

SOMALIE : L'ARMÉE FRANÇAISE ET L'AIDE MÉDICALE HUMANITAIRE

C. THOMAS

Actuellement, en divers points du globe, dans le cadre des opérations extérieures, des personnels du Service de Santé assurent le soutien médical des Forces Françaises engagées.

Sous l'égide des Nations-Unies, dès le mois de décembre 1992, dans le cadre de l'opération "Restaure Hope", des troupes françaises ont été déployées en Somalie, d'abord à Mogadiscio puis, début 1993, dans la province d'Hoddur à 250 kilomètres au nord-ouest de la capitale. A partir du mois de mai 1993, les éléments français ont été redéployés dans la province de Baïdoa à 110 kilomètres au sud d'Hoddur dans le cadre de l'Organisation des Nations-Unies en Somalie (ONUSOM). La figure 1 permet de situer les deux zones d'action des Forces Françaises, d'abord dans la province d'Hoddur au nord puis dans la province de Baïdoa au sud.

La mission des Forces des Nations Unies a été de permettre l'acheminement de l'aide humanitaire et de restaurer la sécurité dans cette région de la corne de l'Afrique dévastée depuis deux ans par une guerre civile meurtrière source de migrations de populations et de famine. Le Service de Santé des Armées, outre son action au profit des militaires français a toujours eu pour tradition de prodiguer des soins aux populations des pays où nos Forces étaient amenées à intervenir. Au plan de l'éthique médicale cette attitude est une évidence. C'est donc tout naturellement qu'une aide humanitaire a été fournie en Somalie.

Ce travail a pour simple but de montrer quelle a été la nature de l'aide humanitaire apportée, les moyens techniques qui l'ont permise et les résultats sur une période de quatre mois, du 1^{er} avril au 12 août 1993.

NATURE ET MOYENS DE L'AIDE HUMANITAIRE.

Les objectifs du Service de Santé résidaient d'une part dans la prise en charge des malades lorsqu'il n'existait aucune structure de soins, d'autre part dans le soutien de l'action des Organisations Non Gouvernementales (ONG) déjà implantées en Somalie.

- Travail du Service de Santé des Forces Françaises de l'ONUSOM II (C.T., Docteur en Médecine du SSA, Médecin-chef de l'ONUSOM, Conseiller Santé auprès du Commandement de la Légion Etrangère), Aubagne, France.

- Correspondance : C. THOMAS, 1er R.E., Quartier VIENOT, 13400 Aubagne, France.

- Article sollicité.

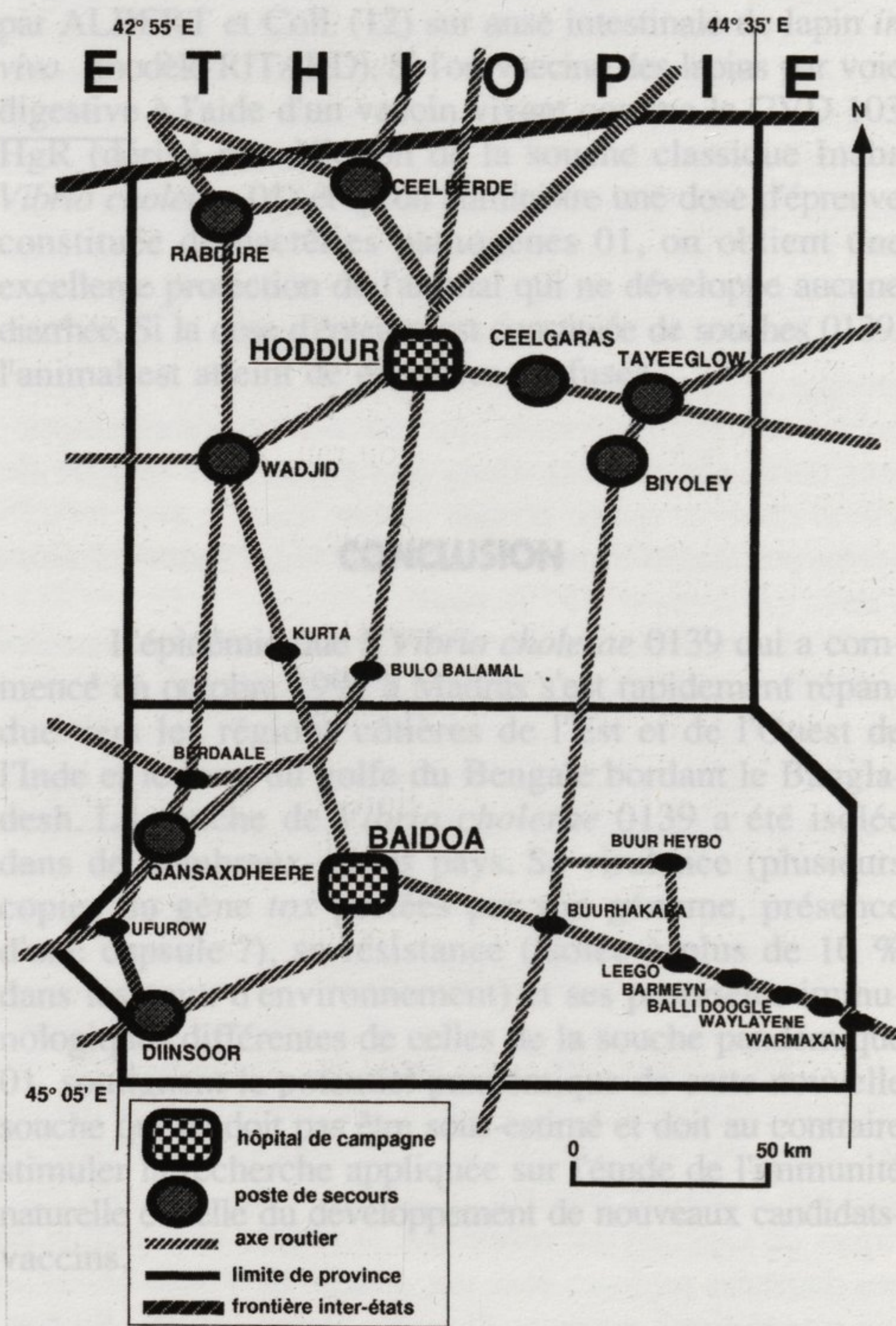


Figure 1 - Zone de déploiement du contingent français.

La prise en charge des malades s'est déroulée toujours selon la même séquence. La guerre civile en Somalie a entraîné la fermeture voire la destruction de toutes les structures sanitaires existantes. Un poste de secours a été déployé en soutien d'une unité militaire française dans les localités où il n'y avait pas de structure sanitaire permanente assurée par une ONG. La population s'est rapidement rendue compte que nos unités étaient médicalisées et les malades ont afflué. Dans un premier temps, afin de répondre à cette demande, le dispensaire abandonné ou détruit a été réhabilité. Les infirmiers et les auxiliaires de santé somaliens ont été recherchés pour participer aux soins et se recycler. Les consultations et les soins ont ensuite pu débuter. Ultérieurement, les personnels de santé somaliens et les dispensaires rénovés devaient être pris en compte par l'ONU. C'est ainsi que six dispensaires ont été réactivés dans la région d'Hoddur jusqu'au

début mai 1993. Ensuite, après le redéploiement du contingent français dans la région de Baïdoa, deux dispensaires ont fonctionné à Diinsoor et Qansaxdheere.

Le soutien aux ONG, elles-mêmes essentiellement implantées dans les villes, a consisté en une aide en moyens matériels et en personnels. Cette action a toujours été complémentaire de l'action des ONG. C'est ainsi qu'à Hoddur, l'antenne chirurgicale française était la seule structure dans toute la province à pouvoir opérer et donc traiter tous les cas chirurgicaux de la région. De plus, le dispensaire de Médecins Sans Frontières était dirigé par une infirmière qui demandait régulièrement l'avis des médecins du détachement pour des problèmes dépassant ses compétences et ses possibilités. Cette aide consistait principalement à apporter des soins à des enfants et à des femmes. De même à Baïdoa une aide chirurgicale a été pratiquée à la demande des ONG et des médecins des dispensaires.

Les moyens en personnels et en matériels étaient adaptés aux missions de soutien des Forces mais aussi à l'aide humanitaire prévisible dans ce contexte.

* Les personnels du Service de Santé représentaient 4 % de l'effectif du détachement fort de 1100 personnels. L'effectif se composait de 9 médecins, 1 dentiste, 17 sous-officiers, 16 militaires du rang en majorité auxiliaires sanitaires.

* Les moyens techniques mis en place répondaient à plusieurs nécessités :

- le détachement d'un poste de premier secours auprès de chaque compagnie pour permettre une prise en charge médicalisée aussi précoce que possible des blessés et des malades;

- des moyens d'évacuations sanitaires adaptés, en particulier par voie aérienne, dans le même but;

- un hôpital de campagne pour que soit rendu possible un traitement chirurgical rapide et adapté.

Les postes de secours étaient au nombre de 3 (un par compagnie). Ils étaient commandés par un médecin et autonomes sur le plan des personnels, des matériels et des véhicules ce qui a permis un emploi très souple en fonction des impératifs. Chaque poste comprenait un médecin, un sous-officier infirmier et trois auxiliaires sanitaires. Au niveau de chaque poste, on disposait d'un véhicule léger tout terrain équipé radio (modèle P4 Peugeot), d'un véhicule sanitaire qui était soit une ambulance tout terrain (modèle VLRA) soit un véhicule de l'avant blindé sanitaire et d'un véhicule poids lourd d'allègement pour le transport des matériels et des médicaments. L'autonomie de chaque poste de secours en matériels consommables et en médicaments était de quinze jours; l'équipement en dotation permettait une action humanitaire immédiate.

Les moyens d'évacuation sanitaire ont été utilisés au profit des blessés et malades somaliens. La nature des blessures, en particulier par balles, a souvent nécessité après les premiers soins d'urgence, un traitement chirurgical complémentaire. En fonction de l'urgence et du traitement à entreprendre, les blessés ou les malades étaient évacués par voie routière ou aérienne. Les évacuations par voie routière étaient à la charge du poste de secours avec son véhicule sanitaire sous surveillance médicale constante adaptée. Les évacuations sanitaires primaires par voie aérienne ont été effectuées par le Détachement de l'Aviation Légère de l'Armée de Terre (DETALAT) basé sur l'aéroport de Hoddur puis de Baïdoa. Un poste de secours était déployé au DETALAT. Il se composait d'un médecin et de deux infirmiers spécialisés qui étaient préparés à ces missions de convoyage médicalisé. Un hélicoptère PUMA était en alerte permanente à moins de 30 minutes le jour et à moins d'une heure la nuit. Les blessés ou malades étaient adressés à l'hôpital de campagne. Les évacuations secondaires après traitement et conditionnement se faisaient sur l'hôpital militaire français de Djibouti

Tableau I - L'hôpital de campagne : personnels et moyens.

Secteurs	Personnels	Capacité - Moyens
Soins intensifs	1 Anesthésiste réanimateur 2 Infirmiers aide-anesthésistes	4 Lits de soins intensifs 1 Cellule d'accueil des Urgences (triage)
Secteur chirurgical	1 Chirurgien viscéral 1 Chirurgien orthopédiste 1 Equipe chirurgicale	1 Bloc aseptique climatisé 1 Bloc septique 10 lits d'hospitalisation
Secteur médical	1 Médecin 2 Infirmiers	1 Cellule sans consultations 10 Lits d'hospitalisation
Cabinet dentaire	1 Dentiste	1 Appareil dentaire de campagne
Cellule Radiologie	1 Aide manipulateur radiologiste	1 Appareil de radiographie de campagne pour radiographies sans préparation
Cellule Ravitaillement sanitaire	1 Sous-officier 1 Auxillaire sanitaire	Matériels et médicaments au profit de l'hôpital et des postes de secours
Laboratoire de campagne	1 Aide laborantin	1 Conteneur climatisé pour examens standards de base
Secteur humanitaire	2 Infirmiers	20 Lits d'hospitalisation pour soins aux post-opérés et aux malades somaliens

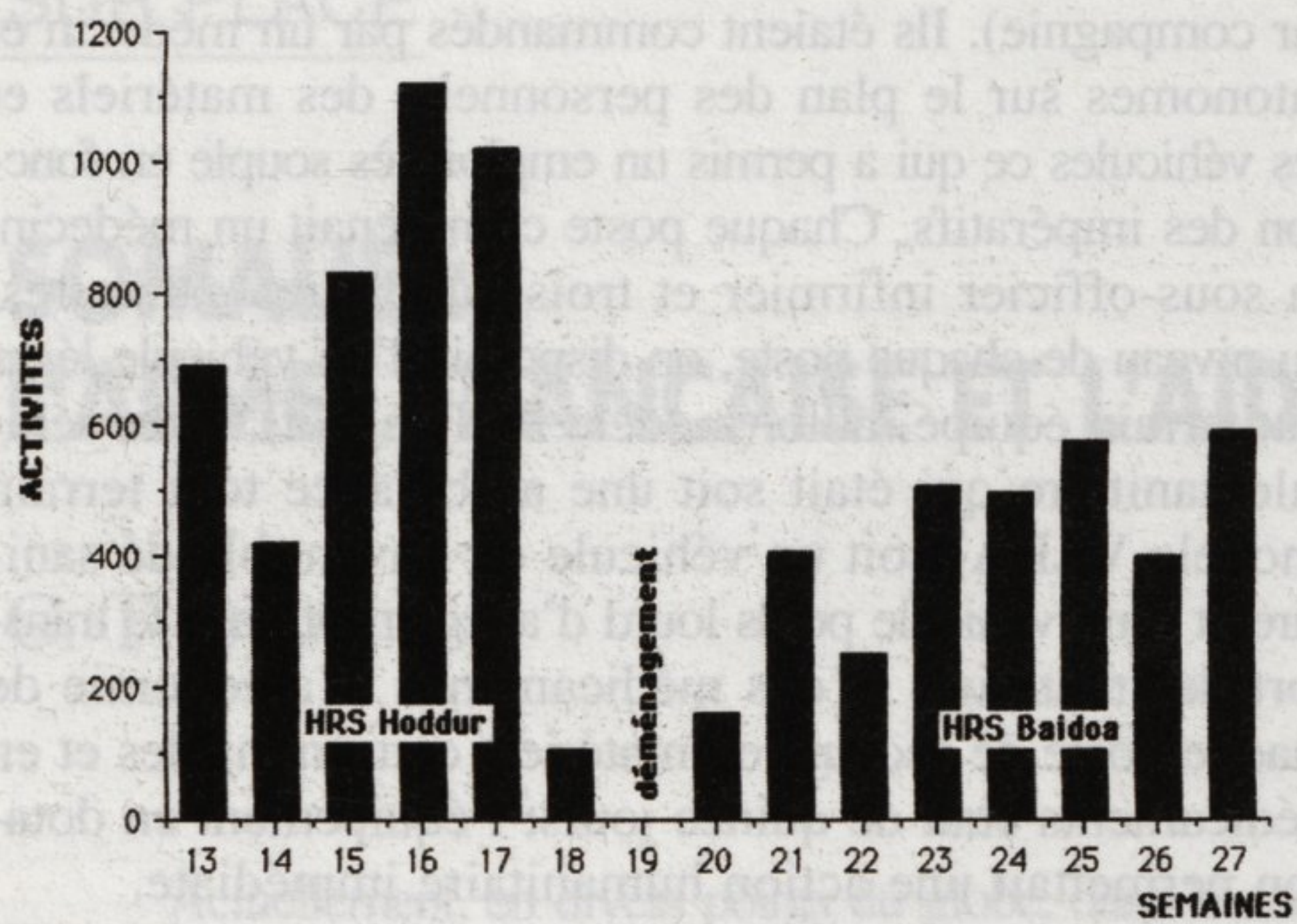


Figure 2 - Activité médicale au profit de la population somalienne

par avion C160 TRANSAL médicalisé (2 H 20 de vol) ou sur les hôpitaux de campagne suédois et américain de Mogadiscio par hélicoptère PUMA médicalisé (1 H de vol). Au total, du 1^{er} avril au 12 août 1993, 33 évacuations sanitaires par voie aérienne ont été effectuées au profit des blessés et malades somaliens.

Les hôpitaux de campagne se situaient d'abord à Hoddur au nord puis à Baïdoa au sud. A Hoddur, à proximité de la piste d'aviation, étaient déployés une antenne chirurgicale aérotransportable, un point d'évacuation par voie aérienne, une cellule de ravitaillement sanitaire et un cabinet dentaire de campagne. Sur l'aéroport de Baïdoa, un hôpital de campagne a été constitué par le regroupement des moyens précédents initialement séparés pour offrir une capacité d'accueil de 24 lits et permettre au minimum huit interventions chirurgicales par jour pour répondre aux standards imposés par l'ONUSOM définissant un ensemble médico-chirurgical de campagne. Son effectif se composait de 5 officiers du Service de Santé, 10 sous-officiers infirmiers, 3 militaires du rang auxiliaires sanitaires. Le tableau I détaille la sectorisation, les capacités et les moyens de cet hôpital prévu pour le soutien médical de 1100 militaires. Il avait une capacité opératoire maximum de 10 à 12 urgences absolues et pouvait trier et mettre en condition d'évacuation 100 blessés par jour avec une autonomie de fonctionnement de 48 heures. De plus, il était autonome pour le transport de ses matériels et possédait plusieurs véhicules sanitaires d'évacuation.

Les moyens en médicaments étaient de deux origines. Pharmaciens Sans Frontières nous a aidé gracieusement à partir de son dépôt de Djibouti. L'UNICEF nous a également aidé en médicaments pédiatriques et à visée nutritionnelle. Un dépôt de médicaments laissé par une ONG à Diinsoor a été un apport complémentaire important. Sans ces médicaments en particulier à usage pédiatrique et gynécologique, l'aide humanitaire dispensée aurait été plus difficile. Le volume et la qualité de ces ravitaillements a couvert plus de 80 % de nos besoins. Le Service de Santé a contribué à ces moyens pour tout ce qui est de nature chirurgicale et anesthésique.

Ainsi, les moyens mis en place par le Service de Santé des Armées ont permis une chaîne médicale de traitement complète, adaptée aux missions imparties et d'un niveau technique très satisfaisant.

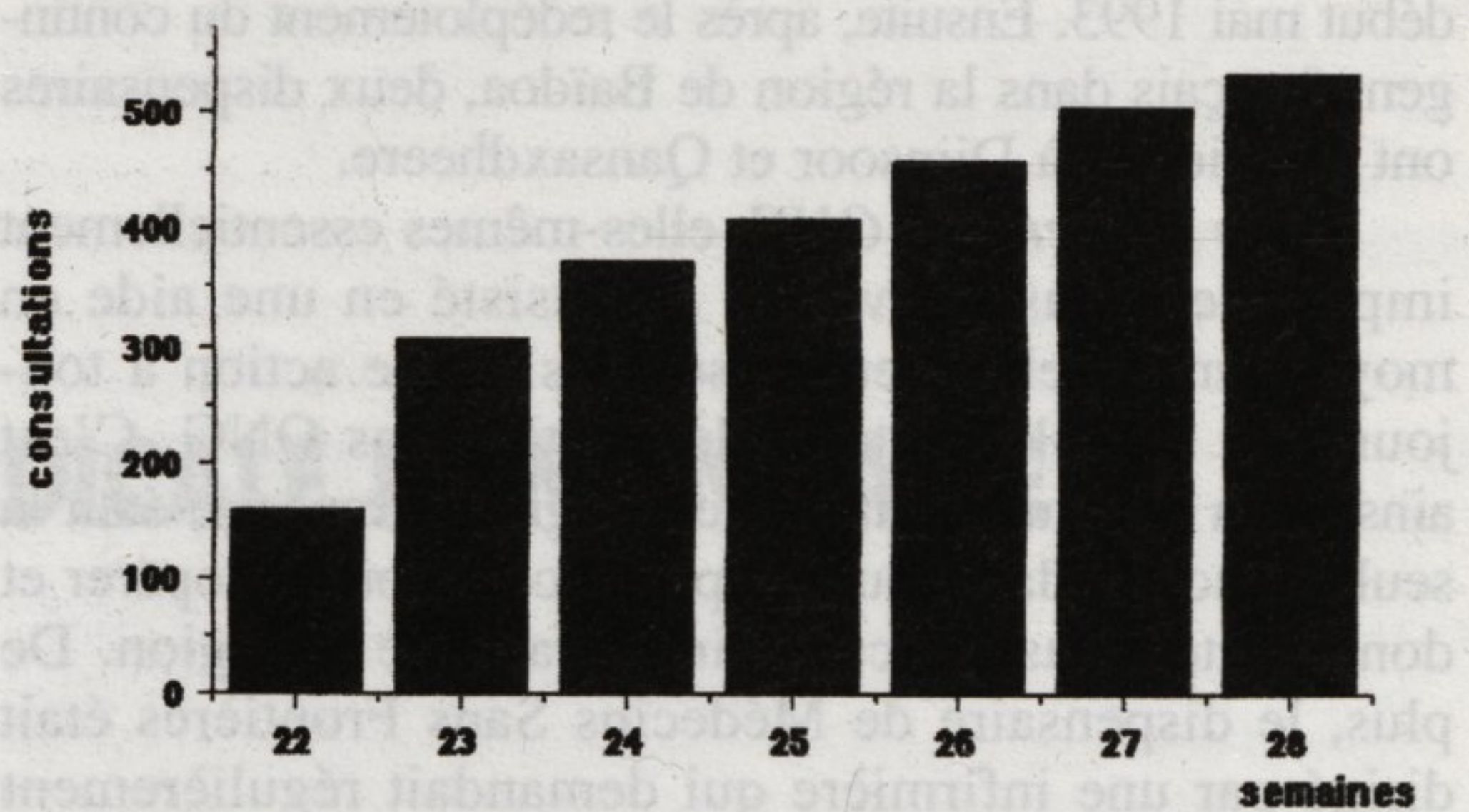


Figure 3 - Dispensaire de Qansaxdheere : nombre de consultations

L'ACTIVITE DE SOINS REALISEE AU PROFIT DES POPULATIONS SOMALIENNES.

L'activité médicale a été très importante dans la province d'Hoddur où six dispensaires ont fonctionné à Wajid, Rabdur, Ceel Berde, Tayeeglow, Ceel Garas et Biyoley (Figure 1). Dans la province de Baïdoa, un dispensaire sur deux a été réactivé avec une activité importante à Qansaxdheere et Diinsoor. C'est ainsi que du 1^{er} avril au 12 août 1993, 9500 consultations ont été effectuées (Figure 2). Cette figure montre l'intensité de l'activité médicale de la 13^{ème} à la 17^{ème} semaine qui correspondait au fonctionnement des six dispensaires de la région d'Hoddur. De la 18^{ème} à la 20^{ème} semaine, le contingent français a été redéployé dans la province de Baïdoa ce qui explique la quasi-disparition de l'activité médicale qui a ensuite réaugmenté régulièrement du fait de la réouverture de deux dispensaires dans cette province. A titre d'exemple, la figure 3 montre l'activité médicale du dispensaire de Qansaxdheere réactivé à la mi-mai 1993; on remarque l'augmentation régulière des consultations due en particulier à la venue de plus en plus importante des patients habitant les villages des alentours.

Sur le plan qualitatif et sur l'ensemble des dispensaires, la pathologie médicale était essentiellement représentée par :

- des diarrhées et des gastro-entérites infantiles;
- des infections cutanées avec de nombreux cas de gale;
- une pathologie infectieuse pulmonaire et ORL en particulier pédiatrique;
- une recrudescence de la tuberculose;
- des cas de paludisme en particulier au cours de la saison des pluies (en majorité par *Plasmodium falciparum*);
- quelques maladies sexuellement transmissibles (gonococcies et syphilis);
- des cas de malnutrition chez des nouveaux réfugiés à propos desquels il convient de noter que l'action des ONG a été remarquable et a permis de résoudre rapidement le problème de la famine.

A titre d'exemple, la figure 4 détaille la nature et l'importance des principales affections rencontrées au dispensaire de Qansaxdheere; on remarque la part importante prise par les affections dermatologiques dues à une hygiène défectueuse et par les maladies transmissibles.

L'activité chirurgicale a également été très importante aussi bien dans les provinces d'Hoddur que de Baïdoa (Figure 5). A Hoddur, les post-opérés étaient pris

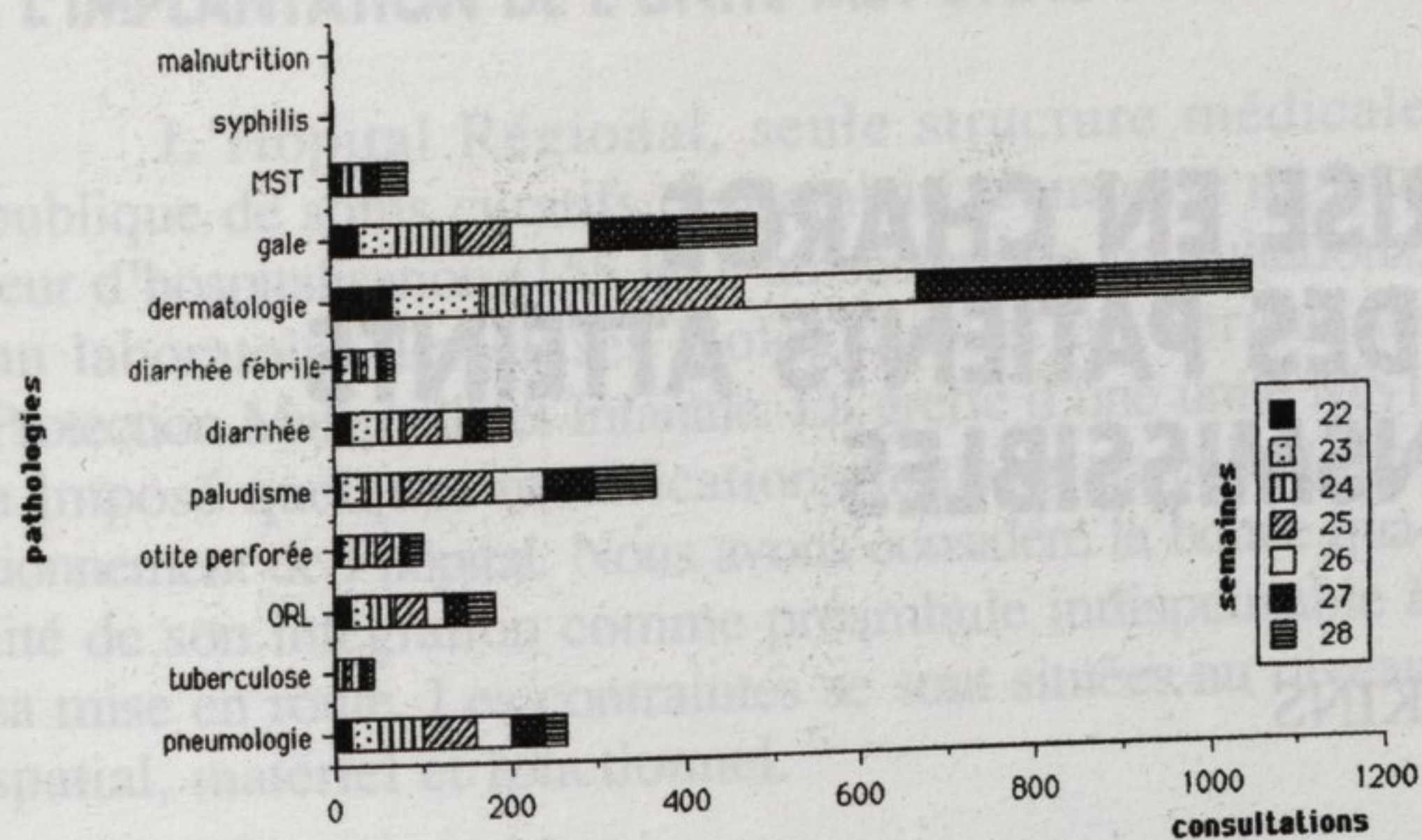


Figure 4 - Dispensaire de Qansaxdheere. : principaux motifs de consultation.

en compte par le dispensaire de Médecins Sans Frontières et l'antenne chirurgicale était la seule structure pouvant opérer dans la région ce qui explique l'intensité de l'activité chirurgicale enregistrée jusqu'en mai 1993. Par contre à Baïdoa, il a fallu créer un secteur d'hospitalisation séparé de 20 lits pour les Somaliens. La nourriture de ces malades a été fournie par les ONG. Une activité conjointe a été pratiquée avec les chirurgiens d'International Medical Corps installés à l'hôpital de Baïdoa. Sur le plan qualitatif, la pathologie chirurgicale était essentiellement une pathologie traumatique par armes à feu et accidentelle par accident de la circulation routière. Elle est détaillée sur le tableau II. Celui-ci révèle que sur 279 interventions chirurgicales, 74,7 % d'entre elles concernaient des urgences chirurgicales absolues ou relatives tandis que 25,3 % concernaient la chirurgie réglée. Il convient d'ajouter à cette activité 117 cas de soins intensifs ou de reprises chirurgicales sous anesthésie générale ou loco-régionale.

Tableau II - Activité chirurgicale qualitative réalisée au profit de la population somalienne

Type	Nombre	Nature
Urgences absolues	104	62 Blessés par balles
		14 Blessés par armes blanches
		28 Urgences abdominales
Urgences relatives	104	54 Infections nécessitant un geste opératoire
		32 Traumatismes nécessitant une réduction ou une manœuvre de contention sous AG
		9 Cas gynécologiques
		5 Traitements chirurgicaux de brûlures
		4 Morsures de serpents
		Chirurgie réglée
		19 Hernies inguinales et hydrocèles
		6 Cas d'orthopédie réglée
		6 Affections urologiques
		4 Noma
Activité totale	279	

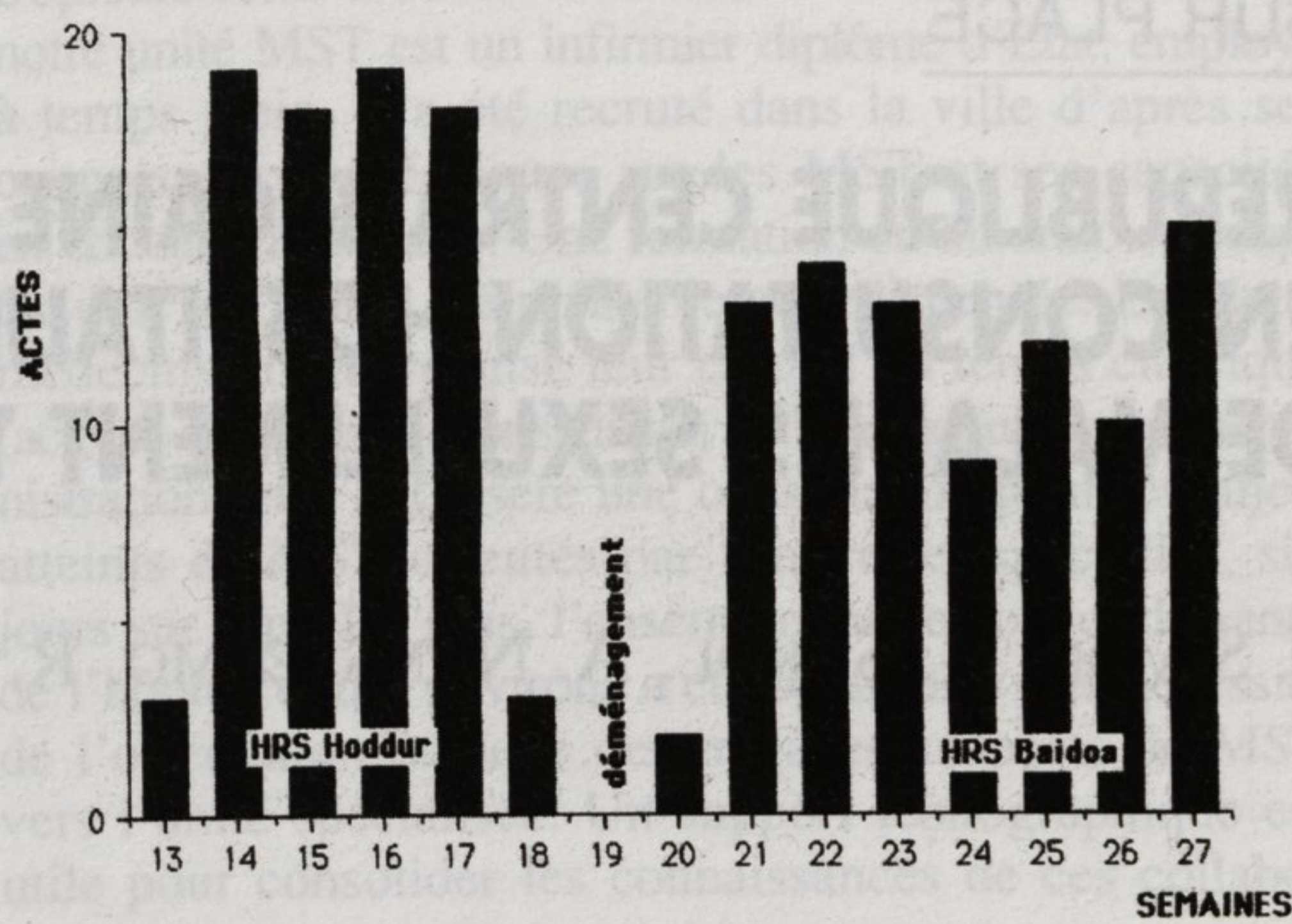


Figure 5 - Activité chirurgicale au profit de la population somalienne.

CONCLUSION

L'aide humanitaire médicale au profit des populations somaliennes a été significative, efficace et valorisante pour les personnels du Service de Santé. Elle a contribué d'une manière non négligeable à donner une bonne image de l'Armée Française et de la France.

Les relations avec les différentes ONG présentes ont toujours été empreintes de confraternité et de respect mutuel avec pour seul objectif une coopération efficace au seul profit des populations somaliennes. La poursuite de cette action après le retrait du contingent français de l'ONUSOM reste posée. Il était prévu que les services de l'ONU prennent ultérieurement en compte les dispensaires et les personnels de santé somaliens...