

Service de Santé des Armées et Marine nationale au XXI^e siècle

Michel Groud (1) (Bx 77),
Médecin général inspecteur

Introduction

La Marine nationale, dans la dynamique des Armées initiée depuis quelques années, remonte en puissance et affiche de nouvelles ambitions stratégiques imposées par le contexte géopolitique.

Le Service de Santé des Armées (SSA) doit adapter son format à ces ambitions. Il a obtenu en 2018-2019 une stabilisation de ses effectifs, mettant fin à une spirale déflationniste, et met en place les outils d'une remontée en puissance progressive.

- Le soutien de l'activité opérationnelle de la Marine :

Il est organisé autour de 2 chefferies de forces maritimes : Force d'Action Navale (FAN) et Forces Sous-Marines (FSM) et 1 chefferie des Forces Spéciales (FS) qui soutient les commandos marine. Créées au 1^{er} avril 2016 dans le cadre de la transformation de la médecine des forces du modèle SSA 2020, ces chefferies voient leur organisation et leur fonctionnement précisés dans une instruction bi-timbre Marine/SSA du 19 avril 2017 :

- N° 650 /DEF/EMM/ORG/NP ;
- N°506428 /DEF/DCSSA/PC/ORG/NP.

- Chefferie de Force Maritime :

C'est une formation administrative organique du SSA placée pour emploi auprès de l'Amiral commandant la force et commandée par un médecin issu de la force, le Chef du Service de Santé de la Force (CSS), conseiller technique de l'Amiral, dans les domaines de l'hygiène, de la santé et du facteur humain.



Le Service de Santé de la Force d'Action Navale

Il est organisé autour d'un protocole de soutien entre la Marine (ALFAN) et le SSA (CSS) et comprend :

- 1 chefferie ;
- 2 adjoints organiques à Toulon et à Brest ;
- 2 Services Médicaux (SM FAN) à terre (Brest et Toulon) ;
- 73 Services Médicaux Embarqués (SME).

Soit :

- 191 personnels SSA + 4 origine Marine (par protocole) ;

- 49 médecins dont 28 médecin embarqués et 3 médecins GPD ;
- 134 infirmiers dont 47 infirmiers embarqués isolés ;
- 8 personnels civils ;
- 39 réservistes opérationnels : praticiens (MED DENT)/MITHA.

Mais encore :

49 médecins :

- dont 46 projetables : les médecins des services médicaux de la FAN à terre sont organisés en « pools » de médecins projetables à la demande ;
- 2 médecins (adjoints organiques) soclés (CSS ADJ Toulon + CSS ADJ Brest) et le CSS qui n'ont pas vocation à naviguer ;
- 13 médecins affectés aux SM FAN ;
- 1 médecin chargé de l'entraînement et des opérations ;
- 1 médecin CEPHISMER ;
- 31 médecins embarqués :
 - Toulon : 8 SM FAN + 1 PC + 1 CEPHISMER + 15 bâtiments = 25,
 - Brest/Cherbourg : 5 SM FAN + 8 bâtiments = 13,
 - OM : 8 bâtiments.

112 infirmiers dont 109 projetables :

- 3 infirmiers PC/soclés (TLN + BST) ;
- 87 embarqués (42 isolés + 45 binômes med) + 20 SM FAN + 2 CEPHISMER :
 - Toulon : 11 SM FAN + 2 CEPHISMER + 38 bâtiments = 51,
 - Brest/Cherbourg : 9 SM FAN + 29 bâtiments = 38,
 - OM : 20 bâtiments.

Soutien des personnels état-major et bâtiments sans médecin (2 200).

Les bâtiments outre-mer :

- 16 bâtiments dont 4 à double équipage (28 personnels : 8 MED + 20 IDE) :
 - 5 bâtiments à La Réunion dont 2 à double équipage :
 - * 3 infirmiers isolés + 4 binômes IDE + MED.
 - 3 bâtiments en Polynésie française dont 1 à double équipage :
 - * 3 infirmiers isolés + 1 binôme IDE + MED.
 - 4 bâtiments en Nouvelle-Calédonie dont 1 à double équipage :
 - * 4 infirmiers isolés + 1 binôme IDE + MED.
 - 2 bâtiments aux Antilles (en attente B2M Dumont d'Urville double équipage) :
 - * 2 binômes IDE + MED.
 - 2 bâtiments en Guyane :
 - * 2 infirmiers isolés.

Les services médicaux embarqués :

Ils sont dirigés par un médecin placé sous l'autorité du commandant ou par l'officier en second, chef du Service « hygiène et santé » en l'absence de médecin.

1/3 des bâtiments ont un médecin + un ou des infirmier(s), 1/3 sont armés par un infirmier, 1/3 sont dépourvus de personnel médical ou paramédical.

Missions

- Préparer l'équipage à ses missions et le soutenir.
- Participer dans son domaine aux missions de son bâtiment.
- Participer à la vie à bord.

(1) Inspecteur du Service de Santé pour la Marine et la Gendarmerie nationale.

- Veiller à l'entretien des locaux, équipements, matériels fixes ou mobiles, produits de santé fonction de l'EAM bâtiments (état d'allocation en matériels).

Les exigences du milieu naval

- Engagement personnel.
- Mobilité et disponibilité opérationnelle forte.
- Intégration essentielle au sein de l'équipe.
- Compétence technique médicale indispensable du binôme médecin/infirmier.
- Isolement géographique et niveau de risque industriel élevé.
- Instabilité physique du cadre de travail.

Des enjeux Ressources Humaines

Nos jeunes camarades rechignent à naviguer :

- l'embarquement est moins valorisant et valorisé que les OPEX ;
- 200 jours de mer/an en moyenne est un facteur dissuasif et usant ; moins il y a de volontaires, plus ceux qui restent naviguent ;
- l'isolement, le confinement rebutent ;
- l'instabilité du lieu de vie et de travail sont plus ou moins supportés dans la durée.

La Force Océanique Stratégique

Rien de très nouveau dans cet environnement sinon des équipements modernisés, à commencer par les sous-marins eux-mêmes. Les progrès techniques, la miniaturisation, ont permis de projeter à bord des bâtiments de surface et sous-marins des moyens anciennement réservés à l'hôpital : automates de biologie, appareils d'imagerie notamment, moins encombrants et plus performants.

Les avancées

La flotte a évolué, s'est modernisée, nous sommes très loin des aviso-escorteurs et autres escorteurs d'escadre de nos jeunes années. Même les frégates furtives type Lafayette commencent à être considérées comme anciennes. En parallèle, la médecine embarquée a bénéficié d'avancées, tant techniques que procédurales.

Techniques

Les bâtiments de projection et de commandement (slides 13 à 19) apportent une capacité médico-chirurgicale jamais connue jusque-là, des possibilités d'imagerie (scanner), de biologie, sans compter le porte-avions qui, bien que déjà vieillissant, est doté de capacités chirurgicales pointues améliorées à chaque Indisponibilité Pour Entretien (IPER), on peut y opérer sous coelioscopie désormais. Ces bâtiments sont bien sûr, tous dotés de capacités d'évacuation hélicoptères lourdes.

La diffusion de l'échographie à bord des bâtiments médicalisés en fait un outil diagnostique de base.

La télémédecine

Le développement de la télémédecine, vieux serpent de mer, arrive enfin, grâce au laboratoire expérimental que sont les forces spéciales sous forme de valises de télémédecine actuellement en déploiement expérimental. Il s'agit avant tout de rompre l'isolement des bâtiments sans médecins et des médecins eux-mêmes en leur permettant d'obtenir des avis spécialisés.

Plusieurs obstacles ne sont pas encore surmontés :

- La transmission de données médicales, l'imagerie en particulier, représente un flux de données important qu'il faut prendre sur la bande passante opérationnelle (Syracuse).
- La protection des données médicales : bien que transmises sur des réseaux militaires protégés, ces données doivent être isolées du reste du flux et seulement consultables par du personnel habilité.
- Ces données doivent être hébergées sur des serveurs dédiés.
- Une voire des astreintes à terre, hospitalières spécialisées en particulier, doivent être mises en place.

Le développement du sauvetage au combat à bord des bâtiments

Jusqu'à il y a peu, médecin et infirmiers se faisaient seconder, au poste de combat, par des brancardiers hâtivement formés au secourisme, pris sur les disponibles du service commissariat (cuisiniers, commis, administratifs). L'instabilité géopolitique du monde nous oblige à envisager un retour à des affrontements de « haute intensité ». Un bâtiment au poste de combat est cloisonné par tranches afin de préserver sa flottabilité en cas d'impact, or, il y a beaucoup plus de tranches que de personnels médicaux ou paramédicaux. L'idée est de former au sauvetage au combat suffisamment de Marins voire l'ensemble de l'équipage afin qu'il y ait dans chaque tranche un ou des personnels en mesure de prodiguer des premiers soins, des gestes de resuscitation. S'inspirant de ce qui se pratique dans l'Armée de terre, l'ambition est de délivrer largement une formation au sauvetage au combat de premier niveau et de façon plus ciblée une formation au sauvetage au combat de niveau 2. Chaque Marin serait doté d'une trousse individuelle, à l'image de la trousse individuelle du combattant. Chaque sauveteur de niveau 2 serait doté d'une trousse plus conséquente.

C'est un gros chantier qui se met en place dans lequel le rôle de la Marine est crucial, elle doit pourvoir en moyens et imprimer une dynamique.

Conclusion

Le Service de Santé des Armées s'efforce, avec les moyens qui lui sont alloués, d'être au rendez-vous avec la Marine du combat de demain. Les contraintes de la médecine embarquée n'ont guère changé mais les progrès techniques permettent de projeter des capacités techniques accrues. La multiplication des bâtiments lourds dotés de moyens chirurgicaux importants assure une présence à la mer de ces moyens, sinon permanente, au moins plus fréquente.