

***BULLETIN OFFICIEL DES ARMEES***



**Edition Chronologique**

PARTIE PERMANENTE  
Marine nationale

**INSTRUCTION N° 172/DEF/EMM/OPL/DPE**  
relative au soutien sanitaire des forces navales en opérations.

*Du 1er septembre 2003*

**INSTRUCTION N° 172/DEF/EMM/OPL/DPE relative au soutien sanitaire des forces navales en opérations.**

*Du 1<sup>er</sup> septembre 2003*

NOR D E F B 0 3 5 2 1 8 4 J

---

*Références :*

- a). Instruction n° 788/DEF/EMA/EMP/1/-- du 9 juillet 1997 (n.i. BO).
- b). Instruction n° 12/DEF/EMA/OL/5 du 5 janvier 1999 (n.i. BO).
- c). Doctrine interarmées du commandement en opération n° 2000/DEF/EMA/EMP/1/-- du 5 juillet 2001 (n.i. BO).
- d). Doctrine interarmées d'emploi des forces en opération n° 1000/DEF/EMA/EMP/1/-- de septembre 2002.
- e). Concept d'emploi des forces aéro-maritimes, juin 2002.
- f). Concept national des opérations amphibies n° 314/DEF/EMA/EMP/1/-- du 31 mars 2003 (n.i. BO).

*Classement dans l'édition méthodique : BOEM 140.6.*

*Référence de publication : BOC, 2003, p. 6287.*

---

**Préambule.**

Les forces aéro-maritimes contribuent à la maîtrise des quatre grandes fonctions stratégiques définies par le livre blanc de la défense de 1994 et sur lesquelles repose la politique de sécurité et de défense de la France : la dissuasion, la protection, la prévention et la projection.

Pour remplir ces objectifs, les forces aéro-maritimes mènent des missions de présence, de sauvegarde, de maîtrise de l'espace maritime de projection de force et de projection de puissance.

Dans le cadre de ces actions, la marine doit assurer le soutien sanitaire de ses unités et des éléments embarqués des autres armées.

Assurer le soutien sanitaire d'une opération implique de mettre en œuvre et d'entretenir sur le théâtre, pendant toute la durée de l'opération, les moyens nécessaires à la prise en charge des blessés et des malades.

La présente instruction constitue l'application du concept interarmées du soutien sanitaire des forces en opérations au concept d'emploi des forces aéro-maritimes.

Elle précise les principes, les moyens et les modalités de planification et de conduite du soutien sanitaire des forces navales en opérations.

Elle exclut le soutien particulier aux sous-marins nucléaires lanceurs d'engins (*SNLE*).

Le soutien médical d'éléments à terre des autres armées ou d'éléments extérieurs peut être planifié, il n'est pas l'objet de cette instruction.

**1. OBJECTIFS DU SOUTIEN MÉDICAL.**

Le soutien sanitaire des forces navales (hors *SNLE*) en opérations a pour objectifs :

- de sauver les vies humaines ;
- de limiter les séquelles potentielles des blessures et des maladies organiques ou psychologiques ;
- de contribuer à l'entretien du moral des marins, en leur assurant un suivi médical permanent et en leur donnant l'assurance d'être secouru le plus rapidement possible ;
- de prescrire les mesures préventives et curatives adaptées aux risques particuliers envisagés et notamment des risques environnementaux ;
- d'assurer le ravitaillement sanitaire et le maintien en condition du matériel médical.

## 2. PRINCIPES.

Le concept du soutien sanitaire national, défini par l'instruction de première référence, est fondé sur les principes fondamentaux suivants :

- la médicalisation et la réanimation-chirurgicalisation de l'avant qui impliquent de porter au plus près des combattants le maximum de moyens mobiles, performants et adaptés aux conditions de l'engagement ;
- la systématisation des évacuations sanitaires précoces vers les hôpitaux de traitement définitif. La voie aérienne est privilégiée, même si elle ne représente pas l'unique mode d'évacuation envisageable.

L'application de ces principes aux forces navales en opérations implique la mise en œuvre et l'entretien jusqu'au retour au port base des moyens nécessaires, et cela quelle que soit la nature des opérations, afin d'assurer quatre niveaux de prise en charge :

- le niveau 1 qui consiste en la relève et la pratique de la médecine d'urgence dès les premières étapes de la prise en charge du blessé. Ce rôle est assuré par les postes de secours médicalisés des bâtiments ;
- le niveau 2 qui correspond aux évacuations tactiques des blessés et la surgicalisation-réanimation de sauvetage qui permet de pratiquer rapidement les gestes chirurgicaux nécessaires à la survie et à la limitation des séquelles fonctionnelles avant leurs évacuations secondaires éventuelles ;
- le niveau 3, qui correspond au traitement proprement dit des blessés sur le théâtre ;
- le niveau 4 qui consiste à réaliser les évacuations stratégiques puis le traitement définitif en principe sur le territoire national.

## 3. MOYENS DE SOUTIEN SANITAIRE.

Le chef du dispositif du soutien santé de l'opération dispose des moyens médicaux embarqués sur les bâtiments de la force. Ces moyens sont :

- soit organiques, présents dès le temps de paix ;
- soit de renfort et embarqués pour les temps de crise, en provenance des commandements organiques de la marine ou des moyens organiques du service de santé des armées.

Ils permettent la prise en charge initiale, le traitement initial ou définitif, l'hospitalisation, le transport et les évacuations précoces des blessés ou des malades.

### 3.1. Moyens et capacités permanents.

Les services médicaux embarqués doivent répondre à un certain niveau d'exigence d'entraînement dans le domaine du soutien médical.

L'acquisition de la qualification opérationnelle « santé » des équipes médicales est le résultat d'un processus constitué de stades de mise en condition élémentaire et opérationnelle.

#### **3.1.1. Service médical d'unité (soutien médical de niveau 1).**

Le médecin major d'un bâtiment de la marine nationale est chef du service hygiène et santé. Ses qualités de médecin et d'expert en facteurs humains lui permettent d'avoir des relations privilégiées directes avec le commandant.

En l'absence de médecin, l'officier en second est le chef du service hygiène et santé et l'infirmier major est le chef de secteur hygiène et santé.

Le chef du service hygiène et santé est chargé de s'assurer de la disponibilité de l'ensemble des équipements médicaux et de mettre en œuvre un ou plusieurs postes de secours.

Le contrat opérationnel fixe l'autonomie des services médicaux d'unité en ravitaillement sanitaire à 90 jours.

#### **3.1.2. Installations médicochirurgicales de niveau 2.**

Un certain nombre de gros bâtiments [porte-avions, transport de chalands de débarquement (*TCD*) de type F, ...] disposent d'installations médicochirurgicales adaptées à leurs missions qui permettent d'assurer un soutien de niveau 2, c'est-à-dire un triage médicochirurgical et une chirurgicalisation de l'avant pour un traitement initial ou définitif des blessés de la zone d'opérations.

Ces installations sont maintenues en condition en temps de paix par l'équipe médicale du bâtiment. Sur ordre de l'autorité organique, leur montée en puissance est réalisée par le service médical du bord, les moyens organiques étant complétés par une mission médicale embarquée et par des dotations spécialisées de type *DS* 2, prévues pour un potentiel de trente interventions sous anesthésie générale.

#### **3.1.3. Installations médicochirurgicales de niveau 3.**

Si nécessaire, le soutien de niveau 3 est susceptible d'être réalisé à bord des *TCD* de type F chaque fois que les évacuations stratégiques précoces ne sont pas possibles.

Compte tenu des missions qui leur seront dévolues, les futurs bâtiments de projection et de commandement (*BPC*) type Mistral, dont la première livraison est prévue en 2005, sont optimisés pour assurer de façon prolongée un soutien médical de niveau 3.

La composition de la mission médicale embarquée et de la dotation de niveau 3 des *BPC* ainsi que les modalités du maintien en condition opérationnelle des équipements médicaux sont en cours de définition.

### **3.2. Missions médicales embarquées.**

#### **3.2.1. Élément chirurgical embarqué.**

Élément organique de la force d'action navale, l'élément chirurgical embarqué (*ECE*) est constitué d'une équipe chirurgicale en mesure :

- d'assurer dans les limites de ses capacités le soutien chirurgical d'un groupe aéronaval lors des déploiements pour des opérations extérieures ou des exercices majeurs ;
- de participer au soutien sanitaire de niveau 2 d'un groupe amphibie : en fonction du taux de pertes retenu et de la durée prévisible d'hospitalisation des blessés en attente d'évacuations secondaires, il

devra être renforcé de moyens médicaux et chirurgicaux complémentaires planifiés et désignées par la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) ;

- de participer à une opération humanitaire.

### **3.2.2. Mission médicale de niveau 3 embarquée.**

Rédaction réservée.

### **3.2.3. Cellule médico-psychologique.**

Conformément aux directives en vigueur, une cellule médico-psychologique, dimensionnée à la demande, peut être embarquée au sein d'une force navale.

Selon le cas, elle comprend du personnel relevant de la direction du personnel militaire de la marine ou de la DCSSA.

Les missions de telles cellules sont de deux ordres :

- le soutien psychologique des équipages lors d'un déploiement de longue durée afin de prévenir les troubles de désadaptation et de fatigue psychologique chronique ;
- la prise en charge de situations d'urgences psychiatriques post-traumatiques.

### **3.2.4. Autres personnels de renfort.**

Selon le cas, divers personnels médicaux et paramédicaux (pharmacien, dentiste, kinésithérapeute, technicien en matériel médical...) peuvent être embarqués, en renfort provenant soit de la force d'action navale (FAN) soit des moyens organiques de la DCSSA.

Des personnels médicaux et paramédicaux de réserve, sous engagement spécial dans la réserve (ESR), sont susceptibles d'embarquer sur des bâtiments en opération, en renfort ou en relève du personnel d'active.

Enfin, en fonction de la planification, les missions médicales embarquées peuvent être composées de personnels médicaux et paramédicaux provenant de plusieurs nations.

## **4. PLANIFICATION.**

### **4.1. Stratégique.**

Dans un cadre national, la conception et la planification du soutien médical sont réalisées par le centre de planification et de conduite des opérations (CPCO), sur proposition d'un concept général de soutien sanitaire par la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA).

Réalisée en concertation avec l'état-major de la marine (EMM) pour la partie navale, la planification tient compte des impératifs du soutien des forces navales participant à l'opération mais aussi des éléments des autres armées embarqués.

Cette remarque est particulièrement importante dans le cas des opérations amphibies au cours desquelles les bâtiments engagés peuvent être amenés à assurer le soutien médical de niveau 2 et 3 de la totalité de l'opération depuis la phase de prépositionnement stratégique ou de projection jusqu'à la fin de l'opération.

### **4.2. Opératif.**

Le paragraphe santé du plan d'opération est rédigé par le chef santé du PC de force sur les indications et les recommandations de la DCSSA, s'agissant de la chaîne santé nationale.

En cas de soutien sanitaire assuré dans un cadre multinational (participation d'un pays d'accueil, soutien d'une autre nation par les moyens de la force, missions médicales embarquées multinationales), des protocoles et des arrangements techniques sont rédigés pour définir le détail des clauses juridiques et financières des soutiens.

#### **4.3. Tactique.**

La planification du niveau tactique est du ressort de la force d'action navale dont la chefferie du service de santé définit les moyens nécessaires pour chacune des unités concernées, prépare la mise en œuvre du soutien sanitaire et participe à la rédaction des ordres nécessaires.

### **5. CONDUITE DU SOUTIEN SANITAIRE.**

#### **5.1. Principes.**

La mise en œuvre du soutien sanitaire est une responsabilité nationale quel que soit le cadre d'emploi. Elle peut être strictement nationale ou bien s'intégrer à une organisation multinationale.

Complet d'emblée, le soutien sanitaire doit être continu dans le temps et l'espace. Il doit concilier les impératifs d'ordre technique et les nécessités d'ordre militaire. Il ne se limite pas au traitement des blessés et malades mais comprend également la prévention de risques infectieux ou liés à l'environnement. En fonction de la durée des missions, il peut comprendre le contrôle de l'aptitude spécifique de certains personnels.

Il s'étend aux équipages, aux détachements embarqués de la marine et à l'ensemble des personnels des forces armées pendant leur présence à bord. Selon la planification, il peut comprendre le soutien d'unités à terre.

Dans ce dernier cas, deux options sont envisageables :

- option 1 : le soutien est une mission secondaire, dans laquelle la marine met les capacités éventuellement disponibles à la disposition des forces à terre. L'organisation et la conduite du soutien sanitaire restent celles qui sont définies dans cette instruction ;
- option 2 : le soutien de forces ou d'éléments de forces extérieurs est la mission principale des moyens maritimes. L'organisation et la conduite du soutien sanitaire obéissent aux structures sanitaires interarmées mises en place pour cette opération de circonstance.

Dans le cas des opérations amphibies, quelle que soit la phase, la continuité de la chaîne médicale doit être assurée sur le théâtre. En outre, l'autonomie logistique de dix jours retenue pour ce type d'opération peut rendre impossible la réalisation initiale des évacuations sanitaires précoces.

La conduite du soutien sanitaire impose de disposer de moyens de transmissions permettant des échanges d'informations médicales (télémédecine) et médico-administratives entre les différents acteurs de la chaîne médicale.

#### **5.2. Responsabilités.**

Pour chaque opération, un chef santé de force navale est désigné par l'amiral commandant la force d'action navale sur proposition du chef du service de santé de la force d'action navale. Si nécessaire, un renfort peut être demandé à la DCSSA.

Le commandement de la force navale est responsable de la mise en œuvre et la conduite du soutien sanitaire jusqu'à la préparation des évacuations sanitaires (EVASAN) stratégiques. A cet effet, il dispose, au sein de son état-major, du chef santé qui lui est directement subordonné et qui a l'emploi des services médicaux d'unité et des éléments de renfort embarqués.

Ce médecin doit être en mesure :

- de conseiller le commandant de la force dans les domaines de la santé et du facteur humain ;
- de préparer les décisions de commandement dans le domaine hygiène et santé ;
- de rédiger les directives techniques pour les moyens santé qui lui sont subordonnés ;
- de participer à la conception et à la rédaction des chapitres santé des ordres d'opérations concernant les moyens santé qui lui sont techniquement subordonnés ;
- de coordonner le déploiement et l'action des différents moyens du soutien santé ;
- de provoquer et de suivre les relèves de personnels santé, en liaison, selon le cas avec le chef santé de la force (niveau opératif), la chefferie du service de santé (CSS) *FAN* et la *DCSSA* ;
- de suivre la disponibilité des matériels et le niveau des ressources ;
- d'exprimer les besoins de transports médicalisés ;
- de participer aux travaux des synthèses logistiques ;
- de rédiger un rapport de fin de mission et de tirer les enseignements au plan santé de l'opération permettant d'en assurer le retour d'expérience.

Les personnels organiques et de renfort du service de santé de la force navale lui sont techniquement subordonnés.

Le chef de santé de la force navale s'intègre dans la chaîne technique santé de l'opération. Dans le cas de l'embarquement d'un PC de niveau opératif, le commandant de la force dispose d'un chef santé qui a la responsabilité de l'emploi des moyens sanitaires de l'ensemble de la force. Le chef santé de la force navale lui est alors techniquement subordonné.

### **5.3. Mise en œuvre du soutien sanitaire.**

#### **5.3.1. Avant l'engagement.**

##### *5.3.1.1. Évaluation de la situation sanitaire de la zone d'opérations.*

La compilation des guides du port actualisés permet la tenue à jour des infrastructures hospitalières terrestres étrangères ainsi que les infrastructures aéroportuaires pour les *EVASAN* et le ravitaillement sanitaire.

Les départements et services d'épidémiologie et de santé publique du service de santé des armées fournissent les renseignements actualisés sur la situation épidémiologique des zones d'opérations.

Le travail de planification permet, en outre, de connaître les capacités du soutien interarmées allié et des nations hôtes.

##### *5.3.1.2. Mise en condition sanitaire.*

Les équipages doivent être médicalement aptes à remplir la mission, quelle que soit sa durée. Cette mise en condition comprend la vérification de l'état bucco-dentaire et les vaccinations.

Les éléments des autres armées embarqués doivent être médicalement aptes à la mission et en possession, au minimum, de leur livret médical réduit et de leurs certificats internationaux de vaccination.

#### **5.3.2. Pendant l'engagement.**

La conduite du soutien sanitaire pendant l'engagement impose des adaptations qui font l'objet soit d'ordres de conduite proposés au commandant de la force par le chef santé de la force, soit d'une modification de l'ordre administratif et logistique lorsqu'elles intéressent l'économie générale du soutien sanitaire des actions futures.

#### *5.3.2.1. La mise en œuvre des soins médicaux courants.*

Les actes de médecine générale et les soins courants, y compris dentaires, continuent à être assurés.

#### *5.3.2.2. La prise en charge des blessés.*

La prise en charge des blessés comporte toujours la relève, le conditionnement médical primaire, le triage médicochirurgical, le traitement et les évacuations sanitaires.

##### *La relève.*

La relève consiste à pratiquer les premiers secours et les premiers soins, qui ont pour but d'assurer la survie et d'éviter l'aggravation des lésions, et à permettre le transport du patient à bord vers le service médical ou un poste de secours.

Cette phase est d'autant plus importante que le transport à bord des bâtiments est long et pénible, pour les équipes de brancardage, et traumatisant pour les blessés.

##### *Le conditionnement médical primaire.*

Le conditionnement médical primaire est assuré par l'équipe médicale du bâtiment pour permettre l'évacuation vers une formation de traitement si les conditions le permettent et dans la limite des autorisations accordées par l'échelon supérieur. Un premier triage des blessés est réalisé à ce stade par les médecins embarqués.

##### *Le triage médicochirurgical et le traitement.*

Ils sont réalisés sur les bâtiments disposant de moyens chirurgicaux après, si nécessaire, évacuation tactique depuis les bâtiments n'en disposant pas.

Le triage médicochirurgical consiste à réaliser :

- le bilan des lésions et des fonctions vitales ;
- l'évaluation des délais admissibles avant la mise en œuvre d'un traitement chirurgical et/ou des gestes thérapeutiques de réanimation lourde et prolongée ;
- la catégorisation qui définit les priorités de traitement ou d'évacuation et l'orientation vers la formation de traitement adaptée à l'état des blessés ;
- la mise en condition d'évacuation.

En fonction de la mission, des moyens médicaux embarqués et des possibilités de réalisation des évacuations sanitaires stratégiques précoces, le traitement proprement dit du blessé peut être réalisé à bord.

Les moyens de traitement engagés doivent permettre la prise en charge de tous les blessés pour lesquels le délai préopératoire et des circonstances opérationnelles n'autorisent pas une évacuation à longue distance.

##### *Les évacuations sanitaires (EVASAN).*

Les évacuations sanitaires sont des transferts de blessés ou de malades, entre formations de prise en charge thérapeutique, effectués sous surveillance médicale ou paramédicale, après une mise en condition adaptée au moyen de transport retenu. Ce sont des actes médicaux à part entière dont l'initiative et la responsabilité



technique appartiennent au médecin. Elles impliquent que soit assurée en permanence leur régulation afin d'en garantir l'efficacité.

Les évacuations sanitaires tactiques sont réalisées par voie maritime ou aérienne d'un bâtiment à l'autre, d'un bâtiment vers un hôpital ou vers une formation sanitaire de campagne à terre ou d'une formation sanitaire de campagne à terre vers un bâtiment disposant de moyens hospitaliers.

Les évacuations sanitaires stratégiques sont réalisées à partir du théâtre d'opérations vers la métropole ou une zone prédéterminée à distance du théâtre.

En attente de la maîtrise d'une plate-forme aérienne, notamment dans le cas des opérations amphibies, les évacuations sanitaires stratégiques peuvent devoir être différées de plusieurs jours, imposant le maintien à bord des malades et blessés. Cet élément doit être pris en compte, dès la planification, pour dimensionner les moyens sanitaires embarqués.

#### *5.3.2.3. L'hygiène et la sécurité en opération.*

Il appartient au chef santé de la force et à chaque médecin major de prêter leur concours à la démarche hygiène et sécurité en opération (*HSO*) et de noter toute information susceptible de contribuer à l'identification des risques auxquels ont été exposés les différents personnels embarqués.

#### *5.3.2.4. Le ravitaillement et l'approvisionnement sanitaires.*

Le ravitaillement et l'approvisionnement sanitaires concernent les matériels sanitaires, les médicaments, les gaz médicaux et les produits d'origine humaine.

Les différents bâtiments expriment leurs besoins auprès du chef de santé de la force qui, selon le cas, les fait réaliser à partir du lot de recombplètement maritime, embarqué sur bâtiment de commandement et de ravitaillement (*BCR*), d'une section de ravitaillement sanitaire implantée sur le théâtre ou depuis la métropole (*DCSSA*).

Dans le cas d'embarquement de formations médicochirurgicales de niveau 2 ou 3, le ravitaillement sanitaire fait l'objet d'une planification prenant en compte une estimation des activités chirurgicales. Dans ce cadre, la planification du ravitaillement en sang, du fait de la durée limitée d'utilisation de ce produit biologique et de son importance pour l'activité chirurgicale, doit faire l'objet d'une attention particulière.

Enfin, la gestion des déchets d'activité de soins, compte tenu de son importance logistique, doit faire l'objet d'un suivi spécifique.

#### *5.3.2.5. Les opérations de maintenance des matériels.*

Le haut niveau technique des matériels médicaux embarqués, tout particulièrement sur les bâtiments disposant d'installations chirurgicales, impose une maintenance qui peut nécessiter l'embarquement d'équipes spécialisées en renfort pour tout ou partie de la mission.

### *5.3.3. Après l'engagement.*

#### *5.3.3.1. Suivi médico-administratif du personnel.*

Le médecin major de chaque bâtiment s'assure du suivi médical et médico-administratif individuel des marins embarqués au regard des risques environnementaux rencontrés pendant l'opération.

#### *5.3.3.2. Analyse du retour d'expérience.*

Les différents responsables du service de santé de la force (médecins majors, chefs de missions médicales embarquées, ...) fournissent au chef santé de la force les éléments lui permettant de tirer les enseignements

dans tous les domaines du soutien médical qui sont colligés dans son rapport de fin de mission rédigé, selon les dispositions en vigueur, au profit de la chefferie santé de la force d'action navale et de la *DCSSA*, et de faire des propositions d'amélioration. Ce retour d'expérience fait l'objet d'une exploitation et d'un suivi par les deux destinataires.

Pour la ministre de la défense et par délégation :

*Le vice-amiral d'escadre major général de la marine,*

Alain OUDOT DE DAINVILLE.