

Appui médical en première ligne en Afghanistan



ERIC MERGNY

Diplômé de l'UCL en 1990, le médecin lieutenant-colonel Eric Mergny devient médecin à la brigade para-commando entre 1994 et 2003. Spécialiste en médecine d'urgence, il occupe actuellement la fonction de chef du département intervention à l'hôpital militaire Reine Astrid.

De Belgische militairen die in het kader van de ISAF-missie ingezet zijn te Kunduz in Afghanistan, krijgen permanent de steun van een Belgisch medisch detachement. Deze medische steun is niet alleen ten behoeve van de Belgen in het kader van hun opdracht als mentors van een bataljon van het Nationale Afghaanse leger maar ook ten behoeve van een Duits militair hospitaal van Role II dat ter plaatse ingericht werd. Als spoedarts heeft luitenant-kolonel geneesheer Eric Mergny het hier over zijn ervaringen in dat kader. Zo beschrijft hij de meerwaarde die kan volgen uit nieuwe vormen van synergie in het bijzonder bij incidenten in de gevechtzone.

Engagé à Kunduz en Afghanistan dans le cadre de la mission ISAF de mai à juin 2011 en tant que médecin spécialiste en médecine d'urgence, en appui au détachement OMLT belge fourni en grande partie par le bataillon 12-13 de ligne de Spa (12-13 Li), j'ai eu l'occasion de collaborer avec des confrères allemands au sein du *NATO Role II* de Kunduz, hôpital de campagne destiné à prendre en charge les blessés au combat qu'ils soient membres de la coalition alliée ou combattants de l'Armée nationale afghane (ANA).

La préparation à cette mission m'a paru essentielle afin d'être en mesure de répondre au mieux aux exigences tant opérationnelles que médicales d'une

telle mission effectuée dans un environnement dangereux. D'un point de vue purement personnel, une expérience d'une vingtaine d'années dans différents services d'urgence tant civils que militaires complétée récemment par différents cours suivis à l'ULB – se rapportant spécifiquement aux dernières techniques recommandées de prise en charge de traumatisés graves en milieu préhospitalier – m'a paru cadrer parfaitement avec le niveau de préparation médicale exigé.

L'autre volet, la préparation physique et militaire, n'est certainement pas à négliger. Il va sans dire que la réussite des TMAP (tests militaires d'aptitude physique) et des tests de combat ne représente qu'un préalable indispensable. Seule une participation active aux différents exercices de mise en condition organisés par le 12-13 Li m'ont permis de me familiariser avec les drills de base à appliquer sur le terrain : débarquement des véhicules, progression de section, réaction au feu, etc. Cette phase est également nécessaire car elle permet au médecin d'apprendre à connaître le personnel appuyé, point essentiel qui facilite grandement non seulement l'intégration dans l'unité mais également le développement d'une confiance mutuelle.

Durant ces périodes d'entraînement en commun, il m'a paru indispensable d'organiser des modules de formation médicale destinés tant aux secouristes de la composante Terre qu'aux infirmiers ou encore aux ambulanciers. Le but poursuivi était ici de créer les automatismes que seuls les drills médicaux permettent lorsque le personnel est placé en contexte d'incident opérationnel, c'est-à-dire quand un homme est touché. J'ai donc organisé un certain nombre d'exercices, sous forme de mises en situation, intégrés dans des exercices tactiques sur les stands de tir pour les rendre les plus réalistes possible et pour permettre l'implication de l'ensemble de la section : c'est dans ces moments délicats que chacun a un rôle à jouer.

Cette formation pratique a été précédée d'un enseignement théorique orienté vers la prise en charge des victimes en milieu préhospitalier. En me basant sur la littérature médicale et les différentes formations que j'avais moi-même suivies, j'ai élaboré sous forme de protocole des procédures précises à appliquer sur le terrain en fonction du traumatisme rencontré. Cette démarche permet de clarifier et d'homogénéiser les connaissances de chacun afin que les gestes médicaux posés soient les plus indiqués en situation d'urgence médicale.

Sur place en Afghanistan, ma mission principale a donc été d'assurer avec l'aide de deux infirmiers et quatre ambulanciers l'appui médical au profit du

détachement belge. J'assurais journalièrement les consultations et effectuais tout acte médical permettant de maintenir le personnel apte à remplir sa mission. Je conseillais également le chef de corps du détachement OMLT dans l'élaboration du plan d'appui médical lors des missions menées en dehors de la base *Provincial Reconstruction Team (PRT)* de Kunduz.

117

Profitant également de l'expérience de mes collègues allemands et dans le but de garantir en toutes circonstances un appui médical immédiat et efficace à notre détachement dans ses déplacements hors du plateau de Kunduz – zone sécurisée du PRT –, j'ai élaboré une chaîne de soins continue.

Premier maillon : un à deux secouristes au sein de la section d'infanterie (*Team*) engagée hors plateau, renforcée par un infirmier prêt à suivre le détachement à pied le cas échéant ou restant en permanence à proximité.

Second maillon : une ambulance blindée (de type MPPV) au sein de la colonne de véhicules avec deux ambulanciers et le médecin. Cette configuration permet de garantir une prise en charge immédiatement efficace de tous types de blessés dès qu'un incident se produit (*Point of Injury*) : extraction de la zone dangereuse, application des protocoles médicaux standards enseignés lors de la préparation d'abord par les secouristes, rapidement aidés par l'infirmier pré-





sent au sein de la section, lui même apte à poser, grâce à sa formation en aide médicale urgente, les gestes de survie avancés.

Dans un deuxième temps, l'équipe médicale avec le médecin placée dans la colonne, toujours à proximité, est en mesure d'intervenir rapidement et de poser les gestes de survie plus complexes parfois indispensables à la stabilisation de l'état du blessé.

Enfin, l'évacuation médicale classique se fait le plus souvent pour les membres de la coalition alliée par les hélicoptères MEDEVAC de type *Black Hawk* américains, placés en stand by au PRT de Kunduz et en mesure d'acheminer les blessés vers l'hôpital de campagne (rôle II) en moins d'une heure.

Cette façon de procéder – une chaîne continue avec un appui médical spécialisé de proximité quasi immédiate – reste la meilleure façon d'augmenter les chances de survie d'un blessé critique en permettant sa stabilisation et son évacuation dans les meilleures conditions possible.

Parallèlement à cette mission spécifique d'appui au profit du détachement OMLT belge, j'ai également travaillé avec les confrères allemands au sein du *NATO Role II* de Kunduz. Une collaboration entre nos deux nations au profit de tous

a été rapidement mise sur pied. L'accueil fut immédiatement enthousiaste car l'équipe médicale allemande ne disposait pas à l'époque d'un spécialiste en médecine d'urgence. Après quelques semaines de travail dans l'hôpital, la supervision d'une des trois salles d'urgence m'a été confiée par le médecin directeur de l'hôpital de Kunduz.

L'hôpital disposait alors de deux équipes médicales, une équipe allemande avec deux chirurgiens, deux anesthésistes et un généraliste ainsi qu'une équipe américaine fournie par l'*US Navy* comprenant deux chirurgiens, un anesthésiste et un généraliste. Mon arrivée a permis l'ouverture d'une troisième salle d'urgence en fonction de mes disponibilités par rapport à ma mission principale d'appui médical au détachement belge. Nous pouvions également compter sur l'aide d'un généraliste de l'armée néerlandaise en cas d'afflux massif de blessés. Dans ce cas les équipes étaient réparties comme suit :

- Salle 1 : l'équipe médicale allemande avec un des deux anesthésistes jouant le rôle de *trauma leader* ;
- Salle 2 : l'équipe médicale américaine avec le chirurgien traumatologue jouant le rôle de *trauma leader* ;
- Salle 3 : une équipe plus hétéroclite composée d'un médecin allemand, un médecin néerlandais et moi-même dans le rôle de *trauma leader*.

En cas d'annonce d'afflux de blessés, le personnel était rappelé par radio portable et les salles d'urgence étaient ouvertes. La mission de cet hôpital de première ligne est de faire un bilan rapide des lésions, de les stabiliser, soit en salle d'urgence même, soit en salle d'opération, par un geste chirurgical aussi rapide que possible, pour permettre ensuite l'évacuation vers une institution médicale plus conséquente, dotée de matériel et de médecins spécialisés où un traitement plus complet des lésions peut être entrepris.

En dehors de ces événements aigus, l'hôpital civil afghan de Kunduz nous sollicitait régulièrement pour prendre en charge des blessés adultes ou des enfants, victimes d'attentats, d'accidents de la route ou domestiques. Nous avons notamment soigné, durant plusieurs semaines, des enfants victimes de brûlures sévères. Ces enfants ont pu bénéficier de greffes de peau limitant au maximum les séquelles souvent importantes de ces accidents tragiques, condition indispensable pour leur permettre de mener par la suite une vie normale. Dans les faits, nous étions fréquemment amenés à opérer des fractures complexes, à explorer et suturer des plaies profondes ou à effectuer des greffes de peau.



Sans être chirurgien de formation, cette expérience sur le tas en salle d'opération m'a dès lors permis de me familiariser avec un certain nombre de techniques chirurgicales et d'élargir mon expérience de médecin urgentiste. Ces deux mois passés en Afghanistan ont été extrêmement enrichissants tant sur le plan professionnel que humain. Un certain nombre d'enseignements me paraissent toutefois essentiels.

La préparation physique et opérationnelle personnelle est très importante. Que l'on soit médecin ou personnel médical déployé en milieu hostile sur terrain, il est essentiel d'être capable d'y évoluer le plus professionnellement possible tant pour sa propre sécurité que pour celle de ses camarades.

Une chaîne des secours optimisée passe par une répartition judicieuse du personnel médical ou secouriste sur le terrain, ce qui favorise la prise en charge immédiate et adéquate des blessés graves. La mise au point de protocoles médicaux standardisés et connus du personnel médical assure la cohérence maximale dans l'intervention et augmente grandement les chances de survie des blessés.

L'expérience en médecine d'urgence et la formation spécifique à la prise en charge de traumatisés graves est un préalable important : elle m'a permis de prendre en charge dans les règles de l'art tous les blessés qui ont transité par les

salles d'urgence de l'hôpital de campagne de Kunduz. L'expérience acquise au sein de l'hôpital allemand de Kunduz ne peut se forger dans les services d'urgence en Belgique qui ne sont pas confrontés aux blessures de guerre, traumatismes qui ne se rencontrent que rarement chez nous.



Mots clés : médecine d'urgence, préparation opérationnelle,
protocoles pour urgentistes, chaîne médicale de secours