

Action humanitaire et Service de Santé des Armées : Expérience d'une antenne chirurgicale en Jordanie sur la frontière syrienne

Humanitarian Surgery and Military Health Service: the Experience of a Forward Surgical Team in Jordan

N Mocellin, E Hornez, X Bajard, S Legoudeveze, C Charpail, D Ollat

Hôpital d'Instruction des Armées Percy - 101 avenue Henri Barbusse - 92140 Clamart.

Mots clés

- ◆ Service de santé
- ◆ Mission humanitaire
- ◆ Blessure de guerre
- ◆ Coopération civilo-militaire

Résumé

En août 2012, le ministère des affaires étrangères a confié au Service de Santé des Armées (SSA) une mission d'assistance aux victimes de la guerre en Syrie.

Cette opération était intégrée dans le vaste dispositif prenant en charge les réfugiés Syriens en Jordanie, rassemblant organisations non gouvernementales (ONG) et agences des nations Unies. La participation française comportait une antenne chirurgicale, désignée pour la prise en charge des blessés immédiatement à leur arrivée en Jordanie, dans le camp de réfugiés de Zaatari, à 10 km de la Syrie.

Pendant trois mois, une de ces équipes chirurgicales a reçu 134 blessés, dont 89 ont été opérés. Cent neuf actes pour traumatologie des membres et 12 concernant le tronc ou des plaies vasculaires ont été réalisés. Les blessés récents, sommairement conditionnés, nécessitaient des gestes de stabilisation primaire, voire de contrôle lésionnel avant transfert vers des hôpitaux publics ou privés en Jordanie. Ceci représente le paradigme de l'antenne chirurgicale. Les blessés plus anciens pouvaient généralement être confiés à l'organisation du camp après quelques jours passés dans nos tentes. Des coopérations ont dû être développées dans le domaine de l'obstétrique, pour la gestion des flux de blessés et pour participer modestement au système sanitaire carencé d'un camp en croissance rapide. L'attribution au SSA de cette mission humanitaire a été contestée. Ainsi, certaines considérations éthiques méritent d'être abordées.

Finalement, nous pensons que cette expérience illustre la capacité du SSA de réaliser une mission répondant aux critères de l'action humanitaire.

Keywords

- ◆ Army's health service
- ◆ Humanitarian mission
- ◆ War wounds
- ◆ Civilo-militarian cooperation

Abstract

In August 2012, the French foreign department missioned the French army to provide humanitarian support to the victims of the Syrian war by the mean of a forward surgical hospital.

The mission took place in a large humanitarian deployment of united nation's agencies and (non-governmental organizations) NGO's set in the refugees camp of Za'tari, north of Jordan.

From 2012 oct 26 to 2013 jan 19 one surgical team received 134 woundeds of whom 89 have been operated. Recent woundeds, arriving grossly conditioned, needed in some cases damage control surgery before transfer toward governmental or private Jordan hospitals. Non emergent or benign woundeds were usually able to go out in the refugees camp after a few days hospitalization in our tents. Cooperation has been developed with NGO's or (united nations high commissioner for refugees) UNHCR, concerning obstetrics, management of the refugee's flow or a modest participation to the health system of this underequipped and continuously growing camp. Controversies about the attribution of this humanitarian mission to the army's health service have incited to tackle ethical considerations. In conclusion, this experience shows the ability of the French military health service to accomplish a humanitarian mission.

Au début du mois d'août 2012 une mission inhabituelle a été confiée au Service de Santé des Armées, procédant de la volonté du gouvernement de porter assistance aux victimes de la guerre en Syrie ainsi qu'à l'Etat jordanien, qui commençait à recevoir un important flux de réfugiés Syriens. Fin juillet, une réunion interministérielle a retenu le format d'un petit groupe médico-chirurgical militaire centré sur une antenne chirurgicale et complété par une structure gynécologique qui a été confiée à l'organisation non gouvernementale (ONG) Gynécologie Sans Frontière (GSF).

Le positionnement de cette participation française, rassemblant environ 80 personnes, a été décidé par les autorités jordaniennes, au sein d'un camp de réfugiés qui commençait à être installé dans une plaine désertique à côté du village de Zaatari, situé à 10 km de la frontière avec la Syrie (fig.1). Ce camp, codirigé par le ministère de la santé jordanien et le Haut-Commissariat aux Réfugiés (HCR), rassemblait les principales agences de l'ONU, diverses ONG dont les plus importantes provenaient des pays du Golfe, ainsi qu'un hôpital de campagne de l'armée marocaine, seule structure à assurer une

Correspondance :

Dr Nicolas Mocellin

Hôpital d'Instruction des Armées Percy - 101 avenue Henri Barbusse - 92140 Clamart.

E-mail : mocellin.nicolas@gmail.com

permanence médicale dans le camp, et qui recevait, début 2013, jusqu'à 1 000 consultants par jour. L'arrivée des réfugiés se faisait selon leurs possibilités de traverser la frontière : de 100 réfugiés par nuit en octobre à plus de 1 000 à partir du mois de décembre, le flux dépendant du contrôle de la frontière jordano-syrienne par l'Armée Syrienne Libre (ASL, opposant au régime Assad). L'armée gouvernementale syrienne s'efforçait d'empêcher le passage de cette frontière par une population qui était habituellement très défavorable à l'Etat de Bachar al Assad. Outre cette irrégularité du flux de blessés, la rapide croissance du camp, qui est passé de quelques milliers de réfugiés en août à 25 000 en octobre, 50 000 en janvier 2013 puis plus de 100 000 en mars 2013, a été l'autre facteur déterminant de la mission (fig.2, fig.3).

L'expérience rapportée ici est celle de la seconde équipe chirurgicale, qui a relevé l'équipe initiale arrivée le 8 août 2012, et dont la mission s'est déroulée du 24 octobre 2012 au 19 janvier 2013.

Matériel et méthode

Moyens sanitaires français

La mission consistait en la prise en charge de blessés des combats en Syrie, qu'ils soient civils ou combattants, dans le cadre d'une antenne chirurgicale renforcée par deux infirmiers, deux aides-soignants et un manipulateur radio (17 personnes en tout). Une équipe médicale avec un médecin généraliste, un épidémiologiste et un psychiatre, ainsi qu'une équipe de logistique dirigée par un pharmacien, complétaient ce groupe médico-chirurgical de 30 personnes. Environ 50 personnels de l'Armée de Terre assuraient la sécurité et le soutien de ce petit camp français sous tentes, clôturé par un simple grillage (fig.4), qui abritait également les deux gynécologues et deux sages-femmes de GSF (fig.5), et placé à l'entrée du camp de réfugiés, à côté de l'hôpital de campagne marocain, dans la zone des implantations logistiques et humanitaires. Les moyens légers de l'antenne permettaient la prise en charge d'une ou deux urgences vitales hémorragiques par 24 heures (fig.6, fig.7, fig.8). Un transfert rapide était nécessaire pour éviter la saturation des 17 lits d'hospitalisation, ou bien l'épuisement des fournitures, en particulier de la dotation en produits anesthésiques, rapidement consommés par un seul blessé lourd. La pratique transfusionnelle était dictée par un impératif inhabituel dans l'expérience du Service de Santé des Armées français : l'interdiction par les autorités sanitaires jordaniennes de transfuser du sang de donneur non jordanien. Ainsi, la banque de sang de l'antenne est restée inemployée, et il a fallu faire appel à du sang jordanien.

Organisation de la prise en charge des blessés

A leur arrivée aux points de passage de la frontière, les réfugiés étaient regroupés, sommairement triés et conditionnés par le Service de santé militaire jordanien qui ensuite les évacuait vers l'une des quatre structures désignées pour leur prise en charge ultérieure : Le King Abdullah University Hospital (KAUA), qui est une structure hospitalo-universitaire privée dans la grande ville d'Irbid, à 40 km de Zaatari ; l'hôpital local de la petite ville de Mafraq, à 10 km de Zaatari, qui fournissait par ailleurs les concentrés globulaires ; l'antenne chirurgicale française et l'HMC marocain du camp de Zaatari. La place attribuée à l'antenne chirurgicale dans le système sanitaire mis en place pour les réfugiés Syriens correspondait au rôle 2 de l'organisation de type OTAN.

L'organisation des évacuations secondaires, initialement mise en place par le ministère de la santé jordanien, consistait en un système de guichet unique assuré par l'ONG Jordan Health



Figure 1 : Plaine de Zaatari.



Figure 2 : Camp en août 2012.



Figure 3 : Camp en janvier 2013.



Figure 4 : Entrée du camp.

Aid Society (JHAS), qui disposait de deux solutions pour transférer les blessés qui ne pouvaient pas sortir directement dans le camp : D'une part un petit hôpital à une quarantaine de kilomètres, appartenant au JHAS et réservé pour les blessés Syriens. Cet établissement ne disposait pas de scanner ni de



Figure 5 : Tentes GSF.



Figure 6 : Antenne chirurgicale.



Figure 7 : Entrée du bloc opératoire.



Figure 8 : Surveillance post-opératoire.

soins intensifs. D'autre part, le KAUH, pour les blessés devant être transférés dans une structure complète, mais cela nécessitait une entente financière préalable entre cet hôpital privé et l'ONG jordannienne. De plus, celle-ci manquait de moyens d'évacuation pour les blessés lourds ou potentiellement instables. Peu de temps après notre arrivée, l'évacuation de ces blessés est devenue encore plus problématique, avec le refus définitif du JHAS de transférer au KAUH, pour des raisons financières.

Relations avec les autres intervenants

Le croissant rouge qatari et l'hôpital islamique d'Amman

Après avoir connu quelques difficultés de transfert en début de mission, nous avons été contactés par le représentant d'une ONG inconnue, qui nous proposait la prise en charge secondaire des blessés graves. Nous avons ainsi découvert l'existence de réseaux et circuits d'information transfrontaliers, que la guerre en Syrie avait suscitée. Pour notre cas il s'agissait d'un réseau médical dont les dirigeants opérationnels étaient des médecins Syriens, et dont le responsable logistique était un membre Jordano-palestinien du Croissant Rouge jordannien, qui disposait d'un financement important du Croissant rouge qatari, lui permettant de louer des services hospitaliers complets dans un établissement à but non lucratif d'Amman, appelé l'Hôpital Islamique. Une excellente coopération s'est rapidement développée avec ce réseau qui avait une grande motivation pour traiter les blessés Syriens, tout en disposant de l'ensemble des compétences nécessaires pour les cas graves. Cette coopération est restée informelle, non prévue par les autorités du camp. Elle a nécessité de longs moments de discussion et explications avec la police du camp, dont la mission était de limiter strictement les sorties de réfugiés (fig.9).

Médecins Sans Frontière (MSF)

La coopération avec l'hôpital islamique avait une limite : Les traumatismes ostéo-articulaires graves nécessitant bilan infectieux, suivi au long cours, possible antibiothérapie prolon-

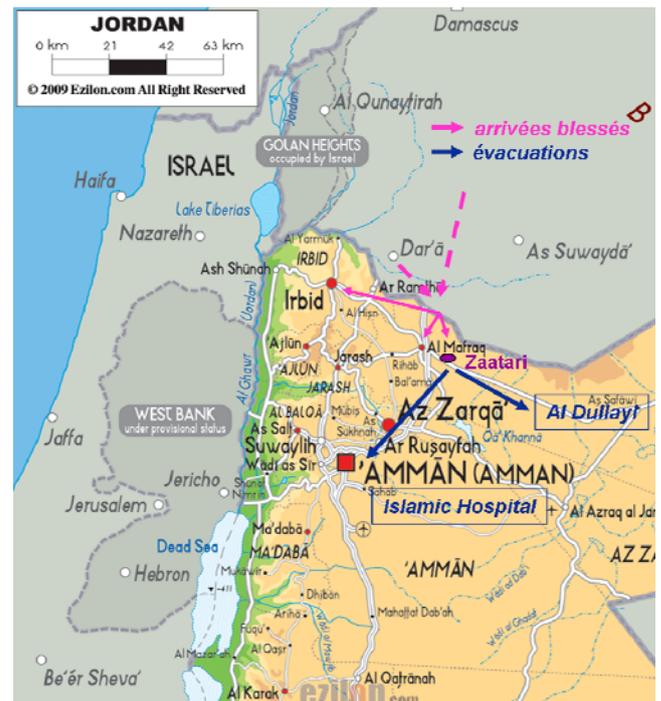


Figure 9 : Flux des blessés.



Figure 10 : Jambe à l'arrivée.



Figure 11 : Radio jambe arrivée.



Figure 12 : Jambe reprise exofixation.

gée, et interventions itératives reconstructrices dans un but de préservation de membre (fig. 9,10,11,12). Le chef du détachement du Service de Santé nous a alors orientés vers l'hôpital de MSF à Amman, structure spécialisée et possédant une grande expérience dans la chirurgie réparatrice des membres.

Le HCR (Haut-commissariat pour les réfugiés)

Les relations avec les responsables du HCR se sont établies à partir de services réciproques. Nous avons besoin d'une prise en charge à caractère social pour les patients dits vulnérables



Figure 13 : Conditions de vie des réfugiés.

que nous devons faire sortir dans le camp : Les mineurs isolés, les enfants, ceux dont l'état nécessitait un meilleur hébergement que les légères et fragiles tentes posées en urgence au mois d'août et qui offraient une protection insuffisante lors des épisodes froids et neigeux de cet hiver exceptionnellement rigoureux (fig.13). Ainsi, nous avons mis à disposition du HCR un lit d'hospitalisation temporaire, dans la mesure de notre disponibilité, pour ce type de patient vulnérable, en attente d'une place en structures préfabriquées. Nous avons également mis en place une petite consultation d'orthopédie pour la centaine de Syriens identifiés comme porteurs de séquelles ou d'affections chroniques des membres nécessitant un avis spécialisé.

L'hôpital de campagne marocain

Les relations avec l'équipe médico-chirurgicale marocaine, favorisées par le grand sens de l'hospitalité des marocains et une culture commune aux deux services de santé, ont permis des échanges de bons procédés, dont nous avons été globalement bénéficiaires : le recours au laboratoire marocain a été utile pour certains blessés, de même que les avis spécialisés, essentiellement pour les lésions de la tête, mais aussi pour un cas psychiatrique.

Gynécologie Sans Frontières

L'évolution de la situation obstétricale dans le camp a imposé une coopération avec l'hôpital marocain et GSF. A notre arrivée, la prise en charge des grossesses dans le camp était répartie entre les 2 gynécologues et 2 sages-femmes de GSF, et le gynécologue de l'hôpital marocain, qui était seul, sans sage-femme, mais entouré de 2 anesthésistes, 2 pédiatres, avec 2 salles d'intervention. En 2 mois, l'augmentation rapide du peuplement du camp a abouti à un fort accroissement des besoins de GSF en disponibilité du bloc pour césarienne, curetage, œuf clair etc.: Il y eut 2 demandes en novembre, 7 en décembre, et 4 pour la seule première semaine de janvier. Ces interventions étaient réalisées par l'obstétricien, à l'antenne. En décembre, il est devenu clair que l'acceptation systématique de ces urgences obstétricales allait nous mettre en situation de ne pas pouvoir assurer la mission au profit des blessés Syriens, faute de disponibilité matérielle et humaine. De plus, l'absence de moyen et de compétence en réanimation néonatale exposait l'anesthésiste à des situations potentiellement intenable. Parallèlement, le gynécologue marocain était devenu surchargé par les suivis de grossesse et les accouchements qu'il réalisait seul. Sortir de cette situation, délicate pour chaque équipe, a nécessité un certain temps de concertation. Sur proposition du chef de mission de GSF, une répartition des activités a été organisée: prise en charge par GSF, qui s'était entre-temps renforcé par 2 sages-femmes supplémentaires, des suivis de grossesse et accouchements simples que le gynécologue marocain ne pouvait assurer. En

échange, l'hôpital marocain acceptait d'héberger les gynécologues de GSF pour les urgences obstétricales anticipées. A l'antenne chirurgicale revenaient les urgences obstétricales non anticipées, beaucoup moins fréquentes.

Résultats

Au cours des trois mois de mission, 139 patients ont été admis, dont huit pour convalescence, et 13 pour GSF. L'âge moyen était de 24,9 +/- 11,5 ans, les extrêmes étant de 2 et 75 ans. 16 % des blessés avaient déjà été opérés en Syrie, et 14,3 % avait des lésions datant de plus d'une semaine. Les plaies par balles et par éclats représentaient 97 % des blessures. Quarante-neuf blessures (83 %) concernaient les membres (tableau I). Quinze patients ont bénéficié d'un fixateur externe, deux d'un changement de fixateur inadéquat, un a été amputé. Quatorze blessés l'étaient à l'abdomen (11 %), 10 au thorax (8 %), la plupart d'entre eux étant arrivés avec un drain efficace, neuf (7 %) présentaient des lésions d'organes multiples associant membre, lésion abdominale ou thoracique ou artérielle (tableau II). Un seul blessé a présenté une plaie exclusivement vasculaire (artère et veine fémorales). La durée moyenne de séjour a été de 3,14 jours pour les blessés et convalescents. Les patientes de GSF étaient admises pour la journée, brancardées habituellement par les légionnaires, retournant dans la tente de GSF quelques heures après l'intervention.

La mortalité a été d'une personne, dont nous avons appris le décès quelques jours après son transfert à Amman. Il s'agissait d'un homme de 55 ans, blessé aux deux membres inférieurs, arrivé exsangue et épuisé.

Discussion

Les expériences antérieures de mission à caractère humanitaire du Service de Santé des Armées, que ce soit dans un contexte de conflit armé où la France était plus ou moins partie prenante, comme au Kurdistan Irakien en 1992 et au Rwanda en 1994 ou, plus fréquemment lors de catastrophes naturelles (Haïti, Timor Oriental, Turquie, Pakistan etc.), ont eu lieu dans des contextes à chaque fois différents, avec des moyens et des organisations sanitaires spécifiques, ce qui rend toute comparaison impossible.

Sur le plan chirurgical, nous retenons deux spécificités de cette mission : D'une part la capacité transfusionnelle qui provenait d'une banque du sang jordanienne, celle de l'hôpital de Mafrqa. La mise à disposition de culots globulaires a été constante, marquant la volonté de nos correspondants jordaniens, qui après nous avoir fait bon accueil, se sont efforcés de faciliter notre activité. Les communications nécessaires à un acheminement rapide du sang ont été assurées grâce à l'investissement total des interprètes jordaniens de l'antenne chirurgicale dans la prise en charge des blessés.

D'autre part, la difficulté à convaincre les blessés de la nécessité d'amputer. La perte de membre était particulièrement difficile à accepter dans cette population syrienne, alors que les conditions de la mission excluaient a priori des conservations de membres trop compromis. Tous les blessés avec une indication claire d'amputation ont refusé celle-ci, quittant l'antenne avec un fixateur sur un membre condamné. La seule amputation a été une régularisation d'amputation traumatique.

L'évaluation de l'action humanitaire ne fait pas, à ce jour, l'objet de standards généralisables. Récemment, l'équipe américaine de Waller a proposé un outil d'évaluation des missions de médecine humanitaire militaire, déclinant un certain nombre de critères et de conditions à remplir ou à évaluer avant, pendant, et au décours de la mission (1). Welling et al. ont énoncé « les sept péchés capitaux » (2), pièges à éviter pour respecter une éthique de l'action humanitaire : Un ni-

Age	24,9 (2-75)	
Sexe	Homme	116 (83 %)
	Femme	24 (dont 13 obstétrique)
Urgence	Immédiate	43 (45 %)
	Différée	32 (34 %)
Chirurgie programmée	20 (21 %)	
Chirurgie primaire en Syrie	20 (16 %)	

Tableau I : Activité générale.

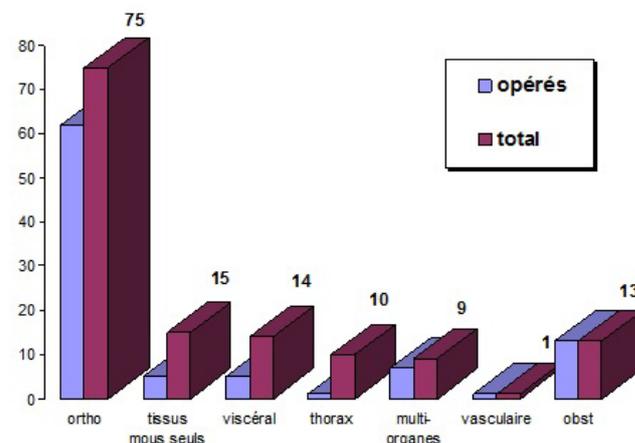


Tableau II : Répartition selon les organes atteints.

veau technique de l'aide inadapté aux moyens locaux ; une chirurgie pouvant générer des complications que l'on ne pourra pas gérer ; une action concurrente des autres intervenants (ONG, agences internationales, états, etc.) ; l'incapacité d'assumer le suivi nécessaire ; faire du mauvais humanitaire pour des motivations politiques ; faire de bonnes actions pour de mauvaises raisons.

L'engagement du service de santé des armées dans une mission humanitaire peut être mise en cause par certains. Dans les premiers jours du déploiement du groupe médico-chirurgical, une ONG a réagi par un communiqué de presse souhaitant rappeler que « l'action humanitaire n'est pas un instrument de résolution des conflits » (3). L'ONG s'est dite inquiète du risque de confusion entre militaire et humanitaire, et soulignait « que l'aide humanitaire ne peut en aucun cas être instrumentalisée à des fins politiques ou militaires ». Il ne semble pas que la légitimité d'un gouvernement de pays démocratique à mener une action humanitaire en général, soit mise en cause par qui que ce soit. Ce qui est en cause, c'est l'attribution d'une telle action à un service gouvernemental, et à l'armée en particulier. Le statut militaire de notre intervention ne doit pas masquer l'essentiel : Cette mission était sous contrôle étroit et permanent de l'autorité politique française, qui fait par ailleurs le choix de financer de nombreuses ONG humanitaires.

Le choix du Service de Santé des Armées s'est imposé faute d'une autre organisation capable de mettre en place en peu de temps une structure opérationnelle pour traiter des blessés de guerre. En ce qui concerne le principe de non-instrumentalisation à des fins politiques, il mériterait peut-être d'être nuancé en fonction de ces fins elles-mêmes.

D'autre part, certains considèrent que l'emploi du terme « humanitaire » doit être réservé à ceux qui travaillent « indépendamment des parties en guerre, de manière impartiale, fondée uniquement sur les besoins », dans le cadre d'ONG « politiquement neutres » (4). En réalité, ce principe de neutralité, développé par la Croix Rouge depuis la bataille de Solferino, a un double fondement : Une raison éthique, la non-discrimination des blessés ; et une raison pratique : Il est la condition de l'accès de l'aide humanitaire à tous... sur le champ de bataille. Ces préoccupations n'ont pas toujours lieu

d'être dans les situations humanitaires et en particulier dans l'expérience que nous rapportons. Par ailleurs, la neutralité n'est pas en soi une condition de l'action humanitaire, comme en attestent de nombreux exemples historiques. Ainsi les « french doctors » de l'Afghanistan des années 80, ou bien les structures humanitaires clandestines actuelles sur le territoire syrien, qui ont clairement choisi un parti. Il est utile également de s'entendre sur la signification du terme humanitaire : Il peut représenter un statut, que l'on définit comme incompatible avec celui de militaire. Il peut également qualifier une action, qu'il reste à apprécier pour elle-même et selon ses intentions.

Conclusion

La mission Tamour a permis de vérifier la pertinence et l'adaptation du modèle de l'antenne chirurgicale du Service de Santé des Armées dans une organisation sanitaire de conflit armé. Elle a constitué une ouverture exceptionnelle à l'univers humanitaire de crise, dans lequel les résultats nous ont semblé tenir autant aux volontés de coopération entre les personnes sur le terrain qu'à l'organisation préprogrammée de structures institutionnelles.

Références

1. Waller SG, Ward JB, Montalvo M, Cunliffe C, Beadling C, Riley K. A new paradigm for military humanitarian medical operations: mission-generic metrics. *Mil Med.* 2011;176:845-51.
2. Welling DR, Ryan JM, Burris DG, Rich NM. Seven sins of humanitarian medicine. *World J Surg.* 2010;34:466-70.
3. <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Communique-de-presse/A-I-International/Syrie>.
4. Broughton M. Humanitarian propaganda. *Lancet.* 2003;361:1472.