêmes en cas d'urgence absolue.

Intervention de J Miné

Vous avez insisté sur la nécessité d'une formation généraliste, notamment en matière de chirurgie de guerre. Comment les services de santé étrangers que vous avez côtoyés ont-ils résolu ce problème ?

Réponse de S Faucompret

Entre la solution « riche » des américains qui alignent en mission autant de spécialistes chirurgiens qu'ils estiment nécessaire pour répondre aux besoins de leurs soldats sur le terrain (j'ai vu se côtoyer dans les bases américaines au KOSOVO et en AFGHANISTAN, orthopédistes, chirurgiens vasculaires, chirurgiens thoraciques, gynécologues, neuro chirurgiens, stomatologistes...) et les allemands qui proposent des « traumatologues », sensés répondre à toutes les situations d'urgence osseuse ou viscérale, le Service de Santé a choisi de toujours envoyer ensemble en OPEX deux spécialistes, un orthopédiste et un viscéraliste, mais dont la force est d'avoir suivi tous deux une formation de chirurgie générale pendant leur cursus, validée par un DES. C'est cette position que j'ai voulu développer et mettre en valeur dans mon exposé, car j'en ai vérifié maintes fois l'efficacité et l'adéquation à la grande majorité des situations d'urgence.