



HAL
open science

L'impact des lois japonaises sur la sécurité nationale sur l'organisation du système de santé militaire

Eric Seizelet

► **To cite this version:**

Eric Seizelet. L'impact des lois japonaises sur la sécurité nationale sur l'organisation du système de santé militaire. *Asia focus*, 2017, 44. halshs-02896407

HAL Id: halshs-02896407

<https://shs.hal.science/halshs-02896407>

Submitted on 10 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'impact des lois japonaises sur la sécurité nationale sur l'organisation du système de santé militaire

par
Eric Seizelet*

Introduction

En septembre 2015, le Parlement japonais adoptait un paquet de mesures législatives reconnaissant le principe de l'autodéfense collective, ouvrant la possibilité pour les Forces d'autodéfense japonaises (FAD) de participer plus largement à des opérations de sécurisation internationale même en dehors de l'ONU, et de prendre part à des opérations de secours *rush and rescue* touchant les ressortissants nationaux, les ONG et les populations civiles menacées ou attaquées par des groupes armés. Ces dispositifs venaient couronner toute une série de mesures mises au point par le PLD au pouvoir, depuis les années 1990, afin de diversifier les missions des FAD, en particulier opérant à l'étranger. L'objectif était de permettre au Japon de prendre sa part de responsabilité dans la stabilisation de l'ordre international après la fin de la guerre froide, de renforcer l'alliance militaire avec les Etats-Unis, de mieux gérer les situations de crise pouvant conduire à un conflit armé et de mettre en place un «pacifisme pro-actif» qui se déprenne de l'immobilisme et de l'impuissance politique auxquels une lecture étroite des contraintes constitutionnelles – qui faisaient obstacle à la reconstitution de la puissance militaire de l'archipel – le condamnait. En d'autres termes, le temps était venu de « faire passer la *Jieitai* d'une force qui existe à une force qui agit¹ ». Ces évolutions avaient été rendues possibles du fait de la vulnérabilité persistante du Japon face à un environnement régional caractérisé par la montée en puissance de la Chine dans tous les compartiments du *hard* et du *soft power*, et le programme nucléaire et balistique nord-coréen, mais aussi par des évolutions de politique intérieure qui avaient conduit à la marginalisation progressive, à la Diète, des forces de gauche rétives à un réalignement de la politique de défense et de sécurité, incompatible, selon elles, avec le dogme du pacifisme constitutionnel.

Le résultat de cette politique d'incrémentation législative et réglementaire répartie sur un quart de siècle fut de sensibiliser davantage l'opinion publique japonaise aux questions de défense, d'asseoir la légitimité des FAD dans le public, qui n'a cessé dans les sondages, de battre des records de popularité. Mais elle a fait naître aussi de nouvelles inquiétudes : la concurrence des nationalismes en Asie orientale et la course aux armements continuent d'alimenter les tensions régionales entre le Japon et ses voisins ; la volonté manifestée par le gouvernement Abe d'œuvrer en faveur de la révision de la Constitution de 1946 fait craindre une liquidation de l'ordre politique dominant, et confortable, qui avait scandé toute la période de l'après-guerre ; les abcès de fixation autour des querelles territoriales comme les *Senkaku* rendent plausibles l'hypothèse d'un incident armé – fortuit ou provoqué – aux conséquences difficilement maîtrisables ; la diversification des missions de FAD à l'étranger dans des zones à la sécurité précaire, comme l'Irak hier, et plus récemment le Soudan du Sud, la nouvelle lecture de l'autodéfense collective depuis 2014, ont réactivé une vieille peur : celle de l'engrenage et de l'entraînement du Japon dans des

Professeur émérite, Université Paris-Diderot, Centre de recherche sur les civilisations de l'Asie Orientale.

¹ Allocution du directeur de l'agence de Défense, M. Ishiba Shigeru, lors de la cérémonie de remise des diplômes à l'Académie de défense, 21 juillet 2004.

conflits auxquels il serait au départ étranger. Et fait naître une nouvelle préoccupation : comment assurer la sécurité des FAD de plus en plus sollicitées dans des opérations extérieures au contexte sécuritaire difficile, et potentiellement plus compromise avec la mise en œuvre du principe d'autodéfense collective ? Ces nouveaux risques ne font pas que mettre à l'épreuve le système militaire santé. Ils appellent des solutions et des réformes qui ont été longtemps différées.

Les FAD et le risque militaire

Intégrer la *Jieitai* est-ce exposer sa vie ? La question peut sembler naïve : un militaire de carrière en opération est, par principe, plus exposé aux risques inhérents à sa condition qu'un civil. Mais la capacité des sociétés occidentales à tolérer la mort au combat tendant à s'éteindre, les gouvernements ont été contraints d'adopter des stratégies de minimisation des pertes, intégrant les aspects communication – dans tous les sens du terme – logistique, matériel, et personnel. Au Japon, jusque dans les années 1990, cette prise de conscience a longtemps fait défaut, sous le double effet anesthésiant du pacifisme constitutionnel et d'une stratégie assumée de non engagement des FAD à l'international.

De façon générale, les soldats sont confrontés actuellement à deux types de risque dans l'accomplissement de leurs fonctions : d'une part les accidents professionnels survenus dans le cours quotidien de la vie militaire – accidents de circulation, à l'entraînement, mauvaise manipulation ou dysfonctionnements d'équipements militaires – d'autre part, les risques encourus dans des missions ou opérations de combat. En temps de paix, l'exposition au premier type de risque est le plus important. En tant de guerre, ou en opérations, l'exposition est surmultipliée par l'accumulation des deux types de risques. Au Japon, le militaire japonais est d'abord confronté au premier type de risque et indirectement au second type. Les statistiques sont à cet égard sans appel : pour s'en tenir à des évaluations relativement récentes, entre 2004 et 2014, les FAD ont eu à déplorer 62 incidents mortels dont 69 tués à l'entraînement, soit 49 pour les Forces terrestres d'Autodéfense, 11 pour les Forces maritimes et 9 pour les Forces aériennes², ce qui représente en moyenne près de sept décès par an. Ce sont donc les Forces terrestres d'autodéfense qui ont payé le plus lourd tribut, dans la majorité des cas des suites d'un infarctus du myocarde consécutif à un entraînement d'endurance. Cette mortalité est six fois supérieure à celle observée au cours de la même période pour d'autres professions à risque telles que les policiers et les pompiers. S'agissant du second type de risques, le cas japonais est tout à fait atypique : d'une part, depuis leur création en 1954, non seulement les FAD n'ont jamais fait la guerre, ce qui distingue le Japon de la plupart des grandes puissances militaires telles que les Etats-Unis, l'URSS, la Chine, la France qui, à un titre ou à un autre, ont été impliquées dans des conflits régionaux, mais elles n'ont pas été engagées – pacifisme oblige – dans des missions ponctuelles de combat. En fait, depuis 1945, la guerre a été bannie de l'inconscient collectif et même après la création des FAD, pour des raisons tant de politique intérieure qu'extérieure, la terminologie est restée extrêmement prudente : ainsi dans la sémantique officielle du ministère de la Défense, on pratique de longue date l'art de la litote : le terme de « circonstances exceptionnelles »,

² Réponse du Premier ministre Abe Shinzô n° 252 du 27 juin 2014 à la question écrite du député du Parti social-démocrate à la chambre des Représentants, M. Teruya Kantoku.

Yûji, désigne les situations de crise pouvant conduire à une guerre ; l'appellation même « Forces d'autodéfense » est symptomatique du phénomène d'euphémisation linguistique qui caractérise la relation au militaire dans le Japon d'après-guerre. Le système des grades est distinct de celui des anciennes armées impériales pour éviter des amalgames fâcheux. Il a fallu attendre 2007 pour que l'agence de Défense soit transformée en ministère de plein exercice. Si, vu de l'extérieur, les FAD constituent indiscutablement une force armée, du côté japonais, on continue à débattre de la question de savoir si cette qualification, *Guntai*, dans la langue japonaise, s'applique aux FAD. Et ce n'est pas un hasard si le gouvernement Abe cherche à mettre un terme à ces discussions byzantines en transformant les FAD en une « armée nationale ». Quant à l'opinion publique japonaise, si elle plébiscite les FAD, c'est davantage pour son investissement dans les opérations de sauvetage en cas de catastrophes naturelles ou de maintien de la paix, que pour sa mission principale, mais abstraite, de défense nationale.

Depuis 1992, date de l'entrée en vigueur de la loi autorisant les FAD à participer, sous conditions, à des activités de maintien de la paix de l'ONU, l'attention des médias et des élites politiques s'est focalisée sur ces opérations extérieures qui mettaient un terme à l'interdiction faite aux FAD de se déployer en dehors de l'archipel. Et c'est essentiellement dans ce cadre que les problématiques de risque et d'exposition sont apparues. Certes les gouvernements successifs ont toujours pris soin de valoriser les dispositifs qui doivent protéger les FAD en les déployant en « zones arrière », pour des activités de soutien logistique et non combattantes, en les affectant à des tâches de génie civil et de reconstruction, en minimisant les incidents dont les forces de l'ONU pouvaient être des victimes collatérales³. Mais ils n'ont guère convaincu dans la mesure où, simultanément, les règles d'engagement et d'usage du feu avaient été assouplies, de telle sorte que la possibilité pour un militaire japonais de tuer ou d'être tué en opérations n'est peut-être plus une hypothèse d'école. Curieusement, alors que la question des *Senkaku* touche à l'intégrité du territoire, et donc au cœur des missions de défense nationale, la problématique du risque a été pratiquement évacuée de l'attention médiatique. Cette différence de traitement peut s'expliquer : les FAD sont dans leur rôle lorsqu'elles se déploient dans le sud de l'archipel pour surveiller et, éventuellement, contrer la menace que Pékin fait peser sur la souveraineté territoriale du pays. Dans les opérations extérieures, les FAD n'exercent pas une mission de défense nationale, mais de solidarité internationale qui n'impliquent pas, selon la rhétorique gouvernementale, l'usage de la force armée, mais autorisent les FAD à faire usage de leurs armes si elles sont attaquées, et seulement dans « la limite appropriée » à la gravité de la menace encourue. La dynamique médiatique du risque s'est ainsi nourrie de la distinction entre l'usage de la force armée, prohibée, et l'utilisation des armements, tolérée, mais aussi de l'évolution même des opérations de maintien de la paix susceptibles de s'écarter de la conception canonique d'une mission de police internationale, de la sophistication grandissante des

³ En mai 2012, des casques bleus avaient été victimes des bombardements aériens effectués par Khartoum sur le Sud-Soudan. Mais à l'époque le Cabinet Noda avait estimé que ces opérations étaient d'envergure limitée, « avaient affecté principalement de zones en dehors des opérations de maintien de la paix », n'avaient pas la nature d'un « conflit armé » et donc n'entraient pas la présence des FAD au Sud-Soudan. Cinq ans plus tard, la nouvelle majorité ne s'est pas privée de rappeler ironiquement cet épisode, lorsque le Parti démocrate a accusé le gouvernement de négliger la sécurité des FAD au Sud-Soudan : *Sankei nyûsu*, 19 février 2017.

équipements et armements mis à disposition des FAD opérant à l'étranger, du caractère artificiel du déploiement en « zones arrière » prétendument sécurisées dans des pays confrontés à des troubles intérieurs, sans lignes de front ou ennemis clairement identifiés, de l'euphémisation du vocabulaire utilisé, du soupçon de dissimulation, et de prises de positions officielles accréditant, en creux, la dangerosité de la situation des FAD sur le terrain⁴. Les gouvernements qui se sont succédé depuis les années 1990 se sont toujours glorifié du bilan humain des opérations extérieures des FAD : zéro mort et aucun blessé par suite d'un acte de guerre. Toujours est-il que dans le Japon d'après-guerre, le militaire japonais ne « meurt pas au combat », *senshi*, puisqu'il ne fait pas la guerre, ni ne se bat, mais « décède en service », *kômushi*. Le terme continuera d'ailleurs à s'appliquer si le militaire disparaît au cours d'une opération de type *rush and rescue*, *kaketsuke keigo*. La fiction du « décès en service » qui s'applique à n'importe quel fonctionnaire ou agent public mort dans l'exercice de ses fonctions est ainsi maintenue. Il y a donc clairement une volonté politique de « banaliser » ou de « normaliser » la mort d'un militaire, qui participe de cette stratégie d'euphémisation décrite précédemment, dont on peut se demander jusqu'à quel point elle peut être maintenue, notamment dans le cadre d'une mission de défense nationale. Ces circonlocutions sémantiques ne sont pas de nature à apaiser l'inquiétude de l'opinion. Le bilan « zéro mort » ne résulte pas seulement des précautions extrêmes entourant le déploiement des FAD en opérations extérieures ; il tient parfois du miracle : en Irak, les FAD ont été la cible de tirs de roquettes à treize reprises. Il n'en est pas moins vrai que cette performance n'a pas été pour rien dans l'évaluation positive de la participation des FAD aux opérations de maintien de la paix, de la part d'une opinion au départ réticente. L'affaire irakienne avait en quelque sorte constitué un coup de semonce puisque les FAD avaient été déployées dans un pays qui était encore loin d'être sécurisé. Prises dans le chaos sud-soudanais, près de dix années plus tard, les FAD n'avaient plus les moyens d'assurer convenablement leur tâche : en dépit des affirmations gouvernementales selon lesquelles le retrait des FAD, décidé en mars 2017, était justifié par l'accomplissement de leur mission, il devenait clair que l'aggravation de la situation sécuritaire à Juba, et dans les environs, créait une situation intenable pour les FAD : au début novembre 2016, Nairobi, à la suite du limogeage du commandant kenyan de la MINUSS, avait décidé de son retrait, privant la force des Nations Unies, et donc le contingent japonais, du soutien logistique du Kenya. Tout « décès en service » au Soudan du Sud aurait donc déclenché une lame de fond dans l'opinion et tout emporté sur son passage : le Cabinet, le principe même de la participation du Japon aux opérations extérieures soudainement délégitimée, et même les

⁴ On en a eu une démonstration encore récente : la ministre de la Défense, Mme Inada Tomomi a soutenu devant la Diète – chambre des Représentants, commission du budget 14 février 2017 – que les incidents de Juba au Soudan du Sud en juillet 2016 n'opposaient pas des « combattants », *sentôin*, du point de vue international mais devaient être qualifiés d'« accrochages de grande ampleur ». Elle expliquait ainsi les raisons de cette qualification : « une réponse ministérielle [devant la Diète] doit éviter d'employer des termes susceptibles de faire problème du point de vue de l'article 9 de la Constitution ». Soupçon de dissimulation quand le journal de bord des FAD engagées au Soudan du Sud pour la période de juillet 2016 avait été considéré comme détruit par le ministère de la Défense, avant d'être retrouvé et rendu public seulement en février 2017. Ce journal décrivait dans le détail les « combats » opposant les factions en présence, alors que les pouvoirs publics jugeaient la situation à Juba « stabilisée ». A la même époque, le Premier ministre avait indiqué devant le parlement japonais qu'« il était résolu à démissionner, si les FAD déployées au Sud-Soudan devaient subir des pertes ».

FAD, confrontées déjà à des problèmes de recrutement sous le double effet de la baisse de la natalité et de l'adoption des nouvelles lois sur la sécurité nationale. Il n'est d'ailleurs pas certain cependant que cette décision de retrait n'ait pas provoqué quelque amertume au sein de l'état-major des FAD⁵.

Les infrastructures de santé militaire à l'épreuve des situations d'urgence

Si la diversification des missions des FAD les expose davantage au danger, se pose alors la question des politiques publiques mises en œuvre, sinon pour le réduire, du moins pour le minimiser. A cet égard la capacité du système de santé militaire japonais à gérer des situations d'urgence en tant de paix comme en temps de guerre croise à la fois des impératifs de défense nationale – dans une armée de métier aux effectifs limités la préservation de l'intégrité physique du soldat est indispensable au maintien opérationnel de la force combattante – et de santé publique. S'y ajoutent des ressorts psychologiques et affectifs importants : le poids de la culture pacifiste d'un côté, l'attention accordée au « confort » physique, moral et psychologique du soldat dans l'accomplissement de sa mission de l'autre. Or il apparaît que le service de santé militaire des FAD est sous tension permanente d'une part, et que la gestion des opérations d'urgence sur le terrain est grevée par des lacunes dont témoignent les discussions autour de la fiabilité du kit militaire mis à la disposition des FAD d'autre part.

Une organisation de la santé militaire sous tension

Comme dans toutes les armées comparables les Forces d'autodéfense japonaises sont dotées d'un système de santé militaire qui s'organise autour de trois grands pôles : les personnels, les infrastructures et la formation.

Tableau des personnels de santé des FAD (2014)

QUALIFICATION	FTAD	FMAD	FAAD	TOTAL
Médecins	500	180	140	820
Dentistes	150	40	40	230
Pharmaciens	200	40	40	280
Infirmiers	1000	50	20	1070
Infirmiers-adjoints + techniciens médicaux urgentistes	450	160	150	760
Infirmiers-adjoints	1500	540	50	2090

FTAD : Forces terrestres d'autodéfense.

FMAD : Forces maritimes d'autodéfense.

FAAD : Forces aériennes d'autodéfense.

⁵ Si l'on en croit du moins la déclaration de l'ancien chef d'état-major des Forces d'autodéfense, aujourd'hui à la retraite, le général Hibako Yoshifumi, qui évoque le risque d'isolement international du Japon si ce dernier devait renoncer à participer aux activités de maintien de la paix sous prétexte de leur dangerosité : *Nihon keizai shinbun*, 25 mars 2017. Au lendemain de l'intervention en Irak, il avait été le premier militaire japonais de haut rang à se rendre aux Etats-Unis pour étudier les politiques publiques mises en œuvre en faveur des vétérans.

Source : ministère de la Défense

<http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/kyumei/sonota/pdf/01/004.pdf>

En réalité le sous-encadrement, notamment en médecins, est chronique, car les effectifs réels sont notoirement inférieurs aux effectifs budgétaires, en raison de nombreux départs liés aux perspectives médiocres de carrière, aux traitements inférieurs au privé et surtout, au faible taux d'occupation des lits qui conduit au sous-emploi des médecins militaires⁶. De façon générale s'agissant des Forces terrestres d'autodéfense, le ratio s'établissait à 1 personnel de santé pour 150 hommes. Enfin les agents paramédicaux, et notamment les techniciens médicaux urgentistes, ne peuvent juridiquement pratiquer que des actes limitativement énumérés par la loi. Ce qui signifie par exemple que, déployés en première ligne – et à la différence des MEDIC américains - ils ne sont pas autorisés à délivrer des soins ne figurant pas dans la nomenclature, sauf sous la supervision directe d'un médecin⁷.

En ce qui concerne les infrastructures, il convient de distinguer les infrastructures administratives qui, au sein des trois états-majors et du ministère (secrétariat général du ministère, direction du personnel et de l'éducation), sont responsables de l'élaboration de la politique de santé militaire – et urgentiste en temps de paix depuis 2007 –, des infrastructures sanitaires, allant des hôpitaux aux services médicaux des garnisons. Les FAD disposent d'un hôpital central de 500 lits, qui est l'établissement hospitalier spécialisé le plus important, et de quinze hôpitaux régionaux répartis sur l'ensemble du territoire, avec des capacités variant de 30 lits (Ôminato), à 300 lits (Sapporo). Toutefois, en 2008, le taux d'occupation des lits en moyenne de 26% (14% seulement à Ôminato), contre 76% pour les hôpitaux civils. Ce faible taux d'utilisation pose bien évidemment des questions du point de vue de la stricte rationalité budgétaire et fonctionnelle⁸. Certains hôpitaux sont équipés de salles d'opération mais n'ont pas de chirurgiens. De plus, les services de santé militaires, sont moins exposés aux situations d'urgence médicale que les établissements hospitaliers civils : le docteur Sasaki Masaru, ancien directeur de l'Hôpital municipal de Hiroo à Tôkyô, et auteur d'un manuel de médecine urgentiste militaire publié en décembre 2016, souligne ainsi qu'en 2014, à l'Hôpital Central des Forces d'autodéfense, les urgences ne représentaient que 0,03% des entrées du même type enregistrées dans son propre établissement. Les médecins militaires manquent donc d'une expérience cruciale dans un domaine où le pronostic vital est

⁶ Le taux de remplissage des quotas budgétaires était de 79,6% en 2016, contre 74% en 2012, mais il n'est que de 33,3% pour les unités ayant un service médical et de 23,3% seulement pour les unités qui en sont dépourvues. Pour remédier à cette situation, le gouvernement envisage d'améliorer la carrière et la promotion des médecins militaires – 6,7% seulement d'entre eux peuvent prétendre devenir des officiers généraux - de les concentrer davantage dans les hôpitaux militaires, de leur permettre d'avoir une clientèle privée, d'ouvrir davantage l'accès des civils aux hôpitaux des FAD : Mme Inada Tomomi, ministre de la Défense, chambre des Représentants, commission de la sécurité, 17 novembre 2016.

⁷ Art.44 alinéa 1 de la loi n°36 du 23 avril 1991 portant statut des techniciens médicaux urgentistes. Exception récente pour les arrêts cardio-pulmonaires : circulaire de la direction de la politique médicale du ministère de la Santé et du Travail du 17 mars 2011, à l'occasion de la catastrophe de Fukushima. http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/kyumei/sonota/pdf/02/sanko_003.pdf. Consulté le 26 juillet 2017.

⁸ http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/board/arikata-byouin/pdf/betten09_02.pdf. Consulté le 24 juillet 2017.

souvent en jeu dès les premières minutes après le premier impact. De surcroît, d'après les statistiques de traumatologie de 2016, qui recensent les types de blessures prises en charge par les services d'urgence des hôpitaux civils entre 2011 et 2015, les blessures par explosion, armes à feu et instruments coupants ne représentent respectivement que 0,2%, 2,6% et 0,0% des 143.211 admissions d'urgence recensés au cours de cette période⁹. En conséquence, non seulement les médecins japonais, tant civils que militaires, ont peu d'opportunité, dans leur vie professionnelle d'avoir à traiter les blessures causées par armes à feu ou armes blanches, mais ils n'ont jamais été confrontés aux polytraumatismes spécifiques causés par les plaies de guerre. Certes les établissements hospitaliers, comme les hôpitaux de campagne, sont pourvus des capacités qui doivent permettre d'y faire face, mais les uns comme les autres ne sont pas corrélées à la pratique clinique, et aucune des unités des Forces terrestres d'autodéfense ne satisfait à la totalité des 18 critères retenus par le ministère de la Défense en matière de soins d'urgence¹⁰. De surcroît, au niveau des brigades, des divisions et des hôpitaux de campagne, il n'existe en moyenne que deux plateaux opératoires. Un nombre insuffisant pour faire face à un afflux éventuel de blessés. Le professeur Sasaki rappelait, dans un article récent, qu'aux Etats-Unis, une équipe chirurgicale spécialisée pouvait être envoyée en première ligne dans un délai d'une heure, que le transport du blessé dans un hôpital de campagne intervenait dans les 24 heures et que l'évacuation vers un hôpital hors de la zone de combats avait lieu dans les 72 heures. Ce système aurait permis de réduire le taux de mortalité des blessés au combat de 15,8% lors de la guerre du Vietnam à 9,4% au moment de la première guerre du Golfe¹¹. Mentionnons qu'il existe aussi des structures privées qui interviennent dans ce domaine : c'est ainsi que l'association TACMEDA créée à la fin 2015 après les attentats de Paris, animée par un ancien militaire des services de santé des Forces terrestres d'autodéfense, familier des principes et procédures dits de *Tactical Medicine Essentials* et de *Tactical Combat Casualty Care* (TCCC) aux Etats-Unis, propose, à destination des FAD, de la police et des sociétés privées de sécurité, une série de programmes comportant des actions de formation et de sensibilisation, de démonstration et de vente de matériels et de kits protection, et de conférences d'experts.

Les personnels de santé des FAD sont formés principalement au sein du Collège médical de la défense nationale, *Bôei ika daigakkô*, créé en 1973 et placé sous la juridiction de l'agence, puis du ministère de la Défense. Ils sont recrutés sur la base d'un concours annuel de recrutement ouvert aux jeunes gens, garçons et filles, âgés de 18 à 22 ans. Une fois recrutés, les élèves appartiennent à la fonction publique d'Etat, mais n'ont pas le statut officiel de membres des Forces d'autodéfense. Les études sont gratuites : un avantage non négligeable en raison du coût très élevé des études médicales. La scolarité est de six ans pour les médecins, avec une capacité d'accueil globale de 480 élèves et de quatre ans pour les personnels infirmiers, avec une capacité d'accueil de 75 élèves par

⁹ <https://www.jtcr-jatec.org/traumabank/dataroom/data/JTDB2016.pdf>. Consulté le 24 juillet 2017. Les blessures par armes à feu existent mais ne sont pas significatives sur le plan statistique.

¹⁰ <http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/board/arikata-byouin/pdf/betten06.pdf>. Consulté le 24 juillet 2017.

¹¹ « Risuku wo iu nara mazu kokokara minaose Amari ni osomatsu jieitai no iryô taisei », quitte à parler de risque commençons d'abord par revoir le système de soins déficient des Forces d'autodéfense, *Will*, novembre 2015, n°131, p .106-112.

année. Une fois diplômés, les futurs médecins et infirmiers ont le statut de « candidats cadres médicaux », préparent l'examen d'Etat qui leur donnera officiellement leur qualification de médecin et d'infirmiers, intègrent pour une durée de six mois environ les écoles de formation des cadres des trois armes d'où les médecins sortent avec le grade de lieutenant ou d'enseigne de vaisseau de 1^{ère} classe. Les médecins reçoivent ensuite pendant deux ans une formation clinique dans les établissements hospitaliers avant d'être affectés comme médecins dans les unités, pour deux ans, et d'entreprendre une spécialisation d'une durée de deux à quatre ans. Les personnels paramédicaux eux intègrent directement les hôpitaux des FAD ou les unités à l'issue des écoles de formation des cadres. Le dispositif est complété par l'Ecole de santé des Forces terrestres d'Autodéfense, *Rikujō jieitai eisei gakkō*, créée en 1952 qui dispense une formation permanente spécialisée à l'ensemble des FAD, de leurs services de santé et des médecins civils souhaitant intégrer les Forces d'autodéfense mais qui, de l'avis général, était peu impliquée dans la médecine urgentiste en première ligne. Les personnels de santé sont aguerris aux techniques urgentistes mobilisées en cas de catastrophes naturelles, mais peu aux plaies de guerre.

Le cas d'école du kit militaire individuel

Les FAD n'ayant jamais eu l'expérience du combat réel, elles n'ont pas été en situation de traiter les blessures de guerre. L'agence, puis le ministère de la Défense, ont ainsi négligé les enjeux majeurs de la médecine urgentiste en première ligne, quand bien même les opérations extérieures des FAD s'avéraient potentiellement plus dangereuses. Cette situation est dénoncée par certains spécialistes de la défense, qui estiment que l'efficacité des FAD, leur moral ne peut qu'être atteint par le décalage persistant entre l'armement et les équipements de plus en plus sophistiqués dont elles bénéficient et la faiblesse du système de médecine urgentiste de guerre¹². De ce fait, il faudra attendre 2012, un an après la catastrophe de Fukushima, pour que les membres des FAD disposent d'un kit militaire individuel d'urgence, *kojin keikō kyūkyūhin* dont le contenu diffère selon la localisation de la mission. Avant cette date, les militaires disposaient que de deux pansements : le minimum en vigueur...avant 1945 dans les armées impériales. Le kit individuel d'urgence interne est destiné aux opérations dans l'archipel : il comprend une sacoche, un pansement d'urgence pour les blessures aux membres, et un garrot de type CAT. Pour les autorités militaires, la proximité des hôpitaux rendait inutile un kit interne plus perfectionné. En ce qui concerne les opérations extérieures et en cas de guerre, aux articles précédents sont ajoutés, une paire de gants, des ciseaux, une compresse antihémorragique, un pansement de type *Chest Seal* pour plaies thoraciques et un écran facial bouche à bouche. En pratique, beaucoup de militaires le portent à la cuisse, ce qui les rendent particulièrement vulnérables aux engins explosifs improvisés (EEI). Quand ils en ont, car toutes les FAD n'en sont pas équipées : il en coûterait 13 milliards de yen...

Les militaires, et en particulier les soldats des forces terrestres d'auto-défense, sont astreints à des périodes d'entraînement de 30 à 50 heures aux soins d'urgence, et aux 47

¹² Kiyotani Shin.ichi, « Sensō fushōsha sōteigai to iu jieitai no heiwaboke », les FAD contaminées par le syndrome pacifiste : les blessés de guerre passés à la trappe, *Tōyō keizai on line*, 17 septembre 2014 ; *Tōkyō shinbun*, 26 août 2016.

protocoles prévus à cet effet¹³. En pratique, deux seulement de ces protocoles font l'objet d'une validation technique, le reste étant laissé à la discrétion des chefs de corps. Il n'existe pas de kit militaire diversifié en fonction du type de mission. L'état-major des forces d'autodéfense indiquait en septembre 2013 que le kit à usage interne est un dispositif minimal ne nécessitant pas de connaissances médicales particulières destiné à être utilisé par le blessé lui-même, avant son évacuation sur un hôpital de campagne. A usage externe, le kit est également destiné à être « utilisé par le blessé faute de possibilité d'évacuation sur place sur une plate-forme hospitalière disposant des mêmes capacités techniques qu'au Japon ». Il est légitime de douter de la pertinence de ces propos : comment un blessé qui a perdu connaissance et qui a eu un membre supérieur arraché pourrait-il se soigner ? D'autant plus que l'offre d'approvisionnement en kits ne couvrant pas la demande, la formation à l'utilisation même de ces kits n'est pas uniformément assurée. En bref, par leur rusticité même, ces kits n'ont pas été pensés pour être utilisés sur le champ de bataille et sont tout à fait inadaptés au traitement d'urgence des blessures de guerre. L'état-major des Forces terrestres d'autodéfense avait commencé par soutenir que ce kit était du même niveau que celui en vigueur dans l'armée américaine. Pourtant la comparaison entre le kit japonais et le kit américain IFAK2 fait ressortir d'importantes différences, tant en ce qui concerne le nombre d'items (12 à 18) que leur contenu, ce qui a fait dire à un spécialiste que la position de l'état-major ressemblait « aux communiqués du Grand quartier général impérial pendant la guerre »¹⁴. Les pouvoirs publics ont d'ailleurs reconnu récemment que ce kit de secours était insuffisant et qu'il faudrait le mettre au diapason des pratiques en vigueur dans l'armée américaine¹⁵. Ajoutons qu'il faudra attendre 2003, dans le cadre d'un précédent paquet législatif sur les situations de crise, pour que l'existence des hôpitaux de campagne soit officiellement reconnue et autorisés à pratiquer des soins d'urgence - mais cette éventualité n'est toujours pas prévue dans les *grey zones* des conflits larvés, que les FAD ne disposent pas de véhicules de l'avant blindé de type VAB SAN spécialisés dans l'évacuation médicalisée, ni d'avions de transports transformés en version sanitaire et que le matériel médical spécialisé dans le traitement des blessures de guerre est majoritairement importé, avec des capacités de stockage limité¹⁶. Il n'existe pas non plus de quotas de brancards d'ambulance par unités, de systèmes d'imagerie médicale ultrasonore en première ligne, ni d'équivalent au *Military Combat Eye Protection Program* (MCEPP) américain pour la protection des yeux.

¹³ Tsukahara Tarô, commissaire en charge de la santé, secrétariat général du ministère de la Défense, chambre des Conseillers, commission du budget, 11 octobre 2016.

¹⁴ Kiyotani Shin.ichi, « Jieitai no inochi wa koko made keishi sareteiru », à quel point la vie des soldats de la *Jieitai* est négligée, *Tôyô keizai on line*, 17 juin 2015. <http://toyokeizai.net/articles/-/73492?page=4>. Consulté le 27 juillet 2017.

¹⁵ Kiyotani Shin.ichi, « Jieitai wa yahari tain no inochi wo keishi shiteiru », les Forces d'autodéfense négligent en réalité la vie des soldats, *Tôyô keizai on line*, 26 juillet 2015. <http://toyokeizai.net/articles/-/78310?page=4>. Consulté le 27 juillet 2017 ; également, Heisei 28 nendo bôeishô gyôsei gyôji rebiû gaibu yûshikisha kaigô, compte-rendu de la réunion d'expertise externe, revue générale des activités administratives, ministère de la Défense, exercice 2016, http://www.mod.go.jp/j/approach/others/service/kanshi_koritsu/rev_gaibu/pdf/2016_01_shiryô.pdf; en particulier p. 33. Consulté le 29 juillet 2017 ; Mme Inada Tomomi, ministre de la Défense, chambre des Représentants, commission de la sécurité, 15 novembre 2016.

¹⁶ Nakatani Gen, ministre de la Défense, chambre des Conseillers, commission spéciale sur les dispositifs juridiques concernant la paix et la sécurité internationale et au Japon, 5 août 2015.

La mobilisation tardive du ministère de la Défense

Bien que le ministère de la Défense ait soutenu que les dispositifs de soutien à la sécurité et au secours des FAD en première ligne aient été étudiés de longue date « en cas de circonstances exceptionnelles », et ne sont pas pas directement corrélés avec le paquet législatif controversé sur la sécurité nationale discuté en 2014-2015, la coïncidence des agendas n'est sans doute pas fortuite. En tout cas, les politiques ne s'y sont véritablement intéressés qu'à partir de 2011, et il faut attendre 2015 pour que les premières initiatives prennent corps à travers la création d'une instance *ad hoc*, mais dont les recommandations ne seront pas soumises à la Diète, en dépit des attentes de l'opposition.

La montée en puissance des politiques

Un examen attentif des débats à la Diète depuis l'intervention en Irak montre que si la classe politique japonaise s'est intéressée à la question du risque et de l'exposition au danger des FAD en mission, elle n'avait pas toujours lié cet intérêt avec le rôle de la médecine urgentiste militaire. Il faudra attendre la catastrophe de Fukushima de mars 2011 pour que le gouvernement soit interpellé sur la question des dispositifs exceptionnels de prévention, de traitement et de prise en charge du stress psychologique chez les FAD éprouvées par l'ampleur et la difficulté de la tâche, la recherche des survivants et la collecte des corps¹⁷. C'est à partir de cette date que les parlementaires japonais commencèrent à s'interroger, plus généralement, sur la capacité du système de santé militaire à faire face à la multiplicité et à la diversification des FAD allant de la lutte contre les calamités naturelles, aux opérations de maintien de la paix, à la lutte antiterroriste, anti-missiles et anti-piraterie etc, et évoquent la politique américaine du « zero casualty »¹⁸. Cette prise de conscience s'est accélérée avec la mise en place des activités *rush and rescue*, lors de l'intervention au Sud-Soudan, en novembre 2016. D'autres sujets de préoccupation ont également émergé : l'insuffisance chronique du nombre de médecins militaires, et la gouvernance du Collège médical de défense dominée par les civils : la première ne risque-t-elle pas d'affecter l'offre et la qualité des soins offerts aux soldats ? La seconde fait craindre que la direction du principal établissement de formation des médecins militaires japonais soit moins sensible aux spécificités de cette médecine militaire¹⁹. On peut également citer des interventions parlementaires critiquant les arbitrages budgétaires en faveur des matériels militaires au détriment des équipements protecteurs indispensables à la sécurité des FAD²⁰, sur l'état des dispositifs sanitaires accompagnant les opérations extérieures des FAD, et sur

¹⁷ Matsumoto Yôhei, conseiller politique près l'office du Cabinet, chambre des Représentants, commission de la Sécurité, 21 avril 2011 ; Hara Norihisa, expert auprès du ministère de la Santé et du Travail, chambre des Conseillers, commission de la Santé publique et du Travail, 10 mai 2011.

¹⁸ Katsunuma Shigeaki, député PLD, chambre des Représentants, sous-commission n°1 de la commission du budget, 26 février 2014.

¹⁹ Satô Masahisa, membre PLD à la chambre des Conseillers, commission des affaires étrangères et de la défense, 3 avril 2014.

²⁰ Ôno Motohiro, membre du Parti démocrate à la chambre des Conseillers, commission du budget, 11 octobre 2006, commission des affaires étrangères et de la défense, 22 mars 2017.

l'élargissement de l'offre de soins ressortissants de la compétence des personnels paramédicaux²¹. L'ancien maire-gouverneur de Tôkyô, le très nationaliste. Ishihara Shintarô, a d'ailleurs fait part également de ses préoccupations. Il avait été choqué d'apprendre d'un jeune conducteur de camion qu'il avait dû quitter les FAD pour inaptitude au service à la suite d'une mauvaise réception lors d'un saut en parachute, mal soignée par les soins d'urgence qui lui avaient été prodigués sur place. Il s'interrogeait également sur le bien-fondé de l'interdiction édictée par le ministère de la Santé et du travail aux personnels de santé non médecins de détenir et d'administrer de la morphine. Dans ces conditions, M. Ishihara estimait qu'il était tout à fait contre-productif d'exposer les FAD au danger dans le cadre d'opérations extérieures et d'auto-défense collective sans s'assurer que les militaires puissent bénéficier de soins appropriés en cas de blessures²². M. Ishihara ne contestait pas, bien au contraire, la politique du Cabinet, mais craignait que ces déficiences n'entamassent la confiance du public dans les Forces d'autodéfense et ne nuisent à la crédibilité de la réorientation de la politique de défense et de sécurité promue par le gouvernement.

Les travaux de la « Commission d'étude des soins appropriés au secours des Forces d'autodéfense en première ligne ».

Le 28 août 2009, le rapport d'une commission d'étude sur le fonctionnement des établissements hospitaliers des Force d'autodéfense avait déjà recommandé au ministère de la Défense d'optimiser le système de soins en première en ligne jugé non satisfaisant, de renforcer la formation et l'entraînement insuffisants des FAD à cet effet et d'y associer les hôpitaux militaires, d'accélérer la formation et le déploiement dans les unités des techniciens médicaux urgentistes. Ces recommandations n'avaient guère été suivies d'effets. Les pouvoirs publics ont longtemps hésité parce qu'ils étaient prisonniers de leur propre rhétorique : à force de souligner, pendant des années, que toutes les précautions avaient été prises pour ne pas exposer les FAD au danger dans les opérations extérieures, que les FAD n'y faisaient pas la guerre, et que cette politique s'est soldée par le bilan évoqué plus tôt, le ministère a sans doute sous-évalué l'importance de la réforme des soins d'urgence en première ligne. Mais, à la fin janvier 2014, le ministère de la Défense a pourtant annoncé qu'il allait examiner la possibilité d'élargir au profit des personnels paramédicaux qualifiés des FAD la liste des actes médicaux qu'ils pourraient être autorisés à pratiquer²³. Conformément aux recommandations des Directives fondamentales de la défense nationale, *Bôei taikô*, et du plan intermédiaire des équipements de défense, *Chûkibô* de 2014²⁴ qui, pour la première fois, abordent la question de la médecine militaire urgentiste, le ministère a créé, en février 2015, une « Commission d'étude des soins appropriés au secours des Forces d'autodéfense en première ligne », soit à trois mois de la saisine de la chambre des Représentant du paquet législatif sur la sécurité nationale. Il y avait en effet « urgence » : lors des manœuvres

²¹ Hakushin, Kun, Parti démocrate, chambre des Conseillers, commission spéciale sur les dispositifs juridiques relatifs à la paix et la sécurité internationale et au Japon, 5 août 2015.

²² *Sankei nyûsu*, 21 novembre 2016.

²³ *Sankei nyûsu*, 28 janvier 2014.

²⁴ <http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/guideline/2014/pdf/20131217.pdf> ; http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/guideline/2014/pdf/chuki_seibi26-30.pdf. Notamment les points « Santé », p. 23 et 17. Consulté le 24 juillet 2017.

conjointes terrestres nippo-américaines de septembre 2015, la partie américaine avait fortement critiqué l'impréparation des unités de santé des FAD et le mois suivant, le chef de l'état-major des Forces terrestres d'autodéfense, le général Iwata Kiyomi, avait annoncé une « doctrine » visant à réviser le système des soins d'urgence depuis la première ligne jusqu'à l'arrière : intervention des équipes de soin dans un délai de 10 minutes ; traitement chirurgical d'urgence en 1 heure (*Damage Control Surgery*), évacuation vers l'arrière²⁵. Cette commission a remis son rapport en septembre 2016 et l'ensemble de ses recommandations s'appuient sur les directives TCCC américaines. Il fait suite à la publication en avril de la même année d'un rapport du Centre de recherche du Collège médical de la défense nationale sur les traumatismes thoraciques générés par les engins explosifs²⁶. Après avoir décrit les différents types de blessures de guerre, et les soins d'urgence requis pour vérifier et maintenir les fonctions vitales, mentionné l'importance des scénarios et simulations, la commission propose la création d'unités de santé et de sauvetage en première ligne, parmi les personnels paramédicaux disposant de la qualification d'infirmier-adjoint et de technicien médical urgentiste ayant reçu 200 heures de formation spécialisée théorique et pratique. Ces unités seraient autorisées à pratiquer la trachéotomie, la thoracentèse, le drainage thoracique, à administrer des antalgiques ou des antibiotiques, à poser des cathéters, sans prescription médicale. Leur formation débiterait en 2017²⁷. Elle suggère également la création d'une commission de concertation CMT (*Combat Medical Control*) qui aurait pour objet l'approbation des protocoles de soins, de la formation et de l'entraînement aux soins urgents, la certification des nouvelles unités envisagées, la vérification a posteriori des protocoles suivis, et une fonction de veille sur les évolutions des systèmes urgentistes étrangers les plus performants (en particulier aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne, en France, en Israël)²⁸. Coïncidence de dates ? Au moment même où la commission remettait son rapport paraissait l'article précité du professeur Sasaki qui dénonçait la faiblesse du système de prise en charge des blessures de guerre et la frilosité du ministère. Or le président de cette instance n'est autre que le professeur Sasaki. Il est rare que le président d'une commission ministérielle, tenu normalement à un minimum d'obligation de réserve, expose ainsi publiquement ses griefs à l'encontre d'une administration qui l'a nommé à un poste de responsabilité. Cet appel à l'opinion publique visait-il à faire pression sur les autorités ? Toujours est-il que le ministère de la Défense a réagi rapidement et favorablement aux recommandations de la commission²⁹. Les réactions médiatiques sont, elles, contrastées : si l'on constate que le ministère, pour la première fois, prend à bras le corps la réalité des combats, les FAD n'ayant jamais livré bataille, quelle sera l'effectivité

²⁵ *Asahi shinbun*, 11 janvier 2016 ;

<http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/kyumei/sonota/pdf/05/006.pdf>. Consulté le 24 juillet 2017.

²⁶ <http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/kyumei/sonota/pdf/05/007.pdf>. Consulté le 28 juillet 2017.

²⁷ Elle a en fait commencé en mai 2017 à l'Ecole de santé des Forces terrestres d'Autodéfense : *Asagumo shinbun*, 24 juillet 2017.

²⁸ Sur le rapport de la commission :

http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/kyumei/houkoku/pdf/houkoku_h2809.pdf. Consulté le 29 juillet 2009.

²⁹ Instruction n°60 du ministère de la Défense sur les soins urgents du 7 octobre 2016 :

http://www.clearing.mod.go.jp/kunrei_data/a_fd/2016/ax20161007_00060_000.pdf. Consulté le 29 juillet 2017.

et l'efficacité de ces dispositifs ? On indique par ailleurs que le nouvel environnement créé par le dernier paquet législatif sur la sécurité nationale n'est pas étranger à ces recommandations qui viseraient davantage les opérations extérieures des FAD, ce que le Premier ministre a d'ailleurs démenti³⁰. D'autres réactions sont beaucoup plus négatives : le principe même de « soins » ou de « médecine » militaires ne constituerait qu'une violation de plus de l'article 9 de la loi fondamentale et du pacifisme constitutionnel ; la contestation de la compétence technique des nouvelles unités instituées sert de prétexte à la demande d'abrogation du dernier paquet législatif en matière de sécurité nationale³¹. Quoi qu'il en soit, la position du ministère n'épuise pas toutes les interrogations : lenteur du rythme de création des nouvelles unités (vingt personnes par trimestre) ; mise à disposition éventuelle des unités de santé et de sauvetage en première ligne en cas de catastrophes naturelles ; réadaptation des blessés à la vie civile ; prise en considération du stress post-traumatique ; inscription de la médecine urgentiste militaire dans les priorités en matière de sécurité nationale. Les chantiers ouverts par la décision ministérielle sont nombreux, importants et coûteux.

Des aménagements juridiques nécessaires ?

Faut-il aller plus loin et envisager la mise en place d'une législation spécifique sur la médecine urgentiste en première ligne ? L'optimisation de la médecine urgentiste par la loi requiert de surmonter les concrétions bureaucratiques à l'occasion des nécessaires ajustements législatifs – modification des lois sur la profession médicale, sur les techniciens médicaux urgentistes, sur les Forces d'autodéfense, sur les produits médicamenteux – qui ne manqueront pas de se produire, entre le ministère de la Défense et le ministère de la Santé et du travail avec, au centre, la puissante Association des médecins japonais, *Nihon ishikai*. Dans le passé, cette association s'était montrée rétive à toute initiative susceptible d'entamer le monopole des soins par les médecins patentés³². Le Parti démocrate, dans l'opposition, y est favorable et, en réplique à la décision du Cabinet d'autoriser les FAD à se livrer à des opérations *rush and rescue*, a déposé conjointement, avec le Parti libéral une proposition de loi, le 15 novembre 2016 en ce sens visant à la mise en place d'un plan national d'organisation des secours d'urgence aux militaires blessés ou malades en action et d'augmentation du nombre de médecins militaires³³. L'objectif poursuivi est triple : 1) pallier les lacunes du régime des soins militaires d'urgence ; 2) montrer à l'opinion que la classe politique prend désormais à bras le corps la sécurité de ses soldats ; 3) ne pas laisser à la bureaucratie agissant de conserve avec l'Association des médecins japonais le monopole de la réforme de ce régime. Cependant, le gouvernement estime qu'il est possible d'assurer la protection et la

³⁰ *Tôkyô shinbun*, 22 septembre 2016 ; *Mainichi shinbun*, 22 septembre 2016 ; *Akahata*, 22 septembre 2016. Dans le même sens, *Nikkei medikaru*, 31 août 2015. Sur le démenti du ministère, *Asahi shinbun*, 21 septembre 2016, confirmé par le Premier ministre Abe Shinzô : réponse n°58 à la question écrite posée par Mme Fukushima Mizuo, Parti social-démocrate, Chambre des Conseillers, 31 mars 2017.

³¹ *Min.iren shinbun*, 21 novembre 2016 ; *Ryûkyû shinpô*, 5 avril 2016.

³² Il faudra attendre avril 1991 pour que le législateur autorise enfin les secouristes japonais à accéder au statut de technicien médical urgentiste, *kyûkyû kyûmeishi*, une certification garantie par l'Etat, les autorisant à pratiquer un certain nombre de gestes médicaux de survie sur le trajet de l'hôpital.

³³ *Sankei nyûsu*, 15 novembre 2016. ; <https://www.minshin.or.jp/article/110357>, pour la présentation du projet de loi par le parti. Consulté le 24 juillet 2017.

sécurité des militaires en mission par des mesures ponctuelles d'amélioration en matière d'équipement, de personnel et de qualification professionnelle sans avoir recours nécessairement à la loi³⁴. Plus concrètement, il fait valoir qu'il suffirait de s'inspirer de l'article 37 de la loi sur les hygiénistes, sage-femme et infirmiers qui autorise, à titre dérogatoire, ces personnels de santé à procéder à des soins d'urgence. Cette assimilation est d'autant plus douteuse, qu'elle fait prévaloir l'approche administrative des atteintes potentielles au monopole des médecins sur le seul enjeu qui vaille : comment les professionnels de santé, quel que soit leur statut, peuvent coopérer, ensemble, sur le terrain, et conjuguer leurs efforts en vue du même objectif : sauver la vie du blessé. Au surplus, elle néglige totalement la spécificité de l'urgence médicale en contexte militaire. Certes la médecine urgentiste ne peut se passer de médecins mais, sur le terrain, en cas de plaies de guerre, faute de médecin immédiatement disponible, les personnels de santé à l'œuvre doivent savoir maîtriser et pouvoir utiliser les techniques les plus appropriées à l'état du blessé. Autre point en discussion : l'article 35 du code pénal japonais. Cet article exonère de toute responsabilité pénale « les actes professionnels de caractère légitime », *seitô gyômu kôï*. En clair, un médecin qui pratique une technique invasive telle qu'une opération commet juridiquement un acte de violence réprimé par la loi mais, du point de vue du droit pénal japonais, il ne saurait être poursuivi car cette pratique entre dans le cadre d'une activité professionnelle légitime. Il en est de même du professionnel de la lutte contre l'incendie qui pénètre par effraction dans une propriété privée pour éteindre un sinistre. Cet article s'appliquera-t-il aux unités de santé et de sauvetage en première ligne ? On peut comprendre que les autorités entendent faire prévaloir la souplesse d'une gestion administrative de l'urgence médicale à la lourdeur de la procédure législative. Mais, outre le fait que le gouvernement peut toujours se prévaloir de l'urgence pour accélérer la procédure législative – il y a le précédent de l'adoption de la loi anti-terroriste au lendemain de l'attentat du 11 septembre 2001 – ne peut-on pas penser que l'intervention du législateur soit requise pour sécuriser juridiquement l'action des opérateurs urgentistes sur le terrain ? Pourquoi, en définitive, cette sécurité juridique serait-elle assurée explicitement pour les urgentistes civils et resterait à l'état implicite pour les urgentistes militaires ? Cette différence de traitement n'est guère compréhensible³⁵. Enfin, les personnels de santé appelés au secours de leurs camarades combattants blessés pourraient-ils être armés ? Quand on connaît la vigueur des débats sur les armements des FAD et les règles d'engagement en opérations extérieures, il y a là matière à controverse.

Toujours est-il que la valorisation de l'approche administrative sur l'approche législative permet d'éviter d'ouvrir un débat public sur une question explosive, et pourtant incontournable : au-delà même de la sécurité des FAD dans les opérations extérieures, la problématique des soins et secours d'urgence en première ligne conduit à s'interroger sur le statut des FAD en tant que *forces combattantes*. Dans l'hypothèse d'un accrochage militaire sérieux autour des *Senkaku*, le gouvernement ne peut faire l'économie d'une

³⁴ *Sankei shinbun*, 22 septembre 2016 ; Mme Inada Tomomi, ministre de la Défense, chambre de Conseillers, commission des affaires étrangères et de la défense, 24 novembre 2016. Dans le même sens, la réponse écrite précitée du Premier ministre Abe.

³⁵ Terui Motoki, « Kaketsuke keigo de butai wa hôkaisuru », les militaires, victimes des activités *rush and rescue*, *Gunji kenkyû* octobre 2016, vol. 51, tome 10, p. 53 et s.

réflexion sur le dispositif de santé d'urgence sous le prétexte que, la proximité des hôpitaux militaires – qui n'est pas établie pour ces îlots – la réduirait à des problèmes de transport. *A fortiori*, si les FAD devaient être engagées dans des missions de défense nationale pour repousser une agression ou secourir un allié dans le cadre de l'auto-défense collective.

Conclusion

L'irruption de la problématique des plaies de guerre, alors que le Japon n'avait jamais été confronté à cette éventualité, est tout à fait nouvelle pour la société japonaise dans son ensemble. L'opinion prend peu à peu conscience que le militaire japonais n'est pas seulement ce « super-pompier » qui se dépense sans compter au service de la population, lors des catastrophes naturelles comme ce fut le cas au moment du *tsunami* et de l'incident nucléaire de Fukushima en mars 2011, ou qui participe aux opérations de *nation building* à l'étranger qui ne relèvent pas de l'usage de la force, mais qu'il exerce une profession à risque où il expose sa vie et celle des autres. Que le ministère japonais de la Défense ait entrepris, non sans difficulté, de développer et de rationaliser la médecine urgentiste militaire témoigne des préoccupations inhérentes à la nouvelle posture du Japon sur la scène internationale. Mais les défis sont nombreux. En premier lieu, la question des soins d'urgence sur le terrain n'est que l'un de aspects d'une problématique plus large : la qualité des infrastructures sanitaires japonaises installées dans le cadre des opérations extérieures des FAD³⁶. En second lieu, en Occident, la médecine urgentiste militaire a progressé au fil des engagements sur le terrain. Cette accumulation d'expérience fait défaut au Japon car même s'il peut tirer profit des dispositifs mis en place à l'étranger, ce n'est que par la pratique en milieu hostile que la médecine urgentiste militaire japonaise pourra progresser. Ce qui suppose qu'il y ait des combats et donc des victimes. On en revient donc au risque politique précédemment évoqué : la réforme de la médecine urgentiste militaire administre donc bien la preuve *a contrario* que les FAD sont de plus en plus exposées... En troisième lieu, il convient d'avoir une perception globale de la médecine urgentiste. Certes, la médecine urgentiste civile doit faire face à des traumatismes différents des plaies de guerre. Mais, le terrorisme international, théorisé en guerre « hybride », brouille les catégories : civils et militaires sont autant de cibles potentielles contre lesquelles des armes de guerre sont indistinctement utilisées. Dans cette guerre hybride, où le terrorisme interne est le prolongement des combats menés à l'extérieur, le Japon n'est plus protégé par son insularité, le contrôle qu'il a su maintenir sur la détention et la circulation des armes à feu, et le caractère pacifique des opérations extérieures des FAD. En 2020, Tôkyô organisera ses deuxièmes Jeux Olympiques depuis 1964. On veut croire que des engagements ont été pris envers le CIO pour qu'ils se déroulent dans les conditions maximales de sécurité. Les Japonais sont en train de tirer les leçons des attentats de Paris de novembre 2015 : il est vain d'attendre des résultats de la médecine urgentiste en temps de guerre, si les infrastructures similaires en temps de paix ne sont pas en mesure d'intégrer le terrorisme international dans leurs propres pratiques en raison de contraintes techniques et

³⁶ Un ancien sergent des Forces aériennes d'autodéfense présent en Irak, M. Ikeda Yorimasa, a intenté en septembre 2012 devant le tribunal de district de Nagoya, une action en dommages et intérêts contre l'Etat pour défaut de soins approprié à la suite d'un accident qui l'a laissé handicapé à vie.

administratives. En quatrième lieu, il est impossible de faire l'impasse sur l'exposition des personnels de santé en première ligne. Les conflits les plus récents, en Irak, en Syrie, en Afghanistan, en Afrique subsaharienne notamment, ont montré que non seulement ces personnels pouvaient être des victimes collatérales des conflits, mais qu'ils constituaient, avec les établissements hospitaliers, des cibles de choix pour les parties en présence. En bref, si le Japon a été maintes fois sollicité de « montrer son drapeau », *boots on the ground*. il y a un prix à payer : celui du sang. Y est-il prêt ? La réponse se fait encore attendre.