



Assemblée européenne de sécurité et de défense
Assemblée de l'Union de l'Europe occidentale

DOCUMENT A/2076

16 juin 2010

CINQUANTE-HUITIÈME SESSION

La coopération médicale entre les forces armées
européennes

RAPPORT

présenté au nom de la Commission de défense par
Mme Tuija Nurmi, rapporteure (Finlande, Groupe PPE/DC)

CINQUANTE-HUITIÈME SESSION

La coopération médicale entre les forces armées
européennes

RAPPORT

présenté au nom de la Commission de défense par
Mme Tuija Nurmi, rapporteure (Finlande, Groupe PPE/DC)

Rapport transmis au Président du Conseil de l'UEO ; au Secrétaire général de l'UEO ; au Président du Conseil de l'Union européenne ; au Haut Représentant de l'Union pour les affaires étrangères et la politique de sécurité ; au Président de la Commission européenne ; à la Commissaire européenne chargée des relations institutionnelles et de la stratégie de communication ; aux Présidents des parlements nationaux et aux Présidents des Commissions des affaires étrangères, de la défense et des affaires européennes des 39 pays représentés au sein de l'Assemblée ; aux Présidents des Assemblées parlementaires du Conseil de l'Europe, de l'OSCE, de l'OTAN, de l'Assemblée balte, du Conseil nordique, de l'Assemblée parlementaire pour la coopération économique de la mer Noire, de l'Assemblée parlementaire de la CEI ; au Président du Parlement européen, ainsi qu'aux Secrétaires généraux des Assemblées parlementaires du Conseil de l'Europe, de l'OSCE et de l'OTAN.

La coopération médicale entre les forces armées européennes

RAPPORT¹

*présenté au nom de la Commission de défense par
Mme Tuija Nurmi, rapporteure (Finlande, Groupe PPE/DC)*

TABLE DES MATIÈRES

RECOMMANDATION N° 860	2
sur la coopération médicale entre les forces armées européennes	2
EXPOSÉ DES MOTIFS	4
présenté par Mme Tuija Nurmi, rapporteure (Finlande, Groupe PPE/DC)	4
I. Introduction	4
II. Les hôpitaux civils et militaires	6
III. Les crises humanitaires majeures	8
IV. Les opérations militaires extérieures	10
V. Le renseignement à caractère médical	12
VI. La coopération médicale au sein de l'OTAN	14
VII. Le renseignement à caractère médical dans le cadre de l'OTAN	15
VIII. Conclusion	16
LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION	18

¹ Adopté par la commission le 20 mai 2010.

RECOMMANDATION n° 860²

sur la coopération médicale entre les forces armées européennes

L'Assemblée,

- (i) Reconnaissant que la médecine de crise et d'urgence s'est développée récemment et que les réactions de grande ampleur aux crises nécessitent souvent l'emploi de moyens militaires dans des domaines civils ;
- (ii) Vivement préoccupée par la fréquence croissante des crises humanitaires majeures (GHC) ;
- (iii) Soulignant l'importance vitale de la coopération entre Etats dans le cadre des opérations extérieures de l'UE, en particulier dans le domaine médical ;
- (iv) Reconnaissant le rôle joué par l'OTAN en faveur du développement de normes de coopération internationales en matière médicale ;
- (v) Consciente de ce que les opérations extérieures de l'UE sont des opérations de maintien de la paix mais qu'il convient de mettre en place une véritable planification d'urgence pour le cas où des situations se détérioreraient, rendant nécessaire une médecine adaptée aux traumatismes du champ de bataille ;
- (vi) Soulignant l'importance de l'assistance médicale militaire tant pour la médecine de l'avant que pour l'aide humanitaire ;
- (vii) Soutenant sans réserve les initiatives de coopération civilo-militaire dans le domaine médical comme dans celui de l'aide humanitaire ;
- (viii) Notant avec intérêt les discussions engagées en 2003 concernant la mise en place d'une Equipe de secours d'urgence de l'Union européenne (EU-FAST) ;
- (ix) Soulignant l'importance des exercices d'entraînement pour la coopération médicale et estimant que la formation, les sessions d'analyse des enseignements à tirer et l'expérience sont essentiels au développement d'une coordination médicale optimale entre les Etats membres ;
- (x) Consciente des enseignements tirés des précédentes missions de PSDC, notamment d'EUFOR RD Congo en 2006, et du rôle joué par les équipes chirurgicales de l'avant (FST) ;
- (xi) Considérant, en ce qui concerne le financement, que le mécanisme ATHENA n'est plus satisfaisant et fait peser une charge inéquitable sur les pays qui fournissent des forces,

RECOMMANDE AU CONSEIL D'INVITER LES PAYS DE L'UNION DE L'EUROPE OCCIDENTALE, EN TANT QUE MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE, A

1. Intensifier les efforts des Etats membres pour combiner l'expérience des civils et celle des militaires spécialisés dans la médecine de crise et d'urgence, y compris, à des fins consultatives, celle des membres de la société civile ;
2. S'assurer que désormais, les frais médicaux, y compris les coûts à long terme, tels que le traitement du syndrome de stress post-traumatique (PTSD), soient inclus dans les coûts communs couverts par le mécanisme ATHENA ;
3. Lancer une initiative EU-FAST dans le cadre de la PSDC, coordonnée par le Centre de situation commun (SitCen) de l'UE et dérivée du concept de groupement tactique, de manière à ce que les équipes EU-FAST et les équipes chirurgicales de l'avant (FST) forment des modules de groupements tactiques indépendants qui puissent être déployés dans les heures suivant l'annonce d'une crise humanitaire majeure (GHC) ;

² Adoptée par l'Assemblée le 16 juin 2010, au cours de sa 3^{ème} séance plénière.

4. Etablir une liste des personnels de santé et des moyens médicaux disponibles dans les Etats membres pour les opérations extérieures de l'Union ;
5. Instaurer des exercices d'entraînement médicaux communs à l'UE et à l'OTAN, devant se dérouler dans diverses parties du monde, afin de faire l'expérience de différents climats, sous la conduite des Etats membres les plus experts en matière de médecine spécifique régionale ;
6. Créer une structure de dialogue, d'échange d'idées et de développement d'une stratégie à laquelle participeront des représentants des états-majors des pays membres de l'UE, des institutions civiles et des organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales engagées dans la coopération médicale, afin d'identifier les domaines dans lesquels la coopération doit être développée et les domaines de satisfaction mutuelle, et de mettre en place un mécanisme institutionnel approprié pour promouvoir la coopération et les échanges d'idées ;
7. Tenir l'Assemblée informée de l'état de la coopération médicale entre les forces armées européennes.

EXPOSÉ DES MOTIFS

présenté par Mme Tuija Nurmi, rapporteure (Finlande, Groupe PPE/DC)

I. Introduction

1. En raison de l'évolution dans la nature des missions et de la nécessité pour les forces armées européennes d'intervenir sur une base multilatérale, le rôle des militaires est en mutation. Par exemple, toutes les opérations de l'UE à l'étranger comportent des aspects civils et militaires (CivMil).

2. L'UE a concentré ses efforts sur les activités de maintien de la paix, ce qui a entraîné un changement dans le type de lésions subies par les forces armées par rapport à celles qui sont directement exposées au combat. Pour donner un exemple, l'équipe médicale finlandaise mobile (FST), qui est « une unité chirurgicale mobile chargée d'effectuer des interventions de médecine de guerre pour sauver des vies humaines et éviter des amputations sur des terrains inhospitaliers et éloignés³ », déployée pendant quatre mois à Kinshasa pendant l'opération EUFOR RD Congo en 2006, a dû soigner 12 patients dont cinq traumatismes et sept cas divers. Néanmoins, aucune de ces pathologies n'était due à une exposition au combat.

3. L'évolution du type de blessures s'explique par la nature du mandat des opérations de l'UE. Tandis que d'autres organisations régionales comme l'OTAN sont engagées dans des opérations de combat direct, en Afghanistan, par exemple, toutes les opérations extérieures conduites par l'UE de manière autonome ont été des opérations de maintien de la paix. Bien sûr, cela ne signifie pas que les troupes de l'UE soient à l'abri d'une attaque. Par exemple, en mars 2008, un soldat français a été tué par des troupes soudanaises pendant l'opération EUFOR Tchad/RCA. Pendant la même opération, il y a eu aussi plusieurs incidents causés par les forces soudanaises, dont une attaque hélicoptère contre des forces belges⁴.

4. Cependant, dans leur majorité, les interventions médicales ne sont pas en rapport avec les combats mais provoquées par des accidents (y compris lors d'exercices d'entraînement), des maladies, notamment dans les zones tropicales infestées de virus et de bactéries, et des pathologies diverses.

5. Les forces des Etats membres de l'UE et des Etats qui participent à des opérations militaires extérieures de l'UE profitent souvent des possibilités de formation qui leur sont offertes dans des régions avec lesquelles leur pays a des liens historiques. Ainsi, les médecins militaires des pays nordiques ont l'habitude d'intervenir dans des conditions de très grand froid alors que leurs homologues des régions méditerranéennes et des pays ayant des liens traditionnels avec l'Afrique peuvent s'entraîner dans des conditions d'extrême chaleur.

6. Mais il n'existe aucune méthode harmonisée d'entraînement englobant les connaissances et les particularités de tous les Etats membres afin d'offrir aux opérations militaires un soutien médical multinational optimal. Les procédures et les soins ne sont pas non plus normalisés. De plus, il n'existe actuellement aucun mécanisme institutionnalisé permettant de tirer les leçons des opérations de l'EUFOR et d'en utiliser les conclusions pour de futures opérations.

7. L'Agence européenne de défense, consciente du problème, a inclus des volets de coopération médicale dans son programme de travail. Pour l'année 2010, celui-ci, approuvé par le Comité directeur de l'Agence européenne de défense le 17 novembre 2009, comporte les éléments suivants :

- mise au point de procédures harmonisées pour les apports de sang et d'oxygène ;
- propositions pour une meilleure protection sanitaire ;
- élaboration d'une feuille de route pour accroître les capacités médicales C3 (instruments de localisation et repérage des blessés) ;

³ Handolin, Lauri, and Elomaa, Teemu; "The Finnish Forward Surgical Team Experience During EUFOR Operation RD Congo in 2006" in *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*; Mai 2007 No. 3; pp. 245-250.

⁴<http://www.afriquejet.com/>

- développement des capacités opérationnelles de télémédecine ;
- évaluation des restrictions MEDEVAC (évacuation sanitaire) actuelles pour améliorer, au niveau opérationnel et tactique, l'interopérabilité ;
- création d'un mécanisme d'exploitation de l'expérience acquise pour tirer les enseignements médicaux des opérations de PESD.

8. Le développement de la coopération médicale entre les forces armées européennes fournit l'occasion de redéfinir le champ d'intervention de la médecine militaire. La multiplicité des crises humanitaires majeures (GHC) et l'amplitude générale de l'assistance humanitaire doivent être reconnues. Il existe de nombreuses possibilités d'augmenter la coopération entre les volets civils et militaires et de mettre en place des schémas de coopération permettant d'améliorer l'efficacité médicale globale.

9. La coopération médicale internationale au sein des forces armées peut poser des défis logistiques sur le terrain, comme l'ont montré les opérations de l'UE. Les barrières linguistiques, l'absence de pratiques médicales standardisées, les enjeux culturels et politiques et le traitement des victimes civiles sont des obstacles qui empêchent une utilisation optimale du soutien médical.

10. D'autres organisations régionales comme l'OTAN ont défini des normes détaillées et précises qui sont largement appliquées, y compris dans des opérations non OTAN. Dans sa stratégie conjointe de soutien médical, l'OTAN a réparti les installations médicales déployables dans quatre catégories en fonction des capacités de traitement :

- Rôle 1. Soins de santé primaires, soins spécialisés de premier secours, triage des blessés, réanimation et stabilisation ;
- Rôle 2. Capacités intermédiaires pour l'accueil et le triage des blessés, réanimation et déchoquage à un niveau technique plus élevé. Ce rôle inclut normalement un groupement médico-chirurgical et des équipements pour l'hébergement à court terme de cas en attente de retour dans leurs unités ou d'évacuation ; il peut aussi inclure des soins dentaires, de santé environnementale, ou un service de psychologie ou de psychiatrie ;
- Rôle 3. Soins de santé secondaires dans le respect des restrictions de la politique de défense de théâtre. Soutien médical à l'hospitalisation, sous forme d'une panoplie de spécialités cliniques incluant la chirurgie primaire et le soutien au diagnostic ;
- Rôle 4. Palette complète des soins médicaux qui ne peuvent pas être dispensés sur le théâtre ou prendraient trop de temps. Ce rôle inclut des procédures chirurgicales ou médicales spécialisées, la chirurgie réparatrice et la rééducation. Cette palette est fournie en général par le pays d'origine ou celui d'un autre membre de l'Alliance. Dans de nombreuses nations membres, ces services sont prodigués dans le cadre du système national civil de santé⁵.

11. Ce modèle de classification (Rôles 1 à 4) est un outil commode auquel recourent la plupart des forces armées européennes. Il existe néanmoins des différences marquées dans les types de lésions qui doivent être traitées par les installations médicales déployables de l'OTAN, car beaucoup sont en rapport avec les combats. Les installations de l'UE pourraient être amenées à fournir une assistance médicale à la fois civile et militaire.

12. Dans les pays où les experts médicaux participant aux opérations extérieures sont des volontaires, on constate une pénurie de médecins. En revanche, les médecins bénévoles se bousculent pour faire partie des missions humanitaires organisées par des organisations internationales non gouvernementales (ONG), en dépit de la fréquence accrue des GHC, crises de grande ampleur provoquées par des catastrophes naturelles subites ou progressives ou par des affrontements politiques ou civils et nécessitant une assistance humanitaire internationale. Les pays développés réagissent de façon spectaculaire en envoyant des aides, des équipes médicales et des infrastructures d'urgence.

⁵ Rödig, E. Brig. Gen. Dr. ; "NATO Joint Medical Support – Reality and Vision"; Symposium RTO HFM sur « Les soins des blessés au combat dans des situations tactiques terrestres : technologies des traumatismes et procédures médicales d'urgence », St. Pete Beach, Etats-Unis, 2004.

L'UE se montre particulièrement réactive, bien que le manque de coopération en matière de gestion des crises retarde le déploiement de ces aides.

13. Comme les risques associés à une crise civile sont souvent aussi élevés, voire plus, que ceux qui font courir les opérations militaires, le déficit de médecins volontaires a une explication avant tout politique.

14. Les coûts sont un autre point sensible. Quand un cas est traité, les dépenses qu'il provoque sont prises en charge conformément à un ensemble d'accords bilatéraux conclu entre le pays qui envoie des troupes et le pays accueillant l'hôpital de campagne. Les frais médicaux d'un membre des forces armées blessé sont facturés directement à son pays d'origine. Ce système met en évidence les lacunes du mécanisme ATHENA qui prévoit que seuls les coûts communs sont partagés entre les 27 États membres de l'UE, le solde incombant au pays où ils se produisent. En conséquence, un pays qui envoie des troupes doit non seulement assumer sa part des dépenses communes et le coût direct du déploiement, mais il doit en plus assumer les frais de traitement de ses propres troupes.

II. Les hôpitaux civils et militaires

15. La médecine civile et la médecine militaire se distinguent a priori par le fait que la première concerne surtout les blessures liées à la vie civile, telles que les accidents de la route ou domestiques, tandis que la médecine militaire est axée sur la traumatologie du champ de bataille, allant des blessures par balles et éclats d'obus au syndrome de stress post-traumatique (PTSD), notamment dans le cadre d'opérations extérieures.

16. S'il en a peut-être été ainsi dans le passé en raison de la nature des conflits, les développements récents tels que la guerre asymétrique et la portée mondiale des GHC ont bouleversé cette notion. Aujourd'hui, médecine civile et médecine militaire couvrent souvent le même terrain.

17. Par exemple, dans le souci de rationaliser les coûts et de prévenir les doublons, plusieurs pays européens ont décidé de fermer leurs hôpitaux militaires et de transférer leurs compétences aux hôpitaux civils.

18. La fermeture des hôpitaux militaires correspond en gros à une évolution des mentalités au sujet de l'autonomie opérationnelle des services médicaux au sein d'une structure militaire. Cependant, il n'y a pas de véritable corrélation entre le processus de fermeture des hôpitaux militaires et l'évolution apparemment parallèle vers l'abandon par nombreux pays du service militaire obligatoire (conscription) comme une des obligations imparties à leurs citoyens.

19. Au Royaume-Uni – le pays d'Europe où l'armée s'adresse le plus souvent aux hôpitaux civils pour faire soigner ses blessés – les hôpitaux sont passés au crible et dotés de labels de qualité par le système de santé publique qui administre les services de santé. C'est en premier lieu l'analyse des coûts qui a conduit les responsables politiques à abolir les clivages entre infirmiers, chirurgiens et personnel hospitalier civils et militaires.

20. Les coûts de fonctionnement d'un hôpital militaire correctement équipé et doté en personnel restent peut-être encore acceptables pour la plupart des pays, mais ils doivent être mis en balance avec le souci de la qualité des soins (en assurant le même niveau pour les civils et les militaires) et de la soutenabilité. L'argument en faveur du transfert du traitement et des soins hospitaliers au secteur civil pourrait être suffisamment convainquant dès lors qu'il s'avère difficile de satisfaire aux trois critères que sont le budget, l'assurance qualité et la soutenabilité.

21. Un hôpital militaire devrait être en mesure de fournir les mêmes prestations et technologies médicales de pointe que les hôpitaux civils pour les militaires blessés. Ces critères sont normalement atteints en prévoyant les dotations financières nécessaires dans les budgets de défense nationaux. Cependant, la gamme des blessures spécifiques au combat peut nécessiter non seulement la main experte d'un chirurgien, mais aussi le savoir-faire que seul possède un chirurgien militaire lorsqu'il s'agit de traiter des fractures complexes, des hémorragies massives ou des troubles de stress post-traumatique (PTSD) survenus lors de missions de combat, de reconnaissance ou de garde.

22. Les médecins et chirurgiens militaires devraient mettre en commun leur expérience et leur savoir-faire en faisant équipe avec leurs homologues civils dans les hôpitaux publics, afin de traiter les blessés au cours des opérations militaires ou à leur retour.
23. Inciter les médecins militaires à accroître leur expérience en partageant et en appliquant des méthodes nouvelles et éprouvées avec leurs collègues du civil présente de multiples avantages. Toutefois, cela ne les prépare pas nécessairement à intervenir en Rôle 1 (poste de secours) ou dans les hôpitaux de campagne lors de missions à l'étranger, où les conditions peuvent être très différentes de celles, généralement mieux maîtrisées, des hôpitaux civils disposant d'un personnel en service 24 heures sur 24.
24. Une logique de restriction des dépenses et le souci d'éviter la dispersion des ressources entre des structures redondantes (par le regroupement et la concentration des ressources) sont sans doute les deux variables essentielles qui expliquent pourquoi des pays comme le Royaume-Uni, le Danemark, l'Estonie, la Finlande, la Suède, Malte et le Luxembourg préfèrent évacuer leurs soldats et les faire soigner dans les hôpitaux civils nationaux.
25. Pour les petits pays comme le Luxembourg ou Malte, le maintien ou la mise en service d'un hôpital militaire à l'usage exclusif de leurs forces armées ne serait pas rentable.
26. Cela ne signifie pas nécessairement que les soins aux militaires blessés ou traumatisés commencent seulement à leur retour dans leur pays d'origine. Souvent, les soldats blessés reçoivent un traitement de stabilisation dans des hôpitaux de campagne déployés à l'avant, puis sont transférés pour une courte période dans un poste de secours ou une antenne de Rôle 1 et/ou 2, avant d'être renvoyés dans leur pays pour la suite du traitement et/ou de la thérapie. A ce stade, un médecin peut éventuellement évaluer les effets du traitement et déclarer le soldat de nouveau apte au service actif.
27. De plus, il arrive que seuls des centres de médecine militaire avancés de haut niveau possèdent une unité de traitement pour les affections CBRN (chimique, biologique, radiologique ou nucléaire) ou les maladies virales tropicales. Avant sa fermeture définitive en 2007, le dernier hôpital militaire du Royaume-Uni, le Royal Hospital de Haslar (Gosport, Hampshire), par exemple, était équipé d'une salle d'isolement zymotique (maladies infectieuses et fièvres aiguës), qui permettait d'isoler et de mettre en quarantaine les victimes d'une attaque aux agents biochimiques ou d'une exposition à des concentrations de virus contagieux, provoquant des infections aiguës, des fièvres sévères et des symptômes de dysfonctionnement de l'organisme (système lymphatique, digestion, etc.).
28. En effet, la question de la coopération médicale civilo-militaire pour combattre les effets des agents CBRN suscite une attention accrue depuis cinq ans.
29. En 2004, l'Institut d'études de sécurité (IES) de l'UE a publié une analyse des capacités de réponse CBR au sein de l'UE et des moyens militaires utilisés à cet effet. Selon l'Institut, jusqu'en 2004, l'UE avait effectué un exercice d'entraînement CBR de grande envergure afin d'évaluer son niveau de préparation et de réponse. Cet exercice, EURATOX 2002, s'est déroulé en octobre 2002 sur le terrain d'entraînement militaire de Canjuers (Var, France), près de la côte méditerranéenne. Le mécanisme européen de protection civile a également été mis en œuvre à cette occasion. Le nombre de participants était relativement modeste, du fait que cinq pays seulement ont pris part à cet exercice (Autriche, Espagne, Grèce, Italie, Suède), chacun ayant dépêché de 10 à 30 secouristes spécialistes. L'exercice consistait à soigner et évacuer environ 200 patients simulés, et à porter assistance à 2 000 autres personnes. L'ensemble était supervisé par le Centre de surveillance et d'information (MIC) de l'UE, qui était chargé de la coordination et de la mise en œuvre des cinq composantes nationales. Ce défi supplémentaire a amené les secouristes à se fixer des priorités et à s'adapter avec souplesse à chaque cas individuel nécessitant une assistance médicale ou autre. Cet exercice « de niveau européen » a eu le grand mérite de permettre le partage des enseignements tirés.
30. Au cours de l'exercice, l'identification d'un nombre suffisant de lits d'hôpital s'est révélée très concluante (avec 600 lits identifiés le premier jour, disponibles pour la plupart dans un délai d'une heure, et 800 autres lits prêts à être attribués le deuxième jour). Cinq avions hôpitaux ont été utilisés lors de l'exercice de grande envergure pour évacuer les victimes vers les centres hospitaliers désignés qui avaient été mis en état d'alerte et se tenaient prêts à intervenir pour poursuivre les soins.

31. Les exercices qui ont suivi depuis 2002 n'ont pas atteint l'ampleur ni la complexité d'EURATOX 2002. Presque toutes les activités de suivi ont pris la forme de stages de formation plus modestes en vue de diffuser les enseignements tirés précédemment.

32. Bien qu'EURATOX 2002 ait été défini comme un exercice visant à faire face à des catastrophes civiles dans le cadre de la protection civile, il comportait certaines interactions avec le secteur militaire.

33. En novembre 2009, le Conseil a approuvé les propositions de la Commission visant à renforcer la sécurité CBRN, en soutenant son idée de créer un groupe consultatif CBRN doté de sous-groupes, le lancement d'un programme de l'UE sur la résilience dans le domaine CBRN et des échanges plus poussés d'expertise et de savoir-faire sur ces questions.

34. Ces initiatives sont soutenues notamment par MediSys, outil de collecte d'informations mis en place par la Commission européenne. Cet instrument renforce le réseau de surveillance et de contrôle des maladies transmissibles et la détection précoce des activités bioterroristes. Les informations qu'il fournit sont tirées des rapports établis par le Europe Media Monitor (EMM).

35. Pour les opérations complexes et de grande envergure, les déploiements militaires ne peuvent rester entièrement autonomes : il s'avère souvent nécessaire de faire appel aux moyens locaux. Le recours aux capacités et moyens locaux présente plusieurs avantages.

III. Les crises humanitaires majeures

36. Au cours de la dernière décennie, nous avons assisté à une augmentation du nombre de crises humanitaires majeures (GHC) nécessitant une coopération entre les services de secours et de sauvetage, y compris le déploiement de moyens civils et militaires européens. Le recours, dans de telles circonstances, aux moyens militaires, notamment aux services médicaux de l'armée, n'est pas inhabituel. La crise la plus récente – le séisme de magnitude 7.0 Mw qui a secoué Haïti le mardi 12 janvier 2010, dont l'épicentre se trouvait approximativement à 25 kilomètres à l'ouest de Port-au-Prince – est un bon exemple de l'interaction entre les composantes militaires et civiles de la médecine de catastrophe.

37. Les premières mesures d'urgence prises à la suite du séisme ont été les suivantes :

- soins médicaux d'urgence (antenne chirurgicale, équipes médicales mobiles) ;
- eau et hygiène publique ;
- 20 000 tentes pour parer à la grave pénurie d'abris ;
- logistique (stockage, transport, carburant), télécommunications ;
- vivres.

38. Il a fallu régler également les problèmes suivants pour permettre l'arrivée de l'aide internationale ou l'optimiser :

- établissement d'un couloir humanitaire pour gérer les embouteillages logistiques (responsabilité des Nations unies) ;
- gestion d'une grande quantité de corps/risques majeurs d'épidémies ;
- diminution des réserves de carburant.

39. A la date du 17 février 2010, l'UE avait déployé plus de 800 experts ainsi que des moyens substantiels en provenance des pays de l'UE et de l'espace économique européen. Le 9 février, le Premier ministre haïtien a sollicité une assistance militaire spéciale de l'UE afin de lui fournir des abris, demande relayée par l'ONU. La France a offert des capacités militaires consistant en deux sections du génie (plus de 200 hommes et 70 véhicules).

40. S'agissant des autres moyens militaires, l'UE avait déployé au 30 mars 2010, ou s'apprêtait à déployer les moyens suivants :

- deux unités de police/gendarmerie représentant un total de 323 gendarmes, venant pour la plupart de France, d'Italie et d'Espagne ;
- le *Cavour*, porte-avions italien transportant à son bord un groupement médico-chirurgical (Rôle 2), une task force de soldats du génie, six hélicoptères, des éléments de protection des forces, une équipe de police militaire et une équipe de plongeurs à quai à Port-au-Prince ;
- la *Castille*, navire LPD (Landing Platform Dock), avec à son bord un groupement médico-chirurgical renforcé de Rôle 2, deux unités de production et de distribution d'eau potable et des équipements du génie, des moyens de transport et de ravitaillement, des éléments de protection des forces, 446 officiers et quatre hélicoptères ;
- le bâtiment logistique *Siroco*, avec à son bord une capacité de débarquement amphibie et quatre hélicoptères ;
- le *RFA Largs Bay*, navire auxiliaire britannique doté d'une capacité de débarquement amphibie qui a fait la navette entre différents ports haïtiens, et transporté des pastilles de purification de l'eau, des conteneurs d'eau douce, des revêtements métallo-plastiques, 40 véhicules tout terrain et du matériel de portage lourd ;
- deux installations de construction militaires dotées d'antennes médicales de secours, un hôpital de campagne et un système de purification de l'eau ;
- 30 personnels militaires français à Port-au-Prince, et 135 autres, plus quatre avions, dans la région ;
- quatre militaires britanniques formant une équipe opérationnelle de liaison et de reconnaissance ;
- huit membres de la police militaire royale britannique ;
- sept officiers de liaison britanniques auprès des forces des Etats-Unis et du Canada ;
- 30 officiers d'une section d'infanterie grecque mis à la disposition de la MINUSTAH par la Grèce ;
- un officier du génie irlandais et une équipe de planification nationale ;
- une équipe médicale bulgare composée de cinq personnes.

41. La contribution de l'UE aux moyens militaires déployés en Haïti, certes très inférieure à celle des Etats-Unis (10 000 hommes), n'en est pas moins appréciable par son ampleur et sa finalité. Elle illustre également l'importance de la coopération civilo-militaire, les échanges d'informations et la coordination étant facilités par la Cellule de coordination Haïti (EUACO) mise en place au Centre de situation commun de l'UE, connu sous le nom de SitCen, qui intervient dans le cadre de la politique de sécurité et de défense commune (PSDC).

42. La crise humanitaire d'Haïti a montré l'importance des services de secours d'urgence à déploiement rapide. Une des premières unités arrivées sur la zone sinistrée a été l'équipe d'intervention rapide belge B-FAST.

43. A la suite des tremblements de terre survenus en Turquie en août et en novembre 1999, le gouvernement belge a créé une structure de réaction rapide en vue « d'envoyer des équipes de secours d'urgence dans un ou plusieurs pays touchés par une catastrophe naturelle ou provoquée par l'homme ». Le 28 février 2003, la Belgian First Aid & Support Team (B-FAST) voyait le jour.

44. B-FAST est une structure interministérielle impliquant le Cabinet du Premier ministre et les Services publics fédéraux, les ministères des affaires étrangères, du commerce extérieur et de la coopération pour le développement, de la santé publique et de l'environnement, de l'intérieur, du budget et de la défense. Elle est mobilisable dans les 12 heures qui suivent une décision d'intervenir. Son action sur site dure en principe dix jours.

45. Aux termes de son mandat, trois conditions doivent impérativement être remplies pour que la structure B-FAST puisse être activée :

- la crise doit être d'une amplitude telle que les services de secours du pays concerné ne puissent y faire face et que la vie ou la santé des personnes soit en danger ;
- les autorités du pays touché doivent solliciter l'aide de la Belgique ou tout au moins de la communauté internationale ;
- il ne doit pas y avoir de conflit armé en cours dans le pays sollicitant une assistance.

46. B-FAST a été envoyée en Haïti quelques heures après le séisme et elle a pris part aux opérations de recherche et de sauvetage dès son déploiement ; mais à peine quelques jours plus tard, l'équipe a vu sa sécurité menacée et la Belgique a dû envoyer 36 hommes pour assurer sa protection. Quoiqu'il en soit, B-FAST a fourni une contribution extrêmement précieuse aux opérations de secours, alors que l'UE n'avait pas encore réussi à coordonner son action.

47. B-FAST, entité civile pouvant s'appuyer sur certains moyens militaires, coopère avec les militaires, notamment dans le cadre de la formation et des exercices. Elle a participé par exemple à un exercice organisé par l'OTAN en Islande en juin 2002 ou à l'exercice OTAN/PPP en Roumanie en 2003.

48. A la suite du succès remporté par les équipes belges B-FAST, M. Guy Verhofstadt, ancien Premier ministre belge, a rappelé l'initiative prise en avril 2003 entre le Président français Jacques Chirac, le Chancelier allemand Gerhard Schröder, le Premier ministre luxembourgeois Jean-Claude Juncker et lui-même en vue de créer au sein de l'Union européenne une force d'intervention humanitaire européenne commune EU-FAST. Cependant, l'initiative est restée au point mort, certains pays s'étant montrés peu enclins à impliquer des militaires dans les affaires civiles.

49. En dépit de ces objections, le développement du processus institutionnel de l'UE, et notamment la mise en place du Centre de situation commun de l'UE (SitCen), parvient à conjuguer efficacement moyens militaires et civils. Le SitCen est divisé en trois unités :

- la Cellule de renseignement civil (CRC), composée d'analystes du renseignement qui produisent des évaluations de politique et de contre-terrorisme ;
- l'Unité d'opérations générales (General Operations Unit ou GOU), qui offre un soutien opérationnel 24 heures sur 24 en matière de recherche et d'analyse hors renseignement ; et
- l'Unité de communication, qui traite de la sécurité des communications et qui est responsable du Centre de communication du Conseil (ComCen).

50. Le SitCen coopère avec l'Etat-major de l'UE et le Conseil de l'UE.

51. Comme l'ont montré les interventions d'urgence en réaction à la crise humanitaire en Haïti, une « Fast Team » de l'UE, associant des éléments militaires et civils, pourrait aisément intervenir dans un tel cadre, en assurant une protection adéquate des éléments civils sans empiéter sur le mandat civil.

IV. Les opérations militaires extérieures

52. L'unité médicale militaire clé dans les opérations militaires extérieures est l'équipe chirurgicale de l'avant (Forward Surgical Team ou FST). La première FST a été créée pendant la Seconde guerre mondiale par le Dr Charles Rob, qui servait dans le Corps médical de l'armée britannique en Afrique du Nord. L'armée américaine a développé pendant la guerre de Corée un concept analogue, quoique d'envergure plus importante et moins aisé à déployer, le Mobile Army Surgical Hospital (MASH). L'invasion américaine de la Grenade en 1983 a mis en lumière les avantages résultant de la petite taille, de la mobilité et de la déployabilité des FST par rapport aux hôpitaux d'appui tactique ou aux MASH.

53. C'est lors des préparatifs de l'EUFOR RD Congo, en 2006, que le concept de FST a été introduit pour la première fois dans les opérations militaires extérieures au titre de la PSDC (ou de la PESD avant que le Traité de Lisbonne soit ratifié)⁶.

54. Ce sont les forces finlandaises qui ont fourni les deux premières FST intervenant dans le cadre de la PSDC ; elles ont été déployées pour des périodes de quatre mois à Kinshasa, capitale de la République démocratique du Congo (RDC). Cette expérience a permis de tirer de précieux enseignements pour les futures opérations militaires de PSDC menées par l'UE.

55. Le concept de FST n'avait jamais été expérimenté dans le cadre d'une opération de l'UE, et la Finlande elle-même n'avait pas de concept de FST prêt à l'emploi. Elle disposait toutefois d'un module bien équipé de niveau poste de secours bataillon qui était aisément déployable⁷. EUFOR RD Congo étant une opération de maintien de la paix, on ne prévoyait pas un grand nombre de blessés et on s'attendait à gérer davantage de blessures d'origine accidentelle que de blessures occasionnées par des combats. Néanmoins, il a fallu prendre en compte aussi, dans les plans d'urgence, la possibilité de blessures graves survenues sur un champ de bataille.

56. Les FST ont été déployées dans trois opérations tactiques et quatre opérations de reconnaissance. Elles ont utilisé des tentes gonflables pour constituer des abris formés de trois modules de tentes de 5 mètres sur 6 assemblées. Le premier module a servi de salle d'opération, le deuxième de zone de triage et de déchoquage et le troisième a servi à loger le personnel de l'équipe et les patients stables dans l'attente d'une évacuation sanitaire (MEDEVAC). Il a fallu deux heures environ pour que l'ensemble du dispositif soit mis sur pied et opérationnel.

57. L'effectif de chaque équipe était de six personnes, dont un chirurgien traumatologue, un anesthésiste, un infirmier de bloc opératoire, un infirmier de soins intensifs, un infirmier circulant et un technicien de maintenance médicale. Comme il n'y a pas d'hôpitaux militaires en Finlande, tous sont des bénévoles disposant d'une solide expérience de la médecine d'urgence.

58. Les FST sont par définition aisément déployables et manoeuvrables. La bonne organisation du déploiement est donc essentielle à leur efficacité. C'est pourquoi trois possibilités, ou scénarios, ont été prévus pour leur déploiement. Le fait de prévoir plusieurs scénarios impliquait également une plus grande flexibilité dans l'emploi des moyens stratégiques communs de l'UE ou des moyens disponibles :

- Premier scénario : l'équipement est chargé sur deux camions transportés par deux avions C-130 ;
- Deuxième scénario : l'équipement est chargé sur des palettes transportées par un avion C-130 ;
- Troisième scénario : l'équipement est chargé et emporté par deux hélicoptères CH-35.

59. Chaque scénario avait ses avantages et ses inconvénients en termes de vitesse, coût, déployabilité, infrastructure nécessaire et disponibilité. En proposant un éventail de possibilités pour le transport aérien stratégique des FST, la Finlande était assurée d'avoir une certaine capacité d'adaptation aux résultats de phase de génération de force de l'opération.

60. Le premier scénario n'a jamais été appliqué dans le cadre d'EUFOR RD Congo, car il n'a jamais été nécessaire de déployer la FST aussi rapidement, eu égard au coût induit. Le deuxième scénario, qui n'apportait aucune mobilité directe au sol, a été utilisé pour le déploiement de la première FST à Kananga, au centre de la RDC, du 8 au 14 août 2006. Le troisième scénario, qui ne fournissait pas non plus de mobilité au sol, et reposait entièrement sur l'assistance extérieure des hélicoptères, a été mis en œuvre pour déployer la première FST à proximité d'un hôpital de campagne

⁶ Les opérations de l'Union européenne en République démocratique du Congo (RDC) – Réponse au rapport annuel du Conseil, rapport présenté au nom de la Commission de défense par M. Ignacio Cosidó Gutiérrez, rapporteur.

⁷ Données sur EUFOR RD Congo tirées de : "The Finnish Forward Surgical Team Experience During EUFOR Operation RD Congo in 2006", Handolin, Lauri et Teemu Elomaa, paru dans le European Journal of Trauma and Emergency Surgery, 2007, no. 3.

allemand de Rôle 2 afin de renforcer la capacité opératoire d'urgence, à la suite des graves affrontements survenus le 20 août 2006, à Kinshasa, à l'annonce des résultats du scrutin présidentiel.

61. Les FST, comme il est indiqué plus haut, ont été utilisées également en missions de reconnaissance. Un module de FST comprenant un chirurgien traumatologue, un anesthésiste et un infirmier de bloc ont participé à une Equipe de liaison et de reconnaissance opérationnelles (OLRT). L'équipement, limité à 300 kg, se composait de matériel d'assistance médicale, d'instruments chirurgicaux de base et d'une petite quantité de fluides et de poches de globules rouges.

62. Grâce à leur polyvalence, les modules de FST ont pu être utilisés lors de déploiements tactiques et de reconnaissance.

63. Devant le succès des modules de FST finlandais, il conviendrait d'élaborer un concept de FST européenne en s'inspirant des enseignements tirés d'EUFOR RD Congo et d'autres opérations de PSDC. Des modules souples, à l'image des unités finlandaises, qui sont aisément déployables et surtout compatibles avec des hôpitaux de campagne de plus grande taille (tels que l'hôpital de campagne allemand de Rôle 2 déployé en RDC) constituent des moyens économiques de soutenir les missions militaires.

64. Un catalogue de forces disponibles capables de se déployer sous forme de FST, comprenant lorsque les circonstances le permettent des bénévoles expérimentés, devrait être établi afin de faciliter et d'accélérer la phase de génération de forces de l'opération.

65. Les FST ne doivent pas être réservées aux opérations militaires : elles pourraient aussi constituer de précieux atouts pour apporter une réponse d'urgence à une crise humanitaire majeure. Les déployer pour faire face à des situations d'urgence civiles ou militaires réelles plutôt que de les faire participer seulement à des exercices théoriques permettrait de rationaliser les dépenses et d'acquérir une expérience utile.

66. L'armée de terre américaine a intégré les FST dans ses opérations dont elle constitue un élément précieux. Les 14 FST d'active et les 23 FST de réserve de l'armée américaine sont utilisées tant au cours des opérations de combat et de maintien de la paix que des opérations de secours en cas de catastrophes.

67. EUFOR Tchad/RCA, opération de PSDC qui s'est déroulée de 2007 à 2009⁸, a été menée par des unités militaires des Etats membres de l'UE en liaison étroite avec des organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales (OIG et ONG) spécialisées dans l'aide humanitaire. Bien que la gestion interne des camps où les OIG et les ONG sont actives ne soit pas de la compétence des troupes de l'EUFOR, leur participation à la protection des convois a mis en lumière un autre aspect de la coopération civilo-militaire, dans la mesure où les équipes médicales devaient être prêtes à soigner non seulement le personnel militaire mais aussi les civils des OIG et des ONG. Les hôpitaux de campagne déployés au Tchad ont également soigné des villageois. Par conséquent, même si cette activité n'est pas nécessairement prévue dans leur mandat, les unités médicales participant à des opérations de PSDC prodiguent souvent des soins médicaux à la population locale, aux réfugiés et aux personnes déplacées, ce qui suppose une connaissance approfondie des maladies et autres problèmes de santé locaux.

V. Le renseignement à caractère médical

68. Il est important pour les unités médicales déployées dans le cadre d'opérations de l'UE de pouvoir s'appuyer sur des informations exactes, fiables et actualisées sur la situation dans la zone de déploiement. Les préparatifs et la mise en place initiale de la mission reposent en grande partie sur la mise à disposition de ce type de renseignement à l'avance. S'ils disposent de renseignements à caractère médical (MEDINT) appropriés, les médecins militaires sont mieux préparés à fixer les

⁸ Voir Document A/2038 : « Les opérations militaires de l'Union européenne – Réponse au rapport annuel du Conseil » ; rapport présenté au nom de la Commission de défense par MM. Andrea Rigoni (Italie, Groupe libéral) et René Rouquet (France, Groupe socialiste), rapporteurs, le 4 juin 2009.

priorités fonctionnelles en matière d'infrastructure et à régler la question de la chaîne logistique, des besoins en personnel et de médecine proprement dite. Ils peuvent décider à l'avance quels équipements spéciaux, instruments, médicaments seront vraisemblablement nécessaires en plus des moyens standard dont dispose leur unité. Il est utile également de disposer de cette information à l'avance pour organiser les tours de garde, mettre en place les campements et réseaux de communication, contacter les soutiens sur place et déterminer les points d'évacuation (aérodrome ou plage).

69. La situation sur le terrain peut néanmoins changer à tout moment, et les demandes en moyens médicaux peuvent être modifiées. Il faut donc pouvoir mettre en place une capacité de soutien et jouer sur la disponibilité du matériel médical (lits, salles d'opération) et du personnel médical dans des délais raisonnables.

70. Les unités médicales déployées jusqu'ici pour les opérations de l'UE ont dû faire face à des situations de conflit de basse intensité/stabilisation et traiter un nombre limité de patients par jour. Elles n'ont pratiquement jamais été confrontées à des situations d'urgence extrêmement graves. La pratique de la chirurgie traumatique étant très rare dans les missions menées sous la bannière de l'UE, il n'y a pas de problèmes graves de triage.

71. Dans le cadre d'une mission de l'UE, le chef d'état-major de la section J4 du quartier général d'opération (OHQ) doit être averti de toute la planification faite à l'avance concernant l'infrastructure médicale et le matériel, ainsi que le personnel. La section J4 comprend aussi la logistique et le transport. Le commandant de l'opération (OpCdr), à la tête de l'OHQ, est assisté par défaut par un conseiller médical personnel, qui le guide en matière de coordination, d'analyse, de mise à jour et de répartition de l'infrastructure médicale, de matériel et de personnel.

72. Cette capacité de planification est encore en phase de développement. Il en va de même pour l'appréciation de la situation, qui doit savoir s'adapter. En ce qui concerne cette dernière, l'Agence européenne de défense (AED) travaille à l'élaboration d'un mécanisme qui intègre l'information tirée de sources ouvertes (OSINT) et à la mise en place de cours de formation au renseignement, à la fois pour le renseignement de sources ouvertes et le renseignement humain (HUMINT). On ne sait pas vraiment à ce stade dans quelle mesure le renseignement à caractère médical sera intégré dans un tel programme de formation.

73. L'une des 12 actions prioritaires du Plan de développement des capacités mentionnées dans le programme de travail 2009 de l'AED porte sur le soutien sanitaire et médical et une autre sur le renseignement.

74. En outre, l'AED cherche à améliorer l'interopérabilité des matériels médicaux et à mettre au point un système général qui permette de détecter et de localiser les victimes.

75. Pour répertorier et localiser actuellement les patients, l'unité de chirurgie ou de traitement sur le théâtre d'opérations, où le patient reçoit les premiers soins, transmet les informations médicales pertinentes au centre où la personne est suivie jusqu'à ce qu'elle soit rétablie.

76. L'AED s'efforce de mettre sur pied, dans le domaine du renseignement clé, un programme d'acquisition portant sur une station d'exploitation d'images au niveau tactique. Faute de comptes rendus de témoins directs sur des blessés ou des morts, l'imagerie satellite à haute résolution peut aider les analystes du renseignement à :

- détecter l'intensité des combats sur place et évaluer s'il est possible d'envoyer une équipe médicale à des fins d'évacuation ;
- calculer approximativement le nombre des victimes qui doivent être évacuées, et
- déterminer les mesures de protection supplémentaires requises pour garantir la sécurité du personnel médical pendant les opérations d'évacuation en « zone sensible ».

77. Une forme de médecine de pointe, la télémédecine, pourrait être appliquée dans les hôpitaux de Rôles 1 et 2. Ce concept regroupe tous les types d'assistance médicale « virtuelle », dont une caméra

en direct et une source audio permettant de détecter instantanément toute intervention chirurgicale importante en cours. Ce moyen de communication directe permet à des chirurgiens plus expérimentés ou spécialisés, se trouvant dans un endroit isolé, de suivre l'opération et d'apporter une aide constante à toutes les phases délicates. L'Agence européenne de défense a choisi de poursuivre le développement de ce domaine des sciences médicales appliquées.

78. Pour bon nombre de membres de l'OTAN, les systèmes de communications en place aux plus bas niveaux du soutien médical permettent de plus en plus d'avoir recours de façon habituelle à la téléconsultation sur le web. La téléradiologie devient aussi pratique courante. Mais si un certain nombre de pays font savoir qu'ils ont déployé des capacités leur permettant de tenir des consultations à distance, la plupart d'entre eux déclarent ne pas avoir de structure formelle de contrôle et de gestion des consultations à distance et s'appuyer sur les relations cliniques informelles (à savoir le déploiement d'un clinicien qui consulte son hôpital ou ses collègues). Les registres militaires de santé électroniques sont utilisés par une poignée de pays seulement et l'interface civile est encore plus rare. Des aspects moins répandus de la télémédecine (télémicrobiologie, télépathologie, aide télémédicale) sont de plus en plus utilisés, mais encore rarement déployés.

VI. La coopération médicale au sein de l'OTAN

79. Selon l'article 42 du Traité de Lisbonne, « les engagements et la coopération dans ce domaine » [sécurité et défense] « demeurent conformes aux engagements souscrits au sein de l'Organisation du Traité de l'Atlantique nord, qui reste, pour les Etats qui en sont membres, le fondement de leur défense collective et l'instance de sa mise en œuvre ». Il est donc essentiel que les membres européens de l'OTAN et les Etats européens qui participent aux opérations de PESC établissent une coopération étroite avec l'OTAN.

80. L'OTAN a mis l'accent, ces dix dernières années, sur la coopération médicale. Conscient de l'importance du sujet, le commandement allié Transformation(ACT) de l'OTAN a ouvert un Centre d'excellence pour la médecine militaire (MILMED COE) en Hongrie, près de Budapest, en avril 2009.

81. Lors de la cérémonie d'inauguration, le ministre hongrois de la défense, le Dr Imre Szekeres, a expliqué que le Centre est une organisation utile pour tous : « Comme tous les autres projets de coopération multinationale, ce Centre d'excellence crée des synergies et fournit à tous les pays participants des capacités qu'ils ne pourraient pas offrir par eux-mêmes. (...) Les accords de financement multinationale sont le moyen d'accroître notre efficacité et d'améliorer nos résultats ». Il a ajouté que les soins médicaux représentaient l'un des facteurs les plus importants dans la conduite des opérations militaires de l'OTAN : « Les militaires déployés sur un théâtre d'opérations doivent recevoir des soins de la même qualité que les troupes dans leurs propres garnisons. Ce Centre formera des médecins et des experts à la planification du soutien médical lors des exercices de l'OTAN (...). La condition requise pour les opérations conjointes associant plusieurs nations est que des règles, des doctrines et des concepts communs soient appliqués. La deuxième mission essentielle du centre sera d'établir ces règles, concepts et doctrines communs. La troisième mission du Centre d'excellence sera de promouvoir l'interopérabilité et d'écarter les obstacles à la coopération ». Le Centre d'excellence pour la médecine militaire est l'un des 19 centres d'excellence de l'OTAN, mais c'est le premier dont la spécialité est de dispenser des soins médicaux.

82. Les activités du Centre d'excellence se répartissent entre les trois grands domaines suivants :

- formation et évaluation médicales ;
- élaboration de normes, et
- enseignements tirés.

83. Le Centre a pour mission de :

- « donner l'exemple en matière de formation d'unités médicales internationales et de soutenir la mise en oeuvre des outils et procédures de certification nécessaires et de les communiquer aux pays, au Commandement allié opérations (ACO), au Groupe de travail sur la médecine militaire, aux structures de la médecine militaire, au Sous-groupe de travail opérations et

procédures consacré à la certification et au Panel d'experts sur la formation dans le domaine de la médecine militaire ;

- mettre à disposition un lieu consacré à la formation d'une unité qui utilisera la Base de formation médicale existante (qui fournit actuellement un site pour la formation approuvée et conduite par les Etats-Unis des forces spéciales 18 Delta) et/ou notre Centre médical d'Etat en vue d'une formation clinique de haut niveau ;
- mettre à disposition une équipe de formation mobile/des experts en la matière (SME) pour aider les pays et permettre au Commandement allié opérations de faciliter la validation et la certification des unités médicales multinationales déployables ;
- fournir des experts (SME) pour élaborer des scénarios de formation pour les opérations de l'OTAN ;
- proposer d'autres cours/une assistance en matière médicale en coordination avec l'Ecole de l'OTAN. »

84. Le Centre d'excellence vise également à être le dépositaire des enseignements tirés. Il va en particulier :

- « poursuivre activement la collecte d'observations au niveau tactique ;
- analyser l'information et présenter des recommandations s'appuyant sur l'expertise existante ;
- finaliser le processus transformant les enseignements reconnus en enseignements tirés ;
- incorporer les derniers enseignements tirés dans les concepts et la doctrine ;
- organiser un forum pour les questions techniques et prévoir des lieux pour échanger des vues, et
- élaborer des normes. »

85. Le Centre s'attachera à faciliter et développer des accords de normalisation dans le domaine médical, notamment en ce qui concerne les besoins relatifs à la formation et les procédures de certification, tant au niveau individuel qu'à celui des unités.

86. La création du Centre est une mesure importante car un grand nombre de ses cours et exercices d'entraînement sont ouverts non seulement aux pays membres du Partenariat pour la paix (PpP) mais aussi aux autres membres de l'UE.

87. Par exemple, le cours de normalisation dans le domaine médical qui sera organisé du 31 mai au 1^{er} juin 2010 précise qu'il cible comme audience : « le personnel médical chargé du développement et de la normalisation de la doctrine médicale nationale ; les membres du Groupe de travail réunissant les chefs des services médicaux militaires (COMED) de l'OTAN ; les spécialistes de la normalisation dans le domaine médical des organes de l'OTAN/UE, et toute autre personne intéressée ». L'objectif est « de présenter de façon précise le développement de la doctrine de l'OTAN et le processus de standardisation au personnel médical des pays membres du Centre. Il est ouvert aussi aux membres de l'OTAN, l'UE, du Partenariat pour la paix (PpP), du Dialogue méditerranéen (MD), de l'Initiative de coopération d'Istanbul (ICI), aux pays de contact de l'OTAN et à toute organisation concernée. »

88. L'application des ensembles de normes qui ont été mis au point par l'OTAN ou sont en train de l'être est universelle. Pour éviter les doublons, les normes qui ont été intégrées de fait dans la PSDC (à savoir les unités médicales de Rôles 1 à 4) devraient être adoptées officiellement par l'UE pour ses opérations de PSDC.

VII. Le renseignement à caractère médical dans le cadre de l'OTAN

89. La doctrine sur le soutien médical commun appliquée à l'OTAN comporte une définition du renseignement médical : c'est le « résultat du traitement des informations médicales, bioscientifiques, épidémiologiques, environnementales et autres, liées à la santé de l'homme ou de l'animal. Etant

donné que ce renseignement est de nature technique, il requiert une expertise médicale particulière pendant sa gestion et son traitement au sein du cycle du renseignement ».

90. Le renseignement médical est important premièrement pour le personnel chargé du renseignement et de sa mise en œuvre en vue des évaluations stratégiques. Deuxièmement, les personnels chargés de la planification médicale, de la médecine préventive et des aspects opérationnels l'utiliseront pour :

- l'évaluation des risques sanitaires ;
- la réalisation d'estimations médicales ;
- le développement et l'exécution d'actions préventives dans le domaine de la médecine et les mesures prophylactiques qui les accompagnent ;
- une planification plus précise concernant les évaluations de risque sanitaire et de risque opérationnel ;
- la poursuite de la gestion des services de soutien médical, et
- la protection et la défense des forces.

91. Dans un contexte un peu plus large, le renseignement médical est utile dans les domaines suivants de la planification militaire :

- les évaluations de renseignements stratégiques ;
- l'analyse des capacités de l'ennemi et de ses vulnérabilités ;
- la planification et l'exécution des opérations, et
- la planification et les opérations civilo-militaires dans le domaine médical.

92. Dans un contexte OTAN, le renseignement militaire constitue la base pour agir dans tout le spectre des opérations médicales militaires. D'un bout à l'autre, les forces déployées devront communiquer aux militaires de l'unité tout renseignement susceptible d'avoir une incidence sur l'état de préparation dans le domaine médical. Cette information sera ensuite transmise au niveau du théâtre en vue de la communication des conseils appropriés en matière de commandement concernant les risques et les réponses à donner.

93. Le personnel chargé de la planification dans le domaine médical doit veiller à présenter, en l'absence de renseignement adéquat ou fiable, une « demande d'information » (RFI) au personnel de soutien en matière de renseignement. Ces demandes seront ensuite présentées selon un schéma similaire à une demande de renseignement prioritaire (PIR). Pour répondre aux besoins en matière de renseignement, tout commandant a priorité en ce qui concerne la planification et la prise de décision et ces besoins doivent être définis avec soin, de portée limitée et précis quant à la mission ou l'objectif de commandement. En outre, la demande d'information doit mentionner le niveau de classification le plus élevé et les délais doivent être réalistes.

VIII. Conclusion

94. La médecine de crise et d'urgence ne s'est développée que récemment et les grandes opérations de réaction à une crise imposent souvent de faire appel à des moyens militaires pour mener des actions qui relèvent du domaine civil. Le renforcement de la coopération civilo-militaire s'impose pour combler les fossés idéologiques qui subsistent souvent au sein de l'opinion publique et qui risquent d'empêcher le bon fonctionnement de cette coopération. La fermeture des hôpitaux militaires et le transfert des responsabilités aux hôpitaux publics prouvent que la coopération civilo-militaire existe de facto dans de nombreux pays, dans le secteur civil.

95. Le type de médecine nécessaire pour soigner les civils et les militaires, qu'on se situe dans un contexte national ou dans le cadre d'une opération extérieure, varie peu en ce qui concerne l'UE, du fait que les opérations de PSDC ont été jusqu'ici des missions de maintien de la paix. Les accidents, les maladies, les virus et les blessures sont le lot commun des civils et des militaires. Par conséquent,

les spécialistes aptes à traiter ces cas médicaux peuvent être recrutés dans l'un ou l'autre secteur. Il convient toutefois de prévoir des plans d'urgence appropriés au cas où la situation se détériorerait au point de nécessiter une médecine adaptée à la traumatologie du champ de bataille.

96. Dans tous les Etats membres de l'UE concernés, des efforts doivent être faits pour conjuguer l'expérience des civils et des militaires possédant des connaissances spécialisées en médecine d'urgence. Les membres de la société civile doivent également y être associés à titre consultatif.

97. Les grandes crises humanitaires (GCH) survenues récemment ont démontré la nécessité de mettre sur pied des forces de réaction déployables dans les heures qui suivent la survenue d'une catastrophe. L'initiative belge B-FAST prouve que de tels dispositifs sont d'une grande utilité. Une initiative EU-FAST, comme l'ont suggéré plusieurs membres de l'UE en 2003, pourrait être la réponse de l'UE à cette nécessité. Elle garantirait une approche coordonnée et rapide de l'Union en cas de crise humanitaire majeure. Le déploiement d'une équipe de ce type s'effectuerait dans le cadre de la PSDC et serait coordonné par le SitCen de l'UE, comme l'ont été les secours dépêchés par l'UE à la suite du séisme de janvier 2010 en Haïti. Un modèle de coordination et de coopération pourrait être défini sur la base du concept de groupement tactique, et l'équipe devrait pouvoir être déployée dans les heures qui suivent l'annonce d'une grande crise humanitaire.

98. De nombreux enseignements ont été tirés de l'opération EUFOR RD Congo, effectuée en 2006. Le recours aux FST, par exemple, s'est avéré utile et a contribué à la couverture médicale des opérations de reconnaissance et des opérations tactiques telles que l'appui à l'hôpital de campagne de Rôle 2. L'UE doit recenser les FST existantes que les Etats membres seraient prêts à déployer dans le cadre de la PSDC. Ces FST pourraient être combinées avec les unités EU-FAST proposées, de manière à optimiser la rapidité et l'efficacité de leur action tout en évitant les doubles emplois.

99. Outre le recensement ou la classification des unités FST et EU-FAST, il conviendrait de mettre au point des options de transport aérien stratégique en complément des plans d'urgence habituels qui sont nécessaires pour mettre en œuvre les procédures d'urgence. Il faudrait donc suivre un modèle analogue au système de rotation des groupements tactiques pour désigner l'Etat membre responsable du transport aérien. Le caractère humanitaire de l'assistance fournie dans le cadre d'une GCH implique que la décision de déployer des unités EU-FAST soit prise de manière prompte et efficace.

100. La formation, les enseignements à tirer et l'expérience sont des éléments essentiels du développement d'une coordination optimale entre les Etats membres dans le domaine médical. L'existence du Centre d'excellence pour la médecine militaire de l'OTAN et le fait qu'il soit ouvert aux pays alliés et partenaires font de lui un outil précieux à cet égard. L'UE et l'OTAN devraient élaborer des modules communs dans le cadre de la PSDC. Des exercices communs doivent être organisés dans plusieurs parties du monde de manière à éprouver l'environnement, sous la conduite des Etats membres qui ont le plus d'expérience de la médecine régionale.

101. Comme il a déjà été dit, le facteur coût pose problème. L'Assemblée européenne de sécurité et de défense a mentionné à plusieurs reprises, dans ses rapports, les lacunes du mécanisme ATHENA et la nécessité de procéder à des réformes. Etant donné que les pays contributeurs de troupes doivent régler leur part de coûts communs, leurs propres coûts et ceux des traitements médicaux, tandis que les pays non contributeurs n'ont qu'à payer la part des coûts communs qui leur revient, il serait bon et juste d'ajouter les frais médicaux, y compris sur le long terme, tels que le traitement des troubles de stress post-traumatiques (PTST), aux coûts communs couverts par le mécanisme ATHENA.

102. Si l'on veut développer une coopération et une coordination appropriées entre les forces armées européennes au niveau médical, il faudra mettre en place une structure de dialogue, d'échange d'idées et d'élaboration de stratégie qui comprenne des représentants des militaires des Etats membres de l'UE, des institutions civiles et des organisations gouvernementales et non gouvernementales internationales impliquées dans la coopération médicale afin de déterminer les secteurs où la coopération doit être approfondie, les domaines de satisfaction mutuelle et un mécanisme approprié de coopération et d'échange d'idées.

LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION

Président

M. Doug HENDERSON, MP (UK) (Soc)

Vice-présidents

M. Pasquale NESSA (IT) (Fed)

M. Andrea RIGONI (IT) (Lib)

Membres titulaires

Mme Ine AASTED-MADSEN-van STIPHOUT (NL) (Fed)

M. Mircea Marius BANIAS (RO) (Fed)

Mme Maria de BELÉM ROSEIRA (PT) (Soc)

M. Tim BOSWELL, MP (UK) (Fed)

M. Federico BRICOLO (IT) (Fed)

M. Christopher CHOPE, MP (UK) (Fed)

M. Klaas DE VRIES (NL) (Soc)

Dr. Matyas EÖRSI (HU) (Lib)

M. Michael GLOS, MdB (DE) (PPE/DC)

Mme Françoise HOSTALIER (FR) (Fed)

Mme Liana JANACKOVA (CZ) (Fed)

M. Reijo KALLIO (FI)

M. Leon KIERES (PL) (Fed)

M. Tarmo KOUTS (EE) (Fed)

M. Ertugrul KUMCUOGLU (TR) (Fed)

M. Raymond LUCA (RO)

M. Jovan MANASIJEVSKI (MK) (Lib)

M. Waclaw MARTYNIUK (PL)

M. Patrick MORIAU (BE) (Soc)

M. Alejandro MUNOZ ALONSO (ES) (PPE/DC)

Mme Tuija NURMI (FI) (PPE/DC)

M. Brian O'SHEA (IE) (Lib)

M. Florin-Costin PASLARU (RO) (Soc)

M. Stefan PRAEHAUSER (AT) (Soc)

M. René ROUQUET (FR) (Soc)

M. Marc SPAUTZ (LU) (PPE/DC)

Mme Tineke STRIK (NL) (Soc)

Mme Elke TINDEMANS (BE) (Fed)

M. Konstantinos VRETTOS (GR) (Soc)

M. Ruhi AÇIKGÖZ (TR) (Fed)

M. Ainars BASTIKS (LV)

M. Laurent BETEILLE (FR) (PPE/DC)

Dr. Marton BRAUN (HU) (PPE/DC)

M. Algirdas BUTKEVICIUS (LT) (Soc)

M. Andrzej CWIERZ (PL) (Fed)

M. Nikolaos DENDIAS (GR) (Fed)

M. Jozsef GEDEI (HU) (Soc)

M. Jim HOOD, MP (UK) (Soc)

M. Denis JACQUAT (FR) (Fed)

M. Zmago JELINČIČ PLEMENITI (SI) (Fed)

Mme Birgen KELES (TR) (Soc)

M. Ante KOTROMANOVIC (HR)

M. Karel KRATOCHVILE (CZ)

M. Jean-Paul LECOQ (FR)

Mme Helena MALLOTOVA (CZ) (Fed)

M. Pietro MARCENARO (IT) (Soc)

M. Philippe MONFILS (BE) (Lib)

M. João Bosco MOTA AMARAL (PT) (PPE/DC)

M. Lars MYRAUNE (NO) (Fed)

M. Edward O'HARA, MP (UK) (Soc)

M. Evangelos PAPACHRISTOS (GR)

M. Johannes PFLUG, MdB (DE) (Soc)

M. Rudolf PUCIK (SK)

Mme Marina SCHUSTER, MdB (DE) (Lib)

M. Christoph STRÄSSER, MdB (DE) (Soc)

M. Mehmet TEKELIOGLU (TR) (Fed)

M. Luigi VITALI (IT) (PPE/DC)

Dr. Johann WADEPHUL, MdB (DE) (PPE/DC)

Membres remplaçants

M. Pedro AGRAMUNT FONT DE MORA (ES) (PPE/DC)

M. Pedro AZPIAZU URIARTE (ES) (ni)

Mme Maryvonne BLONDIN (FR) (Soc)

Mme Anne BRASSEUR (LU) (Lib)

M. Erol Aslan CEBECI (TR) (PPE/DC)

M. Vannino CHITI (IT) (Soc)

M. Gianpaolo DOZZO (IT) (Fed)

Earl of DUNDEE (UK) (Fed)

M. Bernard FOURNIER (FR) (PPE/DC)

Mme Angelika GRAF, MdB (DE) (Soc)

Mme Sadije ILJAZI (MK) (Fed)

Mme Charoula KEFALIDOU (GR)

Lord ANDERSON of SWANSEA (UK) (Soc)

M. Jan BABOR (CZ) (Soc)

Mlle Juliette BOULET (BE)

M. Costica CANACHEU (RO) (Fed)

M. Behic CELIK (TR) (Fed)

Mme Claire CURTIS-THOMAS, MP (UK) (Soc)

M. Daniel DUCARME (BE) (Lib)

M. Paul FLYNN, MP (UK) (Soc)

M. Herbert FRANKENHAUSER, MdB (DE) (Fed)

M. Holger-Henrich HAIBACH, MdB (DE) (PPE/DC)

M. Michail KATRINIS (GR)

M. Haluk KOC (TR) (Soc)

M. Jozef KOCHAN (CZ) (Fed)
M. Jean-Pierre KUCHEIDA (FR) (Soc)
M. Geert LAMBERT (BE) (Soc)
M. Gheorghe MARCU (RO)
M. Andrius MAZURONIS (LT)
Mme Federica MOGHERINI REBESANI (IT) (Soc)
M. Mark OATEN, MP (UK) (Lib)
Mme Sona PAUKRTOVA (CZ)
Mme Adoración QUESADA BRAVO (ES) (Soc)
M. François ROCHEBLOINE (FR) (PPE/DC)
M. Witold SITARZ (PL) (Fed)
M. Giacomo STUCCHI (IT) (Fed)
M. Mustafa UNAL (TR) (Fed)
M. Emil VESTENICKY (SK)
M. Grzegorz WOJCIECHOWSKI (PL) (Fed)

M. Tiny KOX (NL) (Soc)
M. Jaakko LAAKSO (FI) (Soc)
M. Markku LAUKKANEN (FI) (Lib)
M. Krzysztof MATYJASZCZYK (PL)
M. Jean-Claude MIGNON (FR) (PPE/DC)
M. Thomas NORD, MdB (DE)
M. Remzi OSMAN (BG) (Lib)
M. Lluís Maria de PUIG (ES) (Soc)
M. Neculai REBENCIUC (RO)
M. Giuseppe Ferruccio SARO (IT) (Fed)
M. Joachim SPATZ, MdB (DE) (Lib)
M. Noel TREACY (IE) (Soc)
M. Miltiadis VARVITSIOTIS (GR) (Fed)
M. Harm-Everta WAALKENS (NL) (Soc)

