

Une partie de la force morale du combattant dépend de l'assurance que lui apporte aujourd'hui le Service de santé de se voir rapidement pris en charge et évacué en cas de blessure. Quelles contraintes nouvelles apporterait un combat de haute intensité ? Le MGI (2s) Raymond WEY s'attache ici à identifier les attendus qu'impliqueraient, à doctrine de soutien respectée, une dégradation de l'environnement dans l'espace ou dans le temps de la chaîne des secours.

Depuis la chute du Mur de Berlin, la France n'a cessé d'engager des forces sur des théâtres particulièrement hétérogènes et pour des missions fort éloignées de l'engagement traditionnel envisagé alors en Centre-Europe. Elle a adapté son outil de Défense à ce qui semblait au Politique le plus à même, avec des budgets contraints, de maintenir la place qu'elle occupe dans le concert des Nations.

Le Service de Santé des Armées (SSA) a donc dû assumer sa part d'efforts d'une transformation dictée par des scénarii d'emploi nouveaux et des contraintes financières inédites. Il a donc adapté sa doctrine d'emploi aux formes d'engagement, aux missions qui lui sont confiées, et surtout à l'épidémiologie moderne des blessures de guerre. Malgré les aléas, le SSA a effectué cette mutation avec la volonté farouche d'intégrer à ses capacités les immenses avancées techniques et technologiques récentes qui ouvrent de nouveaux horizons à l'optimisation de la prise en charge des blessés. Sans oublier les exigences sociologiques, scientifiques et éthiques qui s'imposent sur le plan international dans la prise en charge des blessés de guerre.

Voici qu'aujourd'hui un nouveau champ de réflexion s'ouvre avec la résurgence devenue crédible de tensions interétatiques pouvant conduire à des domaines de conflictualité nouveaux, voire à un conflit de haute intensité. « *L'incertitude marque notre époque* », affirmait le général DE GAULLE... en rappelant récemment ces mots, le général, chef d'état-major de l'armée de terre souligne combien cette incertitude rend délicate et difficile une réflexion prospective sur les guerres de demain.

Par essence, la guerre est protéiforme. Pourtant quelle qu'en soit la nature, elle est, comme l'affirmait SUN TZU, le « *domaine de la vie et de la mort.* » La guerre tue. Chaque soldat le sait et aucun belligérant potentiel ne l'ignore lors de ses prises de risques. En France, pour l'heure, combattants et Nation acceptent cette éventualité suprême. Mais ce consentement présuppose une adhésion aux enjeux et une force morale qui impliquent que la mort au combat n'est pas toujours évitable, compte tenu des lésions subies par le blessé, celles-ci pouvant être au-delà de toute ressource de soins.

Actuellement, en garantissant le soutien en tout lieu à leurs camarades de combat, en maîtrisant les techniques médicales et chirurgicales de pointe, chaque personnel du SSA sait que tel est l'enjeu de son action. Il a été formé pour cela ; il dispose des moyens pour réussir ; il est intégré dans une chaîne militaire et médicale nationale ou parfois multinationale à l'efficacité éprouvée. L'ennemi qui fait de lui une cible de choix ne s'y trompe pas. Mais dans l'hypothèse de la résurgence d'un engagement de haute intensité que deviendrait cette efficacité, qui se base aussi sur une évidente centralité décisionnelle et sur un rapport de force

favorable ?

Ce soutien ne sera plus celui du XX^e siècle

Calibrer au niveau stratégique et tactique les moyens indispensables au soutien médical d'un engagement de haute intensité ne saurait entrer dans nos propos. Une telle définition, comme celle des moyens à concevoir, implique, comme lors de chaque réflexion de planification, d'en connaître, au minimum, un certain nombre de paramètres déterminants. Ainsi qu'en est-il du cadre espace-temps à considérer, du volume des forces à soutenir, des modes d'action envisagés, de la nature des agents vulnérants, conventionnels ou non, pouvant être employés par l'ennemi, du taux de perte admissible par le commandement...

L'organisation et les moyens du soutien médical d'un engagement de ce type — qui s'inscrirait, au plus raisonnable, à horizon du moyen terme — ne peut être que le résultat d'un travail d'état-major interarmées. Les spécialistes des techniques de logistique sanitaire du Service y constituent d'ailleurs l'interface indispensable entre nos experts des domaines techniques, aux premiers rangs desquels se situent les médecins des forces, les anesthésistes-réanimateurs, les chirurgiens, les psychiatres, et les officiers en charge de la conception des soutiens. Trop de variables sont à considérer pour imaginer les différentes situations potentielles, si ce n'est de choisir la pire : celle qui, tout en imposant un combat de haute intensité, n'impliquerait cependant pas une échéance nucléaire.

Pour autant, même un tel synopsis d'un combat infra-nucléaire ne serait en rien comparable aux hypothèses d'emploi qui prévalaient avant la fin des années 1980. Dès lors, il est tout à fait évident que les solutions à élaborer et à mettre en œuvre ne sauraient être une simple adaptation de ce que furent celles, tous moyens réunis, alors en vigueur. Elles se caractérisaient par l'échelonnement des moyens répartis en un ramassage lent et peu médicalisé, un triage « *répartiteur* », effectuant le choix entre une prise en charge chirurgicale pour les plus urgents des blessés ou l'évacuation des autres principalement par voie de surface. Il y avait là une forme de gestion des hospitalisations sur le théâtre des opérations.

Désormais, aucun retour en arrière n'est envisageable dans la mise en œuvre des principes adoptés aujourd'hui pour un soutien médical de qualité dû aux soldats. Ce serait d'ailleurs une régression et une fausse assurance.

Ces principes sont et devront rester le fondement de toute planification : secourir au plus vite sur les lieux du combat, sauver la vie, voire la fonction, par la mise en œuvre des gestes médicaux essentiels, soigner dans les conditions les plus efficaces possibles, incluant naturellement à ces soins les évacuations sanitaires sous contrôle médical.

Sauvetage au combat, médicalisation comme réanimation et *chirurgicalisation* de l'avant, voire de l'extrême-avant, le plus tôt après la blessure, parfois au plus près des combats, resteront les armes permettant de se battre contre les morts évitables.

Pourtant, dans l'hypothèse la plus difficile, une limite majeure risque d'apparaître : l'impossibilité, au moins transitoire, de bénéficier de la maîtrise aérienne et par voie de

conséquence de la liberté de réaliser les évacuations sanitaires intra-théâtre ou à longue distance, et en retour le ravitaillement sanitaire. Par ailleurs, lorsque la continuité territoriale existe, les évacuations par voie ferrée ont montré leurs limites au cours de l'épidémie de SARS CoV 2 en raison de la nature même des vecteurs modernes. Reste la voie maritime qui conserverait probablement toute sa pertinence lorsqu'elle serait possible, si tant est que, comme la France, tout adversaire potentiel fasse le choix du respect du droit humanitaire international. Dans le cas contraire, que resterait-il de l'acceptabilité par une Nation occidentale de pertes conséquentes, confrontée à la volonté de s'imposer par les armes, coûte que coûte, d'une autre Nation, sans limite éthique ou au référentiel moral ou religieux étranger au nôtre ?

La question de l'éthique médicale ne se poserait-elle pas également entrant en conflit, au moins théoriquement, avec cette négation de l'éthique de la guerre : soins aux prisonniers, aux populations civiles, aux soldats adverses ? Éventuellement, la question du triage médico-chirurgical ne devrait-elle pas être réexaminée ?

Une nécessité nouvelle : la subsidiarité... « le terrain et le temps commandent »

À l'évidence, un engagement de haute intensité impliquera inéluctablement une alliance... L'interopérabilité déjà largement prônée dans de nombreux domaines deviendra alors une nécessité, voire même un impératif. En effet, gérer, en appliquant nos standards ou sous notre direction, des hospitalisations en bordure de théâtre avec des Nations partenaires ou alliées, permettrait de sauver des vies et de retrouver le temps indispensable avant de poursuivre les soins à nos blessés dans nos formations de l'infrastructure française. Le SSA français devra être encore plus « *collaboratif, voire intégrateur* » qu'aujourd'hui, en mesure de mutualiser ou de s'adapter aux capacités de partenaires éventuellement moins traditionnels qu'il nous est habituel.

En matière d'interopérabilité sanitaire, l'Europe a tout pour être exemplaire. S'il est un domaine où la mutualisation des moyens militaires, voire civils, et même leur intégration – qui s'est déjà parfois réalisée – devrait pouvoir s'effectuer sans réticence, c'est bien celui-ci ! À petite échelle, cela a été démontré également au cours de la pandémie de Covid-19 entre la France et l'Allemagne. L'exemple de collaboration multinationale médicale et chirurgicale le plus parlant est celui de l'engagement en Afghanistan, dont chacun mesure encore l'efficacité 10 ans après la période la plus meurtrière de ce conflit.

L'Europe ne doit pas rester une idée que l'on caresse ou une zone de marché préférentiel. Passer à la dimension supérieure est un enjeu d'une autre nature ! Une telle évolution ne se ferait pas uniquement par la seule volonté politique et par la participation épisodique à des entraînements communs – certes indispensables toutes deux – mais surtout en faisant appel chez les professionnels de santé à une totale adhésion à tout ce qui les relie, et certainement, à une formation de tous les intervenants, parfaitement homogène... Peut-on, face au danger potentiel, mais bien réel, rêver d'un corps de santé militaire européen, même partiel,

éventuellement en n'y faisant participer que des Nations suffisamment pées d'humanisme pour être les acteurs d'une telle expérience ?

Réduire la nécessaire subsidiarité à ce seul niveau stratégique serait une erreur, car elle devrait trouver sa juste place sur le théâtre entre les différents niveaux du soutien médical. En effet, le ralentissement du flux des évacuations doit faire envisager de permettre à un niveau N-1 d'accueillir en renfort temporaire des capacités mobiles du niveau N, humaines aussi bien que techniques, certes réduites au strict nécessaire. L'exemple serait celui d'équipes chirurgicales extrêmement mobiles et légères, capables d'aller loin à l'avant, porter un coup de poing chirurgical, éventuellement par la route, pour y opérer un blessé instable et le ramener vers une structure plus robuste avant son évacuation définitive. Ceci permettrait localement d'être en mesure d'assumer pendant un temps le plus limité possible des actes normalement assurés par le niveau supérieur. L'introduction dans l'organisation médicale opérationnelle d'une telle agilité, implique et donc présuppose que la chaîne de commandement « *santé* » opérationnelle ait été modelée à ce changement de paradigme et donc que la formation des chefs, comme les habitudes prises dans les structures du temps normal, les aient préparés à cet état d'esprit. Voilà qui impliquerait également, à la base, une proximité précisément entretenue avec les forces soutenues et leur commandement, gage d'une confiance réciproque indispensable.

Sauver la vie d'un soldat blessé au combat est un impératif cardinal. Il doit mobiliser des moyens techniques suffisants, même coûteux, et des personnels en nombre suffisant dans l'éventualité où la France se trouverait partie prenante d'un engagement de haute intensité. Ces personnels de santé doivent être formés et entraînés en permanence aux conditions extrêmes qui seront celles des situations, conventionnelles ou non, qu'ils rencontreront alors. Rien ne s'improvise dans ce domaine, même si, pour un personnel du Service de santé des armées, un conflit de haute intensité est déjà celui qui l'amène à toucher aux limites des moyens et du temps dont il dispose, limites qui sont celles du corps humain souvent, celles de la guerre elle-même parfois, le restreignant dans sa capacité d'assurer les soins de sa responsabilité. La récente pandémie a démontré à l'envi cette réalité.

